Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 121 (2023)

Heft: 3

Artikel: Autodétermination dans le contexte médical et qualification juridique

Autor: Hotz, Sandra

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1041628

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 08.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Autodétermination dans le contexte médical et qualification juridique

La question de l'autodétermination des patient·e·s est aujourd'hui de mieux en mieux intégrée au sein de la société – la Suisse accusant toutefois un certain retard en ce qui concerne les violences dans le cadre du suivi de la grossesse et de l'accouchement. Dans cet article, Sandra Hotz, professeure ordinaire de droit de la santé, en rappelle les bases légales, pour un accouchement et un examen gynécologique dans le respect de la femme.

TEXTE:
SANDRA HOTZ

Un accouchement doit être mené dans le respect de la femme, avec empathie et en toute sécurité. C'est là la première priorité pour les professionnel·le·s de la santé. Aucune femme n'a à subir d'atteintes à son intégrité physique ou psychique, qu'il s'agisse d'un attouchement, d'un regard intimidant ou d'une remarque sexiste, si elle ne le souhaite pas. Les droits constitutionnels à la liberté personnelle et à l'intégrité physique ainsi qu'à la vie privée protègent la femme contre toute intervention de l'Etat et obligent la Suisse à prendre des mesures de protection en conséquence.[1] Ses droits personnels s'appliquent en toute situation, à l'égard de toute personne (art. 27 s. CC). Le droit des patientes à l'autodétermination est l'un des principes fondamentaux les plus importants du droit des personnes, du droit médical et de l'éthique médicale. Il se fonde non seulement sur les droits fondamentaux mentionnés ci-avant, mais également sur de nombreux accords internationaux que la Suisse est tenue de respecter en tant qu'Etat partie à ces accords.[2] En droit médical, le droit à l'autodétermination se traduit par le fait de pouvoir décider librement et en connaissance de cause à propos des traitements et interventions médicaux proposés par les professionnel·le·s de la santé, selon le principe juridique dit du consentement libre et éclairé (informed consent), car sans cela toute intervention de nature thérapeutique constitue une atteinte illicite à la personnalité et une lésion corporelle tombant sous le coup du droit pénal. Tout·e professionnel·le de santé, qu'il s'agisse d'un médecin, d'une sage-femme ou d'un·e infirmier·ère, doit donc donner à la patiente les informations déterminantes pour sa décision et lui permettre de choisir de manière autodéterminée un mode d'accouchement (Guillod, 2020), par exemple le mode avec le moins possible d'interventions dans le déroulement de l'accouchement. Depuis 2020, la loi fédérale sur les professions de la santé prévoit explicitement, parmi les «compétences sociales et personnelles» à acquérir par une sage-femme, la capacité de «respecter le droit à l'autodétermination» des personnes à soigner.[3]

Non-respect de l'autodétermination

Le non-respect du droit des femmes à l'autodétermination dans le cadre de l'obstétrique et de la pratique gynécologique constitue souvent un acte de violence. C'est aussi un problème d'égalité, car la violence envers les femmes est à la fois une conséquence et une cause de l'inégalité entre les sexes; elle a des dimensions structurelles. Il s'agit également, comme Barbara Duden l'a expliqué, de l'appropriation scientifique (aussi de la médicalisation) du corps de la femme, plutôt que de ce que la femme vit (Duden, 1991). Il convient donc de souligner, dans le contexte de l'obstétrique et de la pratique gynécologique, l'importance de la Convention des Nations unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF)[4] et, au niveau européen, de la Convention d'Istanbul contre la violence à l'égard des femmes, qui englobe toutes les formes de violence.[5] Selon la recommandation du comité CEDEF de 1999, les Etats parties comme la Suisse doivent prendre des mesures pour garantir l'accès des femmes à des services de santé de qualité, en veillant à ce que les prestations soient fournies en garantissant qu'une femme peut donner son consentement en toute connaissance de cause, que ses besoins soient respectés et que la confidentialité soit assurée.[6]

