



Première Enquête nationale sur le **consentement** en gynécologie

RAPPORT D'ENQUÊTE

et premiers chiffres

sur les **Violences Obstétricales et Gynécologiques** en France

réalisé par l'Association StopVOG France

STOP AUX VIOLENCES OBSTÉTRICALES ET GYNÉCOLOGIQUES

Édition du 16 juillet 2026



LOI KOUCHNER – 2002

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

— Article L1111-4 du Code de la santé publique

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé affirme le droit de chaque patiente et chaque patient à une **information claire**, à une **liberté de choix**, ainsi qu'au **respect de sa volonté** et ce, **tout au long** de l'acte ou de l'examen médical. Ce consentement, même donné, **peut être retiré** à tout moment.

Plus de vingt ans après son adoption, **qu'en est-il concrètement de son application** dans les cabinets gynécologiques et les lieux de soins où s'exerce la gynécologie ?

Cette enquête nationale vise à **documenter les expériences de soins vécues en gynécologie**, en France métropolitaine et dans les DOM-COM, à partir de la **parole des premières personnes concernées** : les patientes et les patients.

Elle interroge les **pratiques médicales**, les **conditions de prise en charge**, le **respect de l'information et du consentement**, ainsi que les situations dans lesquelles ce consentement est fragilisé, ignoré ou non respecté. Lorsque le consentement est bafoué, dans le cadre de soins gynécologiques, cela s'inscrit dans le continuum des violences obstétricales et gynécologiques dénoncées par de nombreux-ses patient-es, associations, chercheurs-ses et instances internationales.

Cette enquête propose à la fois de dresser un constat des pratiques en gynécologie en France et de proposer des pistes concrètes d'amélioration des prises en charge médicales, à partir du vécu et de la parole des personnes soignées.

Ce rapport propose de changer de paradigme : passer d'une prise en charge trop souvent paternaliste, voire traduisant parfois le "tout imposé", à un partenariat de soins respectueux, fondé sur l'écoute, l'information, le consentement et la reconnaissance de l'autonomie des patient-es.



CONSÉQUENCES DU NON-RESPECT DU CONSENTEMENT

Résultats d'enquête à la réponse :

“Qu’avez-vous ressenti lorsque vous vous êtes senti·e obligé·e d’accepter un examen ?”

Les témoignages recueillis mettent en lumière de nombreuses situations dans lesquelles le consentement libre, éclairé, continu et révocable apparaît fragilisé, ignoré ou insuffisamment respecté, en contradiction avec les droits des patient·es et les principes déontologiques encadrant la pratique médicale.

AVERTISSEMENT

Ce rapport contient des témoignages de violences dans le cadre du soin. Certains extraits évoquent notamment des situations de douleur, de non-respect du consentement, de discriminations, de violences gynécologiques et obstétricales décrivant notamment des violences sexuelles pouvant heurter votre sensibilité.

Les témoignages partagés dans ce rapport sont issus des réponses libres de l'enquête. Ils ont été reproduits fidèlement ; seules d'éventuelles corrections orthographiques ont été réalisées. Leur contenu peut susciter des réactions émotionnelles chez certaines personnes, en particulier celles ayant vécu des situations similaires.

Nous invitons chaque lectrice et chaque lecteur à prendre connaissance du rapport à son rythme et à interrompre sa lecture si nécessaire.



SOMMAIRE

► Avertissement	
► Remerciements	1
► Synthèse des principaux résultats	4
► Présentation du rapport	14
► Introduction	16
► Méthodologie de l'enquête	23
► PARTIE 1 Un consentement réellement éclairé ? Information insuffisante et mauvaises pratiques médicales	31
1.1 Une information largement insuffisante	32
1.2 Le droit à l'information : une condition pourtant nécessaire du consentement éclairé	35
1.3 Une information contraceptive inégalement présentée	39
1.4 Des pratiques parfois contraires aux recommandations médicales	41
1.5 Focus : La première consultation gynécologique	46
1.6 Des alternatives et adaptations encore trop rarement proposées	57
Conclusion	59
► PARTIE 2 Une véritable liberté de consentir? Asymétrie de pouvoir et place accordée à la parole des patient.es et à leurs choix	60
2.1 Une difficulté massive à s'opposer aux soignant.es	62
2.2 L'asymétrie de pouvoir dans la relation de soin comme entrave à la liberté de consentir ou de refuser	63
2.3 Des situations de vulnérabilité qui renforcent l'asymétrie	66
2.4 Quand la parole est exprimée : douleurs, symptômes et savoirs expérientiels sont-ils entendus ?	72
Conclusion : Institutionnalisation du doute, rapports de pouvoir et déshumanisation	82

SOMMAIRE

► PARTIE 3 Un consentement continu et révocable, trop souvent ignoré	87
3.1 Un consentement insuffisamment demandé de manière explicite	88
3.2 Le consentement à chaque étape : une exigence encore peu appliquée	90
3.3 Des documents écrits attestant du consentement aux examens, contraires à l'exigence de la loi Kouchner	93
3.4 La présence de tiers : le recueil de consentement souvent oublié	94
3.5 Quand l'absence de consentement rend le soin contre-productif	96
3.6 Des choix pas toujours respectés	97
3.7 Défaut de consentement, violences et entrave lors du parcours d'IVG	98
3.8 Violences sexuelles dans le cadre du soin gynécologique : objectiver un impensé	100
Conclusion	115
► PARTIE 4 Nommer et définir les violences obstétricales et gynécologiques	116
4.1 Les personnes ayant subi des VOG dans leur parcours de soins	118
4.2 Professionnel·les visé·es par les VOG déclarées	118
4.3 Mise en perspective : pourquoi le terme de violence est-il approprié ?	119
4.4 Classification des VOG identifiées dans l'enquête	121
4.5 Définir les violences obstétricales et gynécologiques	127
4.6. Focus sur les discriminations en gynécologie	129
4.7 Outil d'information et de sensibilisation élaboré par StopVOG	143
Conclusion et appui scientifique	144

SOMMAIRE

► PARTIE 5 Conséquences des consultations gynécologiques mal vécues et retentissement des VOG déclarées	149
5.1 Le mauvais vécu d'une consultation gynécologique	150
5.2 Rupture de confiance, stratégies de contournement et pertes de chance	152
5.3 Un retentissement psychique et psychotraumatique fortement associé aux VOG	155
5.4 Corps, santé psychique et vie intime : ce que montrent les témoignages de VOG	159
Conclusion	168
 ► RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LES PATIENT·ES	169
► CONCLUSION GÉNÉRALE	188
► BIBLIOGRAPHIE	191
► ANNEXES	199
Annexe 1 - Questionnaire de l'enquête nationale sur le consentement, menée par StopVOG	
Annexe 2 - Programme de la conférence nationale sur les violences obstétricales et gynécologiques (VOG) et présentation des résultats de l'enquête nationale sur le consentement en gynécologie – Assemblée nationale, 24 juin 2026	
Annexe 3 - Réponse internationale des OVO, cosignée par StopVOG, sur le terme de violences obstétricales et gynécologiques (2024)	
Annexe 4 - Articles du Code du Travail relatifs à la santé, aux VOG et à la prise en charge des victimes dans la proposition de loi intégrale contre les VSS	
Annexe 5 - Enquête nationale menée auprès des internes français·es en gynécologie sur les violences obstétricales et gynécologiques (2026)	
Annexe 6 - Questionnaire PCL-5 – Évaluation des symptômes de trouble de stress post-traumatique selon le DSM-5	

REMERCIEMENTS

Cette enquête nationale sur le consentement en gynécologie est le fruit d'un travail collectif ayant mobilisé pendant plusieurs mois des patient-es, bénévoles, chercheur-ses, étudiant-es, professionnel·les de santé et des personnes engagées autour des enjeux de consentement, de droits des patient-es et de lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales.

Remerciements aux répondant-es

L'association StopVOG souhaite remercier chaleureusement l'ensemble des personnes ayant contribué à cette enquête et à l'élaboration du rapport : membres du pôle Recherche, chercheuses et autres contributrices et contributeurs scientifiques associés au projet, étudiantes en stage, personnes ayant participé à la conception du questionnaire, ainsi que les professionnel·les de santé, personnes concernées et bénévoles ayant accepté de le tester et de formuler des retours sur ses différentes versions avant sa diffusion. Elle remercie également les personnes ayant contribué au traitement et à l'analyse des données, à la rédaction d'appuis scientifiques, à la contextualisation des résultats, aux relectures, à la structuration éditoriale, à la mise en page et à sa mise en ligne.

Nous les remercions pour leur temps, leur courage et leur confiance. Chaque témoignage partagé a compté. Chacun-e a contribué, à rendre visibles des réalités encore insuffisamment étudiées, trop souvent minimisées, et à permettre à StopVOG de porter des revendications fondées sur la parole des premières personnes concernées.

Les témoignages reproduits dans ce rapport ont été sélectionnés pour illustrer certains thèmes ou situations récurrentes identifiés au cours de l'analyse. Leur mise en valeur graphique ne traduit aucune hiérarchisation des vécus, de leur gravité ou de leur importance. Tous les témoignages confiés à l'enquête ont été lus avec la même attention et ont contribué à l'analyse. Certains extraits sont mis en avant pour des raisons de lisibilité, de rythme et de mise en page. Tous les vécus méritent d'être entendus.

Nous remercions également les professionnel·les de santé, étudiant-es, chercheur-ses, associations et collectifs qui se reconnaissent dans cette exigence de transformation des pratiques. La lutte contre les violences obstétricales et gynécologiques nécessite une mobilisation collective, aux côtés des patient-es, pour construire des soins respectueux, protecteurs, fondés sur l'écoute, l'information et le consentement.

Remerciements à l'ensemble des contributrices et contributeurs du projet

Remerciements à l'ensemble des contributrices et contributeurs du projet

L'association StopVOG souhaite remercier chaleureusement l'ensemble des personnes ayant contribué à cette enquête et à l'élaboration du rapport : membres du pôle Recherche, chercheuses et autres contributrices et contributeurs scientifiques associés au projet, étudiantes en stage, personnes ayant participé à la conception du questionnaire, au traitement et à l'analyse des données, à la rédaction d'appuis scientifiques, à la contextualisation des résultats, aux relectures, à la structuration éditoriale et à la mise en page.

Réalisé en parallèle d'activités professionnelles, d'études, de stages ou d'autres responsabilités personnelles, ce travail collectif a été mené avec rigueur, engagement et exigence. L'investissement de chacune et chacun a été essentiel à la réalisation de cette enquête et de ce rapport.

Remerciements aux relais de l'enquête

Nous remercions également l'ensemble des associations, collectifs, syndicats, médias, responsables politiques, bénévoles ainsi que toutes les personnes ayant relayé cette enquête, l'ayant partagée sur les réseaux sociaux, diffusée autour d'elles ou fait connaître dans leurs espaces de travail, de soin, d'engagement ou de vie. Ces relais ont été essentiels pour permettre à l'enquête de circuler largement, de recueillir un nombre important de réponses et de toucher une diversité de personnes concernées par le suivi gynécologique, partout en France, métropolitaine et ultramarine.

À travers ce rapport, nous espérons rendre visibles les expériences partagées et contribuer à une amélioration durable de l'information, du respect des droits, du consentement et de la qualité des soins gynécologiques.

Coordination générale du projet

- Sonia Bisch, présidente de StopVOG

Élaboration du questionnaire d'enquête

- Sonia Bisch, présidente de StopVOG
- Isabelle Adamiak, secrétaire de StopVOG
- Bénédicte Costantino, gynécologue
- Violetta Belhouchat, sexothérapeute, conférencière et autrice-illustratrice

Coordination éditoriale et opérationnelle du rapport

- Sonia Bisch, présidente de StopVOG
- Isabelle Adamiak, secrétaire de StopVOG
- Zélie Chancogne, sexologue-chercheuse et étudiante en psychologie, Faculté ALLSH, Aix-Marseille Université

Analyse statistique

- Océane Deblaine, étudiante en santé publique, Université Paris-Saclay – contribution aux analyses statistiques (dans le cadre d'un stage).

Pôle recherche – analyses qualitatives

- Sonia Bisch, présidente de StopVOG
- Isabelle Adamiak, secrétaire de StopVOG
- Élise Carpentier, chargée d'études en santé, Toulouse.
- Zélie Chancogne, sexologue-chercheuse et étudiante en psychologie, Faculté ALLSH, Aix-Marseille Université
- Michèle Heptchieme, sociologue-étudiante en master professionnel en genre à l'Université catholique de Louvain (Belgique)
- Léa Momot, étudiante en master 2 de psychologie clinique, Université Paris Cité
- Nisrine Snacel, médiatrice socio-culturelle

Appuis scientifiques et contribution à la mise en perspective des résultats

- Lizzie Besnard, étudiante en Master 1 de Psychologie Sociale, du Travail, et des Organisations, parcours Changement Social, Intervention, Régulation, Université Paris-Cité, contributrice dans le cadre d'un stage
- Zélie Chancogne, sexologue-chercheuse et étudiante en psychologie, Faculté ALLSH, Aix-Marseille Université
- Margaux Langlois, PhD, professeure associée en management à l'ESSCA
- Virginie Rozée, sociologue, directrice de recherche à l'INED
- Muriel Salle, historienne, maîtresse de conférences à l'Université Claude Bernard Lyon 1
- Nisrine Snacel, médiatrice socio-culturelle
- Sezin Topçu, sociologue, directrice de recherche au CNRS

Conception graphique, mise en page et mise en ligne

- Sandrine Galicher – conception graphique et mise en page du rapport
- Fabien Marcot – mise en ligne du rapport sur le site internet de StopVOG

Soutiens au rapport

À ce jour, les organisations suivantes apportent leur soutien à ce rapport d'enquête :

- **Handi Femme Épanouie**
- **Le Collectif Féministe Contre le Viol (CFCV)**
- **Women Safe & Children**

Vous représentez une association, une société savante, un organisme de recherche, une organisation professionnelle ou êtes une personnalité publique et souhaitez soutenir ce rapport ?

Contactez-nous à :
stopvog@gmail.com



RAPPORT de la **première** Enquête nationale sur le **consentement** en **gynécologie**



StopVOG (Stop aux Violences Obstétricales et Gynécologiques) publie les résultats de la première enquête nationale consacrée au consentement en gynécologie.

Renseignée par **10 152 répondant-es**, réparties sur tout le territoire français, cette enquête documente le respect de l'information, du consentement et des droits des patient-es dans le cadre des consultations et examens gynécologiques. **En l'absence de pathologie, une femme réalise en moyenne près de 50 consultations gynécologiques au cours de sa vie** (rapport du HCE sur les violences obstétricales et gynécologiques en 2018).

L'objectif était d'évaluer l'application concrète des principes posés par la loi du 4 mars 2002, dite "loi Kouchner", qui reconnaît pour toute personne le droit à une information claire et à un consentement libre et éclairé, pour tout acte médical.

MÉTHODOLOGIE

L'enquête, menée entre le 30 juillet et le 31 décembre 2025, proposait un questionnaire en ligne de **45 questions fermées et 11 questions libres**, diffusé à l'échelle nationale via les réseaux sociaux, des relais associatifs, syndicaux et médiatiques. Au total, **10 152 questionnaires complets** ont été retenus pour l'analyse.



L'analyse quantitative s'est appuyée sur les statistiques produites via la plateforme Typeform, complétées par la construction d'indicateurs spécifiques avec le soutien d'une étudiante en santé publique. L'analyse qualitative des réponses libres a été réalisée par le pôle recherche de StopVOG selon une approche thématique inductive, avec l'appui et la supervision de chercheuses associées au projet, issues notamment de l'INED, du CNRS et de la recherche en santé publique.

Les résultats reposent sur les déclarations des répondant·es et ne prétendent pas être représentatifs de l'ensemble des consultations gynécologiques réalisées en France. Ils constituent néanmoins l'un des plus importants corpus recueillis à ce jour, sur notre territoire, concernant le consentement en gynécologie.

LES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Les résultats mettent en évidence des atteintes fréquentes au consentement, des défauts d'information, des mauvaises pratiques médicales, des violences obstétricales et gynécologiques déclarées, ainsi que des conséquences importantes sur la santé physique et psychologique, le recours aux soins, ainsi que la confiance dans les professionnel·les de santé.

Les chiffres clés

- **Plus de 8 personnes sur 10 (80,95 %)** rapportent au moins une atteinte à leur consentement lors d'un examen gynécologique.
- **Plus de 8 répondant·es sur 10 (84,6 %)** estiment qu'il est difficile de refuser un examen proposé par un·e professionnel·le de santé.
- **Près de 90% (89,4 %)** souhaitent qu'on demande davantage leur consentement avant chaque examen gynécologique.
- **Près de 70% (68,7 %)** ont déjà été mis·es mal à l'aise, choqué·es ou blessé·es par une attitude, un geste ou un propos lors d'une consultation gynécologique.
- **Près d'une personne sur deux (45,1 %)** déclarent avoir subi des **violences obstétricales et gynécologiques (VOG)** : **28,7 % des violences gynécologiques** et/ou **24,5 % des violences obstétricales**.
- **Près de 40% (39,8 %)** déclarent avoir subi au moins une discrimination.
- **Près de 40% (39,1 %)** déclarent que leurs douleurs de règles n'ont pas été prises en compte.
- **Plus de 70% (70,5 %)** se sont déjà senties mal physiquement ou psychologiquement après une consultation gynécologique (sans lien avec une inquiétude pour leur santé).
- **Une personne sur deux (53 %)** rapporte un impact délétère sur son suivi médical.
- **Plus de 55% (56,3 %)** rapportent au moins une situation d'examen gynécologique pouvant relever de violences sexuelles.

1. Un consentement encore largement entravé

Les consultations gynécologiques impliquent des actes touchant à l'intimité des patient·es. Elles devraient donc faire l'objet d'une attention renforcée à l'information, à la pudeur, au respect de l'intégrité et au consentement. Pourtant 9 personnes sur 10 (88,57 %) attestent du manque de **respect de leur intimité** lors de consultations gynécologiques. Plus de 8 personnes sur 10 (80,95 %) rapportent au moins une **atteinte à leur consentement** lors d'un examen gynécologique.

D'ailleurs, l'enquête atteste d'un consentement souvent difficile à exercer par les patient·es. Près de **85 %** (84,6 %) des répondant·es estiment **difficile de refuser un examen gynécologique** proposé par un·e soignant·e. Notamment à cause de l'asymétrie inhérente à la relation de soin, et du défaut d'information empêchant un·e patient·e de faire son choix en toute connaissance de cause.



- « Les médecins devraient expliquer en début de consultation quels sont nos droits. Dans mon cas, le consentement est demandé uniquement avant les actes une fois qu'on est sur la chaise gynécologique (enfin, c'est plutôt une information de ce qu'on va me faire plus qu'un consentement explicite). J'aimerais bien avoir les règles du jeu en début de séance. »

Plus de 8 personnes sur 10 déclarent ne pas toujours avoir été suffisamment informé·es sur l'intérêt de chaque examen (84,36 %) et sur son déroulé (82,84 %), lorsque l'examen était **proposé pour la première fois**. L'information contraceptive reste elle aussi incomplète, puisque seules **près de 37 %** (36,77 %) des répondant·es indiquent avoir reçu une information sur **au moins quatre méthodes** contraceptives différentes.

Le défaut d'information constitue assurément un obstacle majeur à un consentement éclairé.

Dans les situations les plus graves, le défaut de consentement peut aller jusqu'à des examens poursuivis malgré la douleur, ou malgré la demande d'arrêter. **Une personne sur deux** (51,3 %) témoigne avoir subi au moins un examen trop douloureux pour elle, mais qui a été poursuivi malgré sa volonté de l'arrêter. Les actes les plus fréquemment cités sont la pose du spéculum (20,1 %), le toucher vaginal (15,1 %), le frottis (13,6 %), la pose de stérilet (13,2 %) et l'échographie endovaginale (12,4 %).

Face à ces constats, **89,4 %** des répondant·es souhaitent que les professionnel·les de santé leur demandent **d'avantage leur consentement** avant chaque examen gynécologique.

2. Une parole difficile à faire entendre

Plus d'une personne sur deux (55,85 %) estime que ses douleurs ou les effets secondaires ont été niés concernant ses **règles** (39,08 %), ou sa **contraception** (43,37 %).

Les résultats mettent en évidence un phénomène particulièrement préoccupant : **plus les douleurs des règles déclarées sont importantes, moins les répondant-es rapportent avoir été écoutées. Près de 60 %** (58,3 %) des répondant-es évaluent pourtant leurs douleurs à des niveaux très élevés (entre 7 et 10/10).



- « C'est normal d'avoir mal. Bienvenue dans la vie de femme ! »
- « C'est dans votre tête, toutes les femmes souffrent. L'endométriose c'est à la mode, le SOPK ça ne se soigne pas, ça ne sert à rien de faire des examens. »

3. Des mineur-es également concerné-es

Frottis, palpations mammaires, examens gynécologiques avant les premiers rapports avec pénétration, examens intrusifs dès la première visite gynécologique, sont contraires aux bonnes pratiques médicales issues des recommandations françaises ainsi :

Près de 66,7 % des répondant-es indiquent avoir eu leur **premier frottis avant l'âge de 25 ans**.



RECOMMANDATIONS MÉDICALES DE BONNES PRATIQUES

- Le **frottis** est recommandé seulement après 25 ans, selon la Haute-Autorité de Santé française.
- Selon les recommandations pour la pratique clinique relative à l'examen pelvien, **l'examen gynécologique** n'a pas à être réalisé de manière systématique lors d'une première consultation. Il doit être médicalement justifié, expliqué à la patiente ou au patient, et ne peut être pratiqué qu'avec un consentement libre et éclairé.
- D'après les recommandations de l'Institut National du Cancer : "Un examen clinique mammaire annuel doit être réalisé chez toutes les femmes à partir de 25 ans, qu'elles soient à haut risque ou non".



- « Un médecin m'a réalisé un frottis alors que j'étais toujours vierge. J'ai eu très mal. Mais je pensais que c'était nécessaire, donc je n'ai pas protesté. Quand j'ai raconté cela à ma gynécologue actuelle, elle était choquée et m'a dit qu'un médecin n'était pas censé faire de frottis sur une patiente vierge. »

L'enquête met en évidence des examens réalisés précocément, parfois en contradiction avec les recommandations professionnelles. Les témoignages recueillis montrent également que **les enfants et adolescent-es peuvent subir des violences dans les lieux de soins**. Elles/Ils sont parfois confronté-es à des examens imposés, sans information adaptée à leur âge ou sans **leur** consentement effectif.

4. Violences Obstétricales et gynécologiques, avec un focus sur les discriminations

Les répondant-es rapportent des violences verbales, psychologiques, sexistes et discriminatoires, ainsi que des actes réalisés sans consentement, sous contrainte de prescription ou de soins, ou poursuivis malgré la douleur ou effectués malgré un refus exprimé.

Ces violences ne sont ni marginales, ni isolées. Depuis 2018, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes souligne le caractère systémique et généralisé des violences obstétricales et gynécologiques (VOG). **Les résultats de notre enquête confirment l'ampleur du phénomène: près d'une personne sur deux a subi des VOG (45,1 %) : près de 30% des répondant-es déclarent avoir subi des violences gynécologiques (28,7 %) et près d'une personne sur quatre des violences obstétricales (24,5 %).** Cette donnée fait écho à d'autres travaux récents, notamment à **l'Enquête nationale périnatale qui montre qu'environ une femme sur quatre déclare avoir vécu des soins irrespectueux en maternité.**

Près de 40 % (39,8 %) des répondant-es déclarent par ailleurs avoir subi **des discriminations** dans leur parcours de soins : sexisme, grossophobie, racisme, discriminations liées à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, au handicap, aux choix reproductifs, etc.

Concernant les auteurs de violences obstétricales et gynécologiques, les gynécologues sont désignés par 39,7 % des participant-es à l'enquête ; 14,82 % citent les autres médecins (radiologues, anesthésistes, échographistes, médecins généralistes) ; les sages-femmes représentent 12,7 % des auteur·rices mis en cause. D'autres soignant-es sont également signalé-es, tels que les internes/externes en médecine ou autre étudiant·e en santé, les infirmier·es/puéricultrice·eurs, les ostéopathes et les kinés, etc.



- « Ponction ovarienne sans anesthésie générale, je hurlais de douleur et leur demandais d'arrêter. La docteur a continué et a juste demandé à l'infirmière de me mettre le masque pour que je me calme...»

Les violences sexuelles dans les VOG

L'enquête établit par ailleurs que **plus d'une personne sur deux** (56,3 %) a fait part d'au moins une **atteinte grave au consentement**, pouvant s'apparenter à des **violences sexuelles**^[1] **lors du parcours de soins gynécologiques** :

- examens réalisés sans prévenir, comme **par surprise** : 26,35 % ;
- examens acceptés sous pression ou **par sentiment d'obligation** : 31,7 % ;
- examens poursuivis **malgré la douleur et la volonté d'arrêter** : 51,3 % ;
- examens réalisés **malgré un refus exprimé** : 4,1 %.



- « Le médecin a inséré ses doigts dans mon vagin sans me prévenir au préalable de son geste. Je l'ai vécu comme un viol. Il a été très brutal et j'ai eu très mal. »

Elle documente également des gestes à connotation sexuelle déclarés par les répondant·es :

- Près de 10% (9,8 %) déclarent des **gestes déplacés sur les parties intimes**,
- Près de 4,5% (4,45 %) des **va-et-vient dans le vagin**.

Les conséquences des violences sexuelles sont documentées dans les témoignages : **la peur de retourner consulter, la perte de confiance, la sidération, la culpabilité, le psychotrauma, etc.**



- « C'était traumatisant, je suis sortie en pleurant et aujourd'hui encore, si je dois consulter, je stresse beaucoup. »



Repère juridique — Consentement et violences sexuelles dans le soin

Depuis la loi n° 2025-1057 du 6 novembre 2025, le Code pénal précise que les violences sexuelles sont caractérisées s'il n'y a pas eu de consentement libre, éclairé, spécifique, préalable et révocable de la victime. Il ne peut être déduit de son silence, de son absence de réaction ou de sa sidération.

Cette clarification était essentielle pour analyser certains actes obstétricaux et gynécologiques. Le fait d'entrer dans un cabinet gynécologique, ou un établissement de soins en général, ne peut constituer un consentement explicite à un toucher vaginal, un toucher rectal, une échographie endovaginale, une pose de spéculum ou tout autre geste impliquant les organes sexuels. Ces actes peuvent relever du viol ou de l'agression sexuelle, lorsque le consentement n'est pas libre, éclairé, spécifique, préalable et révocable.

Les situations retenues dans l'indicateur de l'enquête renvoient à plusieurs formes d'atteinte au consentement : actes réalisés par surprise, acceptés sous pression ou sentiment d'obligation, actes poursuivis malgré la douleur ou la volonté d'arrêter, ou encore, actes réalisés malgré un refus exprimé.

L'existence d'un risque médical ne dispense jamais de rechercher le consentement libre et éclairé de la personne, sauf situation d'urgence vitale, ou impossibilité de recueillir sa volonté. Enfin, la loi sur le viol n'exige pas de démontrer une « intention sexuelle » subjective de l'auteur·rice. Cela peut aider à caractériser l'infraction mais ça n'est pas une condition légale. Cette loi vise un **acte de pénétration dans un organe sexuel commis par violence, contrainte, menace ou surprise et/ou sans consentement libre, éclairé, spécifique, préalable et révocable**.

[1] Note : cet indicateur est volontairement prudent et non exhaustif. Il ne recense pas l'ensemble des situations pouvant relever de violences sexuelles dans le cadre du soin gynécologique, mais seulement certaines atteintes graves au consentement identifiées dans l'enquête parmi les violences obstétricales et gynécologiques rapportées.

Les résultats de cette enquête affirment que les violences obstétricales et gynécologiques ne doivent pas être pensées isolément. Elles s'inscrivent plus largement dans le champ des violences sexistes et sexuelles en santé, à l'intersection des rapports de pouvoir, des normes de genre, des discriminations et de la relation asymétrique entre soignant·es et patient·es.

5. Des conséquences majeures sur la santé et le recours aux soins

Les expériences difficiles rapportées par les patientes ne peuvent être dénigrées par les professionnel·les de santé, en invoquant un simple "défaut de communication". Elles peuvent avoir des conséquences durables sur la santé, la confiance envers les professionnel·les et la continuité du suivi médical.

Plus de 7 personnes sur 10 (70,5 %) déclarent s'être déjà senti·es mal physiquement et/ou psychologiquement en sortant d'une consultation gynécologique, sans que cela soit lié à une inquiétude pour leur santé.

- **Conséquences psychologiques et physiques :**

Plus d'une personne sur deux (50,59 %) a eu au moins un trouble psychologique suite à cette consultation gynécologique mal vécue, comme des souvenirs pénibles et involontaires, une perte de confiance dans les autres, un évitement du lieu de soins concerné, un sentiment de honte, de la sidération, de l'anxiété, une hypervigilance, des crises de larmes, des troubles du sommeil et de l'attention, une sexualité dégradée, des idées suicidaires, etc.

Ces conséquences **augmentent fortement chez les personnes déclarant avoir subi des violences obstétricales ou gynécologiques** : 73,64 % d'entre elles rapportent au moins une manifestation psychologique sélectionnée à partir d'une échelle d'évaluation du stress post-traumatique [2]. Les répondant·es ne déclarant pas de VOG ont moins de conséquences psychologiques (26,36 %).

L'analyse secondaire de l'Enquête nationale périnatale 2021 avait déjà montré que les **soins irrespectueux en maternité** étaient associés à une **augmentation de 37 % du risque de symptômes dépressifs du post-partum**. Alors même que les femmes sont encouragées à « réarmer démographiquement la France », **les VOG désarment profondément le désir d'enfant**.

- **Suivi médical impacté**

Plus d'une personne sur deux (53 %) déclare que son suivi médical a été impacté par une consultation gynécologique mal vécue : peur de retourner consulter, renoncement à une ou plusieurs consultations gynécologiques ou arrêt de tout suivi gynécologique. En cas de **VOG déclarées**, cet impact augmente à **plus de 70 % (72,75 %)**.

[2] Note : les manifestations psychologiques retenues ont été sélectionnées à partir d'une échelle d'évaluation du stress post-traumatique. Elles ne constituent pas, en elles-mêmes, un diagnostic médical de trouble de stress post-traumatique.



- « Insertion horriblement douloureuse d'un spéculum (...) Cela m'a traumatisée (...). J'ai attendu plusieurs années avant de pouvoir envisager un examen gynécologique. »

• Recherche d'alternatives

Plusieurs répondant·es expliquent s'être tourné·es vers des sages-femmes après des consultations mal vécues, décrivant une prise en charge perçue comme plus attentive, plus douce et plus respectueuse du consentement. Ces témoignages ne visent pas à opposer les professions entre elles : des violences peuvent être commises par tout·e professionnel·le de santé, et des pratiques respectueuses existent aussi chez des gynécologues. Ils rappellent surtout que le respect du consentement ne devrait pas dépendre de la capacité à trouver « la bonne personne », mais être garanti dans tous les lieux de soins.



- « J'ai eu un parcours difficile et catastrophique avec les gynécologues, jusqu'au moment où j'ai trouvé ma sage-femme qui m'a fait comprendre la possibilité d'avoir du consentement dans le parcours de soins. »



Conséquences des violences : le stress post traumatique

Nous avons construit un **indicateur exploratoire de manifestations compatibles avec un trouble de stress post-traumatique**[3]. Il ne s'agit pas d'un diagnostic médical, mais d'un repère statistique permettant d'objectiver des profils associant plusieurs dimensions psychotraumatiques.

Parmi les répondant·es déclarant avoir subi des **VOG**, **5,44 % présentent un profil compatible avec un trouble de stress post-traumatique**, contre 0,21 % parmi les répondant·es ne déclarant pas de VOG.

Ces données doivent être mises en perspective avec les résultats du 7ème rapport de l'Enquête nationale confidentielle[4] sur les **décès** maternels, qui indique que le suicide constitue la **première cause de mortalité maternelle** jusqu'à un an après la fin de la grossesse.



- « Trop long à raconter (les VOG subies). En résumé : j'ai pensé au suicide pour ne plus jamais subir ça.»

Dans ce contexte, le repérage des violences obstétricales et gynécologiques doit devenir un enjeu de santé publique. Identifier ces violences, écouter les patient·es et orienter vers un accompagnement adapté peut contribuer à prévenir l'aggravation de troubles psychiques, les ruptures de suivi et, dans certaines situations, les états de détresse grave pouvant engager durablement la santé et la sécurité des personnes concernées.

[3] cet indicateur exploratoire s'inspire de la PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5), auto-questionnaire de référence évaluant les symptômes de stress post-traumatique. Il ne constitue pas un diagnostic médical de TSPT, mais permet d'identifier des manifestations déclarées compatibles avec certaines dimensions du psychotraumatisme

[4] Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles, avril 2024, Santé publique France via le CNEMM (Comité national d'experts sur la mortalité maternelle), <https://urls.fr/d5T5MU>

Le consentement, un enjeu de santé publique et de démocratie sanitaire

Cette enquête rappelle d'abord que le consentement en gynécologie ne peut jamais être présumé, ni limité à un accord donné en début de consultation. Il doit être libre, éclairé, spécifique, préalable, continu et révocable à chaque étape du soin.

Les résultats montrent que les atteintes au consentement dans le soin, et les violences obstétricales et gynécologiques, sont de grande ampleur en France. Loin d'être marginales, elles relèvent de violences sexistes en santé. Lorsqu'elles impliquent des examens gynécologiques réalisés sans consentement libre et éclairé, par contrainte, menace, violence ou surprise, elle peuvent relever de violences sexuelles dans le cadre du soin.

Leurs conséquences sont majeures : renoncement aux soins, rupture de suivi médical, perte de confiance, souffrance psychologique et physique, symptômes psychotraumatiques, altération du rapport au corps, à l'intimité, à la sexualité ou à la maternité, etc. Elles constituent un enjeu de santé publique.

Elles posent aussi une question de démocratie sanitaire : les patient·es doivent être reconnu·es comme des sujets de droit, capables de comprendre, de choisir, de refuser, d'interrompre un acte et de participer à l'amélioration des pratiques de soins. Leur parole doit être écoutée, documentée et intégrée aux politiques de santé publique. Cela suppose aussi de réduire l'entre-soi institutionnel et professionnel dans l'élaboration des recommandations, en associant davantage les patient·es, leurs représentant·es et les associations de patient·es aux travaux qui définissent les bonnes pratiques, les parcours de soins et les dispositifs de prévention.

Les recommandations des enquêté·es plaident pour une véritable culture du consentement, une formation renforcée des professionnel·les, une meilleure prise en compte de la douleur, une meilleure information des patient·es, un renforcement des dispositifs de prévention, de signalement, de contrôle et de protection des victimes.

StopVOG appelle à l'adoption d'une loi cadre intégrale contre les violences sexistes et sexuelles, incluant pleinement les VSS en santé dont font partie les violences obstétricales et gynécologiques, pour faire du respect du consentement, une exigence réelle, contrôlée et opposable, tant pour les adultes que pour les enfants.

Au-delà des chiffres, cette enquête rappelle que le soin ne peut se réduire à une succession d'actes techniques. Réaffirmer le consentement, l'écoute et le respect, c'est construire un système de santé dans lequel les gestes soignent plutôt qu'ils ne blessent, les institutions protègent plutôt qu'elles n'abandonnent et dans lequel chaque personne est reconnue pleinement dans son humanité.

Présentation publique des résultats

Les résultats de l'enquête ont été présentés lors d'une conférence thématique, organisée à l'Assemblée nationale le 24 juin 2026 de 14h à 17h, à l'initiative de Madame la Députée Céline Thiébault-Martinez, avec le soutien de StopVOG, et de la Coalition féministe pour une loi-cadre intégrale contre les violences sexistes et sexuelles.

Cet événement a réuni notamment :

- Céline Thiébault-Martinez, Députée ;
- Céline Évita, Coordinatrice de la Coalition pour une loi cadre-intégrale ;
- Sonia Bisch, Présidente de StopVOG ;
- Isabelle Adamiak, Secrétaire de StopVOG ;
- Guillaume Gouffier-Valente, Député et vice-président de la Délégation aux droits des femmes ;
- Sandrine Josso, Députée ;
- Dre Emmanuelle Piet, Médecin et présidente du Collectif féministe contre le viol ;
- My-Kim Yang-Paya, Avocate et fondatrice d'Avocats-Femmes & Violences ;
- Aminata Dango, Présidente et cofondatrice de l'association Djamma-Djigui ;
- Dre Muriel Salmona, Psychiatre, Présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie ;
- Sonia Pino, Psychologue clinicienne et cofondatrice Elle's Imagine'nt ;
- Grace Mpondo, Psychanalyste et fondatrice de l'Association Handi Femme Épanouie.

Au-delà de la restitution des résultats, cette rencontre a permis d'échanger sur les mesures nécessaires pour renforcer le respect du consentement, prévenir les violences dans les soins et mieux protéger les patient-es.

L'événement était ouvert au public. Le programme complet est disponible en annexe.

PRÉSENTATION DU RAPPORT

Cette enquête nationale porte sur le consentement dans le suivi gynécologique. Elle vise à documenter, à partir du point de vue des patient-es, la manière dont l'information, leurs choix et leur consentement sont pris en compte dans les consultations et examens gynécologiques.

L'enquête ne porte pas spécifiquement sur la grossesse ni sur l'accouchement qui feront l'objet d'un travail dédié. Toutefois, les réponses libres montrent que certain-es répondant-es inscrivent leur expérience gynécologique dans un parcours plus large de santé sexuelle, reproductive, gynécologique et parfois obstétricale. C'est pourquoi les violences obstétricales et gynécologiques sont abordées dans la partie consacrée aux situations nommées par les répondant-es et à leurs conséquences, lorsque ces expériences apparaissent dans les témoignages recueillis.

Le rapport s'organise autour de plusieurs dimensions complémentaires.

Dans une première partie, nous analysons les conditions nécessaires à un consentement réellement éclairé. Cette partie porte sur la qualité de l'information délivrée aux patient-es concernant les examens, traitements et actes proposés : leurs objectifs, leur déroulement, leurs bénéfices, leurs risques, les alternatives possibles ainsi que les droits des patient-es. Elle interroge également le respect des recommandations de bonnes pratiques médicales, notamment lors des premières consultations, chez les jeunes patient-es ou les mineur-es, et dans les situations où des examens intimes sont réalisés sans information suffisante, sans justification claire ou dans des conditions matérielles inadaptées.

Dans une deuxième partie, nous étudions la liberté de consentir ou de refuser dans le parcours gynécologique. Il s'agit d'analyser dans quelle mesure les patient-es déclarent pouvoir poser des questions, exprimer un refus, signaler une douleur, contester une proposition médicale ou demander une alternative, sans pression, culpabilisation ni chantage à la prescription ou à la prise en charge. Cette partie met en évidence l'effet de l'asymétrie de pouvoir dans la relation de soin, de la dépendance à l'accès aux soins, ainsi que la manière dont la parole des patient-es est — ou non — entendue lorsqu'elle concerne leur corps, leurs douleurs, leurs symptômes, leurs effets secondaires, leurs choix ou leurs limites.

PRÉSENTATION DU RAPPORT

Dans une troisième partie, nous abordons le consentement comme une exigence continue et révocable. Le rapport montre que le consentement ne peut pas se limiter à un accord implicite ou à une absence d'opposition : il doit être demandé clairement avant chaque acte, puis réinterrogé au cours de l'examen lorsque celui-ci se poursuit, devient douloureux ou lorsque la personne souhaite l'interrompre. Cette partie analyse également les situations les plus graves, notamment celles pouvant relever de violences sexuelles dans le cadre du soin.

Une quatrième partie est consacrée aux violences obstétricales et gynécologiques lorsqu'elles sont nommées comme telles par les répondant-es. Elle analyse les formes prises par ces violences, les professionnel·les mis-es en cause, les discriminations rapportées, ainsi que les enjeux de définition et de reconnaissance des violences obstétricales et gynécologiques.

Une cinquième partie étudie les conséquences rapportées : perte de confiance dans les soignant-es, peur de retourner consulter, renoncement ou évitement du suivi gynécologique, retards de diagnostic, douleurs, sidération, honte, colère, traumatisme, sentiment de dépossession ou altération du rapport au corps, à l'intimité et à la sexualité.

Enfin, le rapport se clôt par une section consacrée aux **recommandations formulées par les patient-es**. Celles-ci portent notamment sur la communication, le recueil du consentement, la formation des professionnel·les, la prise en compte de la douleur, le respect de l'intimité, la prévention des violences, les dispositifs de contrôle et de sanction, ainsi que l'amélioration de la prévention, du signalement et de la prise en charge des violences dans les soins.

L'objectif de ce rapport est de rendre visibles les expériences vécues par les patient-es, sans les réduire à des ressentis individuels. Les données recueillies permettent d'objectiver des pratiques, des manquements et des rapports de pouvoir qui interrogent profondément les conditions du consentement dans le soin gynécologique. Elles rappellent que le respect du consentement n'est pas une formalité : il constitue une condition essentielle d'un soin digne, sûr et respectueux des droits des patient-es.

Ce rapport rappelle enfin que les violences obstétricales et gynécologiques ne doivent pas être pensées à part : elles font pleinement partie des violences sexistes et sexuelles en santé. Les prévenir suppose donc de transformer les pratiques médicales, mais aussi de renforcer la formation, la protection des patient-es, la reconnaissance de leurs droits et de leur parole, les dispositifs de signalement et de sanction.

Pourquoi cette enquête ? Pourquoi maintenant ?

● Par Sonia Bisch, présidente de StopVOG

Cette enquête nationale sur le consentement en gynécologie est le fruit de plusieurs années de réflexion, de mobilisation et de recueil de témoignages, depuis 2017, par le Collectif StopVOG, devenu Association en 2025.

Depuis 2020, StopVOG reçoit plusieurs centaines de témoignages chaque année rapportant des expériences vécues comme violentes, humiliantes, discriminatoires, irrespectueuses ou non consenties, dans le cadre de leur prise en charge en gynécologie, ou en obstétrique.

Au fil des années, un constat s'est imposé : malgré l'ampleur des récits reçus, les violences gynécologiques et obstétricales demeurent largement minimisées dans le débat public et institutionnel. En l'absence de données nationales chiffrées sur le consentement et les violences en gynécologie, des estimations non fondées sur des données nationales robustes, continuaient d'être relayées publiquement, y compris dans les médias, donnant l'impression que ces situations demeuraient marginales.

En juin 2018, le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes publiait le rapport « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme » qui reconnaît officiellement la réalité des VOG sur le territoire français. Il propose 26 recommandations afin d'améliorer la prévention des violences, le respect du consentement et la prise en charge médicale des patientes, sans avancer de chiffre précisant l'ampleur de ces violences. Malgré ces alertes institutionnelles précoces, aucune réforme structurelle d'ampleur reprenant les principales recommandations du rapport n'a été mise en œuvre à l'échelle nationale.

Face à l'absence d'enquête quantitative et qualitative dédiée, l'Association StopVOG France a finalement décidé d'initier elle-même cette recherche citoyenne sur le consentement et les violences obstétricales et gynécologiques (VOG).

Le consentement libre, éclairé et révoquant constitue un principe fondamental du droit médical français depuis l'adoption de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (communément appelée « Loi Kouchner »). Dans le champ de la gynécologie et de l'obstétrique, ce principe revêt une importance particulière, compte tenu de l'intimité des soins réalisés, des rapports de pouvoir pouvant exister dans la relation médicale et des conséquences psychologiques, physiques ou sexuelles que certains gestes peuvent entraîner lorsqu'ils sont pratiqués sans consentement, voire par contrainte, menace, surprise ou parfois même avec violence.

Pour StopVOG, le consentement est au cœur du soin. Il implique une relation fondée sur l'écoute, le respect, l'information et la possibilité, pour chaque patiente ou personne concernée, d'accepter, de refuser ou d'interrompre un acte médical.

Cette enquête vise ainsi à établir un premier état des lieux national de la prise en charge en gynécologie, en évaluant la place donnée au consentement des patient·es dans les consultations gynécologiques, l'application de leurs droits, le respect des bonnes pratiques médicales, les discriminations rapportées dans le cadre des soins, les violences gynécologiques et obstétricales décrites par les répondant·es, ainsi que les conséquences de ces violences sur le rapport aux soins, au corps et à la santé.

Elle rappelle l'importance d'écouter le retour d'expérience des patient·es et d'intégrer leur savoir expérientiel dans les soins. Construire une relation soignant·e-soigné·e plus égalitaire suppose d'accepter de partager le pouvoir médical : informer, écouter, croire, respecter les choix, reconnaître la douleur et faire du consentement une exigence réelle à chaque étape du soin.

Enfin, aux victimes de violences obstétricales et gynécologiques et plus largement à toutes les victimes de violences sexistes et sexuelles, dans le domaine de la santé comme ailleurs, adultes comme enfants — nous devons adresser un message clair :

je te crois, je te protège.

Sans violences, il y aurait moins de pertes de chance, moins de traumatismes, moins de drames individuels et collectifs. Il nous appartient collectivement de construire une médecine fondée sur le respect des corps, des choix et des droits des patient·es, afin de rendre les espaces de soin plus sûrs, plus dignes et plus dignes de confiance. C'est une condition essentielle pour restaurer la confiance entre les soignant·es et les soigné·es.

Repères historiques et contexte des mobilisations

Cette enquête se situe dans un contexte plus large de mobilisations féministes et d'alertes croissantes autour des violences dans le système de santé.

En France, la dénonciation des violences gynécologiques et obstétricales (VGO) émerge comme problème public, au milieu des années 2010, même si des critiques plus anciennes visaient déjà certaines pratiques médicales jugées paternalistes ou non consenties. Les travaux historiques sur cette controverse situent généralement son apparition dans l'espace public entre 2014 et 2015.

Le terme de « violences obstétricales » commence à circuler à partir de l'année 2014, Le Haut Conseil à l'Égalité (HCE) relève que les recherches sur cette expression apparaissent alors de façon significative dans l'espace public français. Cette instance rend d'ailleurs un rapport sur le sujet en 2018.

Plusieurs événements jouent un rôle déclencheur. L'année 2014 avait été marquée par le mouvement #PayeTonUtérus. Dans le même temps, des femmes dénonçaient la pratique dite du « point du mari », consistant en un point de suture supplémentaire sur le périnée, afin de resserrer le diamètre d'entrée du vagin, supposément pour augmenter le plaisir sexuel du mari lors de rapports sexuels vaginaux.

En février 2015, la révélation de pratiques de touchers vaginaux réalisés à des fins pédagogiques sur des patientes anesthésiées, sans consentement explicite, provoque une forte émotion médiatique et militante. Cette affaire contribue à rendre visibles des pratiques jusque-là peu discutées publiquement.

Parmi les premiers acteurs et actrices de cette mobilisation figure le CIANE (Collectif inter-associatif autour de la naissance), actif depuis les années 2000 sur les questions de « naissance respectée ». Dès 2013, le collectif documente notamment les épisiotomies pratiquées sans consentement et interpelle les pouvoirs publics sur les pratiques obstétricales. En 2017, il publie un dossier explicitement consacré aux violences obstétricales. La juriste et militante Marie-Hélène Lahaye, avec son blog “Marie accouche là”, contribue à politiser les expériences d'accouchement et à diffuser la notion de violence obstétricale dès le début des années 2010. Ajoutons le médecin et écrivain Martin Winckler qui dénonce depuis plusieurs années les maltraitances gynécologiques, notamment dans ses ouvrages et interventions publiques. Il devient une figure importante de la critique du paternalisme médical et de la promotion du consentement dans la relation de soin.

Dès 2014, les réseaux sociaux jouent un rôle important dans la mise en visibilité des violences gynécologiques et obstétricales, notamment avec le hashtag **#PayeTonUtérus**, qui recueille des récits de remarques sexistes, d'examens douloureux ou d'actes réalisés sans consentement.

À partir de 2017, cette dynamique change d'échelle dans le contexte plus large de **#MeToo**, qui contribue à libérer la parole sur les violences sexistes et sexuelles dans de nombreux espaces sociaux, y compris dans les soins. Cette même année, la secrétaire d'État chargée de l'Égalité, Marlène Schiappa, saisit le HCE afin d'objectiver le phénomène.

L'année 2018 marque une étape décisive avec cette publication du rapport du HCE, « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical ». Ce rapport reconnaît officiellement l'existence d'actes sexistes et de violences dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical et contribue à légitimer une cause jusque-là souvent contestée par une partie du monde médical.

Il est intéressant de noter que la catégorie « violences obstétricales et gynécologiques » naît d'abord dans l'espace militant féministe, associatif et numérique, avant d'être progressivement reprise par les médias, les chercheur·ses et les pouvoirs publics.

Les travaux de StopVOG s'inscrivent dans une mobilisation engagée depuis plusieurs années autour des violences obstétricales et gynécologiques, de la bientraitance dans les soins et du respect des droits des patientes.

Avant même le lancement de cette enquête nationale, l'Association avait déjà mené plusieurs campagnes de sensibilisation concernant certaines pratiques dénoncées par de nombreux·ses patient·es, notamment les épisiotomies réalisées de manière systématique, l'expression abdominale ou encore le point du mari.

Dès avril 2020, dans le contexte de la pandémie de Covid-19, StopVOG a lancé une première enquête nationale consacrée aux conditions de naissance pendant la crise sanitaire[0]. Si cette enquête n'avait pas pour objet les violences obstétricales et gynécologiques, de nombreux témoignages recueillis faisaient déjà état d'atteintes au

[0] StopVOG France. (2020). Enquête nationale sur la naissance pendant la pandémie de Covid-19. Disponible en ligne : https://drive.google.com/file/d/1Aln35bES8g4fi3vaT9PS23uqY_LluQGM/view ; voir également la cartographie interactive des témoignages et violences obstétricales par maternité : <https://bit.ly/3uSFdSg> ; et la restitution des résultats devant la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale : <https://youtu.be/FJ1NbNyHrLQ>.

consentement, de gestes imposés, de séparations mère-enfant non justifiées, de propos humiliants ou de pratiques vécues comme violentes. Ces constats ont contribué à mettre en évidence la nécessité de documenter spécifiquement les violences obstétricales et gynécologiques et la place du consentement dans les soins.

Les résultats ont donné lieu à la création d'une cartographie interactive recensant les témoignages par établissement de santé, ainsi qu'à une présentation devant la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale en septembre 2020. Les actions menées par StopVOG autour de ces questions se sont inscrites dans les mobilisations ayant accompagné l'évolution des recommandations ministérielles concernant la présence des accompagnant-es lors des accouchements pendant la crise sanitaire.

Quelques mois plus tard, l'Association a également lancé la campagne

#StopAccouchementMasqué, afin de dénoncer le port du masque, qui pouvait être imposé aux femmes pendant l'accouchement dans de nombreuses maternités, et alerter sur les conséquences physiques, psychologiques et symboliques de ces pratiques. Cette mobilisation visait à faire évoluer les pratiques médicales vers davantage de bientraitance et de respect des personnes accouchant.

En septembre 2021, l'affaire dite « Daraï » a constitué un moment de bascule dans la prise de conscience publique des violences sexuelles susceptibles de survenir dans les soins gynécologiques. StopVOG a contribué à la médiatisation de cette affaire en diffusant le témoignage d'une étudiante en médecine ayant dénoncé des faits, qu'elle présentait comme un viol commis sur une patiente lors d'une consultation gynécologique à laquelle elle avait assisté. Dans les mois qui ont suivi, StopVOG a reçu près de 190 témoignages de patient-es mettant en cause ce praticien, et rapportant des examens, gestes ou propos vécus comme des violences gynécologiques, obstétricales ou sexuelles.

La médiatisation de cette affaire, les témoignages recueillis et diffusés par l'Association, les prises de parole de victimes et de plaignant-es, les interventions d'avocat-es, ainsi que les rassemblements organisés devant l'hôpital, ont contribué à faire émerger ce que plusieurs médias ont qualifié de **#MeToo de la gynécologie**.

En novembre 2022, ce praticien a été mis en examen^[1] pour « violences volontaires par personne chargée d'une mission de service public » à l'égard de 32 plaignantes dont la majorité avaient porté plainte pour viol. La requalification de ces faits par la justice illustre la difficulté persistante à penser, nommer et qualifier les atteintes au consentement lorsque des violences sexuelles sont réalisées dans un cadre médical.

En 2022, la question du consentement dans les examens gynécologiques a de nouveau été placée au cœur du débat public à la suite de plaintes visant Chrysoula Zacharopoulou, alors secrétaire d'État et ancienne gynécologue, pour des actes dénoncés par certaines ancien-n-es patient-es, comme des viols lors d'examens gynécologiques^[2]. Sans se prononcer sur cette affaire individuelle, la Première ministre Élisabeth Borne a saisi le Comité consultatif national d'éthique en juillet 2022, pour qu'il conduise une réflexion approfondie sur le consentement dans les examens gynécologiques et, plus largement, les examens touchant à l'intimité des patient-es^[3].

[1] Selon Le Monde, Émile Daraï a été mis en examen le 23 novembre 2022 pour « violences volontaires par personne chargée d'une mission de service public » à l'égard de 32 plaignantes. L'article rappelle que plusieurs plaintes avaient été déposées à la suite d'examens gynécologiques dénoncés par des patientes comme violents ou non consentis.

[2] La saisine du CCNE par la Première ministre Élisabeth Borne a été annoncée en juillet 2022, dans un contexte de débat public sur le consentement en gynécologie, après des plaintes visant Chrysoula Zacharopoulou, alors secrétaire d'État et ancienne gynécologue.

[3] Le Monde, « Élisabeth Borne saisit le Comité consultatif national d'éthique sur le consentement en gynécologie », 6 juillet 2022.

Cette saisine a donné lieu à l'avis n°142 du CCNE[4], publié en 2023, intitulé Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité. StopVOG a été auditionnée[5] dans ce cadre, afin de porter la parole des patient-es sur les atteintes au consentement, les examens intimes réalisés sans accord libre et éclairé et les situations pouvant être vécues ou dénoncées comme des violences sexuelles dans le soin.

Cette réflexion institutionnelle sur le consentement dans les examens gynécologiques s'inscrit dans une évolution plus large du droit et du débat public autour des violences sexuelles. En 2024 et 2025, la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale, dans le cadre d'une mission d'information conduite par les députées Véronique Riotton et Marie-Charlotte Garin[6], a travaillé sur l'intégration de la notion de consentement dans la définition pénale du viol et des agressions sexuelles. StopVOG a été auditionnée dans ce cadre afin de porter la question des violences sexuelles susceptibles de survenir dans le soin gynécologique, notamment lorsque des examens gynécologiques sont réalisés sans consentement libre ni éclairé.

Ces travaux parlementaires ont notamment conduit au dépôt d'une proposition de loi visant à modifier la définition pénale du viol et des agressions sexuelles. La loi n°2025-1057 du 6 novembre 2025[7] a depuis inscrit dans le Code pénal que, en matière de violences sexuelles, le consentement doit être "libre et éclairé, spécifique, préalable et révocable", qu'il s'apprécie au regard des circonstances et qu'il ne peut être déduit du seul silence ou de la seule absence de réaction de la victime.

Cette évolution législative constitue un point d'appui majeur pour l'analyse des actes touchant à l'intimité des patient-es réalisés dans un cadre médical. Elle rappelle qu'un examen gynécologique, un toucher vaginal, un toucher rectal, une échographie endovaginale, une pose de spéculum ou tout autre acte impliquant le corps intime ne peuvent jamais être présumés consentis du seul fait de la présence du/de la patient-e, de son silence, de sa sidération ou de l'absence de réaction immédiate.

Ces affaires ont participé à libérer la parole de nombreux-ses patient-es, mais aussi de professionnel·les de santé et d'étudiant-es, concernant les violences sexistes et sexuelles vécues au sein des institutions médicales. Dans les années suivantes, les mouvements **#MeTooHôpital** et **#MeTooMédecine** ont mis en lumière l'ampleur des violences sexistes et sexuelles subies par les étudiant-es et les professionnel·les de santé, révélant des mécanismes de domination, de silence et de protection insuffisante des victimes, présents dans tous les espaces du système de santé.

Dans ce contexte, StopVOG a participé à la création du Collectif contre les violences sexistes et sexuelles en santé, réunissant associations de patient-es, syndicats, étudiant-es et professionnel·les de santé autour d'un constat commun : les violences sexistes et sexuelles dans le secteur de la santé ne peuvent être pensées de manière cloisonnée. Ces violences touchent à la fois les patient-es, les étudiant-es et les professionnel·les de santé victimes

[4] Comité consultatif national d'éthique, Avis n°142 — Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques et touchant à l'intimité, 2023. L'avis répond à la saisine de la Première ministre de juillet 2022 et porte sur le consentement dans les examens gynécologiques ou touchant à l'intimité.

[5] Sonia Bisch, fondatrice et présidente de StopVOG, figure parmi les personnes auditionnées par le CCNE dans le cadre de l'élaboration de l'avis n°142.

[6] Assemblée nationale, Délégation aux droits des femmes, Rapport d'information sur la définition pénale du viol, n°792, déposé le 21 janvier 2025, rapporteures Véronique Riotton et Marie-Charlotte Garin.

[7] Loi n°2025-1057 du 6 novembre 2025 modifiant la définition pénale du viol et des agressions sexuelles. Le texte précise que le consentement est « libre et éclairé, spécifique, préalable et révocable » et qu'il ne peut être déduit du seul silence ou de la seule absence de réaction de la victime.

de leur pairs. Ces situations traduisent des difficultés communes auxquelles doit être apportée une réponse globale en termes de prévention, signalement, protection des victimes et sanction des agresseur-ses. Cette approche globale met également en lumière les dimensions systémiques et organisationnelles pouvant favoriser le maintien de certains rapports de pouvoir et l'insuffisante protection des victimes.

Cette enquête vise à faire reconnaître l'expertise des patient-es et l'importance de leurs récits dans l'amélioration des pratiques médicales. Elle s'inscrit dans une démarche de démocratie sanitaire, fondée sur la prise en compte du vécu des personnes concernées comme élément central pour la compréhension des dysfonctionnements du système de soins.

Ce rapport cherche enfin à faire comprendre l'urgence d'agir pour les pouvoirs publics, afin que les cabinets gynécologiques, les maternités et les établissements de soins ne puissent plus être des lieux où le consentement est ignoré, où le corps des patient-es est déshumanisé et où les violences gynécologiques et obstétricales continuent de détruire durablement des vies.

Pourquoi n'y a-t-il pas de chiffres sur le sujet ?

Une enquête sur le consentement nécessaire

Dans le chapitre « Étudier les violences gynécologiques et obstétricales : un défi urgent et nécessaire » de l'ouvrage collectif coordonné par Claudine Schalk, Raymonde Gagnon et Sonia Bisch (publié en 2023), Virginie Rozée et Lucile Faivre-Pierret montrent que l'étude des violences gynécologiques et obstétricales constitue aujourd'hui un enjeu scientifique, social et politique majeur. Si ces dernières font l'objet de recherches internationales depuis plusieurs années, notamment en Amérique latine, elles restent encore peu documentées empiriquement en France. Cette absence de données contraste fortement avec la multiplication des témoignages de personnes relatant des expériences de soins vécues comme douloureuses, non respectueuses ou traumatisantes.

Les autrices insistent sur le rôle central des enquêtes, et en particulier des enquêtes quantitatives, comme « instruments de dévoilement », pour reprendre l'expression de Thomas Amossé (dans son chapitre publié en 2018[8]). Produire des données sur le consentement permettrait de rendre visibles des expériences largement partagées mais encore peu audibles dans l'espace public et institutionnel. Sans indicateurs mesurables, ces vécus restent difficilement recevables par les pouvoirs publics et par une communauté médicale attachée aux preuves empiriques.

Le consentement ne peut être isolé des autres dimensions des violences gynécologiques et obstétricales, telles que l'information, la gestion de la douleur, le respect de l'intimité ou la bienveillance. Ainsi, des enquêtes permettant de saisir à la fois les faits objectivables et les expériences subjectives n'ont encore jamais été menées. Étudier le consentement apparaît dès lors non seulement comme un impératif scientifique, mais aussi comme une condition essentielle pour améliorer les pratiques de soins, prévenir les violences et garantir le respect des droits des patient-es.

[8] 2018, Thomas Amossé, « Les statistiques dans les études de genre : un instrument de dévoilement ? », dans Margaret Maruani (dir.), *Je travaille, donc je suis. Perspectives féministes*, Paris, La Découverte, p. 31-41. DOI : 10.3917/dec.maru.2018.01.0031.

Le consentement en gynécologie et obstétrique : de quoi parle-t-on ?

Le consentement dans les soins

Le consentement libre et éclairé constitue un principe fondamental du droit médical français depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

En gynécologie et en obstétrique, ce principe revêt une importance particulière, compte tenu de l'intimité des actes réalisés (CCNE, 2023), des rapports de pouvoir pouvant exister dans la relation de soin et des conséquences physiques, psychologiques ou sexuelles que certains gestes peuvent entraîner lorsqu'ils sont pratiqués sans information suffisante et/ou sans consentement.

Le consentement dans le soin implique que toute personne est en droit de :

- recevoir une information claire, loyale et adaptée ;
- poser des questions ;
- accepter ou refuser un acte médical ;
- retirer son consentement à tout moment.

Ces conditions permettent à toute personne de donner un consentement libre, éclairé et révocable, tel qu'il est inscrit par le Code de la santé publique, Article L1111-4.

L'absence de refus explicite ne peut être assimilée à un consentement.



Une enquête basée sur le retour des patient.es

La présente enquête a été élaborée à l'initiative de Sonia Bisch, Présidente de StopVOGfr, en collaboration avec Isabelle Adamiak, Secrétaire de l'Association. Cette initiative est motivée par les nombreux témoignages et retours des personnes qui contactent l'Association depuis 2020. Le recueil du consentement et le respect de la décision des patient-es sont fréquemment au cœur des messages adressés à StopVOG.

L'élaboration du questionnaire de cette enquête a, dès juillet 2023, sollicité des expertises diverses. Celle de patient.es, mais également celles de Virginie Rozée, sociologue, et de Bénédicte Costantino, gynécologue. Cette démarche collaborative a permis d'y intégrer différentes perspectives, tout en garantissant la pertinence des questions au regard des objectifs de l'enquête et du contexte médical.

Cette enquête a été lancée le 30 juillet 2025 via plusieurs canaux de diffusion : réseaux sociaux (Instagram, Facebook, LinkedIn, Bluesky et X), presse écrite et radio, ainsi que campagnes d'affichage menées dans différentes régions de France. Elle a été administrée en ligne via la plateforme Typeform et a recueilli 10 152 réponses (questionnaires complets).

Ce choix méthodologique visait à faciliter l'accès au questionnaire sur l'ensemble du territoire et à permettre la participation du plus grand nombre de personnes concernées.



Étaient invitées à y répondre les personnes ayant déjà consulté, au moins une fois, un-e gynécologue, sage-femme, radiologue, médecin généraliste, kiné, ou tout-e autre professionnelle, pour une consultation gynécologique (suivi **régulier, occasionnel**, ou pour un **motif particulier** : endométriose, IVG, grossesse, PMA, fausse couche, post-partum, cancers du sein ou gynécologiques, etc).

Le post de lancement publié sur le compte Instagram de StopVOG a notamment atteint plus de 320 000 vues, alors même que le compte de l'association ne comptait qu'environ 19 900 abonné-es. Selon les données de diffusion disponibles, environ 91,5 % des personnes ayant vu cette publication ne suivaient pas initialement le compte de l'Association.

L'enquête a également été relayée par plusieurs comptes à forte audience, tels que le collectif féministe NousToutes, Orgasme et Moi, des associations comme EndoMind, ainsi que des comptes de personnalités et ceux d'organisations syndicales telles que la CGT, aux côtés de nombreux autres relais associatifs, professionnels et militants. Elle a par ailleurs bénéficié de plusieurs relais médiatiques, notamment sur France Info, dans la matinale de RMC, dans la matinale de France Culture, ainsi que dans 20 Minutes. Des médias régionaux et nationaux, métropolitains et ultramarins, ont également contribué à faire connaître l'enquête. Sa diffusion s'est en outre appuyée sur des campagnes d'affichage et de collage organisées dans plusieurs territoires, notamment en Île-de-France, dans le Calvados, les Pays de la Loire et en Corse.

Le nombre important de réponses recueillies, ainsi que la diversité des canaux de diffusion, témoignent de la diversité des profils des répondant-es. **Près de 50 % des répondant-es ont moins de 35 ans, ce qui permet d'éclairer des pratiques gynécologiques récentes**, notamment les premières consultations, la contraception, les examens récents et la manière dont le consentement est aujourd'hui demandé ou non. Cette composition constitue toutefois également une limite : les vécus des personnes en périménopause, ménopause ou post-ménopause apparaissent moins centraux dans le corpus, alors qu'ils soulèvent des enjeux spécifiques encore peu documentés.



**Les données ont été recueillies entre le 30 juillet 2025 et le 31 décembre 2025.
Au total, 10 152 questionnaires complets ont été collectés et retenus pour l'analyse.**

Nous avons voulu permettre à toutes les générations de s'exprimer librement et d'offrir des espaces d'échanges intergénérationnels. Nous voulions aussi toucher les personnes qui ont du mal à consulter depuis des années, suite à de mauvaises expériences. Nous avons souhaité que les informations sur les bonnes pratiques indiquées en début et fin de questionnaire puissent bénéficier largement à toutes et tous.

Le questionnaire

Le questionnaire se compose de six parties correspondant chacune à une thématique spécifique :

- une première partie visant à s'assurer que la personne a déjà vécu au moins une consultation gynécologique ;
- une deuxième partie permettant de mieux situer les répondant-es (âge, région, sexe) ;
- une troisième partie portant sur le déroulé des consultations gynécologiques ;
- une quatrième partie consacrée à la place de l'information, du consentement et de la liberté de choix dans la consultation gynécologique ;
- une cinquième partie portant sur les consultations relatives à la contraception et à l'IVG ;
- une sixième partie portant sur le vécu global des consultations gynécologiques.

Le questionnaire comprend au total 56 questions. La majorité de ces questions (n = 45) sont fermées, avec parfois plusieurs réponses possibles, et proposent systématiquement la modalité « je ne sais pas ». Des questions complémentaires comportent des champs de réponse libre (n = 11), permettant aux personnes répondantes d'apporter des précisions, de nuancer leurs réponses ou de partager leur expérience de manière plus détaillée.

Ces questions ouvertes portaient notamment sur :

- le vécu d'un consentement non respecté ;
- le vécu d'un examen non voulu ;
- la connaissance de l'obligation faite aux professionnel·les de santé de demander le consentement ;
- la négation des effets secondaires de la contraception ;
- la négation des douleurs ;
- les jugements négatifs ;
- les discriminations ;
- les violences obstétricales et gynécologiques ;
- les gestes déplacés ;
- les pistes d'amélioration de la prise en charge médicale.

Analyse des données

Analyse quantitative

Le premier volet repose sur une analyse statistique descriptive par question (effectifs et pourcentages), réalisée directement à partir de la plateforme Typeform utilisée pour le recueil des données. Des analyses complémentaires ont également été réalisées à partir du croisement de plusieurs variables et de la création d'indicateurs synthétiques.

Ces données quantitatives ne peuvent être considérées comme représentatives de l'ensemble des soins gynécologiques dispensés en France. Le nombre élevé de questionnaires complets, soit 10 152, permet de décrire avec précision les réponses recueillies et d'explorer la diversité des expériences rapportées.

Analyse qualitative des réponses ouvertes

Un second volet d'analyse, de nature qualitative, porte sur les réponses rédigées dans les champs ouverts.

L'enquête comportait plusieurs questions ouvertes permettant aux répondantes de décrire librement leurs expériences de consultation, leurs ressentis et les situations qu'elles considéraient respectueuses ou problématiques.

L'analyse de ces verbatims repose sur une approche thématique inductive, conduite question par question, et inspirée des méthodes d'analyse qualitative utilisées en sciences sociales.

● Principe général

L'approche inductive consiste à faire émerger les catégories d'analyse à partir des données elles-mêmes, plutôt que d'appliquer un cadre d'interprétation prédéfini.

Les réponses ouvertes ont été examinées indépendamment pour chaque question, afin de respecter le contexte d'énonciation des récits et d'éviter l'imposition d'un cadre interprétatif extérieur aux expériences décrites.

Cette méthode consiste à :

- examiner les réponses ouvertes pour chaque question indépendamment ;
- identifier les motifs récurrents, expressions significatives et situations décrites ;
- élaborer progressivement des catégories d'analyse à partir des données elles-mêmes ;
- regrouper ensuite ces catégories en axes thématiques transversaux lors d'une phase de consolidation.

Cette approche permet de restituer la diversité des expériences exprimées tout en faisant émerger les problématiques récurrentes décrites par les répondantes.

● Corpus analysé et stratégie d'échantillonnage

Compte tenu du volume très important de réponses ouvertes recueillies, l'analyse qualitative s'est appuyée sur un échantillon réparti au sein du corpus plutôt que sur une lecture exhaustive de l'ensemble des verbatims. Les réponses analysées ont été sélectionnées à différents moments du corpus (début, milieu et fin), afin d'éviter un biais lié à une lecture continue et d'éviter une surreprésentation de réponses issues d'un même canal de diffusion. Cette sélection s'est faite par intervalles, avec des sauts variables selon le volume de réponses concerné, suivis d'une lecture attentive des commentaires retenus.

Au total, entre 10 % et 30 % des réponses libres ont été analysées selon les questions, selon le volume de réponses à chaque question. Certaines analyses ont également reposé sur des sous-échantillons thématiques spécifiques.

● Processus d'analyse

L'analyse qualitative s'est déroulée en plusieurs étapes.

Ce travail de codage a été réalisé manuellement par plusieurs membres du pôle recherche de StopVOG, avec un soutien méthodologique de chercheuses associées au projet. Les codifications ont été consignées dans des tableaux Excel afin de permettre une mise en commun et une consolidation progressive des analyses. Les catégories identifiées ont ensuite été regroupées afin de dégager des thèmes transversaux structurant l'analyse des résultats.

Chaque témoignage a pu être codé selon la présence ou l'absence de plusieurs catégories, certaines situations relevant simultanément de plusieurs dimensions d'analyse. Les verbatims reproduits dans le rapport ont été sélectionnés pour illustrer les thèmes identifiés et ne constituent pas, à eux seuls, une mesure de la fréquence des situations rapportées. Une analyse lexicale descriptive a également été mobilisée afin d'identifier certains termes récurrents et de produire des nuages de mots à visée illustrative.

Ces thèmes concernent notamment :

- l'information donnée aux patientes et la communication autour des actes médicaux ;
- la demande explicite de consentement avant et pendant les gestes médicaux ;
- la qualité de la relation de soin (écoute, empathie, prise en compte de la douleur) ;
- les jugements et discriminations rapportés ;
- le respect de l'intimité et de l'autonomie des patientes ;
- les pratiques perçues comme non conformes aux droits des patientes ou aux recommandations professionnelles.

L'analyse qualitative bénéficie d'un soutien méthodologique assuré par des chercheuses associées au projet.

● Limites de l'analyse qualitative

Plusieurs limites doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats :

- l'analyse qualitative repose sur un échantillon du corpus et non sur l'ensemble des verbatims ;
- certaines questions ouvertes ont parfois servi d'espace d'expression pour des expériences variées, au-delà du thème initialement posé ;
- certaines situations décrites peuvent relever de plusieurs catégories d'analyse ;
- la composition de l'échantillon, dont près de 50 % des répondant-es ont moins de 35 ans, permet d'éclairer des pratiques gynécologiques actuelles, mais peut également limiter la visibilité de certains vécus spécifiques, notamment ceux des personnes en préménopause ou ménopause. Les violences gynécologiques dans ces périodes de la vie constituent pourtant un enjeu important, encore peu exploré, qui mériterait des travaux dédiés.
- L'enquête ne recueillait pas d'informations relatives à l'origine réelle ou supposée des répondant-es, à leur parcours migratoire ou à leur appartenance à des groupes racisés. Si plusieurs questions permettaient d'identifier des expériences de discriminations raciales ou ethnoculturelles déclarées par les participant-es, il n'est pas possible d'analyser finement les inégalités de traitement selon l'origine perçue ou les processus d'intersection entre sexisme, racisme, validisme, précarité ou autres formes de discrimination. Ces dimensions mériteraient des travaux spécifiques.
- L'enquête ne recueillait pas non plus d'information relative à l'orientation sexuelle des répondant-es. Il n'est donc pas possible d'isoler statistiquement les réponses des personnes lesbiennes, bisexuelles, pansexuelles ou plus largement concernées par des discriminations liées à l'orientation sexuelle, ni de produire un focus spécifique sur leurs parcours de soins gynécologiques. Toutefois, plusieurs témoignages font état de discriminations, de propos stigmatisants ou de présupposés hétéronormatifs dans le cadre des consultations. Ces éléments sont analysés dans la partie consacrée aux discriminations, mais mériteraient également des recherches dédiées afin de mieux documenter les expériences gynécologiques des personnes concernées.
- Les témoignages des personnes trans et non binaires mettent en évidence des problématiques spécifiques de discrimination et d'accès aux soins gynécologiques. Toutefois, le nombre de répondant-es concernés demeure limité au regard de l'effectif total de l'enquête (environ 30 personnes trans et 142 personnes non binaires), ce qui ne permet pas de produire des analyses statistiques détaillées ou représentatives de l'ensemble de ces populations. Ces résultats constituent néanmoins un premier éclairage sur leurs parcours de soins et soulignent l'intérêt de recherches complémentaires spécifiquement consacrées aux expériences gynécologiques des personnes trans et non binaires.

