



AVIS142

CONSENTEMENT ET RESPECT
DE LA PERSONNE DANS LA
PRATIQUE DES EXAMENS
GYNECOLOGIQUES OU
TOUCHANT A L'INTIMITE



COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE
POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ

**Consentement et respect de la personne
dans la pratique des examens
gynécologiques ou touchant à l'intimité**

**Avis adopté à l'unanimité des membres présents lors du Comité Plénier
du CCNE, le 16 février 2023.**

TABLE DES MATIERES

Résumé	5
Introduction	8
I. Les spécificités et la complexité de la relation de soin lors de la réalisation d'examens intimes.....	12
A. Spécificités du soin aux frontières de l'intime.....	12
1. Définitions de l'intimité, de la pudeur, et de l'intégrité.....	12
2. Typologie des atteintes illégitimes et disproportionnées.....	13
B. Complexité et risques liés aux examens intimes	16
1. Complexité des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité	16
2. Risques inhérents à l'altération de la confiance entre patient(e)s et soignant(e)s.....	18
II. Un nécessaire questionnement éthique.....	20
A. L'impérative écoute des patient(e)s et des soignant(e)s	20
1) La prise en considération du ressenti et des doléances des patient(e)s.....	20
2) L'attention portée aux inquiétudes des soignant(e)s	20
B. L'indispensable alliance dans le cadre de la relation de soin	21
1. Principes éthiques garants d'une rencontre respectueuse.....	21
2. Bénéfices d'une alliance entre les patient(e)s et les soignant(e)s	23
III. Repères éthiques pour la préservation d'un cadre respectueux et sécurisant pour les patient(e)s et les soignant(e)s	24
A. Un besoin mutuel de considération.....	24
1. Reconnaître le devoir réciproque de savoir-être	24
2. Renforcer les précautions lors du recueil du consentement, qui est un processus dynamique.....	26
B. Un effort réciproque de compréhension des contraintes inhérentes à la pratique d'examens touchant à l'intimité	27
1. Interroger systématiquement la pertinence, le contexte et l'environnement des examens	27
2. Renforcer la formation des soignant(e)s, et la sensibilisation des patients et soignants dans une démarche accrue de démocratie participative en santé	30
Conclusion.....	32
Annexes	33
Annexe 1 – LETTRE DE SAISINE DE LA PREMIERE MINISTRE.....	33
Annexe 2 – MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL	34
Annexe 3 - Liste des personnes auditionnées.....	35

RESUME

Dans son Avis 136 de juillet 2021 sur « *L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin* », le CCNE a rappelé le droit fondamental de chaque patient de pouvoir prendre part aux décisions de santé qui le concernent, ainsi que le caractère dynamique et évolutif du consentement qui, fondé sur une relation de confiance réciproque, s'adapte au gré du cheminement de la personne et de ses choix.

Le 4 juillet 2022, compte tenu de l'importance et de la sensibilité particulière des examens touchant à l'intimité physique et psychique, la Première ministre, Madame Elisabeth Borne, a saisi le CCNE afin que celui-ci conduise une réflexion approfondie sur la notion de consentement dans le cadre des examens gynécologiques et touchant à l'intimité.

Cet Avis 142, intitulé « *Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité* » analyse les enjeux éthiques relatifs à la pratique des examens gynécologiques et/ou médicaux touchant aux zones urogénitale et ano-rectale, qui peuvent être vécus par les patient(e)s comme relevant de « l'extrême intime ». Ces examens, pratiqués par différents professionnels de santé, relèvent de démarches de dépistage, de diagnostic ou de suivi ; programmés ou non, ils peuvent avoir lieu dans un cadre clinique et/ou d'enseignement.

Cet Avis intervient dans un contexte particulier, marqué par des plaintes déposées par certain(e)s patient(e)s à l'encontre de praticien(ne)s et par des tensions entre associations de patient(e)s et professionnel(le)s de santé, ce qui a conduit les sociétés savantes à se mobiliser et à rédiger des chartes et des recommandations de bonne pratique.