Violence en obstétrique et dans la pratique gynécologique

L'Organisation mondiale de la Santé a évoqué, la première fois en 2015, les abus et le manque de respect des femmes dans le domaine de l'obstétrique et a formulé des recommandations à ce sujet. Des recommandations spécifiques pour les soins et l'accompagnement lors de l'accouchement ont suivi en 2018. En Suisse, ces aspects n'ont pas été pris en compte dans la science du droit ni dans la jurisprudence jusqu'à présent. Il n'y a pas non plus de débat public à ce sujet. La situation est différente au-delà des frontières suisses (voir les encarts sur la France). Ainsi, dans des pays comme le Portugal et la Suède, de même qu'au Mexique, au Venezuela ou en Argentine, des lois protectrices spéciales ont été adoptées dans ce domaine.

Différentes formes de violence

Il est juste que les différents types de violation des droits d'une patiente dans le domaine de l'obstétrique et de la gynécologie soient désignés sous les termes de violence, de sexisme ou simplement de manque de respect envers les femmes. Au sens de la Convention d'Istanbul, la notion de violence est large; elle inclut les actes de violence physique (de la contrainte au harcèlement sexuel) et de violence psychologique (par exemple des pressions économiques ou émotionnelles d'une certaine gravité).[7] Un comportement irrespectueux peut consister en des propos d'apparence anodine tels que «Bon, maintenant "on" se calme s'il vous plaît» ou «Votre mari va vous aider à respirer correctement», ou encore en un simple «regard désapprobateur». La frontière entre l'insulte ou le harcèlement sexuel relevant du droit pénal et les «simples» atteintes à la personnalité est floue. L'important est de toujours se souvenir du respect du droit à l'autodétermination et de ce que souhaite la femme concernée. La plupart du temps, elle reste capable de discernement pendant l'accouchement et en mesure de décider elle-même. Si, pour un examen vaginal ou une épisiotomie, il n'y a pas d'information préalable, il n'y a pas non plus de possibilité d'avoir un consentement valable, sauf en cas d'urgence.

Les quelques jugements du Tribunal fédéral qui existent en matière de responsabilité en obstétrique ou en gynécologie concernent des fautes de traitement au sens strict commises par des médecins, mais pas une seule fois la question de l'information adéquate.[8] Concernant la violation du devoir de diligence par une sage-femme, il n'existe qu'un seul jugement pénal de la Cour suprême[9] et tout juste deux arrêts de deuxième instance cantonale.[10] Il est à noter toutefois que les procédures extrajudiciaires en matière de responsabilité civile médicale sont très courantes. Cependant, il n'y a pas non plus de statistiques qui enregistreraient de tels incidents de violence d'une autre manière, par exemple des services de déclaration cantonaux ou internes aux hôpitaux. On peut donc partir du principe que le sujet n'est pas encore entré dans le domaine du droit.

Les sages-femmes: actrices ou victimes de la violence structurelle?

Ce n'est que dans le milieu professionnel que la «violence en obstétrique et en gynécologie» semble être devenue un sujet de préoccupation en Suisse au cours des cinq dernières années.[11] Un autre problème est apparu récemment dans le contexte de la violence structurelle: le fait que les sages-femmes se considèrent elles-mêmes responsables (ou témoins) d'un acte de violence, parce qu'elles reconnaissent ou croient reconnaître que le droit à l'autodétermination de la patiente est violé lorsqu'elles estiment qu'un·e professionnel·le de la santé adopte des comportements, des traitements ou des interventions qui constituent un acte de violence ou qui sont sexistes ou basés sur un manque de respect. Il peut également arriver qu'une institution exige d'une sage-femme qu'elle respecte certaines «procédures standard» en matière d'obstétrique et de gynécologie, et prévoie en conséquence que certaines interventions doivent être effectuées, par exemple des échographies à réaliser de manière standardisée lors d'une grossesse (du fait qu'elles sont couvertes par la caisse-maladie?) ou des examens vaginaux répétés (voir aussi l'encart p. 19).