- La faible représentation des répondant-es résidant dans les DROM-COM constitue une limite importante de l'enquête. Les territoires ultramarins explicitement identifiés représentent environ 2,2 % du corpus, avec seulement deux témoignages recueillis à Mayotte. Cette sous-représentation ne permet pas d'analyser finement les spécificités ultramarines, alors même que les enjeux d'accès aux soins gynécologiques, obstétricaux, contraceptifs et d'IVG peuvent y être particulièrement marqués. Des études spécifiques dans les DROM-COM, et notamment à Mayotte, seraient nécessaires afin de documenter les violences gynécologiques et obstétricales dans ces contextes territoriaux spécifiques.
- L'enquête ne permet pas de produire une analyse spécifique fiable des expériences liées à l'IVG. Une question portait sur ces parcours, mais sa construction ne permet pas d'exploiter les résultats de manière suffisamment robuste. Par prudence méthodologique, ces données ne sont donc pas mobilisées dans l'analyse quantitative principale. Cette absence constitue une limite importante, les parcours d'IVG soulevant des enjeux spécifiques de consentement, d'information, de stigmatisation, de douleur, d'accès aux soins et de respect de l'intimité.

Ces éléments ont été pris en compte dans la rédaction des résultats, qui privilégie une analyse thématique et narrative plutôt qu'une quantification stricte des expériences décrites. Ils invitent également à considérer cette enquête comme un premier état des lieux national, appelé à être complété par des recherches spécifiques sur certains publics, parcours ou périodes de vie, notamment la pérимénopause, la ménopause, le vieillissement gynécologique, les parcours de soin associés, ainsi que les vécus des patient-es dans les DROM-COM.

Le rapport utilise majoritairement le féminin, en cohérence avec la composition de l'échantillon, très largement constitué de femmes (cisgenres et, dans une moindre mesure, trans). Ce choix rédactionnel ne vise pas à invisibiliser les autres personnes concernées par les soins gynécologiques. L'enquête inclut également des personnes trans, non binaires et intersexes, dont certaines expériences sont analysées spécifiquement, notamment dans la partie consacrée aux discriminations.

● **Traitement des termes employés par les répondant-es**

L'analyse distingue ainsi :

- les faits décrits dans les récits ;
- les mots employés par les répondantes pour qualifier ces situations ;
- les éventuelles mises en perspective juridiques ou normatives.

Les termes employés par les répondantes ont été analysés comme des données du récit et du vécu exprimé. L'analyse qualitative vise à documenter les expériences rapportées et les significations attribuées à ces situations par les personnes concernées, sans se substituer à une appréciation juridique des faits.

À propos des témoignages

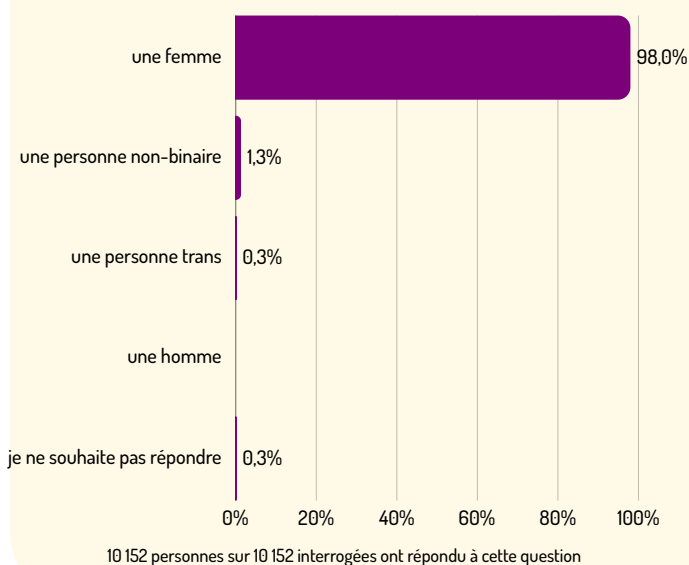
La mise en valeur graphique de certains témoignages ne traduit aucune hiérarchisation des vécus, de leur gravité ou de leur importance. Tous les témoignages confiés à l'enquête ont été lus avec la même attention et ont contribué à l'analyse. Certains extraits sont simplement mis en avant pour des raisons de lisibilité, de rythme et de mise en page.

Personnes ayant répondu à l'enquête menée par StopVOG

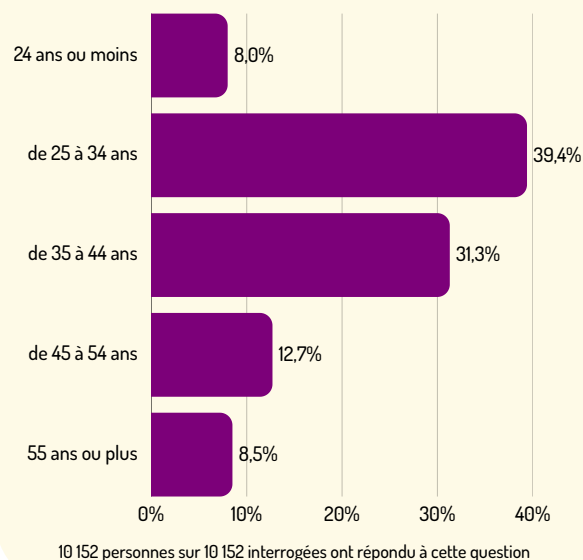
98 % des répondant-es se sont identifiées comme femmes. La majorité des répondantes se situe entre 25 et 44 ans (70,7 %) et près de la moitié a moins de 35 ans (47,4 %), ce qui permet d'éclairer des pratiques gynécologiques récentes. Toutes les tranches d'âge sont toutefois représentées.

L'ensemble des régions françaises est également représenté, bien que les répondant-es résidant dans les DROM-COM soient faiblement représenté-es, à hauteur d'environ 3 %. Cette sous-représentation constitue une limite de l'enquête et souligne l'intérêt de mener un travail spécifique sur les départements et collectivités d'outre-mer.

2.c Vous êtes :

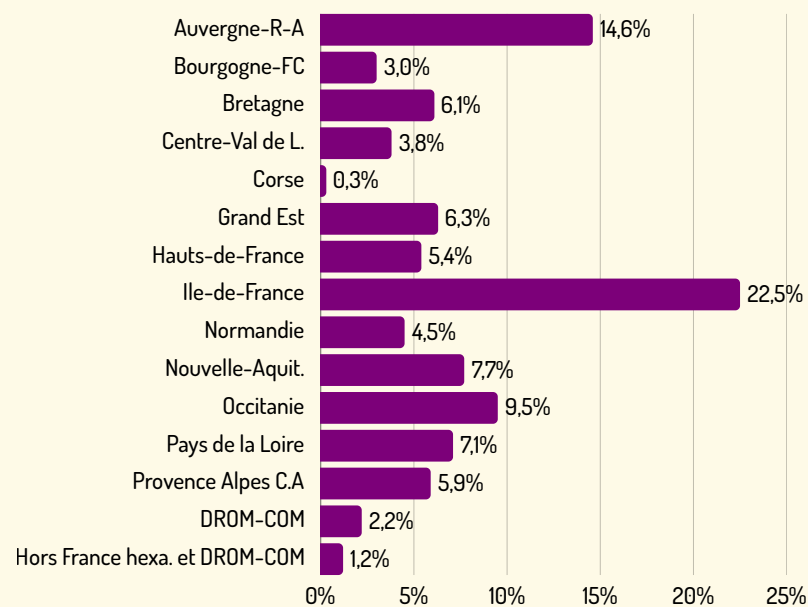


2.a Pouvez-vous nous indiquer votre âge :



Toutes les régions de France hexagonale sont représentées dans l'enquête, avec une forte proportion de répondant-es résidant en Île-de-France.

2.b Dans quelle région vivez-vous :



10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question



UN CONSENTEMENT RÉELLEMENT ÉCLAIRÉ ?

Information insuffisante
et mauvaises pratiques
médicales

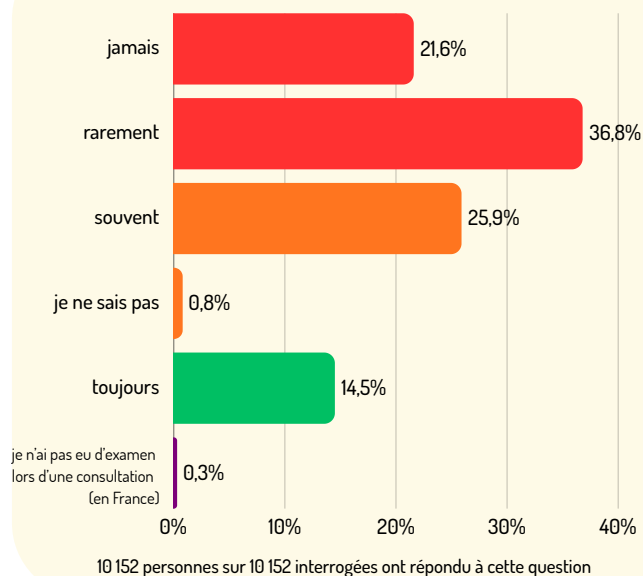
1.1. Une information largement insuffisante

1.1.1 L'intérêt des examens trop peu communiqué

84,36 %

des répondant·es estiment **ne pas avoir toujours reçu une information suffisante** sur l'intérêt de chaque examen, pour pouvoir l'accepter ou le refuser.

4.b Le/la professionnel·le de santé vous informe-t-il/elle suffisamment sur l'intérêt de chaque examen envisagé, pour vous permettre de l'accepter ou de le refuser ?



Les réponses à cette question pointent le manque d'informations délivrées aux patient·es par un·e soignant·e, sur l'intérêt ou la nécessité des examens proposés. Ainsi, seulement 14,5 % des personnes interrogées déclarent être « toujours » suffisamment informées sur l'intérêt de chaque examen envisagé afin de pouvoir l'accepter ou le refuser, tandis que 36,8 % répondent « rarement » et 21,6 % « jamais ».

Le manque d'explications sur l'intérêt de l'examen peut rendre le refus difficile à formuler. Lorsque l'objectif médical n'est pas clairement exposé, la proposition du/de la professionnel·le peut être perçue comme nécessaire ou obligatoire.

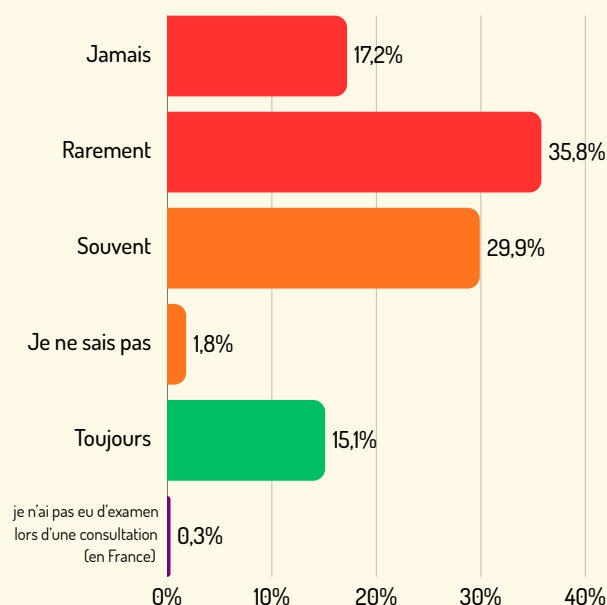
- « Je me suis dit que, comme on ne m'avait pas bien expliqué, je n'étais pas légitime de refuser. »

1.1.2 Une information souvent insuffisante sur le déroulé des examens

82,84 %

des répondant·es ne sont pas toujours suffisamment informé·es sur le déroulé d'un examen qu'on leur propose pour la première fois

4.a Le/la professionnel·le de santé vous a-t-il/elle suffisamment informé·e sur le déroulé d'un examen qu'on vous propose pour la première fois ?



10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question

L'information relative au déroulé des examens apparaît également insuffisante pour une part importante des répondant·es. Seules 15,1 % des personnes interrogées déclarent être « toujours » suffisamment informées sur le déroulé d'un examen proposé pour la première fois, tandis que 35,8 % répondent « rarement » et 17,2 % « jamais ».

- « Dernièrement j'ai vécu un examen assez invasif — hystérosalpingographie — où le radiologue n'a demandé aucun consentement et n'expliquait rien. Cela a été dur à vivre, je me suis sentie complètement objectifiée et pas prise en compte en tant que personne. J'ai fini par lui demander explicitement de me prévenir de ce qu'il allait faire à chaque fois et, même là, il ne le faisait pas forcément. »
- « Je ne pouvais même pas dire si je voulais ou pas car rien n'était expliqué et je découvrais l'acte médical en question au moment où la gynéco s'apprêtait à l'effectuer, comme si mon consentement allait de soi. »

Le défaut d'information délivrée par les professionnel·les de santé, concernant l'intérêt de l'examen ou son déroulé, apparaît ainsi comme un obstacle important à l'exercice effectif du consentement, alors même que cette information constitue une obligation légale.

1.2. Le droit à l'information : une condition pourtant nécessaire du consentement éclairé

Le consentement libre et éclairé constitue un principe fondamental du droit des patientes et des patients en France. Pour qu'une personne puisse accepter ou refuser un examen, un traitement ou un acte médical, la loi prévoit qu'elle dispose d'une information claire, loyale et compréhensible concernant sa santé, les soins proposés, leurs objectifs, leurs risques, leurs alternatives possibles ainsi que les conséquences prévisibles d'un refus.

Le droit à l'information est consacré par la loi du 4 mars 2002 dite « loi Kouchner », codifiée à l'article L1111-2 du Code de la santé publique :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. »



Les recommandations de bonnes pratiques médicales de la Haute Autorité de Santé (HAS) rappellent également que cette information constitue une condition essentielle de l'exercice du consentement :

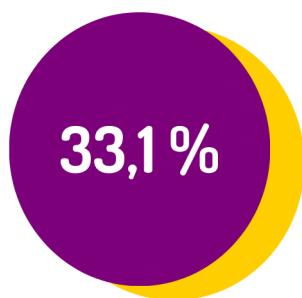
« L'information délivrée par le professionnel de santé à la personne est destinée à l'éclairer sur son état de santé et à lui permettre, si nécessaire, de prendre en connaissance de cause les décisions concernant sa santé en fonction de ce qu'elle estime être son intérêt. Cette information permet notamment à la personne d'accepter ou de refuser les actes à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique qui lui sont proposés. Pour ce faire, l'information porte sur l'objectif, la nature et le déroulement des actes et du suivi envisagés. »

La HAS souligne également que l'information constitue « un élément essentiel dans la relation de confiance réciproque entre le professionnel de santé et la personne » et qu'elle « s'inscrit dans un dialogue ».

1.2.1 Les patient.es connaissent-ils/elles leurs droits ?

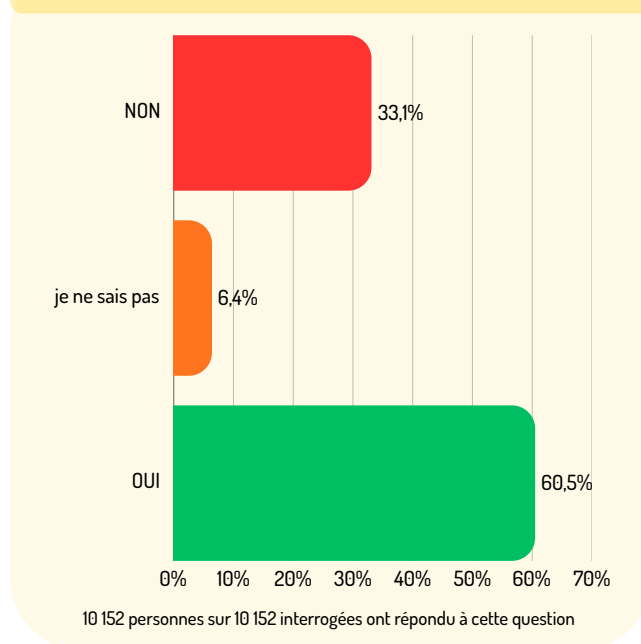
Les résultats de l'enquête montrent qu'une majorité des patient.es connaissent leurs droits concernant le consentement aux examens médicaux, soit 60,5 %. Ainsi, près de deux personnes sur trois connaissent l'obligation de devoir recueillir le consentement lors des soins.

Aussi, une personne sur trois méconnaît cette obligation légale, confiant même avoir longtemps pensé que les actes proposés par les professionnel·les étaient obligatoires, qu'il fallait "faire" ce qui était demandé, ou qu'il n'était pas réellement possible de refuser. Dans ces récits, l'autorité médicale, l'absence d'explications et le caractère routinier des examens contribuent à rendre le refus difficilement pensable ou formulable.



ignorent notamment que tout-e professionnel-le a **l'obligation de leur demander leur consentement avant chaque examen médical** et 6,4 % déclarent ne pas savoir. À l'inverse, **60,5 % des personnes interrogées déclarent connaître leurs droits sur le sujet.**

4.p Savez-vous que tout-e professionnel-le de santé a l'obligation de demander votre consentement avant d'effectuer chaque examen médical ?



“

- « **Je le sais (l'obligation d'avoir mon consentement) depuis mes premiers rendez-vous gynécologiques. Cependant, il est difficile de faire appliquer ce principe, tant la domination des médecins est un rouleau compresseur.** »
- « Je pense que le consentement est difficile à quantifier car je n'ai jamais eu l'impression qu'on me demandait mon accord, pas plus qu'on ne m'avertissait des examens qui allaient arriver. »
- « Je ne le voulais pas car c'était douloureux mais je me suis dit que je n'avais pas le choix. »
- « J'ai eu un parcours difficile et catastrophique avec les gynécologues, jusqu'au moment où j'ai trouvé ma sage-femme, qui m'a fait comprendre la possibilité d'avoir du consentement dans le parcours de soins. »
- « **Le consentement m'a toujours été demandé mais sans vraiment laisser la place à un oui (ou un non), je me suis toujours sentie obligée.** »

Cette proportion importante de répondant-es méconnaissant cette obligation suggère que le recueil du consentement n'est pas systématiquement identifié par les patient-es au cours des soins.

1.2.2 Comment les patient-es découvrent leurs droits ?

L'accès à la connaissance des droits des patient-es se fait souvent de manière indirecte, tardive, et fréquemment après une expérience de soins vécue négativement. Peu de répondant-es déclarent avoir été informé-es spontanément de leurs droits par les professionnelles de santé au cours de leur parcours gynécologique.

● 1.2.2.1 Réseaux sociaux, associations et médias

Les réseaux sociaux, les associations, les podcasts, les livres ou les médias jouent un rôle central dans la diffusion d'informations relatives au consentement et aux droits des patient-es.

“

• **« Je le vois sur les réseaux sociaux mais ne le vis quasiment jamais en pratique. »**

- « Depuis MeToo. »
- « Depuis environ 5 ans, lorsque j'ai entendu une émission à France Inter sur les violences obstétricales. »

StopVOG, et cette enquête elle-même, apparaissent également comme des vecteurs d'information importants.

“

• **« Par le biais de Stopvog, il y a quelques années, peut-être 5. »**

- « Je ne l'ai su que récemment grâce à des comptes Instagram comme StopVOG, orgasme&moi ou mon.gyneco »
- « Sur la page StopVOG d'insta et autres comptes de femmes médecins »

• **« Je l'apprends à l'instant : je pensais que c'était une recommandation, mais que les professionnels n'étaient pas obligés de demander le consentement des patientes. »**

• **« Avec ce questionnaire. »** (le questionnaire de l'enquête sur le consentement en gynécologie)

● 1.2.2.2 Formation, études et militantisme

Les professionnel·les de santé ayant répondu à cette enquête déclarent majoritairement avoir appris cette obligation durant leurs études, ce qui souligne en creux que leur manque de communication envers les patient·es semble davantage relever de la mise en œuvre concrète de cette obligation que de sa seule connaissance.

“

- **« Je suis médecin... on nous l'apprend en première année. »**
- « Je suis devenue professionnelle de santé et je réexplique le consentement en consultation à mes patientes. »
- « Je suis infirmière donc je le sais depuis longtemps mais quand on est patient, on est dans une situation de soumission. »

Certaines personnes engagées dans des associations ou des formations autour de la santé des femmes rapportent également une meilleure connaissance de leurs droits.

“

- **« Par mon militantisme féministe. »**
- « Grâce aux associations d'endométriose. »
- « Depuis ma formation de doula. »

● 1.2.2.3 Après des violences obstétricales et gynécologiques

Certaines personnes expliquent avoir commencé à rechercher des informations sur leurs droits après avoir subi des violences obstétricales ou gynécologiques, ou après avoir ressenti un malaise lors d'un examen médical.

“

- **« Je l'ai su après renseignements car j'ai eu un premier professionnel très violent mais je ne m'en rendais pas compte. J'étais jeune, je ne savais pas ce qui allait se passer. Je l'ai très mal vécu mais sur le coup j'ai fait avec. Avec les années à retourner voir ce pro et à continuer à subir les violences, j'ai fini par beaucoup trop angoisser à l'idée d'y retourner. Je me suis alors renseignée à ce moment-là et j'ai compris que j'avais subi beaucoup de violences et que c'était de là que naissaient mes angoisses. C'est là que j'ai compris la notion de consentement. »**
- « Je l'ai su après l'échographie endovaginale. Quand je suis tombée enceinte, je savais que je ne voudrais jamais revivre cette confiscation de mon corps. J'ai commencé à me renseigner de manière presque malade. Et j'ai découvert tout ce qui avait trait au consentement. J'avais 22 ans. »

● 1.2.2.4 Grossesse, accouchement et parcours de PMA

De nombreux·ses répondant·es expliquent avoir découvert la notion de consentement lors d'une grossesse, d'un accouchement ou d'un parcours PMA.

“

- « **Après 6 ans de PMA et de nombreux examens invasifs.** »
- « En m'informant durant la grossesse de mon premier enfant. »
- « **Quand j'ai été enceinte [...] j'ai réalisé que les gynécos ne l'avaient jamais fait.** »

● 1.2.2.5 Grâce à un·e professionnel·le de santé respectueux·se

De nombreux·ses répondant·es expliquent avoir découvert la notion de consentement lorsqu'un·e professionnel·le de santé leur a, pour la première fois, demandé explicitement leur accord avant un examen ou pris le temps de leur expliquer leurs choix.

“

- « **J'ai plutôt été surprise quand on me l'a demandé.** »
- « En fait c'est l'inverse, je m'en suis rendu compte lorsqu'un professionnel me l'a demandé. »
- « Quand j'ai rencontré une bonne gynécologue qui m'a demandé le consentement ! J'ai eu l'impression de me redécouvrir moi en tant que corps. »

Les sages-femmes sont fréquemment citées comme proposant une prise en charge perçue comme plus respectueuse de l'autonomie et du consentement des patient·es.

“

- « **J'ai 38 ans. Je le sais depuis 2 ans seulement, grâce à une sage-femme que je vais consulter.** »
- « Je l'ai su à 20 ans quand une sage-femme m'a demandé mon consentement à chaque geste. »
- « **En arrêtant de consulter des gynécologues et en me tournant vers les sages-femmes. Un tournant de vie.** »

● 1.2.2.6 Entourage et affichage des droits

Enfin, certain·es répondant·es évoquent le rôle de l'entourage, des échanges entre proches ou de l'affichage institutionnel, dans l'accès à l'information.



• « Depuis toujours. On parle de santé sans tabou avec mes ami·es. »

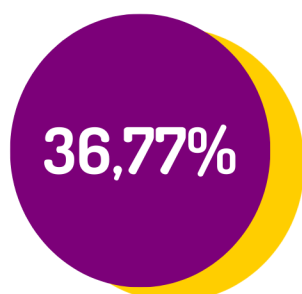
• « Chartes affichées en salle d'attente. »

• « Un affichage à l'hôpital, je crois. »

Ces éléments montrent que la connaissance des droits des patient·es dépend encore trop souvent d'expériences négatives, de recherches personnelles, de rencontres avec des professionnel·les respectueux·ses ou de ressources extérieures au soin. L'absence d'information systématique sur leur droit au consentement place les patient·es dans une situation de vulnérabilité accrue face à l'autorité médicale. Elle limite concrètement leur capacité à poser des questions, à refuser un examen, à demander son interruption ou à faire valoir un choix libre et éclairé.

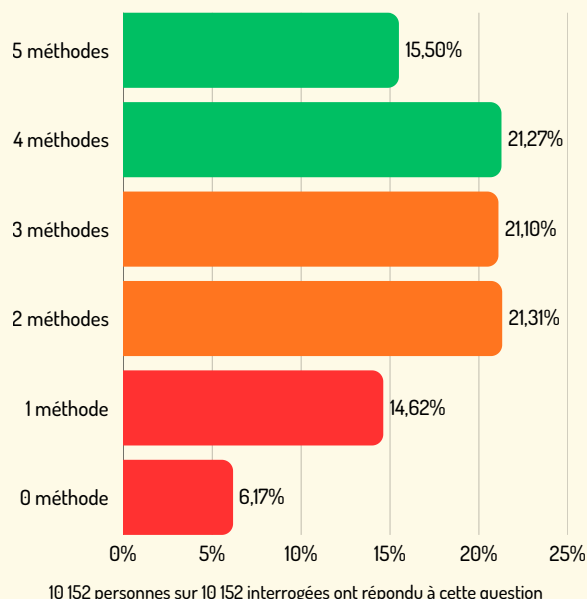
1.3 Une information contraceptive inégalement présentée

Seules



seulement des répondant·es **ont reçu une information "complète" sur les méthodes contraceptives** (c.a.d. au moins 4 méthodes présentées parmi les 5 premières de la question 5a affichée ci-dessous, l'indicateur est volontairement prudent) et 63,22% ont été informées de 3 ou moins de 3 méthodes contraceptives sur les 5 premières proposées.

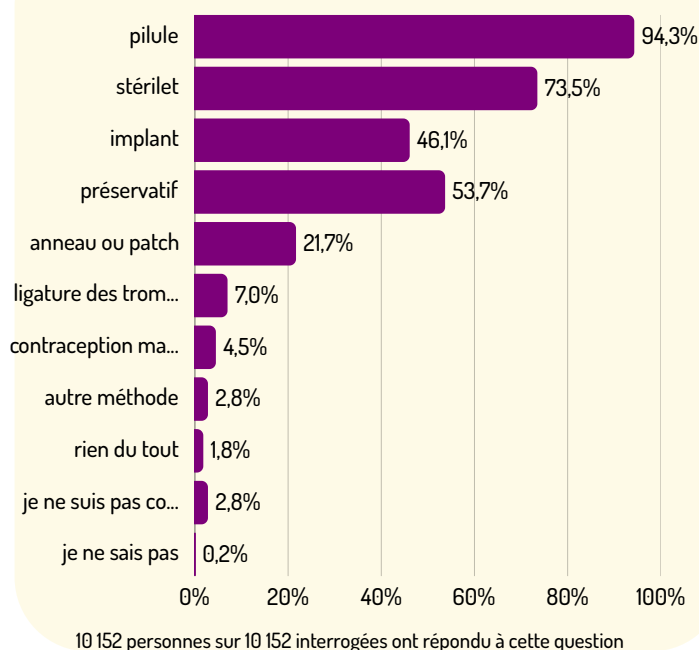
Nombre de méthode(s) contraceptive(s) présenté(es) :



On observe que l'information délivrée sur les différentes options contraceptives demeure très inégale selon les méthodes. La pilule apparaît très largement dominante parmi les contraceptions présentées par les professionnel·les de santé (94,3 %), devant le stérilet (73,5 %). À l'inverse, certaines méthodes sont beaucoup plus rarement évoquées, notamment les méthodes de contraception masculine (4,5 %) ou la ligature des trompes (7 %).

Ces résultats interrogent l'exhaustivité de l'information délivrée aux patient·es concernant les différentes options contraceptives existantes.

5.a Quelles méthodes de contraception vous ont déjà été présentées par des professionnel·les de santé ?



Les recommandations de la Haute Autorité de Santé[1] rappellent pourtant l'importance d'une information complète afin de permettre un choix réellement libre et éclairé :

« Il est essentiel de présenter les différents choix possibles, pour permettre à la personne de se représenter les enjeux de sa décision quelle qu'elle soit : accord ou refus. »

Les réponses libres confirment que l'information contraceptive reste souvent centrée sur quelques méthodes, en particulier la pilule. Plusieurs répondant·es expliquent que celle-ci leur a été présentée comme la solution évidente, normale ou unique, sans présentation réelle des autres options, de leurs avantages, de leurs limites ou de leurs effets secondaires. Les habitudes de prescription semblent prévaloir sur un réel choix éclairé de patient·es dûment informé·es.

“

- **« Elle n'a rien écouté, disait que je faisais des manières. Elle m'a changé 3 fois de pilule. J'ai demandé d'autres méthodes, elle a ignoré mes demandes. Je ne l'ai plus consultée. »**
- **« Aucune alternative à la pilule ne m'avait été proposée par une gynécologue qui, par ailleurs, ne prenait pas en compte mes douleurs et ne m'avait pas parlé d'endométriose, ni encouragée à avoir un diagnostic. »**

[1] 2013, Haute Autorité de Santé, Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer — hors post-partum et post-IVG.

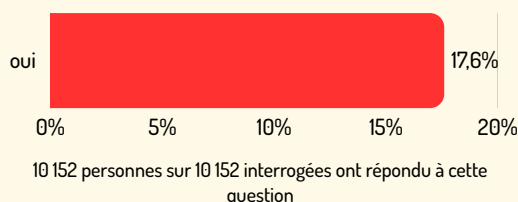
1.4 Des pratiques parfois contraires aux recommandations médicales

76,5 %

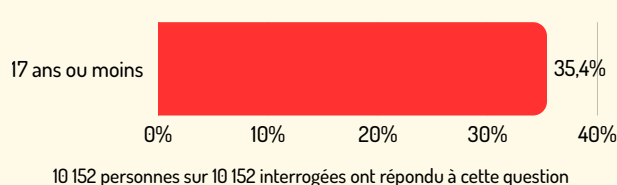
Des répondant·es déclarent avoir déjà **été confronté·es** à au moins une des situations suivantes* **ne respectant pas les bonnes pratiques médicales françaises**

- examen vaginal ou échographie endovaginale **avant** tout **rapport sexuel avec pénétration vaginale**
- examen vaginal **à un très jeune âge**
- **frottis avant 25 ans**
- **toucher vaginal sans port de gants**

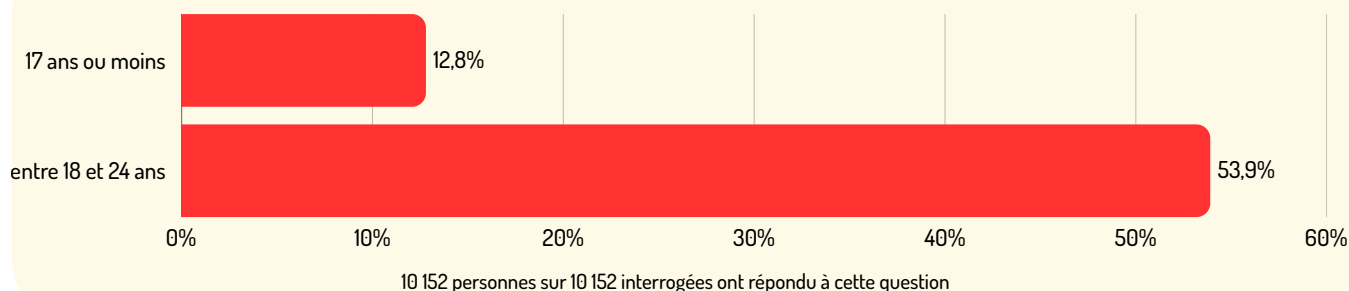
3.d Avez-vous eu un examen vaginal ou une échographie endovaginale avant vos premiers rapports sexuels avec pénétration vaginale ?



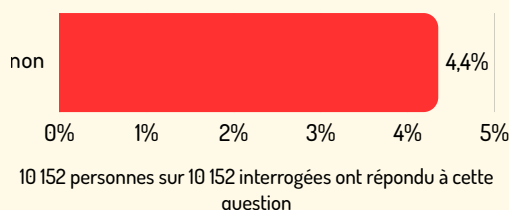
3.e Concernant votre premier examen vaginal, vous aviez :



3.f Concernant spécifiquement votre premier frottis, vous aviez :



3.g Pour faire un toucher vaginal, le/la professionnel·le a-t-il/elle toujours utilisé des gants ?



1.4.1 Des conditions matérielles et d'hygiène lors des examens pas toujours respectées

4,4% des personnes rapportent la réalisation de touchers vaginaux sans port de gants, alors même que les précautions standard d'hygiène recommandent le port de gants en cas de contact avec les muqueuses.

- « **Le gynéco retire ses gants au moment du toucher vaginal.** »
 - « Dans un vieux cabinet, dans "son jus" beaucoup de poussière partout, dans le bureau des piles de dossiers immenses et une table de consultation qui m'a semblé dater de l'avant guerre... Le gynécologue s'est lavé les mains au gel hydro seulement, j'ai demandé "Vous ne mettez pas de gants ?" Non" ... Je n'ai rien dit... je suis sortie, j'ai fondu en larmes, je me sentais sale, voire même violée... »
 - « Le docteur ne change pas de gants entre chaque patiente et tape sur son clavier d'ordinateur avec. »
- « **Lors d'une échographie vaginale, le médecin a écarté mes lèvres sans gants. Lors de ma première palpation mammaire, à 16 ans, il a caressé mes seins mais comme je ne savais pas comment on faisait, je n'ai rien dit car je n'ai pas compris.** »



Selon les recommandations de la HAS Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical [2] - Juin 2007 (Page 2), extrait :

« Quand porter des gants ?

- contact muqueux, contact avec une peau lésée ou une plaie chronique ;
- gestes invasifs n'autorisant pas de procédure "No touch". »

[2] 2007, Haute Autorité de Santé, Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical : synthèse des recommandations professionnelles

Selon les RPC examen pelvien de 2025 (page 5) extrait [3] :

« 3.1.7. Quelles conditions d'hygiène pour la réalisation d'un examen pelvien ?

La HAS recommande depuis 2007 d'utiliser des gants à usage unique (en latex ou vinyle, non poudrés) pour tout contact avec les muqueuses et une hygiène des mains par friction hydro alcoolique avant et après le port de gants médicaux [18]. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande que des gants médicaux soient utilisés en cas d'examen pelvien ou vaginal. L'usage de gants doit être précédé et suivi d'une hygiène des mains par friction hydro alcoolique ou lavage au savon et à l'eau [19]. »

Le respect des règles d'hygiène constitue une condition minimale de sécurité, mais aussi de dignité lors de soins gynécologiques. En plus d'être dangereux pour la santé, le non-respect des recommandations entraîne un sentiment d'insécurité, de vulnérabilité et d'intrusion chez les patient·es.

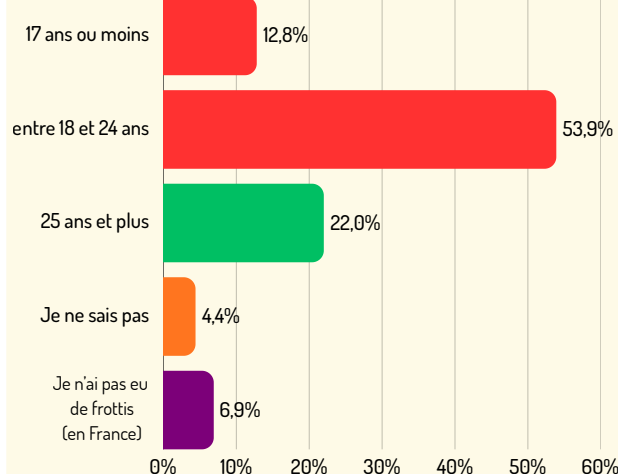
1.4.2 Des frottis pratiqués majoritairement en contradiction avec les recommandations médicales

Près de

66,7 %

des répondant·es indiquent avoir réalisé leur premier frottis avant l'âge de 25 ans.

3.f Concernant spécifiquement votre premier frottis, vous aviez :



10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question

Près de 67 % des répondant·es indiquent avoir réalisé leur premier frottis avant l'âge de 25 ans, alors que les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé ne recommandent pas ce dépistage avant cet âge. Certaines lésions cervicales observées chez les personnes plus jeunes régressent en effet fréquemment spontanément. Les recommandations soulignent donc qu'un dépistage trop précoce peut conduire à des examens et traitements inutiles. Ils sont même susceptibles d'avoir des conséquences négatives.

[2] 2023, Deffieux X. et al., Examen pelvien en gynécologie et obstétrique : recommandations pour la pratique clinique, RPC CNGOF, Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, Haute Autorité de Santé, Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical : synthèse des recommandations professionnelles



- « Un médecin m'a réalisé un frottis alors que j'étais toujours vierge. J'ai eu très mal. Mais je pensais que c'était nécessaire, donc je n'ai pas protesté. Quand j'ai raconté cela à ma gynécologue actuelle, elle était choquée et m'a dit qu'un médecin n'était pas censé faire de frottis sur une patiente vierge. »
- « J'ai appelé ma maman en pleurant. J'avais 20 ans, je venais de voir une gynéco dans la ville où j'étudiais pour faire renouveler ma pilule. Elle m'a fait un frottis alors que je savais très bien que ça ne commençait qu'après 25 ans. Quand j'ai dit « Mais c'est pas trop tôt ? Je n'ai que 20 ans », elle m'a répondu froidement que le médecin c'était elle. Elle m'a fait super mal en plus. J'étais vraiment mal en sortant. »
- « Je n'avais même pas conscience que je pouvais refuser. Pour moi c'était comme ça. Sauf qu'avec le recul, j'avais 15 ans, j'étais seule avec ma généraliste et je n'ai eu aucune explication. J'ai mis 20 ans avant d'arriver à aller faire un autre frottis et donc examen gynéco. Ça m'a traumatisée. »



RECOMMANDATIONS FRANÇAISES DE BONNES PRATIQUES MÉDICALES

Le frottis n'est pas recommandé avant 25 ans :

Selon la Haute Autorité de Santé Française[4] : "le dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) s'appuie sur un programme national de dépistage organisé (PND0). Il s'adresse à toutes les femmes entre 25 et 65 ans." Les modalités de dépistage varient désormais selon l'âge des femmes :

Pour les femmes entre 25 et 29 ans, les modalités de dépistage antérieures sont maintenues : le test de dépistage est réalisé par examen cytologique tous les 3 ans, après deux premiers tests réalisés à 1 an d'intervalle et dont les résultats sont normaux.

Pour les femmes de 30 ans à 65 ans, la HAS a fait évoluer les modalités de dépistage (en actualisant ses recommandations de 2010). Elle recommande que le test HPV-HR, plus efficace pour ces femmes, remplace l'examen cytologique. Le test HPV-HR est réalisé 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat est normal. Un nouveau test est refait tous les 5 ans, jusqu'à l'âge de 65 ans, dès lors que le résultat du test est négatif.

[4] 2019, Haute Autorité de Santé, Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans.



Selon le référentiel de l'Institut national du cancer, Le dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique[5], les recommandations françaises de dépistage du cancer du col de l'utérus débutent à 25 ans. Ce choix repose notamment sur le fait que les infections à HPV — virus transmis sexuellement — et certaines lésions cervicales observées chez les personnes plus jeunes régressent fréquemment spontanément. Les recommandations soulignent qu'un dépistage trop précoce peut conduire à des examens et traitements inutiles potentiellement délétères.

Les recommandations pour la pratique clinique relatives à l'examen pelvien[6] rappellent que la réalisation d'un geste sur le corps d'un-e patient-e doit toujours être justifiée par une nécessité diagnostique ou thérapeutique. Elles précisent que, sur le plan éthique, un geste sans bénéfice médical escompté ne devrait pas être réalisé.

“Sur un plan éthique, la proposition et la réalisation de l'intervention sur le corps d'autrui par un professionnel de santé ne sont justifiées que par la nécessité diagnostique ou thérapeutique. **À partir du moment où un geste n'a pas de bénéfice médical escompté, il n'est pas éthique de le réaliser.**”

Ces résultats interrogent non seulement le respect des recommandations de bonnes pratiques, mais également la qualité de l'information délivrée aux patient-es. Plusieurs témoignages montrent que ces examens ont parfois été réalisés sans explication suffisante de leur intérêt, de leur indication ou des recommandations en vigueur. Les récits recueillis suggèrent également que ces situations peuvent avoir des conséquences durables. Certain-es répondant-es décrivent une perte de confiance envers les professionnel·les de santé, une appréhension des consultations ultérieures, voire un évitement du suivi gynécologique.

1.4.3 Des palpations mammaires effectuées chez des mineures contraires aux bonnes pratiques médicales.

Des témoignages mettent en évidence la réalisation de palpations mammaires chez des patient-es mineur-es, parfois lors de premières consultations gynécologiques. Ces examens sont présentés comme nécessaires, alors même que les recommandations de l'Institut national du cancer (INCA) prévoient, dans le cadre du suivi de routine, un examen clinique mammaire annuel **à partir de 25 ans**. Les récits ne permettent pas de produire un indicateur chiffré spécifique sur l'âge de réalisation des palpations mammaires, mais ils documentent des situations où ces examens ont été vécus comme intrusifs, imposés ou insuffisamment expliqués.



- **« Je me suis sentie infantilisée, j'ai dit que je n'étais pas à l'aise pour la palpation mammaire parce que j'étais jeune (moins de 16 ans et ma mère dans la pièce) mais elle m'a dit que c'était nécessaire donc j'ai dû le faire. »**

[5] 2020, Institut national du cancer (INCA), Le dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique, collection « Outils pour la pratique », décembre 2020.

[6] 2023, Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), Examen pelvien en gynécologie et obstétrique : recommandations pour la pratique clinique, RPC, mai 2023.



- « Pour ma part, la palpation mammaire subie à 16 ans par un jeune médecin remplaçant mon généraliste, à huis clos (ma mère était en salle d'attente), et sans un mot, a été à mon goût un peu trop longue... »
- « À 13 ans, je découvre une grosseur à un sein. Lors de l'échographie, je suis seule (et terrorisée que quelqu'un touche ma poitrine) et l'homme se permet d'essayer de retirer un poil que j'avais autour du téton. À plusieurs reprises en me regardant dans les yeux. Il a étalé le liquide sur mon sein en le massant. »



Selon les recommandations de l'Institut National du Cancer (INCa)[7] de 2023 :

« Un examen clinique mammaire annuel doit être réalisé chez toutes les femmes à partir **de 25 ans**, qu'elles soient à haut risque ou non, en vue de détecter d'éventuelles anomalies d'un sein (aspect global, voussure, attraction, ride, inflammation, déformation du galbe...) ou d'un mamelon (rétraction, modifications d'orientation, ulcération, écoulement...). »

Ces situations questionnent directement le respect des bonnes pratiques médicales : en l'absence de symptômes, d'antécédents ou d'indication particulière explicitée, une palpation mammaire chez un·e mineur·e ne devrait pas être présentée comme un acte systématique ou obligatoire. Elles rappellent également que tout examen intime, même lorsqu'il est médicalement indiqué, doit faire l'objet d'une information claire, d'une justification compréhensible et d'un consentement libre et éclairé.

1.5 Focus : La première consultation gynécologique

Les premières consultations gynécologiques occupent une place particulière dans les récits recueillis. Elles correspondent souvent à une période de jeunesse, de découverte du système de soins et de méconnaissance des examens réalisés. Les données quantitatives comme les témoignages suggèrent que ces premières expériences peuvent jouer un rôle déterminant dans le rapport ultérieur aux soins gynécologiques.

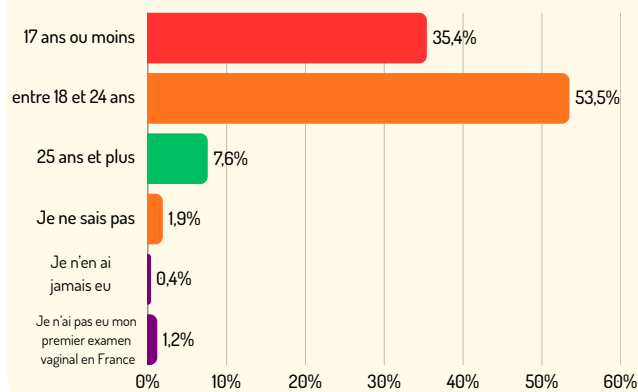
1.5.1 Des premiers examens hors des recommandations médicales

35,4 % des répondant·es déclarent avoir eu un premier examen vaginal alors qu'elles/ils étaient mineur·es.

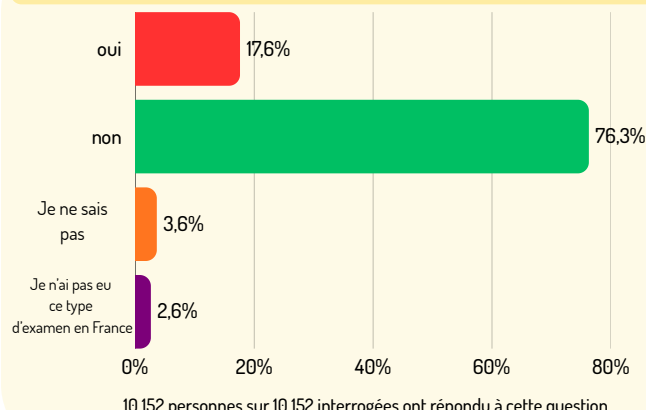
Par ailleurs, **17,6 %** rapportent avoir eu un examen vaginal ou une échographie endovaginale alors qu'elles/ils n'avaient pas encore eu de rapports sexuels avec pénétration vaginale. Ces résultats décrivent des premiers examens gynécologiques invasifs intervenant fréquemment à des âges précoces, et parfois avant toute expérience de pénétration vaginale, dans un contexte où les recommandations rappellent pourtant que l'examen gynécologique ne doit pas être systématique et qu'il n'est pas conseillé lors de la première visite gynécologique.

[7] 2024, Institut national du cancer (INCa), Orienter vos patientes – Dépistage du cancer du sein.

3.e Concernant votre premier examen vaginal, vous aviez :



3.d Avez-vous eu un examen vaginal ou une échographie endovaginale avant vos premiers rapports sexuels avec pénétration vaginale ?



- **« Une des premières consultations : toucher rectal, sans explication, plus toucher vaginal. Je n'avais jamais eu de rapports, je n'ai pas compris ce qui m'arrivait.. »**
- **« Lors de ma première écho pelvienne, j'avais 14 ans, j'étais vierge. Non seulement on ne m'a pas expliqué ni demandé mon consentement mais en plus on a fait rentrer une horde d'étudiants sans me demander : cela m'a beaucoup choquée. »**
- **« C'était ma première consultation de gynécologie. Quand elle a introduit ses doigts pour le toucher vaginal, sans m'expliquer en quoi cela consistait, j'ai eu mal. Je le lui ai dit. Elle a voulu continuer et j'ai dû repousser son bras pour qu'elle arrête. »**
- **« Cela m'est arrivé alors que j'avais 16 ans et je consultais pour absence de règles mais j'avais bien spécifié que je n'avais pas eu de rapport sexuel et ne pouvais être enceinte. Je me suis retrouvée sur la table de la gynéco avec le spéculum et en plus une prise de sang à effectuer pour vérifier l'absence de grossesse. La gynéco ne m'avait pas écoutée, ne s'était pas intéressée à moi et j'étais très en colère. Par la suite, j'ai toujours rencontré des professionnelles respectueuses »**
- **« Quand la gynécologue a introduit le spéculum, froid, sans me demander ni me prévenir, j'ai eu très mal, ça m'a brûlée, j'ai pleuré et crié. Elle ne s'est pas arrêtée. Et tout en continuant son examen, pendant que je continuais à pleurer et me tordre de douleur, elle n'a rien trouvé de mieux que de dire en riant que je devrais arrêter de faire ma douillette, puisque quelque chose de plus gros était déjà passé par là (c'était mon premier rendez-vous chez une gynécologue, ma mère m'avait emmenée chez la sienne). J'étais adolescente et je venais d'avoir mon premier rapport avec mon petit-copain de l'époque. Je me suis sentie violentée, abusée, humiliée, et traitée comme une vulgaire chose. Oui, chosifiée serait sûrement le mot le plus approprié. »**

1.5.1 Des examens gynécologiques parfois à un âge encore plus jeune



- « Du coup un homme gynécologue à l'hôpital est venu dans la salle de ma chambre pour une consultation alors que j'avais seulement 10 ans m'a fait un toucher vaginal sans me prévenir ni m'expliquer pourquoi et comment cela aller se passer, entouré de ses stagiaires, sans me demander mon avis. Et il avait laissé la porte ouverte donc en plus tout le monde qui passait dans le couloir pouvait potentiellement voir. J'avais l'impression d'être une bête de foire. »
- Je me souviens que j'étais jeune (13 ans) et j'avais une mycose. Le gynécologue que j'étais allée voir m'avait prescrit une analyse vaginale dans un laboratoire et c'est un vieil homme qui me l'avait fait. Il avait mis le coton tige dans mon vagin bien que je dise que je ne voulais pas. J'ai même crié. Je n'avais pas envie qu'un vieil homme fasse cela. Maintenant que j'y pense, ça ressemble à un viol et ça me met vraiment en colère. Sur le coup, j'étais triste et j'avais honte.



CE QUE RAPPELLENT LES RECOMMANDATIONS MÉDICALES :

Les recommandations médicales convergent sur plusieurs points essentiels :

- Lors d'une première consultation, notamment pour une demande de contraception, l'examen gynécologique n'est pas systématique en l'absence de symptômes ou d'antécédents le justifiant ;
- L'examen gynécologique peut être expliqué lors du premier entretien et programmé lors d'une consultation ultérieure ;
- Même lorsqu'un examen est recommandé, il ne constitue qu'une proposition : il doit être expliqué, justifié, et ne peut être réalisé qu'avec l'accord libre et éclairé de la personne concernée.

Comme le rappelle la charte[8] du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français (CNGOF) de 2021 : « L'examen clinique n'est pas systématique. Par exemple, il n'est pas conseillé lors de la première consultation d'une jeune femme pour contraception, en l'absence de symptômes. »

La HAS[9] précise également :

« L'examen gynécologique n'est pas nécessaire lors de la première consultation, sauf symptômes ou antécédents le justifiant. L'examen gynécologique peut être expliqué lors du premier entretien et programmé pour une consultation ultérieure. »

[8] 2022, Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), Charte de consultation en gynécologie et obstétrique, décembre 2022.

[9] 2019, Haute Autorité de Santé (HAS), Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) – Recommandations de bonne pratique, mise à jour de février 2019. (page3)

Les recommandations du CNGOF[10] relatives à la contraception indiquent de même :
« L'examen gynécologique n'est pas nécessaire lors de la 1^{re} consultation, sauf symptômes ou antécédents le justifiant. »

Enfin, les recommandations relatives à l'examen pelvien[11] rappellent qu'un examen « recommandé » n'est que proposé à la personne, qui l'accepte ou non, après explication de son objectif par le ou la professionnelle de santé.

Une récurrence forte des premières consultations dans les témoignages

Un focus exploratoire a été réalisé sur un sous-corpus de témoignages de répondant-es âgé-es de 25 à 34 ans, afin d'analyser la place des premières consultations et des premiers examens gynécologiques dans les récits de violences gynécologiques. Cette analyse met en évidence une forte récurrence du champ lexical de la "première fois", ainsi que des termes liés à la nudité, à la contrainte, à la violence, au viol et au traumatisme. Ces éléments confirment que l'entrée dans le suivi gynécologique constitue, pour une partie des répondant-es, alors très jeunes, un moment particulièrement vulnérabilisant, notamment lorsque les gestes ne sont pas expliqués, que le consentement n'est pas recherché ou que l'examen est vécu comme imposé.

1.5.2 Des examens vécus comme violents, traumatiques

Les témoignages décrivent des premières consultations marquées par l'absence d'information, le non-recours au consentement, la nudité imposée ou encore la réalisation d'examens vécus comme inadaptés à l'âge ou à la situation des patient-es.

“

- « Je l'ai vécu comme une humiliation et heureusement que j'ai toujours consulté des professionnelles femmes car mon ressenti aurait été pire avec un homme, surtout à un jeune âge. Consulter seule une gynéco pour la première fois (sans être accompagnée de sa mère par exemple) est déjà impressionnant mais ne pas avoir droit au chapitre est pire... Je me souviens de la crispation de mon corps lors de ma première consultation et également du "allez, à poil" lancé par la gynéco à mon encontre. »
- « Lors de mon premier examen, je me suis sentie très mal, le médecin ne m'a pas demandé mon consentement avant d'insérer un outil et a minimisé mon mal-être en plaisantant, alors que j'étais mineure et n'avais jamais eu de pénétration auparavant. »
- « Ma première gynéco a commencé à me faire un examen vaginal, à insérer le spéculum. Elle ne m'a rien demandé et elle n'arrivait pas à l'insérer donc elle a commencé à insister.

[10] 2018, Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), Contraception – Recommandations pour la pratique clinique (RPC). Paris : CNGOF, 2018. Disponible en ligne

[11] 2023, Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), Examen pelvien en gynécologie et obstétrique : recommandations pour la pratique clinique, RPC, 2023.

“

C'était douloureux donc je gesticule et là, elle s'arrête et me demande : "vous avez déjà eu des rapports ?" J'ai dit non et elle a immédiatement retiré le spéculum, l'air gênée. »

- « Mes premières consultations, quand j'étais plus jeune, étaient réalisées par une gynécologue. Pas de consentement, totalement nue sur la table, pieds dans les étrières. J'étais très mal à l'aise. »
- « C'est l'autorité de la blouse blanche. Le médecin était un homme d'une cinquantaine d'années. Je ne savais pas ce qui m'attendait et il ne m'a rien expliqué. Je n'ai pas refusé puisqu'il ne m'a pas demandé. Il m'a dit qu'il allait poser une sonde. Mais pour moi, cela ne signifiait rien du tout puisque je ne savais pas ce que c'était. Je pensais venir uniquement pour une échographie abdominale. Je me suis sentie peu considérée par un médecin qui semblait faire l'examen de manière mécanique. Je n'existais pas...»
- **« Je l'ai très mal vécu. J'étais vierge, la gynécologue a introduit le spéculum sans me prévenir et sans douceur. J'étais alors très tendue. Elle m'a ordonné de me "détendre" et je lui ai dit "mais je ne peux pas ! Vous me faites mal !". Aucune empathie de sa part. Elle a retiré le spéculum d'un coup, sans précaution... J'ai, plus tard, vu du sang dans ma culotte...»**

Ces témoignages illustrent la manière dont des examens réalisés à un âge jeune, sans explications suffisantes ou sans véritable recherche du consentement, peuvent être vécus comme des expériences particulièrement marquantes, voire traumatiques.

“

- **« Horrible. Je reste encore très perturbée par le premier examen gynéco que j'ai subi à 14 ans, entièrement nue, pour lequel à ce jour je ne sais toujours pas si elle m'a fait un toucher vaginal ou rectal. »**
- « J'avais 14 ans pour mon premier frottis prescrit à faire en laboratoire, je ne savais pas ce que c'était, j'ai été sidérée. Il m'a fallu attendre des années et un cours de droit pénal à la fac pour comprendre que le consentement devait être libre "et éclairé" pour valoir consentement et que j'avais donc été victime d'un viol (mon expérience cohabitait tous les éléments constitutifs de l'infraction) alors même que l'homme ne le savait pas. J'avais 14 ans, mon âme s'est déchirée, j'ai été dissociée et une partie de moi est morte dans ce laboratoire. J'ai 36 ans aujourd'hui, **je n'ai jamais pu avoir un seul rapport sexuel de toute ma vie à cause de ça**. Je ne me laisse approcher par aucun homme alors que je le souhaiterais. Je suis en thérapie mais rien n'y fait. Je suis malheureuse de n'avoir jamais été aimée, mais la seule idée d'avoir un rapport m'en dissuade. »

- « Je l'ai mal vécu quand mon consentement n'a pas été demandé, surtout pour le toucher rectal, à 16 ans, où ils ont demandé à ma mère. J'avais de fortes douleurs au ventre. Encore aujourd'hui je me demande la nécessité de cet examen. Pour moi c'est comme un viol. »

1.5.3 Des conséquences durables sur le rapport au soin

Les conséquences rapportées dépassent largement le moment de l'examen lui-même. Certaines personnes décrivent des années d'angoisse, d'évitement du suivi gynécologique, ou encore un rapport durablement altéré à leur corps et aux soins.

“

- « J'avais 16 ans et, suite à un essai non concluant de rapport sexuel avec mon petit ami, je suis allée la voir pour demander conseils (c'était ma première consultation gynécologique). Elle a voulu procéder à un examen avec un spéculum sans me poser de questions, de façon presque automatique alors que ce n'était clairement pas l'acte le plus logique (sachant que j'étais théoriquement encore vierge, donc aucun intérêt de me faire ce genre d'examen). Résultat, j'ai hurlé de douleur, je l'ai suppliée d'arrêter (elle ne l'a pas fait d'elle-même). Je n'ai pas de souvenir d'elle qui me demande si ça va, elle m'a juste prescrit un lubrifiant sans plus de conversation. J'ai vécu 6 ans de vaginisme par la suite et j'ai refusé de voir des gynécologues pendant très longtemps. »
- « Je n'avais même pas conscience que je pouvais refuser. Pour moi c'était comme ça. Sauf qu'avec le recul, j'avais 15 ans j'étais seule avec ma généraliste et je n'ai eu aucune explication. J'ai mis 20 ans avant d'arriver à aller faire un frottis et donc un examen gynéco. Ça m'a traumatisée. »
- « Lors de ma première visite, j'avais 15 ans pour une prescription de pilule. Elle m'a fait mettre nue en présence de ma mère et m'a fait une consultation complète alors que je pleurais. Elle m'a fait mal en posant le speculum. Je l'ai vécu comme une punition parce que "j'étais trop jeune". Ce fut une intrusion violente dans mon intimité. Je me suis rendu compte à 36 ans que toutes les consultations dénudées et les opérations étaient sources d'angoisse à cause de cette auscultation non consentie. »
- « J'ai été complètement traumatisée par ma première échographie endovaginale, pour recherche d'endométrieose. J'avais 23 ans, je n'avais jamais eu d'examen gynécologique avant. Le médecin, une femme, a été très violente, je me suis sentie violée, j'ai pleuré pendant plusieurs jours, 10 ans après je n'y repense pas sans effroi... »
- « Premier frottis à 22 ans. Je l'ai vécu comme un viol. »



- « J'ai vécu mon premier examen gynécologique comme un viol parce que la gynéco ne m'a rien expliqué et que ses gestes m'ont surprise à toutes les étapes. J'ai refusé le deuxième examen gynécologique parce que j'étais encore choquée du premier. La gynécologue a fait pression sur moi pour que j'accepte l'examen. J'ai cédé parce que j'avais très mal pendant mes règles et qu'à 17 ans, je n'avais pas la capacité de tenir tête à un médecin de 50 ans. J'ai sangloté et hurlé pendant tout l'examen. Ça ne l'a pas arrêtée. J'ai eu de grosses difficultés à reprendre un suivi médical après ces "expériences". »

Quand une mauvaise pratique devient une violence en santé

Les pratiques non conformes aux recommandations médicales ne relèvent pas seulement d'un enjeu de qualité ou d'organisation du soin. En gynécologie, elles peuvent avoir une portée particulière, car elles concernent des actes réalisés sur le corps intime et impliquent souvent d'intervenir sur les organes génitaux, reproductifs ou les seins.

Jamais anodin, un acte médical peut avoir des effets néfastes sur le corps, la santé, la douleur, la sexualité, la confiance et le rapport à soi. C'est pourquoi il doit être justifié, proportionné, expliqué, conforme aux recommandations et soumis au consentement libre et éclairé de la personne.

Dans cette perspective, certaines mauvaises pratiques médicales peuvent constituer des violences gynécologiques. Indépendamment d'éventuelles qualifications pénales, elles peuvent porter atteinte au corps, à la dignité, au consentement, à l'intégrité physique ou psychique et à la sécurité des patient-es, avec des effets parfois durables sur leur rapport au soin.

Un frottis réalisé hors recommandations, un examen vaginal non indiqué, une échographie endovaginale non expliquée, une palpation mammaire non nécessaire, un toucher pratiqué sans justification claire ou un acte invasif imposé ne peuvent être réduits à de simples écarts techniques. Ils peuvent produire de la douleur, de la peur, de la sidération, une perte de confiance, mais aussi un vécu d'intrusion, d'agression ou de violation du corps.

Les premières consultations gynécologiques constituent un moment particulièrement sensible du parcours de soins. Elles peuvent avoir des conséquences durables lorsqu'elles s'accompagnent d'examens non expliqués, non indiqués, douloureux ou réalisés sans véritable recueil du consentement.

Cette vulnérabilité peut être renforcée par plusieurs facteurs : le jeune âge, la minorité, la méconnaissance des examens réalisés, l'asymétrie de pouvoir propre à la relation de soin, et le fait de se trouver face à un-e professionnel-le de santé qui est à la fois une figure d'autorité médicale, un-e soignant-e et, pour les mineur-es, un-e adulte. Ces éléments peuvent rendre l'expression d'un refus particulièrement difficile.

Même lorsqu'un examen est recommandé médicalement, il ne peut être réalisé sans l'accord libre et éclairé de la personne concernée. Le consentement des patient-es doit donc toujours prévaloir sur la proposition d'un-e professionnel-le de santé.

1.5.4 Le consentement libre et éclairé des enfants, un impensé dans le cadre médical

Des témoignages de l'enquête mettent en évidence des violences subies par des enfants très jeunes dans d'autres spécialités médicales. La demande de consentement est souvent effectuée uniquement par l'intermédiaire des titulaires de l'autorité parentale, sans information ni assentiment de l'enfant, aux actes médicaux. Ces derniers sont alors souvent subis et vécus par surprise.

Ces récits dénoncent une culture médicale où le passage en force tend à être normalisé, au détriment de la santé mentale et émotionnelle, immédiate et future de l'enfant. L'incapacité juridique de l'enfant et de l'adolescent-e, semble laisser penser à certain-es professionnel·les de santé qu'ils/elles sont dispensé·es de s'assurer du consentement de leurs jeunes patient·es.

Pourtant, même les très jeunes patient·es ont droit au respect de leur corps, à une information adaptée à leur âge, à la recherche de leur consentement libre, éclairé, continu, préalable et révocable, et à la prise en compte de leur volonté. Ces actes effectués sur des patient·es très jeunes, sans explication, ni consentement sont très mal vécus.

“

- **« Je n'ai pas de souvenir. J'avais 2 ou 3 ans, le pédiatre a fait un examen anal sans plus d'explication à donner à mes parents et sans prévenir. »**
- « C'est la question du toucher rectal qui vient de me redonner un flash et une nausée m'est venue. J'avais 7 ans, j'étais constipée et le médecin m'a fait un toucher rectal sans consentement. Je me revois sur cette table, le suppliant... »

Un accord demandé aux parents, alors qu'il n'est pas demandé aux enfants, peut entraîner un traumatisme grave :

“

- **« Aux urgences j'avais 8 ans, des douleurs au ventre insupportables. Le médecin m'a demandé de me mettre sur le dos, a regardé ma mère et a inséré 2 doigts. Je n'ai pas compris pourquoi. »**
- **« L'examen a été fait par un vieux médecin de famille qui m'a d'abord ausculté visuellement le vagin puis m'a fait un toucher rectal pour recueillir les fluides à analyser avec l'accord de ma mère (le mien n'a pas été sollicité) et sous son regard. Ce toucher rectal aurait été dû au fait que j'étais alors trop jeune pour subir un examen vaginal complet... Ce fut un immense traumatisme ! »**
- « J'étais enfant, l'accord a été demandé à mes parents, présents lors de "l'examen". Je me suis sentie salie et trahie (on ne m'avait pas informée). »

L'intimité des enfants n'est pas toujours respectée :

“

- **« J'avais 7 ans. Un tas d'étudiant-es sont dans la salle d'examen pour regarder mon sexe. C'était juste horrible et terriblement humiliant. Elles parlaient de moi comme si je n'étais pas là. J'étais seule. »**
- « Vers l'âge de **10 ans**, je me retrouve à poil à faire une radio des poumons devant le radiologue, ami de mes parents. »
- « Amnésie du moment : seulement des émotions négatives (j'étais enfant). »

Des examens sont souvent effectués par surprise :

“

- **« J'étais enfant, vers 10 ans, et le pédiatre a voulu "voir où j'en étais" au niveau de ma puberté, il a tiré l'élastique de ma culotte (qui était d'ailleurs le seul vêtement que je portais !) pour regarder dedans, sans crier gare. Je me suis sentie vraiment mal. Je me souviens en avoir parlé à ma mère en sortant du cabinet mais ça ne l'avait pas choquée et je n'ai pas été entendue dans mon mal-être. »**
- « Un généraliste a baissé ma culotte devant ma mère, sans mon consentement pour voir si j'avais des poils pubiens quand j'avais 10 ans. Il a touché. »
- « Le pire est un toucher rectal à l'âge de 12 ans par un médecin homme, dans le cadre d'une appendicite, ne m'ayant pas prévenue du geste, encore moins expliqué ou demandé mon consentement et devant ma mère qui n'a rien dit. On fait semblant que ça n'existe pas. Ça conditionne bien pour les abus sexuels ! Pardon, je fais un aparté sur le sondage, mais je n'en ai jamais parlé à personne. Je suis contente de pouvoir le partager et que ce soit lu. Les abus médicaux doivent être dénoncés. Merci pour ce sondage. »
- « Horrible, toucher rectal à 14 ans sans aucune explication ni prévention »

Des examens faits de force traumatisent durant des décennies :

“

- **« Enfant (j'avais peut-être 5 ou 6 ans) pose de sonde urinaire de force, j'avais mal et je me souviens encore de la douleur, j'ai 44 ans. »**

Des enfants sont victimes de gestes ou de propos inappropriés de la part de professionnelles de santé :

“

- « Un médecin du sport m'a fait faire un test d'effort en sous-vêtements quand j'avais environ 14 ans et m'a claqué l'élastique de la culotte sur les fesses après m'avoir demandé de me pencher pour vérifier si j'avais une scoliose. Mes parents ne m'ont jamais crue. »

- « J'avais une dizaine d'années. Je portais un t-shirt avec une inscription "la dune du Pilat", et le médecin généraliste a dit à l'adresse de ma mère, en riant un peu et en désignant ma poitrine : "bientôt ce sera LES dunes du Pilat". Ça peut sembler anodin mais j'avais trouvé ça vraiment déplacé. »

Des enfants subissent des gestes à connotation sexuelle de la part de professionnelles de santé :

“

- « Viol par un pédiatre lorsque j'avais 11 ans, il voulait vérifier je cite "si j'allais bientôt avoir mes règles" et a regardé dans mon vagin... »
- « Un allergologue (!) lorsque j'étais enfant (moins de 12 ans). Consultation à son cabinet. Je ne sais même pas pourquoi il m'a "examinée" et a glissé sa main dans ma culotte. »
- « Un naturopathe a légèrement baissé ma culotte et palpé mes deux fesses sans me prévenir lorsque j'avais treize ou quatorze ans. Je n'ai pas osé poser de question ni rapporter l'incident à mes parents. »
- « Quand j'étais enfant, je faisais pipi au lit, le pédiatre a testé "la sensibilité" de ma vulve en y posant ses doigts, je devais dire si oui ou non je sentais quelque chose. »

- « J'avais 14 ans - 15 ans . Le généraliste de ma famille me mettait nue, enfilait un gant sur son penis, me mettait face contre le mur et frottait son sexe entre mes cuisses , prenait son plaisir et me demandait de me rhabiller. »

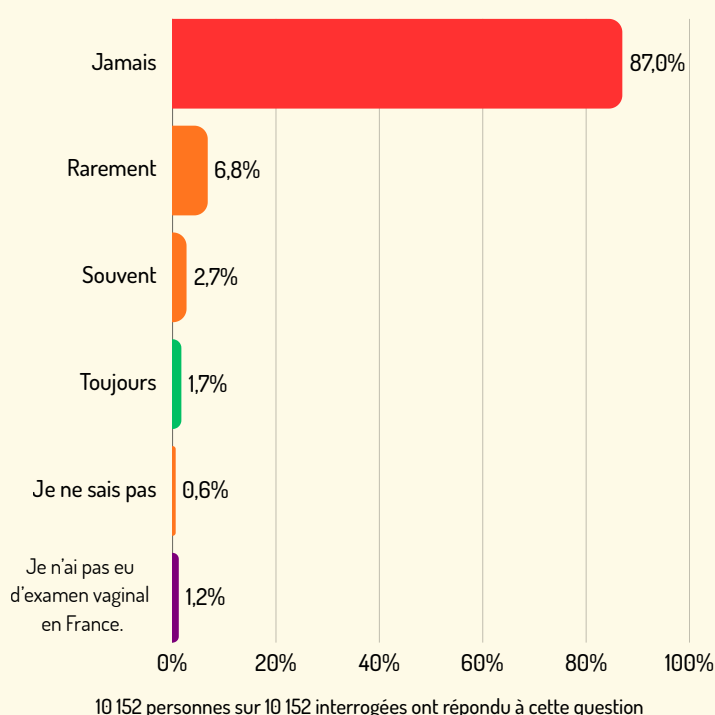


- « J'avais 14 ans. C'est ma mère qui m'y a emmenée. De base, c'était pour voir si on pouvait trouver une solution pour mon hyperpilosité. Il m'a demandé si j'avais déjà eu des relations sexuelles. J'ai dit oui et il m'a dit que j'étais trop jeune. Il m'a prescrit directement une pilule sans me demander ni demander à ma mère. Il a regardé et touché mes seins dès la première consultation, dans une pièce avec la porte fermée, sans ma maman. Je savais pas qu'il allait faire ça mais j'ai obéi. J'ai trouvé ça dégoûtant, j'ai eu peur, envie de pleurer, et je suis encore écoeurée quand j'y repense. Je ne savais pas qu'on pouvait refuser. En plus il me faisait peur car il était grand et très vieux. Il m'a dit que j'avais de beaux seins et que mon copain avait de la chance. Dès la deuxième consultation, il m'a fait un examen vaginal. Je ne savais pas qu'il allait le faire, je ne sais pas ce qu'il a fait, mais j'étais tétanisée et dégoûtée encore une fois. J'avais les larmes aux yeux, je serrais les dents en regardant le plafond. J'avais l'impression que ça n'en finissait pas. Je me souviens encore de la sensation et j'évite d'y penser. Je devais juste le voir car je voulais changer de pilule comme j'avais l'impression d'avoir grossi (je souffrais déjà d'anorexie mais pas encore prise en charge) et que j'avais mal à la tête. Il a bien voulu changer de pilule. Et la troisième fois, ça s'est passé pareil. Je voulais juste arrêter la pilule mais il m'a quand même auscultée et m'a dit de ne pas arrêter. Alors j'ai arrêté toute seule. Je ne suis jamais retournée chez lui ni chez aucun-e autre gynéco. Je suis terrorisée et je ne veux pas y aller. Je me dis que ce n'est pas très grave ce qui s'est passé mais je suis encore écoeurée et triste quand j'y pense. »

1.6. Des alternatives et adaptations encore trop rarement proposées

Les recommandations récentes relatives à l'examen pelvien[12] soulignent l'importance d'adapter l'examen au vécu des patient-es et de proposer, lorsque cela est possible, des alternatives permettant de limiter le sentiment d'intrusion ou de vulnérabilité. Pourtant, les résultats de l'enquête montrent que ces pratiques restent encore très peu proposées.

3.h Le/la professionnel-le de santé vous a-t-il/elle proposé une alternative à la position gynécologique (sur le dos, les pieds dans les étriers) pour l'examen vaginal ?



Malgré l'amélioration du vécu de la consultation dans une autre position que la position gynécologique standard : 87 % des personnes ayant répondu à l'enquête ne se sont jamais vu proposer d'alternatives. Seules 11,2 % ont eu cette opportunité.