Au terme des trente-trois auditions et de huit mois de travail, le CCNE constate que les conditions dans lesquelles sont réalisés les examens touchant à l'intimité ainsi que les modalités de recueil du consentement dans ce contexte sont actuellement discutées dans plusieurs pays. Il souligne les risques majeurs liés à une altération de la confiance entre les patient(e)s et les soignant(e)s : risque d'une perte de chance pour les patient(e)s en cas de renoncement aux soins ; risque d'une désaffection de certaines spécialités médicales sous l'effet d'un opprobre jeté sur l'ensemble des professionnels et d'atteintes ciblées à la réputation sur les réseaux sociaux ; risque d'une évolution des pratiques médicales non conforme aux besoins réels des patient(e)s.

Dans ce contexte, le CCNE insiste sur le besoin d'apaisement, sur la nécessité d'une considération mutuelle des patient(e)s et des soignant(e)s et sur l'indispensable effort de compréhension réciproque s'agissant des examens touchant à l'intimité : difficulté à les subir d'une part, complexité à les réaliser d'autre part.

Le CCNE souligne la nécessité de bâtir un cadre qui soit respectueux et sécurisant tout à la fois pour les patient(e)s et les soignant(e)s. Ce cadre doit éviter d'une part que les examens touchant à l'intimité ne provoquent chez les patient(e)s un sentiment de brutalisation ou d'effraction, et permettre d'autre part aux soignant(e)s, dans leur très

grande majorité soucieux(es) du bien-être de leurs patient(e)s, de pouvoir exercer sans craindre une mise en cause illégitime de leurs pratiques cliniques.

En premier lieu, le CCNE rappelle, que les examens touchant à l'intimité requièrent une attention redoublée de savoir-être, de précaution et de tact à chaque étape de la consultation. Ils nécessitent une écoute et une considération de ce que les patient(e)s ressentent et expriment, une prise en compte de la pudeur et du besoin d'intimité, et une considération pour la douleur ou l'inconfort que l'examen peut éventuellement occasionner. À cet égard, le CCNE souligne la vigilance à accorder au cadre matériel, temporel et organisationnel de l'examen. Il rappelle aussi que la pertinence des examens doit sans cesse être réinterrogée à la lumière des principes de nécessité, de subsidiarité et de proportionnalité.

En deuxième lieu, s'agissant du consentement à l'examen, contrairement à ce qui peut se passer dans certains pays, le CCNE ne considère pas qu'il soit pertinent de recueillir le consentement de manière écrite, ni de demander qu'un tiers soit systématiquement présent pendant l'examen. En revanche, le CCNE insiste sur le fait que le consentement ne doit plus être tacite ou présumé, mais être explicite et différencié pour chacun des examens pratiqués durant une consultation. Par ailleurs, les soignant(e)s ou les patient(e)s peuvent, dans certaines circonstances, souhaiter qu'un tiers qu'ils ou elles ont choisi soit présent pendant tout ou partie de la consultation. Cette possibilité devrait être maintenue, notamment pour les mineur(e)s, en gardant à l'esprit que la présence d'un tiers peut être rassurante mais aussi parfois constituer une interférence dans la relation de soin.

Le CCNE souligne également :

- l'importance de l'information préalable à la recherche du consentement : les patient(e)s devraient comprendre pourquoi on leur propose un examen, les informations que celui-ci va permettre d'obtenir, en quoi il va consister concrètement, s'il est susceptible d'occasionner de la gêne ou de la douleur, et s'il existe d'autres options.
- la nécessité de prendre en compte les réticences et les refus : le refus d'un examen ne devrait jamais entraîner une interruption brutale de la consultation ni une rupture de la relation de soin.