Normes de protection juridique contre les formes de violence

Il existe des normes de protection juridique contre ces différentes formes de violence, tant du point de vue de la patiente que de celui de la sage-femme. La responsabilité de l'information concernant un traitement médical incombe généralement au médecin traitant. L'information doit être donnée en termes clairs et compréhensibles[12] et être complète, le degré de détail dépendant entre autres de la complexité du traitement.[13] Sous réserve des cas d'urgence, l'absence de consentement ou un consentement incomplet ou insuffisant de la patiente peut avoir des conséquences juridiques de nature pénale, civile, administrative et déontologique.[14] Il est à noter qu'une patiente peut retirer à tout moment le consentement qu'elle a donné (art. 5, al. 3, de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine) ou exprimer des souhaits de modification, même si le moment peut sembler inopportun.

Consentement: nouveaux chiffres

La thématique des «soins inappropriés» est une nouveauté de l'édition 2021 de l'Enquête nationale périnatale française. Environ 10 % des femmes rapportent avoir été exposées parfois ou souvent pendant leur grossesse, leur accouchement ou le séjour à la maternité à des paroles ou attitudes inappropriées, de la part des soignant·e·s, et environ 7 % à des gestes inappropriés. Ceux-ci concernent tous les contextes (consultation, échographie, urgence, salle de naissance, pose de péridurale), mais sont plus fréquents lors du séjour en maternité.

Par ailleurs, pour 4,2 % des femmes, le·la ou les professionnel·le·s ne demandaient jamais l'accord avant de réaliser un toucher vaginal durant la grossesse, pour 11 % des femmes l'accord était demandé parfois et pour 78 % la demande d'accord était systématique. Durant le travail et l'accouchement, les femmes déclarent dans 51,8 % des cas que leur accord n'a pas été demandé pour pour la réalisation d'une épisiotomie, pour les femmes exposées à cette intervention.

Communiqué de presse de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale du 6 octobre 2022, https://presse.inserm.fr

Télécharger le Rapport 2021 sur www.santepubliquefrance.fr

France: l'incompréhensible débat

Les discussions sur le viol en gynécologie-obstétrique ont été relancées en France en décembre dernier lors du dernier congrès Infogyn (co-organisé par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français et la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale), par le panel intitulé «Gynécologie médicale – Le viol en gynécologie-obstétrique: réalité ou confusion?», et les réactions qu'il a suscitées. Ce panel, dont la captation vidéo est disponible en ligne, a notamment été commenté par le médecin et romancier Marc Zaffran (Martin Winckler) qui a dénoncé avec virulence l'insuffisance de réflexion, d'information et de réaction au sein de la profession sur cette question, conduisant les professionnel·le·s à discuter et mettre en doute la parole des femmes, alors même que des plaintes ont été déposées et médiatisées ces derniers mois à l'encontre de gynécologues.

Le terrain français est certes différent du terrain suisse (déserts gynécologiques, charge de travail *versus* rémunération des consultations, etc.) et présente une autre réalité sur le sujet qu'en Suisse romande. Pour autant, ces faits existent et sont dénoncés par des femmes, et doivent rendre tout·e professionnel·le attentif·ve, quels que soit son pays et ses conditions d'exercice, à cette forme particulière de violences faites aux femmes.

Jeanne Rey, *rédactrice* Obstetrica

Revoir le panel lors du Congrès Infogyn sur http://videos.infogyn.com

Commentaire de Marc Zaffran sur https://ecoledessoignants.blogspot.com

Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (n. d.). Directives et aide-mémoire concernant «l'inconduite à caractère sexuel» au cabinet médical, www.sggg.ch

Les sages-femmes ont aussi des responsabilités

Sur le plan juridique, la sage-femme est généralement considérée comme une auxiliaire du médecin traitant, ou bien de l'hôpital, même s'il s'agit d'un médecin agréé externe, alors qu'une sage-femme indépendante traite la femme enceinte sous sa propre responsabilité en tant que prestataire et l'informe sur les différents types d'accouchement et d'examens prénataux ainsi que sur le déroulement de l'accouchement et ses risques généraux et particuliers. Il peut s'agir par exemple, dans le cas d'un accouchement à domicile, de la distance avec le personnel médical ou l'hôpital, des locaux non stériles ou de l'absence d'appareils techniques. Si, en tant qu'auxiliaire, la sage-femme constate qu'un médecin agit de manière irrégulière, elle a le devoir de le lui signaler et d'intervenir, sinon elle peut également être tenue pour civilement responsable, voire pénalement punissable.[15]

Il faudrait aussi examiner en profondeur dans la pratique si les sages-femmes pourraient elles-mêmes être considérées comme des victimes de la violence structurelle, car leurs propres droits personnels et décisionnels sont réduits dans la mesure où elles ne peuvent précisément pas les exercer, du fait qu'elles sont soumises, dans leur fonctionnement, à une pression économique, émotionnelle et temporelle considérable (et qu'il y a donc violence au sens de la Convention d'Instanbul).