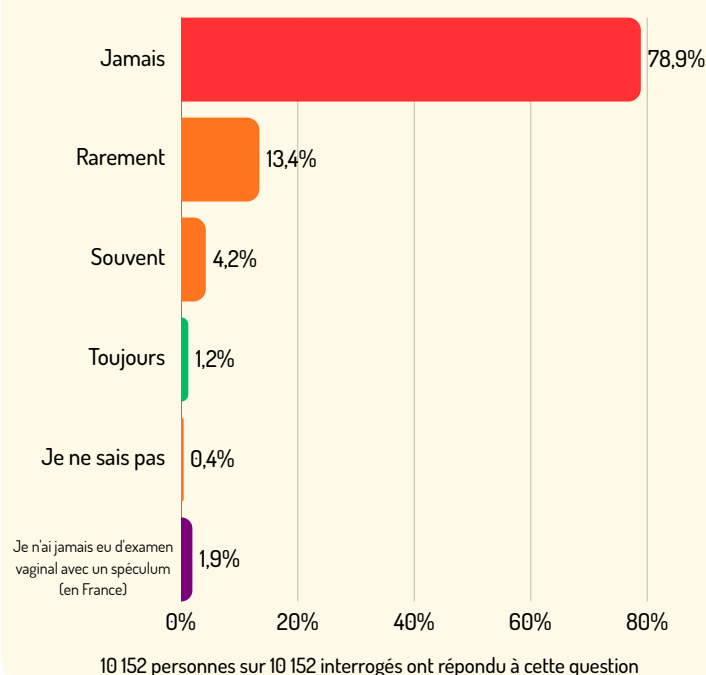
RPC Examen pelvien – Recommandation 6

La position gynécologique standard (mise en place des pieds dans des étriers en métal et en décubitus dorsal) étant associée à un moins bon vécu de l'examen pelvien chez certaines femmes, il est recommandé de leur proposer des positions alternatives (position demi-assise, pieds à plat sur la table ou sur des repose-pieds plats par exemple), si elles sont compatibles avec un examen de qualité dans la situation clinique de la patiente.

[12] 2023, Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), Examen pelvien en gynécologie et obstétrique : recommandations pour la pratique clinique, RPC, 2023.

La pratique consistant à proposer aux patient-es d'insérer elles-mêmes le spéculum lors d'un examen gynécologique est considérée par certaines associations, professionnelles ou usager-ères, comme un outil favorisant le contrôle de l'examen, réduisant l'appréhension ou améliorant le vécu du soin. Certain-es patient-es rapportent également que cette pratique peut contribuer à diminuer la douleur ou le sentiment d'intrusion. Certain-es professionnelles de santé décrivent aussi cette approche comme pouvant permettre à certain-es patient-es de mieux contrôler le geste et de se sentir plus à l'aise durant l'examen.

3.i Le/la professionnel-le de santé vous a-t-il/elle proposé si vous le souhaitiez, d'insérer vous-même le spéculum ?



D'après les réponses, 78,9 % des personnes interrogées disent qu'on ne leur a jamais proposé d'insérer elles-mêmes le spéculum, contre 18,8 % au moins une fois. Certain-es répondant-es attestent qu'elles/ils auraient souhaité qu'on leur propose de poser eux/elles-mêmes le spéculum afin d'améliorer le vécu de la consultation.

Si cette pratique ne fait pas l'objet de recommandations indiquant qu'elle doit être systématiquement proposée aux patient-es, les réponses libres montrent qu'elle est parfois perçue comme un moyen de mieux contrôler l'examen et d'améliorer le respect du consentement. Certain-es répondant-es indiquent qu'elles auraient souhaité qu'une telle possibilité leur soit proposée, notamment lorsqu'elles éprouvent de l'appréhension, des douleurs ou un sentiment de perte de contrôle lors des examens gynécologiques.



- « Elle aussi m'a introduit le spéculum sans me demander, ça m'a fait mal (oui, c'est probablement une forme de vaginisme) au point de pleurer, je lui ai dit que d'habitude on me laisse mettre le spéculum moi-même, elle a répondu "oula, c'est compliqué". Je ne sais pas si elle trouvait ça compliqué de poser une simple question aux patients, ou si elle trouvait que j'étais compliquée. Je ne fais pas exprès de faire du vaginisme. »

Sans constituer une réponse adaptée à toutes les situations, cette pratique apparaît dans plusieurs témoignages comme un exemple d'adaptation possible des examens, aux besoins et préférences des patient-es. Elles/ils suggèrent que le fait de proposer différentes modalités de réalisation d'un examen, lorsque c'est médicalement possible, peut contribuer à renforcer le sentiment de contrôle, de sécurité et de participation de la/du patient-e aux soins.

CONCLUSION

Cette enquête nous apprend que l'information délivrée par les professionnel·les de santé n'est pas toujours exhaustive, compréhensible, ni conforme aux recommandations de bonnes pratiques médicales. Ces insuffisances sont des freins à l'exercice d'un consentement réellement libre et éclairé pour les patient·es.

Les écarts aux recommandations prennent une portée particulière, lorsqu'ils concernent des examens intimes, en particulier lors des premières consultations, chez des patient·es jeunes ou mineures, ou lorsque les actes ne sont pas expliqués. Dans ces situations, l'absence d'information, de justification médicale claire ou de recueil effectif du consentement peut altérer durablement la confiance dans le suivi gynécologique et conduire certain·es patient·es à différer, éviter ou interrompre leur parcours de soins. Ces actes peuvent aussi perturber la sexualité de la personne victime et/ou le rapport à son corps.

Ces résultats soulignent l'importance de mieux former les professionnel·les de santé aux recommandations de bonnes pratiques, à l'information systématique des patient·es, au recueil du consentement et à l'adaptation des examens à chaque situation clinique. La première consultation gynécologique devrait être pensée comme un temps d'écoute, d'information et d'évaluation des besoins, et non comme un passage systématique vers un examen gynécologique, sauf symptômes, indication médicale ou demande spécifique formulée par la/le patient·e. Dans tous les cas, le consentement libre et éclairé de la patiente ou du patient doit prévaloir et conditionner la réalisation de tout examen.





UNE VÉRITABLE LIBERTÉ DE CONSENTIR ?

**Asymétrie de pouvoir
et
place accordée
à la parole des patient·es et
à leurs choix**

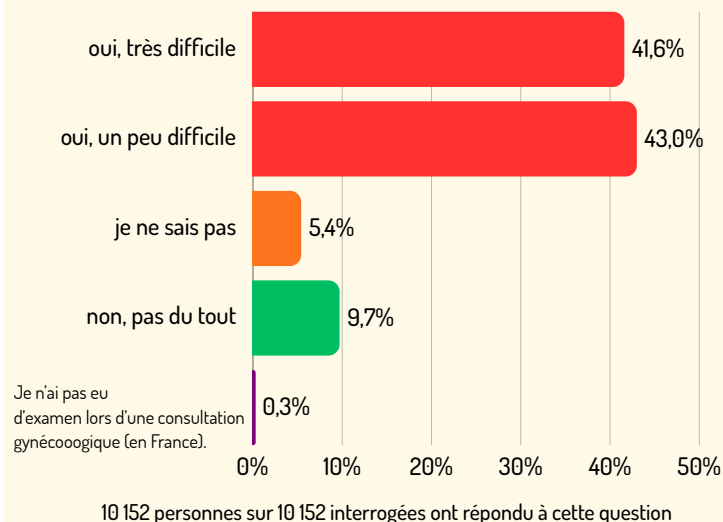
PARTIE 2 : UNE VÉRITABLE LIBERTÉ DE CONSENTIR ?

Cette partie analyse les conditions concrètes dans lesquelles les patient·es peuvent, ou non, exercer un consentement libre dans le cadre du suivi gynécologique.

84,6 %

des répondant·es considèrent qu'il est difficile de **refuser un examen envisagé par le/la professionnel·le de santé**.

4.i Trouvez-vous qu'il est difficile de refuser un examen que veut faire le/la professionnel·le de santé ?



Ainsi, **près de 85 % des répondant·es** déclarent qu'il est difficile de refuser un examen gynécologique proposé par un·e soignant·e, dont 41,6 % estiment cela « très difficile ». À l'inverse, seules 9,7 % des personnes interrogées considèrent qu'il n'est « pas du tout difficile » de refuser un examen. Ces chiffres mettent en évidence une difficulté **massive déclarée à exprimer un refus face à un·e professionnel·le de santé**.

“

- « Des fois, nous n'osons pas refuser un examen ou dire que nous avons mal. Le médecin/ gynéco etc est le spécialiste et nous lui faisons confiance pour notre santé.»

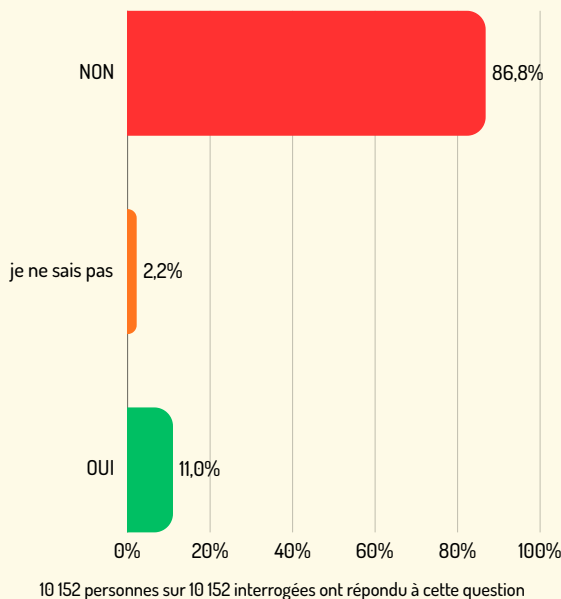
- « On ne m'a jamais demandé mon avis, c'était comme ça ! Quand un professionnel disait "il faut faire", on faisait. »

- « Mon premier rdv chez un gynécologue, je devais avoir 16 ans. Après mes premiers rapports. Il m'a fait me déshabiller totalement pendant toute la durée de l'examen vaginal et de la poitrine. Sur le moment, je ne me suis pas rendu compte du problème, j'ai obéi, je pense que, longtemps, j'ai juste obéi et subi les médecins. »

L'autorité conférée aux professionnel·les de santé apparaît comme un facteur majeur limitant l'exercice effectif du consentement. Cette position de sachant.e dépositaire de la connaissance médicale conduit des patient·es à accepter des actes qu'elles ne souhaitent pas forcément. Refuser peut leur sembler impensable, estimant ne pas être légitimes pour remettre en question la décision d'un·e professionnel·le de santé.

2.1 Une difficulté massive à s'opposer aux soignant.es

4.j Avez-vous déjà refusé un examen vaginal, une échographie endovaginale ou un toucher rectal (rarement indiqué) ?



Ces difficultés à formuler un refus semblent se traduire concrètement dans les pratiques déclarées : près de 90% des répondant·es indiquent n'avoir jamais refusé un examen vaginal, une échographie endovaginale ou un toucher rectal, tandis que seules 11 % déclarent l'avoir déjà fait.

L'absence de refus explicite ne peut toutefois être interprétée comme la preuve d'un consentement libre et éclairé. Ces résultats interrogent au contraire la capacité réelle des patient·es à exprimer un désaccord dans un contexte marqué par l'asymétrie de pouvoir entre soignant·es et soigné·es.

Ces récits rappellent qu'un acte accepté dans un contexte de soumission, de sidération, de méconnaissance des droits ou de pression implicite, ou explicite, ne peut être assimilé à un consentement réellement libre.



- « On est tellement sous emprise, du fait de l'autorité que représente le médecin, qu'on accepte des choses inacceptables... »
- « Je n'ai pas compris que j'aurais pu refuser. L'examen était présenté comme nécessaire pour le diagnostic. »
- « Comme on prend rdv et on vient pour une consultation ou un examen, on ne se pose pas vraiment la question du consentement. »
- « L'absence de demande de consentement, je l'ai vécu en serrant les dents et en intégrant que c'est obligatoire, donc, il n'y a pas à discuter. Une dépossession de mon corps. »

2.2 L'asymétrie de pouvoir dans la relation de soin comme entrave à la liberté de consentir ou de refuser

2.2.1 L'intériorisation de l'autorité médicale

La consultation gynécologique répond à des normes sociales dominantes, décrites par Aurore Koechlin dans son livre "La norme gynécologique"[13]. Elle étudie cette entrée dans ce qu'elle appelle, « la carrière gynécologique », et la socialisation des femmes à la « norme gynécologique ». Cette norme inclut un abandon du corps aux soignant·es. Lors de cette socialisation opérée par l'entourage proche et le milieu médical, il y a peu ou pas d'information relative au droit des patient·es à pouvoir dire NON à un soignant, pour un soin, un acte ou une prescription. Pour ces personnes, il apparaît alors inutile d'avoir à donner leur accord, voire normal que leur consentement ne soit pas interrogé par les médecins, considérés seuls détenteurs du savoir. Se soumettre aux soignant·es, accepter leurs décisions sans les questionner, apparaissent alors comme des formes d'intériorisation de l'autorité médicale telle que décrite dans certaines réponses.

“

- **« Pendant des années je ne me suis pas posé la question du consentement. C'était "normal" d'avoir une palpation mammaire, l'insertion d'un spéculum. On m'avait appris que ça se passait comme ça, toujours. Et complètement nue. Juste pour avoir une pilule dès 16 ans. »**
- « J'étais plus jeune et très éloignée de la question du consentement, (dans une) famille qui s'en remet sans questionnement aux médecins. »
- « Je pensais que la parole du médecin faisait loi... »
- « Je suis l'ignorante, le soignant sait... »
- **« Dur de refuser à quelqu'un·e de sachant. »**
- « On "accepte" face à l'autorité naturelle du professionnel qui est censé savoir ce qui est bien pour nous. C'est faux mais on ne s'en rend pas compte sur le coup. Après coup, c'est extrêmement violent. »
- « On pense que c'est obligatoire et nécessaire pour notre santé alors on subit. »

[13] La norme gynécologique : ce que la médecine fait au corps des femmes, Aurore KOEHLIN, Paris, Éditions Amsterdam, 2022.



- « Jsp (je ne sais pas) mais en fait pas le choix si on va chez le Gyneco, il faut faire ce qu'il nous dit. Et je me rends compte que c'est une pensée horrible qui repose sur le principe que tous les professionnels de santé méritent pleinement confiance. Mais je n'ai jamais réussi à penser autrement. »

Ces témoignages illustrent la difficulté d'envisager la possibilité même d'un refus.

2.2.2 Des attitudes de professionnel·les qui poussent au silence

D'autres témoignages relatent des attitudes paternalistes dans la relation lors des soins gynécologiques. Plusieurs répondant·es décrivent ainsi une relation marquée par l'autorité, la condescendance ou encore la culpabilisation.



- **« Lorsque j'ai voulu enlever le stérilet et ne pas en remettre un pour réfléchir à une autre manière d'avoir une contraception (la symptothermie que je n'ai même pas osé évoquer), il a insisté et eu une attitude paternaliste sur la nécessité d'avoir une contraception. »**
- « Je voulais me faire stériliser avec la ligature des trompes mais j'ai eu droit à un discours très paternaliste et moralisateur sur le fait que j'allais forcément vouloir avoir des enfants et que j'allais sûrement rencontrer un homme qui voudrait des enfants (je suis bi). »
- « Lors de la pause d'un stérilet, pleurs, douleurs atroces ne me permettant pas de descendre les escaliers à la fin de la consultation et aucune empathie de sa part juste du jugement sur mon choix de contraception et des propos paternalistes. »

2.2.3 L'infantilisation des patient·es

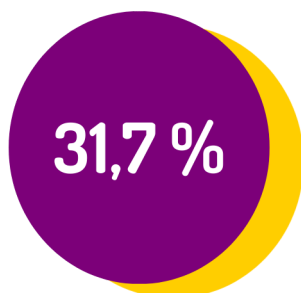
L'infantilisation est fréquemment rapportée par les répondant·es, qui décrivent être assimilé·es à des enfants, incapables de comprendre, décider ou exprimer pleinement leur volonté. Cette infantilisation contribue à fragiliser leur légitimité à poser des questions, refuser un acte ou faire entendre leur ressenti.



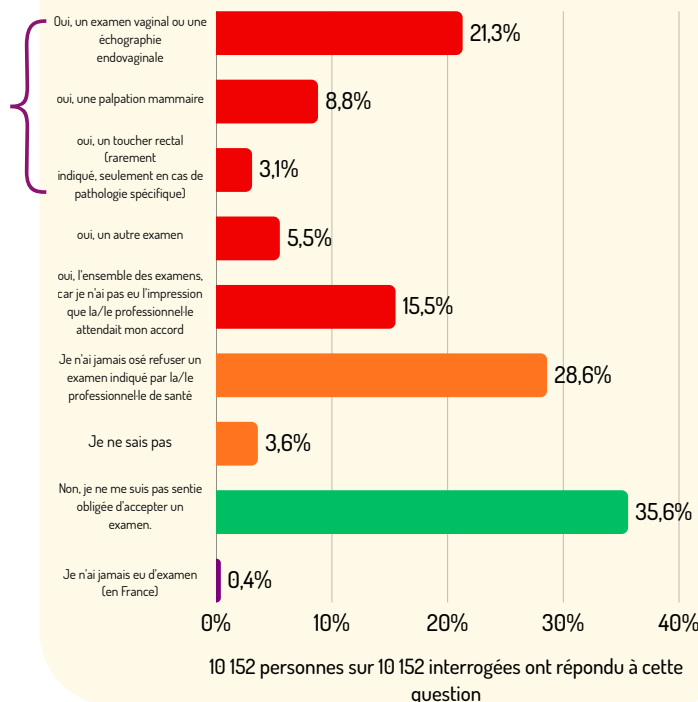
- **« Infantilisée, on m'a fait culpabiliser, je me suis sentie dans l'obligation d'accepter. »**
- « J'étais comme une petite fille qui n'a pas le droit à la parole. »
- « (...) comme si j'étais une adulte sous tutelle, une mineure, ma volonté ne comptant pas. »
- **« Non écoutée et comme une enfant. Un peu humiliée. »**

Ces attitudes de certain-es professionnel·les de santé ne produisent pas seulement un malaise relationnel. Elles semblent également participer à une forme de disqualification de la parole des patient·es, réduisant leur capacité à exprimer leurs limites ou leur refus. Plusieurs répondant·es décrivent ainsi un sentiment d'impuissance, de culpabilité ou de soumission face aux décisions médicales.

2.2.4 Un mauvais vécu malgré l'acceptation apparente



4.1 Vous êtes vous déjà sentie obligée d'accepter un examen que vous ne vouliez pas ?



Cette question permettait plusieurs réponses : les pourcentages ne doivent donc pas être additionnés.

Ces résultats soulignent l'ampleur des situations dans lesquelles les patient·es ne se sentent pas pleinement libres de refuser un examen gynécologique. La liberté de consentir ne peut ainsi être réduite à l'existence formelle d'un droit au refus : elle dépend également des conditions concrètes dans lesquelles les patient·es se sentent, ou non, légitimes à exprimer un désaccord face à un·e professionnel·le de santé. L'asymétrie de pouvoir dans la relation de soin, la légitimité accordée au savoir médical, ainsi que l'intériorisation de l'autorité médicale, semblent ainsi constituer des freins majeurs à l'expression oralisée d'un consentement réellement libre.



- « J'étais mal à l'aise. Je me rassurais en me disant que c'était un·e professionnel·le et que, s'il y avait cet examen, c'était parce qu'il fallait le faire. Mais je n'ai jamais osé dire non clairement. »
- « Je l'ai su seulement quand je me suis retrouvée à le refuser. Ça me paraissait "logique" mais elle avait réussi à me mettre mal à l'aise d'avoir refusé. Et puis sa façon de répéter que l'examen était obligatoire m'a vraiment dérangée. Mais à ce moment-là, j'étais sans voix et je n'avais pas les arguments « légaux » pour appuyer mon sentiment. Quand je suis rentrée chez moi j'ai lu que c'était effectivement obligatoire de demander le consentement. »



- « Impression de ne pas avoir le choix, sensation de subir ce qui se passait, de découvrir sur le moment, effet de la blouse blanche qui ne me permettait pas de contester. »

Pour autant, une adhésion apparente n'exclut pas un vécu négatif des examens. Les verbatims rendent compte de gêne, de malaise, d'impuissance ou encore d'une incapacité à exprimer un refus ou un inconfort sur le moment.



« Sur le moment je me suis juste dit que c'était un mauvais moment à passer (de manière générale, je me dis ça pour l'entièreté de la consultation chez un gynécologue). »

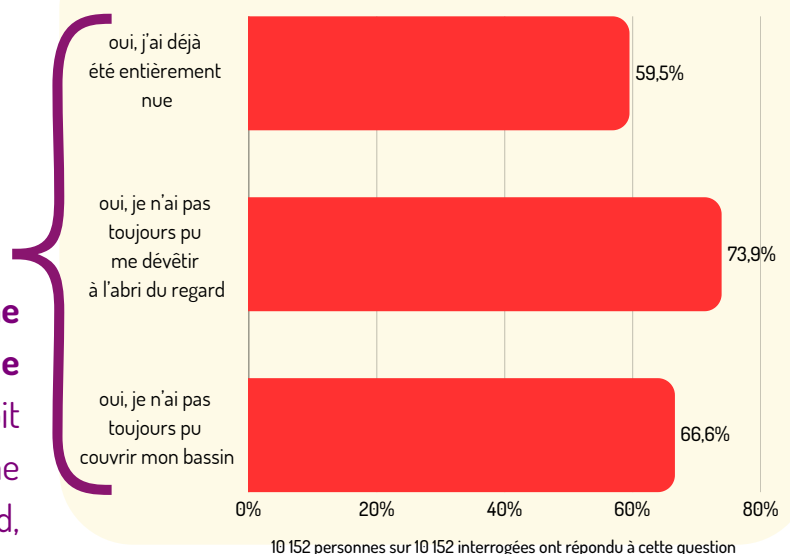
Le caractère routinier des examens gynécologiques, la légitimité accordée au savoir médical, ainsi que l'intériorisation des rapports d'autorité contribuent à banaliser des situations pourtant mal vécues par une partie des patient-es.

2.3 Des situations de vulnérabilité qui renforcent l'asymétrie

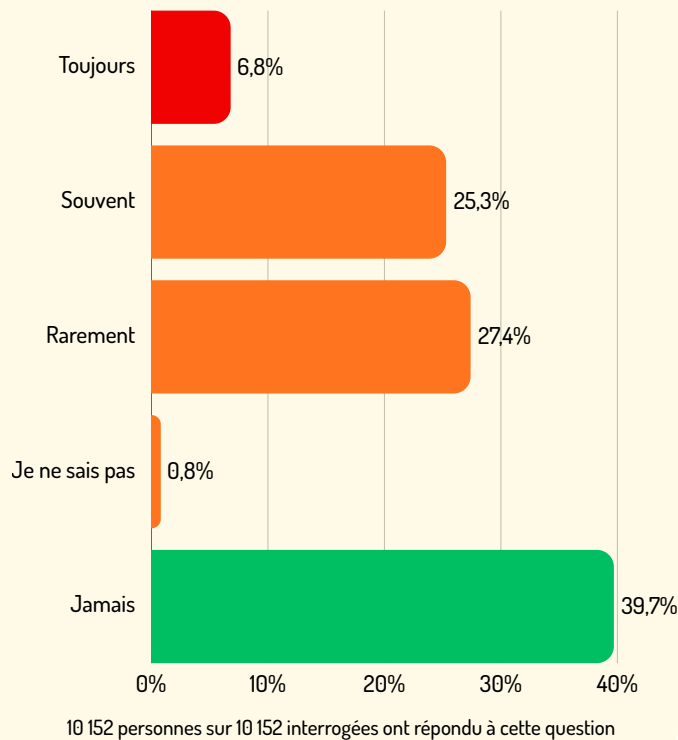
2.3.1. Le non-respect de l'intimité : nudité, position gynécologique, pudeur

88,57 %

des répondant-es ont vécu **au moins une atteinte à leur intimité lors d'une consultation gynécologique**, que ce soit en ayant été entièrement nu-es, en ne pouvant pas se dévêtir à l'abri du regard, ou en ne pouvant pas couvrir leur bassin lors de l'examen vaginal.



3.a Avez-vous été entièrement nue lors de consultations gynécologiques ?



La nudité complète lors des consultations gynécologiques reste une pratique rapportée par une part importante des répondant-es, soit **près de 60%** (correspondant à la somme de “toujours”, “souvent”, “rarement”).

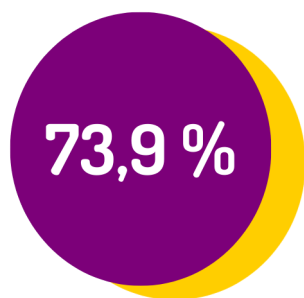
6,8 % déclarent avoir été “toujours” entièrement nu-es et 25,3 % “souvent”, soit 32,1 % déclarant une nudité complète fréquente.

Le respect de l'intimité des patient-es semble très variable lors des consultations gynécologiques. Les hautes instances de santé recommandent pourtant de ne pas demander aux patient-es de se dévêtir entièrement, mais de préférence en deux temps, si l'examen est indiqué médicalement et consenti. La nudité complète n'est pas recommandée lors de l'examen gynécologique et peut renforcer la situation de vulnérabilité inhérente à la consultation gynécologique, médicale en général.

• « Première consultation gynéco j'avais 16 ans. Elle m'a demandé de me mettre nue. J'ai demandé de garder mon haut elle m'a dit de tout retirer et qu'il fallait pas faire "ma prude". »

- « Sage-femme horrible qui m'a dit de me mettre nue entièrement (8 mois de grossesse), elle voulait me faire une palpation des seins. J'étais entièrement nue les 4 fers en l'air devant mon mari et ma fille de 2 ans. J'en reste traumatisée. »
- « Ma seule mauvaise expérience a eu lieu lors de mon premier examen gynécologique à 16 ans avec une gynécologue. Elle ne m'a rien expliqué, et faisait les choses sans me demander. Je me sentais particulièrement vulnérable en étant entièrement nue et sans aucune maîtrise de ce qu'on me faisait. Je l'ai très mal vécu. »

Près de



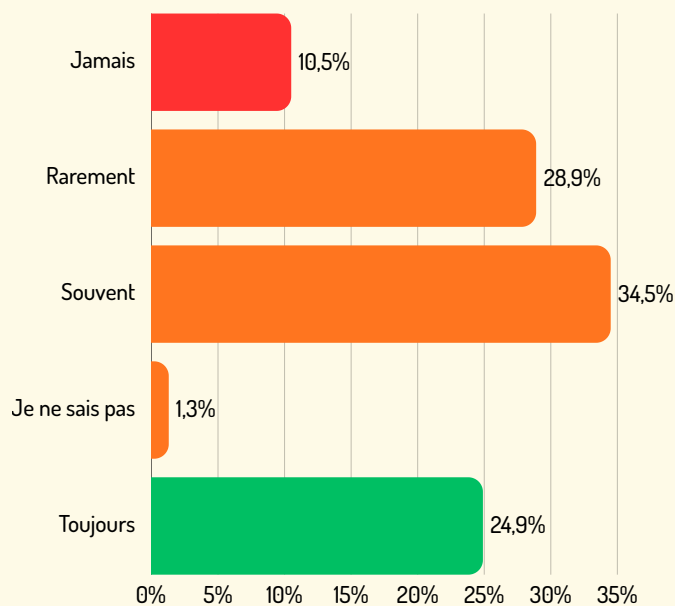
des personnes ne peuvent pas toujours se dévêtir à l'abri du regard du/de la professionnel.le de santé.

Il peut suffire parfois pourtant d'installer un simple paravent pour garantir un peu d'intimité lors du déshabillage.

Concernant l'examen vaginal, seules 12,1 % des personnes interrogées déclarent que le/la professionnel.le de santé accepte « toujours » qu'elles couvrent leur bassin afin de préserver leur intimité. À l'inverse, 22,3 % répondent « rarement » et 23,3 % « jamais », tandis que 20,2 % déclarent ne pas savoir. Ces résultats suggèrent que cette pratique de préservation de l'intimité reste loin d'être généralisée.

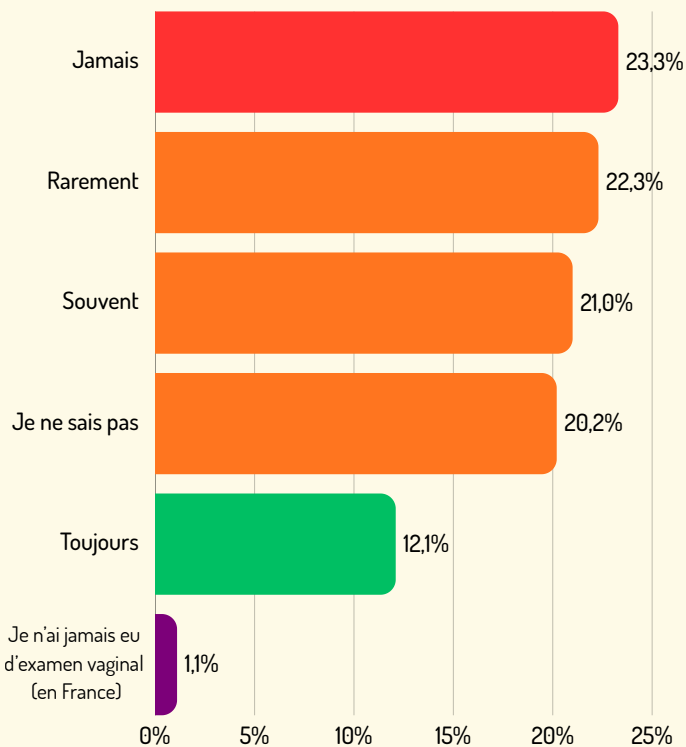
La nudité imposée et la position gynécologique peuvent accentuer le sentiment de domination et limiter la capacité des patient-es à poser des questions, à exprimer un inconfort ou un refus. Plusieurs témoignages décrivent un vécu de vulnérabilité, d'insécurité, d'impuissance ou de soumission dans un contexte où le/la professionnel.le de santé reste vêtu-e et détient l'autorité médicale.

3.b Pouvez-vous vous dévêtir, entièrement ou en partie, à l'abri du regard du de/la professionnel.le de santé ?



10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question

3.c Pour l'examen vaginal, le/la professionnel.le de santé accepte t-il/elle que vous couvriez votre bassin, afin de préserver votre intimité ?



10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question



- « Sinon, j'avais demandé à une médecin de rester partiellement habillée, au moins avec mon t-shirt. Elle a refusé, elle m'a dit qu'il était nécessaire que je sois entièrement nue. J'étais mal à l'aise mais j'ai obéi. »
- « Sur le moment j'ai été surprise et gênée, mais, comme c'est un médecin, je n'ai rien osé dire. Je ne connaissais pas la notion de consentement avec un gynécologue jusqu'à récemment. »
- « Je me suis sentie très mal à l'aise, mais je n'ai pas réussi à le verbaliser au gynécologue. »
- « Entre 2017 et 2019 : il m'a demandé de me mettre entièrement nue pour un examen de la vulve, j'avais peur, je me suis mise à pleurer, il m'a engueulée, a rapidement regardé le fond de mon col en disant « oui bon c'est, faut pas pleurer », alors que je pleurais plus de peur et d'inconfort vis à vis de lui et de ses instructions »

Le respect de l'intimité et de la pudeur fait pleinement partie de la qualité du soin. La nudité ne devrait jamais être présumée nécessaire, ni imposée comme allant de soi : elle doit être limitée à ce qui est strictement utile à l'examen, expliquée, consentie, progressive et accompagnée de la possibilité de se couvrir autant que possible.



Repère — Le CCNE : les examens gynécologiques comme examens touchant à l'extrême intime

Dans son avis n°142, le CCNE souligne que les examens gynécologiques ou touchant aux zones uro-génitale et ano-rectale peuvent être vécus par les patient-es comme relevant de "l'extrême intime". Ils peuvent impliquer le dévêtissement partiel ou complet, un contact visuel ou tactile avec les organes génitaux, les seins ou l'anus, voire une pénétration digitale ou instrumentale. Cette spécificité justifie une attention renforcée à la pudeur, à l'intimité, à la douleur, au rythme de la personne et au recueil explicite du consentement.

Recommandations de pratiques cliniques du CNGOF relatives à l'examen pelvien[14] :

Les recommandations relatives à l'examen pelvien élaborées par le CNGOF précisent que « Si l'examen doit concerner plusieurs parties du corps, il est proposé à la femme de se dévêtir en deux temps. »

La charte de la consultation gynécologique[15] élaborée par le CNGOF rappelle également :

« La femme doit pouvoir se dévêtir à l'abri des regards, dans le respect de sa pudeur. »

[14] Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), Examen pelvien en gynécologie et obstétrique : recommandations pour la pratique clinique, RPC, mai 2023.

[15] Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), Charte de consultation en gynécologie et obstétrique, décembre 2022.

Les conditions matérielles de l'examen — déshabillage, exposition du bassin, position gynécologique, possibilité de se couvrir — ne sont pas secondaires. La nudité complète ne devrait donc jamais être exigée ni banalisée comme une condition normale de l'examen gynécologique. Le respect de l'intimité constitue une condition concrète du consentement libre et éclairé.

2.3.2 Être patient·e : dépendre d'un·e soignant·e, d'un diagnostic ou d'une prescription pour un accès au soin

La résignation exprimée dans l'enquête semble liée à l'attente d'un diagnostic, la nécessité d'un traitement, ou encore l'accès à une prescription. Ce qui renforce la situation de vulnérabilité des patient·es face aux professionnel·les de santé.



- « Cela (un examen gynécologique) a été imposé pour l'obtention d'une prescription de pilule contraceptive. »
- **« Je me disais que c'était obligatoire, que j'y étais obligée pour ma santé et que je devrais forcément le faire à un moment alors tant pis si c'était maintenant , que je n'avais pas envie et que ça me faisait mal. »**
- « Je n'en ai jamais envie, mais pour ma santé je me dois de l'accepter, alors je ne me sens jamais bien après un examen. »
- « Surprise puis acceptation car je me suis sentie obligée d'avoir cet examen pour un contrôle. »
- **« Comme si je n'avais pas le choix et que c'était obligatoire de faire cet examen pour être bien soignée. »**

Certain·es décrivent également un sentiment de dépendance, voire d'emprise, lié à la crainte de compromettre leur accès aux soins, ou la qualité de leur prise en charge, en exprimant un refus ou une opposition.



- **« On se sent toujours obligée de se taire, car on ne va pas se disputer avec quelqu'un sur lequel repose potentiellement notre vie ou celle de notre enfant. »**
- « C'est comme si mon corps ne m'appartenait pas. Comme je suis malade, je suis obligée d'accepter car eux peuvent me soigner ou m'aider à soulager la douleur. »

Les soignant·es disposent en effet d'un pouvoir d'accès aux soins, puisqu'elles/ils sont les seules habilité·es à prescrire des examens, traitements ou investigations médicales. Cette position institutionnelle assoit leur autorité et peut rendre particulièrement difficile l'expression d'un désaccord ou d'un refus.

2.3.3 Grossesse, parcours PMA, jeune âge et première consultation : des situations de vulnérabilité accrue

L'asymétrie de pouvoir dans la relation de soin se voit renforcée lorsque les patient-es dépendent des professionnel·les de santé pour soulager une douleur, soigner une pathologie, poursuivre une grossesse ou avancer dans un parcours de PMA. Il peut devenir alors d'autant plus difficile de contester un acte, demander son interruption ou refuser une proposition médicale.

Durant **la grossesse**, la crainte des conséquences pour l'enfant à naître, l'urgence médicale ou encore la dépendance aux professionnel·les de santé pendant l'accouchement peuvent rendre plus difficile l'expression d'un refus ou d'un désaccord.



- **« Je l'ai très mal vécu, on m'a fait du chantage sur la santé de mon bébé. »**
- « Situation de grossesse, donc je voyais ça comme une nécessité pour mon bébé, donc je me suis effacée. »
- **« Prise en otage ! Car c'était pendant l'accouchement et j'avais peur des conséquences d'un refus. »**

Les parcours de PMA constituent également des contextes de forte dépendance au système de soins : multiplication des rendez-vous médicaux et des examens invasifs, protocoles contraints, attente de résultats, temporalité imposée, espoir de grossesse et difficulté à changer d'équipe médicale. Plusieurs témoignages décrivent cette accumulation et la peur de voir leur parcours interrompu, comme des facteurs majeurs de vulnérabilité.



- **« Forcée sinon ça mettait fin à notre parcours de PMA. »**
- « En PMA on ne peut rien refuser. »
- « Pendant les périodes de PMA, j'ai subi de nombreuses indécrotesses de la part de professionnels, alors que nous sommes vulnérables. [...] Vous laisser seule dans une pièce, les pieds dans l'étrier après votre insémination artificielle et revenir 5 minutes après pour vous demander si vous payez en CB et re-disparaître. C'est la laborantine qui, de sa lucarne, m'a autorisée à me rhabiller. Je ne savais même pas qu'elle était à côté, je ne savais pas si c'était terminé. J'ai eu un grand sentiment de honte. »
- **« J'ai été confrontée à des violences gynéco avant, mais la PMA c'est vraiment x1000, niveau violences. Personnellement c'est ce que je trouve le plus difficile à vivre dans le parcours. Pas le fait de ne pas avoir d'enfants... Pas le fait de faire des fausses couches... Non, vraiment le plus dur, ce sont les violences gynéco avant tout. »**

Le jeune âge et les premières consultations constituent également des situations de vulnérabilité particulières, analysées plus en détail dans la première partie du rapport. L'absence d'expérience préalable, la méconnaissance des gestes et la difficulté à se sentir légitime face à l'autorité médicale peuvent rendre le refus difficilement pensable ou formulable.



- « Lorsque nous sommes jeunes nous n'osons pas "contrarier" le/la professionnel·le de santé. Nous sommes comme sous emprise. »

Ces situations interrogent aussi la manière dont la parole des patient·es est reçue, lorsqu'elle parvient malgré tout à s'exprimer. Poser une question, signaler une douleur, évoquer un effet secondaire ou demander une alternative devrait constituer une part normale de la décision médicale partagée.

Pourtant l'enquête dessine une autre réalité : cette parole est encore trop souvent minimisée, disqualifiée ou renvoyée à une supposée illégitimité.

2.4 Quand la parole est exprimée : douleurs, symptômes et savoirs expérientiels sont-ils entendus ?

Cette section s'intéresse à une autre dimension de l'asymétrie de pouvoir : **la manière dont la parole des patient·es est accueillie, lorsqu'elle parvient à s'exprimer**. Poser une question, signaler une douleur, décrire un symptôme, rapporter un effet secondaire ou demander une alternative, devrait être constitutif de la décision médicale partagée. Pourtant, cette parole est encore trop souvent minimisée, disqualifiée, psychologisée, ou renvoyée à une supposée illégitimité, comme l'illustrent les réponses des répondant·es.

2.4.1. Des questions perçues comme gênantes ou excessives

Lorsque les patient·es parviennent à formuler des questions, celles-ci ne sont pas toujours accueillies comme un élément fondamental préalable à la décision du consentement éclairé. Plusieurs récits indiquent au contraire que les demandes d'explications peuvent être perçues par des soignant·es comme gênantes, excessives ou comme une remise en cause de leur autorité médicale. Cette réaction peut décourager les patient·es à demander des précisions, à signaler une incompréhension ou à discuter les propositions médicales.



- « J'avais le sentiment de poser trop de questions et de l'agacer. »
- « Exemple : je posais des questions en lien avec l'IVG que j'allais faire, la gynécologue m'a demandé si j'étais une scientifique car je posais "trop" de questions. »

Recevoir les informations utiles dépend de l'espace accordé aux patient·es pour poser des questions sans être renvoyé·es à une position d'exigence jugée excessive, de défiance ou d'illégitimité.

2.4.2 Douleurs de règles : normalisation de la souffrance et déni de la douleur

55,85 %

les répondantes déclarent qu'un professionnel de santé a déjà nié les effets secondaires de leur contraception ou n'a pas tenu compte de la douleur des règles.

43,37 %

effets secondaires
liés à la contraception
niés

39,08 %

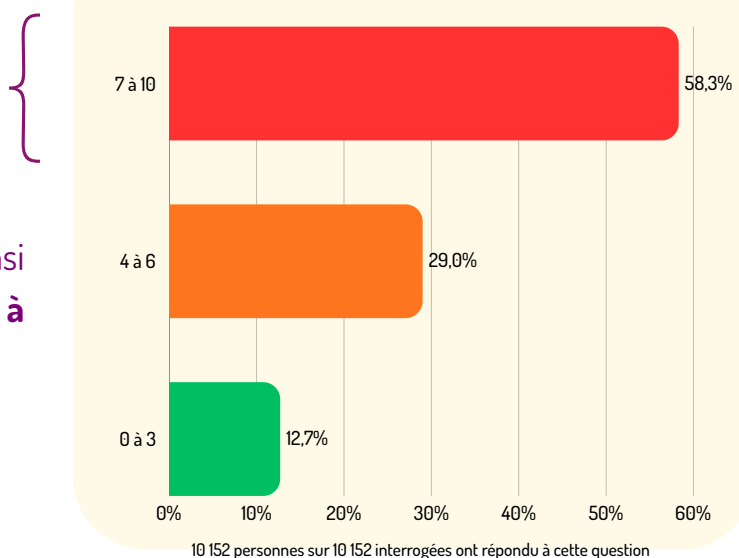
non prise en compte
des douleurs de
règles

Les douleurs de règles déclarées par les répondant-es sont particulièrement importantes. La moyenne de douleur déclarée s'élève à 6,54 sur 10, avec une médiane à 7/10. La note la plus fréquemment rapportée est 8/10.

58,3 %

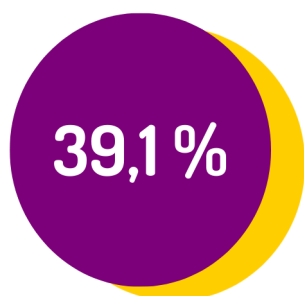
des personnes interrogées évaluent ainsi leurs plus fortes douleurs menstruelles à des niveaux élevés (de 7 à 10 sur 10).

5.f A quel niveau évaluez-vous vos plus fortes douleurs de règles ?



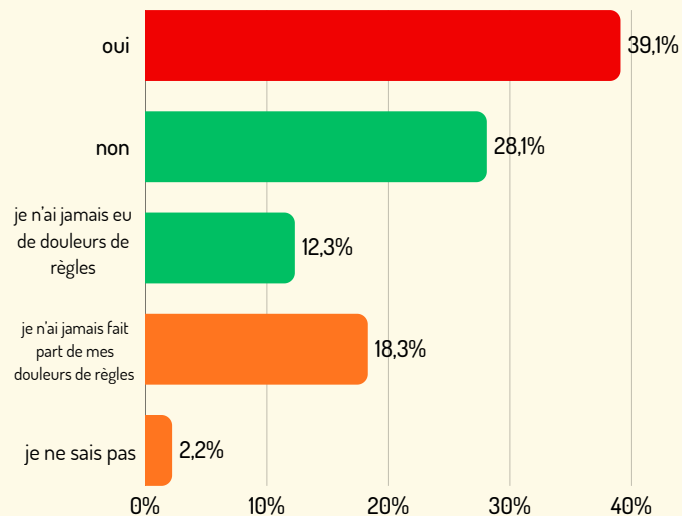
10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question

Malgré cette moyenne, dénotant des douleurs intenses,



des personnes déclarent qu'un·e professionnel·le de santé n'a **pas toujours tenu compte des douleurs de règles communiquées.**

5.d Vous est-il déjà arrivé que le/la professionnel·le de santé ne tienne pas compte de vos douleurs de règles, dont vous faisiez part ?

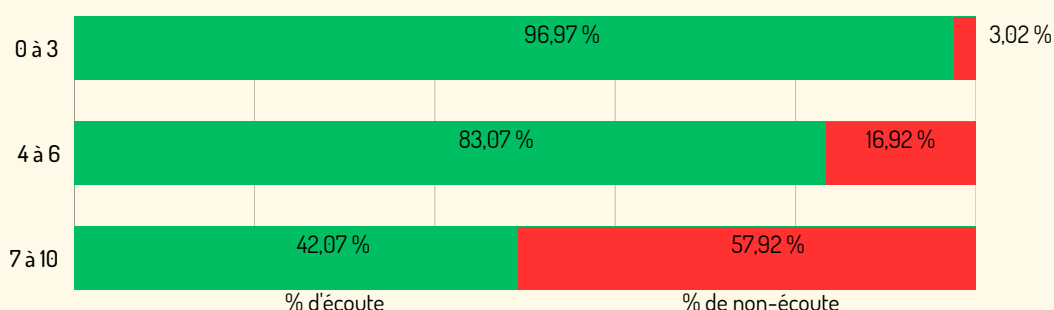


10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question

Ces résultats interrogent la capacité du système de soins à reconnaître la douleur menstruelle comme une information clinique à part entière, et non comme un inconfort supposé "normal" ou inhérent au fait "d'être une femme".

Un indicateur complémentaire croisant l'intensité des douleurs déclarées et leur prise en compte par les professionnel·les de santé permet d'objectiver une tendance préoccupante : **plus les douleurs de règles sont importantes, moins elles semblent être entendues et prises en charge par les professionnel·les de santé.** Les personnes ayant évalué leurs douleurs entre 7 et 10 sur 10 déclarent ainsi plus fréquemment ne pas avoir été écoutées ou prises au sérieux concernant leurs douleurs menstruelles.

Indicateur d'écoute des douleurs, par niveau de douleurs et pourcentage d'écoute/non-écoute



10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question

Les douleurs sont fréquemment banalisées, psychologisées ou renvoyées à des stéréotypes sexistes.



- « **C'est normal d'avoir mal. Bienvenue dans la vie de femme !** »

- « Les règles ça fait mal c'est normal, ça veut dire que ça fonctionne bien. »

- « Faites un effort, c'est naturel ! »

- « **C'est normal pour une femme de souffrir, faut s'endurcir, vous en verrez d'autres, faut prendre sur vous. Imaginez si la moitié de l'humanité s'arrête de vivre pendant les règles.** »

La douleur menstruelle reste donc encore trop souvent traitée comme une expérience ordinaire à supporter, plutôt que comme une information clinique devant être entendue, évaluée et, le cas échéant, investiguée.

2.4.3 Endométriose, SMOP (SOPK), adénomyose : quand la banalisation des douleurs retarde le diagnostic

La banalisation des fortes douleurs ne constitue pas seulement une mauvaise expérience relationnelle. Elle peut avoir des conséquences graves sur la santé entraînant des retards de diagnostic et de soins.

Ainsi, les douleurs ne sont pas prises au sérieux et sont déclarées par le/la soignant-e, liées au stress, au poids ou à "l'émotivité" de la/du patient-e, ou encore à son refus de prendre une contraception hormonale, jusqu'à ce qu'un diagnostic tardif d'endométriose, d'adénomyose, de SMOP (SOPK), de fibromes ou d'autres pathologies gynécologiques ne soit finalement posé, des années plus tard.



- « **On m'a dit que c'était dans ma tête, que j'étais douillette, que je faisais du cinéma. J'ai une endométriose stade IV qui a été déclarée plus tard et j'ai subi une hystérectomie à cause des douleurs / règles abondantes.** »

- « "C'est normal d'avoir mal pendant ses règles." Aujourd'hui, je sais que j'ai une suspicion d'endométriose. »

- « L'endométriose n'est que le résultat d'une instabilité émotionnelle et d'un besoin d'attention. »

- « **C'est dans votre tête, toutes les femmes souffrent, l'endométriose c'est à la mode, le SOPK ça ne se soigne pas, ça ne sert à rien de faire des examens.** »

Cette errance médicale peut être très longue, allant parfois de sept à dix ans, voire à plus de vingt ans dans certains récits. Elle s'accompagne d'une absence de soins adaptés pendant des années provoquant une aggravation des symptômes et des douleurs devenant de plus en plus invalidantes, obligeant même à des interventions lourdes, faute de réponse apportées plus tôt. Ces absences de traitement entraînent des arrêts de travail ou de scolarité.

“

- « J'ai eu 25 ans d'errance médicale avant d'être diagnostiquée d'une endométriose pelvienne profonde et d'une adénomyose importante. Les gynécologues et le médecin traitant de cette époque m'ont dit que j'étais plus sensible que les autres femmes, que je m'écoutais trop, que la douleur ne pouvait pas être aussi importante que je le décrivais. »

- « Je suis restée 15 ans dans des douleurs atroces, j'ai consulté des tonnes de gynécologues qui me répondaient que j'étais douillette. On a fini par me diagnostiquer de l'endométriose. »

- « J'ai attendu 10 ans de souffrance avant de savoir que je souffrais d'adénomyose. »

- « Temps moyen de diagnostic endométriose 7 à 10 ans. Pour moi 33 ans. »

- « Je viens d'être diagnostiquée d'une endométriose à 34 ans après 20 ans de cauchemars ; depuis mes 15 ans, je dis que c'est ça. »

- « Il me dit qu'avoir mal c'est normal. Que je n'ai pas besoin de me plaindre, un Doliprane et ça passera. On vient de découvrir que je souffre d'adénomyose, d'endométriose et du syndrome de congestion pelvienne. Je souffre depuis 26 ans. Sans avoir été prise en compte. »

L'absence d'écoute conduit les patient-es concerné-es à devoir insister pour recevoir des soins, à proposer eux/elles-mêmes les examens à faire, ou même, à changer de professionnel-le pour obtenir enfin une investigation. La charge de la preuve se trouve alors déplacée sur les patient-es qui doivent convaincre les soignant-es de la réalité de leur douleur.

“

- « J'ai suggéré à ma gynéco que j'avais peut-être de l'endométriose. Elle m'a dit que non. J'ai insisté pour qu'elle me prescrive une IRM. J'ai de l'endométriose. »

- « Lors d'un rendez-vous avec un gynéco, spécifiquement pris pour discuter de douleurs de règles, avec une lettre de ma généraliste demandant de rechercher la possibilité d'une endométriose, fibrome ou kyste : "Ah, l'endométriose, c'est la maladie à la mode ça !" Et plus tard : "Mais moi, quand vous me dites que vous avez mal, je ne peux pas le vérifier, ni le mesurer ! Alors je n'en sais rien, si vous avez mal !" »

- « Je vois rien, menez votre propre enquête. »

- « Échographie parce que vraiment j'ai insisté et ensuite : "pas d'endométriose à l'échographie donc c'est que t'as pas si mal que ça", alors que ce n'est même pas comme ça qu'on diagnostique l'endométriose. »



- « J'ai toujours eu des règles très douloureuses et aucun gynécologue à qui j'en ai parlé n'a pris ce sujet au sérieux. J'ai donc arrêté d'en parler et je me bourre de Nurofen à chaque fois que j'ai mes règles. »

- « Les règles faisaient mal et c'était normal. Après, je n'ai plus jamais parlé de ces douleurs à un médecin, elles faisaient partie de ma vie. »
- « La plupart du temps, on a minimisé mes douleurs parce qu'on ne trouvait pas la cause. On ne m'a jamais apporté de solution concrète, malgré l'énorme impact sur ma vie. On a toujours discrédité mes douleurs, au point que j'en ai fait de même. »

L'absence d'écoute devient alors elle-même, un facteur d'errance : les patient-es ne consultent plus, tardent à demander de l'aide, ou cherchent seules des solutions.



APPUI SCIENTIFIQUE

ENDOMETRIOSE : INVALIDATION DE LA DOULEUR

- Hudson (2022)[16] a étudié l'errance diagnostique sur l'endométriose qui est d'en moyenne sept ans[17]. Il met notamment en lumière qu'elle est le fruit d'un validisme médical genré[18]. Les médecins tendent à normaliser la souffrance ou à la psychiatriser dans un processus qui efface l'expertise des patient-es sur leur propre douleur et sur leur corps. Les personnes sont alors sommées de supporter les douleurs dans cette même logique de correspondre au fonctionnement d'un corps valide.
- Étant une maladie cyclique et invisible, la lutte pour sa reconnaissance auprès des MDPH (maisons départementales des personnes handicapées) via la RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) ou auprès de la Sécurité Sociale pour une ALD (affection de longue durée) est un parcours du combattant dénoncé depuis longtemps par les personnes qui font ce chemin. Les institutions administratives et médicales gèrent mal les corps changeants, ceux pouvant être "capables" un jour puis totalement "inaptes à se lever" le lendemain. On reproche alors aux patient-es de simuler ou de ne pas faire suffisamment d'efforts les jours où leurs symptômes sont moins présents.
- Il existe une injonction à la guérison qui fait résonance avec le concept de "ableist futurity" d'Alison Kafer[19] (2013) sur la prise en charge de l'endométriose et sur la manière dont la médecine moderne est liée à cette obsession d'un avenir sans pathologies et une linéarité des corps. Le but de la médecine validiste étant de rendre un corps à nouveau valide et productif en proposant parfois des solutions radicales de mutilation comme un contrôle hormonal lourd, une ablation de l'utérus ou des ovaires, même chez les très jeunes.

[16] 2022, Hudson N. The missed disease? Endometriosis as an example of 'undone science'. Reproductive biomedicine & society online, 14, 20-27.

[17] 2024, De Corte P. et al., Time to Diagnose Endometriosis: Current Status, Challenges and Regional Characteristics, Journal of Clinical Medicine

[18] 2021, Jones C. E., Queering gendered disabilities, Journal of Lesbian Studies, vol. 25, n° 3, p.313-330.

[19] 2013, Alison Kafer, Feminist, Queer, Crip, Bloomington, Indiana University Press.

2.4.4 Grossophobie médicale, solutions imposées et absence de réponse adaptée

Lorsque les douleurs ou symptômes exprimés sont enfin entendus par les professionnel·les de santé, le poids est souvent leur seule explication, conduisant à retarder encore le diagnostic d'une pathologie et à différer les soins nécessaires.

“

- « Si j'ai mal, c'est parce que je suis grosse. »
- « Comme j'étais grosse visuellement : ça expliquait à son sens tous mes problèmes. »
- « ... C'était parce que j'étais grosse que j'avais mal aux ovaires. Si je mangeais mieux et que je perdais du poids, ça irait mieux. Finalement, j'ai de l'endométriose profonde. »
- « Avant ma transition (FtM), propos grossophobe, toutes mes douleurs étaient soi-disant liées à mon poids (migraine, dos, suspicion d'endométriose avec retard de diagnostic du coup). »
- « “Vous avez des ovaires capricieux mais c'est pas choquant avec votre surpoids.” J'ai su plus tard que mes ovaires ne sont pas capricieux, j'ai juste le SOPK. »

Lorsque la douleur est reconnue, elle n'est pas toujours réellement prise en charge. Plusieurs répondant·es rapportent des réponses minimisantes, culpabilisantes ou inadaptées — yoga, méditation, tisanes, homéopathie — qui tendent à renvoyer les patient·es à leur supposé stress, à leur mode de vie ou à leur responsabilité individuelle, plutôt qu'à rechercher une cause médicale et proposer une prise en charge adaptée.

“

- « “Vous devriez faire du yoga, Madame, vous êtes trop stressée, c'est pour ça que vous avez des kystes ovariens” + supposition que je veuille forcément des enfants : “vous verrez, vos douleurs iront mieux quand vous aurez eu des enfants”. »
- « Elle m'a dit que des tisanes à base de plantes apaiseraient mes douleurs (faux). Elle ne les a pas prises au sérieux. »
- « La gynéco ne disait rien, le médecin homéopathe m'a proposé de la poudre de perlimpimpin. »
- « Elle a tenu compte de mes douleurs mais ses réponses étaient vagues comme “faire du yoga”, “méditer”. »

La première solution médicale indiquée pour soulager des douleurs provoquées par ces pathologies est le plus souvent la pilule contraceptive, parfois sans alternative. Or elle n'est pas toujours suffisante, ni forcément acceptée au vu de ses effets secondaires. En cas de refus, les personnes peuvent être culpabilisées d'être responsables de leurs douleurs.



- **« C'est normal d'avoir des règles douloureuses, vous avez un cycle immature. Pour vous soulager, prenez la pilule, je ne vous prescrirai aucun examen supplémentaire car ça ne sert à rien. »**
- « Si je refusais le traitement hormonal alors je ne devais pas me plaindre. »
- **« J'ai eu des consultations gynéco pour dysménorrhée primaire sans solution proposée autre que la prise de pilule. »**
- « Si vous ne voulez pas avoir mal, prenez la pilule. »
- **« Règles très douloureuses. On a mis plus de 10 ans à me prescrire un AINS efficace. Avant, comme je refusais la pilule, j'ai été laissée sans solution, plus refus de prescrire des examens de recherche d'endométriose. »**

Face à cette absence de réponses médicales satisfaisantes, certaines personnes changent de professionnelle, consultent une sage-femme, se tournent vers un centre spécialisé, ou doivent mener elles-mêmes leurs recherches avec des approches parfois complémentaires.

La défiance envers les professionnelles de santé apparaît alors comme la conséquence d'une accumulation d'expériences de banalisation, voire de mépris de douleurs, de symptômes ou d'effets secondaires, de non-investigation des causes et d'absence de réponses adaptées.

2.4.5 Ménopause, péri-ménopause : les participantes à l'enquête incriminent une parole encore insuffisamment entendue

L'absence d'écoute et de réponses médicales adaptées concernent également les parcours liés à la ménopause ou à la péri-ménopause : symptômes provoqués par les changements hormonaux mal expliqués, sécheresse vaginale non prise en compte, troubles de la libido minimisés, absence d'information sur les options thérapeutiques ou difficulté à trouver un-e professionnel·le formé·e et disponible.



- « Personnellement, j'ai vécu une ménopause précoce à 30 ans sans jamais en comprendre les causes possibles. J'ai reçu au cours de toutes mes consultations tout au long de ma vie tout un tas d'avis et leur contraire, j'ai erré dans des problèmes de libido qui m'ont gâché la vie sans être véritablement écoutée et prise en considération, restant sans solution jusqu'à 46 ans. »
- « Aborder l'examen après ménopause n'a pas été fait dans votre questionnaire ?! Sécheresse vaginale... frottis devenu possible alors qu'il ne l'était plus depuis 2 ans ! »



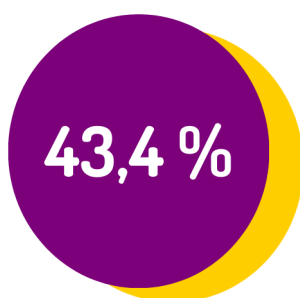
- « Il existe aussi très peu d'information sur ce que le vieillissement entraîne pour les corps féminins : ménopause par exemple. En France, on a clairement un problème avec l'information médicale ! »

Ces récits rappellent que la santé gynécologique n'est pas circonscrite à la contraception, à la grossesse ou aux pathologies diagnostiquées. La ménopause et la péri-ménopause devraient faire l'objet d'une information claire et précoce, d'une écoute clinique réelle et d'une prise en charge adaptée, afin que les patient·es ne restent pas seules face à des "symptômes" qui peuvent parfois affecter leur santé, leur sexualité, leur qualité de vie et leur confiance dans le système de soins.

2.4.6 Effets secondaires contraceptifs niés ou minimisés

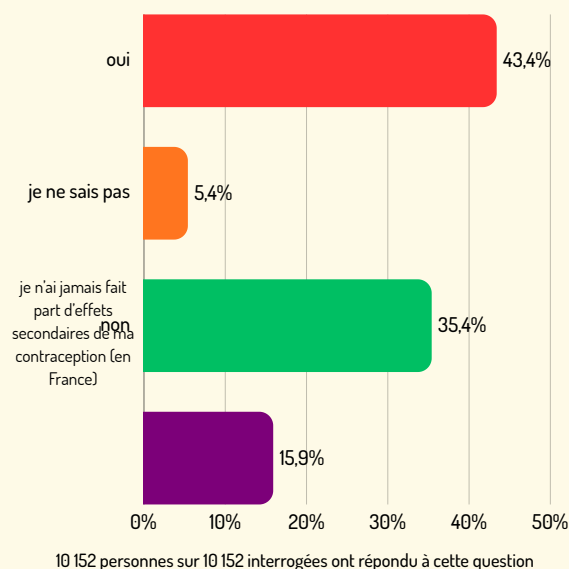
Cette difficulté à reconnaître le savoir expérientiel des patient·es émerge également des témoignages relatifs aux effets secondaires de la contraception.

Alors même que les patient·es sont les premières à éprouver les effets de leur traitement sur leur corps,



des répondant·es déclarent qu'un·e professionnel·le de santé **a déjà nié les effets secondaires qu'ils associaient à leur contraception.** À l'inverse, 35,4 % répondent ne pas avoir vécu cette situation.

5.b Vous est-il déjà arrivé que le/la professionnel·le de santé nie les effets secondaires de votre contraception ?



Lorsque les patient·es décrivent des effets secondaires de leur contraceptif à leur soignant·e, leur parole est encore trop souvent minimisée, niée ou disqualifiée. Les symptômes sont, là aussi, attribués à d'autres causes supposées. La réponse médicale est le plus souvent une injonction à poursuivre la contraception.



- « Aucun effet de ce type n'a jamais été rapporté. »
- « C'est dans la tête, ça n'existe pas, c'est des légendes. »
- « C'était rien, j'exagérais les symptômes. »
- « La pilule (Diane 35) a très peu d'effets secondaires, c'est psychosomatique. »
- « La baisse de libido et la prise de poids n'ont rien à voir avec la pilule mais avec le stress. »
- « Les effets que je ressentais n'étaient pas dus à la pilule, sans me proposer d'alternative. »

La banalisation des effets secondaires, présentés comme normaux ou inévitables, sans réelle prise en compte du vécu des patient-es, est également fréquemment rapportée.



- « C'est normal, il n'y a pas de contraception sans effets. »
- « C'est normal, il faut le temps que votre corps accepte le stérilet. »
- « Normalement c'est supporté par la plupart des femmes. »

Certain-es répondant-es décrivent enfin des propos culpabilisants, infantilissants ou sexistes, pouvant contribuer à disqualifier davantage leur parole ou leurs choix contraceptifs.



- « C'est la contraception la plus efficace... Et sinon il y a la chasteté. »
- « C'est ça ou un bébé. »
- « C'est normal et il ne faut pas faire la compliquée. C'est ça ou une IVG. »

• **« À ma première tentative d'arrêt de pilule, un praticien m'a dit que mon corps ne serait plus désirable pour les hommes car c'est la pilule qui me donnait des seins. »**

Le savoir expérientiel des patient-es n'est pas suffisamment reconnu comme un élément légitime de la consultation médicale. Leurs questionnements sont souvent jugés, remis en question, ce qui entraîne de la défiance envers ces professionnel·les.



- « Je n'étais pas sereine à prendre la pilule et la gynécologue que j'étais allée voir (je n'y suis plus retournée après) s'est lancée dans un discours sur la diabolisation de la pilule de nos jours, que maintenant les femmes ne voulaient plus prendre de contraception, etc. »
- « (...) J'ai beaucoup plus mal vécu des prescriptions de pilule alors que j'avais spécifiquement dit que je ne la voulais pas, par exemple. Et ça a notamment été une vraie raison du manque de confiance envers la profession et le besoin de me renseigner par moi-même et à poser plus de questions en séance, et me protéger face aux professionnels de santé. »

Le consentement ne peut pas être réellement libre et éclairé lorsque les effets vécus par les patient-es sont niés, minimisés ou renvoyés à une supposée fragilité psychologique. Leur parole doit être véritablement écoutée et prise au sérieux, afin de répondre à leurs attentes, à leurs symptômes et à leurs demandes légitimes de soins.

2.4.7 Une écoute parfois possible, mais encore marquée par des rapports paternalistes

Les témoignages recueillis dans le cadre de l'enquête indiquent qu'une adaptation est possible. Toutefois, lorsqu'elle est présentée comme une faveur accordée aux patient-es "pour faire plaisir" plutôt que comme une prise en compte légitime du vécu corporel de la patiente, elle maintient un rapport paternaliste dans lequel la parole des patient-es demeure secondaire.



- « Il ne m'a pas crue, mais m'a fait changer de pilule "pour me faire plaisir". »
- « En geignant, j'ai eu le droit d'avoir un stérilet (grand prince ce gynéco, il m'a bien fait sentir que c'était pas une bonne idée mais qu'il me faisait une fleur). Globalement j'ai eu le sentiment que j'embêtais tout le monde à ne pas vouloir prendre la pilule. »

Pour être pleinement respectueuse du consentement et de l'autonomie des patient-es, leur parole doit être reconnue comme une information légitime de l'anamnèse et non comme une demande accessoire, excessive ou simplement tolérée.

CONCLUSION

L'enquête pointe une asymétrie de pouvoir dans la relation de soin qui ne se limite pas à la difficulté de refuser un examen ou un traitement. Elle se prolonge dans la difficulté à poser des questions, à faire entendre sa douleur, ses choix, à signaler des effets secondaires, à contester une proposition médicale ou à demander une alternative. Dans de nombreuses situations rapportées, le savoir médical prime sur le savoir expérientiel des patient-es, au risque de retards de diagnostic, d'absences de soins, de traitements mal tolérés ou imposés, et d'une perte durable de confiance.

Ces constats invitent à dépasser une conception verticale de la relation de soin, dans laquelle la parole médicale prime systématiquement sur le vécu corporel des patient-es. À l'inverse, plusieurs modèles internationaux, notamment le "Modèle de Montréal"[20] développé autour du partenariat patient-e-soignant-e, reconnaissent les patient-es comme des partenaires de leur santé, porteur-ses de savoirs expérientiels complémentaires des savoirs médicaux.

Intégrer la parole des patient-es dans l'anamnèse ne relève donc pas seulement du respect du consentement : c'est aussi une condition pour mieux soigner, prévenir l'errance médicale, adapter les prises en charge, renforcer l'alliance thérapeutique, afin de construire une relation de soins plus horizontale, fondée sur l'écoute, la confiance et la décision partagée.

[20] 2015, Pomey M.-P., Flora L., Karazivan P., Dumez V., Lebel P., Vanier M.-C., Debarges B., Clavel N. et Jouet E., Le « Montréal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé, Santé Publique, vol. 27, supplément 1, p. S41-S50.



INSTITUTIONALISATION DU DOUTE

- Dans le cas des VOG, l'examen médical ne constitue pas seulement un espace d'asymétrie, il est aussi révélateur d'une négation de l'expertise des patient-es [21]. L'analyse des vécus et des témoignages met en lumière un mécanisme répété : la mise en place d'un doute par les équipes soignantes face aux vécus exprimés des patient-es. Ce phénomène est qualifié d'injustice épistémique par la littérature scientifique, un processus par lequel la capacité des sujets à produire un savoir sur leurs propres corps est invalidée.
- L'expérience des femmes est souvent associée à quelque chose de subjectif (Michel, Squires, 2018), alors que la parole des professionnel·es de santé est présentée comme objective. Les recherches existantes ont montré que la violence réside intrinsèquement dans la négation de la subjectivité de l'individu. La négation des états internes des patient-es relève en effet d'un phénomène nommé le "gaslighting", un processus d'abus psychologique qui conduit la victime à douter de ses propres jugements, émotions et perception de la réalité. La négation répétée de symptômes médicaux peut conduire à une forme d'auto-discréditation et de perte de confiance dans ses propres perceptions corporelles (Fielding-Singh & Dmowska, 2022).
- Massó Guijarro (2023) met à niveau ce doute qui se retranscrit par une injustice testimoniale sur l'expérience de l'accouchement en Europe. La douleur aiguë, une sensation de déchirement ou une intuition de dysfonctionnement qui est exprimée par les patient-es est fréquemment justifiée, soit par un protocole médical, soit par une normalité statistique, par le corps soignant. Ces vécus sont requalifiés en "inconfort standard".
- L'absence de crédit est associée à des stéréotypes de genre historiques encore présents, avec une hyperbolisation de la parole des patient-es, ou à une anxiété au-dessus de la normale, jugée non réaliste. Gillepsie (2025) décrit ce doute institutionnalisé comme une manière de considérer les ressentis comme des bruits parasites, plutôt que comme des signaux cliniques. Le doute institutionnalisé retarde les soins tout en créant une solitude violente chez les patient-es, dont la confiance accordée au corps médical se trouve brisée.
- L'étude d'Ebrahim (2025) met en garde sur les conséquences graves provoquées par l'installation du doute chez les patient-es lorsque les professionnel·es de santé ne les croient pas, par exemple face aux symptômes ressentis pendant un acte médical. De plus, les autrice·eurs mettent en lumière que la délégitimation de la parole est un facteur de risque clinique direct. En effet, l'état de santé des patient-es peut s'aggraver par les retards de prise en charge. Sur le plan psychologique, l'intégration du doute par les soignant·es mène à de l'auto-scepticisme traumatique : après consultation, les victimes de VOG rapportent souvent s'être senti·es "folles/fous", "coupables", "incapables" de faire confiance à leurs propres sens. C'est un marqueur de stress post-traumatique.

[21] Les références ayant servi à l'élaboration de cette section figurent dans la bibliographie finale.



RAPPORTS DE POUVOIR ET DESHUMANISATION

- À travers ce rapport, on constate à quel point l'asymétrie de pouvoir dans la relation de soin va impacter le comportement des soignant-es, ainsi que le vécu des patient-es. En effet, le médical se situe en position de domination, et cela sur plusieurs plans. Il possède une expertise, valorisée par la place hégémonique qu'occupent la médecine et la science depuis le 18^e siècle (Cardenas-Castro & Salinero-Rates, 2018). Sa légitimité s'en trouve accrue, couplée au fait que la technologie médicale est aujourd'hui perçue comme indispensable pour être soignée correctement, notamment dans le cadre de l'obstétrique (Shaw, 2025 ; Fielding-Singh & Dmowska, 2022). Le médical possède ainsi les outils, mais aussi l'information, les connaissances, l'accès aux traitements, dont les patient-es sont dépendant-es (Haque & Waytz, 2012).
- Ainsi, l'idée que le personnel médical possède une compétence et une légitimité qui lui confère une forme d'autorité à laquelle on doit se soumettre, a été intériorisée. Elle peut rendre difficile le fait de s'opposer aux soignant-es, même face à un inconfort, comme cela a été relevé dans de nombreux témoignages de cette enquête. La place dominante étant accordée au savoir médical, les patient-es intègrent l'idée que leurs connaissances sur leurs propres corps sont inférieures, ce qui les amène à déléguer les décisions les concernant aux médecins (Cardenas-Castro & Salinero-Rates, 2018). Cette légitimité perçue favorise aussi une confiance excessive dans une médecine qui, forte de cette hégémonie, ne respecte pourtant pas toujours les bonnes pratiques médicales recommandées par la HAS et le CNGOF notamment, comme nous avons pu le relever.
- De plus, parce que les patient-es dépendent du système médical pour bénéficier des soins, elles/ils vont réprimer leurs besoins, ne pas exprimer un inconfort, par peur d'être "puni-es" (Shaw, 2025). Plusieurs études ont en effet montré que le corps médical tend à mieux traiter un-e patient-e lorsqu'elle/il se montre obéissant-e et se conforme aux consignes sans exprimer d'opposition (Shaw, 2025). À l'inverse, exprimer explicitement un désaccord avec les pratiques de soin ou avec l'équipe médicale pendant l'accouchement est associé à un risque accru de mauvais traitements : 78,8 % des personnes rapportaient ce phénomène dans une étude menée aux États-Unis par Vedam et al. (2019).
- Le fait que l'objectif principal du corps médical est de soigner rend difficile d'imaginer que les structures de soins puissent involontairement générer des violences envers les patient-es, ou que des soignant-es puissent être les auteur-ices de ces actes (Perrin, Robicquet & Ruault, 2025). Les individus ont en effet tendance à envisager le corps médical comme bienveillant, ce qui participe à expliquer pourquoi les mauvaises pratiques dans le cadre médical sont souvent dédouanées de responsabilité. Pour les patient-es, un acte violent peut ainsi être rationalisé en raison de la contradiction entre les représentations positives du corps médical et leur expérience.
- De plus, face à une norme de groupe dominante, un individu peut vouloir adopter les codes du groupe pour être intégré. Dans le cadre de l'hôpital, les patient-es, même accompagnés-es, se retrouvent en sous-nombre par rapport à l'équipe soignante. Les comportements normatifs, le fait de "ne pas vouloir faire de vague" est aussi une manière de s'intégrer dans la relation de soin et d'essayer de maintenir des interactions positives avec le corps médical, pouvant amener à tolérer des comportements inappropriés ou ne pas les identifier immédiatement comme problématiques (Shaw, 2025).