En troisième lieu, le CCNE estime que des précautions supplémentaires sont nécessaires :

- lorsque des élèves ou des étudiants réalisent des examens touchant à l'intimité ou assistent à ces examens,
- et lorsque les patient(e)s sont dans une situation de particulière vulnérabilité : mineur(e)s, personnes en situation de handicap, de détresse psychique, de fragilité cognitive, victimes de violences.

D'une façon générale, le CCNE estime également fondamental que les doléances, les plaintes et les réclamations des patient(e)s reçoivent l'attention requise et fassent l'objet d'un traitement adéquat.

Enfin, parce que la démocratie participative en santé est un levier important pour renforcer la confiance, le CCNE recommande que des patient(e)s puissent intervenir dans la formation des professionnel(le)s et que les chartes et recommandations de bonne pratique soient co-construites par les organisations professionnelles et les associations de patient(e)s.

Le CCNE émet enfin deux recommandations spécifiques à l'égard des autorités :

- Le ministère de la Santé et de la Prévention doit veiller à ce que les conditions organisationnelles du soin permettent aux examens de se dérouler dans de bonnes conditions, notamment en ce qui concerne l'information et le consentement ;
- Le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et la Conférence des doyens de médecine doivent davantage tenir compte des enjeux de formation aux humanités et à l'éthique du soin, et les renforcer systématiquement dans la constitution des programmes d'enseignement.

Le CCNE s'est en somme demandé dans cet Avis comment un geste envers le corps peut devenir effraction, alors qu'il se veut réparateur, apaisant et guérissant. Cela peut se produire si l'on oublie que le toucher doit toujours être consenti par une *psychè*. La sensibilité particulière des examens touchant à l'intimité vient rappeler que c'est la prise en compte de la subjectivité qui, pour les patient(e)s, rend la nudité et l'examen acceptables. Soumises à des rythmes et à des contextes de travail très exigeants, les institutions soignantes peuvent susciter vis-à-vis des patient(e)s l'exigence de mettre à disposition un corps, alors qu'il convient d'inviter les patient(e)s à confier ce qu'ils (elles) ont de plus précieux – leur corps, inséparable de leur psychisme – à une personne qui l'accueille, le respecte, puis en prend soin.

INTRODUCTION

Le CCNE a été saisi le 4 juillet 2022 par la Première ministre Madame Elisabeth Borne afin de « *conduire une réflexion approfondie sur la notion de consentement dans le cadre des examens gynécologiques et plus largement tous les examens qui touchent à l'intimité* » pour « *guider les professionnels dans leur mission essentielle, tout en répondant aux attentes et au souci légitime des patientes quant au respect de leur volonté et de leur intégrité* ».

Cette saisine s'inscrit dans un contexte spécifique, marqué conjointement par :

- Le développement des études de genre (*gender studies*) qui analysent les rôles assignés aux individus selon leur genre et, dans le champ de la gynécologie-obstétrique, le contrôle sur les femmes que peuvent induire certaines pratiques médicales dans les domaines de la sexualité et de la fécondité ;
- Une prise de conscience de la fréquence des violences sexuelles et sexistes dans la société en général¹ et dans le système de santé en particulier² ;
- Le rejet de l'autoritarisme et du paternalisme en médecine et l'essor d'un mouvement plus général, initié par les associations d'usagers et certains soignants, en faveur de la démocratie participative en santé et de la revalorisation de la place des patient(e)s dans les parcours de soins.

La publicisation du rapport complexe entretenu par certaines femmes avec le corps médical, en particulier gynécologique, initiée par la création du hashtag #PayeTonUtérus en 2014, l'éclosion d'une polémique en 2015 sur la réalisation de touchers vaginaux et rectaux sous anesthésie générale et sans consentement dans certains établissements, la médiatisation récente de procédures judiciaires à l'encontre de médecins et à l'initiative d'associations estimant que la parole de patient(e)s témoignant de vécus douloureux voire de violences gynécologiques et obstétricales lors d'examen