Violence sexuelle et pratique sage-femme: un témoignage

«Dans l'exercice de mon métier, je me suis déjà trouvée violente malgré moi, notamment à cause de protocoles imposés. Par exemple, la désinfection vaginale au moment d'une césarienne. C'est une pratique peu courante mais qui était obligatoire dans un hôpital où j'ai pratiqué, malgré les questionnements au sein des équipes car il n'est absolument pas recommandé. La première fois que je m'occupais d'une césarienne, alors que je refusais de le faire, on m'a dit en me tendant une grande pince avec une compresse: «C'est le protocole, et tu vas jusqu'au fond». Ce geste concerne principalement les césariennes programmées, mais il est généralement fait sans prévenir la femme: elle est consciente mais ne sait pas ce qu'il se passe exactement. Moi, la sensation que j'ai eue, c'est que j'étais en train de violer cette femme. C'est un geste qui a été dur à faire, qui s'apparentait à une pénétration non voulue, non connue, et en plus sans raison.

Plus généralement, pour moi il y a dans ces questions de violences (obstétricales et/ou sexuelles) la perception des femmes et la perception des sages-femmes. Il y a des gestes indispensables, parfois des épisiotomies par exemple, que les femmes peuvent vivre comme une violence obstétricale. Mais il y a vraiment des gestes qui ne devraient plus avoir lieu d'être, comme les touchers vaginaux systématiques, ou appuyer sur les releveurs pour provoquer une douleur/gêne pour expliquer où pousser (ce qui favorise les déchirures). Les touchers vaginaux, oui c'est notre métier, mais la manière dont c'est amené auprès des femmes n'est pas toujours adéquate. Est-ce que les femmes ont vraiment le droit ou la possibilité de refuser?»

Collecte de données, recherche et formation

Il ressort de tout cela que ce ne sont pas les bases juridiques applicables qui manquent en premier lieu, mais bien le fait que ces phénomènes de violence en obstétrique et en gynécologie soient identifiés, nommés et connus comme étant illégaux. Tant la pa-

Notes

1 Art. 10 al. 2, 13, 7 Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18.4 1999, RS. 101.

2 Art. 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4.11.1950 (CEDH), entrée en vigueur pour la Suisse le 8.11.1974, RS 0.101; art. 5-9 de la Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine du 4.4.1999, entrée en vigueur pour la Suisse le 1.11.2008 *(Convention de d'Oviedo);* Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, Droit au meilleur état de santé possible, Doc. UN E/C.12/2000/4 (2000), par. 8.

3 Art. 4, par. 2, lettre c. en relation avec l'art. 4, par. 2, lettre c. Art. 2, al. 2, let. d de la loi sur les professions de la santé (LPSan, RS 811.21); à voir l'art. 7 let. c et 8 lit. i de la loi sur les professions médicales universitaires (LPMed, RS 811.21)

4 Du 18 décembre 1979; en vigueur en Suisse depuis le 26.4.1997, en abrégé CEDAW, cf. www.fedlex.admin.ch (21.1.2013).

5 Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique du 11 mai 201, en vigueur en Suisse depuis le 1.4.2018, en abrégé Convention d'Istanbul www.fedlex.admin.ch (21.1.2023); Message du 2 décembre 2016 relatif à l'approbation de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, FF 2017 185, p.194.

6 Recommandation générale n° 24 sur les obligations fondamentales des États parties en vertu de l'article 12 de la CEDAW (femmes et santé) 1999, §22.