RAPPORTS DE POUVOIR ET DESHUMANISATION

- Il peut être difficile pour les patient-es de se défendre en cas d'agression physique en raison de l'état de vulnérabilité physique dans lequel elles/ils se trouvent, de part leur état de santé ou par le contexte médical, par exemple, en position allongée ou lors d'un examen gynécologique (El Kotni & Quagliariello, 2022).
- Les soignant-es détiennent les informations, sur les patient-es et sur les procédures disponibles, qu'elles/ils peuvent décider d'utiliser ou de divulguer ou non. Plusieurs études en obstétrique ont montré que les femmes sont souvent mal informées des procédures disponibles et des choix possibles ; les procédures très médicalisées sont mises en avant et encouragées, ce qui constitue une atteinte au consentement (Shaw, 2025). Le fait que les patient-es soient souvent perçu-es comme incapables de prendre leurs propres décisions de par leur état de fragilité (Haque & Waytz, 2012) peut générer chez les soignant-es des comportements d'infantilisation et favoriser le fait de vouloir décider à la place des patient-es.
- Par ailleurs, les rapports de pouvoir peuvent générer de la déshumanisation dans le cadre médical (Kahalon & Klein, 2025 ; Haque & Waytz, 2012). Les patient-es sont souvent ainsi traité-es comme des corps mécaniques, leur capacité à ressentir du plaisir et de la douleur, de la curiosité, des émotions, mais aussi leur capacité à agir, à être rationnel·les ou logiques, leur sont déniées (Bevens & Loughnan, 2019 ; Haque & Waytz, 2012). Elles/ils sont aussi objectifié-es, traité-es comme une chose, un objet (Bevens & Loughnan, 2019 ; Haque & Waytz, 2012). Dans les témoignages, les patient-es évoquent en effet l'absence de prise en compte de leurs douleurs, notamment des douleurs de règles et liées aux contraceptifs.
- La déshumanisation et l'objectification des personnes sont des mécanismes qui ont directement été mis en lien avec le fait de subir de la violence, que ce soit dans les cas des violences faites aux femmes (Rudman & Mescher, 2012 ; Vasquez et al., 2018 ; Felig et al., 2024 ; Bevens & Loughnan, 2019), des violences médicales (Haque & Waytz, 2012), ou des VOG (Kahalon & Klein, 2025). En effet, la déshumanisation réduit les considérations morales et permet de minimiser l'impact des actes violents (Haque & Waytz, 2012), et ainsi favorise la pratique d'actes douloureux ou l'utilisation d'un surplus de force dans les manipulations à cause de l'idée implicite que la personne objectifiée ne le ressentira pas (Kahalon & Klein, 2025). Par ailleurs, l'objectification sexuelle des femmes induit plus d'agressions physiques (Vasquez et al., 2018).
- Certains éléments structurels participent à la déshumanisation des patient-es dans le cadre médical. Lorsqu'on consulte un·e gynécologue, le/la spécialiste va focaliser son attention sur les organes reproducteurs et sexuels qui sont l'objet de son travail. Or, le fait de travailler sur des organes ou un corps et de se focaliser dessus a directement pour conséquence de la déshumanisation. De plus, le fait de se centrer sur les fonctions reproductrices ou les organes sexuels aurait tendance à engendrer de l'objectification sexuelle et favoriserait la perpétration de violences sexuelles dans le cadre de la gynécologie et de l'obstétrique (Kahalon & Klein, 2025).





RAPPORTS DE POUVOIR ET DESHUMANISATION

- La manière dont la médecine conventionnelle est pratiquée en France, avec des consultations soumises à une pression temporelle, constitue un facteur de risque de violences médicales, car ce système laisse peu d'espace à la parole des patient-es, à l'adaptation aux besoins spécifiques et ne privilégie pas la recherche de consentement (Fonquerne, 2021).
- La présence des étudiant-es stagiaires qui observent et assistent le personnel médical réduit les patient-es à un outil pédagogique, constitue une forme d'objectification et favorise les pratiques inadaptées (Fielding-Singh & Dmowska, 2022).
- La déshumanisation dans le soin est également le produit d'un phénomène fréquent dans les relations entre groupes sociaux. Les humains ont tendance à attribuer moins de caractéristiques humaines aux personnes considérées comme ne faisant pas partie de leurs groupes sociaux (Vaes et al., 2012). Dans le milieu médical, il y a une nette séparation entre les soignant-es et les patient-es, une distance pouvant être renforcée par les rapports de pouvoir, ce qui favorise ainsi la déshumanisation.





UN CONSENTEMENT CONTINU ET RÉVOCABLE TROP SOUVENT IGNORÉ

80,95 %

des personnes interrogées **n'ont pas eu leur consentement toujours respecté** lors de l'une des situations suivantes :

Examen pour lequel le/la professionnel.le de santé n'a pas toujours respecté votre consentement :



10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question

3.1 Un consentement insuffisamment demandé de manière explicite

Le consentement ne peut être présumé existant du seul fait qu'un-e patient-e se présente en consultation, accepte d'être examiné-e ou ne formule pas d'opposition explicite. Il doit être recherché clairement avant chaque acte, et dans des conditions permettant à la personne d'accepter ou de refuser librement.



IMPORTANT

La Charte de la consultation en gynécologie et en obstétrique du CNGOF rappelle ainsi que « l'accord oral de la femme est recueilli avant tout examen clinique ».

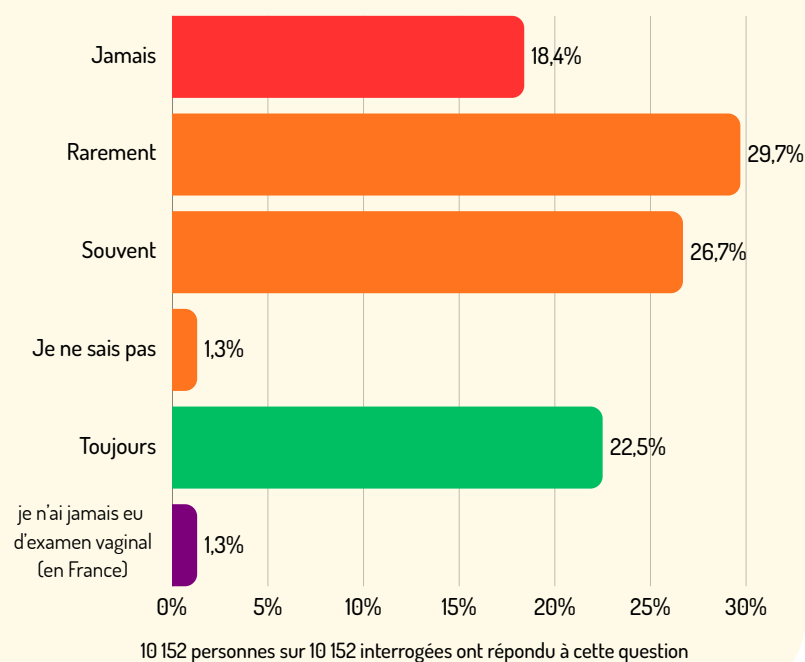
Cette exigence rejoint les recommandations formulées par le **CCNE dans son avis n° 142 [22]**. Le Comité souligne que, pour les examens gynécologiques ou touchant à l'intimité, le consentement ne doit plus être tacite ou présumé, mais explicite et différencié pour chacun d'eux. Il insiste également sur l'importance d'une information préalable permettant à la personne de comprendre pourquoi l'examen est proposé, en quoi il consiste concrètement, s'il peut provoquer de la gêne ou de la douleur, et s'il existe d'autres options.

[22] Comité consultatif national d'éthique (CCNE), Avis n° 142. Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité, 2023.

Cette exigence reste inégalement appliquée, y compris pour des actes particulièrement intimes comme l'examen vaginal, l'échographie endovaginale ou la palpation mammaire. C'est ce qu'indiquent les résultats de l'enquête.

3.1.1 Concernant l'examen vaginal

4.e Le/la professionnel·le de santé vous a-t-il/elle clairement demandé votre consentement (votre accord) avant chaque examen vaginal ?



Pour l'examen vaginal:

- seules 22,5 % des personnes interrogées déclarent que le/la professionnel·le de santé leur a "toujours" clairement demandé leur consentement avant chaque examen vaginal,
- à l'inverse, 29,7 % répondent que ce consentement n'a été que "rarement" demandé,
- et 18,4 % "jamais" demandé.



• « Étant professionnelle de la santé également, je savais ce qu'on allait me faire car je savais en quoi l'examen consistait mais on ne m'a jamais demandé clairement mon accord. »

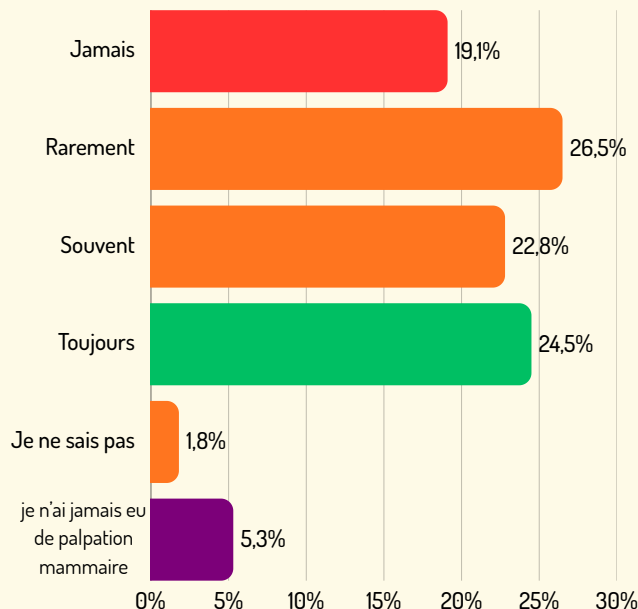
• « Je pense que le consentement est difficile à quantifier car je n'ai jamais eu l'impression qu'on me demandait mon accord, pas plus qu'on ne m'avertissait des examens qui allaient arriver. »

• « On ne m'a pas demandé mon consentement, je n'ai donc rien dit et j'ai trouvé ça très perturbant. »

• « Le consentement m'a toujours été demandé mais sans vraiment laisser la place à un oui (ou un non), je me suis toujours sentie obligée. »

3.1.2 Concernant la palpation mammaire

4.c Le/la professionnel·le de santé vous a-t-il/elle clairement demandé votre consentement (votre accord) avant chaque palpation mammaire ?



10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question

Concernant la palpation mammaire :

- 24,5 % des répondant·es indiquent que leur consentement est « toujours » clairement demandé,
- tandis que 22,8% indiquent “souvent” ;
- au contraire, 26,5 % répondent « rarement »
- et 19,1 % « jamais ».

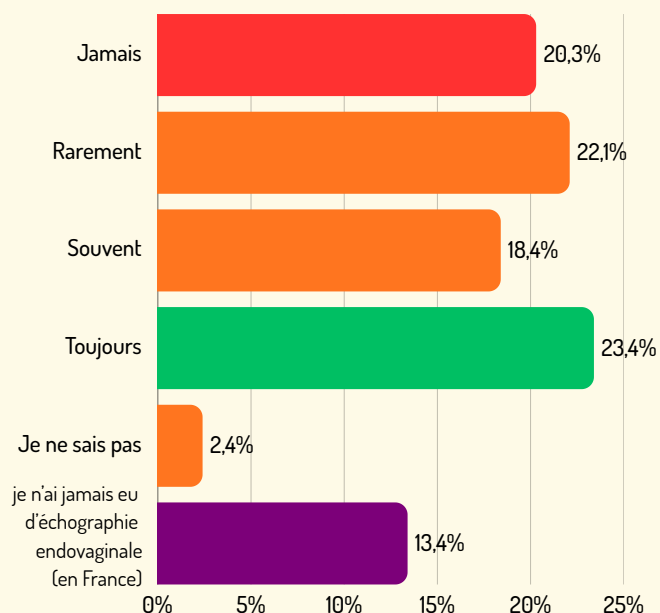


- « Je me suis sentie impuissante quand on m'a imposé une palpation mammaire. En tant que professionnel de santé, il représente pour moi “l'autorité médicale” [...] J'étais choquée, un peu enragée de ne pas arriver à lui dire d'arrêter et si faible face à lui. »

Près d'une personne sur deux rapporte une demande de consentement absente ou peu fréquente, avant un examen vaginal ou une palpation mammaire. Ces examens peuvent pourtant être vécus comme intrusifs, lorsqu'ils sont réalisés sans accord clair, sans explication ou de manière routinière.

3.1.3 Concernant l'échographie endovaginale

4.d Le/la professionnel-le de santé vous a-t-il/elle clairement demandé votre consentement (votre accord) avant chaque échographie endovaginale ?



10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question

Avant chaque échographie endovaginale,

- 23,4 % des répondant-es déclarent que leur consentement est "toujours" clairement demandé,
- tandis que 18,4 % répondent "souvent",
- en revanche, 22,1 % indiquent que ce consentement n'est demandé que "rarement",
- et 20,3 % "jamais".

“

• « Dans le cas de l'échographie endovaginale, je l'ai vécue comme une agression sexuelle, surtout que je n'avais pas été informée du déroulé de l'examen et de l'introduction d'une sonde. Cela s'est donc fait assez brutalement, le médecin m'a écarté les jambes et introduit la sonde brusquement et sans la moindre explication. »

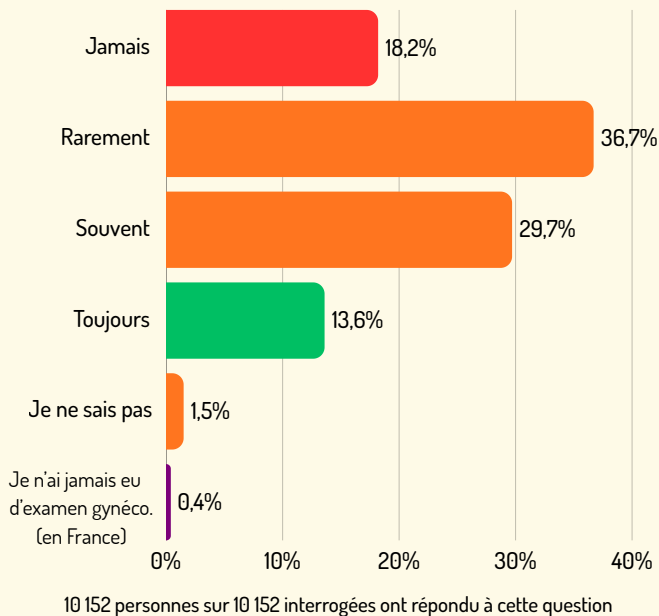
• La gynécologue m'a fait une échographie endovaginale par surprise. J'ai réagi en demandant : "Pour le reste de l'examen j'apprécierais que vous me demandiez et que vous m'expliquiez ce que vous faites." Elle a répondu avec un soupir d'agacement !

• « Effet de surprise et de soumission, notamment lors d'une échographie vaginale. On ne m'avait pas prévenue que l'imagerie serait interne, avec pénétration d'un objet. »

3.2 Le consentement à chaque étape : une exigence encore peu appliquée

Le consentement doit être réinterrogé à chaque étape de la consultation, en particulier lorsqu'un geste touchant à l'intimité des patient·es se poursuit voire devient visiblement douloureux. La révocabilité du consentement exige que la personne puisse demander l'arrêt de l'acte à tout moment, et que sa demande soit immédiatement respectée. Pourtant, il apparaît que cette exigence est loin d'être systématiquement appliquée.

4.g Le/la professionnel·le de santé vous a-t-il/elle clairement demandé votre consentement à chaque étape de l'examen avant de le poursuivre ?



- Seules 13,6 % des personnes interrogées déclarent que le/la professionnel·le de santé demande « toujours » leur consentement à chaque étape de l'examen avant de le poursuivre,
- et 29,7 % répondent « souvent ».
- À l'inverse, 36,7 % indiquent que cela n'arrive que « rarement »,
- et 18,2 % « jamais ».

Ainsi, près d'une personne sur deux mentionne le consentement révocable comme n'étant jamais, ou rarement, intégré dans la pratique gynécologique. Le caractère médical d'un geste ne dispense jamais de demander explicitement l'accord de la personne, dûment informée, de manière systématique, préalable à chaque geste et renouvelé, si nécessaire, les examens concernés impliquant directement le corps, voire une pénétration du corps. La/le patient·e peut ainsi comprendre l'acte proposé, l'accepter, le refuser ou demander son interruption.



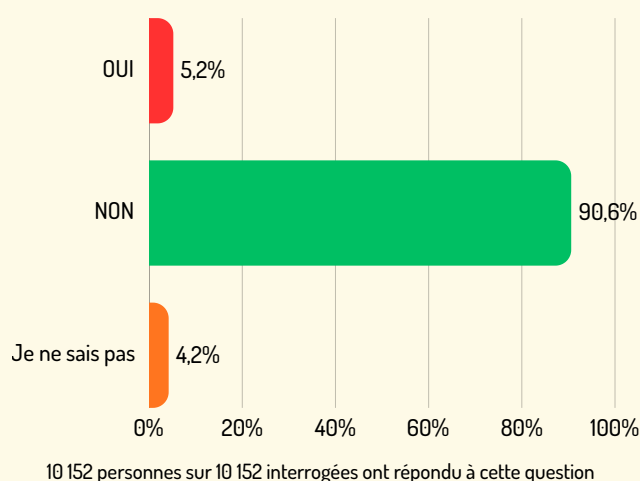
• « J'ai demandé à arrêter mais la gynécologue n'a pas voulu. »

- « Je n'ai pas accepté mais on ne m'a pas laissé la place de le verbaliser. J'ai pleuré et l'interne a continué. »
- « C'est pendant l'examen que j'ai voulu cesser. Il y avait abus, je me suis sentie abusée. »
- « C'était plus sur la durée de l'examen, la personne cherchait mon stérilet sur l'échographie et ça a duré trop longtemps pour moi mais je n'ai pas réussi à demander d'arrêter. »

• « J'ai demandé à ce qu'il arrête [...] et il a repris de plus belle en forçant. »

3.3 Des documents écrits attestant du consentement aux examens contraires à l'exigence de la loi Kouchner

4.s Un-e professionnel-le de santé vous a-t-il/elle déjà demandé de signer, avant la consultation, un document écrit attestant votre consentement aux différents examens gynécologiques ?



5,2% des personnes attestent qu'on leur a demandé de signer un document écrit avant la consultation attestant de leur consentement aux différents examens gynécologiques.

Or, un accord écrit donné en amont ne saurait valoir consentement automatique à tous les gestes réalisés ensuite. Tout consentement doit pouvoir être en effet **révocable**. Cette pratique met une pression sur les patient-es qui imaginent que leur signature ne leur donne plus le droit de retirer leur consentement au cours de la consultation.

StopVOG considère que cette pratique est contraire au principe d'un consentement libre, éclairé et révocable consacré par la loi Kouchner.

Pour les enquêté-es, la question centrale est de créer les conditions nécessaires à un choix éclairé : comprendre l'acte, pouvoir poser des questions, disposer d'alternatives et pouvoir dire non sans pression.

La/le soignant-e qui ne redemande pas le consentement au cours de l'examen, empêche parfois la/le patient-e de s'exprimer.



VOUS AVEZ PRIS RDV AVEC UN GYNÉCOLOGUE

L'EXAMEN CLINIQUE COMPLET COMPREND :

- ☒ La palpation des seins
- ☒ La pose d'un speculum vaginal pour le frottis
- ☒ Un toucher vaginal
- ☒ Éventuellement une échographie avec une sonde vaginale
- ☒ Dans certaines pathologies (cancer pelvien, endométriose) un toucher rectal peut aussi être effectué

En cas de désaccord, merci de le signaler au secrétariat AVANT la consultation qui sera possiblement annulée

Par ailleurs, la consultation gynécologique est un acte médical, la prise de photos et/ou vidéos n'est pas autorisée

Note d'informations validée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

Voici un exemple de "preuve de consentement écrit" dénoncé en 2023 sur les réseaux sociaux, qui avait été ensuite relayé par StopVOG. Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins d'Indre et Loire avait validé ce document alors même qu'il est contraire à la loi Kouchner de 2002 imposant un consentement **continu et révocable**.

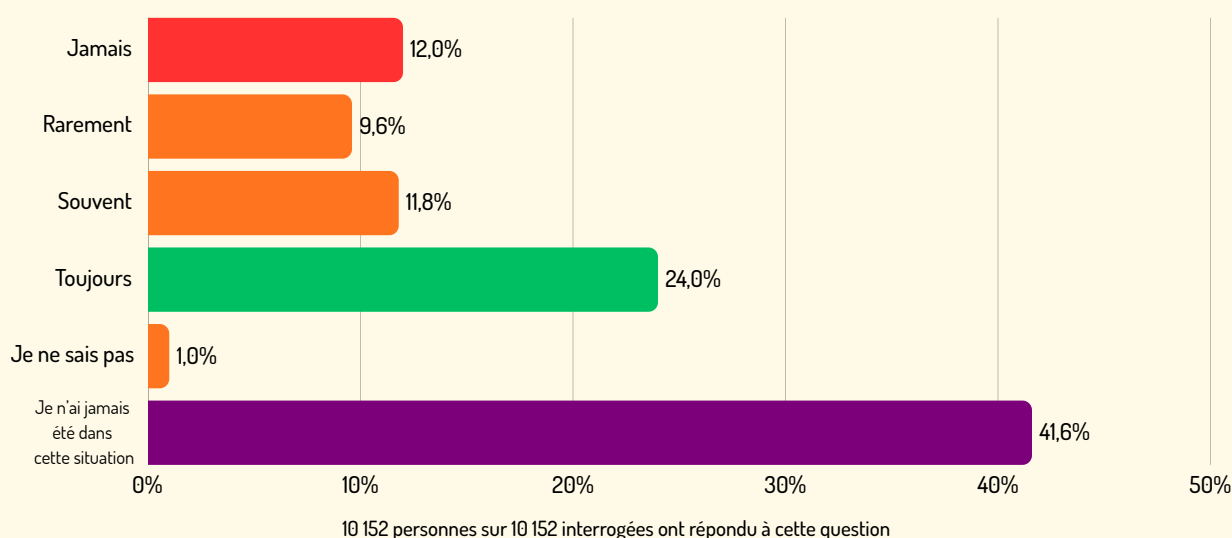
Ce document prévient également que, "en cas de désaccord (...) la consultation sera possiblement annulée." Ce qui met une pression supplémentaire sur les patient-es en attente de soins. L'Ordre national des médecins s'était, à l'époque, excusé via un communiqué de presse[23].

[23] 2023, Conseil national de l'Ordre des médecins, Consentement du patient : un droit fondamental, communiqué, 2 juin 2023. Disponible en ligne : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/consentement-patient>

3.4 La présence de tiers : le recueil de consentement souvent oublié

Le consentement des patient-es doit également être recueilli lorsque la consultation, ou l'examen, se déroule en présence d'une autre personne, qu'il s'agisse d'un-e étudiant-e, d'un-e interne, d'un-e autre professionnel-le de santé ou d'un membre de l'entourage. La présence d'un tiers pendant un examen intime modifie profondément les conditions de la consultation : elle peut renforcer le sentiment d'exposition, de vulnérabilité ou d'humiliation, en particulier lorsque la/le patient-e est dévêtu-e, en position gynécologique, ou qu'elle/il souffre.

4.h Le/la professionnel-le de santé vous a-t-il/elle clairement demandé votre consentement (votre accord) à la présence d'une autre personne (du milieu médical) lors de votre consultation, de votre examen ?



Près de 60 % des personnes interrogées ont déjà été concernées par la présence d'une autre personne du milieu médical lors d'une consultation ou d'un examen. Parmi ces personnes, moins de la moitié déclarent que leur consentement a « toujours » été clairement demandé. À l'inverse, 9,6 % répondent « rarement » et 12 % « jamais ».

« À l'âge de 17 ans, j'ai dû aller à l'hôpital car mes lèvres avaient énormément gonflé après un rapport sexuel. La gynécologue en charge du service a fait rentrer 3 hommes étudiants pour regarder la consultation. Je lui ai demandé si c'était obligatoire car ça me mettait vraiment mal à l'aise. Elle m'a dit que oui. »

- « Il y a une quinzaine d'années, une gynéco s'est fait assister par un étudiant sans me prévenir ni me demander mon consentement, pour faire le frottis. Il s'y est mal pris et m'a fait mal. »
- « Une fois c'est l'étudiante présente qui m'a fait l'examen pour "qu'elle s'entraîne" j'étais déjà nue et prête pour, sans qu'on me demande quoi que ce soit, c'était très humiliant. »

La présence d'un tiers dans le cadre d'un soin gynécologique reste encore trop souvent banalisée, alors qu'elle doit faire l'objet d'un accord explicite et préalable du/de la patient-e. C'est d'autant plus important, lorsqu'il s'agit de consentir à la présence d'étudiant-es, dans le cadre de leur formation. Assister à une consultation, sans observer le tuteur ou la tutrice recueillir le consentement peut amener ces soignant-es en devenir à observer, reproduire ou banaliser certaines pratiques de domination à l'égard des patient-es, au détriment des droits de ces dernier-ères.

Les témoignages expriment le malaise provoqué par ces présences imposées, rendant difficile un refus, du fait de la situation de vulnérabilité inhérente à la relation de soin, aggravée par la nudité partielle ou entière et/ou à la position gynécologique.



- **« Je l'ai très mal vécu, j'ai servi de cobaye à des étudiants. »**

- « Trahie, manipulée, humiliée. Un homme gynéco m'a demandé sur le moment si j'acceptais d'être traitée devant un parterre d'étudiant-es masqué-es. Je n'ai pas osé refuser. J'étais déjà diminuée par ma tenue — chasuble et charlotte d'hôpital — et je n'ai pas eu une minute de réflexion. Trente ans plus tard, je me souviens encore de cette humiliation. »

- **« J'ai été mal à l'aise [...] devant 3 soignants hommes. »**

- « J'ai subi ma première insémination dans une clinique. J'étais terrorisée face à l'inconnu, nue sur la table gynécologique. La gynécologue a débarqué dans la salle accompagnée d'une dizaine d'étudiants sans m'avoir prévenue. Je me suis sentie agressée et humiliée. »

À l'inverse, certain-es répondant-es rapportent s'être vu refuser la présence d'une personne de confiance, alors même que cette présence constitue un droit et aurait pu les aider à se sentir plus en sécurité.



- **« Le plus dur est quand le conjoint est interdit en salle d'examen. »**



Repère — Recommandations de bonnes pratiques médicales françaises

La Charte[24] de la consultation en gynécologie et en obstétrique du CNGOF rappelle que la présence d'un tiers soignant lors d'une consultation ou d'un examen est soumise au consentement de la patiente. Tout geste médical ou examen clinique pratiqué par un-e étudiant-e doit également être subordonné à l'accord de la personne soignée.

[24] 2022, Conseil national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), Charte de la consultation en gynécologie et en obstétrique, décembre 2022



“À l’hôpital ou en cabinet de ville, pour former les soignants de demain, un étudiant est susceptible d’assister à la consultation ; la présence d’un tiers, soignant, est soumise au consentement de la femme. Tout geste médical ou examen clinique éventuel pratiqué par l’étudiant est également subordonné à l’accord de la personne examinée.”

Les recommandations relatives à l’examen pelvien[25] rappellent également que l’examen d’une personne dans le cadre d’un enseignement clinique requiert son consentement préalable, conformément à l’article L.1111-4 du Code de la santé publique.

“Concernant les professionnels en formation, le Code de la santé publique indique (Article L. 1111-4) que l’examen d’une personne malade dans le cadre d’un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être, au préalable, informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.”

Le caractère médical d’un accompagnement ne dispense jamais de demander explicitement l’accord de la personne, dûment informée, de manière systématique, préalable à chaque geste réalisé par un tiers. De même que la présence d’une personne de confiance demandée peut apaiser et rassurer la personne soignée et ne saurait être refusée sauf raison impérieuse.

3.5 Quand l’absence de consentement rend le soin contre-productif

Obtenir le consentement d’une-e patient-e constitue une exigence éthique et juridique, et conditionne aussi le déroulement même du soin.

Lorsque la personne n’est pas informée ni prête, qu’elle est surprise ou mise sous pression, son corps peut se contracter ou se fermer, rendant l’examen plus douloureux, plus difficile, voire impossible.



- **« Plus de difficulté à me relâcher, donc plus douloureux. »**
- « C’est une surprise désagréable qui augmente les douleurs lors de l’insertion. »
- « Pour un frottis j’étais très serrée. Le spéculum ne rentrait pas. Je lui ai expliqué que je n’avais pas eu de pénétration vaginale depuis plusieurs années. La praticienne ne m’a pas proposé d’arrêter. Je me suis contractée encore plus. Elle a clairement forcé le passage. Après l’examen, j’avais du sang dans mon slip et ma paroi vaginale m’a brûlé plusieurs jours. Je me suis dit qu’elle faisait son travail. Elle a pensé à ma santé... mais c’était violent pour moi. »

[25] 2023, Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), Examen pelvien en gynécologie et obstétrique : recommandations pour la pratique clinique, page 4



- « J'ai eu mal : stress et rigidité de tout mon corps, contractions empêchant l'examen (insertion du spéculum). »
- « Ce n'est pas agréable, voire douloureux. C'est fait mécaniquement sans aucune empathie, mis à part le fameux "détendez vous, ça fait mal parce que vous êtes crispée". »

Le consentement n'est pas extérieur au soin : il en est une condition concrète. Respecter le rythme de la personne, l'informer et attendre son accord permet non seulement de respecter ses droits, mais aussi de rendre l'examen plus sûr et plus facile.

3.6 Des choix pas toujours respectés

Les choix des patient·es en matière de contraception, de dépistage, de stérilisation, de médicalisation ou de moindre médicalisation du parcours de soins, doivent également être respectés. Or, les répondant·es affirment que ces choix ont été souvent disqualifiés, contournés, ou refusés par les professionnel·les de santé. Cela peut aller d'un refus d'accès à une stérilisation, malgré une demande répétée, à une critique des méthodes contraceptives souhaitées, en passant par une injonction à la contraception hormonale, sans oublier les informations incomplètes ou erronées sur certaines options. Nous constatons également des jugements moraux sur les choix reproductifs et sexuels. Dans ces situations, la parole médicale tend à primer sur les préférences, les valeurs et les choix exprimés par les personnes concernées.

Par conséquent, plusieurs répondant·es décrivent un sentiment d'infantilisation ou de dépossession de leur capacité à décider, pour elles/eux-mêmes, de leur contraception, comme si leur choix devait être validé, corrigé ou autorisé par la/le professionnel·le de santé.



- **« Âgée de 29 ans, je venais d'accoucher de mon 2ème enfant. Certaine de ne plus vouloir d'enfant, j'ai demandé une ligature des trompes à ma gynécologue. Elle a refusé en me disant que cette opération se faisait uniquement après 40 ans. Qu'on ne sait pas ce que la vie réserve [...] et que je pourrais avoir envie d'avoir d'autres enfants plus tard. Je ne me suis pas sentie entendue dans mon choix. »**
- « J'ai demandé une stérilisation auprès de différents gynécologues [...] à chaque fois cela m'a été refusé, avec différents arguments : j'étais trop jeune pour être sûre de mon choix [...] je risquais de le regretter. »
- « C'est vu négativement de ne pas vouloir de contraception hormonale par de nombreux soignant·e·s. Comme si, du coup, on cherchait à être dans des situations difficiles. »
- « "Le préservatif : non mais, vous ne pouvez pas continuer comme ça, votre mari va vous quitter, il a besoin de pouvoir vous prendre librement." Ce sont ses mots qui résonnent encore souvent dans ma tête. »

3.7 Défaut de consentement, violences et entrave lors du parcours d'IVG

Ressortent de l'enquête des jugements sur le choix de recourir à l'IVG, des propos infantilisants, paternalistes, jusqu'à de l'entrave à l'IVG, alors que c'est contraire à la loi. Des examens punitifs sont faits dans la douleur. Ces témoignages décrivent des abus de pouvoir de la part de certain-es professionnel·les de santé, envers des personnes en situation de grande vulnérabilité car demandeuses d'interventions médicales rapides.

Des propos déplacés jugeants :



- « On m'a traitée de « fille légère » car je faisais une échographie dans le but de recourir à l'IVG à 25 ans. »
- « Vous changerez d'avis. Il faudrait apprendre à fermer les cuisses. »

Des propos infantilisants, paternalistes, blessants :



- « Au retour de l'intervention [IVG], j'avais beaucoup de douleurs et on m'a dit qu'il allait falloir apprendre à "supporter un peu", "maintenant que t'es une grande !" » [la personne avait à ce moment-là 19 ans]
- « Le gynécologue m'a dit que je regretterais de ne pas mener ma grossesse à terme. Pendant l'entretien préalable à l'avortement, le gynéco ne s'est adressé qu'à mon compagnon de l'époque. J'étais un incubateur qui DEVAIT être heureuse d'être enceinte. (Je n'ai jamais voulu d'enfant). »
- « J'avais 18 ans - examen un peu punitif (sans égards et sans consentement) avec des propos paternalistes punitifs (je n'avais pas d'autre choix que de passer par lui, au vu des délais, et il le savait bien) - donc abus de pouvoir devant une situation de détresse. »

Refus d'effectuer l'IVG sans orientation vers un·e autre professionnel·le :



- « Enceinte sous stérilet. Un vieux au planning a refusé de m'orienter et me renseigner pour une IVG. J'ai dû remonter à Lille en catastrophe pour voir ma super toubib. »
- « Elle m'a dit que c'était idiot de ne pas faire d'enfant, alors elle n'allait pas aider à "tuer un futur enfant". Elle a refusé l'IVG alors qu'une grossesse avait des risques pour ma santé, parce que "c'est le devoir d'une femme". »

Certains témoignages font état d'examens punitifs dans le cadre d'une demande d'IVG :

“

- « Suite à mon IVG, j'ai dû faire une écho de contrôle. Le gynéco m'a enfoncé l'appareil dans le vagin méchamment, a mis son coude pour m'écartier les cuisses, m'a dit que c'était comme ça quand on ne faisait pas attention. »
- « J'ai subi un avortement à 18 ans sans anesthésie. Après m'avoir obligée à écouter le cœur du fœtus et m'avoir fait rencontrer un psy. Lorsque j'ai revu la gynéco, j'étais choquée, elle m'a rabrouée et culpabilisée : "J'espère que ça vous servira de leçon et que vous ne recommencerez pas". »
- « J'avais 17 ans , j'ai eu une rétention utérine après une IVG, on a dû me reprendre au bloc pour un curetage, on m'a bien fait comprendre que ça m'apprendrait à avorter. »
- « Une femme gynécologue a voulu m'empêcher d'avorter au nom de sa foi et de ses croyances. Alors que j'étais victime d'un viol et que je n'avais jamais eu d'examen gynéco, elle a violemment introduit le spéculum sans me prévenir. J'ai hurlé de douleur, elle m'a dit que c'était bien fait pour moi. J'ai passé des années sans avoir de suivi gynéco. »

Le non-respect du consentement traverse l'ensemble du parcours gynécologique. Il est trop souvent présumé, insuffisamment demandé, rarement réinterrogé au cours des soins, parfois contourné par de multiples stratagèmes. Les choix exprimés par les patient-es ne sont pas toujours respectés, comme ici leur choix de recourir à l'IVG. Un acte touchant à l'intimité des patient-es réalisé sans leur accord clair, en provoquant leur douleur ou sans la soulager, dans le but de punir la/le patient-e, dans un contexte de contrainte, ne peut être justifié en avançant le simple défaut de communication, ou une maladresse relationnelle.

C'est dans ce continuum que doivent être analysées les situations les plus graves rapportées dans l'enquête, notamment celles pouvant relever de violences sexuelles dans le cadre du soin gynécologique (liste non-exhaustive, volontairement limitée).

3.8 Violences sexuelles dans le cadre du soin gynécologique : objectiver un impensé

Les résultats de l'enquête documentent plusieurs formes d'atteintes au consentement dans le cadre d'actes médicaux en gynécologie : **des examens gynécologiques réalisés sans le consentement libre, éclairé et révocable et/ou par contrainte, sous pression ou chantage, avec violence, par surprise, qui peuvent être qualifiés de violences sexuelles.**

La question des violences sexuelles, dans le cadre des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité, a déjà été identifiée comme un enjeu majeur dans le débat éthique national.

Dans son **avis n°142**, le **CCNE** rappelle que sa réflexion intervient notamment dans un contexte de plaintes et d'accusations de viol portées contre des médecins par plusieurs patient-es, celles-ci considérant avoir subi des examens vaginaux ou rectaux réalisés de manière brutale et sans recueil préalable de leur consentement. Cette reconnaissance institutionnelle confirme que les actes intimes, réalisés dans un cadre médical, ne peuvent être pensés en dehors de la question du consentement libre, éclairé, explicite, préalable et révocable.



Repère méthodologique — Construction d'un indicateur à périmètre restreint et non exhaustif

Dans le cadre de cette enquête, l'indicateur retenu ne prétend pas couvrir l'ensemble des violences sexuelles en contexte gynécologique.

- Il se concentre sur des situations de violences sexuelles avec contact corporel intime pouvant relever, selon les circonstances, du viol ou de l'agression sexuelle : actes de pénétration, touchers vaginaux ou rectaux, échographies endovaginales, poses de spéculum, gestes déplacés sur les parties intimes, actes réalisés en l'absence d'un consentement libre, éclairé, spécifique, préalable et révocable, notamment par violence, contrainte, menace ou surprise, malgré un refus, acceptés sous contrainte ou sentiment d'obligation, ou poursuivis malgré la douleur ou la volonté d'arrêter.
- Il repose sur un périmètre volontairement restreint, et clairement défini pour permettre un calcul statistique lisible, homogène et vérifiable. Certaines situations déclarées dans l'enquête n'y sont pas intégrées, sans que cela signifie qu'elles seraient moins graves, moins légitimes ou exclues du champ des violences sexuelles, y compris de l'agression sexuelle ou du viol. Le fait qu'une situation ne soit pas incluse dans cet indicateur ne préjuge donc ni de sa gravité ni de son vécu par la personne concernée, ni de son éventuelle qualification juridique. Le défaut d'information, bien qu'essentiel dans l'analyse du consentement éclairé, n'a pas été retenu comme variable autonome dans cet indicateur afin de ne pas élargir excessivement le périmètre statistique retenu.

Sans qualifier au sens juridique chaque situation individuelle, cet indicateur permet de mettre en évidence des situations dans lesquelles des actes gynécologiques réalisés dans le cadre du soin peuvent présenter des éléments entrant dans la définition pénale du viol ou de l'agression sexuelle, notamment lorsqu'ils sont réalisés par surprise, sous contrainte, malgré un refus, ou poursuivis malgré la douleur ou la volonté d'arrêter.



Repère méthodologique — Périmètre de l'indicateur (suite)

L'indicateur retient les réponses suivantes :

Examen réalisé malgré un refus

Sont retenues les réponses positives à la question 4.k : examen vaginal, échographie endovaginale ou toucher rectal réalisé malgré un refus.

Examen réalisé sans prévenir, “comme par surprise”

Sont retenues les trois premières modalités positives de la question 4.n lorsqu'un examen a été réalisé sans prévenir ou par surprise : palpation mammaire, examen vaginal, échographie endovaginale ou toucher rectal.

Examen poursuivi malgré la douleur ou la volonté d'arrêter

Sont retenues, pour la question 4.o, les réponses concernant les actes suivants : toucher vaginal, pose du spéculum, frottis, prélèvement vaginal, palpation mammaire, échographie endovaginale et toucher rectal.

Mouvements de va-et-vient dans le vagin

Sont retenues les réponses positives à la question 6.m lorsqu'elles concernent des mouvements de va-et-vient réalisés avec un spéculum, une sonde, un ou plusieurs doigts, ou autre chose.

Geste déplacé sur vos parties intimes

(vulve, clitoris, fesses, seins, intérieur des cuisses, bouche)

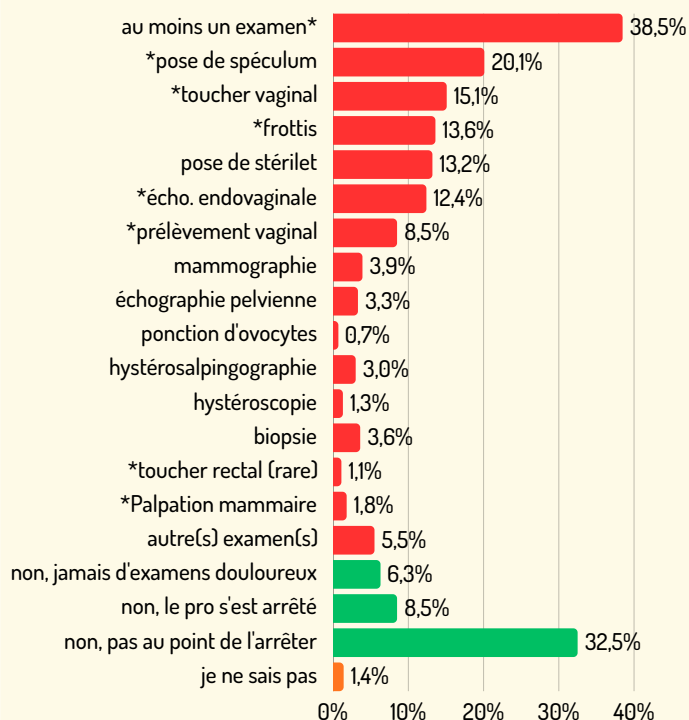
Examen accepté sous contrainte ou sentiment d'obligation

Sont ajoutées les réponses positives à la question 4.l : « Vous êtes-vous senti-e obligé-e d'accepter un examen que vous ne vouliez pas ? », en retenant les trois premières réponses positives.

56,3 %

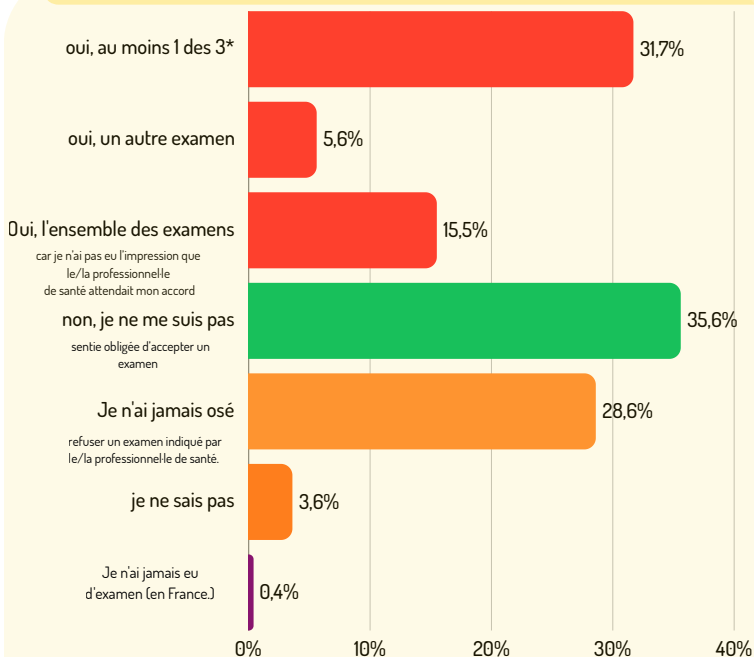
des personnes ont fait part **d'au moins une atteinte grave pouvant s'apparenter à des violences sexuelles** lors de leur parcours de soins gynécologiques. (Cf les six graphiques suivants)

4.o Le/la professionnel-le de santé a-t-il déjà poursuivi un examen visiblement trop douloureux pour vous et que vous vouliez qu'il/elle arrête ?



10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question

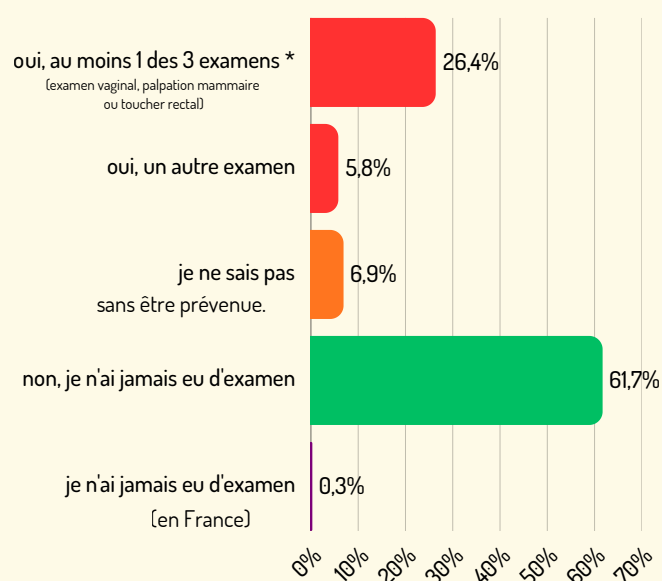
4.l Vous êtes vous déjà sentie obligée d'accepter un examen que vous ne vouliez pas ?



10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question

* (examen vaginal, palpation mammaire ou toucher rectal)

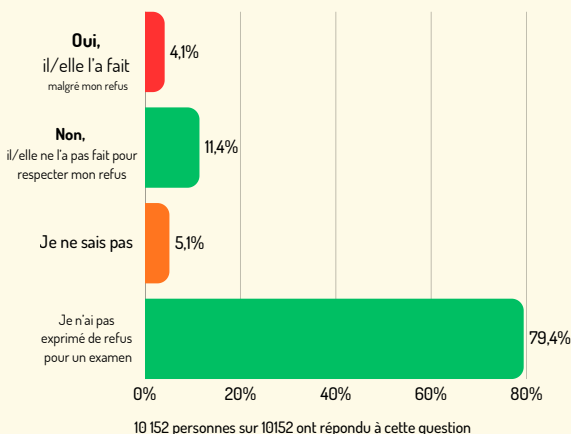
4.n Le/la professionnel-le de santé a-t-il/elle déjà effectué un examen sans vous prévenir, comme par surprise ?



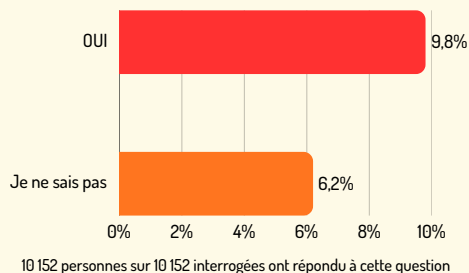
10 152 personnes sur 10 152 ont répondu à cette question

* (examen vaginal, palpation mammaire ou toucher rectal)

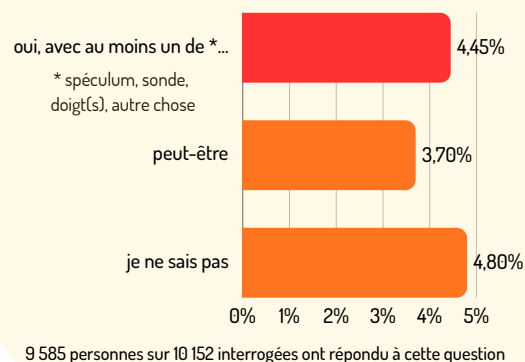
4.k Malgré votre refus, le/la professionnel-le de santé a-t-il/elle tout de même procédé à un examen vaginal, à une échographie endovaginale ou à un toucher rectal (rarement indiqué) ?



6.k Un/une professionnel-le de santé s'est-il/elle déjà permis un geste déplacé sur vos parties intimes (vulve, clitoris, fesses, seins, intérieur des cuisses, bouche) ?



6.m Le/la professionnel-le de santé s'est-il/elle déjà permis d'effectuer des va et vient dans votre vagin ? (en % des personnes concernées)



Repère juridique

Depuis la loi n° 2025-1057 du 6 novembre 2025, le Code pénal précise que les violences sexuelles dont le viol sont caractérisées, s'il n'y a pas eu de consentement **libre, éclairé, spécifique, préalable et révoquant** qui ne peut être déduit du silence, de l'absence de réaction ou de la sidération de la victime.

L'article 222-23 du Code pénal définit le viol comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital ou bucco-anal commis par violence, contrainte, menace ou surprise ». L'ajout récent de l'acte bucco-anal confirme l'inclusion des actes impliquant la zone anale dans le champ du viol, et conforte l'analyse selon laquelle les pénétrations anales, notamment les touchers rectaux réalisés dans de telles conditions, peuvent relever de la formule générale « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit ».

Cette clarification législative vient renforcer et expliciter l'exigence de consentement. Les actes de pénétration sexuelle effectués par violence, contrainte, menace ou surprise étaient déjà susceptibles de relever de la qualification pénale du viol.



L'ajout d'une définition explicite du consentement rappelle qu'un acte intime, dont les actes gynécologiques impliquant une pénétration dans un organe sexuel peuvent relever de la qualification de viol dès lors qu'ils sont réalisés sans le consentement libre, éclairé, spécifique, préalable et révoquant de la personne soignée. Le consentement n'est jamais implicite au simple fait d'être présent-e dans un cabinet gynécologique ou dans tout autre lieu de soin.

Les situations retenues pour l'indicateur relèvent de plusieurs modalités d'atteinte au consentement : **surprise** lorsque l'acte est réalisé sans prévenir ; **contrainte physique ou morale** lorsqu'il est accepté sous pression, sentiment d'obligation ou dépendance à l'accès au soin ; **violence** lorsque l'acte est douloureux, forcé et/ou poursuivi malgré la volonté d'arrêter ; **menace** lorsque l'accord est obtenu sous la pression d'une conséquence redoutée.

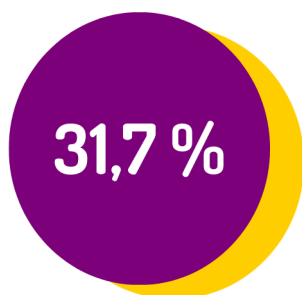
L'existence d'un risque médical ne dispense jamais de rechercher le consentement libre et éclairé de la personne, sauf situation d'urgence ou impossibilité de recueillir sa volonté. Le risque doit être expliqué, contextualisé et proportionné à la situation clinique afin que la/le patient-e puisse réellement prendre part à la décision.

“L'intention sexuelle” ne constitue pas une condition autonome de la qualification pénale.

La loi pénale est d'interprétation stricte. “L'intention sexuelle” ne constitue pas une condition autonome de la caractérisation du viol. La loi pénale vise un acte de pénétration sexuelle, **c'est à dire dans un organe sexuel ou par un organe sexuel**, de quelque nature qu'il soit, commis par violence, contrainte, menace ou surprise ; elle n'exige pas la démonstration d'un mobile sexuel ou d'une intention sexuelle subjective de l'auteur. Une telle intention peut, le cas échéant, constituer un indice contextuel ou un élément corroborant au sein d'un faisceau d'indices, mais elle n'est pas indispensable à la caractérisation de l'infraction.

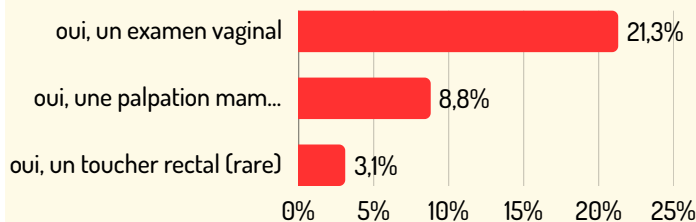
3.8.1 Des examens gynécologiques contraires à la loi, en dehors de toute déontologie médicale.

● 3.8.1.1 Des examens gynécologiques réalisés sous la contrainte



des personnes se sont **senties obligées d'accepter** au moins un des 3 examens proposés :

4.I Vous êtes vous déjà sentie obligée d'accepter un examen que vous ne vouliez pas ?



10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question

Plus de 30 % des personnes interrogées déclarent avoir accepté à contre-cœur un examen qu'elles ne souhaitent pas, dans un contexte de pression ou de sentiment d'obligation. Elles décrivent la manière dont elles vivent cette contrainte, pouvant être une pression, un chantage, avec des mots très forts :

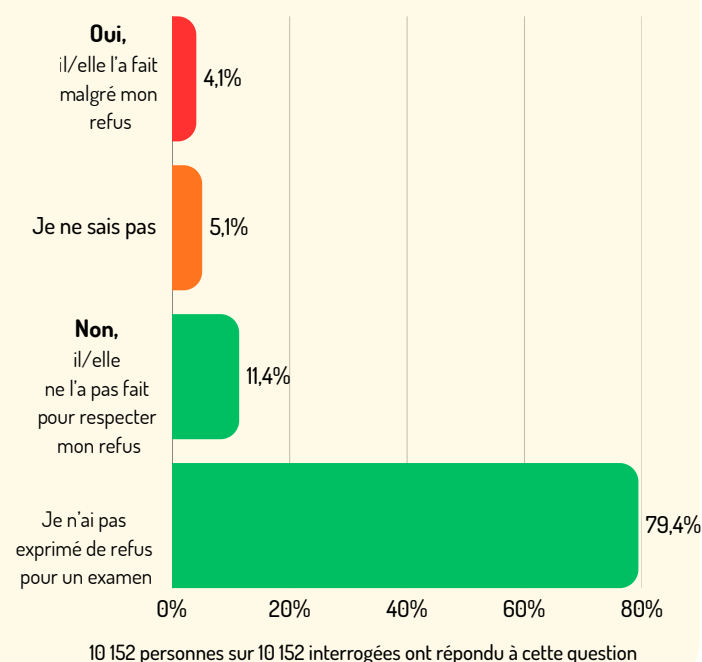
“

- « Je l'ai ressenti comme un viol. Dans un cas, le médecin et l'infirmier, deux hommes, ont fait pression pour que je l'accepte. »
- « Je l'ai vécu comme une prise de pouvoir, une soumission à un viol médical obligatoire. »
- « J'étais ok pour l'examen mais je voulais mettre le spéculum moi-même. Elle a dit non, ça m'a mise en état de choc et j'ai pas réagi verbalement à la suite de l'examen mais mes jambes se sont fermées en réflexe. Donc vécu comme un viol. Je suis rentrée en pleurs chez moi et je n'y ai jamais plus remis les pieds. »
- « Comme un viol, plusieurs fois les médecins m'ont fait du chantage pour obtenir l'ordonnance de ma pilule. »

● 3.8.1.2 Des examens gynécologiques réalisés malgré le refus

Le refus exprimé par les patient-es n'est pas toujours respecté :

4.k Malgré votre refus, le/la professionnel·le de santé a-t-il/elle tout de même procédé à un examen vaginal, à une échographie endovaginale ou à un toucher rectal (rarement indiqué) ?



Nous avons vu précédemment combien il est difficile en tant que patient·e de refuser un acte ou un examen médical, mais quand les patientes y arrivent, ce refus n'est malheureusement pas toujours respecté. Ainsi :

- 4,1 % des répondant-es déclarent qu'un·e professionnel·le de santé a tout de même procédé à un examen vaginal, une échographie endovaginale ou un toucher rectal malgré leur refus,
- 11,4 % indiquent au contraire que leur refus a été respecté.
- La majorité des répondant-es, 79,4 %, déclarent ne pas avoir exprimé de refus pour un examen.

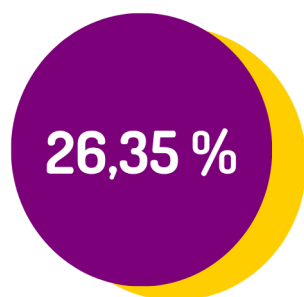
Des mots très forts sont utilisés dans les témoignages qui relatent un examen effectué malgré le refus de la/du patient-e :

“

- « Je l'ai vécu comme un viol, surtout quand j'avais refusé clairement en disant non, en pleurant, en secouant la tête et en serrant les jambes car je ne voulais pas de toucher vaginal et qu'il l'a fait quand même. »
- « Je l'ai vécu comme un viol. Ma gynécologue m'a dit que l'examen pouvait se faire à travers le ventre, mais la personne qui a fait l'échographie a insisté pour la faire par voie vaginale. J'ai dit non et stop plusieurs fois mais ça n'a pas été respecté. »
- « Douleur... perturbée, j'ai pleuré sur le chemin du retour, traumatisée lors de mon premier toucher vaginal, non annoncé et non consenti. Je lui ai dit d'arrêter qu'elle me faisait mal. Elle ne m'avait rien expliqué. Très froide et ne parlait pas. Elle a continué bien que je lui aie dit 3 fois d'arrêter (...). »

● 3.8.1.3 Examens réalisés par surprise

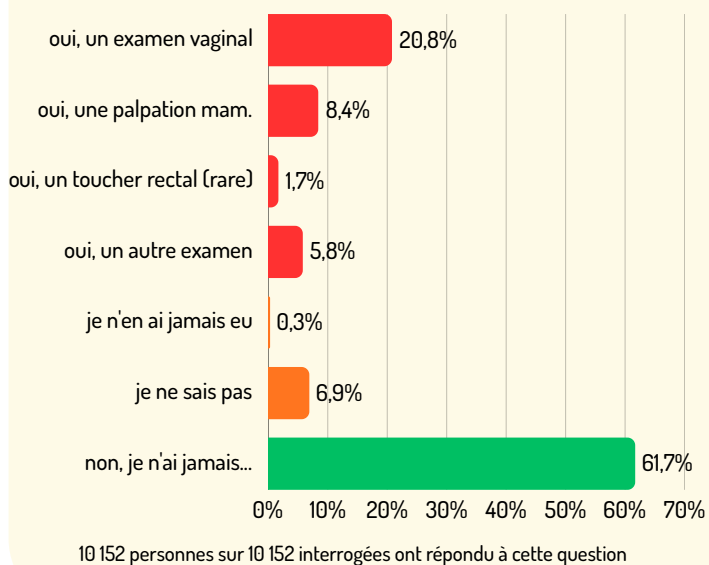
Les examens gynécologiques réalisés sans informer, sans prévenir, par surprise constituent une autre forme d'atteinte grave à l'intégrité physique.



des répondant-es ont subi au moins un des 3 premiers examens internes par surprise

- 20,8 % des répondant-es déclarent avoir déjà subi un examen vaginal ou une échographie endovaginale sans avoir été prévenu-es,
- 8,4 % une palpation mammaire,
- 1,7 % un toucher rectal
- et 5,8 % un autre examen

4.n Le/la professionnel-le de santé a-t-il/elle déjà effectué un examen sans vous prévenir, comme par surprise ?



Près d'une répondant-e sur 3 a subi au moins un examen par surprise. Il s'agissait soit d'un examen vaginal, soit d'une palpation mammaire, soit d'un toucher rectal.

“

- « Je l'ai mal vécu quand on m'a déjà inséré une sonde endovaginale d'un coup sec sans me demander si j'étais prête avant. Je l'ai vécu comme un viol. »
- « J'ai mal vécu une palpation des seins, par surprise, par un radiologue, suite à une mammographie effectuée par une technicienne. »



• « Elle m'a mis le spéculum sans me prévenir, sans lubrifiant et de manière violente. »

• « Je me suis sentie violée par un homme professionnel gynécologue lors d'un toucher vaginal pour savoir si j'étais enceinte. Il ne m'avait pas prévenue qu'il allait mettre ses doigts dans mon vagin. [...] ça nous a traumatisés tous les deux, mon compagnon et moi. »

• « Le médecin a inséré ses doigts dans mon vagin sans me prévenir au préalable de son geste. Je l'ai vécu comme un viol. Il a été très brutal et j'ai eu très mal. »

• « Honteuse. Humiliée. Violée. Moquée par le gynéco qui a ri quand je lui ai demandé d'attendre quelques secondes parce que je n'étais pas prête, il a ri de ma surprise quand il a tout de même violemment fourré le spéculum en moi et a continué de rire et se moquer avec un plaisir certain devant mes douleurs en continuant de tourner l'appareil en moi et me dire que je faisais du cinéma pour rien. »

• « J'ai vécu l'examen comme un viol, aucune information donnée, j'étais figée sur la table, en souffrance, je voulais disparaître. »

• Je suis allée voir un gynécologue à Paris quand j'avais environ 22 ans. À cette époque je souffrais de vaginisme et j'appréhendais donc énormément l'examen. La gynécologue a inséré le spéculum sans me prévenir, ce qui a déclenché une contraction énorme de mes muscles pelviens. J'avais très mal. J'ai demandé à la gynécologue de retirer le spéculum pour que je puisse essayer de détendre mes muscles et qu'elle puisse recommencer sans douleur. Elle ne m'a pas écouté et a continué à forcer l'introduction du spéculum. J'étais en larmes et dans une détresse immense. Elle a poursuivi l'examen comme si de rien n'était malgré mes larmes. (...) J'ai vécu cet examen comme un viol (c'en est d'ailleurs un) et dix ans après je suis encore traumatisée pour cet examen. Je n'ai d'ailleurs pas vu de gynéco pendant près de 10 ans après ce rdv.

• « La fois où on m'a fait une écho intra-vaginale pour la première fois sans me prévenir, je l'ai très clairement vécu — corporellement — comme un viol. J'ai mis longtemps à m'en remettre. »

Un examen gynécologique impliquant une pénétration vaginale ou anale, effectué par surprise et/ou sans consentement, peut relever de la définition pénale du viol.

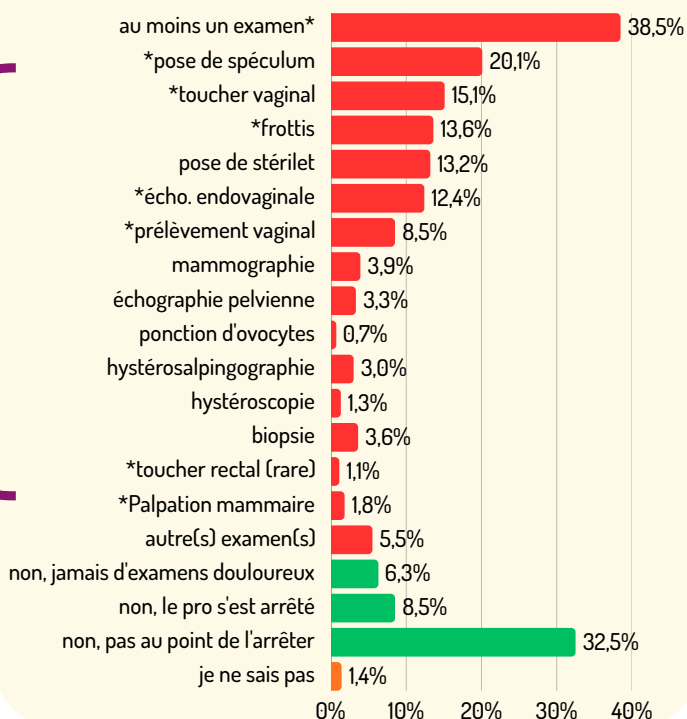
● 3.8.1.4 Des actes poursuivis malgré la douleur ou la volonté d'arrêter

La révocabilité du consentement implique qu'un acte puisse être interrompu à tout moment, lorsque la personne exprime une douleur, un refus, une volonté d'arrêter, ou lorsqu'elle n'est plus en capacité de consentir librement. Or, ceci est contredit par des récits partagés lors de l'enquête, racontant des actes gynécologiques parfois poursuivis malgré une douleur manifeste, ou malgré la volonté d'interruption exprimée par le/la patient·e. **Ils sont effectués avec violence.**

51,3 %

des répondant·es ont subi **au moins un examen trop douloureux, poursuivi malgré leur volonté d'arrêter**, parmi TOUS les examens proposés.

4.o Le/la professionnel·le de santé a-t-il déjà poursuivi un examen visiblement trop douloureux pour vous et que vous vouliez qu'il/elle arrête ?



10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question

1 personne sur 2 déclare avoir subi un examen trop douloureux qui a été poursuivi malgré sa volonté d'arrêter. Ce résultat illustre un manque de prise en compte, par certain·es professionnel·les de santé, de la douleur provoquée par des examens gynécologiques, ainsi que de la demande des patient·es à interrompre.

Les actes les plus fréquemment cités sont la pose du spéculum par 20,1 % des répondant·es, le toucher vaginal par 15,1 %, le frottis par 13,6 %, la pose de stérilet par 13,2 % et l'échographie endovaginale par 12,4 %.

Ces chiffres soulignent que la douleur, ou la volonté d'interrompre un acte, ne conduisent pas toujours les professionnel·les de santé à obtempérer, à l'interrompre immédiatement. Ces données interrogent directement le respect de l'intégrité corporelle des patient·es, en particulier lorsque leur douleur, la sidération ou l'autorité médicale les a empêché·es de verbaliser clairement un refus. Si les professionnel·les de santé poursuivent l'acte en cours, malgré les signaux donnés par les soigné·es (demandes, pleurs, sursauts, cris, ...), le vécu de ces dernier·ères en est altéré. Les enquêté·es emploient des termes très forts pour le décrire.

- « J'avais 14 ans. Elle m'a enfoncé un speculum. J'ai hurlé de douleur. Je me suis mise à pleurer, mais elle m'a dit d'arrêter de faire la douillette, que j'en verrais d'autres et que c'est parce que je ne me détends pas que ça me fait mal. »
- « J'ai refusé pendant la pose d'un stérilet car elle insistait pour que ça passe sans se soucier de ma douleur. [...] Depuis je ne fais plus d'examens gynécologiques malgré mon endométriose. »



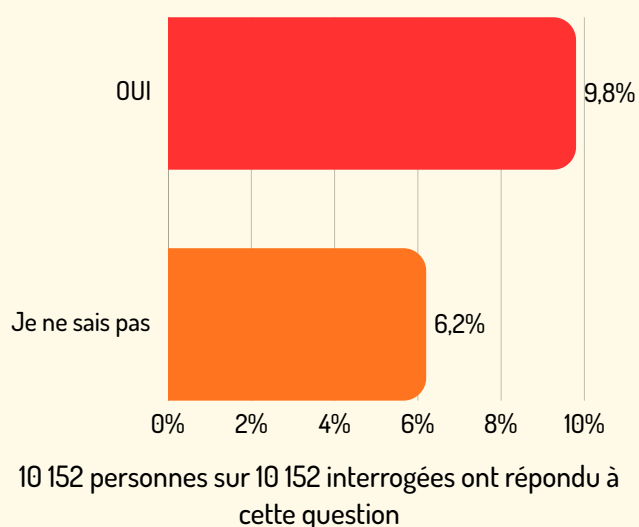
- « La médecin a poursuivi l'examen alors que je lui demandais d'arrêter et que je me tordais de douleur tout en criant. »
- « C'était un viol et quand je me suis mise à pleurer car je hurlais de douleur, elle a rigolé. »
- « C'était pour la pose d'un stérilet, j'étais mineure, le gynécologue de l'hôpital avait forcé, j'avais mal, je pleurais [...] J'ai demandé à ce qu'il arrête [...] et il a repris de plus belle en forçant. »
- « Elle a enfoncé la sonde sans demander si j'étais prête, m'a fait très mal. Elle m'a dit : « si vous simuliez moins vous auriez pas l'impression d'avoir mal comme ça », en levant les yeux en ciel et en continuant alors que je pleurais à cause de la douleur. »
- « Dans mon cas, c'est plutôt qu'au départ l'examen était normal mais lorsque j'ai exprimé très clairement les douleurs elle a malgré tout continué en me disant presque que c'était ma faute. »
- « La médecin a poursuivi l'examen alors que je lui demandais d'arrêter et que je me tordais de douleur tout en criant. »
- « Suite à un frottis elle me convoque pour une colposcopie. Son interne m'enfonce, sans prévenir et sans lubrifiant, le plus gros spéculum que j'aie jamais vu dans le vagin. Je hurle de douleur... Elle l'enlève pour en prendre un autre. Puis commence la colposcopie. Ça me brûle, elle ne voit rien. Me fait changer de salle à moitié habillée. Recommence, je pleure, elle me crie dessus, elles s'y sont mises à deux pour la colposcopie et le prélèvement. Je suis partie en larmes, lessivée. Manquant de tomber dans les pommes. J'étais complètement paniquée. Heureusement ma collègue a voulu que je lui en parle le lendemain et ça m'a détendue. Elle a posé des mots tels que viol et violence qui m'ont aidée à réaliser et à avancer. »

3.8.2 Des gestes hors de toutes pratiques médicales

● 3.8.2.1 Gestes déplacés sur les parties intimes

L'enquête documente également des situations dans lesquelles des répondant-es rapportent des gestes déplacés sur leurs parties intimes dans le cadre d'une consultation ou d'un acte de soin.

6.k Un/une professionnel·le de santé s'est il/elle déjà permis un geste déplacé sur vos parties intimes (vulve, clitoris, fesses, seins, intérieur des cuisses, bouche) ?



9,8 % des répondant·es déclarent avoir déjà vécu un ou plusieurs gestes déplacés sur des zones telles que les seins, la vulve, le clitoris, les fesses, l'intérieur des cuisses, l'anus ou la bouche.

Leurs récits détaillent ces gestes. Ils prennent des formes diverses, comme des palpations mammaires jugées anormalement longues ou sexualisées, des caresses sur les cuisses ou les fesses, des gestes non expliqués sur la vulve ou le clitoris. Des pénétrations digitales, des touchers rectaux ou vaginaux perçus comme non justifiés sont également décrits, ainsi que des contacts réalisés sans gants, des gestes réalisés sur des personnes mineures, ou encore, des gestes accompagnés de propos sexualisants ou humiliants.

Des violences sexuelles cachées derrière des justifications médicales

Ces gestes sont parfois présentés par la/le professionnelle de santé comme destinés à “détendre”, “aider” ou “faciliter” l'examen. Cependant, ils sont vécus comme intrusifs, sexualisés ou agressifs, par les répondant·es. Le problème relève du geste lui-même, mais aussi de l'absence d'explication, de son caractère non consenti, de sa répétition, ou de la confusion entre geste médical et contact à connotation sexuelle de la part du/de la soignant·e.



« Lors d'un prélèvement vaginal en laboratoire d'analyses, le biologiste a commencé par me caresser. Lorsque je lui ai demandé ce qu'il faisait, il m'a dit : “je vous détends” avant l'introduction du spéculum pour faire le prélèvement. »

- « Le gynécologue a touché volontairement mon clitoris avant de me faire un toucher vaginal. »
- « Lors d'un frottis, alors que je souffrais de vaginisme et que j'avais très mal, le praticien a poursuivi malgré ma douleur en mettant sa main à plat sur l'intérieur de ma cuisse comme pour me calmer. Ce que j'ai vécu comme une intrusion dans mon intimité car ce n'était plus un geste médical. »
- « Avant la pose de mon premier stérilet, la gynécologue m'a “massé” la vulve afin de “détendre la zone” en me regardant dans les yeux. »
- « Oui (j'ai vécu) un geste déplacé, en me faisant une endo vaginale, il a posé la sonde sur mon clitoris et a frotté tout en faisant comme si c'était une procédure normale.
- « Lors d'une hystérogrographie, le médecin qui m'a fait l'examen m'a touché le clitoris en nettoyant juste avant, alors que l'infirmière avait déjà nettoyé sans le toucher. »

Le cadre médical ne suffit pas à rendre légitime un geste, ou un commentaire sur le corps. Pour être un acte de soin, un geste doit être médicalement justifié, expliqué, compris, consenti et réalisé dans des conditions respectueuses de la dignité de la personne. Lorsqu'il est non expliqué, non consenti, prolongé, et/ou avec une connotation sexuelle, réalisé par surprise ou accompagné de propos déplacés, il peut relever d'une agression, d'un viol, même lorsqu'il est présenté par le professionnel comme faisant partie de l'examen.

“

« Le radiologue a “palpé” mes seins de manière “sensuelle” tout en souriant et en exprimant un certain plaisir, extrêmement malaisant. »

- « Le gynéco qui me pince les tétons après une palpation, comme si ça faisait partie de l'examen normal. J'étais debout et nue devant lui. J'avais 23 ans. »
- **« Un gynécologue ayant les doigts dans mon vagin m'a dit : “vous avez de jolis petits seins”. »**

Cependant, les patient-es peuvent avoir une difficulté à identifier immédiatement le caractère déplacé du geste. Plusieurs expliquent avoir douté, s'être demandé si le geste était “normal”, ou avoir compris seulement plus tard qu'il ne relevait pas d'un acte médical habituel. Cette incertitude est favorisée par l'asymétrie de pouvoir dans la relation de soins: le ou la professionnelle est perçu-e comme sachant-e, la patiente est le plus souvent dénudée, vulnérable, en position gynécologique, parfois douloureuse, sidérée, ou mineure.

“

- **« Ses gestes me semblaient maladroits, mais il faisait autorité sur moi, il était docteur, et tout s'était toujours bien passé. [...] Il a soudain attrapé mes deux seins simultanément en se tenant derrière moi, “pour comparer”, puis repris des gestes qui ressemblaient plus à des caresses qu'à un acte médical. [...] J'étais tétanisée. »**

- « Je ne savais pas si le geste était déplacé car il me faisait une intervention et je ne sais d'ailleurs pas si elle était justifiée. Il avait sa main sur mon sexe et le touchait d'une manière qui m'a mise mal à l'aise. »
- **« Je n'ai pas réalisé sur le moment qu'il n'y avait aucune pertinence à ce geste et je n'ai rien dit. Mais j'ai réalisé en sortant du cabinet et j'étais très en colère. »**
- **« J'ai eu des doutes et ressenti du malaise sans vraiment savoir pourquoi. »**

Des gestes déplacés commis par des soignant-es d'autres spécialités

Les enquêté-es ont tenu à nous partager des situations pour lesquelles ce sont des soignant-es, vu-es pour un motif autre que gynécologique, qui ont eu des gestes déplacés.

“

- « Un **médecin du travail** a exigé de palper mes seins en disant que, si je n'acceptais pas, je n'aurais pas ma fiche d'aptitude. »
- « J'ai vécu une agression sexuelle de la part d'un **ostéopathe**. Il m'a touché la poitrine sous mon soutien-gorge, a baissé ma culotte, me caressait le ventre en me posant des questions sur ma sexualité, puis lors d'une autre manipulation a rapproché de plus en plus ses doigts de l'entrée de mon vagin. J'ai réussi à lui dire stop. »
- « Un **kiné** que je consultais pour des douleurs musculaires est remonté très proche de mon sexe et m'a conseillé de me masser les parties intimes. J'ai mis deux séances à comprendre que c'était un malade. Je n'y suis plus jamais retournée. »

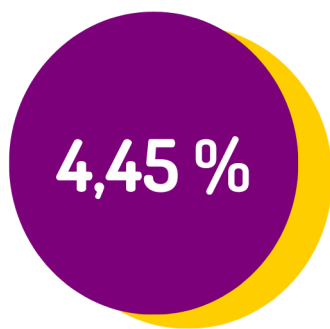
Certains récits décrivent des gestes explicitement à connotation sexuelle, des pénétrations digitales ou des contacts sur l'intimité des patient-es, sans justification médicale explicite. Pour certaines répondant-es, l'acte présenté comme médical a été vécu, réalisé a posteriori comme une agression sexuelle, ou un viol.