¹ Rapport de la Commission indépendante sur les abus sexuels dans l'Église (CIASE). *Les violences sexuelles dans l'Église catholique, France 1950-2020*. Octobre 2021. Disponible sur le site de la CIASE : <https://www.ciase.fr/medias/Ciase-Rapport-5-octobre-2021-Les-violences-sexuelles-dans-l-Eglise-catholique-France-1950-2020.pdf> ; Rapport de la Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants (CIIVISE), *Violences sexuelles : protéger les enfants. Conclusions intermédiaires*. Mars 2022. Disponible sur le site de la CIIVISE : https://www.ciivise.fr/wp-content/uploads/2022/03/CCI-inter_2803_compressed.pdf

² Rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE), *Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées*. Juin 2018. Disponible sur le site du HCE : <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et> ; Rapport de la Conférence nationale de santé (CNS). *La démocratie en santé, une urgence de santé publique*, Avril 2022. Disponible sur le site de la CNS : <https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/avis-rapports-et-recommandations/mandature-2020-2025/article/la-democratie-en-sante-une-urgence-de-sante-publique-rapport-de-la-cns-du-06-04>

médicaux n'était pas suffisamment entendue, et la multiplication des prises de parole publiques de professionnel(le)s craignant que l'opprobre ne soit injustement jeté sur l'ensemble de leur profession, témoignent de l'extrême sensibilité du sujet.

Face à la recrudescence des plaintes, à la mise en examen pour violences volontaires d'un gynécologue et face aux accusations de viol portées à l'encontre de médecins par plusieurs patientes considérant qu'elles avaient subi des examens vaginaux et rectaux réalisés de manière brutale et sans recueil préalable de leur consentement, les sociétés savantes se sont fortement mobilisées. Cela s'est notamment traduit par la rédaction de chartes et de recommandations de bonnes pratiques³ afin de rétablir et préserver la confiance entre patient(e)s et professionnel(e)s, des actions de sensibilisation aux enjeux relatifs au consentement dans la sphère de l'intime, et des actions de prévention des risques. Leur prise de conscience du malaise qui contrarie la relation de soin d'un certain nombre de patient(e)s en gynécologie et médecine intime, leur engagement en faveur de l'écoute des témoignages, de l'optimisation de la qualité de la relation de soins et de l'abandon des pratiques inadéquates est réel. Il est de nature à contribuer à un apaisement indispensable dans la relation patient(e)s-soignant(e)s dans toutes les spécialités qui touchent à l'intime.

La réflexion du CCNE répond au même désir d'un apaisement durable entre patient(e)s et professionnel(le)s de santé. La nomination de deux rapporteurs⁴ et la constitution d'un groupe de travail au sein du CCNE, ont permis de réaliser une trentaine d'auditions de septembre 2022 à janvier 2023, afin de recueillir l'expression de représentants d'usagers, y compris dans le champ du handicap, de professionnels de la santé et du droit, de médecins en formation et d'étudiants⁵.

Ce travail prolonge et approfondit l'Avis 136 sur « *L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin* », publié par le CCNE en juillet 2021. Il présente l'intérêt de poursuivre la réflexion dans le champ particulier de l'intime.

³ Exemples de chartes et recommandations professionnelles :
Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique (2021) : <http://www.cngof.fr/actualites/758-chartre-examen-gynecologie>.

Recommandations pour la pratique clinique de l'examen pelvien (2023), présentées au Congrès Pari(s) santé Femmes. Lille le 25 janvier 2023. À paraître dans la revue *Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie*.

Charte de la consultation en gynécologie et en obstétrique, 2021 : <http://www.cngof.fr/actualites/758-chartre-examen-gynecologie>.

Charte de la consultation en radiologie, Conseil national professionnel de radiologie et imagerie médicale (2022) : <http://www.cnp4-radiologie.fr/wp-content/uploads/sites/26/2022/07/Charte-Consultation-en-Radiologie-Finale.pdf> ;

Au-delà de l'intérêt évident de la démarche de production et de publications de ces chartes et recommandations, par ailleurs affichées dans les cabinets de consultation et dans les services, la question de leur appropriation effective par les professionnel(le)s comme par les patient(e)s demeure.