7 Message FF 2017 185, p. 196.

8 TF, arrêt du 11.12.2019, 6B_834/2019, consid. 2, ATF 141 III 363; TF, arrêt du 09.07.2010, 4A 48/2010.

9 TF, arrêt du 03.03.2009 6B 842/2008 (6B_842/2008).

10 Tribunal cantonal de Zurich, décision du 05.09.2017, LB160075 (amniotomie contre-indiquée suivie d'un prolapsus du cordon ombilical entraînant un manque d'oxygène); Tribunal cantonal de Saint-Gall, chambre pénale et chambre d'accusation, décision du 04.11.2014, ST.2012.155.

11 Par exemple, «Bienveillance ostétricael – un défi pour tous», HEds 14.10.2021; CAS ZHAW «Gewalt in der Gynäkologie» Beginn Dezember 2023; Solène Gouihers-Hertig, Gouverner par le risque. Une éthnographie comparée des lieux de l'acchouchement en Suisse, Thèse doctorale, Genève 2017.

12 ATF 133 III 121, E. 4.1.1-2.

13 TF, arrêt du 28 avril 2003, 4P.265/2002; ainsi, une patiente doit être régulièrement informée des risques connus pour une intervention (p. ex. risque de paraplégie après une laminectomie, ATF 117 Ib 197).

14 ATF 134 II 235 E. 4, 133 III 121 E. 4.1.1-2 ; 117 Ib 197 E. 2a; 105 II 284.

15 Cour d'appel de Francfort, jugement du 24.5.2016, Az. 8 U 159/1.

16 Dans son rapport du 15.12.2022 sur la mise en œuvre de la Convention d'Istanbul en Suisse, le Groupe d'experts indépendants sur les droits des femmes du Conseil de l'Europe (GREVIO) a expressément regretté qu'aucune donnée correspondante ne soit collectée dans le domaine de la santé (p. ex. dans les hôpitaux), à l'exception de l'Hôpital de l'Île de Berne ou du service spécialisé dans les violences de l'Hôpital cantonal vaudois, par exemple.

17 Art. 11, paragraphe 1b, de la Convention d'Istanbul.

18 En outre, dans son rapport du 15.11.2022, le GREVIO encourage fortement les autorités suisses à adopter davantage une «perspective intersectionnelle», ce qui signifie tout simplement qu'une sensibilisation doit avoir lieu sur le fait que toutes les femmes ne sont pas exposées à la violence de la même manière.

tiente que la sage-femme peuvent et doivent s'opposer à cela. La question décisive est de savoir comment les soutenir dans cette démarche. Outre une large collecte de données[16] et la recherche[17], la formation offre des solutions. Il est notamment souhaitable de mettre en œuvre de manière conséquente un processus de *shared-decision-making* (prise de décision partagée) qui implique dès le début tous les acteurs et qui comprend par exemple un plan de traitement écrit, appelé «plan ou projet d'accouchement», afin que les propres valeurs de la femme concernée soient écrites en un seul endroit accessible à tous (on peut penser aux changements d'équipe des sages-femmes [Hotz, 2022]). Il faut également une plus grande prise de conscience du fait que certaines personnes ont besoin d'un soutien particulier (par exemple celles qui ont des difficultés de compréhension ou celles dont la culture valorise moins le concept d'autodétermination et où les décisions sont prises en famille ou en groupe)[18] et la reconnaissance de l'existence d'une violence structurelle dans ce domaine (nécessité de collecter des données). ⊙

Références
Duden, B. (1991) Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Hamburg, S.109ff.
Guillod, O. (2020) Droit medical. Neuchâtel, S. 295ff., S. 307.
Hotz, S. (2022) Plan de traitement – un droit essentiel et un outil avec du potentiel. *Jusletter;* 29. août 2022.
Guillot, A. & Hotz, S. (2023) (à paraître) Obstetric Violence: A Legal «Emergency».
World Health Organization (2015) Recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes: highlights and key messages from the World Health Organization's global recommendations. https://apps.who.int
World Health Organizsation (2018) Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience, Geneva. www.who.int

Texte traduit de l'allemand par Marco Fachin, Intertrad.