“

- « **Ce n'était pas un examen gynécologique, il m'a pénétrée digitalement et s'est frotté à moi. J'étais sidérée. Quand je me suis rhabillée, il a conclu par : “tu es bien bonne”. »**
- « Lors d'un examen de contrôle, mon médecin généraliste m'a clairement doigtée au lieu de procéder à un examen gynécologique normal. J'ai cessé de le consulter. »
- « Il a inséré deux doigts dans mon vagin sans mon consentement et par surprise. J'ai réalisé des années plus tard, en discutant avec des amies, que j'avais subi un viol. »

● 3.8.2.1 Des mouvements de va-et-vient dans le vagin

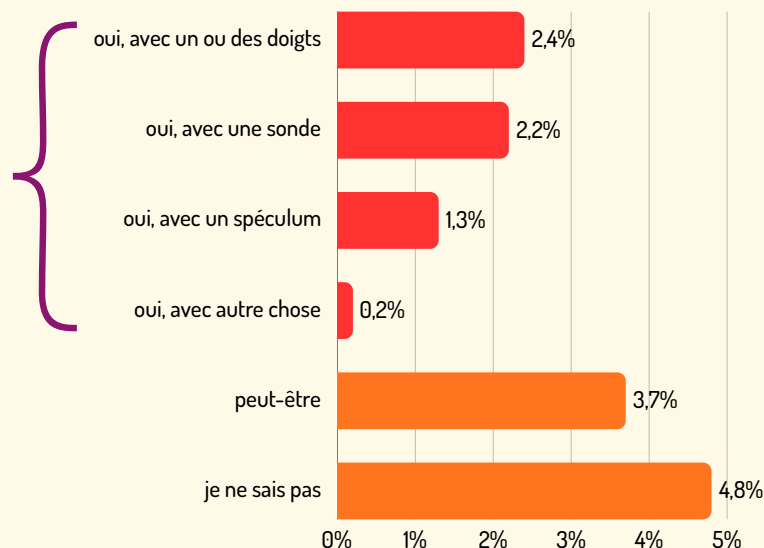
L'enquête a fait émerger des récits relatant des mouvements de va-et-vient dans le vagin qui ne relèvent jamais d'un soin et ne peuvent jamais être médicalement justifiés.



des personnes interrogées ont **subi des va-et-vient**, dans leur vagin, dans au moins une de ces situations :

- avec un spéculum
- avec une sonde
- avec un ou des doigts
- avec autre chose

6.m Le/la professionnel-le de santé s'est-il/elle déjà permis d'effectuer des va et vient dans votre vagin ? (en % des personnes concernées)



9 585 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question

* speculum, sonde, doigt(s), autre chose

3,7 % des personnes hésitent, ce qui témoigne aussi parfois de la difficulté à remettre en cause le geste du/de la professionnelle de santé.

Ces proportions peuvent sembler minoritaires, mais elles correspondent quand même à près de 5% des personnes interrogées et renvoient à des situations particulièrement graves, sans doute sur l'absence d'indication médicale.

Dans le cadre d'un soin gynécologique, le caractère médical de la consultation ne suffit jamais à rendre légitime un geste sur les parties intimes des patient-es : celui-ci doit être indiqué médicalement, compris, accepté et pouvoir être interrompu à tout moment.

Plusieurs récits décrivent des va-et-vient dans le vagin, des gestes prolongés, répétés, non expliqués, à connotation sexuelle qui entraînent le plus souvent de la sidération. Ils ne permettent pas de qualifier juridiquement chaque situation, mais ils démontrent que certains gestes présentés comme médicaux peuvent au contraire relever de violences sexuelles, lorsque leur indication médicale n'est pas avérée et/ou que le consentement libre, éclairé, révocable n'est pas recherché.

“

- « Effleurer mon clitoris avec la manche de sa chemise de manière répétée. Lors de la pénétration vaginale, faire des allers-retours en fixant mon regard. C'est très dérangeant, voire même un sentiment de mal-être. Je voulais lui demander d'arrêter mais je n'ai pas réussi. Il me disait : “vous voyez, ça peut être plaisant la visite gynéco”. »

- « Des va-et-vient avec un spéculum pendant un long moment, par un laborantin qui devait me faire un prélèvement. Clairement son geste n'avait rien d'anodin. »



- « Je suis allée consulter mon médecin de famille, lorsque j'avais 17 ou 18 ans, pour une mycose vaginale. [...] Il introduit un doigt dans mon vagin puis me demande de me mettre à quatre pattes et d'avancer et reculer sur son doigt [...] pour voir jusqu'où allait la mycose. Je l'ai fait trois ou quatre fois avant de me dire qu'il y avait un problème et d'arrêter. »
- « En consultation pour la première prise de contraceptif, un gynécologue m'a demandé de retirer ma culotte, de m'allonger sur le dos pour m'ausculter. [...] Il m'a ensuite pénétrée avec le spéculum en entrant et sortant de mon vagin comme pour simuler un acte sexuel. J'étais pétrifiée. »
- « Lors de l'examen échographie interne, le gynécologue a posé sa main sur ma cuisse comme pour la maintenir ouverte et s'est mis à se servir de l'appareil comme d'un gode, à le tourner dans tous les sens. C'était très long. »
- « Le gynécologue a rentré son spéculum et m'a demandé si ça me faisait mal une première fois. J'ai dit non. Puis il a répété le geste et m'a demandé une nouvelle fois si ça me faisait mal. [...] Il a répété ce geste encore trois ou quatre fois [...] comme si c'était un godemichet. J'étais tétanisée et je n'osais plus faire un geste, je voulais juste que ça s'arrête. »

La difficulté parfois à nommer ces situations est renforcée par le cadre médical lui-même : les patient-es peuvent croire que le geste est nécessaire, médical tout en ressentant un malaise profond, une peur ou une perception de connotation sexuelle de l'acte.

Quand les actes incluant une pénétration sont effectués sans consentement : **c'est souvent la sidération...**

Ces témoignages visent à rendre visible une réalité indicible sur viol dans le cadre médical. Sous couvert d'actes médicaux, involontaires ou non, les conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles sont bien présentes. L'absence de demande de consentement, ou le non-respect du refus, transforme radicalement le sens de l'acte : ce qui aurait dû relever du soin peut devenir une violence sexuelle, lorsqu'il touche les organes sexuels.

Ainsi, les mécanismes induits par les violences sexuelles à savoir la culpabilisation des victimes qui ont du mal à réaliser ce qu'il s'est passé, la mémoire traumatique et la sidération sont à l'oeuvre aussi dans le cadre médical. La sidération, la douleur ou la peur peuvent rendre plus difficile de s'opposer, de verbaliser un refus, ou de nommer immédiatement ce qui vient de se produire.

On observe également que cette qualification peut émerger a posteriori. Plusieurs personnes expliquent avoir compris plus tard, parfois grâce à des ami-es ou à d'autres professionnelles de santé, que ce qu'elles avaient vécu ne relevait pas d'un simple "mauvais moment", mais de violences sexuelles.



- « **Le gynécologue a posé ses mains sur mes cuisses sans gants, m'a caressée et m'a dit : « Dis-moi si c'est douloureux ma belle ! », en touchant mon clitoris avec ses doigts sans gant. J'ai eu un mouvement de recul et il m'a dit : « Faut arrêter de bouger, sinon je peux pas faire mon travail. Quand tu vas voir le dentiste tu fermes pas la bouche ! » (...) »**
- « J'ai compris plus tard que c'était une agression sexuelle. »
- « J'ai réalisé des années plus tard, en discutant avec des amies, que j'avais subi un viol. »
- « **J'ai été agressée sexuellement par un médecin gynécologue. J'ai eu le courage de porter plainte une dizaine d'années plus tard. »**

CONCLUSION

Ces témoignages obligent à sortir d'un impensé : des viols peuvent être commis par des professionnelles de santé dans des lieux de soin, sous couvert parfois d'actes médicaux. Ainsi, des examens gynécologiques réalisés sans consentement libre, éclairé, spécifique, préalable et révocable, et/ou effectués par contrainte, menace, violence ou surprise peuvent relever de violences sexuelles, et notamment d'agressions sexuelles et de viols. Le contexte médical ne suspend jamais l'obligation de recueillir le consentement des patient-es. Un acte gynécologique réalisé dans un cabinet, une maternité, un laboratoire, un service hospitalier ou tout autre lieu de soins reste un acte intime sur le corps d'autrui.

Le consentement ne peut jamais être présumé du seul fait qu'une personne franchit la porte d'un cabinet médical, accepte une consultation, se déshabille, s'installe sur une table d'examen ou ne parvient pas à verbaliser un refus. Un examen gynécologique, obstétrical ou médical ne doit pas être imposé, poursuivi malgré la douleur, ou un refus, réalisé par surprise, ou justifié par la seule autorité médicale.

Reconnaître ces violences ne signifie pas assimiler tout examen gynécologique, obstétrical ou médical à une violence sexuelle. Cela signifie rappeler qu'aucun objectif médical, aucun statut professionnel, aucune habitude d'examen, aucun protocole, ni aucune urgence organisationnelle ne peuvent justifier de se passer du consentement, de nier la parole des patient-es, de forcer un geste ou de bafouer la dignité humaine.

L'autorité médicale et la vulnérabilité du corps examiné créent une forte asymétrie de pouvoir. Cette asymétrie peut rendre difficile l'identification immédiate de la violence : la personne examinée peut croire que le geste est nécessaire, alors même qu'elle ressent de la peur, de la douleur, de la sidération ou un profond malaise. C'est précisément pourquoi le recueil du consentement, le respect immédiat du refus ou de la demande d'arrêt en cours d'examen, et la préservation de l'intégrité corporelle et psychique des patient-es doivent être considérés comme des conditions sine qua non du soin.



NOMMER ET DÉFINIR LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES ET GYNÉCOLOGIQUES

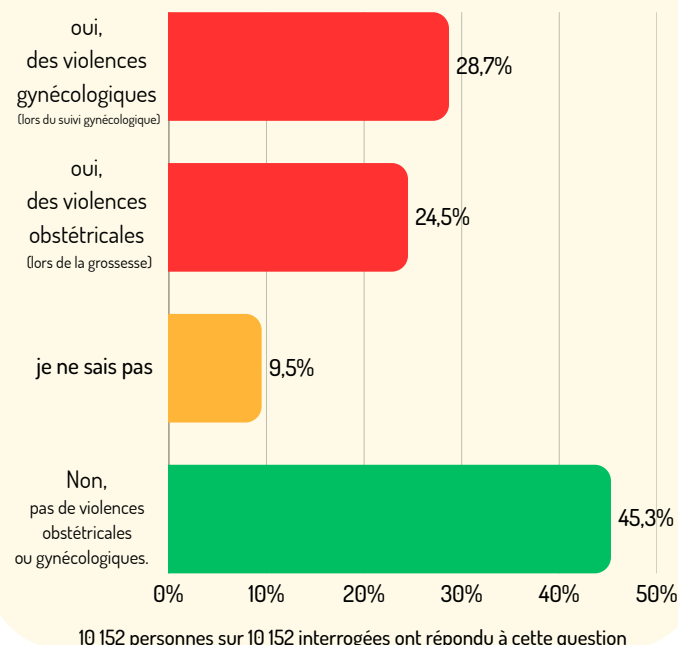
PARTIE 4 : NOMMER ET DÉFINIR LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES ET GYNÉCOLOGIQUES

45,1%

des répondant·es déclarent avoir subi **au moins une forme de violence obstétricale et/ou gynécologique.**

Cette question était à choix multiples (comme d'autres dans l'enquête) : une même personne pouvait déclarer à la fois des violences gynécologiques et obstétricales.

6.g Avez-vous déjà subi des violences obstétricales et/ou gynécologiques (VOG) dans votre parcours de soins ?



Nommer les violences

Dans ce rapport, le terme de violence ne désigne pas uniquement des infractions pénales. Il permet aussi de nommer la diversité des atteintes à la santé, à l'intégrité, à la dignité, au consentement et aux droits fondamentaux des patient·es dans le cadre du soin.

Parler de violences obstétricales et gynécologiques ne revient donc pas à assimiler toute erreur, toute maladresse ou toute consultation mal vécue à une infraction. Cela signifie reconnaître que certaines pratiques médicales, lorsqu'elles sont non nécessaires, non recommandées, imposées, banalisées ou réalisées sans consentement, peuvent porter atteinte à la santé et à l'intégrité des patient·es.

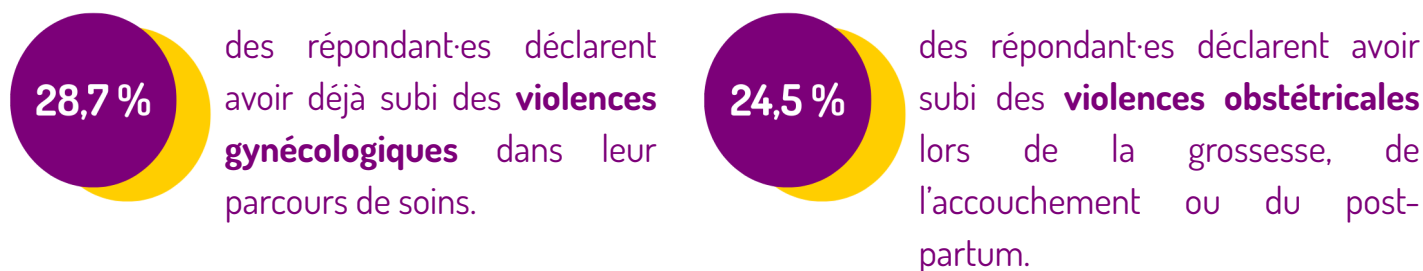
Le soin a pour finalité de protéger la santé des patient·es. Il ne peut remplir cette fonction que lorsqu'il est médicalement justifié, proportionné, expliqué, réalisé avec le consentement de la personne et dans le respect de sa dignité.

Nommer les violences obstétricales et gynécologiques constitue un enjeu central de ce rapport. Ainsi, les nombreuses situations vécues dans le cadre du soin et rapportées par les enquêt·es ne relèvent pas seulement d'un « manque de communication » ou d'une « maladresse isolée » de la ou du professionnel·le de santé. Elles peuvent altérer durablement le rapport au soin, au corps, à la santé psychique, à la sexualité, à la confiance envers les professionnel·les de santé pouvant aller jusqu'au renoncement aux soins.

Elles s'inscrivent dans des rapports de pouvoir soignant-e-s-soigné-e-s, des pratiques professionnelles banalisées, des défauts d'information, des atteintes au consentement, des humiliations, des discriminations ou encore des gestes corporels imposés.

4.1 Les personnes ayant subi des VOG dans leur parcours de soins

Les violences obstétricales et gynécologiques (VOG) sont massivement rapportées dans l'enquête.



Au total, **45,1 % des répondant-es** déclarent avoir subi au moins **une forme de violence obstétricale et/ou gynécologique**. Cela signifie que **près d'une personne sur deux** identifie **au moins une expérience de VOG dans son parcours de soins**. Les réponses étant à choix multiples, les catégories peuvent se recouper : une même personne peut avoir déclaré à la fois des violences gynécologiques et des violences obstétricales.

Leur identification peut être difficile. Ainsi **9,5 %** des personnes ayant répondu à l'enquête disent ne pas savoir si ce qu'elles ont vécu relève ou non de VOG, soit 1 personne sur 10. À l'inverse, **45,3 %** déclarent ne pas avoir subi de violences obstétricales ou gynécologiques.

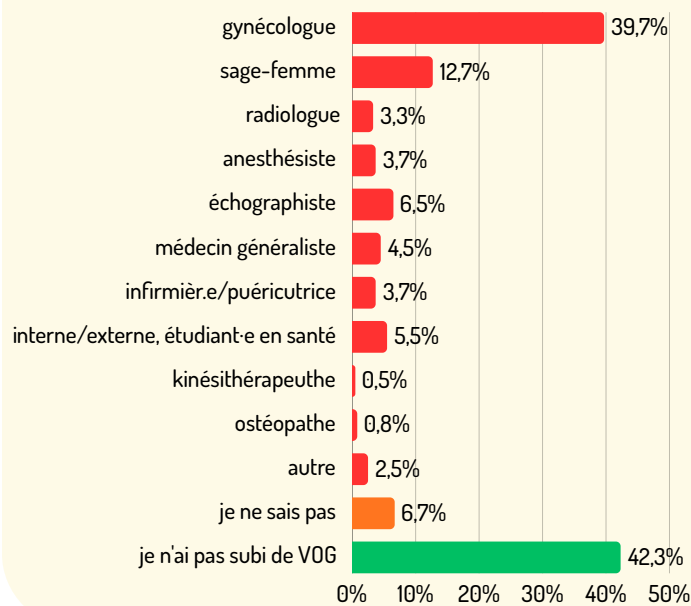
Ces résultats peuvent être mis en regard de l'Enquête nationale périnatale 2021. Dans cette dernière, parmi les 7189 nouvelles mères ayant répondu aux questions relatives au vécu des soins, **24,9 %** déclaraient avoir vécu des soins irrespectueux en maternité. Ce résultat rejoint l'ordre de grandeur observé dans notre enquête, où 24,5 % des répondant-es déclarent avoir subi des violences obstétricales. Quels que soient les termes employés, violences ou soins irrespectueux, ces résultats convergents des deux enquêtes attestent de situations qui sont loin d'être marginales et qui constituent au contraire un enjeu majeur de santé publique[26].

4.2 Professionnel.les visé.es par les VOG déclarées

Les violences rapportées concernent plusieurs catégories de professionnel.les de santé. Les gynécologues sont les plus fréquemment citées, par 39,7 % des répondant-es. Viennent ensuite les sages-femmes, mises en cause par 12,7 % des répondant-es. Les échographistes, internes, anesthésistes, infirmier-es, médecins généralistes ou radiologues sont également mentionnés.

[26] Inserm. (2022). Enquête nationale périnatale 2021 : Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements. Situation et évolution depuis 2016.

6.h Si vous avez subi des violences obstétricales et/ou gynécologiques (VOG), elles ont été commises par :



10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question

Ces résultats montrent que les violences obstétricales et gynécologiques ne peuvent être attribuées à une spécialité, à une profession ou à un contexte isolés : elles peuvent survenir à différents moments du parcours gynécologique, obstétrical et médical.

- **39,7 %** des répondant·es ayant déclaré des VOG mettent en cause un·e gynécologue.
- **14,82 %** d'autres médecins tels que : radiologue, anesthésiste, échographiste, médecins généraliste (pourcentage correspondant à "au moins une " parmi ces propositions) ,
- **12,7 %** des sages-femmes

4.3 Mise en perspective : pourquoi le terme de violence est-il approprié ?

Le terme de « violences obstétricales et gynécologiques » fait encore l'objet de résistances, notamment de la part de certaines instances médicales, qui lui préfèrent des expressions comme « soins irrespectueux », « maltraitements », « mauvais vécu » ou « défaut de communication ». Pourtant, les données scientifiques disponibles montrent que ces expériences peuvent avoir des conséquences mesurables sur la santé psychique des patient·es.

Le débat sémantique autour du mot « violence » n'est donc pas neutre. Le choix des mots employés dans les politiques publiques influence également la reconnaissance des atteintes subies, leur documentation et les réponses apportées. Qualifier ces situations de simples « soins irrespectueux » ou de « mauvaises expériences » peut contribuer à minimiser leur gravité et à invisibiliser leurs conséquences. À l'inverse, les nommer comme des violences permet de reconnaître les atteintes graves au consentement, à la dignité, à l'intégrité corporelle et psychique, ainsi que leur dimension systémique.

Parmi les mères interrogées dans l'Enquête nationale périnatale 1 de 2021[27], ayant déclaré avoir vécu des soins irrespectueux (n=24,9%), **21,8 %** présentaient des symptômes de dépression du post-partum, contre **16,6 %** en population générale. Les recherches existantes concluent que ces soins irrespectueux sont associés à une augmentation de **37 %** du risque de développer des symptômes dépressifs après la naissance.

Cette reconnaissance s'inscrit dans un contexte international et européen plus large.

En 2024, le Parlement européen a publié une étude[28] portant sur les violences obstétricales et gynécologiques dans l'Union européenne, en les analysant comme des pratiques nuisibles de nature structurelle, situées au croisement des violences fondées sur le genre et des dysfonctionnements des systèmes de santé.

[27] 2025, Inserm, Un quart des mères en France seraient concernées par des soins irrespectueux en maternité, facteur de risque de la dépression post-partum, communiqué de presse, 17 décembre 2025.

La Confédération internationale des sages-femmes considère les violences obstétricales, les maltraitances et les violences envers les femmes dans les services de santé sexuelle et reproductive comme de graves violations des droits humains et une forme reconnue de violence de genre. Cette confédération justifie l'emploi du terme de « obstetric violence » pour désigner les violences vécues par les femmes et personnes concernées lors des accouchements dans les établissements de soins [27 novembre 2024[29]].

En France, la reconnaissance de ces violences progresse également dans le débat public et législatif : une proposition de loi[30] visant à reconnaître et sanctionner les violences obstétricales et gynécologiques a été déposée à l'Assemblée nationale en décembre 2024. Dans ce contexte, le frein sémantique constitue un obstacle politique et sanitaire : refuser de nommer ces violences empêche d'en mesurer l'ampleur, d'en reconnaître les victimes et de mettre en œuvre des politiques publiques adaptées.



Repère — Le débat autour du terme “violence”

L'usage du terme « violences obstétricales » est parfois contesté dans la littérature médicale, au profit de termes jugés moins forts comme “soins irrespectueux” ou “maltraitances”. Un article publié dans *The American Journal of Obstetrics and Gynecology* a ainsi qualifié le terme “obstetric violence” de terme impropre, au motif qu'il serait trop fort ou ambigu.

StopVOG est co-signataire d'un droit de réponse international, publié dans *The European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*[31], défendant la nécessité de nommer ces violences comme telles, afin de reconnaître leur gravité, leurs conséquences et leur dimension systémique.

L'avis n°142 du CCNE constitue également un point d'appui important pour comprendre pourquoi ces situations ne peuvent être réduites à de simples maladroites relationnelles. Le Comité y identifie notamment, parmi les atteintes possibles à l'intégrité physique et psychique dans les examens touchant à l'intimité, la réalisation d'examens sans recueil du consentement ou sans respect du choix ou de la parole des patient-es, la réalisation d'examens non justifiés médicalement ou non conformes aux données de la science, ainsi que les violences sexuelles, incluant le harcèlement sexuel, l'agression sexuelle et le viol.

Cette reconnaissance du terme de violences obstétricales et gynécologiques se retrouve également du côté des futur-es professionnel·les de santé. **Une enquête nationale publiée en 2026 dans le *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* auprès de 455 internes français-es en gynécologie[32]** montre que 98,7 % reconnaissent l'existence des violences obstétricales et gynécologiques, et que 87,5 % déclarent en avoir été témoins au cours de leur internat. Les actes réalisés sans consentement explicite constituent la forme la plus fréquemment rapportée. Ces résultats montrent que les VOG sont aujourd'hui identifiées non seulement par les personnes concernées, mais aussi par une partie des professionnel·les en formation.

[28] 2024, Parlement européen, Obstetric and gynaecological violence in the EU: Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination, étude, Direction générale des politiques internes de l'Union, 2024.

[29] 2019, International Confederation of Midwives (ICM), Statement on Obstetric Violence, position statement, 2019, p. X.

[30] 2025, Assemblée nationale, Proposition de loi-cadre intégrale visant à lutter contre les violences sexistes et sexuelles, n° 730, 25 novembre 2025, art. X.

[31] 2024, Joint response from Latin American, European Obstetric Violence Observatories and other organizations all over Europe to the Joint Position Statement on Substandard and Disrespectful Care in Labour, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 298, p.278-280. Document intégral reproduit en annexe 3.

[32] 2026, Abgral M., Motte-Cleren S., Deffieux X., Glicenstein F., Laffond M., Benachi A., Vivanti A. J., Obstetric and gynecological violence: awareness and experience of French residents in gynecology. A cross-sectional survey, *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, vol. 55, article 103213.

4.4 Classification des VOG identifiées dans l'enquête

Dans le cadre de ce rapport, un travail de distinction conceptuelle et thématique a été mené entre les violences obstétricales et les violences gynécologiques, afin de mieux appréhender la diversité des expériences rapportées par les patient-es. Les violences gynécologiques renvoient principalement aux pratiques intervenant dans le champ de la santé sexuelle et reproductive, notamment « le diagnostic et le traitement des pathologies de l'appareil génital et du sein, le dépistage des cancers gynécologiques, la prise en charge de l'infertilité, la contraception, l'IVG ou encore le suivi de la ménopause » (HCE, 2018, p. 3). Les violences obstétricales concernent plus spécifiquement les situations liées à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum.

Bien que cette distinction analytique permette de préciser les contextes de survenue et les spécificités des violences étudiées, les témoignages recueillis mettent également en évidence des formes de continuité et d'imbrication entre ces expériences. Dans les deux cas, les atteintes rapportées concernent le corps intime, le consentement, la douleur, la dignité, la parole des patient-es et leur capacité à être reconnu-es comme sujets de droit.

Cette classification s'inscrit dans la continuité de la définition proposée par le groupe de travail interfédéral[6] belge sur les violences gynécologiques et obstétricales, qui identifie notamment l'absence de consentement libre et éclairé, le non-respect du refus d'acte médical, l'abandon de soin, l'imposition d'actes non justifiés médicalement, le manque de dignité ou d'humanité, l'absence de respect de l'intimité, de la pudeur ou de la confidentialité, le déni ou la mauvaise prise en charge de la douleur, ainsi que les violences verbales, physiques et sexuelles.

À partir des témoignages recueillis dans l'enquête de StopVOG, le tableau ci-dessous propose une classification complémentaire, centrée sur les formes concrètes prises par ces violences dans les parcours de soins. Structuré autour de sept catégories principales, il recense les atteintes au consentement, les violences corporelles et médicales, les violences liées à la douleur et au vécu subjectif, les violences verbales et psychologiques, les violences relationnelles et institutionnelles du soin, les violences sexuelles et les atteintes à l'intimité, à la pudeur et à la confidentialité, ainsi que les discriminations.

Cette classification n'a pas vocation à enfermer les expériences dans des catégories rigides : une même situation peut relever de plusieurs formes de violence à la fois. Elle permet toutefois de mettre en évidence la diversité, la fréquence et la gravité des atteintes rapportées par les répondant-es.

Deux dimensions issues de la définition belge[33] ont été particulièrement intégrées à cette classification : d'une part, l'abandon de soin, le refus de prise en charge et l'absence de réorientation, qui permettent de penser les violences par omission ; d'autre part, les atteintes à l'intimité, à la pudeur et à la confidentialité, qui constituent des conditions essentielles du respect de la dignité et du consentement dans le soin.

[33] 2026, Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, Recommandation du groupe de travail interfédéral sur les violences gynécologiques et obstétricales, recommandation n° 2026-08. Disponible en ligne : urlr.me/WAguKb

Formes de violence	Configurations	Description	Exemples de témoignages recueillis dans l'enquête
1. Atteintes au consentement libre et éclairé, continu et révocable	Non-demande ou non-respect du consentement libre, éclairé, continu et révocable Actes réalisés sans information préalable ; absence de demande de consentement ; poursuite du geste malgré le refus ; défaut d'explication	L'acte médical est réalisé sans que la personne ait reçu une information suffisante, sans qu'elle ait pu donner un accord explicite, ou malgré un refus. Cette catégorie met en évidence une dépossession de la capacité à décider pour son propre corps et se recoupe avec la catégorie des violences sexuelles.	« À aucun moment elle n'a demandé mon consentement, ni expliqué, ni rassuré, ni pris en compte l'expression de ma douleur. » « Épisiotomie sans me demander mon consentement et utilisation des forceps sans consentement non plus. » « Une sage-femme m'a fait un décollement des membranes sans me l'expliquer. Elle m'a violée. » « Palpation mammaire sans me demander ni me prévenir. »
	Traitements, contraception ou décisions reproductives imposés. Implant non désiré ; contraception imposée ; refus d'alternatives ; absence de choix sur la position d'accouchement ; décision médicale unilatérale	Cette catégorie met en jeu l'autonomie des patient-es. Le soin devient violent lorsqu'il se substitue à la décision libre et éclairée de la personne, y compris sous couvert de prévention, ou de norme médicale.	« Je suis ressortie de l'hôpital après 4 jours avec un implant non désiré. » « Je lui ai dit que je voulais accoucher sur le côté. Elle m'a répondu : "c'est n'importe quoi". » « Elle ne m'a pas laissée ressortir sans contraception. »
2. Violences corporelles et médicales	Violences physiques et maltraitements corporelles Contention ; immobilisation ; position forcée ; coups ; claques ; gestes brusques ; exposition forcée du corps ; atteintes à l'intégrité corporelle. absence de délicatesse.	Des usages contraignants du corps dans le soin. Ils incluent les situations où la personne est physiquement maintenue, empêchée de bouger ou soumise à une manipulation brutale, ou dénudée sans consentement.	« J'ai été attachée pour une césarienne alors que j'étais sous calmant. » « Les sages-femmes m'ont tenu les jambes. » « On m'a maintenue de force, tapé la cuisse parce que je criais. » « Elle a refusé que je garde mon soutien-gorge malgré ma demande de ne pas être entièrement nue. »
	Gestes corporels imposés ou poursuivis malgré la douleur. Touchers vaginaux ou rectaux imposés ; échographies endovaginales douloureuses ; pose ou retrait de stérilet ; examens invasifs ; gestes obstétricaux imposés	Il s'agit de violences physiques et sexuelles, pouvant être liées à l'impossibilité pour le/la patient-e ou le-/la parturient-e de faire cesser l'acte. La douleur exprimée ne produit pas d'arrêt du soin : elle est ignorée, minimisée ou interprétée comme un obstacle à la procédure.	« Lors de la pose de mon premier stérilet, j'ai crié et demandé d'arrêter à cause de la douleur. J'ai essayé de ramper pour m'échapper et elle m'a attrapée par la hanche pour me bloquer et finir le travail. » « À chaque échographie, j'ai beau répéter que j'ai extrêmement mal, elles continuaient et appuyaient encore plus fort. » « Pose brutale de spéculum sans tenir compte de ma douleur. »

	Mauvaises pratiques médicales ou pratiques abusives Frottis hors recommandations ; examens gynécologiques systématiques sans indication ; déclenchement sans indication claire ; expression abdominale ; expression utérine ; gestes interdits ou déconseillés ; interventions précipitées ; épisiotomie ou forceps non expliqués.	Des actes médicaux problématiques parce qu'ils sont réalisés sans indication explicitée, sans consentement ou en contradiction avec les recommandations. Ce type de VOG permet de faire le lien entre violence individuelle et organisationnelle du soin.	« Comme je ne m'y connais pas, je me suis dit que c'était normal ou utile ; ce n'est qu'après que j'ai su qu'il était de la vieille école et qu'on ne faisait plus de frottis avant 25 ans, par exemple, alors que j'en avait déjà eu 2 avant 20 ans. » « Après un accouchement de 20h sans péridurale, manœuvres répétées d'écrasement du ventre pour décoller le placenta. Une torture. » « Deux sages-femmes m'appuient très fort sur le ventre, c'est douloureux. Je me sens tirée, je glisse vers le bas du lit. »
	Absence, refus ou inefficacité de l'anesthésie Épisiotomie à vif ; suture à vif césarienne à vif ; ponctions d'ovocytes à vif ; révision utérine sans anesthésie ; anesthésie insuffisante ; refus de péridurale ; couture du périnée à vif, etc.	Cette catégorie articule violence physique, non prise en compte de la douleur et rapport asymétrique au pouvoir médical.	« Il m'a recousue alors que je pouvais tout sentir. Je l'ai supplié d'arrêter mais il a continué. » « J'ai été recousue sans anesthésie alors que j'avais demandé le gel anesthésiant. » « La péridurale ne faisait plus effet et je sentais l'aiguille et le fil. » « J'ai eu une hémorragie de la délivrance et donc une révision utérine. Cela sans péridurale. » « 2023 : Césarienne d'urgence à vif, la rachianesthésie n'ayant pas fonctionné. » « 2024, une ponction d'ovocytes sans anesthésie (juste du gaz, pas de perf, pas de bloc cervical). Malgré ma douleur, on a continué la ponction et on a tenté de minimiser l'atroce souffrance que j'ai vécue. »
	Erreurs médicales et défaut de vigilance Retard de diagnostic ; absence de surveillance ; symptômes ignorés ; complications minimisées ; absence de justification après incident	Cette catégorie permet de penser les violences par omission : ne pas écouter, ne pas vérifier, ne pas diagnostiquer ou ne pas répondre peut produire des effets traumatiques aussi importants que des gestes actifs.	« Il a fallu que j'insiste trois fois dans la journée pour qu'on me prenne au sérieux. » « Pendant la césarienne, ils lui avaient fracturé la tête et il avait un hématome sous-dural. Les médecins n'ont jamais donné d'explications. » « La gynécologue m'a dit, il y a 6 mois, que l'on n'allait pas faire de test pour endométriose ou autres maladies car il n'existe pas de traitement donc c'est inutile. » « Le gynécologue m'a dit que mes douleurs de règles étaient normales et que ça passerait : mon endométriose a été détectée très tardivement à cause de cela. » « "Vous avez une épidermolyse bulleuse, vous aurez toujours mal" : c'est faux, des solutions existaient. »

3. Violences liées à la douleur et au vécu des patient-es	Négation, minimisation ou disqualification de la douleur Douleur niée ; douleur interprétée comme exagération ; plainte ridiculisée ; symptômes non pris au sérieux ; absence de réponse après une expérience douloureuse	Cette catégorie montre que la violence ne tient pas seulement au geste, mais aussi à la manière dont la parole du/de la patient.e est disqualifiée.	« La gynécologue m'a dit : "si vous simuliez moins, vous n'auriez pas l'impression d'avoir aussi mal", en continuant alors que je pleurais. » « La sage-femme me disait que je faisais des histoires alors qu'en fait j'avais une nécrose très importante. » « Elle s'énervait en disant que ce n'est pas normal, que je ne devrais rien sentir. » « ... que j'étais douillette, une bouillotte et hop, "Serrez les dents madame !" » « ... que c'était rien que j'exagérais les symptômes. »
	Banalisation des expériences traumatiques Fausse couche minimisée ; accouchement traumatique relativisé ; plainte psychique non reconnue ; réduction de l'expérience à une norme	Cette forme de violence intervient souvent après coup, lorsque la personne tente de nommer ce qu'elle a vécu. Elle empêche la reconnaissance de la violence et peut renforcer le trauma.	« Lorsque j'en ai parlé à la cheffe de service, elle m'a répondu : "oui, elle est un peu directive", et a minimisé mon vécu. » « Arrêtez de pleurer, vous referez un autre enfant ! » « Toutes les femmes vivent des fausses couches, il ne faut pas en faire toute une histoire. » « Négation de ma douleur exprimée (j'ai noté ma douleur à 8/10) et elle m'a dit que ça n'était pas possible. J'ai demandé mon dossier médical après mon accouchement, elle a reporté par écrit mon score à 5/10... avec un petit commentaire négatif sur l'interprétation de mon état psychologique + des gestes douloureux et non consentis et un vécu traumatique pour la suite. »
4. Violences verbales et psychologiques	Violences verbales, humiliations et infantilisation Mépris de la douleur, des symptômes, des choix ou de l'intimité ; propos ou attitudes jugeant-es, infantilisant-es, humiliant-es ; pression ou chantage pour obtenir l'acceptation d'un acte ou d'un traitement.	Ces violences agissent sur la subjectivité : elles produisent honte, impuissance, sidération et sentiment d'être dépossédée de son expérience. Elles accompagnent souvent des gestes corporels imposés.	« Elle m'a traitée de tous les noms. » « Elle a été condescendante et infantilisante tout le long. » « Elle m'a répondu : "Ben je ne vais pas vous laisser ouverte hein ?". » « Elle est douillette celle-là ! » « Il s'est moqué du prénom de notre bébé. » « Mademoiselle écoutez, vous n'avez pas eu de figure paternelle pour vous dire que c'est normal d'avoir mal (pendant vos règles) alors moi, je vous le dis. » « C'est la pilule ou un bébé. »
	Pressions, menaces et chantage au risque médical Menace autour de la santé du bébé ; culpabilisation ; responsabilité reportée sur le patient.e ; obligation de consentir ; peur utilisée comme levier	Cette forme de violence repose sur l'usage du risque médical comme contrainte. La personne n'est pas seulement informée d'un risque : elle est mise en demeure d'obéir sous menace de conséquences graves.	« L'entière du personnel a dit que mon bébé pouvait mourir si je ne faisais pas ce qu'on me disait de faire. » « Mais faut sonner, vous ne voyez pas que votre bébé va mourir ! » « Elle a commencé à me hurler dessus pour que ça aille vite sans me laisser le temps de respirer. » « Le gynécologue m'a pressée pour que je prenne la pilule abortive devant lui alors qu'il venait de me faire entendre les battements de cœur et que j'hésitais sur l'avortement. »

5. Violences institutionnelles du soin	Défaut de dialogue, invisibilisation et froideur du soin Absence d'écoute ; absence de réponse ; empêchement de parler ; soin mécanique ; précipitation ; non-présentation des soignant-es ; personne traitée comme absente	Cette catégorie permet de saisir les violences ordinaires du soin, non pas uniquement l'acte brutal, mais l'organisation relationnelle qui rend la personne invisible dans sa propre prise en charge.	« Le médecin ne m'a presque pas laissée m'exprimer: il coupait mes phrases, faisait des suppositions sans me laisser expliquer. » « L'examen gynécologique était en mode robot, le discours était mécanique et froid. » « Elle ne se présente pas et fait un toucher vaginal. » « On m'a traitée comme un numéro de dossier. » « Lors des mammographies faites à la chaîne, j'ai toujours l'impression d'être un morceau de viande, il y aurait vraiment de l'humanité à mettre lors de cet examen. » « J'ai eu l'impression d'être dépossédée de mon corps et d'être un animal, et puis j'étais gênée aussi. »
	Abandon de soins, refus de prise en charge et absence de réorientation Refus de prise en charge ; absence de solution proposée ; absence de réorientation vers un-e professionnel-le compétent-e ; rupture du suivi après refus d'un traitement ou d'un acte ; patient-e laissé-e sans réponse face à une douleur, une pathologie ou une demande de soins.	Cette catégorie permet de penser les violences par omission : ne pas prendre en charge, ne pas orienter, ne pas proposer d'alternative ou conditionner l'accès au soin peut produire de l'errance médicale, des retards diagnostiques, une perte de chance et un éloignement durable du soin.	« Règles très douloureuses. On a mis plus de 10 ans à me prescrire un AINS (anti-inflammatoire non stéroïdien) efficace. Avant, comme je refusais la pilule, j'ai été laissée sans solution, plus refus de prescrire des examens de recherche d'endométriose. » « Je suis ménopausée et j'ai bénéficié d'un traitement hormonal substitutif qui me convenait bien. Ma gynécologue est partie à la retraite et je ne parviens pas à trouver de gynécologue qui accepte de prolonger ce traitement. »
	Objectivation du corps au profit de la formation ou de l'organisation hospitalière Présence d'étudiant-es sans consentement ; répétition d'examens ; corps utilisé comme support pédagogique ; priorité donnée à la validation d'un geste	Ici, le corps devient matériau d'apprentissage, d'organisation ou de démonstration. Le problème n'est pas la formation en soi, mais l'absence de consentement et la subordination de la personne à un objectif institutionnel.	« La gynécologue en chef a fait venir 4 ou 5 internes pour regarder l'acte de couture, sans mon consentement. » « Je l'ai très mal vécu, j'ai servi de cobaye à des étudiants » « Huit échographies endovaginales d'affilée pour dire: "Venez voir ce cas". » « Il a demandé à la sage-femme s'il pouvait m'accoucher car il devait valider ce geste. »
6. Violences sexuelles dans le soin	Atteintes à l'intimité, à la pudeur et à la confidentialité	Nudité imposée ou non nécessaire ; impossibilité de se couvrir ; refus de préserver son intimité ; déshabillage sous le regard du/de la professionnel-le ; présence de tiers, étudiant-es ou autres soignant-es sans	« Obligation de se mettre entièrement nue, sans prendre en compte mon malaise et le fait que je puisse dire qu'il fait froid et que j'aimerais faire étape par étape » « Je suis un homme trans et je devais faire une échographie pelvienne avant une hystérectomie. Je suis allé dans un centre de radiologie (centre de radiologie de la femme, boulevard du Montparnasse, 75006 Paris, 2025). Quand l'assistante vient me chercher dans la salle d'attente, elle m'a tout de suite demandé si

		consentement ; refus de la personne accompagnante ; exposition du corps ou d'informations intimes sans nécessité. Cette catégorie rappelle que le respect de l'intimité, de la pudeur et de la confidentialité n'est pas un confort secondaire, mais une condition du soin digne et du consentement.	c'était pour un changement de sexe, devant tout le monde [...]. » "Consultation vaginale avec échographie endo vaginale, sans explication, sans réellement me demander si j'étais prête (sans en attendre la réponse) il y est allé."
	Atteintes sexuelles post-accouchement et mutilations génitales Point du mari ; suture excessive ; réparation imposée ; douleur sexuelle durable ; corps "réparé" selon le plaisir masculin.	Ce sous-thème est spécifique aux violences obstétricales post-partum. Il montre comment le corps accouchant peut-être réinscrit dans une norme hétérosexuelle, pénétrative et patriarcale, au détriment de la santé, du consentement et de la sexualité de la femme.	« Vous verrez, je vous ai fait ça bien, monsieur sera content. » « Voilà, comme ça monsieur sera content. » « J'avais aussi le "point du mari". Obligée d'être réopérée par la suite pour réouvrir un peu. »
	Violences sexuelles et Commentaires à connotation sexualisés ; attouchements ; actes de pénétration sans consentement libre, éclairé, spécifique, préalable et révocable ; gestes intimes par surprise ; confusion entre acte médical et agression sexuelle	Cette catégorie doit être distinguée tout en restant articulée aux autres : certaines violences sexuelles sont rendues possibles par le cadre médical lui-même, qui donne accès au corps intime tout en neutralisant parfois la possibilité de refus. Ces situations font l'objet d'une analyse spécifique dans la partie consacrée au consentement continu et révocable, notamment à partir d'un indicateur dédié aux violences sexuelles en contexte gynécologique.	« J'avais 17 ans, lorsque le gynécologue a réalisé l'examen vaginal, il m'a dit : "Votre copain doit apprécier de rentrer ici". » « Alors que j'étais enceinte de 6 mois, le gynécologue homme m'a fait des attouchements sur mon clitoris. » « Ils m'ont tous fait un toucher vaginal à tour de rôle. Aucun n'a demandé quoi que ce soit. » « Je devais avoir 19-20 ans donc en 2020, j'ai dû faire une échographie en lien avec mon stérilet je crois je ne sais plus exactement pourquoi. La dame qui s'est occupée de moi ne m'a rien expliqué et elle m'a inséré le truc sans me demander mon consentement et donc par surprise et m'a dit vous pouvez vous rhabiller au revoir. Je suis sortie traumatisée je pense qu'on peut le dire. » « Doigt dans le cul sans prévenir pendant mon accouchement. » « Mon corps a vécu cela comme un viol. » « Année 2024, pour une Hystérosalpingo-graphie dans le cadre d'un parcours PMA. Le radiologue ne m'a pas dit bonjour, pas un regard, a commencé en me demandant d'écartier les jambes et de baisser les fesses sur la table. A directement essayé d'introduire le spéculum sans rien dire et sans lubrifier. A forcé. A rippé et griffé mon intimité. Ça m'a fait très mal, plus mal que l'examen lui-même. Aujourd'hui 9 mois après, j'ai encore des douleurs vaginales que je pense liées à cet événement. Je suis irritée à l'intérieur. Je suis choquée. Les rapports sexuels sont douloureux et je les redoute. »

7. Discriminations	Discriminations et violences différenciées Racisme ; grossophobie ; âgisme ; validisme ; lesbophobie, homophobie, transphobie ; islamophobie ; stéréotypes sur les corps ; validisme	Les violences gynécologiques et obstétricales ne touchent pas toutes les personnes de la même manière. Certains corps sont davantage suspectés, contrôlés, dévalorisés ou considérés comme moins crédibles.	« J'ai demandé la péridurale et on m'a dit que : "c'est étonnant les Noires vous en avez pas besoin, je reviens je vais demander au médecin si vous avez le droit ou pas". Le médecin arrive et je dois négocier avec lui car il refusait disant que les Noires n'ont n'en pas besoin. » « Vous avez l'utérus d'une vieille de 70 ans, vous êtes trop grosse. » « Les jeunes mamans appellent toujours quand c'est trop tard. » « On m'a dit de retourner dans mon bled pour pondre mes gosses. » « Alors qu'il venait d'apprendre que mon DPNI (prise de sang dépistant plusieurs trisomies, à faire lorsque l'on est enceinte et qu'on appartient à un groupe "à risque") était positif, il a fait une blague à mon mari par sms avec un smiley qui rigole aux éclats "Il y a vraiment des parents à qui on devrait faire le caryotype en avance !". Suite aux interrogations de mon mari le lendemain, le gynécologue obstétricien a reconnu que c'était une "plaisanterie destinée à un collègue". Mais où se trouve son humanité, sa déontologie ? »
---------------------------	---	---	---

Cette classification montre que les violences obstétricales et gynécologiques recouvrent un ensemble de situations de nature et de gravité variables. Certaines relèvent de violences sexistes et sexuelles, tandis que d'autres concernent notamment des atteintes au consentement, des violences corporelles et médicales, des pratiques non conformes aux recommandations de bonnes pratiques, la non-prise en compte de la douleur, de la parole ou des symptômes, des violences verbales, psychologiques ou physiques, des violences institutionnelles du soin, des atteintes à l'intimité, à la pudeur ou à la confidentialité, des discriminations, ainsi que des défauts de prise en charge pouvant entraîner des retards diagnostiques, des pertes de chance ou une aggravation des pathologies.

4.5 Définir les violences obstétricales et gynécologiques

Cette proposition s'inscrit dans la continuité de travaux francophones récents, notamment la définition élaborée en Belgique par un groupe de travail pluridisciplinaire[34] incluant des acteur·rices de terrain et des personnes concernées. Cette définition belge qualifie les violences gynécologiques et obstétricales comme des actes, paroles, comportements, omissions ou abstentions commis par des professionnel·les dans le cadre des services de santé sexuelle et reproductive, portant atteinte à l'intégrité des femmes et des personnes concernées, et entraînant, ou étant susceptibles d'entraîner, des dommages ou souffrances physiques ou psychologiques.

Elle les définit notamment par l'absence de consentement libre et éclairé, le non-respect du refus d'un acte médical, l'imposition d'actes non justifiés médicalement, le manque de dignité ou d'humanité, le non-respect de l'intimité, le déni ou la mauvaise prise en charge de la douleur, ainsi que les violences verbales, physiques et

[34] 2026, Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH), Recommandation du groupe de travail interfédéral sur les violences gynécologiques et obstétricales (VGO), août 2026.

sexuelles. À partir des témoignages recueillis dans cette enquête nationale sur le consentement en gynécologie et ceux reçus par l'association depuis 2017, ainsi qu'en s'appuyant sur son expérience d'écoute et d'accompagnement des victimes, StopVOG propose une définition intégrant explicitement le consentement libre, éclairé, spécifique, préalable, continu et révocable, le respect des recommandations de bonnes pratiques, la dignité humaine et la vulnérabilité particulière liée à la relation de soin.



Proposition de définition des violences obstétricales et gynécologiques

StopVOG propose de définir les violences obstétricales et gynécologiques comme tout acte, geste, examen, parole, comportement, omission ou abstention commis par un-e professionnel-le dans le cadre d'un acte de prévention, de dépistage, de diagnostic, de soins, d'accompagnement ou de suivi en santé sexuelle, reproductive, gynécologique ou obstétricale, portant atteinte à l'intégrité, à la dignité, à la santé ou aux droits fondamentaux des femmes et des personnes concernées.

Elles se caractérisent notamment par une atteinte au consentement libre, éclairé, spécifique, préalable, continu et révocable et peuvent entraîner, ou être susceptibles d'entraîner, des dommages ou souffrances de nature physique, psychique ou sexuelle, ainsi qu'une altération durable du rapport au soin, de l'accès aux soins, ou de la confiance envers les professionnel-les de santé.

Ces violences peuvent notamment être caractérisées lorsque :

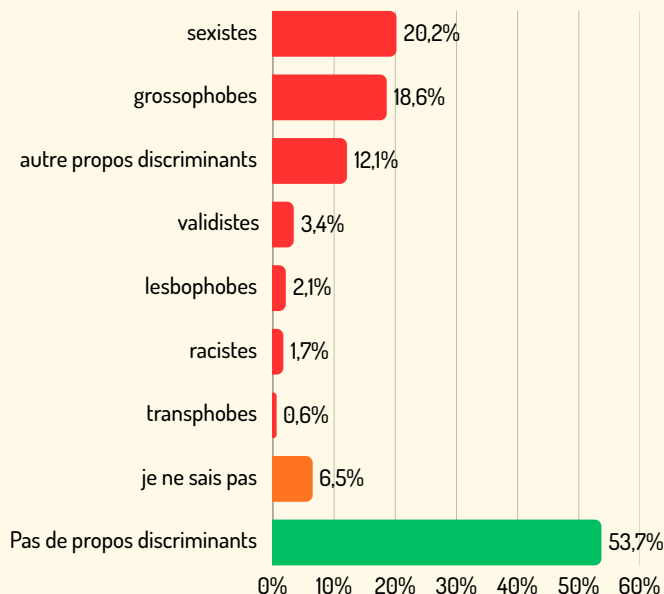
- 1.** le consentement libre, éclairé, spécifique, préalable, continu et révocable de la patiente ou du patient n'est pas recherché, respecté ou renouvelé ;
- 2.** un refus d'acte médical exprimé par la patiente ou le patient n'est pas respecté, sauf situation d'urgence vitale immédiate ne permettant pas de recueillir sa volonté ;
- 3.** un acte, examen, traitement ou intervention est réalisé sans justification médicale suffisante, ou en contradiction avec les recommandations de bonnes pratiques en vigueur ;
- 4.** un acte douloureux est pratiqué sans information préalable, sans prise en compte de la douleur ou sans recherche d'une prise en charge adaptée, hors contre-indication médicale justifiée et dûment motivée ;
- 5.** la pudeur, l'intimité, la confidentialité ou la dignité de la personne ne sont pas respectées ;
- 6.** des propos, comportements ou pratiques humiliantes, sexistes, discriminatoires, culpabilisants, infantilissants ou attentatoires à la dignité sont adoptés dans le cadre de la prise en charge ;
- 7.** la situation relève de violences verbales, psychologiques ou physiques ;
- 8.** la situation relève de violences sexuelles, notamment lorsque des gestes intimes, des contacts, des examens ou des actes de pénétration anale ou rectale sont réalisés sans consentement libre, éclairé, spécifique, préalable, continu et révocable et/ou effectués par violence, contrainte, menace ou surprise ;
- 9.** la situation intervient dans un contexte d'abus d'autorité, de dépendance à l'accès au soin, d'abus de situation de vulnérabilité ou de vulnérabilité inhérente à la relation de soin ;
- 10.** la personne est abandonnée dans son parcours de soins, privée d'une prise en charge adaptée et/ou non réorientée vers un-e autre professionnel-le lorsque cela est nécessaire.

4.6. Focus sur les discriminations en gynécologie

39,8 %

des répondant-es déclarent au moins **un propos discriminant** parmi les catégories proposées.

6.e Un/une professionnel-le de santé a déjà eu à votre rencontre des propos :



10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question

Les discriminations dans le parcours de soins font partie intégrante des violences obstétricales et gynécologiques. Elles renforcent l'asymétrie de pouvoir entre soignant-es et patient-es, aggravent les situations de vulnérabilité et exposent de nombreuses personnes à un risque accru d'atteintes à leurs droits, à leur dignité, à leur intégrité physique, psychique, à leur consentement et à leur accès aux soins.

Les résultats de l'enquête établissent que près de 40 % des répondant-es a déjà été confrontée à des propos discriminants de la part d'un-e professionnel-le de santé. Les réponses étant à choix multiples, une même personne a pu déclarer plusieurs types de propos discriminants. Parmi les répondant-es, 20,2 % déclarent avoir subi des propos sexistes, 18,6 % des propos grossophobes, 3,4 % des propos validistes, 2,1 % des propos lesbophobes, 0,6 % des propos transphobes et 1,7 % des propos racistes. Par ailleurs, 12,1 % rapportent d'autres propos discriminants. À l'inverse, 53,7 % déclarent ne pas avoir reçu de propos discriminants et 6,5 % répondent ne pas savoir.

Ces résultats s'inscrivent dans un constat plus large documenté par le Défenseur des droits dans son rapport sur les discriminations dans les parcours de soins[35]. L'apport spécifique de cette enquête est de montrer comment ces discriminations se manifestent dans le champ gynécologique, en touchant particulièrement le corps, la sexualité, la contraception, la maternité, l'IVG, la stérilisation et la prise en compte de la douleur.

Les témoignages montrent que ces propos portent fréquemment sur le corps, le poids, l'âge, la sexualité, la situation conjugale ou familiale, la situation sociale, la religion, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, le handicap ou la pathologie. Elles montrent aussi que les discriminations sont rarement isolées : un même témoignage peut articuler sexisme, grossophobie, racisme, validisme, classisme, âgisme ou LGBTphobies.

La plupart des commentaires laissés à ce sujet ont eu lieu lors de consultations gynécologiques (avec un-e gynécologue, un-e médecin généraliste, un-e sage-femme), lors d'un suivi de grossesse ou de post-partum, ou

[35] 2025, Défenseur des droits, Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité, rapport.

lors de l'accouchement. Les autres concernent des consultations de PMA, d'IVG ou relative à une demande de stérilisation, ou lors d'échographies.

4.6.1 Grossophobie et normes corporelles

De nombreux récits portent sur le poids des patient·es : celles-ci ont été considérées comme « grosses », en « surpoids », avec « des kilos à perdre », y compris pendant la grossesse ou juste après l'accouchement.

“

- **« "Ah c'est vrai qu'à la campagne on mange bien! Vous voulez quoi, arriver à 100 kg ?". »**
- « Le médecin [...] quand je me suis déshabillée, m'a dit que j'étais trop grosse. »
- « Vous pouvez monter sur la table, elle supportera votre poids. »
- **« Je suis en surpoids, j'avais 16 ans. "Pourquoi souhaitez-vous une contraception ? Vu votre poids, personne ne voudra de vous." J'étais en couple. »**

Le poids fait ainsi souvent l'objet de chantage : il faut perdre du poids, sans quoi il n'y aura pas de prise en charge médicale, pas de PMA, pas de contraception.

“

- **« Si vous ne perdez pas de poids, ne venez pas me voir pour me dire que vous voulez un enfant »**

On observe aussi, dans les propos rapportés, une certaine pathologisation du poids, autrement dit, le surpoids expliquerait les difficultés à réaliser des examens mais aussi tous les problèmes de santé rencontrés par la personne en question.

“

- **« Mais comme j'étais grosse visuellement : ça expliquait à son sens tous mes problèmes. »**
- « "Vous avez des ovaires capricieux mais c'est pas choquant avec votre surpoids". J'ai su plus tard que mes ovaires ne sont pas capricieux, j'ai juste le SOPK... »
- « Vu mon poids je n'ai pas besoin de contraceptif. Ou bien qu'à cause de ma graisse on ne voit rien à l'écho. »
- « "Ah j'ai eu du mal hein (pour la coelioscopie pour la ligature des trompes) parce qu'avec votre gras du ventre là" avec des gestes qui montrent comment il a dû "forcer". »
- « Trop grosse pour pratiquer l'examen ! »
- « Comme j'étais grosse, c'était de ma faute si j'avais mal. Et un manipulateur radio m'a crié dessus pendant tout l'examen car il ne voyait pas bien à cause du gras. »

“

- « "Poids ?" (grossophobie) "vous n'aurez jamais d'enfants", "il faut perdre du poids pour en avoir un" (fiv), "vous allez mourir demain, c'est ce que vous voulez ?" "Vous n'avez pas de volonté" (cardiologie). »

- « La grossophobie est très présente dans ce corps médical. Si vous avez des douleurs, des saignements, même une incompatibilité avec une pilule, c'est dû à votre poids. Tout n'est pas dû à ça... J'ai moins été écoutée que quand j'étais mince. Ensuite, l'absence d'écoute des soignants provoque une perte de confiance, un sentiment d'injustice, et se répercute sur tout le système médical. Après, on vous reproche de ne pas avoir consulté avant. Quand on vous dit que vos douleurs sont dans votre tête, qu'on vous le répète à chaque fois, vous finissez par y croire... J'espère que la nouvelle génération se montrera plus ouverte. »

Ces propos visent ainsi à culpabiliser les personnes en surpoids, qui seraient donc responsables de la situation d'infertilité ou du dysfonctionnement des ovaires dont elles souffrent.

“

- « **Vous n'aurez jamais d'enfants, car vous êtes grosse. C'est de votre faute si vous êtes stérile. Ne revenez consulter que si vous perdez une bonne dizaine de kilos minimum.** »

- « "Il faut maigrir pour être en bonne santé, sinon il ne faut pas se plaindre d'avoir mal" (j'ai de l'endométriose et de l'adénomyose). »

Le poids n'est cependant pas le seul aspect physique qui donne lieu à des propos déplacés et discriminants. Reviennent souvent la taille de la poitrine (trop grosse ou trop petite), le fait d'être ou non épilé-e, les vergetures, etc. Les propos concernent aussi d'autres caractéristiques, comme les lèvres vaginales (hypertrophiées) ou la vulve (« charmante » car « jeune », « trop grosse », « petite vulve de blonde »), le vagin (« trop petit », celui d'« une pucelle », qui « sent »), l'utérus (« trop petit ») ou les ovaires (« capricieux », « paresseux », qui « ont une sale gueule » pour annoncer à la personne en question qu'elle était atteinte du SOPK).

“

- « **L'infirmière en lisant les résultats (présence d'un staphylocoque) a dit devant l'aide-soignante en s'adressant à moi "Il ne fait pas bon vivre dans le vagin de Madame, c'est tout pourri chez vous".** »

- « Propos insultants sur mon physique : je n'aurais pas le look pour mettre une guêpière et aller draguer, donc faire un frottis est inutile (j'étais âgée de 60 ans). »
- « Et lors d'un contrôle gygy de routine, la praticienne me palpe les seins sans me demander et me dit "Eh beh c'est tout petit ça, vous trouvez des hommes qui acceptent ça ?" »

4.6.2 Sexisme et normes de genre

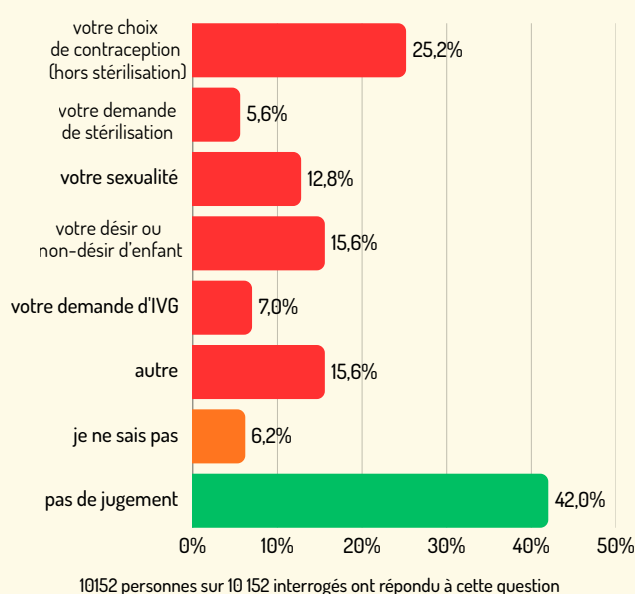
Les propos des professionnel·les de santé rapportés par les répondant·es mettent souvent en exergue de forts stéréotypes de genre : les femmes sont considérées comme faibles, douillettes (mot qui revient à plusieurs reprises, tout comme « chochette »), immatures, excessives, menteuses ; elles sont hétérosexuelles par défaut, et vierges si ce n'est pas le cas ; elles sont censées faire des efforts sexuellement pour satisfaire les « besoins naturels » de leur conjoint ; elles sont faites pour avoir des enfants ; elles doivent consulter leur mari pour telle ou telle contraception.



- « Lorsque j'ai exprimé mon refus d'avoir des enfants, le gynécologue m'a répondu que ce serait à mon futur conjoint de décider de ça, que j'étais trop jeune pour dire ça et que cette décision ne dépendait pas seulement de moi. »
- « L'anesthésiste le jour de l'accouchement est arrivé comme un colon et m'a dit: "Alors, je vous l'avais dit que vous alliez prendre la péri. Les femmes c'est toutes des chochottes, vous pensez supporter la douleur mais vous m'appellez à la rescousse quand vous commencez à contracter". »
- « "Votre douleur est liée à vos émotions et non pas réellement physique, c'est souvent le cas chez les femmes". »
- « "Les femmes sont douillettes".(...) »

Au-delà des adjectifs attribués aux femmes, certaines expressions sexistes sont utilisées par le ou la professionnel·le de santé, lorsqu'elles ou ils s'adressent aux femmes comme, « ma petite dame », « ma petite demoiselle », ou « ma chérie ».

5.h Le/la professionnel·le de santé a-t-il/elle déjà eu à votre rencontre des propos négatifs concernant :



De nombreux jugements rapportés portent aussi sur la maternité : le fait d'être mère ou de ne pas l'être ; de vouloir l'être ou de ne pas le vouloir. En fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques, de leur pathologie ou de leur poids, les personnes ont déclaré avoir été enjointes par les professionnel·les de santé à devenir mères ou au contraire à ne pas l'être (parce qu'elles étaient jugées trop jeunes, trop vieilles, ayant déjà trop d'enfants, ou dans une situation financière jugée instable). Les commentaires s'accordent ici avec les résultats des travaux scientifiques autour de la "norme procréative" (qui définit : qui, avec qui, quand et comment avoir des enfants) et de celle de la bonne maternité (qui valorise certaines maternités au détriment d'autres).

“

- « Je suis atteinte d'un handicap moteur lourd, et en couple avec un homme atteint d'une maladie génétique transmissible. Compte tenu de tout cela j'ai demandé une stérilisation tubaire. Refusée car j'avais moins de 40 ans. »

- **« Un gynécologue me dit qu'une femme sans enfant n'est pas accomplie, que la maternité apaise les femmes et fait d'elles de vraies femmes. »**

- « Suite à mes réserves sur la pilule, je voulais des renseignements sur une pose de stérilet. Quand je lui ai demandé combien de temps je pouvais le garder, elle m'a répondu "5 ans" : je lui ai demandé combien de temps minimum car je voulais des enfants dans un an ou deux (j'avais 25 ans) : elle m'a ri au nez, m'a dit que c'était trop jeune pour avoir des enfants, qu'on en reparlerait quand j'aurais passé les 30 ans, et que je devais déjà régler mes "petits problèmes" (je lui avais fait part de ma dépression en début de rdv) avant de "me reproduire." »

- **« "Il faut arrêter d'avoir des enfants ". »**

- « Il m'a fait des réflexions sur le fait de ne pas avoir d'enfants (à mon âge), avant même de connaître mes antécédents : "Après ça va chialer, mais il sera trop tard !", "Pourtant, vous n'êtes pas moche. Faites-vous engrosser par le premier mec pas trop moche qui passe" »

De nombreux autres commentaires concernent des jugements sur la sexualité, qu'elle soit supposée, fantasmée ou réelle, avec des remarques déplacées, ou une incitation des professionnelles de santé à avoir des rapports sexuels hétéro-pénétratifs (entre autres pour satisfaire le conjoint).

“

- **« Rééducation post parfum : insistance de la sage-femme pour reprise des rapports en insinuant que mon mari irait voir ailleurs et que mon périnée était vraiment abîmé et qu'il y avait peu d'espoir de le remercier correctement. »**

- « Vie sexuelle : un mois après avoir accouché, il m'a dit devant mon conjoint que c'était important de reprendre rapidement une activité sexuelle. »
- « Le gynéco m'a dit de me forcer quand je lui ai fait part de mes problèmes de libido. Que j'étais jeune et que ce n'était pas sympa pour mon conjoint. »
- « Que j'étais frigide. »
- « Des conseils à faire plus l'amour pour offrir satisfaction à Monsieur et assurer le bien être du couple. »
- « Le gynécologue m'a proposé de me montrer comment faire un enfant au cas où j'aurais oublié. »

- **« Et bah ! Si c'est serré comme ça tous les jours, les rapports doivent pas être drôles pour Monsieur ! »**

Des professionnel·les jugent le fait d'être « encore vierge à votre âge » ou au contraire ne plus l'être à un « jeune âge », d'éprouver des douleurs lors des rapports sexuels, « d'avoir une sexualité hors mariage » ou d'être « frivole » :



- « Lors d'une consultation (la 2ème, j'avais 18/19 ans) pour une pilule du lendemain, elle m'a dit : "Il va falloir apprendre à gérer votre bestialité." »
- « Tiens, curieux d'utiliser des petits jouets pour se faire plaisir seule. »
- « Je ne les ai plus exactement en tête mais quand j'ai dit que j'avais une sexualité libre étant célibataire, un gynéco m'a déjà dit de me calmer parce que c'était pas normal pour une femme. »
- « ... que j'avais une sexualité déviante, et que je mentais probablement sur le nombre de partenaires car une grosse n'en aurait pas autant. »

4.6.3 Discriminations intersectionnelles

On retrouve également dans les propos rapportés « le syndrome méditerranéen » et ses dérivés, préjugé selon lequel les femmes racisées, notamment d'origine africaine, supporteraient mieux ou exagèreraient, simuleraient leur douleur.



- « Avec vous, au moins, je ne vais pas avoir droit à tout un cinéma. Vous autres savez encaisser la douleur" (je suis noire) »
- « En fait, les propos concernaient les femmes étrangères. "Ces femmes se plaignent et crient trop fort quand elles accouchent". Cela m'a déplu... J'ai changé de gynéco. »
- « Malgré ce que j'apportais comme élément inquiétant, rien n'était pris en compte parce que je surjouais mes symptômes (je soupçonne parfois une forme de jugement dû à l'origine qu'on voudrait me donner bien que cela soit un fait, j'ai des origines maghrébines). »

Les inégalités de santé maternelle touchent également de manière disproportionnée certaines femmes migrantes. En France, le risque de mortalité maternelle est environ trois fois plus élevé chez les femmes nées en Afrique subsaharienne que chez celles nées en France (Saucedo et al., 2024)[36bis].

[36] On peut aisément postuler que les actes ou paroles discriminants envers les identités religieuses marginalisées ne sont pas limités à une seule religion. Dans les réponses que nous avons recueillies, nos enquêtée·es n'ont pas relaté d'actes ou paroles problématiques autres qu'islamophobes, ce qui ne signifie évidemment pas que des discriminations vis-à-vis d'autres appartenances religieuses n'existent pas dans le système de santé en place.

[36bis] Monica Saucedo, Mathilde Nizard, Catherine Deneux-Tharaux et al., Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018, Santé publique France-Inserm, 2024. Le rapport relève un risque de mortalité maternelle plus de trois fois supérieur chez les femmes nées en Afrique subsaharienne par rapport aux femmes nées en France.

Le sexisme se couple donc parfois au racisme à travers des stéréotypes de race, la critique du port du voile[36] ou l'essentialisation de certaines caractéristiques (taille de la vulve par exemple ou la représentation fantasmée d'une « sexualité débridée »).

“

- « Un gynécologue a traité des femmes souffrant de SOPK, (en tant que) soit “de petites femmes musclées bien foutues”, soit “de grosses mexicaines poilues”. Il a traité les femmes souffrant d'endométriose qui le critiquent, d'énervées que les médecins ne veulent pas soigner. Il dit également que les femmes qui ont un creux aux hanches ont des hanches d'homme”. »

- « Le fait que les femmes “de couleur” ont “une odeur de sexe plus forte”. Je cite ».

- « Je suis française convertie, portant le voile. On m'a déjà dit de retourner dans mon bled pour pondre mes gosses, que ce n'est pas la France qui va les nourrir. »

- « Un test HIV à mon insu après que j'aie déclaré que le partenaire duquel j'étais enceinte était malien. »

De nombreux jugements et propos discriminants rapportés portent aussi sur la situation conjugale ou familiale (le fait d'être une future maman solo, d'être en couple de même sexe, etc.), l'orientation sexuelle et l'identité de genre.

- « “ça n'existe pas” concernant mon identité de genre, “un jour vous trouverez le bon mec” lorsque je parlais de mes relations sexuelles exclusivement partagées avec des personnes AFAB (liste non exhaustive). »

- « Il m'a dit : “En couple avec une femme ? Et vous comptez faire un enfant comment?”. Je lui ai répondu : “En faisant appel à Dieu !” (Je suis athée :-)). »

- « Elle s'y connaissait très peu dans les risques qu'encourent les lesbiennes dans leurs rapports (transmission d'IST) et m'a encouragée à “ne pas retourner la voir si je continuais dans cette voie” parce que ça ne servait à rien selon elle. Et quand je lui ai dit que j'étais bi, elle m'a dit que “quand je commencerais à coucher avec des hommes, je pourrais retourner la voir” (propos biphobes). »

- « Une psychologue m'a demandé si je détestais les hommes et si je n'étais pas devenu·e homosexuel·le après avoir vécu des VSS avec des hommes. Elle pensait que l'association des deux était courante. »

4.6.4 Discriminations dans les DROM-COM : des récits marqués par l'imbrication du racisme, du sexisme, de la grossophobie et des normes de maternité

Les répondantes résidant dans les DROM-COM sont faiblement représentées dans l'enquête. Les témoignages recueillis ne permettent donc pas de comparer les territoires entre eux, ni de produire une analyse représentative de leurs spécificités. Ils permettent néanmoins d'identifier des situations où plusieurs formes de discrimination se combinent, notamment autour de l'origine réelle ou supposée, du poids, de la douleur, de la sexualité, de l'âge et de la maternité.

“

• « Pour ma première échographie, la gynéco m'a fait comprendre avec un air hautain que les jeunes femmes comme moi qui cherchent des réponses sur Google, ça lui sortait par les yeux et qu'elle n'acceptait pas ce genre de "choses"; tout cela après m'avoir fait attendre 30 minutes de plus (parce qu'elle parlait chaleureusement avec une autre patiente typée métropolitaine) et avec une consultation express où je n'ai quasiment pas pu poser des questions. C'était ma première grossesse, je suis rentrée dans ma voiture et j'ai pleuré, je suis créole et, à ce moment, j'ai senti son racisme envers moi et sa condescendance.»

• « On m'a dit que j'étais trop grosse pour tomber enceinte (je faisais un 42)...

• « On a imité l'accent des Antilles (je suis réunionnaise) »

• « On m'a dit qu'il fallait que j'arrête de pondre (10 fausses couches, uniquement 2 enfants vivants) »

• « Il m'a même dit, énervé "Arrêtez de contracter, j'ai un travail à faire " »

• « Sur une relation lesbienne, "Vous devez prendre la pilule au cas où vous rencontriez le bon". »

• « "Les personnes de couleur sont des lapines." Je n'avais donc pas de soucis de santé, juste de position : j'ai été invitée à lire le Kamasutra, visionner des films pour adultes. »

• « De toute façon la nature est bien faite, il y a plein enfants à adopter : au vu de la couleur, il n'était pas utile que je me reproduise. »

• « "Commencez par perdre du poids", je faisais 45 kg pour 1 m 60 !!! »

• « "Il ne devrait pas y avoir urgence. Ça ne doit pas se bousculer à votre portillon" (Lors du report à son initiative d'un rdv pour la pose de stérilet. Je suis obèse) / "Ah, les bonnes femmes, toutes les mêmes : toujours à chouiner que vous avez mal mais jamais contentes des solutions qu'on vous donne" (lors de questionnement quand à une solution hormonale qui m'étais prescrite)." »



- « Un gynéco m'a dit que mes ovaires avaient une sale gueule pour m'annoncer que j'ai le sok (j'ai fondu en larmes), de me presser à avoir un enfant alors que je ne consultais pas pour ça. Quitte à en faire un seule. »

Les verbatims d'enquêté-es de La Réunion sont plus nombreux dans ce sous-corpus, et font apparaître de manière particulièrement marquée des propos associant grossophobie, racisme, sexualisation et jugements sur la maternité. Les autres témoignages ultramarins recueillis, moins nombreux, ne permettent pas de distinguer finement les spécificités de chaque territoire. Ils font néanmoins apparaître des mécanismes comparables : jugements liés à l'âge, à la maternité, au poids, à la douleur, à la sexualité ou à l'origine réelle ou supposée. Ces éléments invitent à mener des recherches spécifiques dans les différents territoires ultramarins, notamment en Guadeloupe, Martinique, Guyane, Mayotte, Réunion, Nouvelle-Calédonie et dans les autres collectivités concernées, afin de mieux documenter les inégalités de prise en charge et les discriminations dans les soins gynécologiques et obstétricaux.