⁴ Rapporteurs : Fabrice Gzil et Karine Lefeuvre

⁵ Cf. liste de personnes auditionnées en annexe.

Le périmètre de l'avis : Cet avis analyse les enjeux éthiques relatifs à la pratique des examens gynécologiques et/ou médicaux touchant *de facto* à l'intimité - et même vécus comme un « extrême intime » s'agissant des examens touchant à la zone urogénitale et ano-rectale : en effet, ces examens peuvent inclure le dévoilement partiel de l'intériorité (échanges sur des sujets psychologiquement sensibles), le dévêtissement partiel ou complet, un contact visuel ou tactile avec les organes génitaux externes (vulve, vagin, pénis, testicules), les seins ou l'anus, voire la pénétration digitale ou instrumentale des voies urogénitales et/ou ano-rectales (par ex. speculum pour la réalisation des frottis, pose d'un stérilet, d'une sonde urinaire ou introduction d'une sonde d'échographie endovaginale, ou d'un instrument pour les anoscopies et rectoscopies). Ces examens relèvent tous du domaine de l'intime. Ils peuvent s'inscrire dans des démarches médicales de dépistage, de diagnostic, ou de suivi des personnes, qu'ils soient programmés ou non (urgences), dans un cadre uniquement clinique et/ou d'enseignement (en présence de futurs professionnels médicaux ou para médicaux en formation), sous anesthésie ou non, douloureux ou non, inconfortables ou non.

Dans cet avis, le périmètre de la réflexion n'inclut pas l'étude des gestes médicaux en situation d'urgences obstétricales au cours desquelles le risque fonctionnel ou vital pour la mère ou l'enfant à naître modifie substantiellement l'appréhension des problématiques éthiques liées au consentement des personnes. Ces situations méritent que des travaux leur soient exclusivement consacrés.

Cet avis ne prend pas en compte non plus l'ensemble des actes touchant à l'intimité dans le soin (toilette intime réalisée par un(e) aide-soignant(e) ou un(e) infirmier(e), questions intimes posées dans un questionnaire ou lors de discussions, chambres doubles, portes ouvertes pendant les soins, blouses pour patients ouvertes à l'arrière). Ces actes requièrent une réflexion sur les conditions du respect de l'intimité dans la culture soignante française.

Cet avis concerne donc, majoritairement les femmes, qui connaissent en moyenne entre 50 et 80 consultations gynécologiques au cours de leur vie, mais pas exclusivement. Il s'adresse également aux hommes dont l'absence de plaintes ne signifie pas l'absence de maux, ainsi qu'aux professionnels de santé relevant de spécialités multiples : gynécologie, obstétrique, urologie, proctologie et gastro-entérologie, radiologie, médecine d'urgence, dermatologie, médecine générale, mais aussi par les professionnels de la maïeutique (sages-femmes), les masseurs kinésithérapeutes⁶ et les ostéopathes, les infirmier(e)s, les aides-soignant(e)s, en cabinet libéral, à l'hôpital public ou privé ou en établissement social ou médico-social.

⁶ Les masseurs kinésithérapeutes sont autorisés à réaliser des touchers pelviens (vaginal et rectal) à visée diagnostique et thérapeutique.

Des réflexions analogues sont actuellement menées dans d'autres pays, comme en témoignent, aux Etats-Unis, la parution en 2022 dans le *Hastings Center Report* d'une étude sur les examens intimes non consentis⁷ et, au Royaume-Uni, l'actualisation en 2020 par le *General Medical Council* de sa recommandation éthique intitulée *Intimate examinations and chaperones*⁸ et la parution en 2020 de l'ouvrage dirigé par Camilla Pickles et Jonathan Herring, intitulé *Women's Birthing Bodies and the Law. Unauthorised Intimate Examinations, Power and Vulnerability*⁹.