AUTEURE

Sandra Hotz
est professeure ordinaire de droit de la santé et civil à l'Université de Neuchâtel et chargée de cours en *Gender Law* à l'Université de Bâle. Ses recherches portent notamment aux questions d'autonomie reproductive et de participation dans le domaine de la santé.

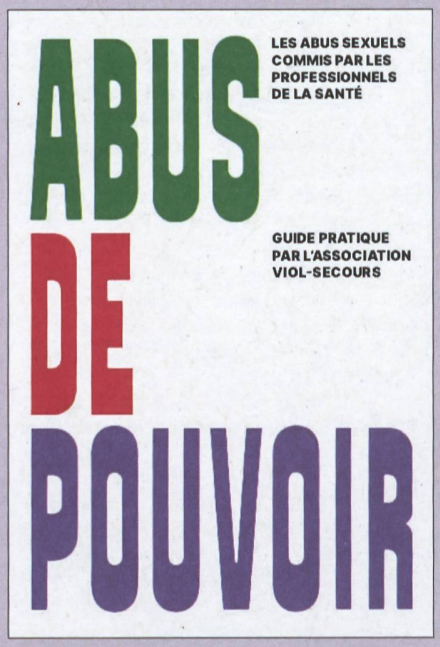
Abus sexuels par des professionnel·le·s de santé: une brochure d'information

Viol-Secours est une association féministe de lutte contre les violences sexistes et sexuelles, créée en 1985 et basée à Genève. Elle a réédité l'an dernier une brochure d'information publiée initialement en 1993 et intitulée *Abus de pouvoir, les abus sexuels commis par des professionnels de la santé.* Présentation par Sarah Irminger, permanente administrative et prévention chez Viol-Secours.

***Obstetrica:* Quelle sont les activités principales de l'association Viol-Secours?**

Sarah Irminger: L'association est active sur la thématique des violences sexistes et sexuelles sur trois axes principaux. Tout d'abord, une permanence psychosociale: aide, soutien et accompagnement gratuit et confidentiel des personnes victimes de violences sexistes et sexuelles dans un passé proche ou lointain. Dans le cadre de cette permanence, nous accueillons les femmes et les personnes trans*, non-binaires et intersexes. Nous sommes également disponibles pour les proches des personnes victimes ainsi pour les professionnel·le·x·s[1] (psychologue·x·s, assistant·e·x·s sociales·aux, etc.). Ensuite, la prévention: ateliers dans les écoles, intervention et formation de professionnel·le·x·s d'autres institutions/associations sur les questions de violences sexuelles et d'accompagnement des personnes victimes, interventions publiques, table rondes, publications, travail en réseau, etc. Et enfin, l'autodéfense féministe: stages réguliers d'autodéfense féministe.

[1] Cet entretien privilégie les règles d'écriture inclusive de l'association Viol-Secours.



Pourquoi avoir initialement écrit en 1993 puis réédité en 2022 cette brochure sur les violences sexuelles commises par des professionnel·le·x·s de santé?

Déjà en 1993, Viol-Secours était régulièrement confrontée dans sa pratique à des témoignages de femmes abusées par leur médecin et a constaté le silence, le manque de données et le manque de ressources qui entouraient ce type d'abus. Suite à ce constat, l'association a édité et distribué un questionnaire sur les abus sexuels commis par les professionnel·le·x·s de la santé afin d'évaluer si ces abus touchaient également d'autres femmes que celles ayant contacté la permanence de Viol-Secours. Les résultats ont attesté qu'un grand nombre de femmes en avaient été victimes ou connaissait quelqu'un·e·x dans leur entourage qui en avait été victime. La première publication de la brochure s'est faite suite à ces résultats, dans l'optique de dénoncer l'existence de ces abus et le silence qui les entourait, et de sensibiliser chacun·e·x à ce problème.