4.6.5 Les personnes trans et non-binaires : déni de l'identité de genre, refus de soins et errance médicale

Les témoignages de personnes trans mettent en évidence des formes spécifiques de discrimination dans le suivi gynécologique. Elles rapportent notamment des situations de mégenrage, de remise en cause de leur identité de genre ou des propos hostiles.



- « **Homophobie/transphobie : remise en question de mon identité de genre masculine en raison de mon attirance pour les hommes.** »
- « Une médecin généraliste que je n'avais jamais vue auparavant, à la fin de la séance (en compagnie de ma mère à l'époque vers mes 16 ans), se met d'un coup et sans aucune raison, lors d'une discussion, à parler du fait qu'elle déteste les personnes de la communauté LGBT (elle ne connaissait même pas les initiales, elle l'a dit en cherchant ses mots et c'est moi qui ait dû les lui dire). Elle s'acharnait sur l'effet de mode, etc. »
- « **Mégenré pendant l'entièreté de la consultation.** »

Les récits montrent également que la transphobie peut contribuer à des retards de diagnostic, en particulier lorsque les symptômes sont minorés, les examens non effectués allant même jusqu'au refus de soin des professionnel·les de santé.



- « «Avant ma transition (FtM), propos grossophobes, toutes mes douleurs étaient soi- disant liées à mon poids (migraine, dos, suspicion d'endométriose avec retard de diagnostic, du coup). »

“

- « Je suis un mec trans, je n'ai jamais eu de rapports sexuels avec quelqu'un pour cette raison : pendant 5 ans, 2 gynécologues différentes ne voyaient pas l'intérêt de m'examiner ou me faire un frottis car je n'avais pas mal. Et donc quand j'ai eu un saignement un jour, j'ai fini par être ausculté et j'ai été diagnostiqué d'un lichen scléreux. Je ne comprenais pas pourquoi elles refusaient alors que je le demandais en mode préventif. J'aurais été diagnostiqué plusieurs années avant, car j'avais vu certains signes il y a très longtemps et malheureusement je ne savais pas ce qu'ils représentaient. Je peux comprendre qu'on ne veuille pas imposer des examens ou en proposer s'il ne sont pas du tout nécessaires, mais si la personne le demande, il faut accepter. »

Des témoignages traduisent également des refus de soins :

“

- **« Un médecin a refusé de me faire passer une IRM quand il a su que j'étais trans, alors qu'il voulait le faire juste avant, estimant que ce n'était pas nécessaire finalement. Pourtant, il me soupçonnait fortement une endométriose. Je ne suis toujours pas diagnostiqué près de dix ans après. »**
- « Elle m'a signifié en début de consultation son refus de me soigner : « Je ne sais pas et je ne vais pas me former à toutes les spécificités ». Cette sage-femme me suivait avant ma transition et n'a pas non plus voulu me conseiller un·e autre soignant·e. Je n'ai plus jamais consulté depuis pour mon suivi gynéco. »
- « "Je ne m'occupe pas des trans" etc., d'où errance médicale. »

Ces témoignages montrent que les personnes trans peuvent être exposées à une double difficulté : devoir accéder à des soins gynécologiques dans un système encore largement pensé autour de patientes cisgenres, tout en faisant face à des professionnel·les parfois insuffisamment formé·es, voire explicitement discriminant·es. Le mégenrage, le refus de soins, l'absence d'orientation et les retards diagnostiques ne relèvent donc pas seulement d'un défaut relationnel : ils constituent des obstacles concrets à l'accès aux soins et à la continuité du suivi gynécologique.

Les témoignages des personnes non-binaires mettent en évidence des formes spécifiques d'invisibilisation et de remise en cause de leur identité de genre. Plusieurs récits décrivent des situations dans lesquelles les professionnel·les présumant une identité de femme cisgenre hétérosexuelle, n'interrogent ni le genre, ni la sexualité, ou réinterprètent les vécus à travers un modèle binaire et hétérosexuel. Ces expériences s'articulent souvent à d'autres discriminations, notamment sexistes, LGBTQIA+phobes, validistes, grossophobes ou racistes.

“

- « On m'a dit que c'était inconscient d'avoir ma sexualité, que si je perdais du poids mon entrejambe serait plus beau à voir, que mon hyperpigmentation entre les jambes faisait sale alors que je suis mate de peau, que ma peau avait une drôle de teinte, que mes parties sentaient mauvais. »
- « Un gynéco n'imaginait même pas une seconde me demander mon genre ou ma sexualité. Pour lui c'est évident que je suis une femme hétéro. Je n'ai jamais osé lui dire. Je ne suis juste pas très à l'aise (j'ai peur qu'il ne comprenne pas et me demande d'expliquer). »
- « **Attitude froide par rapport au fait que je n'ai pas de sexualité cis hétérosexuelle... légitimer la transidentité de mon partenaire accompagnée de la lesbophobie, de l'injonction à être avec une personne homme avec un penis. »**

Ces témoignages attestent que l'invisibilisation de la non-binarité peut dégrader la relation de soin, renforcer le malaise en consultation et limiter l'accès à une prise en charge adaptée. Le nombre limité de verbatims spécifiquement centrés sur la non-binarité invite toutefois à interpréter ces résultats avec prudence et souligne l'intérêt de recherches complémentaires.

Comme on le voit, la plupart des propos discriminants s'accompagnent souvent d'une discrimination par l'âge : trop jeune pour avoir une contraception, pour avoir des relations sexuelles, pour être mère etc. ; à l'inverse trop vieille pour avoir des enfants, pour réaliser un frottis car considérée comme sexuellement inactive (« Je vous vois mal en guêpière »).

4.6.6 Discriminations liées à la situation socio-économique

Les propos discriminants portent aussi sur la situation socio-économique des patient.es/consultant.es. Les répondant.es rapportent ainsi des propos classistes qui s'entrecroisent avec des propos sexistes :

“

- « La personne m'a dit de tout simplement changer de métier ou de serrer les dents. Être une personne réglée avec un métier physique, ce n'était pas une idée ingénieuse. »
- « Beaucoup de jugements lors des périodes où j'étais sous CMU et des refus de soins généraux. Ainsi que des préjugés sur mon nombre d'enfants présumé (je n'en ai pas) car je suis racisée. Des jugements sur mon poids et mon mode de vie présumé, toujours faux. »
- « Je suis tombée enceinte à mes 26 ans, avec un travail assez précaire. Mon gynéco de l'époque m'a dit que c'était une mauvaise idée d'avoir des enfants car selon lui, je n'avais pas de "situation". »

4.6.7 Validisme

Les participant·e·s en situation de handicap, qu'il soit visible ou invisible, témoignent d'une forme de solitude face à la prise en compte de leurs pathologies lors d'un examen gynécologique. Dans certains cas, suite à l'absence de suivi médical ou après un examen, les patient·es ont développé une maladie qui les handicapent au quotidien, ce que nous développerons plus tard comme étant les conséquences d'un validisme mêlé au sexisme. Le questionnaire ne disposant pas de question idoine, les participant·es n'ont pu déclaré ni pathologie, ni handicap. Nous disposons ainsi de témoignages ne représentant pas l'ensemble des difficultés pouvant être rencontrées par les personnes en situation de handicap.



- « Handicapée et lesbienne, je n'ai pas voulu de contraception lorsqu'on me l'a proposée. On m'a répondu qu'il fallait pourtant que je fasse attention à ne pas me reproduire ...»
- « Vous n'êtes pas handicapée, jeune fille, vous comprenez ce que je vous dis. »
- « Une professionnelle de santé m'a dit qu'on a la belle vie quand on est handicapée puisqu'on vit de l'AAH. J'ai écrit à l'ARS, ils ont minimisé les faits. J'ai changé de professionnelle, mais je ne me sens pas écoutée. »
- « Mes diagnostics d'autisme, de TDAH et d'anxiété systématiquement mis de côté avec 0 proposition pour rendre la consultation moins anxiogène/épuisante. »
- « Je dis préférer éviter une contraception à prendre tous les jours car je l'oublie fréquemment (j'ai un TDAH mais ne lui ai pas dit) : "Si mes filles me disaient ça, je leur mettrais des gifles". »
- « Je suis bipolaire, il m'a dit que, de toute façon, je serais une mauvaise mère, qu'en plus j'étais trop grosse pour tomber enceinte. »
- « Je pense notamment à une consultation où le gynécologue a refusé de faire l'examen hors des étrières / dans une autre position, alors que j'ai une maladie des articulations qui était alors en pleine poussée et qu'écarter les jambes était insupportable en termes de douleur : il a tout de même procédé à l'examen, en me faisant du chantage ("ça fait deux mois que vous avez rendez-vous, vous n'allez pas renoncer à l'examen, c'est idiot"), en me disant qu'il était impossible de faire l'examen autrement (la position à l'anglaise ? connaît pas) et...en grommelant ensuite que c'était compliqué parce que je n'écartais pas assez les jambes. Ce à quoi il a remédié assez efficacement, en écartant les étrières sans me prévenir. J'ai fini l'examen en pleurant de douleur. »



- « Je suis en situation de handicap et je touche l'AAH. Quand je l'ai dit à ma gynéco elle m'a répondu "l'AAH à 22 ans c'est un arrêt de mort". Elle m'a aussi dit que je ne pouvais pas avoir un TDAH parce que j'ai un bac+3 (j'ai eu un diagnostic peu de temps après). »
- « Vous savez, souvent les hommes partent quand il y a l'apparition d'un handicap chez la partenaire, donc c'est gentil à lui de rester avec vous. »
- « De manière générale, je trouve que nombreux sont les professionnels de santé, médecins, infirmiers, ambulanciers, (qui) traitent les patients comme des objets, ne donnent pas d'explication. Ma mère est handicapée et le traitement aux urgences ou par les ambulanciers ou par son médecin généraliste est très déshumanisé, brusque »
- « Plus jamais d'hommes gynécologues, que des femmes, et beaucoup de bienveillance et plus d'explications et s'adapter aux personnes handicapées qui ne comprennent pas forcément les questions comme ce qu'il m'est arrivé. Ça m'a bloquée des années et j'ai bousillé ma santé, j'ai été diagnostiquée TDAH et HPI mais je suis persuadée d'être autiste comme mon fils car je ne comprends pas forcément toutes les questions. »
- « Je suis ménopausée et j'ai bénéficié d'un traitement hormonal substitutif qui me convenait bien. Ma gynécologue est partie à la retraite et je ne parviens pas à trouver de gynécologue qui accepte de prolonger ce traitement. Le médecin traitant et les gynécologues s'appuient sur les statistiques de risques pour des femmes valides, sans prendre en compte les bénéfices / risques pour une femme handicapée. Les bouffées de chaleur gênent mon sommeil, accentuent la fatigue, ce qui impacte mon autonomie. La préservation du capital osseux n'est pas prise en compte non plus (scoliose et tassement). »
- « Je souffre de vaginisme. Les frottis, etc. ont toujours été douloureux. J'ai rencontré des gynéco et sage-femmes (toutes des femmes) qui ont su m'aider à appréhender les examens mais sans proposer d'alternatives. J'en ai rencontré beaucoup d'autres qui n'ont pas pris du tout en compte ma douleur. Étant autiste, ces examens, quoiqu'il en soit, me font systématiquement finir en shutdown. »

Le validisme peut amener des soignants à minimiser des douleurs invalidantes, comme c'est le cas pour les personnes atteintes d'endométriose, par exemple, sans proposer d'alternative à l'examen douloureux ni adaptation de celui-ci.

“

- « En tant que femme atteinte d'endométriose diagnostiquée à 28 ans suite à des douleurs extrêmes menant à l'impossibilité d'avoir une vie normale, j'avais alors eu un suivi gynécologique de mes 16 à 22 ans.... Je souhaite que les choses changent. Mes consultations avec la première gynéco m'ont menée à des traumatismes qui m'ont poussée à arrêter le suivi pendant des années. Que ma pathologie soit mieux connue, expliquée. Il faut arrêter le tabou : **le tabou tue, le tabou fait souffrir.** »
- « Bon courage à vous pour lire tous ces témoignages douloureux. Merci infiniment pour cette enquête. J'ai personnellement mis 13 ans à être diagnostiquée, avant c'était "vous n'avez rien", "vous êtes tendue", et **aujourd'hui je suis handicapée.** J'ai réalisé il y a quelques mois que j'avais été victime du patriarcat médical. Comme plein d'autres personnes autour de moi. Ensemble, on sera assez fort.e.s pour mettre fin à ces violences ! »
- « Merci de tenter de faire évoluer ce sujet. Atteinte d'endométriose gynéco, urinaire et digestive, je passe ma vie à faire des consultations atroces... »
- « **"Vous avez de l'endométriose ? Bon, mais c'est un vrai diagnostic posé par un médecin avec IRM ou un diagnostic tiktok de gamine qui a mal au ventre ?"** »

Ces témoignages montrent que les discriminations ne constituent pas des violences périphériques ou secondaires. Elles participent pleinement des violences obstétricales et gynécologiques, en disqualifiant la parole des patient-es, en provoquant des préjudices moraux et parfois physiques, en justifiant des refus de soins, en retardant des diagnostics, en conditionnant l'accès à certains parcours et en renforçant l'asymétrie de pouvoir dans la relation de soin.

Elles montrent également que toutes les patient-es ne sont pas exposé-es aux violences de la même manière : certains corps, certaines trajectoires et certaines identités sont davantage surveillés, jugés, suspectés ou dévalorisés. Les discriminations sexistes, grossophobes, racistes, validistes, lesbophobes, transphobes, classistes ou liées à l'âge etc. aggravent ainsi les risques d'atteinte au consentement, à la dignité, à l'accès aux soins et à la qualité de la prise en charge.

4.7 Outil d'information et de sensibilisation élaboré par StopVOG

StopVOG propose une brochure détaillée sur les VOG et de présentation de l'Association. Cet outil de sensibilisation est téléchargeable et disponible gratuitement dans plusieurs langues sur notre site internet stopvog.fr

LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES ET GYNÉCOLOGIQUES (VOG)

SONT DES VIOLENCES COMMISES PAR DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ENVERS DES PATIENTES LORS DU SUIVI GYNÉCOLOGIQUE "CLASSIQUE" OU DANS LE CADRE D'UNE PATHOLOGIE (ENDOMÉTRIOSE, CANCER GYNÉCOLOGIQUE, ETC.), D'UN AVORTEMENT (VOG), OU DU SUIVI OBSTÉTRICAL - GROSSESSE, ACCOUCHEMENT, INTERRUPTION SPONTANÉE DE GROSSESSE, POST-PARTUM, PMA.

C'est TON DROIT :

- De prendre RDV juste pour t'informer, l'examen gynécologique ne doit jamais être systématique.
- D'avoir ton corps, ta pudeur, ton rythme, tes choix, ta sexualité, etc. respectés.
- De refuser ou reporter un examen vaginal (ou autre), de poser des questions.
- De choisir ta contraception, de décider d'avorter, ou non, sans entrave, ni jugement.
- De faire tes prélèvements vaginaux et HPV toi-même.
- De cacher ton bassin d'un tissu lors de l'examen gynéco, d'insérer toi-même le spéculum.
- D'être accompagné-e par la personne de ton choix, de refuser la présence d'autres soignant.es.
- De demander une anesthésie si un acte ou un examen médical est douloureux.
- De choisir ta position pour l'examen gynécologique ou pour accoucher, et de rédiger un projet de naissance.

LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES ET GYNÉCOLOGIQUES (VOG)

- ✗ **NON-RESPECT DE TON CONSENTEMENT** libre et éclairé*.
- ✗ **MAUVAISES PRATIQUES** médicales ou **ABUSIVES** : comme le frottis systématique avant 25 ans, le déclenchement sans indication médicale, l'expression abdominale*** interdite depuis 2007 par la H.A.S*, etc.
- ✗ **DISCRIMINATIONS** : propos ou attitudes sexistes, racistes comme par exemple le syndrome méditerranéen**, grossophobes, validistes, transphobes, lesbophobes, homophobes, etc.
- ✗ **VIOLENCES PSYCHOLOGIQUES** : mépris de ta douleur, de tes symptômes, de tes choix, de ton intimité; propos ou attitudes jugeant.es, infantilisant.es, humiliant.es; pression, chantage pour accepter, etc.
- ✗ **VIOLENCES PHYSIQUES** : actes/examens douloureux, poursuivis malgré ta douleur, position forcée, coups, etc.
- ✗ **VIOLENCES SEXUELLES** : harcèlement sexuel, agression sexuelle, viol.

*Frottis avant 25 ans : non recommandé par la Haute-Autorité de la Santé Française
**Syndrome méditerranéen : stéréotype raciste médical consistant à minimiser la douleur des patient.es perçus.es comme d'origine méditerranéenne.
***Expression abdominale : pression violente exercée sur le ventre au moment de la sortie du bébé - manœuvre interdite depuis 2007 par la H.A.S.



©Association StopVOG



Brochure d'information élaborée par StopVOG

CONCLUSION

La plupart des témoignages dépeignent des violences obstétricales et gynécologiques qui ne se réduisent pas à des actes isolés ou exceptionnels. Elles prennent des formes multiples : actes réalisés sans consentement, examens imposés ou poursuivis malgré la douleur, défaut d'information, humiliation, infantilisation, chantage au risque médical, refus d'écouter la parole des patient-es, exposition non consentie du corps, gestes déplacés, objectification des personnes soignées, déshumanisation des soins et discriminations.

Ces violences ont en commun de fragiliser ou de nier la place des patient-es comme sujets de droit. Elles produisent une dépossession du corps, de la parole et de la décision. Dans de nombreux récits, les répondant-es décrivent le sentiment de ne plus être considéré-es comme des personnes, mais comme des corps disponibles, des objets de soins, des supports d'apprentissage, ou des patient-es devant se soumettre à l'autorité médicale.

Nommer ces violences est donc indispensable. Cela permet de les sortir de leur banalisation, de reconnaître leur gravité, et de comprendre qu'elles ne relèvent pas seulement de comportements individuels, mais aussi de normes professionnelles, institutionnelles et sociales qui rendent ces situations possibles. **Les mots employés spontanément par les répondant-es — humiliation, contrainte, violence, agression, viol, traumatisme, sidération, dépossession — illustrent la gravité du vécu rapporté, doivent être considérés comme des signaux d'alerte majeurs et témoignent d'une rupture profonde dans la relation de soin.**

Reconnaître les violences obstétricales et gynécologiques ne signifie pas remettre en cause la nécessité des soins gynécologiques, obstétricaux ou médicaux. **Cela signifie rappeler qu'aucun acte médical, aucun objectif de soins, aucune organisation hospitalière et aucun impératif de formation ne peut justifier la négation du consentement, de la dignité, de l'intégrité corporelle et de la parole des patient-es.**

Cette reconnaissance est d'autant plus nécessaire que les violences rapportées ne touchent pas toutes les personnes de la même manière. **Les discriminations sexistes, grossophobes, racistes, validistes, lesbophobes, transphobes, classistes ou liées à l'âge renforcent l'asymétrie de pouvoir dans la relation de soin et exposent certaines patient-es à des formes accrues de violences.** Les témoignages analysés enseignent que les violences obstétricales et gynécologiques doivent être pensées à la fois comme des atteintes au consentement, à la dignité et à l'intégrité corporelle, mais aussi comme des violences traversées par des rapports sociaux de genre, de race, de classe, d'âge, de validité, de corpulence, d'orientation sexuelle et d'identité de genre.

Au regard de leurs effets sur la santé physique et psychique, sur le recours aux soins, sur les retards diagnostics, sur la confiance envers les professionnelles de santé et sur les inégalités d'accès aux soins, les violences obstétricales et gynécologiques constituent donc **un enjeu majeur de santé publique.**

En conséquence, nommer les violences obstétricales et gynécologiques constitue un élément indispensable pour les prévenir efficacement et transformer durablement les pratiques de soins. C'est une condition nécessaire pour pouvoir, à terme, restaurer la confiance entre les soignant-es et les soigné-es.



APPUI SCIENTIFIQUE

• Sexisme et normes de genre

Le sexisme et les normes de genre traversent constamment les VOG. Les stéréotypes, l'infantilisation, et l'assignation à certains rôles ont été relevés comme des thématiques centrales dans les témoignages. Les rapports de genre sont imbriqués dans la société et nous amènent à les reproduire et les rejouer au sein d'autres systèmes (Popovitch & Warren, 2010), notamment de l'hôpital (Kahalon & Klein, 2025) [36].

La santé des femmes n'a jamais été une préoccupation centrale en médecine, les études portant encore récemment principalement sur des populations masculines (Shaw et al., 2025). La médecine s'est d'ailleurs construite à partir du corps des hommes, par rapport auquel le corps des femmes a très longtemps été considéré comme défaillant. La conséquence est une méconnaissance de la santé des femmes, surtout lorsqu'il s'agit de pathologies liées aux organes sexuels et reproductifs (endométriose, dysfonctions sexuelles, ménopause), ce qui a un impact sur la prise en charge et la considération des symptômes des femmes.

De plus, les stéréotypes de genre, encore bien présents dans la société, notamment constitutifs de la naissance de la gynécologie, associent la féminité à l'irrationalité, l'ignorance, la déviance, l'hypersensibilité et l'émotivité, alors que la masculinité est associée à la rationalité et à la normalité. Dans les stéréotypes de genre se trouve également l'idée que les hommes sont forts et les femmes sont faibles. Ainsi, les femmes sont considérées comme étant trop sensibles, trop émotives, et par conséquent leurs plaintes ne sont pas prises au sérieux (Fielding-Singh & Dmowska, 2022). Face à la prétendue irrationalité des femmes, le corps médical se revendique porteur de la "raison" (Shaw, 2025). Le sexisme est pourtant une source de violence. En effet, il regroupe un ensemble d'attitudes misogynes, ouvertement négatives et préjudiciables envers les femmes. Ces croyances sont fortement liées à des attitudes de justification des violences faites aux femmes, qui "doivent rester soumises". Il y a en effet souvent une volonté de contrôle du corps des femmes, de leur sexualité, de leur choix ou non d'enfanter. De manière générale, le sexisme engendre une moindre reconnaissance des restrictions de liberté et les abus émotionnels comme des agressions verbales, comme des formes de violences faites aux femmes (Rollero et al., 2021). Il est crucial de comprendre que ces croyances sexistes se jouent au sein des pratiques médicales et peuvent expliquer un certain nombre de VOG (Kahalon & Klein, 2025).

• Violences intersectionnelles

Dans le cadre des VOG, il est également nécessaire de prendre en compte la question de l'intersectionnalité, c'est-à-dire la manière dont l'appartenance conjointe à plusieurs groupes sociaux stigmatisés dans la société interagissent et peuvent créer des situations de discrimination (El Kotni & Quagliariello, 2022 ; Eaton & Stephens, 2020, in Kahalon & Klein, 2025). En plus d'être une femme, appartenir à une classe sociale défavorisée, à certains groupes ethniques minorisés ou à une minorité sexuelle, être une mère célibataire, avoir un handicap, posséder un faible niveau d'éducation, être en surpoids, être jeune ou âgé-e sont des facteurs qui se combinent et qui accroissent le risque de subir des VOG, notamment à travers la déshumanisation et la discrimination, souvent générés par la présence de stéréotypes (El Kotni & Quagliariello, 2022 ; Yupanqui-Concha et al., 2024 ; Cardenas-Castro & Salinero-Rates, 2018 ; Kahalon & Klein, 2025).

[36] Les références ayant servi à l'élaboration de cette section figurent dans la bibliographie finale.

Par exemple, dans une étude aux Etats-Unis, les femmes issues de milieux socioéconomiques défavorisés rapportent environ deux fois plus souvent avoir été menacées ou réprimandées par des médecins (Vedam et al., 2019). En France, les femmes originaires d'Afrique subsaharienne sont significativement plus susceptibles d'accoucher par césarienne que les femmes nées en France (33,3 % contre 19,3 % dans Sauvegrain, 2012). Cette différence est parfois justifiée par certains soignants par l'argument selon lequel ces femmes auraient des grossesses plus courtes que les femmes européennes, une affirmation reposant essentiellement sur une seule étude américaine isolée, ce qui est ainsi peu robuste scientifiquement. Par ailleurs, dans le système médical français, les femmes racisées, notamment d'origine africaine, sont fréquemment associées au « syndrome méditerranéen », un stéréotype qui conduit les soignant-es à considérer leurs plaintes et expressions de douleur comme exagérées et ainsi à moins les prendre au sérieux, notamment dans le cadre gynécologique et obstétrical (Labainville, 2025 ; Défenseur des droits, 2025), ce dont témoignent plusieurs femmes dans l'enquête menée par StopVOG.

- **Validisme**

Charlotte Puiseux, docteure en philosophie et psychologue, qui s'est beaucoup inspirée des études féministes, queer et handies de l'universitaire américaine Alison Kafer, donne une définition du validisme comme étant un système de pensées et d'attitudes qui dicte que les êtres humains classés dans la catégorie "handicapé" ont moins de valeur que les autres et sont ainsi considérés comme naturellement inférieurs. La notion d'un handicap organisé par l'environnement est aussi ce qui permet l'exclusion de la société des personnes handicapées et d'où sont justifiées les violences à leur égard.

Un angle mort de la prise en charge gynécologique

Ce rapport de recherche met en lumière qu'il existe une dimension systémique des violences gynécologiques et obstétricales, se traduisant également à l'intersection du sexisme et du validisme. En effet, les femmes et les personnes minorisées se trouvant en situation de handicap ne font pas seulement face au dysfonctionnement du système de soins, déjà connu, mais aussi à une sorte de disqualification de leur autonomie, très représentatif des visions médicales patriarcales et capacististes (autre terme pour validisme).

Un des premiers effet du validisme en gynécologie repose sur une double injonction : infantilisation (dû à la perception d'un corps asexué) ainsi que suspicion quant à la dangerosité que pourrait représenter un désir de maternité chez une personne en situation de handicap.

Dans l'étude d'Evans et al. (2024), il est argumenté que les personnes en situation de handicap sont systématiquement renvoyées à des croyances stigmatisantes et eugénistes de la part des équipes médicales. En effet, cette double injonction met une étiquette de "risques" sur des désirs de grossesse sans justification médicale préalable.

C'est dans cette lignée que de nombreux collectifs et individus, comme les DesValideuses et Dear Valid People, pour ne citer qu'eux, se battent pour une société anti-validiste et féministe intersectionnelle ainsi qu'une justice reproductive qui consiste à dire que chaque humain a le droit de garder une autonomie corporelle et personnelle sur le désir d'avoir un ou plusieurs enfants, de refuser d'en avoir ou encore d'élever d'autres enfants de la communauté. L'oppression reproductive s'inscrit dans une histoire longue et lourde du contrôle des corps.

Les études de Meyer, Stöckl et al (2022) décrivent bien les différentes violences institutionnelles que subissent les personnes en situation de handicap : stérilisation forcée, privation d'accès à l'information ou encore déni de choix contraceptifs. Celles-ci sont graves et sont le symptôme d'une société qui, encore aujourd'hui, permet l'eugénisme.

Une multiplicité des violences psychologiques et physiques

La maltraitance institutionnelle décrite par Wudneh et al. (2022) démontre que les individus en situation de handicap subissent une “double peine” lors des soins gynécologiques, notamment sur le non-respect de leur intimité durant les examens (manque de consentement) mais aussi des abus verbaux et des situations d'abandon ou de négligence par les structures de soins. Les notions de rigidité et de paternalisme médical sont aussi très présentes, qui sont souvent justifiées par une “vulnérabilité supposée” des patient-e-s qui perdent leur statut de sujet de droit à ce moment là et sont réduit-es à un objet de soins.

Béatrice Idiard-Chamois, citée dans Vivre et lutter dans une société validiste par Charlotte Puiseux (2022), est sage-femme en situation de handicap qui a travaillé sur les maltraitances des personnes handicapées. Elle explique que le manque de formation des médecins peut provoquer des violences volontaires ou involontaires. Elle cite plusieurs patient-es dont les praticien-nes ignorent par exemple les réflexes moteurs et forcent l'examen. Les arguments eugénistes et de rentabilité sont aussi d'une grande violence institutionnelle. Elle rapporte qu'une patiente s'est vu refuser une grossesse, lors de son parcours PMA, car son enfant risquait de naître avec la même pathologie et de coûter donc cher à la Sécurité Sociale. Béatrice Idiard-Chamois a alors créé, en 2006, la première consultation française dédiée à la “parentalité et handicap” à l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris. Elle permet d'accompagner les femmes handicapées avant, pendant et après la grossesse avec un suivi adapté.

Le gaslighting médical et l'accès aux soins

La parole des patient-e-s est souvent disqualifiée avec de fréquentes situations de gaslighting (minimisation ou négation de leur ressenti) en imposant des procédures forcées qui peuvent être douloureuses ou non consenties sous prétexte d'un corps fonctionnant différemment (Khan et al., 2024).

Cette défaillance globale était déjà dénoncée depuis 2008 par la Haute Autorité de Santé dans le rapport “Accès aux soins des personnes en situation de handicap” qui souligne une réalité critique déjà installée depuis longtemps : de nombreux médecins généralistes ne prescrivent plus ou n'orientent plus les personnes en situation de handicap vers des examens gynécologiques, faute de spécialistes formés au handicap.

Pour une justice reproductive et des soins gynécologiques adaptés et à l'écoute des personnes en situation de handicap

Le validisme médical, face à l'accès aux soins gynécologiques et au désir de parentalité des personnes en situation de handicap, est source d'une injustice profonde et ancrée, non pas de manière individuelle ou autour de cas isolés, mais bien en tant que système d'oppression qui nécessite une prise en charge politique et éthique urgente. Cette lutte doit s'inscrire dans une démarche féministe et intersectionnelle.

La lutte pour une justice anti-validiste, pour une réappropriation de son corps mais aussi l'élan d'une autre manière de vivre le temps à la différence d'un rythme imposé comme “normal” (productivité, travail, performance, rapidité...) par les sociétés.

Les Disability Studies (étude sur le handicap) est une discipline très présente dans les pays anglo-saxons qui a permis de faire émerger plusieurs courants et concepts politiques dont la Cripple Culture (“mouvement crip”) englobe une grande partie. Elles ont par exemple permis l’édiction de l’ADA (Americans with Disabilities Act -loi américaine sur les personnes handicapées) en 1990 au Etats-Unis.

En France, le combat reste encore épineux sur la question du validisme et l’est d’autant plus sur la médecine validiste. Elle a été de nombreuses fois dénoncée par le Comité de l’ONU sur les droits des personnes handicapées (CRPD), notamment dans un rapport de 2021 au sujet de sa vision encore médicale et paternaliste du handicap et l’absence de reconnaissance suffisante des discriminations croisées. Pourtant, la loi de 2005 aurait dû faire effet sur de nombreuses discriminations médicales liées au handicap. Cependant, de nombreux·ses militant·es et soignant·es dénoncent cette loi comme étant encore trop médicale et validiste où le handicap reste un problème individuel du corps face à une société supposée neutre.





CONSÉQUENCES DES CONSULTATIONS GYNÉCOLOGIQUES MAL VÉCUES ET RETENTISSEMENT DES VOG DÉCLARÉES

PARTIE 5 : CONSÉQUENCES DES CONSULTATIONS GYNÉCOLOGIQUES MAL VÉCUES ET RETENTISSEMENT DES VOG DÉCLARÉES

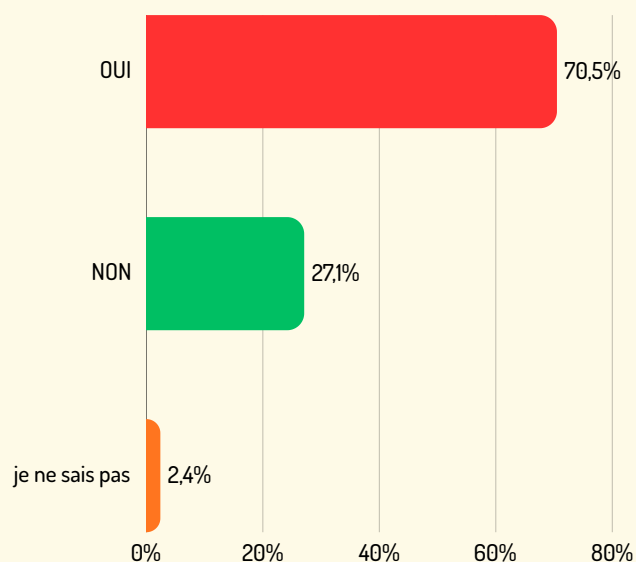
Cette partie analyse les conséquences déclarées à la suite d'une consultation gynécologique mal vécue. Ces conséquences sont ensuite mises en regard de la déclaration, ou non, de violences obstétricales et gynécologiques, afin d'identifier si les répondant·es déclarant avoir subi des VOG rapportent un retentissement plus important.

5.1 Le mauvais vécu d'une consultation gynécologique

70,5 %

des répondant·es **se sont déjà senti·es mal physiquement et/ou psychologiquement en sortant d'une consultation gynécologique** sans que ce soit en lien avec une inquiétude pour leur santé.

6.b Vous êtes-vous déjà senti·e mal physiquement et/ou psychologiquement en sortant d'une consultation gynécologique ?



10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question

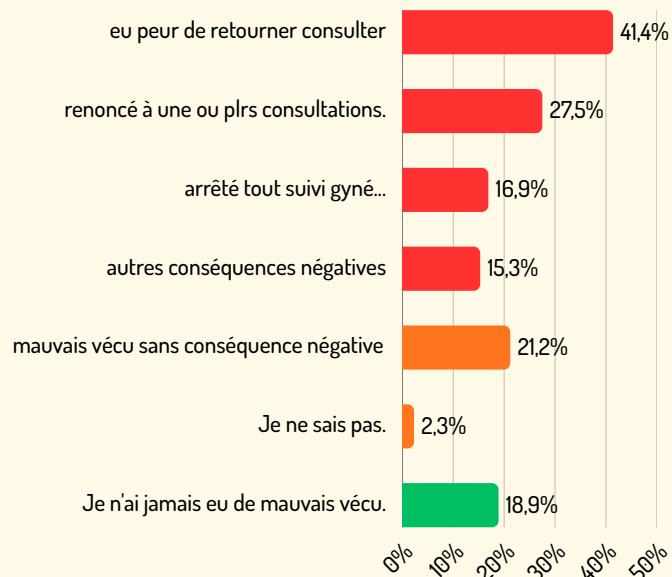
Les résultats de l'enquête restituent l'ampleur du retentissement physique et psychologique des consultations gynécologiques mal vécues. Ainsi, **70,5 % des répondant·es déclarent s'être déjà senti·es mal physiquement et/ou psychologiquement en sortant d'une consultation gynécologique**. Ce chiffre montre que les consultations gynécologiques mal vécues ne relèvent pas de situations marginales ou isolées : ils concernent une part très importante des personnes ayant répondu à l'enquête et constituent un point d'entrée essentiel pour analyser les conséquences des consultations gynécologiques mal vécues, notamment lorsqu'elles s'inscrivent dans des situations de violences déclarées.

5.1.1 Un éloignement durable du suivi gynécologique

53 %

des répondant-es déclarent **au moins une forme d'éloignement du suivi gynécologique** suite à une consultation gynécologique mal vécue.

6.c Suite à une consultation gynécologique mal vécue, avez-vous déjà :



10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question

À la suite d'une consultation gynécologique mal vécue, **53 %** des répondant-es déclarent au moins une forme d'éloignement du suivi gynécologique. Cet indicateur regroupe plusieurs réponses possibles (peur de retourner consulter, renoncement à une ou plusieurs consultations, arrêt du suivi). Une même personne pouvait déclarer plusieurs de ces conséquences. Dans le détail, **41,4 %** déclarent avoir eu peur de retourner consulter, **27,5 %** indiquent avoir renoncé à une ou plusieurs consultations gynécologiques, et **16,9 %** déclarent avoir arrêté tout suivi gynécologique.

Ces résultats enseignent que les conséquences d'une consultation mal vécue ne se limitent pas au moment de l'examen : elles peuvent affecter durablement la relation au soin, entraîner des stratégies d'évitement et fragiliser l'accès au suivi gynécologique.



À retenir — Un éloignement marqué du suivi gynécologique

Les résultats soulignent un écart très marqué selon que les répondant-es déclarent, ou non, avoir subi des violences obstétricales et gynécologiques.

72,75 % de celles déclarant avoir subi des VOG rapportent au moins une forme d'éloignement du suivi gynécologique après une consultation gynécologique mal vécue, contre 32,1 % des répondant-es ne déclarant pas de VOG. Cet indicateur regroupe plusieurs situations : avoir eu peur de retourner consulter, avoir renoncé à une ou plusieurs consultations gynécologiques, ou avoir arrêté tout suivi gynécologique.



Les personnes déclarant avoir subi des VOG rapportent donc plus de deux fois plus souvent un éloignement du suivi gynécologique.

Ces résultats constituent un indicateur fort du retentissement durable associé aux VOG déclarées sur le parcours de soin : les violences vécues dans le soin peuvent fragiliser la confiance envers les professionnel·les de santé et éloigner durablement les patient·es du système de santé.

Les témoignages de l'enquête aident à comprendre comment cet éloignement se construit concrètement dans les parcours : peur de revivre une situation violente, rupture de confiance, renoncement aux soins, recherche de professionnel·les perçus comme plus respectueux·ses ou encore retards de diagnostic.

5.2 Rupture de confiance, stratégies de contournement et pertes de chance

Au-delà des chiffres, les témoignages montrent que les violences obstétricales et gynécologiques peuvent produire une rupture durable de confiance, non seulement envers le ou la professionnel·le concerné·e, mais parfois aussi envers l'ensemble du système de soins et provoquer même des conduites à risque (boire avant de reconsulter...).

Pour certaines personnes, l'évitement des consultations devient une stratégie de protection face au risque de revivre une situation d'humiliation, de douleur, de contrainte ou de non-respect du consentement. Certaines ne consultent plus du tout en gynécologie. D'autres encore expliquent devoir rechercher longuement des professionnel·les considéré·es comme plus respectueux·ses ou "safe", ou changer durablement de mode de suivi.



- **« J'irai bientôt consulter mais pas tous les ans : trop de mauvais souvenirs surgissent. Toutes ces violences, ces humiliations, ces peurs, les douleurs, la solitude... juste un corps... Repenser à tout cela m'angoisse. Je n'en ai jamais parlé sauf aujourd'hui. C'est fou, qui me croira ? »**
- « J'ai été traumatisée. Je ne suis plus allée voir de praticien pendant plusieurs années et depuis je pleure et j'angoisse pour chaque rendez-vous. »
- « Je ne crois pas au changement du secteur médical, je n'ai plus du tout confiance. »
- « À un certain moment, **j'en étais rendue à boire une bouteille de whisky** seule, la veille, pour m'assommer, éviter les crises d'angoisse et arriver sonnée le lendemain au rendez-vous. »
- « Du point de vue suivi gynéco, j'avais aussi fait l'impasse pendant une dizaine d'années à cause d'actes imposés et brutaux. J'ai pu envisager un vrai suivi avec ma gynéco actuelle, parce qu'elle ne m'a rien imposé, et que j'ai pu prendre mon temps. »



- « (...) Depuis ce jour, je n'ai laissé aucune sage-femme ou gynéco me toucher et me fouiller à l'intérieur, j'ai choisi de ne plus consulter, comme cela, pas de risques. Je n'ai donc plus de suivi gynéco, je crois que je serais capable de mordre si on m'obligeait. Il n'y a plus de bébé dans mon ventre, donc plus d'obligation. »

5.2.1 Se tourner vers des professionnel·les perçu·es comme plus respectueux·ses : le recours aux sages-femmes

Face à la perte de confiance provoquée par des consultations mal vécues, plusieurs répondant·es décrivent des stratégies de contournement : rechercher des professionnel·les recommandé·es, consulter des annuaires de soignant·es "safe", éviter certain·es praticien·nes ou changer durablement de mode de suivi. Parmi ces stratégies, le recours aux sages-femmes apparaît de manière récurrente. Certain·es répondant·es expliquent s'être tourné·es vers elles après des expériences négatives avec des gynécologues, notamment en raison d'une prise en charge perçue comme plus attentive, plus douce et davantage centrée sur l'écoute et le respect du consentement.



- « Je consulte dorénavant une sage-femme pour mon suivi gynéco. La prise en charge n'a rien à voir avec les gynécologues que j'ai rencontrés ! »
- « Je ne consulte plus de gynécologue à la suite de situations mal vécues et à cause des douleurs non prises en compte. Je me suis tournée vers les sages-femmes, qui sont bien plus à l'écoute et qui respectent le consentement à chaque étape. »
- « J'ai eu un parcours difficile et catastrophique avec les gynécologues, jusqu'au moment où j'ai trouvé ma sage-femme, qui m'a fait comprendre la possibilité d'avoir du consentement dans le parcours de soins. **On trouve ensemble des solutions**, et je n'ai plus peur d'aller me faire soigner, ni de souffrir. »

Ces témoignages ne visent pas à opposer mécaniquement les professions entre elles : des violences peuvent être commises par tout·e professionnel·le de santé, et des pratiques respectueuses existent aussi chez des gynécologues. Ils montrent en revanche que certain·es patient·es doivent organiser eux/elles-mêmes leur sécurité dans le soin, en recherchant des sages-femmes ou gynécologues perçu·es comme plus respectueux·ses. Or le respect du consentement, de la dignité, de l'intimité et de la douleur ne devrait pas dépendre de la capacité à trouver "la bonne personne" : il devrait constituer une garantie systématique dans l'ensemble des lieux de soins gynécologiques et obstétricaux, et la base d'une co-décision éclairée patient·e / soignant·e.

Transmission de la défiance et stratégies de protection

Les conséquences dépassent le seul parcours individuel : la rupture de confiance peut aussi influencer les recommandations faites aux proches et la manière dont les patient-es transmettent à leurs enfants des repères de vigilance notamment face à l'autorité médicale.

« Avant j'avais des gynécologues. Ils ne demandaient rien, jamais, faisaient comme ils/elles voulaient, ils sont les sachants. Même gentils, ils ne demandent pas. Maintenant je vais voir une sage-femme. Elle m'a appris tout sur le consentement. Ma fille n'ira pas voir de gynéco. Elle ira voir une sage-femme et je lui apprendrai qu'elle peut dire non. »

5.2.2. Errance médicale, retards de diagnostic et pertes de chance

Les violences obstétricales et gynécologiques peuvent également contribuer à l'errance médicale. Lorsque les patient-es évitent les consultations, changent régulièrement de professionnel·le de santé ou ne parviennent plus à faire confiance au système de soins, certains diagnostics peuvent être retardés. Mais l'errance ne résulte pas seulement de l'évitement : elle peut aussi être produite directement par la banalisation des symptômes, la non-prise en compte de la douleur, l'absence d'investigation, ou le refus d'entendre le savoir expérientiel des patient-es.

Les réponses à la dernière question libre de l'enquête confirment que l'errance médicale ne se limite pas à un retard de diagnostic isolé. Elle apparaît souvent comme le résultat d'une accumulation d'expériences : douleurs minimisées, symptômes non explorés, contradictions entre professionnel·les, absence d'explication, traitements imposés ou proposés sans information suffisante, impossibilité de trouver un·e professionnel·le de confiance, ou encore rupture du suivi après des consultations traumatisantes.



- « Je me suis sentie très souvent dépossédée de mon corps, de mes ressentis et de mon désir par des professionnels de santé. J'ai appris il y a une semaine, j'ai 47 ans, que j'avais depuis très longtemps une endométriose profonde [...] »
- **« J'ai beaucoup souffert de la non prise en charge de ma douleur pelvienne suite à une promontofixation : errance médicale, mépris, dirigée en psychiatrie. »**
- « Il peut exister des violences psychologiques de la part de certains praticiens qui tiennent une position de sachants [...] Il en découle parfois de l'errance médicale — 16 ans pour un diagnostic d'endométriose/adénomyose par exemple. »
- « J'ai dû investir mon énergie, de l'argent et du temps pour trouver un gynéco qui respecte presque entièrement le consentement [...] et m'a sortie d'errance médicale — SOPK — après 10 ans. »

Comme le révèlent les résultats, l'errance médicale peut être produite ou aggravée par des violences relationnelles et institutionnelles : ne pas écouter, ne pas croire, ne pas investiguer, ne pas expliquer, renvoyer les symptômes à une fragilité psychologique, au poids, au stress ou à une supposée exagération. Dans ces situations, la perte de chance se répercute aussi dans les années de douleur non traitée, l'auto-dévalorisation du ressenti, la défiance envers les soignant·es, les ruptures de suivi et parfois les conséquences sur la vie intime, familiale et professionnelle.

Les conséquences des VOG ne se limitent donc pas à la souffrance individuelle : elles peuvent produire des pertes de chance, des retards de diagnostics, un moindre accès au dépistage, une aggravation de certaines pathologies et une défiance durable envers les professionnel·les de santé.

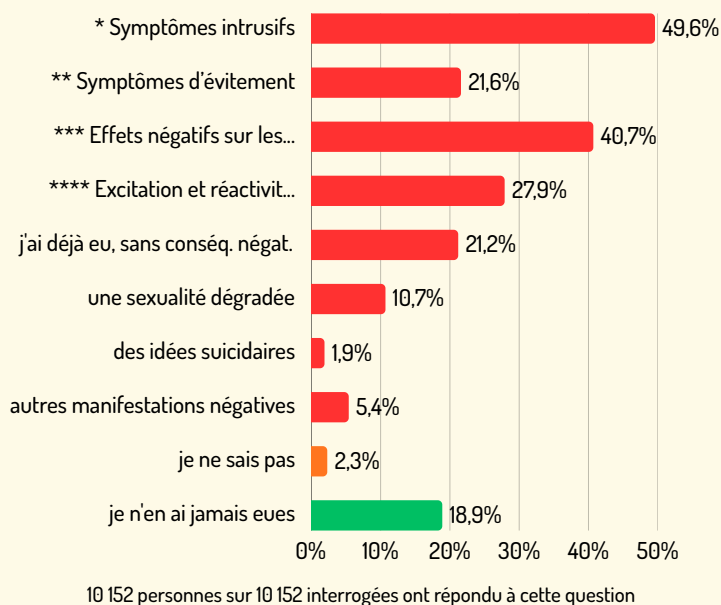
5.3 Un retentissement psychique et psychotraumatique fortement associé aux VOG

Suite à une consultation mal vécue :

50,59 %

des répondant·es déclarent **avoir eu au moins une conséquence psychologique** parmi les items ci-dessous.

6.d Suite à une consultation gynécologique mal vécue, avez-vous déjà eu ce type de manifestation (question à choix multiple) :



10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question

* **Symptômes intrusifs** : des souvenirs répétés, pénibles et involontaires – cauchemars – état de mal-être quand quelque chose vous rappelle l'événement

** **Symptômes d'évitement** : impossibilité de retourner dans l'établissement de soins où s'est passé la consultation gynécologique mal vécue

*** **Effets négatifs sur les capacités intellectuelles et l'humeur** : croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde – sentiments négatifs intenses tels que : peur, colère, horreur, culpabilité ou honte – difficultés à éprouver des sentiments positifs – perte d'intérêt pour les activités que vous aimiez auparavant

**** **Excitation et réactivité altérée** : difficultés à vous concentrer – troubles du sommeil, insomnies – état de « super-alerte », d'hypervigilance, ou besoin d'être sur vos gardes – comportement irritable, explosions de colère ou envie d'agir agressivement

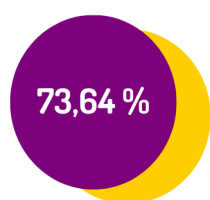
Les symptômes psychiques et psychotraumatiques présentés ci-dessus ont été recueillis à partir des suites déclarées d'une consultation gynécologique mal vécue. Leur analyse montre que ces conséquences sont nettement plus fréquentes et plus nombreuses chez les répondant·es déclarant avoir subi des violences obstétricales et/ou gynécologiques.

Les items retenus s'inspirent de symptômes classiquement associés au stress post-traumatique, tels que les reviviscences, l'évitement, l'hypervigilance, les émotions négatives persistantes, les réactions de panique, les crises de larmes, la peur intense ou encore les troubles du sommeil[36]. Ils ne constituent pas un outil diagnostique et ne permettent pas, à eux seuls, d'établir un trouble de stress post-traumatique. Ils servent néanmoins à documenter l'ampleur des effets psychiques rapportés par les répondant-es après certaines consultations gynécologiques mal vécues.

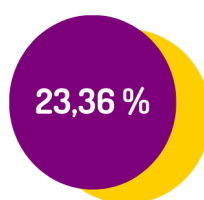
Au-delà de l'éloignement du suivi gynécologique, les répondant-es rapportent de nombreuses manifestations physiques, psychiques et émotionnelles à la suite d'une consultation gynécologique mal vécue. Les réponses à choix multiples détaillent notamment 24,8 % d'état de mal-être lorsqu'un élément rappelle l'événement, 22,1 % de sentiments négatifs intenses — peur, colère, horreur, culpabilité ou honte —, 17,4 % de souvenirs répétés, pénibles et involontaires, 15,3 % de crises de larmes, 10,7 % d'état de "super-alerte" ou d'hypervigilance, 10,7 % de sexualité dégradée, 7,4 % de troubles du sommeil, 5,2 % de difficultés de concentration et 1,9 % d'idées suicidaires.

Ces manifestations rapportées montrent que les consultations gynécologiques mal vécues peuvent produire des effets qui dépassent largement le moment de l'examen : réminiscences, évitement, mal-être, honte, hypervigilance, troubles du sommeil, altération de la vie sexuelle ou encore pensées suicidaires.

Des conséquences psychologiques sont près de trois fois plus fréquentes en cas de VOG :



des répondant-es **ayant subi des VOG** rapportent au moins une conséquence psychologique.



des répondant-es **ne déclarant pas avoir subi des VOG** rapportent au moins une conséquence psychologique.

Suite à une consultation mal vécue, les personnes ayant déclaré avoir subi des VOG rapportent trois fois plus souvent des conséquences psychologiques que les autres.

Cet écart confirme les traces profondes et durables dans le rapport au corps, à la sexualité, au soin et au suivi médical, laissées par ces violences.

À partir des items détaillés plus haut, un indicateur exploratoire de manifestations compatibles avec un trouble de stress post-traumatique a été construit, afin d'identifier les profils associant plusieurs dimensions psychotraumatiques. Sa construction est détaillée dans le repère méthodologique ci-dessous.

[36] 2013, Weathers F. W., Litz B. T., Keane T. M., Palmieri P. A., Marx B. P. et Schnurr P. P., The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5), National Center for PTSD.



Repère méthodologique — Construction de l'indicateur exploratoire de manifestations compatibles avec un TSPT

Dans cette enquête, un indicateur exploratoire de manifestations compatibles avec un trouble de stress post-traumatique (TSPT) a été construit à partir des réponses à la question 6.d.

Il ne s'agit pas d'un diagnostic médical individuel, mais d'un indicateur statistique permettant d'objectiver la fréquence de profils associant plusieurs dimensions psychotraumatiques. Le critère de durée des symptômes n'ayant pas été évalué, cet indicateur doit être lu comme un repère exploratoire de manifestations compatibles avec un TSPT, et non comme une mesure diagnostique.

L'indicateur retient quatre dimensions :

- 1. Symptômes intrusifs** – au moins un item coché :
souvenirs répétés, pénibles et involontaires ; cauchemars ; état de mal-être lorsqu'un élément rappelle l'événement.
- 2. Évitement** – un item coché :
impossibilité de retourner dans l'établissement de soins où s'est passée la consultation.
- 3. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur** – au moins deux items cochés :
croyances négatives sur soi-même, les autres ou le monde ; sentiments négatifs intenses tels que peur, colère, horreur, culpabilité ou honte ; difficultés à éprouver des sentiments positifs ; perte d'intérêt pour les activités auparavant appréciées.
- 4. Hyperactivation** – au moins deux items cochés :
difficultés de concentration ; troubles du sommeil ou insomnies ; état de "super-alerte", hypervigilance ou besoin d'être sur ses gardes ; comportement irritable, explosions de colère ou comportements agressifs.

Un profil compatible avec un TSPT nettement plus fréquent en cas de VOG

Parmi les répondant·es déclarant avoir subi des violences obstétricales et gynécologiques, **5,44 % présentent un profil compatible avec un trouble de stress post-traumatique**, au regard des symptômes déclarés dans les différentes dimensions explorées par l'enquête.

À l'inverse, cette proportion est de **0,21 % parmi les répondant·es ne déclarant pas de VOG**.

Cet écart important renforce la nécessité de prendre au sérieux la dimension psychotraumatique des violences obstétricales et gynécologiques.

“

- « J'ai subi une pénétration imposée par contrainte (chantage aux soins) et qui a provoqué un état de stress aigu puis un syndrome de Stress Post-Traumatique. J'ai eu peur en permanence pendant des semaines. J'ai eu peur qu'on me juge, qu'on se moque de moi, j'ai eu peur d'être humiliée, je me suis sentie démolie. J'ai eu envie de me cacher dans un coin et de me laisser mourir. J'ai eu envie de me tuer. J'ai l'impression de ne compter pour rien, de ne pas avoir le droit de décider pour moi. »
- « J'avais 14 ans pour mon premier frottis prescrit à faire en laboratoire, je ne savais pas ce que c'était, j'ai été sidérée. Il m'a fallu attendre des années et un cours de droit pénal à la fac pour comprendre que le consentement devait être libre "et éclairé" pour valoir consentement, et que j'avais donc été victime d'un viol (mon expérience cohabitait tous les éléments constitutifs de l'infraction) alors même que l'homme ne le savait pas. J'avais 14 ans, mon âme s'est déchirée, j'ai été dissociée et une partie de moi est morte dans ce laboratoire. J'ai 36 ans aujourd'hui, je n'ai jamais pu avoir un seul rapport sexuel de toute ma vie à cause de ça. Je ne me laisse approcher par aucun homme alors que je le souhaiterais. Je suis en thérapie mais rien n'y fait. Je suis malheureuse de n'avoir jamais été aimée, mais la seule idée d'avoir un rapport m'en dissuade. »

Mise en perspective — Soins irrespectueux, santé psychique et prévention des risques suicidaires

Ces résultats s'inscrivent dans un ensemble plus large de données montrant que les soins vécus comme irrespectueux, humiliants, violents, non-consentis, imposés peuvent avoir un retentissement psychique mesurable. À titre de mise en perspective, une analyse secondaire de l'Enquête nationale périnatale 2021 a montré que les soins irrespectueux en maternité étaient associés à une augmentation de 37 % du risque de symptômes dépressifs du post-partum.

Ces données doivent également être mises en regard du 7^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles, qui pointe le suicide comme étant devenu la première cause de mortalité maternelle jusqu'à un an après la fin de la grossesse. Ce constat rappelle que la santé psychique périnatale constitue un enjeu majeur de santé publique qui dépasse le seul suivi obstétrical immédiat.

Bien que ces travaux portent sur le contexte périnatal et non spécifiquement sur les violences obstétricales et gynécologiques telles que déclarées dans notre enquête, ils vont dans le même sens : les violences ou soins irrespectueux dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical ne relèvent pas d'un simple "mauvais ressenti", mais peuvent être associés à des effets durables sur la santé psychique, la continuité du suivi et, dans certaines situations, à des risques graves.

Dans ce contexte, le repérage systématique des violences obstétricales et gynécologiques subies, notamment après un accouchement ou une consultation gynécologique mal vécue, doit être pensé comme un levier de prévention. Identifier ces violences, écouter les patient-es et les orienter vers un accompagnement adapté peut contribuer à prévenir l'aggravation de troubles psychiques, les ruptures de suivi et, potentiellement, certains passages à l'acte suicidaire.

5.4 Corps, santé psychique et vie intime : ce que montrent les témoignages de VOG

Les témoignages précisent les conséquences des violences obstétricales et gynécologiques, au-delà des indicateurs chiffrés. Ils indiquent que les violences rapportées produisent fréquemment un vécu de sidération, de peur, de perte de contrôle et de dépossession de son propre corps. Plusieurs répondant-es décrivent le sentiment de ne plus être pleinement acteur-ices de la décision, mais d'être réduit-es à un corps examiné, exposé, manipulé ou pénétré sans considération suffisante pour leur douleur, leur pudeur ou leur parole.

5.4.1. Douleurs, traces corporelles et dépossession du corps

Dans les témoignages relatifs aux violences gynécologiques comme obstétricales, les douleurs physiques apparaissent très fréquemment associées à des gestes réalisés dans un contexte de contrainte, de surprise ou de passage en force. L'analyse des récits enseigne que la souffrance corporelle ne découle pas uniquement de l'intensité du geste médical lui-même, mais également des conditions dans lesquelles celui-ci est pratiqué : absence d'explication, impossibilité d'anticiper l'acte, absence de consentement explicite, poursuite du soin malgré la douleur ou le refus exprimé. Dans les deux contextes, les personnes décrivent ainsi une expérience où leur corps semble ne plus leur appartenir pleinement.

Dans les récits relatant les violences gynécologiques, plusieurs participant-es évoquent des examens invasifs réalisés sans explication ni préparation préalable, parfois dès une première consultation ou à un jeune âge. Certain-es soulignent ne pas comprendre ce qui allait leur être fait, ni même la nature exacte des gestes pratiqués :

“

- « Je ne savais pas ce qui m'attendait et il ne m'a rien expliqué. »
- « Je pensais venir uniquement pour une échographie abdominale. »
- « Je découvrais l'acte médical au moment où la gynécologue s'apprêtait à l'effectuer. »
- **« J'ai serré les dents et intégré que c'était obligatoire donc il n'y avait pas à discuter. Une dépossession de mon corps. »**
- « C'était il y a presque 10 ans et je m'en souviens encore comme si c'était hier, j'avais l'impression d'être un bout de viande »
- **« ... comme un geste imposé dans lequel notre propre corps ne nous appartient pas. »**

Cette absence d'information apparaît centrale dans le vécu des participant-es. Elle place les patient-es dans une position de passivité, face à des actes parfois très intrusifs. Cette dimension est renforcée chez les jeunes patient-es, ou lors des premières consultations gynécologiques, où l'absence de repères accentue la vulnérabilité face à l'examen médical.

Les violences obstétricales résultent de mécanismes très similaires. Plusieurs répondant-es décrivent des gestes réalisés pendant l'accouchement, sans qu'elles/ils aient été consulté-es, parfois alors même qu'elles/ils exprimaient explicitement leur refus :

“

- « On m'a fait une épisiotomie sans me demander mon avis. »
- **« Je disais non mais ils ont continué quand même. »**
- « Je voulais rester à genoux comme depuis le début du travail, la puéricultrice m'a forcée à me mettre en position obstétricale. »

Dans ces récits, le contexte d'urgence médicale souvent associé à l'accouchement semble parfois conduire à une mise à distance de la parole ou des choix des patient-es. Pourtant, les témoignages montrent que ce n'est pas uniquement le geste technique qui est vécu comme violent, mais bien le fait qu'il soit imposé sans possibilité réelle de participer à la décision ou d'exercer un contrôle sur son propre corps.

Dans les deux types de violences, les enquêté-es décrivent également des gestes poursuivis malgré l'expression visible de leur douleur ou de leur détresse. Certain-es participant-es racontent avoir pleuré, supplié ou manifesté physiquement leur inconfort sans que cela n'interrompe le soin :

“

- « Je pleurais en la suppliant d'arrêter mais elle me criait dessus en me disant qu'il fallait que je me détende. »
- « Je l'ai supplié d'arrêter mais il a continué. »
- « J'avais mal quand elle a commencé à mettre le spéculum, elle l'a bien vu et a forcé. »

Le corps soigné devient alors un lieu où la douleur est ressentie, pendant que celle-ci est ignorée ou minimisée par les professionnel·les de santé. Cette banalisation de la douleur apparaît de manière récurrente dans les deux contextes, gynécologique et obstétrical. Les personnes rapportent fréquemment le sentiment de ne pas être entendues lorsqu'elles expriment leur douleur :

“

- « J'avais mal et personne ne m'écoutait. »
- « On m'a dit que j'exagérais. »

Cette absence de reconnaissance du vécu douloureux des patient-es participe à renforcer le vécu de dépossession corporelle. Les témoignages montrent en effet que les personnes ne décrivent pas uniquement une douleur physique, mais une expérience dans laquelle leur capacité à poser les limites d'accès à leur corps aux soignant-es semble suspendue. Plusieurs récits utilisent ainsi un vocabulaire particulièrement fort autour de l'intrusion, de l'effraction ou de la violence :



- « J'ai la sensation que j'ai été effractée corporellement. »
- « Cet acte douloureux et de surprise a créé chez moi un sentiment d'intrusion intime. »

Les formulations des participant-es relèvent fréquemment du champ lexical de la contrainte et de la violence : **« ils ont continué » – « on m'a fait » – « j'ai subi ».**

L'usage récurrent de formes passives traduit un vécu où les personnes ne se perçoivent plus comme actrices du soin, mais comme objets de gestes médicaux imposés. Cette passivité forcée semble constituer un élément central du vécu traumatique.



- « Impression d'être intrusée, de ne pas être un être humain mais un objet »

Ainsi, dans les violences gynécologiques comme obstétricales, la douleur physique apparaît indissociable des conditions relationnelles et institutionnelles dans lesquelles les soins sont réalisés. Les témoignages montrent que ce qui fait violence n'est pas seulement le geste médical en lui-même, mais le fait qu'il soit imposé, insuffisamment expliqué, pratiqué malgré la douleur ou sans véritable possibilité de consentement. Le corps devient alors le lieu d'une expérience de contrainte et de dépossession, dont les traces physiques et psychiques dépassent largement le temps du soin.

5.4.2 Sidération, honte, culpabilité et traumatisme psychique

L'analyse des témoignages relatifs aux violences obstétricales et gynécologiques met en évidence des répercussions psychologiques majeures, souvent durables et parfois décrites dans des termes proches du traumatisme psychique. Les personnes ayant participé à l'enquête ne relatent pas uniquement un souvenir désagréable du soin gynécologique ou de l'accouchement : elles décrivent des expériences ayant profondément affecté leur rapport à elles-mêmes, à leur corps, aux professionnel-le-s de santé et, plus largement, à leur sentiment de sécurité psychique. Les conséquences psychologiques apparaissent ainsi dépasser largement le temps des violences et peuvent persister plusieurs années après les faits.

Dans les violences gynécologiques comme obstétricales, les réactions psychiques immédiates sont fréquemment marquées par un état de choc important. Plusieurs participant-es décrivent une forme de sidération au moment des faits, caractérisée par l'impossibilité de comprendre ce qui leur arrive, de réagir ou d'exprimer un refus. Cette sidération semble particulièrement présente lorsque les gestes sont réalisés de manière inattendue, dans un contexte de contrainte ou de douleur :

“

- « C'est un sentiment de sidération. C'est après coup que je me suis rendu compte que ce n'était pas normal. Et il est resté une gêne, une incompréhension et une culpabilité de n'avoir pas réagi. »
- « J'étais choquée, pétrifiée, je n'ai pas bougé, je n'osais pas, je voulais que ça se finisse vite. Ensuite je suis rentrée et j'ai mis du temps avant de comprendre que je ne voulais pas ce geste. J'ai pleuré et je m'en suis voulu de n'avoir rien dit. »
- « J'étais en colère une fois sortie... Parce qu'impossible de m'exprimer pendant. »
- « J'étais sous le choc. »

Certaines personnes décrivent une impression de déconnection à elles-mêmes, pouvant s'apparenter à une dissociation, voire une forme de tétanie émotionnelle. Cette incapacité à réagir immédiatement apparaît importante, car elle participe ensuite au vécu de culpabilité secondaire rapporté dans de nombreux récits.

Dans les deux types de violences, les personnes évoquent des émotions particulièrement intenses immédiatement après les faits : peur, dégoût, colère, honte ou écœurement. Ces affects apparaissent souvent intriqués et traduisent une atteinte profonde du sentiment de sécurité :

“

- « Je suis ressortie de la consultation choquée, mal, écœurée, énervée et apeurée. »
- « Je me suis sentie détruite, après. »

Ces vécus psychiques semblent étroitement liés au sentiment d'avoir perdu le contrôle sur leur propre corps. Dans les violences gynécologiques notamment, de nombreuses enquêtées décrivent une expérience d'intrusion dans leur intimité ou de dépossession corporelle :

“

- « Je l'ai très mal vécu, je ne me suis pas rendu compte immédiatement car j'étais sous le choc, l'impression que mon esprit n'était plus dans mon corps... il m'a fallu quelques jours pour réaliser. »
- « Je ne me sens pas respectée, pas écoutée, violée. »

Toutefois, ce vécu ne se limite pas au contexte gynécologique. Dans les violences obstétricales également, des participant·es décrivent l'accouchement comme une expérience au cours de laquelle leur capacité de choix et de décision leur a été retirée :

“

- « Cet acte douloureux et de surprise a créé chez moi un sentiment d'intrusion intime, de non-respect de ma capacité de choix sur mon propre corps et pour mon enfant. »

Dans les deux situations, les personnes décrivent ainsi une atteinte de leur subjectivité : elles ne se vivent plus comme actrices des soins, mais comme des corps sur lesquels les actes s'imposent.

Les témoignages soulignent le fort potentiel traumatogène de ces expériences. De nombreux participant·es utilisent spontanément le terme de « traumatisme » pour qualifier leur vécu, parfois de nombreuses années après les faits :

“

- « J'ai vécu cet examen comme un viol (c'en est d'ailleurs un) et dix ans après je suis encore traumatisé pour cet examen. Je n'ai d'ailleurs pas vu de gynéco pendant près de 10 ans après ce rdv. »
- Souvenir épouvantable et traumatique traité seulement 13 ans après chez une sage femme et un psy.
- « J'ai 30 ans et j'en tremble encore chaque fois que je l'écris. »
- « [...] 3 ans après, c'est toujours aussi dur d'y repenser. »

Dans les violences obstétricales, les réminiscences semblent particulièrement présentes autour du souvenir de l'accouchement ou de la maternité :

“

- « Je revis la scène encore aujourd'hui. »
- « J'y repense tout le temps. »
- **« J'ai gardé un traumatisme de sa naissance [...] j'en suis encore triste 25 ans après. »**

Les manifestations rapportées dans l'enquête sont proches de celles décrites pour les suites des vécus traumatiques : souvenirs envahissants, réminiscences émotionnelles, réactions physiologiques persistantes ou, à l'inverse, phénomènes d'amnésie concernant certains épisodes :

“

- « Mon premier rendez-vous chez une gynécologue m'a tellement traumatisée que je n'en ai plus aucun souvenir. »

Cette alternance entre hypermnésie traumatique et trous amnésiques témoigne de l'intensité psychique des expériences vécues.

Aussi, dans les violences gynécologiques comme obstétricales, plusieurs victimes décrivent un état de sidération au moment des faits. Certain·es expliquent ne pas avoir réussi à réagir, à parler ou à refuser :

“

- « Je n'ai rien dit. »
- « J'étais sous le choc. »
- « Impossible de m'exprimer pendant. »

Cette sidération contribue à inscrire l'expérience dans une dynamique où l'acte est subi sans possibilité immédiate d'opposition. Cette dimension apparaît centrale car elle participe à expliquer aussi pourquoi certaines personnes culpabilisent ensuite de « s'être laissée faire », alors même que les récits témoignent d'une impossibilité psychique et corporelle à réagir sur le moment.

Certain-es participant-es décrivent explicitement un retour de souvenirs traumatiques à la suite des soins violents ou non consentis :



- « La violence de son examen a donné fin à mon amnésie traumatique de violences sexuelles subies à un autre moment. »

Les gestes médicaux réalisés de manière violente et/ou sans consentement peuvent réactiver des expériences antérieures d'intrusion corporelle.

L'atteinte de l'image de soi apparaît également de manière récurrente dans les deux types de violences. Plusieurs personnes décrivent un sentiment durable de honte, parfois accompagné d'une impression d'anormalité :



- « J'ai tellement honte de moi et de ne pas être "normale". »
- **« J'ai toujours honte de moi, honte d'être pudique, de ne pas être à l'aise. »**

Certain-es participant-es finissent également par se responsabiliser à tort pour les violences subies, regrettant de ne pas avoir su dire non ou se défendre :



- « J'ai toujours culpabilisé de ne pas avoir su me protéger. »
- **« Surprise, incompréhension, beaucoup de questions et culpabilité de ne pas avoir dit non. »**

Cette culpabilité secondaire semble étroitement liée à l'état de sidération décrit précédemment. Les patient-es interprètent parfois leur impossibilité de réagir comme une faiblesse personnelle.

Dans les violences obstétricales, cette atteinte psychique peut d'ailleurs avoir un impact négatif sur l'expérience de maternité elle-même et la relation avec l'enfant. Certain-es personnes associent le traumatisme non seulement à l'accouchement mais également au souvenir de la rencontre avec leur enfant :



- « J'ai gardé un traumatisme de sa naissance, donc de notre première rencontre. »

Cette spécificité apparaît moins présente dans les violences gynécologiques, où les conséquences psychiques concernent davantage le rapport au corps, à l'intimité, à la sexualité ou au soin.

Les récits mettent également en évidence l'apparition de symptômes anxieux importants à la suite des violences. Ils décrivent des crises d'angoisse, des états de panique ou une anxiété persistante :



- « Rien que d'y penser, je panique. »
- « J'ai fait des crises d'angoisse, après. »

Dans certains cas, les conséquences psychologiques semblent particulièrement sévères, allant jusqu'à des hospitalisations psychiatriques :



- « À cause de cet événement (les violences), j'ai eu un stress post-traumatique avec hospitalisation en établissement public de santé mentale. »

Enfin, les violences gynécologiques comme obstétricales entraînent fréquemment une modification durable du rapport au système médical. Les répondant-es décrivent une perte de confiance envers les professionnelles de santé ainsi que des comportements d'évitement des soins :



- « Je ne veux plus jamais remettre le pied chez un gynécologue. »
- « Je n'ai plus confiance dans les médecins. »
- « J'ai refusé mon suivi post accouchement lors de mon deuxième enfant. »

Cet évitement apparaît parfois comme une stratégie de protection psychique et de reprise de contrôle face aux expériences vécues. Toutefois, il témoigne également d'une altération profonde du sentiment de sécurité dans le cadre médical et peut conduire, dans certains cas, à une rupture durable du suivi gynécologique ou obstétrical.

Ainsi, malgré des contextes différents, les violences obstétricales et gynécologiques apparaissent associées à des manifestations psychologiques largement convergentes : sidération, peur, honte, colère, culpabilité, réminiscences traumatiques, évitement et altération durable du rapport au soin. Les violences obstétricales entraînent des répercussions touchant également à la maternité et la relation avec l'enfant.

5.4.3 Répercussions sur la sexualité, l'intimité et le désir d'enfant

Les témoignages relatifs aux violences obstétricales et gynécologiques mettent en évidence des répercussions importantes sur la vie sexuelle et intime des personnes. Dans les deux contextes, les conséquences dépassent largement le moment du soin ou de l'accouchement, pour affecter durablement le rapport au corps, à la sexualité, à l'intimité et parfois même au désir d'enfant. Les récits montrent que ces violences modifient profondément la manière dont les personnes investissent leur corps et leur vie intime.

Dans les violences gynécologiques comme obstétricales, les répondant-es décrivent fréquemment l'apparition de douleurs lors des rapports sexuels, parfois persistantes, plusieurs années après les faits :



- « Les rapports sont devenus très douloureux. »
- « Ma sexualité en a pâti pendant plusieurs années. J'ai eu [...] des douleurs très fortes lors de la pénétration. »
- « 6 ans après, je ne peux plus vivre ma sexualité de manière épanouie à cause des douleurs lors de la pénétration. »

Ces douleurs semblent étroitement liées aux atteintes physiques et psychiques décrites précédemment. Dans les violences gynécologiques, des personnes associent directement leurs difficultés sexuelles au vécu d'intrusion lié aux examens médicaux :



- « J'ai toujours du mal aujourd'hui à utiliser le lubrifiant car cela me rappelle cette expérience et me donne l'impression de ne pas être consentante à cette pénétration. »
- « Cela me rappelle cette expérience et me donne l'impression de ne pas être consentante. »

Ce type de témoignage met en évidence une altération durable du rapport au consentement et à la pénétration. Certains gestes médicaux semblent laisser une trace psychocorporelle persistante, transformant des situations intimes ordinaires en rappels de l'expérience traumatique.

Les violences obstétricales apparaissent également marquées par les conséquences corporelles de l'accouchement sur la sexualité. Des répondant-es évoquent des douleurs périnéales, pelviennes ou cicatricielles persistantes, parfois associées à une impossibilité de reprendre une vie sexuelle :



- « Je ne peux plus avoir de relations sexuelles. »
- « Je suis choquée. Les rapports sexuels sont douloureux et je les redoute. »

Ainsi, dans les deux contextes, la sexualité apparaît profondément affectée, mais selon des modalités partiellement différentes : les violences gynécologiques mettent davantage en évidence l'intrusion intime et l'altération du rapport au consentement, tandis que les violences obstétricales soulignent plus fréquemment les conséquences physiques durables de l'accouchement sur la vie sexuelle.

Au-delà des douleurs, les témoignages décrivent une peur importante autour de la sexualité, avec des réactions d'évitement ou de blocage :



- « J'ai peur, je bloque complètement. »
- « Je redoute les rapports sexuels. »

Ces réactions témoignent d'une transformation profonde du rapport au corps intime. Le corps, auparavant investi comme espace de plaisir ou de relation, devient parfois associé à la douleur, à la contrainte ou à l'intrusion. Des participant-es décrivent également une difficulté persistante à se sentir en sécurité dans leur intimité corporelle :



- « J'avais l'impression que mon corps ne m'appartenait plus. »

Les récits montrent ainsi combien certaines expériences médicales peuvent brouiller durablement les frontières entre soin, intrusion et sexualité.

Les violences obstétricales se distinguent également par leurs répercussions sur le rapport à la maternité et aux projets parentaux futurs. Plusieurs récits décrivent une peur intense à l'idée de revivre une grossesse ou un accouchement :

“

- « Je ne veux plus jamais revivre ça. »
- « Une nouvelle grossesse me terrifie. »

Dans certains cas, cette peur conduit à un abandon explicite du désir d'enfant :

“

- « J'ai décidé de ne plus avoir d'autre enfant. »
- « À cause de cela, je n'aurai jamais d'autre enfant, par peur de revivre ça. »
- « Je n'ai plus jamais voulu d'autres enfants. Plus jamais. »

On comprend, au travers des témoignages, que les violences obstétricales peuvent modifier durablement le rapport à la maternité et les trajectoires reproductives. Certain-es enquêté-es maintiennent néanmoins leur désir d'enfant, mais au prix d'une profonde reconfiguration de leur rapport au soin :

“

- « Pour mon fils je n'ai été suivie que par ma sage-femme et j'ai accouché à la maison sans assistance, suite à mon 1er accouchement qui a été traumatisant. »

Dans les témoignages recueillis, le projet parental est alors maintenu, mais conditionné à une mise à distance des institutions médicales perçues comme potentiellement violentes.

Dans ce contexte, les témoignages interrogent également les discours sociaux et politiques autour de la maternité. **Alors même que les femmes sont encouragées à « réarmer démographiquement la France » par le Président de la République, les récits mettent en évidence des violences obstétricales qui désarment profondément le désir d'enfant. Si les pouvoirs publics entendent se préoccuper de natalité, ils ne peuvent faire l'impasse, ni sur les conditions concrètes des grossesses, des accouchements et des suivis postnataux, ni sur leurs conséquences en matière de santé physique, de santé psychique et de confiance envers le système de soins.**

Malgré des circonstances différentes, les violences gynécologiques et obstétricales entraînent des répercussions convergentes sur la vie sexuelle et intime : douleurs, évitement, peur de la pénétration, altération du rapport au consentement et transformation durable du rapport au corps. Les violences obstétricales semblent toutefois se distinguer par leur impact spécifique sur les projets parentaux et le désir d'enfant, tandis que les violences gynécologiques mettent davantage en évidence les conséquences liées aux examens invasifs et à l'intrusion des parties intimes du corps.

CONCLUSION

Les résultats de cette enquête montrent que les conséquences des violences obstétricales et gynécologiques ne s'arrêtent pas au temps de la consultation, de l'examen ou de l'accouchement. Elles peuvent laisser des traces durables sur la santé physique et psychique, le rapport au corps, à la sexualité, à l'intimité, au consentement, au désir d'enfant et à la confiance envers les professionnel·les de santé.

Les données quantitatives confirment l'ampleur de ces conséquences. Les personnes déclarant avoir subi des violences obstétricales et gynécologiques rapportent plus de deux fois plus souvent un éloignement du suivi gynécologique (72,75 % contre 32,1 %), près de trois fois plus souvent au moins une conséquence psychologique (73,64 % contre 23,36 %) et présentent beaucoup plus fréquemment un profil compatible avec un trouble de stress post-traumatique (5,44 % contre 0,21 %). Ces écarts montrent que les VOG constituent un facteur majeur de rupture de confiance, de renoncement aux soins, de souffrance psychique et de fragilisation durable des parcours de santé.

Les témoignages recueillis mettent également en évidence une spécificité des violences obstétricales. Leurs conséquences dépassent parfois le seul temps de l'accouchement pour affecter durablement la relation avec l'enfant, le vécu de la maternité et les projets parentaux. Plusieurs répondant·es expliquent avoir renoncé à une nouvelle grossesse ou abandonné leur désir d'enfant par peur de revivre ces violences. Ces récits invitent à replacer les violences obstétricales et gynécologiques au cœur des réflexions sur la santé des femmes, la santé mentale périnatale et les politiques relatives à la natalité.

À la lumière des données nationales rappelant que le suicide constitue aujourd'hui la première cause de mortalité maternelle jusqu'à un an après la fin de la grossesse, ces résultats rappellent que la qualité de la relation de soin ne relève pas uniquement d'un enjeu éthique ou déontologique : elle constitue également un déterminant majeur de la santé mentale.

Les violences obstétricales et gynécologiques ne peuvent donc être réduites à de simples « mauvaises expériences », à un « défaut de communication » ou à des situations isolées. Elles peuvent modifier durablement un parcours de soins, compromettre l'accès à la prévention, retarder des diagnostics, altérer la vie intime, familiale et reproductive et fragiliser profondément la confiance envers le système de santé.

Prévenir les violences obstétricales et gynécologiques, c'est préserver la continuité des soins, réduire les pertes de chance, protéger la santé physique et psychique et garantir à chaque personne le droit d'être pleinement reconnue comme sujet de droit dans la relation de soin. À ce titre, les violences obstétricales et gynécologiques doivent être pleinement reconnues comme un enjeu majeur de santé publique, de santé mentale et de droits fondamentaux.





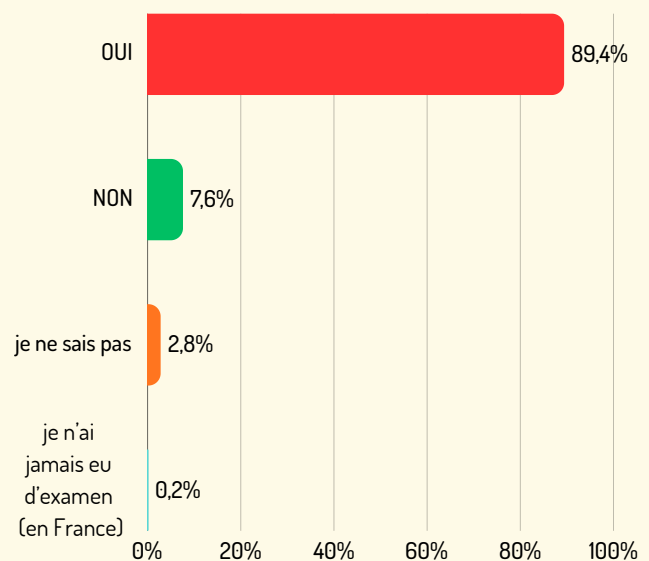
RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LES PATIENT·ES



89,4 %

des personnes interrogées
souhaiteraient que les
professionnel·les de santé leur
**demandent davantage leur
consentement avant chaque
examen gynécologique.**

4.r Voudriez-vous que les professionnel·les de santé vous demandent davantage votre consentement (votre accord) avant chaque examen gynécologique ?



10 152 personnes sur 10 152 interrogées ont répondu à cette question

À la fin du questionnaire, les répondant-es étaient invité-es à formuler leurs propositions à partir de la question suivante :

« Selon vous, que faudrait-il améliorer dans la prise en charge en gynécologie et/ou lors des examens ? Auriez-vous des suggestions à nous proposer ? »

L'analyse qualitative d'un corpus de 1 000 réponses ouvertes a permis d'identifier neuf axes majeurs de recommandations pour améliorer les consultations gynécologiques et les examens :

- garantir le recueil du consentement
- renforcer la communication
- améliorer la formation des professionnel·les
- mieux prendre en compte la psychologie des personnes usagères de soins
- développer une culture de la bientraitance
- renforcer la prévention
- garantir le respect de l'intimité
- mieux reconnaître et prendre en charge les douleurs
- renforcer les contrôles, la vigilance et les sanctions

Alimenter la lutte contre les violences obstétricales et gynécologiques, et plus largement contre les violences sexistes et sexuelles dont elles font partie, constitue également une attente forte des personnes ayant déposé des recommandations.

1- Garantir le recueil du consentement

Les personnes proposent en premier lieu d'améliorer le recueil du consentement au cours des consultations et des examens. Elles attendent des professionnel·les de santé, qu'elles/ils s'assurent d'obtenir un consentement clair, explicite et renouvelé, notamment **pour chaque étape de l'examen et pour chaque geste intrusif** : acte, manipulation, toucher, insertion d'un instrument ou examen interne.

“

- « Apprendre aux médecins non seulement à demander le consentement des patientes mais aussi à leur expliquer l'intérêt de l'examen (y compris aux enfants, avec des mots et outils adaptés) ... »
- « Consentement pour chaque geste et explications de chaque geste/pratique »
- « **Demander le consentement avant et pendant l'examen de façon obligatoire afin de ne pas créer d'autres traumatismes** »

2- Une communication efficiente, pour chaque patient.e.

Pour cela, les réponses insistent sur l'importance de verbaliser les gestes, d'expliquer le déroulement de l'examen, de mettre les patient-es en confiance et de les informer clairement de leurs droits. Le consentement ne pouvant être réduit à une absence d'opposition, il suppose un échange, une information compréhensible adaptée à chaque personne, avec la possibilité réelle de poser des questions, d'exprimer une gêne, de refuser ou d'interrompre un geste. Nous avons recueilli plusieurs témoignages de personnes exhortant au **respect de leurs choix, de leur consentement après avoir reçu une information adaptée..**

“

• « Expliquer aux patient.es les étapes, pourquoi elles sont faites, les écouter ! Nous écouter et arrêter de nous dire que c'est dans notre tête. Accepter nos choix car c'est notre corps... »

- « Je pense qu'il faudrait expliquer et montrer des dessins avant tout examen. (...) »
- « Plus d'explication, plus de protection de l'intimité, des dessins montrant les actes que fera le praticien »
- « Parler plus aux patientes du déroulement de l'examen : "Je vous applique un peu de lubrifiant, avant d'insérer le spéculum" ou "détendez-vous, je vous l'insère" etc. Pour le suivi, je pense que cela dépend du lieu du rdv, car parfois on est oubliée sur la table d'examen, surtout après des prélèvements. »
- « Que les médecins gynécologues prennent plus en compte le rapport humain à la patiente. Et posent plus de questions pour partir du ressenti de la patiente, pour savoir ce qu'elle a besoin de savoir. Je suis toujours sortie d'une consultation avec un gynécologue avec plus de questions que quand j'y étais entrée et sans avoir compris ni les diagnostics ni les possibilités de traitement. Alors que tous mes rendez-vous avec des sages-femmes se sont déroulés d'une manière beaucoup plus ouverte et j'ai toujours eu l'impression d'avoir été écoutée et d'avoir pu avoir toutes les informations nécessaires, même à des questions auxquelles je n'avais pas pensé moi-même. »
- « Langage simple et bienveillant, éviter le jargon médical qui peut inquiéter... »

Plusieurs répondant-es demandent qu'une Charte de consultation en gynécologie et en obstétrique élaborée avec la participation des associations de patient-es soit affichée dans les cabinets médicaux et les services hospitaliers et respectée par les professionnel-les. Elle devrait être transmise aux patient-es avant les consultations et intégrée aux actions de prévention, à la formation des soignant-es et à l'information des primoconsultant-es en gynécologie. Une charte de consultation en gynécologie et en obstétrique a été publiée par le CNGOF en 2021[37]. Les répondant-es expriment toutefois le souhait qu'une charte élaborée, cette fois-ci, avec les associations de patient-es soit davantage diffusée et affichée dans les lieux de soins.

[37] CNGOF, Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique, 2021; <https://urls.fr/nbpfsp>

Cet outil reste manifestement encore largement méconnu des enquêté-es, signe d'un affichage peut-être trop rare dans les cabinets et les établissements de soins.



- « Écrire une charte des consultations avec affichage obligatoire dans les salles d'attente : Je ne suis pas obligée d'être nue, le professionnel doit me demander mon consentement, etc. »
- « (...) qu'un affichage obligatoire en salle d'attente, sur Doctolib à la prise de rdv et en cabinet mette en avant une sorte de charte des droits et devoirs (qui rappelle la notion de consentement, des dessins sur les positions, le fait de ne pas être nue entièrement etc) »
- « Que soit largement relayée la "Charte de consultation en gynécologie et en obstétrique", rédigée par le Collège national des gynécologues et des obstétriciens français, afin que les consultant-es puissent la garder à "portée de main", s'appuyer dessus et la présenter pour légitimer leurs dires et besoins, face à tout.e professionnel.le de santé éthiquement DÉFAILLANT. »

3- Compléter la formation des professionnel.les de santé

Les répondant-es recommandent fortement d'enrichir la formation initiale et continue des professionnel.les de santé, en particulier sur le consentement, la communication, les compétences psychosociales, la prise en compte de la douleur, la prévention des violences gynécologiques et obstétricales et, plus largement, des violences sexistes et sexuelles, des discriminations et des conséquences psychologiques et psychotraumatiques des mauvaises expériences de soin.

L'écoute, l'empathie et la capacité à accueillir les peurs, les doutes, les angoisses ou les réactions émotionnelles des patient-es sont identifiées comme des compétences essentielles à maîtriser par des soignant-es, notamment en gynécologie. Parce que les examens concernent des parties intimes du corps et peuvent réactiver des vécus difficiles, la formation des professionnel.les de santé doit proposer des modules de sciences sociales, notamment de psychologie, afin que les soignant-es appréhendent mieux les dimensions psychologiques, sociales et traumatiques du soin. Pour cela, comme le suggèrent certains témoignages, intégrer l'expertise de patient-es expert-es, et des récits de patient-es dans la formation initiale et continue des professionnel.les de santé, leur permettrait de mener leur analyse réflexive concernant les soins, de leur point de vue de soignant-e, mais aussi et surtout de celui de leurs patient-es.



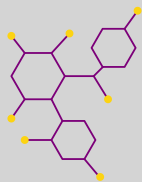
- « Formation accrue au repérage et à la prise en charge de la douleur y compris douleur chronique comme l'endométriose. »
- « Formation à l'empathie, au respect du corps et de la parole des patient-es pour tous les personnels médicaux et du soin »



- « Je pense que les violences gynéco sont connues par les consœurs ou confrères dans les établissements et on pourrait souhaiter **une vigilance en interne, une meilleure formation, éducation, prévention et sanction. Ce sont des abus de pouvoirs et des faits graves et indignes.** »
- « Formation spécifique à l'accueil des personnes victimes de violences (verbales, sexuelles, conjugales). »
- « (...)actuellement il semblerait que les gynécologues "jeune génération" (celles que j'ai rencontrées) soient formé-es au consentement mais uniquement concernant le toucher vaginal/le speculum, mais il faudrait améliorer ces formations, les rendre fréquentes, **OBLIGATOIRES** sous peine de sanctions, former non seulement les étudiant-es mais aussi les médecins déjà en exercice (= formation continue obligatoire) aux VSS, aux VOG, au consentement, aux traumatismes sexuels dans la vie affective etc. Je suis médecin et **JAMAIS**, au cours de ma formation médicale (je suis généraliste), la notion de "consentement du patient" n'a été mentionnée (autrement que sous la forme bateau "consentement libre et éclairé à recueillir" qui consiste juste à signer un papier auquel le patient n'a souvent rien compris car rien ne lui a été expliqué et qu'il se trouve dans l'incapacité, du fait de l'asymétrie médecin/patient-e, de refuser ou discuter des modalités de la prise en charge). Rien ne m'a donc été enseigné sur cela et, en pratique, tout était toujours imposé aux patient-es en particulier, +++ à l'hôpital et encore + en CHU, y compris la présence de toute une équipe de médecins ne s'étant pas présentée et palabrant dans la chambre d'un-e patient-e en langage médical, sans rien lui expliquer. »
- « Formation de tous·tes les gynécos à la formulation claire de demande du consentement. Que chaque femme puisse alors savoir qu'elle peut refuser ou accepter à n'importe quel moment. Ainsi que demander si on est ok d'être examinée par un homme ou non. Apprendre aux gynécos à écouter les patientes : on a chacune nos histoires, traumatismes, limites dans nos intimités, différentes limites à la douleur. Un gynéco devrait avoir un bagage d'éducation psy et sociale.»
- « Peut-être faudrait-il une évaluation psychologique des étudiants lors de leurs études. Idem pour valider leur diplôme. »
- « Former les praticiens à la prise en charge de la première consultation en gynécologie. La première visite d'une femme chez le/la gynéco est un événement marquant et aura des répercussions sur le reste de son suivi médical. (...)»

Renforcer la formation initiale et continue des professionnelles de santé au consentement, aux violences obstétricales et gynécologiques et aux soins respectueux. Cette recommandation est également confortée par **une enquête nationale publiée en 2026 auprès d'internes français-es en gynécologie[38]**, dans laquelle 77,9 % des répondant-es souhaitent bénéficier d'une formation spécifique sur les violences obstétricales et gynécologiques, alors que seul-es 16 % déclarent avoir été sensibilisé-es à ces enjeux au cours de leur formation universitaire. Les auteur·rices concluent à la nécessité de renforcer l'enseignement du consentement, de la communication et des soins respectueux.

Si la formation constitue un levier essentiel de prévention, elle ne peut produire pleinement ses effets que si les conditions d'exercice permettent sa mise en œuvre. La littérature scientifique montre que certaines conditions organisationnelles sont susceptibles d'altérer la qualité de la relation de soin et de favoriser, dans certains contextes, des pratiques déshumanisantes. La prise en compte de ces facteurs ne saurait excuser les violences, en atténuer la gravité ni diluer les responsabilités individuelles. Elle permet en revanche d'identifier des leviers supplémentaires de prévention.



APPUI SCIENTIFIQUE

Les conditions d'exercice : un levier complémentaire de prévention

Facteurs organisationnels susceptibles d'altérer la qualité de la relation de soin

Plusieurs travaux établissent des liens entre l'épuisement professionnel des soignant-es, la diminution de l'empathie, la dépersonnalisation et la dégradation de la qualité des soins. S'appuyant notamment sur les travaux de Davis-Floyd (2001) et de Lokugamage et Pathberiya (2017), Shaw (2025) rapporte des associations entre le burn-out des soignant-es, la diminution de la compassion et les violences obstétricales et gynécologiques.

Le burn-out peut se traduire par une relation plus distante, froide et impersonnelle avec les patient-es, ainsi que par une moindre prise en compte de leurs états émotionnels et de leurs besoins. Sa composante de dépersonnalisation est directement associée à une baisse de l'empathie, à moins d'attitudes rassurantes et à des comportements de déshumanisation (Delgado et al., 2023 ; Testoni et al., 2023 ; Głębocka, 2019, cités dans Shaw, 2025). La déshumanisation peut parfois fonctionner comme une stratégie de protection émotionnelle permettant aux professionnel·les de continuer à exercer dans des contextes éprouvants, mais elle peut aussi conduire à traiter les patient-es davantage comme des objets de soins que comme des personnes à part entière (Capozza et al., 2016).

Les conditions d'exercice doivent également être prises en compte. La charge de travail, la brièveté des consultations, le manque de soutien hiérarchique, un climat professionnel dégradé ou encore certaines logiques de rentabilité peuvent altérer la qualité de la prise en charge. Une étude menée auprès d'infirmier-es en psychiatrie en Israël a montré qu'un climat de travail marqué par le sentiment de ne pas être écouté-e par la hiérarchie, lorsqu'il est associé à des symptômes de burn-out, est lié à une moindre qualité des soins (Shafran Tikva et al., 2024). Plus largement, le bien-être des professionnel·les et le burn-out sont associés à la sécurité des patient-es et à la qualité des soins (Hall et al., 2016).

La littérature souligne enfin l'importance de former les professionnel·les aux compétences psychosociales, à la régulation émotionnelle et à une empathie professionnelle ajustée. Une empathie mal régulée peut générer de la détresse personnelle, de l'anxiété et favoriser l'épuisement professionnel (Delgado et al., 2023). Le développement de ces compétences peut contribuer à des attitudes plus respectueuses pour les patient-es et plus durables pour la santé mentale des soignant-es.

Certains travaux interrogent également la pression implicite pesant sur les professionnel·les pour assurer le « bon déroulement » des soins. Cette pression peut favoriser une intervention excessive, y compris lorsqu'elle n'est pas strictement nécessaire, notamment dans des environnements où la technologie occupe une place centrale (Shaw, 2025).

La prise en compte de ces facteurs organisationnels ne saurait excuser les violences, en atténuer la gravité ni diluer les responsabilités individuelles. Elle permet toutefois d'identifier des leviers supplémentaires de prévention. Prévenir durablement les violences obstétricales et gynécologiques suppose donc d'agir conjointement sur la formation, les pratiques professionnelles, les conditions de travail, l'organisation des soins et les mécanismes institutionnels de vigilance, de contrôle et de sanction.

4- Une approche plus humaine de la part des soignant.es

Les réponses insistent également sur la nécessité de considérer chaque patient.e comme une personne à part entière, porteuse d'une histoire, d'une éducation, d'expériences, de vulnérabilités éventuelles, de choix propres et d'une expertise forte. La pratique professionnelle des soignant.es ne peut donc se limiter aux dimensions techniques : elle doit aussi intégrer la relation de soin, en s'attachant à mettre en lumière les rapports de pouvoir et les discriminations pouvant l'altérer. La prévention des violences et l'adaptation des pratiques aux besoins de chaque patient.e sont également fortement plébiscitées par les enquêté.es.

“

- « Apprécier l'état émotionnel de la personne en début de rendez-vous médical peut permettre une meilleure prise en compte de sa situation à l'instant T et de mettre en place une prise en charge plus adaptée et plus respectueuse de l'autre. Les rendez-vous médicaux devraient être des safe places, non des lieux de désinformation et de violences. ».
- « Clairement éduquer les praticien.nes HUMAINEMENT, et remettre la femme absolument au centre de l'attention. Nous ne sommes pas des organes, mais des PERSONNES, et si nous sommes en consultation c'est pour être VUES et assistées avec bienveillance, écoute réelle et respect. Pas rabaissées, pas réduites à nos organes, pas maltraitées comme des bouts de viande, pas infantilisées et considérées comme des ignorantes. »
- « Prendre exemple sur la formation des sages-femmes et sur les formations en humanité en général »
- « (...)Il faudrait également diffuser nos témoignages au monde de la santé pour qu'il se rende compte des impacts que cela peut avoir. (...) »

Cette recommandation rejoint l'**avis n°142 du Comité consultatif national d'éthique**, qui souligne l'importance de renforcer la démocratie participative en santé, notamment en permettant à des patient.es d'intervenir dans la formation des professionnel.les et en co-construisant les chartes et recommandations de bonnes pratiques avec les associations de patient.es.

[38] 2026, Abgral M., Motte-Cleren S., Deffieux X., Glicenstein F., Laffond M., Benachi A., Vivanti A. J., Obstetric and gynecological violence: awareness and experience of French residents in gynecology. A cross-sectional survey, Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction, vol. 55, article 103213.

5- Développer une culture de la bientraitance

Les réponses mettent en évidence une attente forte de bientraitance : être accueilli-es et soigné-es avec respect, bienveillance, douceur et absence de jugement. L'importance des mots employés, la délicatesse des gestes, le respect des choix des patient-es, la connaissance du dossier médical et de l'histoire des consultant-es, l'écoute du vécu de chaque patient-e sont, selon les enquêtée-es, incontournables d'une relation de soin bientraitante. Les sages-femmes sont régulièrement citées comme des modèles de prise en charge perçue comme plus humaine, respectueuse et attentive. Ces témoignages ne visent pas à opposer les professions entre elles. Des pratiques respectueuses existent dans l'ensemble des professions de santé, tandis que des violences peuvent être commises par tout-e professionnel-le.



- « Il faudrait que la parole des femmes en consultation soit plus prise en compte. Et donner plus d'informations sur les actes gynécologiques. »

- « Depuis que je suis suivie par une sage-femme, je me suis rendu compte des problèmes avec les gynécologues : rdv hyper rapides, pas de prise en compte de l'état psychologique, demandes de consentement très explicites rares. »

- « J'ai eu une très bonne expérience avec une sage-femme qui avant de commencer la séance a passé du temps à me questionner sur moi/ma santé/mon passé sexuel/si j'avais déjà subi des violences sexuelles. Et je trouve ça bien parce que ça permet juste de mettre en confiance avant de direct s'allonger et ne rien comprendre. Elle expliquait tous les moindres gestes qu'elle faisait, et m'a aussi fait des exercices de respiration pendant la pose du stérilet. »
- « Chaque femme a son histoire et je trouve que la prise en charge est trop généralisée, pas assez au cas par cas. Lors d'une IVG, j'ai eu droit à une leçon de morale sur la prise de ma contraception alors que c'était un bébé désiré mais nous venions d'apprendre le handicap de notre aîné alors nous avons fait le choix de l'IVG, par sécurité. »
- « Si les patientes étaient plus informées de leurs droits et des limites de ce qui est légal, ce serait déjà génial et c'est ce que vous faites, alors merci. Je ne veux plus me laisser faire, j'en ai marre de me sentir comme un morceau de viande entre les mains des soignant.e.s. Sinon, je pense que c'est au niveau de la formation en médecine que cela pêche, de manière générale avec tous les médecins j'ai l'impression qu'ils ont toujours **une posture de sachant-es, une posture de pouvoir**. Les sage-femmes que j'ai rencontré-e-s dans le cadre de ma grossesse ont été 100 fois plus respectueux-ses. J'ai été très attentive lors de ma grossesse à m'entourer de soignantes bienveillantes et pour la première fois de ma vie, je me suis sentie prise en considération dans un cabinet / un hôpital »
- « Il faudrait tout revoir. Je n'ai jamais eu de suivi gynécologique convenable alors que j'ai 34 ans. La première fois où j'ai été traitée avec respect c'était avec ma sage femme. Elle a été prévenante et d'une douceur incroyable. »

6- Développer la prévention par l'information des patient.es, des plus jeunes aux moins jeunes

Les répondant-es insistent sur l'importance de s'adresser aux plus jeunes, **dès le collège**, dans le cadre de l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle ou de campagnes de sensibilisation. Il s'agit de leur apprendre leurs droits en tant que patient-es, les principes du consentement dans les lieux de soins, les examens gynécologiques qui peuvent être proposés, ceux qui n'ont pas à être systématiques ou sont non-recommandés, mais aussi leur dire la possibilité que chaque personne a de poser des questions, de refuser un acte, de le reporter à une prochaine consultation ou d'en demander l'interruption immédiate. Les jeunes doivent aussi savoir qu'ils/elles ont le droit de changer d'avis et qu'elles/ils doivent être entendu•es : personne n'a à disposer de leur corps, pas même un-e professionnel-le de santé.



- « Que l'on nous explique dès le collège comment un examen gynécologique consenti est censé se dérouler. Il n'y a pas assez de cours d'éducation à la sexualité et à la santé sexuelle. Parce que lorsque l'on se retrouve devant le professionnel de santé pour la première fois, on a l'impression qu'il a raison quoi qu'il dise ou fasse. Si on savait exactement ce qu'il en est, ce qu'on a le droit de refuser, on prendrait peut-être plus la **liberté de dire non** »
- « (...) Plus d'informations dans les écoles sur les suivis gynécologiques ainsi que les **comportements considérés comme anormaux**. Encourager à dénoncer les comportements anormaux (des soignant-es consulté-es). Un espace dans les collèges/lycées pour les personnes concernées par un suivi gynécologique, afin d'avoir un espace safe de discussion, voire de consultation pour les plus précaires. »

Les enquêté-es recommandent également de penser **la première consultation gynécologique** comme un temps d'information, d'écoute et de mise en confiance, et non comme un passage systématique vers un examen. Lorsqu'un examen est nécessaire et conforme aux recommandations de bonnes pratiques, il devrait être proposé ou programmé, après une information complète permettant un consentement libre et éclairé.



- « Réalisation d'actes gynéco sur un.e mineur.e uniquement après avoir exploré d'autres prises en charge moins invasives. Motiver explicitement les raisons d'un examen gynécologique pour un.e mineur.e. »
- « En parler plus et plus tôt. La consultation chez le gynécologue ou sage-femme fait peur car on ne sait pas à quoi s'attendre. Qu'est-ce qu'il va se passer ? Est-ce qu'on va être nue ? Est-ce qu'on va être touchée ? etc. Ensuite, je trouve que ces consultations sont assez sexualisées dans le sens où on pense trop souvent gynécologie = j'ai besoin d'une contraception pour me protéger d'avoir un enfant lors des rapports sexuels ou pilule = j'ai des rapports sexuels. »

“

- « (...) En tant qu'interne de gynécologie obstétrique, je pense qu'il faudrait informer +++ les patient·es de la possibilité de refuser l'examen, dès la documentation dans la salle d'attente. Pourquoi pas systématiser la première consultation SANS examen pour créer une relation de confiance (mais parfois difficile selon symptômes décrits). Renforcer la sensibilisation dans les collèges lycée sur la vie sexuelle et affective et présenter la consultation gynécologique (notamment le spéculum, son intérêt ...) pour donner des clés à la population et **diminuer l'éventuel rapport de forces basé sur les connaissances...** Merci pour votre travail »

Les réponses soulignent également **la nécessité de mieux accompagner certaines périodes ou situations encore insuffisamment prises en compte, comme la ménopause :**

“

- « **Davantage de prises en charge des douleurs de règles, puis des effets de la ménopause. Dix ans après, je dois toujours trouver des solutions toute seule pour les bouffées de chaleur, les sautes d'humeur etc. Toujours à me dire que c'est normal et qu'il faut faire avec, accepter...** »
- « Une sensibilisation des équipes de soin à la ménopause (on n'intéresse plus personne) »
- « (...) Du temps pour décrire l'anatomie (je n'ai jamais vu mon sexe, par exemple...) expliquer les gestes, à quoi ils servent, en quoi ils consistent... et pour parler des « problèmes » liés aux règles, à la ménopause ou même à la sexualité. »
- « (...) Présenter différents traitements pour la ménopause. Considérer que chaque femme est différente hormonalement. **S'adresser à des consœurs ou confrères spécialistes** pour faire de meilleurs diagnostics. »

Les réponses soulignent également la nécessité de mieux accompagner, ainsi que de mieux informer sur **toutes les alternatives contraceptives**, notamment sur la contraception masculine, la vasectomie, la ligature des trompes ou la symptothermie, afin d'éviter que la pilule soit proposée par automatisme.

“

- « (...). Que les gynécologues se renseignent sur toutes les méthodes de contraception féminine naturelle ainsi que pour les hommes. »
- « **Parler de la contraception masculine (dont la vasectomie, trop peu pratiquée en France) et pas que de la contraception féminine, encore plus quand on a convié son conjoint au rdv médical.** »
- « Les former à d'autres méthodes de contraception. La vasectomie et la ligature des trompes devraient être davantage mentionnées, ainsi que la symptothermie et autres méthodes nouvelles. »



- « Ouverture d'esprit sur la ligature des trompes et plus d'explications des pro lors des consultations »
- « Ne pas oublier d'impliquer et responsabiliser les hommes dans la contraception, la sexualité, le dépistage. »

7- Garantir le respect de l'intimité pendant la consultation

Les répondant·es insistent sur la nécessité de **garantir un véritable espace d'intimité** pendant les consultations et les examens gynécologiques. Cela suppose notamment de pouvoir se dévêtir dans un espace séparé ou protégé, de ne pas être exposé·e inutilement au regard du ou de la professionnel·le, voire des étudiant·es en santé, et de ne jamais imposer une nudité intégrale lorsque celle-ci n'est pas nécessaire à l'examen.

Plusieurs réponses évoquent des pratiques perçues comme plus respectueuses, notamment lorsque les patient·es ne sont pas invitées à se déshabiller intégralement, lorsqu'une couverture est mise à disposition, ou lorsque seule la partie du corps concernée par l'examen est découverte. Ces **aménagements simples** peuvent contribuer à préserver la pudeur, le confort et le sentiment de sécurité des patient·es.

Plusieurs enquêté·es citent notamment les cabinets de sages-femmes comme des espaces où l'intimité est davantage préservée : nudité intégrale moins souvent demandée, mise à disposition d'une couverture, attention portée au confort et exposition limitée à la seule zone examinée.



- « Revoir la base : un petit paravent dans les cabinets pour se déshabiller, prendre 30s pour expliquer comment fonctionne un spéculum et nous laisser le mettre, ne pas demander à ce qu'on soit nue, toujours demander le consentement pour tous les gestes. »
- « Proposition d'alternatives à la nudité »
- « Nudité partielle et intimité respectée »
- « Une serviette sur les jambes pendant l'examen. C'est ma sage-femme qui fait ça et c'est la première fois qu'on me fait ça. J'ai 30 ans »

La position d'examen est également identifiée comme un enjeu important. Les répondant·es demandent que des alternatives à la position gynécologique standard avec étrières soient davantage proposées, notamment lorsque celle-ci est vécue comme inconfortable, humiliante ou dégradante. L'examen en décubitus latéral pourrait ainsi être présenté plus régulièrement comme une possibilité, lorsque la situation clinique le permet.



• « Le respect de l'intimité, et surtout le choix de la position ! La position sur le côté ne m'a été acceptée qu'une seule fois et c'était la première fois que ma sage-femme le faisait. J'étais beaucoup plus à l'aise et je n'ai pas eu mal contrairement aux autres fois. Les examens sont déjà extrêmement angoissants, on devrait pouvoir choisir sa position pour se sentir un minimum plus à l'aise. »

• « (...) Les sièges pour les examens, une position sur le dos en bord de table convient tout aussi bien que la chaise gynéco, assez humiliante quand on se retrouve nue. La possibilité de ne découvrir que ce qui est nécessaire et effectuer l'examen en deux parties en se rhabillant pour vérifier la poitrine. »

• « Permettre des positions différentes laissées au choix des patient-es., lors des consultations gynécologiques et lors de l'accouchement. Pouvoir systématiquement se déshabiller et se rhabiller à l'abri du regard, et s'installer seule sur la table. »

• « Arrêter le système des étriers pour la consultation et permettre de juste poser les pieds sur la « table » comme lors de mes consultations gynéco à Singapour. Prendre un petit spéculum pour celles qui n'ont pas besoin d'un grand. »

Anne-Sophie Botalla-Piretta[39], dans sa thèse consacrée à l'examen gynécologique en décubitus latéral, explique que cette position peut permettre une mise à distance de l'examen et modifier le rapport à celui-ci. Le fait de pouvoir choisir la position d'examen peut contribuer à ce que les patient-es se sentent davantage considérées et actrices de leur suivi.

8- Mieux reconnaître et prendre en charge les douleurs

Les répondant-es appellent les soignant-es à ne plus banaliser, minimiser ou renvoyer à une supposée sensibilité excessive les douleurs des patient-es (douleurs menstruelles, vaginisme, dyspareunie, ménopause, pathologies gynécologiques...), les douleurs provoquées par un examen ou les actes gynécologiques (pose du spéculum, pose de stérilet, ponctions). Respecter et croire la parole des patient-es sur leurs douleurs constitue une condition essentielle d'une prise en charge adaptée, mais aussi d'un diagnostic plus précoce de certaines pathologies.

La parole, ou l'expression de la douleur, doit conduire chaque soignant-e à ralentir, interrompre immédiatement le geste, à proposer une alternative ou adapter la prise en charge. A l'inverse, la persistance de pratiques dans lesquelles la douleur est ignorée ou l'examen poursuivi, interroge profondément la place accordée à la parole des patient-es dans le soin.

[39] 2015, Botalla-Piretta Anne-Sophie, HAL, Open science, <https://urls.fr/u7rllM>



- « **Arrêter de minimiser les douleurs des femmes lorsqu'elles les expriment ! Si on dit qu'on a mal c'est que c'est réel : même si 90% des patientes n'ont pas mal pendant tel examen, ce n'est pas pour autant que la patiente ment ou ne doit pas être prise au sérieux. »**

- « Anticipation et gestion de la douleur (et pas avec du Spasfon) »
 - « J'aimerais qu'on nous écoute plus et qu'on prenne plus en compte nos douleurs (notamment qu'on nous prévienne en amont pour des douleurs qui pourraient être causées lors de l'examen et après). Je me suis souvent sentie démunie et j'ai l'impression de manquer d'informations quand je vis les conséquences des actes que je subis (pose et retrait de stérilet, gestion des douleurs à court et moyen terme, effets secondaires de la contraception...) »
 - « Approche plus holistique des symptômes, reconnaissance des douleurs menstruelles et douleurs lors de rapports, et davantage d'informations sur les solutions potentielles (stop à "la pilule par défaut !") »
 - « Meilleure prise en charge de l'endométriose. Arrêter de nier l'accès à des examens supplémentaires. Arrêter de nier les douleurs de règles et leur côté handicapant, arrêter de les traiter comme normales. »
 - « Informer du type d'examen et nous proposer, en cas de douleur, de le manifester. »
- « **Est-il normal que depuis des décennies il n'y ait pas d'alternative à ce matériel douloureux qu'est le speculum ? »**
- « Enseigner mieux aux professionnels l'anatomie. Concernant les TV/spéculum, l'angle et la lubrification change tout le vécu. »

Les répondant·es soulignent également la nécessité d'une attention particulière pour le repérage des personnes ayant vécu des violences sexistes et sexuelles, des traumatismes ou des expériences médicales difficiles, afin d'adapter l'approche clinique et d'éviter de réactiver des vécus douloureux.



- « Lorsque j'ai fait mon dossier de grossesse à l'hôpital, on m'a demandé pour la première fois si j'avais subi des VSS. On ne me l'avait jamais demandé avant et on ne me l'a d'ailleurs jamais redemandé depuis. Je pense qu'il faudrait le demander plus souvent car, en tant que victime de VSS, il y a des gestes qui peuvent très vite nous faire paniquer... C'est d'ailleurs ce qui est arrivé pendant mon accouchement, alors que j'avais bien précisé que j'avais subi des VSS... mais, au final, est-ce que les professionnels qui m'ont accouchée se sont donné la peine de lire le dossier ?...»



- « Il faudrait aussi former les praticien·nes et les patient·es aux bonnes pratiques, s'attaquer aux VSS pendant les études de médecine qui favorisent la banalisation, la reproduction de comportements inacceptables ; et avoir plus de 10 minutes top chrono du déshabillage à la carte vitale pour laisser la place aux questions, parler des pratiques sexuelles qui posent problème, etc. »

9- Obligation de vigilance, signalement et sanctions

« Arrêter de protéger la profession » constitue une demande récurrente exprimée par les répondant·es. De nombreux témoignages font apparaître un sentiment d'absence de conséquences à la suite de comportements, propos ou actes vécus comme violents, humiliants, inadaptés ou traumatisants dans le cadre du soin.



- « Protocoles encore plus précis, contrôles de mise en place de ces protocoles pour tous les praticiens. Moyens humains et financiers meilleurs dans le domaine. Changement dans les lois pour moins protéger les professionnels de santé »

Les répondant·es demandent des règles plus claires, des protocoles mieux connus, **des dispositifs de signalement accessibles**, ainsi qu'une meilleure information des patient·es sur leurs droits et leurs recours. Elles/ils expriment également l'attente d'un renforcement des **mesures disciplinaires et de protection**, afin que les professionnel·les mis·es en cause pour des faits graves ne puissent pas continuer à exercer au contact des patient·es sans évaluation ni réponse institutionnelle adaptée.



- « Que les médecins soient plus contrôlés et qu'ils soient plus facilement atteignables et condamnables. Il faut arrêter de protéger cette profession. (Et je ne parle pas seulement des médecins en gynécologie) »
- « Information des patient·es sur leurs droits, parcours de signalement, réaction des ordres et sanctions ; interdictions ordinales et/ou pénales d'exercer qui soient plus souvent définitives. »

Pour les enquêté·es, la protection des patient·es suppose **de mieux recueillir les signalements, d'en assurer le traitement effectif, de faciliter les démarches disciplinaires ou judiciaires** lorsque cela est nécessaire, et de prévoir **des mesures permettant d'écarter temporairement ou durablement les professionnel·les représentant un risque pour les patient·es**.



- « (...) Disposer d'une procédure de signalement simple et anonymisée en cas de problème. »
- « Il faudrait aussi qu'il y ait une réelle prise en charge des signalements et plaintes effectués par des patientes car beaucoup de gynécologues qui leur ont fait subir des violences sexuelles sont encore en poste. »
- « Donner le moyen de signaler rapidement les comportements problématiques, définir en avance les attentes du médecin et les limites du patient avant déshabillage. Formation obligatoire sur les VSS. »
- « Règle claire de consentement, meilleure justice face aux médecins agresseurs pour protéger les victimes, revoir l'Ordre des médecins, site qui regrouperait tous les médecins agresseurs pour prévenir. Pourquoi pas possibilité de présence d'une autre personne avec le patient pour **ne pas se retrouver seule avec un seul médecin** si possible. »

Cette attente rejoint plus largement les préoccupations soulevées par le traitement des signalements et des plaintes dans les instances ordinaires. Déjà en 2019, le rapport de la Cour des comptes consacré à l'Ordre des médecins relevait des insuffisances dans le traitement des plaintes. Le rapport de l'Inspection générale des finances[40], publié en 2026, a de nouveau mis en évidence des dysfonctionnements dans l'exercice de ses missions disciplinaires et des défaillances préoccupantes dans le traitement des signalements et des plaintes. Dans un contexte marqué par l'affaire Le Scouarnec, ces constats rappellent que l'absence de traitement effectif des alertes peut exposer de nouvelles patient·es à des violences pourtant évitables.



- « Les plaintes de patientes ou collègues sont souvent classées sans suite, les agresseurs continuent d'exercer impunément. Sans aucune crainte de sanction. Le Conseil de l'Ordre n'agit pas pour protéger les victimes »

Parmi les propositions formulées figurent notamment :

- la mise en place d'instances indépendantes de recueil, d'enquête et d'orientation des signalements ;
- l'affichage systématique des droits des patient·es et d'explications décrivant les examens les plus fréquents lors d'une consultation gynécologique ;
- une information claire sur les possibilités de signalement auprès des établissements de santé et d'instances indépendantes ;
- la création d'un questionnaire de retour d'expérience après les consultations ;
- la création d'organismes indépendants de recueil des plaintes dans les hôpitaux et structures de soins, capables d'orienter les victimes vers les associations spécialisées, dont StopVOG, qui dispose de sa force juridique.

[40] Cour des comptes, L'Ordre des médecins, rapport public thématique, décembre 2019 ; Inspection générale des finances, Mission de vérification des activités de l'Ordre des médecins, rapport n° 2025-V-054-06, mars 2026.



- « La possibilité de signaler tout manquement au consentement et à la déontologie, qui déclencherait systématiquement une enquête ou procédure concernant le/la praticien-ne en question, avec **un numéro vert StopVOG** pour dénoncer, être soutenue et orientée quant aux démarches juridiques possibles. Mettre en place une catégorie VOG dans les commissions 'patients' dans chaque hôpital/maternité. La présence affichée d'une charte de déroulement de chaque examen gynéco et envoyée avant chaque rdv à chaque patiente (obligation légale d'affichage). »
- « Des affichages sur le bon déroulement d'un examen/soin avec le moyen de contacter le service concerné en cas de manquement. Prévoir des **sanctions** (mise à pied, formation, accompagnement) en cas de signalement. »
- « Un questionnaire, comme après chaque hospitalisation, pour **recenser les comportements déviants** et les VGO »
- « **Installer les associations de lutte contre les VOG dans ces instances et rendre obligatoire la remise d'une information aux patientes sur l'existence de ces associations sur le même modèle que les associations d'aide aux victimes dans les commissariats.** »
- « La base serait que le gouvernement débloque suffisamment de budget pour la santé, et donc pour celle des femmes... avec ces moyens, on pourrait faire plus de formations, mieux aménager les salles de consultation... »

Conclusion des recommandations des patientes

Au-delà de la diversité des situations vécues, les recommandations formulées par les répondant-es convergent vers une même attente : être reconnues comme des personnes à part entière dans la relation de soin. Les demandes exprimées ne portent pas sur des transformations complexes ou exceptionnelles de la pratique médicale, mais sur le respect de principes fondamentaux : être informées, être écoutées, être crues, pouvoir consentir librement, voir leur douleur prise en compte, bénéficier d'une prise en charge respectueuse de leur dignité et de leur intimité.

Les propositions recueillies mettent également en exergue des difficultés ne relevant pas uniquement de comportements individuels. Elles interrogent les conditions de formation et d'exercice des professionnel·les, l'organisation du travail, les moyens humains et matériels, la place accordée aux patient·es dans le système de santé, les mécanismes de prévention, les procédures de signalement, ainsi que les dispositifs de contrôle, de sanction et de protection existants.

À travers leurs recommandations, les répondant-es dessinent ainsi les contours d'une prise en charge en gynécologie davantage fondée sur le **partenariat, la confiance, le respect des droits et la qualité de la relation de soin**. Ces attentes rejoignent de nombreux travaux scientifiques, recommandations professionnelles et avis institutionnels qui soulignent l'importance de replacer **le consentement, l'information et la participation des patient·es au cœur des pratiques de santé**.

Les résultats de cette enquête invitent ainsi à dépasser la seule amélioration des pratiques individuelles pour interroger les évolutions structurelles nécessaires en matière de prévention, de formation, de protection effective des patient-es et de lutte contre les violences sexistes et sexuelles dans le système de santé. C'est dans cette perspective que s'inscrit le travail mené par StopVOG dans le cadre du volet santé de la loi-cadre intégrale contre les violences sexistes et sexuelles.

Du constat à la loi : le volet santé porté notamment par StopVOG dans la loi intégrale[41]



Les résultats de cette enquête confirment la nécessité de reconnaître pleinement les violences obstétricales et gynécologiques, et plus largement les violences sexuelles en santé comme un enjeu de santé publique, de prévention, de protection des patient-es et d'accès effectif aux soins.

Depuis sa création, StopVOG travaille à faire reconnaître ces violences, à documenter leurs mécanismes et leurs conséquences, à former les professionnel·les de santé et les étudiant·es et à porter des propositions concrètes auprès des institutions. Ce travail a conduit StopVOG à intégrer la Coalition féministe, regroupant plus de 150 organisations associatives et syndicales, pour élaborer une loi-cadre intégrale contre les violences sexistes et sexuelles. L'association a contribué à la rédaction du volet santé de ce texte.

Ce volet santé vise à éviter plusieurs angles morts mis en évidence par les témoignages recueillis, les accompagnements réalisés par les associations et les échanges avec les professionnel·les de santé : défaut de prévention, insuffisance de formation, difficulté à signaler, sentiment d'impunité des professionnel·les de santé, absence de protection suffisante des patient-es, manque d'accompagnement après les violences et insuffisance de prise en charge financière des soins rendus nécessaires à cause des violences subies.

Les résultats de l'enquête rendent plusieurs mesures, portées dans le cadre de ce travail législatif, indispensables et attendues par les enquêté-es, usager·ères de soins en gynécologie :

- renforcer la prévention et l'information des patient-es sur leurs droits, le consentement, le déroulement des examens et les recours possibles ;
- intégrer la question des violences obstétricales et gynécologiques et plus largement des violences sexistes et sexuelles en santé dans la formation initiale et continue des professionnel·les de santé ;
- clarifier les obligations et possibilités de signalement des violences commises dans le cadre des soins ;

[41] 2025, Assemblée nationale, Proposition de loi-cadre intégrale contre les violences sexistes et sexuelles, n° 2169, déposée le 25 novembre 2025.



- mieux protéger les professionnel·les de santé et les personnes qui signalent des violences, notamment contre les poursuites ou mesures de rétorsion lorsqu'un signalement est effectué de bonne foi ;
- supprimer la conciliation préalable obligatoire devant l'Ordre lorsque la plainte porte sur des faits d'agression sexuelle ou de violences commises en raison du sexe ou de l'identité de genre ;
- améliorer les dispositifs de signalement, d'enquête et d'orientation des patient·es victimes de violences dans le soin ;
- permettre des mesures conservatoires de suspension lorsqu'un·e professionnel·le de santé est mis·e en cause pour des faits graves, afin de prévenir de nouveaux risques pour les patient·es ;
- prévoir l'interdiction d'exercer en cas de condamnation définitive pour violences sexuelles ou sexistes commises dans le cadre professionnel ;
- garantir une prise en charge à 100 % des soins médicaux, psychologiques et spécialisés nécessaires aux victimes de violences sexistes et sexuelles, y compris lorsqu'elles ont été commises dans le cadre du soin ;
- créer, dans chaque département, des centres de prise en charge pluridisciplinaire des victimes de violences sexuelles, accessibles même en l'absence de dépôt de plainte ;
- reconnaître juridiquement les violences obstétricales et gynécologiques, notamment en cas d'absence de consentement éclairé, d'acte réalisé sans justification médicale, de refus ignoré, de douleur non prise en charge ou de comportement humiliant, discriminatoire ou attentatoire à la dignité ;
- créer une sanction spécifique en cas de non-respect du consentement libre, éclairé, spécifique, préalable et révocable des patient·es lors des actes de prévention, de diagnostic, de soin ou d'accompagnement ;
- renforcer la prise en compte des traumatismes psychologiques dans les dispositifs d'indemnisation ;
- associer les patient·es, les associations et les patient·es expert·es à l'élaboration des recommandations, des dispositifs de prévention et des politiques publiques de santé.

L'objectif de ce volet santé n'est pas de remettre en cause la nécessité des soins gynécologiques, obstétricaux ou médicaux. Il est de rappeler qu'aucun acte de soin ne peut être séparé des conditions dans lesquelles il est réalisé : information, consentement, indication médicale, respect de l'intimité, prise en compte de la douleur, sécurité des patient·es et possibilité effective de signaler les violences.

À travers cette enquête, StopVOG souhaite contribuer à une amélioration durable des pratiques de soins et à une réponse législative permettant de prévenir les violences, de protéger les patient·es, de soutenir les professionnel·les qui alertent et de garantir aux victimes un accès effectif à la reconnaissance, à l'accompagnement et aux soins, dans le respect de leurs droits, de leur dignité et de leur intégrité physique et psychique.

CONCLUSION GÉNÉRALE DU RAPPORT

Cette enquête nationale sur le consentement en gynécologie met en évidence un constat central : le consentement reste encore trop souvent pensé comme une formalité implicite, alors qu'il devrait constituer le cœur de la relation de soin. Les résultats de l'enquête montrent que de nombreux-ses patient-es ne sont pas suffisamment informé-es, ne se sentent pas toujours libres de refuser un acte ou un geste non souhaité, ne voient pas leur douleur reconnue, et ne bénéficient pas systématiquement d'un recueil clair, spécifique, préalable, continu et révocable de leur consentement.

Les résultats pointent d'abord le droit à l'information demeurant insuffisamment effectif. Or, sans information claire sur l'objectif, le déroulement, les risques, les alternatives et la possibilité de refuser un acte, le consentement ne peut être réellement éclairé. La parole des patient-es — sur leurs douleurs, leurs choix contraceptifs, leur vécu corporel ou encore les effets secondaires des traitements — reste trop souvent minimisée, disqualifiée ou contournée.

Cette absence d'information et d'écoute s'inscrit dans une relation de soin marquée par une forte asymétrie de pouvoir. Beaucoup de répondant-es décrivent l'autorité médicale, les examens routinisés, la position gynécologique, la nudité, la dépendance à un diagnostic, à une prescription ou à un parcours de soins comme autant de facteurs qui rendent difficile, voire impossible, l'expression d'un refus.

L'absence d'opposition explicite ne peut donc jamais être assimilée à un consentement libre : dans de nombreux témoignages au contraire l'acceptation apparente peut résulter de la peur, de la sidération, de la gêne, de la résignation ou d'un sentiment d'obligation.

L'enquête rappelle aussi que le consentement ne se limite pas à un accord donné au début d'une consultation. Il doit pouvoir être réinterrogé à chaque étape, en particulier lorsqu'un acte intime se poursuit, devient douloureux, surprend la personne ou suscite une volonté d'arrêt. Les résultats révèlent pourtant que ce consentement continu et révocable est encore trop souvent ignoré : des examens sont réalisés sans accord clair, poursuivis malgré la douleur ou la demande d'arrêt, imposés sous pression ou acceptés faute de pouvoir dire non. **Les violences obstétricales et gynécologiques constituent une forme de violences sexistes en santé et certaines d'entre elles peuvent également relever de violences sexuelles**, notamment les examens gynécologiques internes impliquant des actes de pénétration des organes sexuels ou de la zone anale. Au regard de la définition du consentement issue de la loi n° 2025-1057 du 6 novembre 2025, certaines situations rapportées dans l'enquête peuvent relever de violences sexuelles lorsqu'elles concernent des actes réalisés par violence, contrainte, menace ou surprise et/ou sans consentement libre, éclairé, spécifique, préalable et révocable.

L'enquête met également en évidence des situations rapportées par les répondant-es comme des gestes à connotation sexuelle sur les parties intimes, réalisés en dehors de toute nécessité médicale, recommandation professionnelle ou justification thérapeutique. De tels actes sont susceptibles de relever également de violences sexuelles et appellent une vigilance particulière de l'ensemble des acteurs du système de santé.

Nommer ces situations “violences obstétricales et gynécologiques” est donc indispensable puisqu’il ne s’agit pas seulement de « maladroites », de « mauvais vécus » ou de « problèmes de communication », mais de pratiques qui peuvent porter atteinte au consentement, à la dignité, à l’intégrité corporelle et psychique, à l’accès aux soins et à la confiance envers les professionnel·les de santé.

Les conséquences rapportées sont majeures. Le mauvais vécu d’une consultation gynécologique ne s’arrête pas à la sortie du cabinet : il peut entraîner peur de consulter, évitement, rupture de suivi, perte de confiance, douleurs, honte, culpabilité, troubles psychiques, réminiscences, altération de la sexualité, errance médicale ou retards de diagnostic. Ces conséquences ne sont pas seulement un enjeu individuel ou relationnel : elles constituent un enjeu de santé publique.

Les violences obstétricales et gynécologiques ne relèvent pas seulement de quelques professionnel·les “déviant-es” ou de comportements individuels isolés — même si de telles situations existent et doivent être reconnues et sanctionnées. Leur ampleur relève de mécanismes systémiques : banalisation des examens intimes, défaut d’information et de formation, consentement présumé, asymétrie de pouvoir, minimisation de la douleur et insuffisante reconnaissance de la parole des patient·es.

Dire qu’elles sont systémiques ne revient pas à excuser les violences, ni à diluer les responsabilités individuelles. Cela signifie que ces violences peuvent être produites, reproduites ou tolérées par des pratiques professionnelles, des habitudes institutionnelles et des rapports de pouvoir qui doivent être transformés. **La violence ne naît pas toujours d’une intention de nuire. Elle peut aussi surgir lorsque les gestes deviennent mécaniques, lorsque l’habitude remplace l’attention, lorsque le corps est réduit à un objet de soins et que la personne à laquelle il appartient disparaît du regard des soignant·es.** Les conséquences pour les patient·es demeurent pourtant les mêmes au niveau psychique, physique et social en étant majeures : sentiment d’impuissance, traumatismes, évitement des soins, rupture de suivi, perte de chance, altération du rapport au corps, à l’intimité, à la sexualité, à la maternité, souffrance psychique et parfois traumatisme à long terme. Elles peuvent détruire durablement des vies.

Leur reconnaissance impose donc d’agir à tous les niveaux : prévention, formation initiale et continue, transformation des pratiques, dispositifs de signalement accessibles, protection immédiate des victimes, suspension des professionnel·les mis·es en cause lorsque la sécurité des patient·es l’exige, sanctions effectives, transparence des pratiques, des signalements et contrôle renforcé des établissements de santé.

C’est pourquoi StopVOG appelle à l’adoption d’une **Loi Intégrale** contre les violences sexistes et sexuelles, incluant pleinement les violences obstétricales et gynécologiques commises dans le système de santé. Une telle loi doit permettre de garantir la sécurité des patient·es dans les cabinets, maternités, services hospitaliers et établissements de santé et **faire du respect du consentement une exigence réelle, contrôlée et opposable.**

Cette enquête exhorte enfin à une réflexion plus large sur la place accordée à l’humain dans le soin et dans nos institutions. Les résultats de cette enquête montrent ce qui peut se produire lorsque les procédures prennent le pas sur les individus soignés, lorsque les **corps sont traités comme des objets de soins plutôt que comme des êtres humains doués de réflexion, de parole, d’émotions, de droits et d’une dignité propre.**

Le soin ne peut se réduire à une succession d'actes techniques. Il repose sur une rencontre entre des êtres humains. La relation de soin implique de demeurer attentif à l'autre, à sa parole, à ses émotions, à ses limites et à son consentement. Il exige aussi que les professionnelles puissent **rester en lien avec leur propre humanité, leur conscience, leur capacité d'écoute et d'empathie.**

Au-delà du seul champ de la santé, de nombreuses voix rappellent aujourd'hui la nécessité de **replacer l'humain et le vivant au centre des choix collectifs.** Derrière la diversité des combats pour l'égalité, la justice sociale, la protection de l'environnement, les droits humains ou la dignité des personnes, se dessine une aspiration commune : refuser les logiques qui réduisent les êtres humains à des chiffres, des fonctions ou des corps, des cas médicaux, et réaffirmer la valeur de chaque personne.

La déshumanisation n'abîme pas seulement les personnes qui la subissent ; elle finit aussi par abîmer celles et ceux qui la produisent, les institutions qui la tolèrent et la confiance collective qui rend le soin possible.

Réaffirmer le consentement, l'écoute et le respect dans les soins gynécologiques, ce n'est donc pas seulement prévenir des violences. C'est contribuer à construire une société dans laquelle les gestes soignent plutôt qu'ils ne blessent, les institutions protègent plutôt qu'elles n'abandonnent et où chaque personne peut être reconnue pleinement dans son **humanité, ses droits et sa dignité.**

Douleurs Formation Domination
Violences Consentement Déshumanisation
MerciPourCetteEnquête
Gynécologues Humiliations Examens
MerciStopVOG Handicap Grossesse
SagesFemmes AutoritéDesMédecins
CorpsCommeObjet



NUAGE DE MOTS correspondant à la dernière question de l'enquête

"Avez-vous quelque chose à rajouter ?"

44% des réponses expriment des remerciements envers cette enquête et l'action de StopVOG.

Nous remercions sincèrement toutes les personnes qui ont contribué à documenter cette enquête en nous confiant leur vécu.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie (références scientifiques, institutionnelles et juridiques)

- Abgral, M., Motte-Cleren, S., Deffieux, X., Glicenstein, F., Laffond, M., Benachi, A., & Vivanti, A. J. (2026). Obstetric and gynecological violence: Awareness and experience of French residents in gynecology. A cross-sectional survey. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 55, 103213. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2026.103213>
- Amossé, T. (2018). 1 - Les statistiques dans les études de genre : un instrument de dévoilement ? Dans M. Maruani *Je travaille, donc je suis : Perspectives féministes* (p. 31-41). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.maru.2018.01.0031>.
- Arguedas, G. (2025). Some initial thoughts on epistemic arrogance, epistemic humility and obstetric violence. *European Maternity Studies*, 12(2), 142-155. <https://respectfulcare.eu/epistemic-arrogance/>
- Assemblée nationale. (2025). Proposition de loi-cadre intégrale visant à lutter contre les violences sexistes et sexuelles, n° 730 [Proposition de loi]. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17b2169_proposition-loi
- Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe. (2019). Résolution 2306 (2019) : Violences obstétricales et gynécologiques. <https://pace.coe.int/fr/files/28236/html>
- Bajos, N. & Ferrand, M. (2006). L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés contemporaines*, 61(1), 91-117. <https://doi.org/10.3917/soco.061.0091>.
- Bevens, C. L., & Loughnan, S. (2019). Insights into men's sexual aggression toward women: Dehumanization and objectification. *Sex Roles*, 81(11-12), 713-730. <https://doi.org/10.1007/s11199-019-01024-0>
- Bisch, S. (2025). Les violences obstétricales et gynécologiques (VOG) au cœur des violences sexistes et sexuelles (VSS). *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie (JDSAM)*, 43(1), 15-22. <https://doi.org/10.3917/jdsam.251.0015>
- Bisch, S. (2024). Les violences obstétricales et gynécologiques : un combat politique qui concerne toute notre société. *Les Cahiers de l'ITS*, 15, 73-79. Institut Tribune Socialiste. <https://www.institut-tribune-socialiste.fr/debats-de-lits/>
- Bisch, S. (2020). Restitution des résultats de l'enquête nationale sur la naissance pendant la pandémie de Covid-19 devant la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale [Vidéo]. YouTube. <https://youtu.be/FJ1NbNyHrLQ>

- Brigidi, S., Battisti, A., Skoko, E., Santos, C., Morais, L., Sadler, M., Candia, M., Brocker, Á., Contreras, L., Trouvé, A., Bisch, S., González, C., Rossel, J., Yáñez, F., Werner, L., Mena-Tudela, D., Villegas, A., Galliardo, R., & Fernandez, S. (2024). Joint response from Latin American, European Obstetric Violence Observatories and others organizations all over Europe to the Joint Position Statement on Substandard and Disrespectful Care in Labour – Because Words Matter. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 299, 329–330. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.05.008>
- Capozza, D., Falvo, R., Boin, J., & Colledani, D. (2016). Dehumanization in medical contexts: An expanding research field. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 23(4), 545–559. <https://doi.org/10.4473/TPM23.4.8>
- Cárdenas-Castro, M., & Salinero-Rates, S. (2023). The continuum of violence against women: Gynecological violence within the medical model in Chile. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 37, 100891. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100891>
- Cardi, C. (2007). La « mauvaise mère » : figure féminine du danger. *Mouvements*, 49(1), 27–37. <https://doi.org/10.3917/mouv.049.0027>
- Cardi, C., & Quagliariello, C. (2021). Corps maternel. In *Encyclopédie critique du genre* (pp. 196–209). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.renne.2021.01.0196>
- Centre for Cultures of Reproduction, Technologies and Health [CORTH]. (2024). Obstetric violence and epistemic violence: A proposal to start the debate. University of Sussex.
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français. (2020). Recommandations pour la pratique clinique : contraception (texte court). https://cngof.fr/app/uploads/2025/11/Contraception202018_RPC.pdf
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français. (2022). Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique. <https://cngof.fr/app/uploads/2022/12/Charte-de-consultation-en-gynecologie-et-obstetrique.pdf>
- Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. (2023). Avis n° 142 : Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité. <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2023-03/Avis%20142%20Finalis%C3%A9.pdf>
- Conseil national de l'Ordre des médecins. (2023). Consentement du patient : Un droit fondamental [Communiqué]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/consentement-patient>
- Cour des comptes. (2019). L'Ordre des médecins [Rapport public thématique]. Cour des comptes. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lordre-des-medecins>
- De Corte, P., Klinghardt, M., von Stockum, S., & Heinemann, K. (2025). Time to Diagnose Endometriosis: Current Status, Challenges and Regional Characteristics–A Systematic Literature Review. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 132(2), 118–130. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17973>

- Défenseur des droits. (2025). Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : Un enjeu d'égalité. Pour que le droit n'oublie personne [Rapport]. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2025-05/ddd_rapport_discriminations-parcours-de-soins_20250430.pdf
- Deffieux, X., Rousset-Jablonski, C., Gantois, A., et al. (2023). Examen pelvien en gynécologie et obstétrique : recommandations pour la pratique clinique (Recommandations pour la pratique clinique, CNGOF). Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2023.04.001>
- Delgado, N., Delgado, J., Betancort, M., Bonache, H., & Harris, L. T. (2023). What is the link between different components of empathy and burnout in healthcare professionals? A systematic review and meta-analysis. *Psychology Research and Behavior Management*, 16, 447–463. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S384247>
- Ebrahim, S. (2025). Obstetric violence: An epistemic repair of the construct. *Social Epistemology*, 39(5), 560–569. <https://doi.org/10.1080/02691728.2025.2453943>
- El Kotni, M., & Quagliariello, C. (2022). L'injustice obstétricale, une approche intersectionnelle des violences obstétricales. *Cahiers du Genre*, 71(2), 107–128. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0107>
- Evans, M., Tarasoff, L. A., Lunsy, Y., Welsh, K., Proulx, L., Haverkamp, M. S., Parish, S. L., & Brown, H. K. (2024). Disability justice and collective access to labour and delivery care: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), Article 83. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-07036-3>
- Felig, R. N., Courtney, E. P., Ligman, K. M., Lee, K. J., & Goldenberg, J. L. (2024). Objects do not suffer: An impact of mechanistic dehumanization on perceptions of women's suffering and lack of justice in domestic assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 39(5–6), 1245–1267. <https://doi.org/10.1177/08862605231204897>
- Fielding-Singh, P., & Dmowska, A. (2022). Obstetric gaslighting and the denial of mothers' realities. *Social Science & Medicine*, 301, 38 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114938>
- Fonquerne, L. (2021). « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! » : Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception. *Santé Publique*, 33(5), 663–673. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0663>
- Gillespie K. K. (2025). Key Roles of Epistemic Humility in OB/GYN Care of Patients in Acute Non-Labor and Delivery Pain Care. *AMA journal of ethics*, 27(2), E117–E128. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2025.117>
- Głębocka, A. (2019). Stress and dehumanizing behaviors of medical staff toward patients. *Advances in Experimental Medicine and Biology: Clinical and Experimental Biomedicine*, 4, 97–104. https://doi.org/10.1007/5584_2018_308
- Guyard, L. (2010). Chez la gynécologue Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines. *Ethnologie française*, 40(1), 67–74. <https://doi.org/10.3917/ethn.101.0067>
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLoS one*, 11(7), e0159015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
- Haque, O. S., & Waytz, A. (2012). Dehumanization in medicine: Causes, solutions, and functions. *Perspectives on Psychological Science*, 7(2), 176–186. <https://doi.org/10.1177/1745691611429706>

- Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. (2018). Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme [Rapport]. <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/rapport-actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et-mettre-fin-des-violences-longtemps-ignorees>
- Haute Autorité de Santé. (2007). Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical : synthèse des recommandations professionnelles. https://www.has-sante.fr/jcms/c_607182/fr/hygiene-et-prevention-du-risque-infectieux-en-cabinet-medical-ou-paramedical
- Haute Autorité de Santé. (2008). Audition publique. Accès aux soins des personnes en situation de handicap: Rapport d'orientation. https://www.sofmer.com/download/sofmer/synth_ap_acces_soins_pers_hand_23102008.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2013, mise à jour 2019). Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg
- Haute Autorité de Santé. (2019). Avis n°2019.0055/AC/SEAP du 2 octobre 2019 relatif à la modification de l'inscription sur la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, concernant la recherche de l'ADN des papillomavirus humains et la cytologie cervico-utérine. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/ac_2019_0055_kcu_recherche_hpv_ccu.pdf
- Hudson N. (2022). The missed disease? Endometriosis as an example of 'undone science'. Reproductive biomedicine & society online, 14, 20–27. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2021.07.003>
- Idiard-Chamois, B. (2016). L'imprévu de la sexualité et de la maternité face à « l'inquiétante étrangeté » de la femme handicapée. Dans R. Frydman & M. Flis-Trèves (Dir.), L'imprévu : Infortune ou opportunité ? (p. 17–32). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.frydm.2016.03.0017>
- Inserm. (2022). Enquête nationale périnatale 2021 : Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements. Situation et évolution depuis 2016. <https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf>
- Inspection générale des finances. (2026). Mission de vérification des activités de l'Ordre des médecins (Rapport n° 2025-V-054-06). Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique. <https://www.igf.finances.gouv.fr/files/live/sites/igf/files/contributed/Rapports%20de%20mission/2025/Web%20M%C3%A9decins.pdf>
- Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. (2026). Recommandation du groupe de travail interfédéral sur les violences gynécologiques et obstétricales [Recommandation n° 2026-08]. https://igym-iefh.belgium.be/sites/default/files/media/documents/IEFH_REC_2026-08_Recommandation%20GT%20interf%C3%A9d%C3%A9ral%20VG0.pdf
- Inserm. (2025, 17 décembre). Un quart des mères en France seraient concernées par des soins irrespectueux en maternité, facteur de risque de la dépression post-partum [Communiqué de presse]. <https://enp.inserm.fr/enp-2021-un-quart-des-meres-en-france-seraient-concernees-par-des-soins-irrespectueux-en-maternite-facteur-de-risque-de-la-depression-post-partum/>

- Institut national du cancer. (2020). Le dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique (collection « Outils pour la pratique »). <https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/2021/03/Outils-Pratique-Uterus-2021-@-4.pdf>
- Institut national du cancer. (2024). Orienter vos patientes – Dépistage du cancer du sein. <https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/prevention-et-depistages/depistage-et-detection-precoce/depistage-du-cancer-du-sein/orienter-vos-patientes>
- International Confederation of Midwives. (2019). Statement on obstetric violence, mistreatment and violence against women in reproductive health services [Position statement]. <https://internationalmidwives.org/resources/obstetric-violence-and-mistreatment-and-violence-against-women-in-reproductive-health-services/>
- Jones, C. E. (2021). Queering gendered disabilities. *Journal of Lesbian Studies*, 25(3), 195–211. <https://doi.org/10.1080/10894160.2020.1778852>
- Kafer, A. (2013). *Feminist, queer, crip*. Indiana University Press.
- Kafer, A. (2024). Féministe, queer, crip : Des futurs imaginés (C. Puisseux, Trad.). *Multitudes*, 94(1), 120–129. <https://doi.org/10.3917/mult.094.0120>
- Kahalon, R., & Klein, V. (2025). Unmasking the role of dehumanization in obstetric violence. *Psychology of Violence*, 15(1), 21–31. <https://doi.org/10.1037/vio0000521>
- Khan, K., Tariq, N., & Majeed, S. (2024). Psychological impact of medical gaslighting on women: A systematic review. *Journal of Professional & Applied Psychology*, 5(1), 110–125. <https://doi.org/10.52053/jpap.v5i1.249>
- Koechlin, A. (2022). *La norme gynécologique : Ce que la médecine fait au corps des femmes*. Éditions Amsterdam.
- Labainville, I. (2025). Le « syndrome méditerranéen » : Les ressorts d'une catégorie racialisante à l'hôpital. *Genèses*, 138(1), 14–36. <https://doi.org/10.3917/gen.138.0014>
- Loi n° 2025-1057 du 6 novembre 2025 modifiant la définition pénale du viol et des agressions sexuelles, *Journal officiel de la République française*, disponible sur Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000052533258/2026-06-23> (consulté le 23 juin 2026).
- Massó Guijarro E. (2023). La violencia obstétrica como injusticia epistémica: el parto en disputa [Obstetric violence as epistemic injustice: childbirth trouble.]. *Salud colectiva*, 19, e4464. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4464>
- Meyer, S. R., Stöckl, H., Vorfeld, C., Kamenov, K., & García-Moreno, C. (2022). A scoping review of measurement of violence against women and disability. *PLOS ONE*, 17(1), e0263020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263020>
- Michel, C. & Squires, C. (2018). Entre vécu de l'accouchement et réalité médicale : les violences obstétricales. *Le Carnet Psy*, 220(8), 22–33. <https://doi.org/10.3917/lcp.220.0022>

- Nations Unies. (2021, 30 mars). Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRPD/CSP/2021/4). Conférence des États parties à la Convention relative aux droits des personnes handicapées. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
- Organisation des Nations Unies. (2006). Convention relative aux droits des personnes handicapées. Nations Unies, Recueil des Traités, vol. 2515, p.3. <https://www.un.org/development/desa/disabilities-fr/convention-relative-aux-droits-des-personnes-handicapes.html>
- Organisation des Nations Unies. (2019). A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence (A/74/137). Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, Dubravka Šimonović. <https://digitallibrary.un.org/record/3823698>
- Parlement européen. (2024). Obstetric and gynaecological violence in the EU: Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination [Étude]. Direction générale des politiques internes de l'Union européenne. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/761478/IPOL_STU\(2024\)761478_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/761478/IPOL_STU(2024)761478_EN.pdf)
- Perrin, R., Robicquet, P., & Ruault, L. (2025). Où sont les violences médicales ? Genèses, 138(1), 3–13. <https://doi.org/10.3917/gen.138.0003>
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N. et Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Santé Publique, 1(HS), 41–50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>
- Popovich, P. M., & Warren, M. A. (2010). The role of power in sexual harassment as a counterproductive behavior in organizations. Human Resource Management Review, 20(1), 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2009.05.003>
- Puiseux, C. (2026). De chair et de fer : Vivre et lutter dans une société validiste. La Découverte. <https://shs.cairn.info/de-chair-et-de-fer--9782348091421?lang=fr>
- République française. (2002). Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (article L1111-2 du Code de la santé publique). Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000054137408
- Rollero, C., Bergagna, E., & Tartaglia, S. (2021). What is violence? The role of sexism and social dominance orientation in recognizing violence against women. Journal of Interpersonal Violence, 36(23–24), 11349–11366. <https://doi.org/10.1177/0886260519888525>
- Rozée, V., & Faivre-Pierret, L. (2023). Étudier les violences gynécologiques et obstétricales : un défi urgent et nécessaire. Dans C. Schalk, R. Gagnon, & S. Bisch (dir.), Violences obstétricales et gynécologiques : Que fait-on de la parole des femmes ? L'Harmattan.