En 2022, Viol-Secours est toujours, comme en 1993, régulièrement confrontée à des témoignages de violences sexuelles commis par les professionnel·le·x·s de la santé dans le cadre de sa permanence (nos statistiques 2020 font état d'une sollicitation par mois en moyenne sur cette problématique). Toujours comme en 1993, et même si cette problématique s'est visibilisée notamment dans les médias ces derniers temps, nous constatons encore aujourd'hui le tabou sociétal et la non prise en considération de la parole des personnes victimes qui entourent ces abus de pouvoir. Etant également actif·ve·x·s sur les questions de consentement, nous souhaitions aussi aborder cette notion dans la pratique du soin. Mais le but principal de ce guide pratique est de combler un manque en proposant des ressources et des outils concrets aux personnes victimes ou potentielles victimes de ce type d'abus.

Concrètement, que recouvre cette réalité dont il est question ici?

Les témoignages que nous recevons sont divers et illustrent les différentes formes que ces abus peuvent prendre: regard insistant et questions sur la vie sexuelle de la patient·e·x, remarque sur le corps de la personne sans rapport avec le motif de la consultation, demande inutile de déshabillage partiel ou complet, attouchement de nature sexuelle, rapport sexuel pendant la durée du traitement ou peu après la fin de celui-ci, etc. Il s'agit souvent d'attouchements que le praticien va tenter de faire passer pour un ou des gestes médicaux dans le cadre d'une consultation. Ces comportements abusifs peuvent être uniques et brefs comme répétés et ne sont pas forcément accompagnés de violence physique. Ils concernent la médecine allopathique comme la médecine douce ainsi que la sphère paramédicale.

«Ces abus sexuels commis par les professionnel·le·x·s de la santé s'inscrivent dans les abus de pouvoir, c'est-à-dire des abus qui sont le fait de personnes dépositaires d'une autorité et même d'une autorité institutionnelle.»

A quels besoins des personnes victimes la brochure répond-elle?

Nous avons essayé de construire la table des matières de cette brochure en fonction des besoins des personnes victimes selon l'expertise de l'association. Tout d'abord, reconnaître, identifier et mettre des mots sur l'agression subie. Ensuite, proposer des outils concrets pour agir: pour sortir du silence, de la culpabilité, de la honte, pour trouver de l'aide, pour trouver à qui s'adresser, pour dénoncer publiquement ou pour porter plainte si la personne victime le peut ou le souhaite. Pour finir, redonner de la force et du courage aux personnes victimes en les informant sur leurs droits et leurs proposant des outils et des ressources concrètes.

L'un des buts de la brochure est de «faire connaître et reconnaître la spécificité de ces abus sexuels»: quelle est-elle?

Ces abus sexuels commis par les professionnel·le·x·s de la santé s'inscrivent, comme le titre de la brochure l'indique, dans les abus de pouvoir, c'est-à-dire des abus qui sont le fait de personnes dépositaires d'une autorité et même d'une autorité institutionnelle. Une consultation médicale est une relation asymétrique où se trouve d'un côté un·e·x patient·e·x en situation de vulnérabilité (isolement dû à l'intimité du cabinet, nudité partielle, maladie, manque de connaissance de ses droits, manque de connaissances médicales, sentiment d'obligation de faire confiance au diagnostic, etc.) et de l'autre côté un·e x professionnel·le·x qui prodigue un soin et qui se pose en figure «toute-puissante» d'autorité.

Comment cette brochure est-elle accueillie dans le milieu de la santé?

Nous réfléchissons actuellement avec divers partenaires au meilleur moyen de toucher le public spécifique des professionnel·le·x·s de la santé avec cette thématique – ce qui n'est pas chose aisée! Nous sommes notamment en contact avec l'association des étudiant·e·x·s en médecine de l'Université de Genève. Nous avons organisé une table ronde sur le consentement dans le soin pour le vernissage de la brochure à laquelle une de ses membres a participé – elle est un réel soutien dans la diffusion de la brochure et enthousiaste à l'idée que la thématique du consentement dans le soin gagne du terrain dans leur cursus universitaire. Car nous constatons un vrai manque sur ce sujet aujourd'hui encore. ⊙

Propos recueillis par Jeanne Rey.

Brochure *Abus de pouvoir, les abus sexuels commis par des professionnels de la santé* disponible en ligne sur https://viol-secours.ch et sur demande auprès du secrétariat de l'association, info@viol-secours.ch

ENTRETIEN AVEC

Sarah Irminger, permanente administrative et prévention chez Viol-Secours.