- Rudman, L. A., & Mescher, K. (2012). Of animals and objects: Men's implicit dehumanization of women and likelihood of sexual aggression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(6), 734–746. <https://doi.org/10.1177/0146167212436401>
- Sauvegrain, P. (2012). La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : Racisation des patientes et trajectoires de soins. *Revue européenne des migrations internationales*, 28(2), 81–100. <https://doi.org/10.4000/remi.5902>
- Schalk, C., Gagnon, R., & Bisch, S. (dir.). (2023). *Violences obstétricales et gynécologiques : Que fait-on de la parole des femmes ?* L'Harmattan.
- Shafran Tikva, S., Gabay, G., Shkoler, O., & Kagan, I. (2024). Association of quality of nursing care with violence load, burnout, and listening climate. *Israel Journal of Health Policy Research*, 13(22). <https://doi.org/10.1186/s13584-024-00601-3>
- Shaw, L. E. (2025). Obstetric violence awareness and advocacy: Identifying gender based violence in maternity care. *Spectra Undergraduate Research Journal*, 4(1). <https://doi.org/10.9741/2766-7227.1032>
- StopVOG France. (2020). Enquête nationale sur la naissance pendant la pandémie de Covid-19. https://drive.google.com/file/d/1Aln35bES8g4fi3vaT9PS23uqY_LluQGM/view
- StopVOG France. (2020). Cartographie interactive des témoignages et violences obstétricales par maternité. <https://bit.ly/3uSFdSg>
- Thomé, C. (2022). Les « méthodes naturelles » de contraception. La construction d'une pratique entre normes de classe et reproduction de genre. *Cahiers du Genre*, 72(1), 143–174. <https://doi.org/10.3917/cdge.072.0143>
- Thomé, C. (2024). Après la pilule. Le choix contraceptif des jeunes femmes à l'épreuve du rejet des hormones. *Santé Publique*, 36(1), 87–96. <https://doi.org/10.3917/spub.241.0087>
- Vaes, J., Leyens, J.-P., Paladino, M. P., & Miranda, M. P. (2012). We are human, they are not: Driving forces behind outgroup dehumanisation and the humanisation of the ingroup. *European Review of Social Psychology*, 23(1), 64–106. <https://doi.org/10.1080/104632832012.665250>
- Vasquez, E. A., Ball, L., Loughnan, S., & Pina, A. (2018). The object of my aggression: Sexual objectification increases physical aggression toward women. *Aggressive Behavior*, 44(1), 5–17. <https://doi.org/10.1002/ab.21719>
- Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., McLemore, M., Cadena, M., Nethery, E., Rushton, E., Schummers, L., Declercq, E., & the GVTM-US Steering Council. (2019). The giving voice to mothers study: Inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*, 16(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>

- Wudneh, A., Cherinet, A., Abebe, M., Bayisa, Y., Mengistu, N., & Molla, W. (2022). Obstetric violence and disability overlaps: obstetric violence during child birth among womens with disabilities: a qualitative study. BMC women's health, 22(1), 299. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01883-y>.
- Yupanqui-Concha, A., Hichins-Arismendi, M., Mandiola-Godoy, D., Rodríguez-Garrido, P., & Rotarou, E. S. (2024). Accessing sexual and reproductive health services in Chile: Women with disabilities and their experience with gynaecological and obstetric violence. Sexuality Research and Social Policy, 21, 690–703. <https://doi.org/10.1007/s13178-024-00942-3>



Annexe 1 - Questionnaire de l'enquête nationale menée par StopVOG

Annexe 2 - Programme de la conférence nationale sur les violences obstétricales et gynécologiques (VOG) et présentation des résultats de l'enquête nationale sur le consentement en gynécologie - Assemblée nationale, 24 juin 2026

Annexe 3 - Réponse internationale des OVO, cosignée par StopVOG, sur le terme de violences obstétricales et gynécologiques (2024)

Annexe 4 - Articles du Code du Travail relatifs à la santé, aux VOG et à la prise en charge des victimes dans la proposition de loi intégrale contre les VSS

Annexe 5 - Enquête nationale menée auprès des internes français-es en gynécologie sur les violences obstétricales et gynécologiques (2026)

Annexe 6 - Questionnaire PCL-5 - Évaluation des symptômes de trouble de stress post-traumatique selon le DSM-5

Annexe 1

**Questionnaire de la première enquête nationale
sur le consentement menée par StopVOG**



Questionnaire de la première enquête sur le consentement lancé par l'Association Stop aux Violences Obstétricales et Gynécologiques - StopVOG



L'Association Stop aux Violences Obstétricales et Gynécologiques @StopVOGfr lance la première enquête nationale pour évaluer **la place du consentement dans les consultations gynécologiques**, en métropole comme en DROM-COM (DOM-TOM).

 **Vous avez consulté, au moins une fois**, un-e gynécologue, sage-femme, radiologue, médecin généraliste, kiné, ou tout autre professionnel-le, pour une **consultation gynécologique** (suivi **régulier**, **occasionnel**, ou pour un **motif particulier** : endométriose, IVG, grossesse, PMA, fausse couche, post-partum, cancers du sein ou gynécologiques, etc) ?

   Nous souhaitons **entendre votre vécu**, qu'il soit récent ou ancien, et **donner de la valeur à votre témoignage** !

  **Cette enquête vise à évaluer :**

 **La place que les professionnel-les de santé donnent à l'information** afin de permettre à leurs patient-es de faire **leur choix en toute connaissance de cause, et librement**.

 **La place du consentement** dans la consultation gynécologique.

 Par **consentement**, nous entendons le fait de **donner votre accord** verbal **avant un acte ou un examen**.

 En raison de la spécificité de l'accouchement, sa prise en charge médicale fera l'objet d'une autre enquête, **ultérieurement**.

➡ Prenez une dizaine de minutes pour participer à cette enquête.

Votre participation est essentielle pour nous permettre de proposer des pistes d'amélioration de la prise en charge en gynécologie.

  **Ensemble, redonnons toute sa valeur à la parole de toutes les patient-es.**

Note : La rédaction allégée utilise le pronom elle, mais la voix de chaque patient et patiente de consultations gynécologiques est **importante pour nous, quelle que soit son identité**

Partie 1

1- Avez-vous déjà vécu au moins une consultation gynécologique en France hexagonale ou DOM-TOM (DROM-COM) ?*

L'astérisque () indique que votre réponse est nécessaire pour poursuivre le questionnaire.*

- Oui
- Non

Partie 2 : Voici quelques questions pour mieux vous connaître.

2A- Pouvez-vous nous indiquer votre âge ?*

- 24 ans ou moins
- De 25 à 34 ans
- De 35 à 44 ans
- De 45 à 54 ans
- 55 ans ou plus

2B- Dans quelle région vivez-vous ?*

- Auvergne-Rhône-Auvergne
- Bourgogne-Franche comté
- Bretagne
- Centre-Val de Loire
- Corse
- Grand Est
- Hauts-de-France
- Ile-de-France
- Normandie
- Nouvelle-Aquitaine
- Occitanie
- Pays de la Loire
- Provence Alpes Côte d'Azur
- Guadeloupe
- Guyane
- Martinique
- Mayotte
- Réunion
- Hors France hexagonale et DOM-TOM (DROM-COM)

2c- Vous êtes :*

- une femme.
- une personne non-binaire.
- une personne trans.
- un homme.
- Je ne souhaite pas répondre.

Partie 3 : Commençons par le déroulé des consultations gynécologiques.

3A- Avez-vous déjà été entièrement nu-e lors d'une consultation gynécologique ?*

- toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais
- Je ne sais pas

3B- Pouvez-vous vous dévêtir (entièrement ou en partie) à l'abri du regard du/de la professionnel-le de santé ?*

- toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais
- Je ne sais pas

3C- Pour l'examen vaginal, le/la professionnel-le de santé accepte-t-il/elle que vous couvriez votre bassin, afin de préserver votre intimité ?*

À l'aide d'un drap, d'une étole, etc, ou que vous gardiez votre jupe ou votre robe.

- toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais
- Je ne sais pas

3D- Avez-vous eu un examen vaginal ou une échographie endovaginale avant vos premiers rapports sexuels avec pénétration vaginale ?*

Une échographie endovaginale nécessite l'introduction d'une sonde dans le vagin.

- oui
- Non
- Je n'ai pas eu ce type d'examen en France
- Je ne sais pas

3E- Concernant votre premier examen vaginal, vous aviez :*

L'examen vaginal recouvre le toucher vaginal et/ou l'examen au spéculum.

- 17 ans ou moins
- Entre 18 ans et 24 ans
- Entre 25 ans ou plus
- Je n'en ai jamais eu
- J'ai eu mon premier examen vaginal à l'étranger
- Je ne sais pas

3F- Concernant spécifiquement votre premier frottis, vous aviez :*

Un frottis nécessite la pose d'un spéculum pour effectuer un prélèvement de cellules sur le col de l'utérus.

- 17 ans ou moins
- Entre 18 ans et 24 ans
- Entre 25 ans ou plus
- Je n'en ai jamais eu
- J'ai eu mon premier examen vaginal à l'étranger
- Je ne sais pas
-

3g. Pour faire un toucher vaginal, le/la professionnel-le a-t-il/elle toujours utilisé des gants ?*

- Oui.
- Non.
- Je n'ai jamais eu l'idée de vérifier que le/la professionnel-le portait bien des gants.
- Je n'ai jamais eu de toucher vaginal (en France).

3h. Le/la professionnel-le de santé vous a-t-il/elle proposé une alternative À la position gynécologique (sur le dos, les pieds dans les étriers) pour l'examen vaginal ?*

L'examen vaginal recouvre le toucher vaginal et/ou l'examen au spéculum.

- Toujours,
- Souvent,
- Rarement,
- Jamais,
- Je n'ai jamais eu d'examen vaginal (en France).
- Je ne sais pas.

3i. Le/la professionnel-le de santé vous a-t-il/elle déjà proposé, si vous le souhaitiez, d'insérer vous-même le spéculum ?*

- Toujours,
- Souvent,
- Rarement,
- Jamais,
- Je n'ai jamais eu d'examen vaginal avec un spéculum (en France).
- Je ne sais pas.

Partie 4 : Abordons maintenant la place de l'information, du consentement, et de la liberté de choix dans la consultation gynécologique.

4a. Le/la professionnel·le de santé vous a-t-il/ellesuffisamment informé sur le déroulé d'un examen qu'on vous propose pour la première fois ?*

Lors d'une consultation gynécologique, il peut y avoir, éventuellement, un examen au spéculum, un toucher vaginal, une échographie, une palpation mammaire, etc.

- Toujours,
- Souvent,
- Rarement,
- Jamais,
- Je n'ai jamais eu d'examen lors d'une consultation gynécologique (en France).
- Je ne sais pas.

4b. Le/la professionnel·le de santé vous informe-t-il/elle suffisamment sur l'intérêt de chaque examen envisagé, pour vous permettre de l'accepter ou de le refuser ?*

- Toujours,
- Souvent,
- Rarement,
- Jamais,
- Je n'ai jamais eu d'examen lors d'une consultation gynécologique (en France).
- Je ne sais pas.

4c. Le/la professionnel·le de santé vous a-t-il/elle clairement demandé votre consentement (votre accord) avant chaque palpation mammaire ?*

La palpation mammaire consiste dans l'observation et l'examen des seins.

- Toujours,
- Souvent,
- Rarement,
- Jamais,
- Je n'ai jamais eu de palpation mammaire (en France).
- Je ne sais pas.

4d. Le/la professionnel·le de santé vous a-t-il/elle clairement demandé votre consentement (votre accord) avant chaque échographie endovaginale ?

L'échographie endovaginale nécessite l'introduction d'une sonde dans le vagin.

- Toujours,
- Souvent,
- Rarement,
- Jamais,
- Je n'ai jamais eu d'échographie endovaginale (en France).,
- Je ne sais pas.

4e. Le/la professionnel·le de santé vous a-t-il/elle clairement demandé votre consentement (votre accord) avant chaque examen vaginal ?*

L'examen vaginal recouvre le toucher vaginal et/ou l'examen au spéculum.

- Toujours,
- Souvent,
- Rarement,
- Jamais,
- Je n'ai jamais eu d'examen vaginal (en France).
- Je ne sais pas.

4f. Comment l'avez-vous vécu quand votre consentement n'a pas été demandé ?

Écrire votre réponse.

4g. Le/la professionnel·le de santé vous demande-t-il/elle votre consentement à chaque étape de l'examen avant de le poursuivre ?*

- Toujours,
- Souvent,
- Rarement,
- Jamais,
- Je n'ai jamais eu d'examen gynécologique (en France).
- Je ne sais pas.

4h. Le/la professionnel·le de santé vous a-il/elle clairement demandé votre consentement (votre accord) à la présence d'une autre personne (du milieu médical) lors de votre consultation, de votre examen ?*

- Toujours,
- Souvent,
- Rarement,
- Jamais,
- Je n'ai jamais été dans cette situation.
- Je ne sais pas.

4i. Trouvez-vous qu'il est difficile de refuser un examen que veut faire le/la professionnel·le de santé ?*

- Oui, très difficile.
- Oui, un peu difficile.
- Non, pas du tout.
- Je n'ai jamais eu d'examen (en France).
- Je ne sais pas.

4j. Avez-vous déjà refusé un examen vaginal, une échographie endovaginale ou un toucher rectal (rarement indiqué) ?*

L'échographie endovaginale nécessite l'introduction d'une sonde dans le vagin. Le toucher rectal est rarement indiqué, seulement en cas de pathologies spécifiques.

- oui,
- non,
- Je ne sais pas.

4k. Malgré votre refus, le/la professionnel-le de santé a-t-il/elle tout de même procédé à un examen vaginal, ou à une échographie endovaginale, ou à un toucher rectal (rarement indiqué) ?*

- Oui, il/elle l'a fait malgré mon refus.
- Non, il/elle ne l'a pas fait, pour respecter mon refus.
- Je n'ai pas exprimé de refus pour un examen.
- Je ne sais pas.

4l. Êtes-vous déjà obligé d'accepter un examen que vous ne vouliez pas ?*

(plusieurs réponses possibles)

- Oui, un examen vaginal ou une échographie endovaginale.
- Oui, une palpation mammaire.
- Oui, un toucher rectal (rarement indiqué, seulement en cas de pathologies spécifiques).
- Oui, un autre examen.
- Oui, l'ensemble des examens car je n'ai pas eu l'impression que le/la professionnel-le attendait mon accord.
- Je n'ai jamais osé refuser un examen indiqué par le/la professionnel-le de santé.
- Non, je ne me suis pas sentie obligée d'accepter un examen.
- Je n'ai jamais eu d'examen en France.
- Je ne sais pas.

4m. Comment l'avez-vous vécu quand vous vous êtes sentie obligée d'accepter l'un de ces examens alors que vous ne vouliez pas ?

Écrivez votre réponse.

4n. Le/la professionnel-le de santé a-t-il/elle déjà effectué un examen sans vous prévenir, comme par surprise.*

(plusieurs réponses possibles)

- Oui, un examen vaginal ou une échographie endovaginale.
- Oui, une palpation mammaire.
- Oui, un toucher rectal (rarement indiqué, seulement en cas de pathologies spécifiques).
- Oui, un autre examen.
- Non, je n'ai jamais eu d'examen sans être présente.
- Je n'ai jamais eu d'examen (en France).
- Je ne sais pas.

4o. Le/la professionnel-le de santé a-t-il/elle déjà poursuivi un examen, alors qu'il était visiblement trop douloureux pour vous et que vous vouliez qu'il/elle arrête ?*

(plusieurs réponses possibles)

- Toucher vaginal,
- Pose du spéculum,
- Frottis,
- prélèvement vaginal,
- Pose de stérilet,
- Palpation mammaire,
- échographie endovaginale (interne),
- échographie pelvienne (sur le ventre),
- Toucher rectal (rarement indiqué),

- Mammographie,
- Ponction d'ovocytes,
- Hystérosalpingographie,
- Hystéroscopie,
- Biopsie,
- Autre:sexamen-s,
- Non, j'ai eu un ou plusieurs examens douloureux, mais le/la professionnel.le de santé s'est arrêté.e.,
- Non, je n'ai pas eu d'examen douloureux au point de vouloir l'arrêter.
- Non, j'en'ai jamais eu d'examen douloureux.
- Je ne sais pas.

4p. Savez-vous que tout.e professionnel.le de santé a l'obligation de demander votre consentement avant d'effectuerchaque examen médical ?*

- oui,
- non,
- Je ne sais pas.

4q. Si oui, depuis quand le savez-vous ? Comment l'avez-vous su ?

4r. Voudriez-vous que les professionnelles de santé vous demandent davantage votre consentement

(votre accord)avant chaque examen gynécologique ?*

- Oui
- Non
- Je n'ai jamais eu d'examen (en France).
- Je ne sais pas.

4s. Un.e professionnel.le de santé vous a-t-il/elle déjà demandé de signer, avant la consultation, un document écrit attestant votre consentement aux différents examens gynécologiques ?*

- oui
- non
- Je ne sais pas.

Partie 5 : Passons ensuite aux consultations relatives à la contraception et à l'IVG.

5a. Quelles méthodes de contraception vous ont déjà été présentées par des professionnelles de santé ?*

(plusieurs réponses possibles)

- Pilule
- Stérilet
- Implant
- Préservatif
- Anneau ou patch
- Ligature des trompes (stérilisation féminine)
- Contraception masculine (Slip chauffant, vasectomie, autre)
- Autre méthode
- Rien du tout.
- Je ne suis pas concernée.
- Je ne sais pas.

5b. Vous est-il déjà arrivé que le/la professionnel-le de santé nie les effets secondaires de votre contraception?*

- Oui.
- Non.
- Je n'ai jamais fait part d'effets secondaires de ma contraception (en France).
- Je ne sais pas.

5c. S'il/elle a nié les effets de votre contraception, que vous a-t-il/elle dit ?

5d. Vous est-il déjà arrivé que le/la professionnel-le de santé ne tienne pas compte de vos douleurs

de règles, dont vous lui fassiez part ?*

- Oui
- Non
- Je n'ai jamais fait part de mes douleurs de règles (en France).
- Je n'ai jamais eu de douleurs de règles.
- Je ne sais pas.

5e. S'il/elle n'en a pas tenu compte, que vous a-t-il/elle dit ?

Écrivez votre réponse.

5f. À quel niveau évaluez-vous vos plus fortes douleurs de règles ?*

Échelle de 0 à 10

5g. Un.e professionnel.le de santé vous a-t-il/elle déjà refusé une interruption volontaire de grossesse (IVG), sans vous orienter vers un.e autre professionnel-le de santé¹ ?*

- On m'a déjà exprimé un refus sans m'orienter vers une autre professionnel-le de santé.

¹ Cette question figure dans le questionnaire administré aux participant·es mais n'a pas été exploitée dans l'analyse quantitative principale. Sa construction ne permettait pas une interprétation suffisamment robuste des résultats. Elle est néanmoins conservée dans l'annexe afin de restituer le questionnaire dans son intégralité.

- On m'a déjà exprimé un refus en m'orientant vers un autre professionnel·le de santé.
- Je n'ai jamais demandé d'IVG (en France).
- Je ne sais pas.

5h. Le/la professionnel·le de santé a-t-il/elle déjà eu à votre rencontre des jugements négatifs concernant :*

(plusieurs réponses possibles)

- Votre choix de contraception (hors stérilisation)
- Votre demande de stérilisation
- Votre sexualité
- Votre désir ou non désir d'enfant
- Votre demande d'IVG
- Autre
- Pas de jugement
- Je ne sais pas

5i. Pouvez-vous nous préciser ces jugements ?

Écrivez votre réponse.

6. Voici la dernière partie !

Questionnons à présent votre vécu de la consultation gynécologique.

6a. Lors d'une consultation gynécologique, un·e professionnel·le de santé a déjà eu :*

(plusieurs réponses possibles)

- des attitudes qui vous ont mise mal à l'aise, ou choquées, ou blessée.
- des gestes qui vous ont mise mal à l'aise, choqués, ou blessée.
- des propos qui vous ont mise mal à l'aise, ou choquée, ou blessée.
- Autre.
- Rien de tout cela.
- Je ne sais pas.

6b. Vous êtes-vous déjà sentie mal physiquement et/ou psychologiquement en sortant d'une consultation gynécologique ?*

Sans lien avec une inquiétude pour votre santé

- Oui
- Non
- Je ne sais pas.

6c. Suite à une consultation gynécologique mal vécue avez-vous déjà :*

Sans lien avec une inquiétude pour votre santé. (plusieurs réponses possibles)

- Eu peur de retourner consulter.
- Renoncé à une ou plusieurs consultations gynécologiques.
- Arrêté tout suivi gynécologique.
- Autre·s conséquence·s négative·s.
- J'ai déjà eu un mauvais vécu, mais sans conséquence·s négative·s.
- Je n'ai jamais eu de mauvais vécu.

- Je ne sais pas.

6d. Suite à une consultation gynécologique mal vécue avez-vous déjà eu ce type de manifestation ?*

Sans lien avec une inquiétude pour votre santé. (plusieurs réponses possibles)

- Des souvenirs, répétés, pénibles et involontaires.
- Des crises de larmes.
- Des difficultés à vous concentrer.
- Des troubles du sommeil, cauchemars, insomnies.
- Un état de mal-être quand quelque chose vous rappelle l'événement.
- Une impossibilité de retourner dans l'établissement de soins où s'est passé.
- Une sexualité dégradée.
- Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (comme : je suis mauvaise, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux).
- Des sentiments négatifs intenses tels que : peur, colère, horreur, culpabilité, ou honte.
- Un état de « super-alerte », d'hyper vigilance, ou le besoin d'être sur vos gardes.
- Une perte d'intérêt pour les activités que vous aimiez auparavant.
- Un comportement irritable, des explosions de colère, ou agir agressivement.
- Des difficultés à éprouver des sentiments positifs.
- Des idées suicidaires.
- Autre-s manifestation-s négative-s.
- J'ai déjà eu un mauvais vécu mais sans conséquences négatives.
- Je n'ai jamais mal vécu de consultation gynécologique.
- Je ne sais pas.

6e. Un-e professionnel-le de santé a déjà eu à votre rencontre des propos :*

(plusieurs réponses possibles)

- sexistes.
- racistes.
- grossophobes.
- lesbophobes.
- transphobes.
- validistes (discrimination envers les personnes en situation de handicap visible ou invisible).
- autre-s propos discriminant-s.
- Pas de propos discriminant-s.
- Je ne sais pas.

6f. Pouvez-vous nous rapporter ces propos discriminants ?

Écrivez votre réponse.

6g. Avez-vous déjà subi des violences obstétricales et/ou gynécologiques (VOG) dans votre parcours de soins ?*

(plusieurs réponses possibles)

- Oui, des violences gynécologiques. (lors du suivi gynécologique ou IVG),
- Oui, des violences obstétricales (lors de la grossesse, de l'accouchement, du post-partum, d'une PMA ou d'une fausse-couche),

- Non, pas de violences obstétricales ou gynécologiques (VOG).
- Je ne sais pas.

6h. Si vous avez subi des violences obstétricales ou gynécologiques, elles ont été commises par :*
(plusieurs réponses possibles)

- gynécologue,
- sage-femme,
- radiologue,
- anesthésiste,
- échographiste,
- médecin généraliste,
- infirmier·e/puériculteur·trice,
- Interne/externe en médecine ou autre étudiant·e en santé
- kinésithérapeute,
- ostéopathe
- autre,
- Je n'ai pas subi de violences obstétricales ou gynécologiques.
- Je ne sais pas.

6i. Souhaitez-vous nous raconter ?

6j. Consentez-vous à la diffusion de votre témoignage anonymisé sur les réseaux sociaux de StopVOG ?

Habituellement nos posts indiquent les noms des établissements, les villes et les années.

- Oui,
- Non,
- Je n'ai pas écrit de témoignage.

6k. Un·e professionnel·le de santé s'est-il/elle déjà permis un ou plusieurs gestes déplacés sur vos parties intimes (vulve, clitoris, fesses, seins, intérieur des cuisses, bouche)*

- Oui.
- Non.
- Je ne sais pas.

6l. Pouvez-vous nous raconter ?

Écrivez votre réponse.

6m. Un·e professionnel·le de santé s'est-il/elle déjà permis d'effectuer des va et vient dans votre vagin ?*

(plusieurs réponses possibles)

- Oui avec un spéculum.
- Oui avec une sonde.
- Oui avec son/ses doigts.
- Oui avec autre chose.
- Peut-être.
- Non
- Je ne sais pas.

6n. Selon vous, que faudrait-il améliorer dans la prise en charge en gynécologie et/ou lors des examens ? Auriez-vous des suggestions à nous proposer ?*

Écrivez votre réponse.

7. Merci pour le temps que vous avez accordé à cette enquête. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

8. Si vous souhaitez recevoir directement les résultats de cette enquête, merci d'indiquer votre mail :

Annexe 2

**Programme de la conférence nationale
sur les violences obstétricales et gynécologiques (VOG)
et présentation des résultats de l'enquête nationale
sur le consentement en gynécologie**

Assemblée nationale, 24 juin 2026

Conférence thématique pour une loi intégrale ***Violences sexistes et sexuelles en santé***

Présentation des résultats de l'enquête nationale StopVOG et échanges autour du volet santé de la proposition de loi intégrale contre les violences sexistes et sexuelles (n° 2169)

Mercredi 24 juin 2026 | 14h00 – 17h00

Assemblée nationale - 7e bureau (126 rue de l'Université, 75007 Paris)

Organisée par **Madame la Députée Céline Thiébault-Martinez**, avec le soutien de **StopVOG** et de la **Coalition féministe et enfantiste pour une loi intégrale contre les violences sexistes et sexuelles**.

14h00 – Ouverture

Mots d'accueil

Céline Thiébault-Martinez, Députée de Seine-et-Marne et initiatrice de la coalition parlementaire pour une loi intégrale contre les violences sexistes et sexuelles commises (VSS) à l'encontre des femmes et des enfants.

Présentation des enjeux de la proposition de loi intégrale contre les VSS (n° 2169), et du rôle essentiel du volet santé dans la prévention, le repérage, l'accompagnement et la prise en charge des victimes.

Introduction de la Coalition féministe

Intervention d'une représentante de la coordination de la Coalition féministe et enfantiste pour une loi intégrale contre les VSS commises à l'encontre des femmes et des enfants.

14h15 – Présentation des résultats de l'enquête nationale StopVOG sur le consentement en gynécologie

Présentation par :

- **Sonia Bisch**, Présidente de StopVOG et coordinatrice générale du projet d'enquête
- **Isabelle Adamiak**, Secrétaire de StopVOG
- **Membres du pôle Recherche** ayant participé à l'analyse de l'enquête

Cette restitution présentera les principaux enseignements de l'enquête nationale menée auprès de plus de 10 000 patientes, portant notamment sur l'information, le consentement, les violences gynécologiques et obstétricales, et notamment les violences sexuelles dans le soin avec leurs conséquences sur la santé et le recours aux soins.

Temps d'échange avec le public et questions-réponses.

15h00 – Table ronde n°1

Signalement, confraternité et protection des professionnel·les de santé

Cette table ronde abordera les enjeux liés au signalement des violences, aux obstacles rencontrés par les professionnel·les de santé, à l'articulation avec le secret médical et aux dispositifs de protection des personnes qui signalent.

Intervenant·es :

- **Guillaume Gouffier Valente**, Député du Val-de-Marne
- **Dre Emmanuelle Piet**, Présidente du Collectif Féministe Contre le Viol (CFCV)
- **My-Kim Yang-Paya**, Avocate et fondatrice d'Avocats-Femmes & Violences
- **Aminata Dango**, Présidente et cofondatrice de l'association Djamma-Djigui

Les échanges permettront notamment d'aborder les difficultés rencontrées dans le signalement des violences sexuelles, les parcours des victimes, ainsi que les enjeux juridiques liés à la reconnaissance des violences commises dans le cadre des soins.

16h00 – Table ronde n°2

Accompagnement pluridisciplinaire des victimes et enjeux du volet santé de la proposition de loi intégrale

Cette table ronde portera sur la prise en charge globale des victimes de VSS et sur les mesures nécessaires pour garantir un accompagnement adapté sur l'ensemble du territoire.

Intervenant·es :

- **Sandrine Josso**, Députée de Loire-Atlantique
 - **Dre Muriel Salmona**, Psychiatre, présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie
 - **Sonia Pino**, Psychologue clinicienne et cofondatrice Elle's Imagine'nt
 - **Grace Mpondo**, Psychanalyste et fondatrice de l'Association Handi Femme Épanouie
-

16h50 – Conclusion

Perspectives et recommandations par Sonia Bisch, Présidente de StopVOG.

Annexe 3

**Réponse internationale des OVO,
cosignée par StopVOG,
sur le terme de
violences obstétricales et gynécologiques
(2024)**



Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology

journal homepage: www.journals.elsevier.com/european-journal-of-obstetrics-and-gynecology-and-reproductive-biology

Correspondence

Joint response from Latin American, European Obstetric Violence Observatories and others organizations all over Europe to the Joint Position Statement on Substandard and Disrespectful Care in Labour – Because Words Matter



ARTICLE INFO

Keywords

Recognizing obstetric violence
Maternity and newborns care
Human right
Healthcare professionals

ABSTRACT

The issue of obstetric violence is internationally acknowledged as a serious violation of human rights. First identified by the Committee of Experts of the Inter-American Belém do Pará Convention in 2012, it is recognized as a form of gender-based violence that infringes upon women's rights during childbirth. Nations such as Argentina, Mexico, Venezuela, and certain regions in Spain have implemented laws against it, highlighting its severity and the need for protective legislation.

Major international organizations, including WHO and the Council of Europe, advocate for the elimination of disrespectful and abusive treatment in maternity care. In 2019, the UN Special Rapporteur on violence against women called on states to protect women's human rights in reproductive services by enforcing laws, prosecuting perpetrators, and providing compensation to victims.

However, despite advances, there remains institutional and systemic resistance to recognizing obstetric violence, which undermines trust in healthcare and impacts women's quality of life. Addressing this violence is imperative, requiring education and training in women's human rights for all healthcare professionals.

As part of the coalition of experts from various organizations (InterOVO), we respond to the publication by EAPM, EBCOG, and EMA: "Joint Position Statement: Substandard and Disrespectful Care in Labor – Because Words Matter." We are committed to preventing and mitigating obstetric violence and improving care for women and newborns.

Dear Editor,

As Obstetric Violence Observatories (OVO) from Europe, Latin America, and others Organizations all over Europe, we have dedicated decades to promoting research and data collection on respectful maternity and childbirth care. We collaborate closely with women, healthcare professionals, policymakers, institutions, governments, and universities, fostering cooperation among all stakeholders.

We are responding to the publication by EAPM, EBCOG, and EMA in your journal, titled "Joint Position Statement: Substandard and Disrespectful Care in Labor – Because Words Matter" [1].

We deeply respect and appreciate all professionals in sexual and reproductive healthcare. We understand the significant legal and social responsibilities they carry and recognize the potential challenges of their work environment, which may be stressful.

We are committed to raise awareness on the need to improve healthcare professionals' work conditions and human rights education to enhance the quality of care for women and newborns.

Nevertheless, it is necessary to underline what follows:

- The Committee of Experts of the Follow-up Mechanism of the Inter-American Belém do Pará Convention was the first mechanism to recognize obstetric violence as a human rights violation in 2012, and recommended that States adopt legal provisions that criminalize obstetric violence [2].

- Obstetric violence is recognized and punished by law in Argentina, Mexico, and Venezuela, and recently by three Autonomous Communities of Spain.

- In 2014, the WHO called for prevention of disrespectful and abusive treatment that women may suffer during facility-based childbirth [4].

- Obstetric and gynecological violence has been addressed by the Parliamentary Assembly Council of Europe in its Resolution 2306/2019 [4].

- In 2019, the UN Special Rapporteur on violence against women recommended that States and stakeholders respect, protect, and fulfill women's human rights during reproductive services and childbirth. This includes ensuring the highest attainable standard of physical and mental health, free from mistreatment and gender-based violence. It was also advised to adopt laws and policies to prevent and combat such violence, prosecute perpetrators, and provide reparations and compensation to victims [2].

The use of the word "substandards" to avoid the term "obstetric violence" conflicts with international bodies recommendations. The substandard care itself is a violation of women's human rights to the highest attainable health.

Furthermore, the attempt to put barriers to the recognition of this form of gender-based violence is a form of institutional and epistemic violence. The term obstetric violence has been codified by national and international laws and conventions, and it has become a legal term.

<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.05.008>

Received 21 April 2024; Accepted 10 May 2024

Available online 22 May 2024

0301-2115/© 2024 Elsevier B.V. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Obstetric violence goes beyond leaving women with negative feelings. It results in significant physical and psychological harm to women and their families, in their quality of life, as extensively documented globally. Additionally, it erodes trust in healthcare institutions, with potential repercussions on reproductive health [3].

Given that substandard and disrespectful care practices described in the statement perfectly comply with the definition of obstetric violence [1], it is crucial to recognize obstetric violence as a global issue, reported worldwide, including Europe, acknowledged by the United Nations and international human rights courts like the UN Committee on Elimination of Discrimination against Women [5]. It is concerning that influential scientific societies keep overlooking international laws and recommendations, as well as substantial scientific literature detailing the scope and repercussions of this problem.

In conclusion, we urge the healthcare community to take decisive action to prevent and address obstetric violence, emphasizing the need for comprehensive education and training on women's human rights for all healthcare professionals.

We are available as experts, and we would be honored to give advice and support for the best interest of all key actors involved in maternity and childbirth care. Please, accept the assurances of our highest consideration. Signed by representatives from OVO Brasil, Chile, Colombia, Italy, Perú, Portugal, Spain, Venezuela, IO Stop VOG France and other organizations.

Declaration of competing interest

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

References

- [1] Ayres-de-Campos D, Louwen F, Vivilaki V, Benedetto C, Modi N, Wielgos M, et al. European Association of Perinatal Medicine (EAPM), European Board and College of Obstetricians and Gynaecologists (EBCOG), European Midwives Association (EMA). Joint position statement: Substandard and disrespectful care in labour – because words matter. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2024;296:205–7. doi:10.1016/j.ejogrb.2024.02.048.
- [2] Šimonović D. A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric

violence. <https://digitallibrary.un.org/record/3823698/files/A_74_137-EN.pdf> 2019. [accessed 30.03.2024].

- [3] WHO, 2014, The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. <<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>> [accessed 30.03.2024].
- [4] Parliamentary Assembly Council of Europe, Resolution 2306/2019, <<https://pace.coe.int/en/files/28236>>; 2019 [accessed 30.03.2024].
- [5] Committee on the Elimination of Discrimination against Women Seventy-fifth session Decision adopted by the Committee under article 4 (2)(c) of the Optional Protocol, concerning communication No. 138/2018* CEDAW/C/75/D/138/2018, 28 February 2020. <<https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n20/082/21/pdf/n2008221.pdf?token=DKI3W6G5DIJVPGLegL&fe=true>> [accessed 30.03.2024].

Serena Brigidi^a, Alessandra Battisti^b, Elena Skoko^b, Carla Santos^c,
Lígia Morais^c, Michelle Sadler^d, Mónica Candia^e, Ángela Brocker^f,
Luna Contreras^g, Alice Trouv^é^h, Sonia Bishⁱ, Carolina Gonzal^é^j,
Javiera Rossel^d, Fabiola Yáñez^d, Lara Werner^j, Desir^{ée} Mena-Tudela^a,
Am^{érica} Villegas^k, Romina Galliardo^l, Susana Fernandez^a

^a Observatorio de la Violencia Obstétrica, Spain

^b Osservatorio della Violenza Ostetrica, Italy

^c Observatório de Violência Obstétrica, Portugal

^d Observatorio de la Violencia Obstétrica, Chile

^e Relacahupan, Chile

^f Washeksa Cuidando Partos, Perú

^g Liga para la Libertad de Parto, Perú

^h Huitaca Observatorio de SSR -Colombia

ⁱ Stop aux Violences Obstétricales et Gynécologiques, France

^j Observatório de Violência Obstétrica, Brasil

^k Observatorio de la Violencia Gineco-Obstétrica, Venezuela

^l Observatorio de la Violencia Obstétrica, Uruguay

E-mail addresses: serena.brigidi@vhir.org (S. Brigidi),
alessandra_battisti@hotmail.com (A. Battisti), elena.skoko@gmail.com
(E. Skoko), doulacarlasantos@gmail.com (C. Santos),
marais_ligia@yahoo.com (L. Morais), michelle.sadler@uai.cl (M.
Sadler), monica.candia@usach.cl (M. Candia), angelabrocker@gmail.com (Á. Brocker), lunaquedoula@gmail.com (L. Contreras),
parteralice@gmail.com (A. Trouv^é), istopvog@gmail.com (S. Bish),
caro.matrona1@gmail.com (C. Gonzal^é), javiera@ovochile.cl (J.
Rossel), fabiola@ovochile.cl (F. Yáñez), observatoriovobrasil@gmail.com
(L. Werner), dmena@uji.es (D. Mena-Tudela),
violenciaginecobstetricave@gmail.com (A. Villegas), rmgd26@gmail.com
(R. Galliardo), susana.fermed@gmail.com (S. Fernandez).

Annexe 4

**Articles du Code du Travail relatifs à la santé,
aux VOG et à la prise en charge des victimes
dans la proposition de loi intégrale contre les VSS**

L'**article 43** impose au ministère du travail d'établir un protocole-type de signalement et de traitement des violences sexistes et sexuelles en entreprise. Ce document devra être mis à disposition dans les six mois suivant la promulgation de la loi et fixera une procédure claire pour accompagner les victimes et les employeurs, recueillir les signalements et traiter les situations de violence au travail.

L'**article 44** étend les pouvoirs de l'inspection du travail pour mieux protéger les salariés à domicile, en particulier ceux qui résident chez leur employeur (dans la plupart des cas, les femmes). Il autorise les inspecteurs du travail, dans le cadre de la lutte contre les violences sexistes et sexuelles, à intervenir et enquêter au domicile des particuliers-employeurs.

Le **chapitre III** concerne l'accompagnement des victimes de VSST.

L'**article 45** garantit que tout agent public victime de violences soit informé de son droit à bénéficier de la protection fonctionnelle dès son premier signalement ou dépôt de plainte.

L'**article 46** crée une autorisation d'absence rémunérée pour effectuer des démarches judiciaires, médicales, psychologiques, administratives, sociales ou professionnelles liées à des situations de violences sexistes et sexuelles.

Le **titre IV** regroupe les dispositions relatives à la santé.

Le **chapitre I^{er}** concerne le signalement des violences sexistes et sexuelles et la prise en charge des soins prodigués aux victimes.

L'**article 47** vise à renforcer la protection des personnes victimes de violences, en facilitant leur signalement par les professionnels, notamment les soignants, sans restriction liée à l'âge ou à la situation de vulnérabilité.

L'**article 48** élargit le statut de lanceur d'alerte aux personnes morales, comme les associations ou organisations. Il modifie la loi de 2016 pour permettre à ces structures, et pas seulement aux individus, d'être protégées lorsqu'elles signalent des violences sexistes et sexuelles ou d'autres faits graves.

L'**article 49** met fin à la tentative de conciliation préalable devant l'Ordre des médecins lorsqu'une plainte concerne des violences sexistes ou sexuelles commises par un médecin. Dans ces cas, la plainte doit être

transmise immédiatement à la chambre disciplinaire de première instance et signalée sans délai au procureur de la République.

L'**article 50** rend obligatoire la formation initiale et continue des professionnels de santé sur les violences sexistes et sexuelles, y compris les violences obstétricales et gynécologiques. Il impose que les programmes de formation intègrent la prévention des violences, le respect du consentement, l'accompagnement des victimes et le signalement des violences commises par des soignants. Il permet également aux professionnels de santé d'être formés à l'identification des violences, notamment intrafamiliales, commises à l'encontre de leurs patients.

L'**article 51** prévoit l'écartement immédiat de tout professionnel de santé mis en examen pour violences sexistes et sexuelles ou visé par un signalement pour de tels faits, et ce de manière systématique. Il étend ce mécanisme à l'ensemble des professionnels de santé, et non plus uniquement aux médecins, dentistes ou sages-femmes, afin que toute personne exerçant une activité de soins soit suspendue dès l'ouverture d'une procédure pénale ou disciplinaire.

L'**article 52** interdit définitivement d'exercer toute activité de santé à toute personne condamnée pour violences sexuelles et sexistes. Cette interdiction concerne l'ensemble des professionnels de santé, y compris les internes et les étudiants en formation. La condamnation est inscrite au fichier ordinal national et communiquée aux employeurs et autorités sanitaires, afin de garantir qu'aucune personne reconnue coupable de violences ne puisse continuer à soigner ou être en contact avec des patients.

L'**article 53** garantit le remboursement intégral des soins pour les victimes de violences sexistes et sexuelles. Il prévoit que les consultations médicales, examens, soins et prélèvements liés aux violences subies soient pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, sans avance de frais ni reste à charge. Cette prise en charge s'applique à toutes les victimes, quel que soit leur âge ou la date des faits, et sans condition de dépôt de plainte.

L'**article 54** crée, dans chaque département, un centre dédié à la prise en charge complète des victimes de violences sexistes et sexuelles. Ces centres proposeront un accueil immédiat, sans condition de dépôt de plainte, avec une prise en charge médicale, psychologique et médico-légale entièrement remboursée, ainsi qu'un accompagnement spécialisé en psychotraumatisme. Ils permettront également de déposer plainte sur place auprès d'équipes formées et de conserver les preuves même sans plainte immédiate, sur le modèle des Maisons des femmes du collectif Restart.

Le **chapitre II** concerne les violences obstétricales et gynécologiques.

L'**article 55** introduit une reconnaissance explicite et une définition des violences obstétricales et gynécologiques dans le parcours de soins.

L'**article 56** complète le code pénal afin de préciser que certains crimes et délits, tels que la torture ou les actes de barbarie, le viol, les agressions sexuelles et les violences, sont considérés comme aggravés lorsqu'ils sont commis par un professionnel de santé dans le cadre d'un suivi obstétrical ou gynécologique.

L'**article 57** vise à renforcer la protection du consentement des patientes et patients en complétant l'article 1111-4 du code de la santé publique. Il précise qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peuvent être pratiqués sans le recueil d'un consentement libre, éclairé, explicite et constant. Cette précision vise à réaffirmer que le consentement ne peut être supposé, ni réduit à une formalité implicite, et qu'il doit être sollicité et respecté à chaque étape de la prise en charge, notamment lors des actes médicaux exercés dans le cadre d'un suivi gynécologique ou obstétrical.

L'**article 58** interdit explicitement toute épisiotomie pratiquée sans consentement, sauf urgence vitale. Il rappelle que toute intervention mutilante, y compris l'épisiotomie, doit faire l'objet d'une information préalable et du consentement libre, éclairé et exprès de la patiente, hors situation d'urgence.

L'**article 59** érige explicitement la stérilisation forcée en infraction criminelle. Il sanctionne de dix ans de réclusion criminelle et de 150 000 euros d'amende le fait de pratiquer ou de faire pratiquer, sur une personne, une stérilisation dépourvue de son consentement libre, éclairé et exprès.

L'**article 60** étend la compétence des commissions régionales d'indemnisation pour reconnaître et évaluer les traumatismes psychologiques liés à des actes médicaux. Il prévoit qu'elles puissent rendre un avis sur les dommages psychiques, notamment en cas d'aléa thérapeutique, et déterminer le régime d'indemnisation applicable.

Le **titre V** regroupe diverses dispositions.

Le **chapitre I^{er}** concerne les mariages forcés et les mutilations sexuelles.

L'**article 61** établit un référentiel des bonnes pratiques professionnelles relatives à la prise en charge globale, pluridisciplinaire et de qualité des personnes victimes de mutilations sexuelles. Ce référentiel ~~prédise, psychologique et social et s'applique à des accompagnements~~ prévoit des modalités de prise en charge adaptées, qu'elles proposent ou non une chirurgie réparatrice. Il vise à assurer une information transparente, des soins adaptés et pluridisciplinaires et l'absence de pratiques tarifaires abusives.

L'**article 62** renforce la répression des mutilations sexuelles féminines en les mentionnant explicitement à l'article 222-9 du code pénal et en faisant courir leur délai de prescription à compter de la majorité de la victime, afin de garantir l'effectivité des poursuites.

L'**article 63** interdit le recours à la médiation familiale en cas de mariage forcé ou non consenti. Il précise dans le code civil que, lorsque le mariage a été imposé ou contracté sans consentement, aucune médiation ne peut être ordonnée, même à titre préalable.

L'**article 64** crée une infraction autonome de mariage forcé et renforce l'extraterritorialité du droit français en permettant de réprimer le fait que des personnes retiennent des victimes de mariage forcé dans un pays étranger.

Le **chapitre II** concerne les personnes particulièrement vulnérables victimes de violences sexistes et sexuelles.

L'**article 65** interdit le délivrement d'une mesure d'éloignement du territoire aux femmes étrangères engagées dans une procédure civile ou pénale en rapport avec une situation de violences.

L'**article 66** prévoit la possibilité de délivrer un titre de séjour « vie privée et familiale » d'une durée de deux ans en cas de plainte pour violence sexuelle.

L'**article 67** propose d'ouvrir la possibilité, pour les personnes étrangères, de travailler dès le dépôt de la demande d'asile en cas de violences sexuelles.

L'**article 68** vise à garantir l'accès à un logement adapté aux femmes exilées.

L'**article 69** met en place une suspension de l'automatisation du refus ou du retrait des conditions matérielles d'accueil en cas de refus

Annexe 5

**Enquête nationale menée auprès
d'internes français-es en gynécologie
sur les violences obstétricales et
gynécologiques (2026)**



Original Research

Obstetric and gynecological violence: awareness and experience of French residents in gynecology. A cross-sectional survey[☆]



Maëlig Abgral^{a,b,1,*}, Solenn Motte-Cleren^{a,b,1}, Xavier Deffieux

Milla Laffond^d, Alexandra Benachi^{a,b}, Alexandre J. Vivanti^{a,b}, Frédéric Glicenstein^c

^a

^b

^c Division of Obstetrics and Gynecology, Antoine Bécélère Hospital, Paris Saclay University, AP-HP, Clamart, France

^d Hôpital Antoine Bécélère, 157 rue de la porte de Trivaux 92140, Clamart, France

Association des Gynécologues-Obstétriciens en Formation, 12 rue Mermoz 59000, Lille, France

Association des Internes de Gynécologie Médicale, 15 rue de l'Ecole de Médecine 75006, Paris, France

ARTICLE INFO

Keywords:

Gynecological and obstetrical violence

Hospital

Health professionals

Residents

ABSTRACT

Background: Obstetric and gynecological violence (OGV) is a long-standing issue that affects the experiences of both patients and caregivers. This study explores the awareness, experiences, and practices of obstetrics and gynecology residents in France, within a context of ongoing controversy.

Methods: A nationwide survey was carried out between September and December 2023, via a questionnaire distributed to French obstetrics-gynecology and medical gynecology residents. It consists of 37 questions, most of which are closed-ended (answers based on Likert scales, ranging from 1 to 10), but some of which could be completed with free text. The primary objective of this study was to assess gynecology residents' awareness of OGV (defined according to the French Haut Conseil à l'Égalité criteria). The secondary objectives were to evaluate their knowledge and personal experiences and to identify areas for improvement in training.

Results: Of the 1459 eligible French gynecology residents, 455 (31.2%) participated. Nearly all respondents (98.9%) were familiar with the concept of OGV, and 98.7% acknowledged its existence. Awareness was primarily acquired through social networks (74.5%) and clinical internships (73.4%), while university teaching played only a minor role (16%). A total of 398 residents (87.5%) reported witnessing OGV during their training, with 42.9% encountering it frequently. The most commonly reported forms were procedures performed without explicit consent (31.2%) and insufficient communication (14.1%). Residents also identified major contributors to OGV, including emergencies (93.2%), lack of time (92.7%), fatigue (85.5%), and stress (81.8%). In their clinical practice, residents reported more systematic consent seeking, clearer information provided to women, and greater consideration of patient modesty and pain management.

Conclusion: This nationwide survey shows that nearly all French gynecology residents are aware of OGV and acknowledge its existence. However, awareness is mainly acquired during residency, largely through informal sources such as social networks and clinical internships, rather than through university teaching. The high frequency of reported exposure to OGV and the identification of modifiable contributing factors highlight the need to strengthen structured education, communication training, and formal teaching on respectful care during medical training.

Introduction

Obstetric and gynecological violence (OGV) is a public health issue that impacts patients, as well as health professionals. OGV refers to inappropriate, disrespectful, or non-consensual acts or behaviors

occurring in the context of gynecological and obstetric care. Some authors and institutions describe OGV as part of a broader continuum of gender-based discrimination and sexism in healthcare, although this interpretation is debated [1]. OGV can be expressed in different ways, from the non-respect of consent to medically unjustified behavior, such

[☆] The study has no funding

*Corresponding author at: Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Antoine Bécélère, 157 rue de la porte de Trivaux 92140 Clamart, France.

E-mail address: maelig.abgral@aphp.fr (M. Abgral).

¹ M.A. and S.M.C contributed equally and should be considered as co-first authors

as inappropriate comments and verbal/physical violence [2,3]. This issue is common, as the results of a 2025 meta-analysis by Fraser et al. indicate a prevalence of 45% of obstetric violence among women surveyed in high-income countries [4]. Failure to respect consent is the most common form of violence [5].

The emergence of OGV in public debate has gained momentum over the past few years, largely thanks to social networks and testimonies massively disseminated on platforms such as X [6] and Facebook. These accounts have shed light on practices deemed disrespectful or violent, sometimes perpetrated without malicious intent, but nevertheless a source of suffering for women. For example, women have reported brutal gynecological examinations, non-consensual episiotomies and body-shaming comments. In response, international organizations such as the World Health Organization have published recommendations to promote respectful, patient-centered practices [7]. For healthcare professionals, the issue has given rise to considerable controversy. Caregivers often find themselves on the front line of media and societal criticism, which can affect their perception of the profession and their motivation. A survey of professionals in Normandy in France (midwives, gynecologists, general practitioners, and residents in these specialties) revealed that 59% wanted to change their practices following media coverage of OGV, but 35% also felt devalued by the controversy [8]. This antinomy between awareness and feelings of stigmatization underlines the need for training and constructive dialogue around these issues.

In France, residents in medical gynecology (MG) and obstetrics-gynecology (OG) play a key role in patient care. As future gynecologists they are frequently on the front line during clinics. However, their initial and ongoing training on OGV-related issues seem insufficient. No studies have examined their awareness and perceptions, although these are essential for preparing a new generation of practitioners who are better equipped to prevent and respond to violence in their daily practice. This study therefore aims to fill this gap by exploring the awareness, personal experience and practice of OG and MG residents regarding OGV. The primary objective of this study was to assess whether gynecology residents are aware of the existence of OGV. The secondary objectives were to evaluate residents' level of knowledge and awareness of OGV, to explore their personal experiences with OGV, and to identify potential areas for improvement in their training related to this issue.

Methods

We conducted a national descriptive and analytical cross-sectional study in 2023 among MG and OG residents concerning OGV.

Study population

The target population included all residents enrolled in the French specialized degree in OG and MG at the time of the study. Inclusion criteria included all residents in training who agreed to answer the questionnaire between September 1 and December 31, 2023.

Data collection

Data were collected via a structured 37-question questionnaire (Appendix). The questionnaire consisted mainly of closed questions, organized into four main sections: sociodemographic characteristics, recognition and perception of OGV, OGV awareness and training, personal and professional experience of OGV. Some questions also included a free space for participants to add details or share personal experiences. The questionnaire was distributed between September 1 and December 31, 2023 via several channels: e-mails (direct emailing to referring residents in French regions, email addresses obtained thanks to the "Association des Gynécologues-Obstétriciens en Formation (AGOF)" and the "Association des Internes de Gynécologie Médicale (AIGM)"), social networks (Facebook closed groups such as "Internes de Gynécologie-Obstétrique de France"), personal messages, and direct contact with

residents known to the investigators. Responses were collected via the Google Forms® platform (Google, Mountain View, USA) and anonymized to guarantee participant confidentiality.

Study variables

Variables studied included

Participant characteristics: age, gender, specialty (MG or OG), resident semester, marital status.

- OGV awareness and recognition (using yes or no questions)
- Recognition of OGV categories according to the French Haut Conseil à l'Égalité [2]: failure to take into account the patient's discomfort; judgmental comments (about sexuality, dress, weight, or the desire or lack of desire to have children); sexist insults; procedures performed without obtaining consent or without respecting the patient's choice; procedures that are not medically justified or refusal to perform procedures; sexual violence. Likert scales were used, allowing forced-choice responses on a scale of 1 to 10. A response higher than 5 was considered affirmative.
- Sources of information (multiple-choice question were used: internships, university courses, social networks, press).
- Experience of OGV: personal experience of OGV (Likert scales) and type of OGV (multiple-choice question)
- Impact of OGV controversy on daily practice (Likert scales)
- Suggestions for improvement: educational or organizational suggestions for preventing OGV (open-ended question). Free-text responses were analyzed using a thematic content analysis to identify recurring themes and suggestions.

Statistical analysis

Quantitative data were analyzed using Microsoft Excel® (Microsoft, Redmond, USA). Descriptive analysis was performed to calculate proportions, medians and interquartile ranges [IQR]. Likert scales were used for several questions, allowing forced-choice responses on a scale of 1 to 10. A response higher than 5 was considered affirmative. Quantitative variables derived from Likert scales were summarized using medians and interquartile ranges. Non-parametric tests were used for group comparisons due to the ordinal nature of the data. Comparative analyses were conducted according to gender and specialty (MG vs OG), with the Mann-Whitney test for quantitative variables and the Chi2 test or Fisher exact test for qualitative variables (depending on applicable conditions). The statistical analysis was performed using R software® (version 4.3.1).

Ethical considerations

This study received the approval of the Institutional Review Board in 2023 (CEROG: no. IRB 2023-GYN-0802). All respondents consented to the use of their data for scientific research purposes. Participation in the study was voluntary and anonymous.

Results

Sociodemographic characteristics of participants

A total of 1459 residents were eligible, corresponding to the total population of residents in these two gynecologic specialties in France during the study period (spread over 5 generations for GM and 6 for GO). Of the 1459 eligible residents, 455 completed the questionnaire, giving a response rate of 31.2% (Table 1). 401 participants were women (88.1%) and 406 were aged between 25 and 30 (89.2%). In terms of marital status, more than half the respondents were single (51%). Only 29 (6.4%) of residents had children. The specialty of OG accounted for most respondents (76.3%). Residents were evenly distributed across

Table 1
Population characteristics.

Whole sample (n = 455)	
Gender, n (%)	
– Female	401 (88.1)
– Male	53 (11.7)
– Non-binary	1 (0.2)
Age (years old), n (%)	
– 18 – 24	26 (5.7)
– 25 – 30	406 (89.2)
– 31 – 35	19 (4.2)
– 36 – 40	4 (0.9)
Family situation, n (%)	
– Single	232 (51.0)
– Cohabitation	105 (23)
– Married	43 (9.5)
– Civil partnership	75 (16.5)
– Child/children	29 (6.4)
Medical specialty, n (%)	
– Medical gynecology	108 (23.7)
– Gynecology-obstetrics	347 (76.3)
Semester, n (%)	
– 1st part of residency	217 (47.7)
– 2nd part of residency	238 (52.3)

semesters with 238 (52.3%) residents in the second part of their residency.

OGV awareness and recognition

A large majority of respondents (98.9%) were aware of the concept of OGV, and 98.7% acknowledged its existence (Table 2). The residents were asked about the different categories of OGV as defined by the French Haut Conseil à l'Égalité [2]. The residents clearly recognized non-respect of consent as an OGV (with a median of 10/10 (IQR [10;10]) on the Likert scale), as well as medically unjustified acts (median of 9/10 (IQR [7;10])) and non-respect of modesty (median of 7/10 (IQR [5;9])). However, this recognition was more nuanced when it came to comments about women's desire to have children (median of 5/10 (IQR [2;8])).

These results were not significantly different between genders. (Supplementary table 1).

Table 2
Awareness of OGV.

Whole sample (n = 455)	
OGV recognition, n (%)	
– Knowledge of the concept of OGV	450 (98.9)
– Recognition of the existence of OGV	449 (98.7)
Situations defined as OGV, median [IQR]	
– Failure to take patient embarrassment or modesty into account	7 [5;9]
– Comments about whether the patient wanted to have children	5 [2;8]
– Non-respect of consent	10 [10;10]
– Medically unjustified acts	9 [7;10]
Awareness during medical training, median [IQR]	
– During the 1st cycle of medical studies	2 [1;4]
– During the 2nd cycle of medical studies	4 [2;6]
– During residency, from the 1st year	7 [4;8]
– After the 1st year of residency	7 [5;9]
Sources of awareness, n (%)	
– Internships	334 (73.4)
– Social networks	339 (74.5)
– Media	242 (53.2)
– Specific training for MG and OG residents	178 (39.1)
– University courses	73 (16.0)
– Other	96 (21.1)
Perception of OGV actors, n (%)	
– Any caregiver could be a perpetrator of OGV	423 (93)
– Midwives are as likely as gynecologists to be involved in OGV	317 (69.7)

OGV: Obstetric and gynecological violence. Likert scales were used for several questions, allowing forced-choice responses on a scale of 1 to 10. A response higher than 5 was considered affirmative.

Awareness during medical training

Awareness of OGV was considered low during the first cycles of medical studies with medians of 2/10 (IQR [1;4]) and 4/10 (IQR [2;6]) respectively for the first cycle and the second cycle (Table 2). On the other hand, we observed higher rates of awareness during residency (third cycle), reaching an average of 7/10 (IQR [4;8]) in the first year and 7/10 (IQR [5;9]) after the first year. Social networks were the main source of awareness (74.5%), followed by internships (73.4%) and the media (53.2%). University courses were a less frequent source of awareness (16.0%). A large majority of respondents (93%) felt that any caregiver could be a perpetrator of OGV, whatever their profession or role.

Personal experience of OGV

398 participants (87.5%) reported having experienced OGV of various degrees during their internship (Table 3). Of these, 195 (42.9%) residents said they had frequently or very frequently observed OGV (Likert scale scores of 6 to 10). The most common forms included procedures performed without explicit consent (31.2%), lack of communication or explanation (14.1%), and failure to take women's pain into account (13.2%). On the question of personal involvement, 415 participants (91.2%) considered that they had never or rarely been involved in OGV, with a median of 3/10 (IQR [2;4]). Participants gave a median of 2/10 (IQR [1;3]) to the idea that OGV could be intentional. Residents were asked about factors contributing to OGV. Among them, 93.2% identified medical emergencies, 92.7% identified lack of time to care for patients, 85.5% identified fatigue, 81.8% identified stress, and finally, 64.8% identified lack of training.

Impact on daily practice

Respondents report that the controversy surrounding OGV has improved their care of women (Table 4): median 6/10 (IQR [4;8]). They consider themselves to be more attentive to women (median 7/10, IQR [5;8]), to provide more detailed information (median 7/10, IQR [5;9]), to more systematically seek consent before performing a procedure (median 10/10, IQR [7;10]), are more considerate of women's modesty (median 8/10, IQR [5;10]), and are more attentive to pain management (median 7/10, IQR [5;8]). However, residents have a more nuanced response to restricting the number of gynecological exams (median 5/

Table 3
Personal experience of OGV.

Whole sample (n = 455)	
Experience of OGV during internship, n (%)	
– Yes	398 (87.5)
– Frequently or very frequently (Likert of 6 to 10)	195 (42.9)
Type of OGV encountered, n (%)	
– Failure to take patient's pain into account	60 (13.2)
– Verbal abuse	62 (13.6)
– Procedures performed without explicit consent	142 (31.2)
– Lack of communication or explanation	64 (14.1)
– Lack of respect for privacy	33 (7.3)
– Inadequate support for anxiety	9 (2.0)
– Other	31 (6.8)
Author or involved in OGV, n (%)	
– No	415 (91.2)
OGV considered intentional, median [IQR]	2 [1;3]
Contributing factors to OGV, n (%)	
– Fatigue	389 (85.5)
– Stress	372 (81.8)
– Lack of time	422 (92.7)
– Medical emergencies	424 (93.2)
– Lack of training	295 (64.8)

OGV: Obstetric and gynecological violence. Likert scales were used for several questions, allowing forced-choice responses on a scale of 1 to 10. A response higher than 5 was considered affirmative.

Table 4
Impact on daily practice.

	Whole sample (n = 455)	Medical gynecologists (n = 108)	Obstetric-gynecologists (n = 347)	p
Improvement of practices, median [IQR]	6 [4;8] 7 [5;8]	7 [4;8] 7 [5;8]	6 [4;8] 7 [5;8]	0.497 0.252
- More attentive to patients	7 [5;9] 10 [7;10]	7 [6;8] 10 [8;10]	7 [5;9] 10 [7;10]	0.749 0.030
- More complete information provided	3 [8] 8 [5;10] 7 [5;8]	5 [4;8] 8 [6;10]	5 [3;8] 8 [5;9] 7 [5;8]	0.095 0.025 0.020
- Systematic request for consent				
- Limitation of pelvic exams				
- Considering the patient's modesty				
- Taking pain into account				
Clinical case:				
performing an episiotomy after the patient's refusal				
- No	445 (97.8)	-	-	

Likert scales were used for several questions, allowing forced-choice responses on a scale of 1 to 10. A response higher than 5 was considered affirmative.

10, IQR [3;8]). A comparison of responses between OG and MG residents shows that the controversy has had an even greater impact on the practices of MG residents, who are significantly more attentive to pain (median 8 [5;9] versus 7/10 [5;8], $p = 0.02$) and modesty (median 8 [6;10] versus 8/10 [5;9], $p = 0.025$) and seek consent more often (median 10 [8;10] versus 10/10 [7;10], $p = 0.03$). Finally, a clinical case concerning whether to perform an episiotomy in the context of forceps delivery to reduce the risk of obstetric anal sphincter injury was presented to participants. Among them, 445 (97.8%) would not perform an episiotomy after a patient refused.

Areas for improvement identified by participants

Among residents, 354 (77.9%) are in favor of training focused on OGV (Table 5). The two most frequently suggested areas for preventing OGV were: to increase training and theoretical learning time (45.1%) and to raise awareness among doctors and the public through seminars, testimonials, and meetings (18.7%).

Discussion

In our study, we highlighted residents' strong awareness of the issues surrounding OGV (98.9%) and their strong recognition of the reality of these issues (98.7%). This confirms that this concept is well integrated

Table 5
Areas for improvement.
Whole sample (n = 455)

In favor of training on OGV during residency, n (%) (Likert of 6 to 10)	354 (77.9)
Proposed areas for improvement:	
- Training and theoretical learning	205 (45.1)
- Seminars, testimonials, meetings with patients	85 (18.7)
- Simulation	73 (16.0)
- Communication training	67 (14.7)
- Other (working conditions, presence of seniors...)	35 (7.7)

OGV: Obstetric and gynecological violence. Likert scales were used for several questions, allowing forced-choice responses on a scale of 1 to 10. A response higher than 5 was considered affirmative.

into the collective consciousness of French residents in obstetrics and gynecology. This result is consistent with the growing media coverage of this subject in the public and professional spheres, notably via social networks and awareness campaigns. Media coverage of OGV and political controversy surrounding OGV grew in the second half of the 2010s, during which time these residents began their medical studies. It is therefore reassuring that they are highly aware of this issue.

Awareness of OGV appears to be much higher during internship than during the first cycles of medical studies, with medians of 2/10 (IQR [1;4]), 4/10 (IQR [2;6]), 7/10 (IQR [4;8]) and 7/10 (IQR [5;9]) respectively for the first cycle, the second cycle, the first year of residency and after the first year. This highlights a major gap in the early stages of training. This finding is in line with frequent criticism that initial medical training programs pay insufficient attention to non-technical skills, such as communication or caring [9]. This human skill of caring for and respecting patients is mainly acquired through internships (for 73.4% of the residents surveyed) rather than in university courses (for 16.0% of them). It therefore seems necessary that all means be employed at the institutional level to improve the initial and continuing training of gynecology professionals. Most of the students surveyed believe that the main area for improvement in practices related to OGV is to increase theoretical teaching and training in this area. Learning could involve simulation and practical sessions. A meta-analysis (covering nine studies including four randomized trials) on learning pelvic examinations using low-fidelity manikins showed that simulation significantly improved skills compared to traditional learning methods [10]. In addition, a systematic review showed that learning from gynecological teaching associates trained to be examined by students provided benefits in terms of technical skills, student self-confidence, and communication compared to traditional teaching [11]. It is important to note that the occurrence of acts that are disrespectful or perceived as violent by patients is not limited to the field of gynecology and obstetrics [12]. However, gynecology and obstetrics may be more frequently criticized because of specific features such as the involvement of intimate examinations, the central role of consent, the gendered dimension of care, and, in obstetrics, the particular vulnerability associated with pregnancy and childbirth. Improvements in practices and teaching regarding quality and respect in healthcare must therefore involve all healthcare professionals, not just those working in obstetrics and gynecology.

Social networks are identified as the principal paths of knowledge for residents (for 74.5% of them). Social media have contributed significantly to raising general awareness about OGV. However, they can potentially produce bias in OGV perception. Anecdotal and emotive evidence, such as testimonials, can provide a skewed picture of clinical reality which can further contribute to feelings of stigmatization among healthcare workers (possibly leading to moral distress or loss of trust in colleagues). While such narratives play an important role in public debate, they cannot replace rigorous research—particularly sociological research—aimed at understanding the structural mechanisms underlying OGV.

Residents' frequent exposure to OGV during their internship, reported by 87.5% of respondents, confirms that such violence remains a significant clinical reality. Procedures performed without explicit consent and the absence of communication or explanation are the most reported forms (31.2% and 14.1%, respectively). These results suggest that the relational and communicational dimension of gynecological care deserves particular attention. The perception of personal involvement in acts qualifying as OGV is lower among residents, with a median of 3/10 (IQR [2;4]). Participants suggested several factors that may contribute to the occurrence of OGV, including fatigue (85.5%), stress (81.8%), lack of time (92.7%), medical emergencies (93.2%) and, to a lesser extent, lack of training (64.8%). These factors are frequently encountered among gynecology residents who are enrolled in long training, and are exposed to stress and emergency situations that can lead to burnout [13]. It is therefore essential to improve the working

conditions of residents and all healthcare professionals to limit the risk factors for patient abuse. Furthermore, the average score of 2/10 (IQR [1;3]) attributed to the idea that OGV is intentional shows that these acts are often perceived as involuntary. This highlights the importance of training residents to identify and prevent violence, even in unintentional contexts.

Many of the residents interviewed admit that testimonials and statements concerning OGV have influenced their day-to-day practices. As a result, the majority feel that they listen more carefully to women, provide more comprehensive information, systematically seek consent before carrying out a procedure, more frequently consider the patient's intimacy and pay more attention to pain management during their training. In general, recent years have been marked by a policy of reducing interventionist procedures in gynecology and obstetrics. For example, French recommendations for clinical practice concerning pelvic examinations in gynecology and obstetrics published in 2023 [14] largely limit systematic gynecological examinations. Similarly, the practice of episiotomy has declined in recent years according to the French national perinatal survey (8.3% in 2021 compared to 20.1% in 2016) [15]. The indication for episiotomy during childbirth depends on individual risk factors and obstetric conditions. It is recommended that the indication be explained and the woman's consent obtained before performing an episiotomy. Residents therefore adhere (97.8% of them) to the principle of obtaining consent and respecting the patient's choice. It is not necessarily the invasive procedure itself that is considered an OGV, but rather the context in which it is performed and the woman's involvement in the decision-making process. It is nevertheless important to note that in certain circumstances, whether an act falls within the scope of OGV is quite subjective and depends on the situation. For example, not performing an episiotomy and allowing an obstetric anal sphincter injury to occur could be considered by other patients as obstetrical violence or professional malpractice. These situations can sometimes leave gynecologists feeling unfairly treated when faced with criticism or even lawsuits from patients who blame them for an approach that they considered to be the best medical option. In 2017, a press release entitled "Stop Gyneco-Bashing - Response from French Obstetrician-Gynecologists" was published [16], signed by 450 obstetrician-gynecologists, confirming the younger doctors' commitment to practicing medicine in the most ethical manner with professionalism, diligence, and compassion. This demonstrates the desire of today's gynecologists to practice compassionate medicine.

This study has several strengths. First, it is a cross-sectional national survey in a selected population: residents in gynecology, whatever the institutional and regional context. This approach allows us to have a representative view of the perceptions and experiences of future professionals in France and to find generalized observations. The structured questionnaire also ensures methodological consistency. There are several limitations in our study that should be considered in the interpretation of these findings. The 31.2% response rate, which is acceptable for this kind of survey, might be a source of selection bias. Those residents who had a greater level of knowledge of OGV may have been more likely to respond, leading to a potential overestimation of knowledge of OGV in this population. In addition, utilizing a self-reporting questionnaire for data collection could lead to social desirability bias as the respondents might have reported what they believe to be socially accepted and not their actual behavior. Finally, the cross-sectional aspect of the study limits its ability to establish causal relationships or analyze changes in perceptions and practices over time. These limitations underline the importance of complementing these results with longitudinal and qualitative studies to explore in greater depth the dynamics surrounding OGV awareness, experiences, and practices. However, despite

these limitations this study is a necessary step towards knowing and possibly improving the training and practices of gynecology residents in France.

To conclude, this study highlights a widespread awareness of OGV among French residents, although it remains largely informal and late in the medical curriculum. The results underline the importance of structuring and formalizing this awareness as early as the first cycles of medical studies, while valuing initiatives based on simulation and continuing training. Recognition of OGV as a central issue in obstetrics and gynecology is an essential first step towards more respectful and ethical practice. However, concerted efforts will be needed to translate this awareness into systemic changes guaranteeing optimal treatment for all patients.

Declaration of competing interest

The authors declare no conflicts of interest.

Supplementary materials

Supplementary material associated with this article can be found, in the online version, at [doi:10.1016/j.jogoh.2026.103213](https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2026.103213).

References

- [1] A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence note by the secretary-general 2019.
- [2] Rapport - Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical: reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées | HCE, (2018). (accessed November 26, 2025).
- [3] WHO statement - the prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. 2014.
- [4] Fraser LK, Cano-Ibáñez N, Amezcua-Prieto C, Khan KS, Lamont RF, Jørgensen JS. Prevalence of obstetric violence in high-income countries: a systematic review of mixed studies and meta-analysis of quantitative studies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2025;104:13–28. <https://doi.org/10.1111/AOGS.14962>.
- [5] Hakimi S, Allahqoli L, Alizadeh M, Ozdemir M, Soori H, Turfan EC, et al. Global prevalence and risk factors of obstetric violence: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet* 2025;169:1012–24. <https://doi.org/10.1002/LIGO.16145>.
- [6] #PayeTonUtérus, contre les gynécologues irrespectueux - Le Monde, (2014). https://www.lemonde.fr/societe/article/2014/11/26/payetonuterus-contre-le-s-gynecologues-irrespectueux_4529587_3224.html (accessed July 1, 2025).
- [7] World Health Organization. WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience 200AD;200: 2018.
- [8] Louati Y, Louati Y. Violences gynécologiques et obstétricales : le vécu des professionnels concernés. *Médecine Humaine Et Pathologie* 2020;2020:103. <https://doi.org/10.34894/VQ1DJA>.
- [9] Agha RA, Fowler AJ, Sevdalis N. The role of non-technical skills in surgery. *Ann Med Surg* 2015;4:422–7. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2015.10.006>.
- [10] Dilaveri CA, Szostek JH, Wang AT, Cook DA. Simulation training for breast and pelvic physical examination: a systematic review and meta-analysis. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* 2013;120:1171–82. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12289>.
- [11] Kirubarajan A, Li X, Got T, Yau M, Sobel M. Improving medical student comfort and competence in performing gynecological exams: a systematic review. *Acad Med* 2021;96:1353–65. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004128>.
- [12] Conner AL, Podtshaske BV, Mazza MC, Zions DL, Malcolm EJ, Thomson CC, et al. Care teams misunderstand what most upsets patients about their care. *Healthcare* 2022;10:100657. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2022.100657>.
- [13] Mirzaei A, Jamshidian S, Movahedi M, Haghani F. Identifying and prioritizing the stressors of obstetrics and gynecology residents. *J Educ Health Promot* 2023;12: 373. https://doi.org/10.4103/JEHP.JEHP_145_23.
- [14] Deffieux X, Pizzoferrato AC, Gaucher L, Rousset-Jablonski C, Le Ray C, Brillat T, et al. Pelvic exam in gynecology and obstetrics: French guidelines for clinical practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2023;291:131–40. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.10.007>.
- [15] Enquête nationale périnatale : résultats de l'édition 2021 | Santé publique France, (2022). <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/enquete-nationale-perinatale-resultats-de-l-edition-2021> (accessed November 26, 2025).
- [16] Stop au gynéco-bashing réponse de jeunes (et moins jeunes) gynécologues-obstétriciens, 2017.

Annexe 6

**Questionnaire PCL-5 – Évaluation des symptômes
de trouble de stress post-traumatique selon le DSM-5**

PCL-5

Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois**.

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