⁷ Bruce, L., Hannikainen, I.R. and Earp, B.D. (2022), New Findings on Unconsented Intimate Exams Suggest Racial Bias and Gender Parity. *Hastings Center Report*, 52: 7-9. <https://doi.org/10.1002/hast.1349>

⁸ General Medical Council (2013, actualisé en 2020) *Intimate examinations and chaperones*, https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/maintaining-boundaries-intimate-examinations-and-chaperones_pdf-58835231.pdf

⁹ Camilla Pickles & Jonathan Herring (2020) *Women's birthing bodies and the law. Unauthorised intimate examinations, power and vulnerability*, Bloomsbury Publishing

I. LES SPECIFICITES ET LA COMPLEXITE DE LA RELATION DE SOIN LORS DE LA REALISATION D'EXAMENS INTIMES

A. SPECIFICITES DU SOIN AUX FRONTIERES DE L'INTIME

Si tout examen ou acte médical induit par nature un contact des professionnels de santé avec le corps physique ou psychique des patients, et peut donc porter atteinte à leur intimité et contrarier leur pudeur, voire mettre en danger leur intégrité, la pratique des soins gynécologiques et examens de la sphère uro-génitale et ano-rectale peuvent amplifier la gêne qui peut être ressentie tant par les personnes qui les subissent que par celles qui les conduisent.

1. Définitions de l'intimité, de la pudeur, et de l'intégrité¹⁰

L'intimité : elle peut être définie comme l'espace physique (extérieur) ou psychique (intérieur), strictement personnel - impliquant pensées, croyances, rêves, projets, gestes, zones corporelles, images...- d'où les autres sont exclus à moins d'y être conviés, appartenant généralement au secret, et protégé du dévoilement par le silence, l'enveloppement ou la dissimulation. Il est donc fondamentalement privé, propre à soi ou à un entre-soi choisi (famille, couple...). Les différentes dimensions qui la constituent échafaudent un *lieu absolument original*¹¹, où règne la solitude la plus originaire et s'éploie l'identité la plus profonde et certaine - c'est pourquoi sa négation est si objectivante et destructrice. Les contours de l'intimité sont flous, subjectifs et évolutifs, en fonction de l'évolution des normes sociales, culturelles, religieuses, de l'époque, de la géographie... mais la nécessité de sa préservation est universelle. Elle est un besoin et un droit, garanti par le droit au respect de la vie privée¹².

La pudeur : elle renvoie à la discrétion, la retenue ou la disposition à éprouver de la gêne face aux discours ou gestes qui peuvent blesser la décence, pénétrer l'intimité physique ou psychique, ébranler la juste distance avec autrui, ou relever de la sexuali-

¹⁰ Dans le cadre de cet avis, les notions d'intimité, du pudeur et d'intégrité, ont été définies par le groupe de travail du CCNE.

¹¹ Alain Cugno, « L'intime », *Études*, 2003/12 (Tome 399), p. 621-631. DOI : 10.3917/etu.996.0621. URL : <https://www.cairn.info/revue-etudes-2003-12-page-621.htm>

¹² Le droit au respect de la vie privée recouvre le droit au respect effectif de l'intégrité physique et morale de la personne et est consacré par l'article 12 de la Déclaration des droits de l'homme des Nations Unies, 1948, <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>; l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme, https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_8_fra.pdf; et l'article 9 du Code civil. Déclaration des droits de l'homme des Nations Unies, 1948, art.12 <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>; Convention européenne des droits de l'homme, art. 8 https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_8_fra.pdf; Code civil, art.9

té. Elle a partie liée avec la délicatesse et son intensité varie en fonction de la subjectivité de chacun, de son âge, de son expérience, de sa culture, de ses fragilités éventuelles. Elle est particulièrement mise à l'épreuve lors des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité.

L'intégrité : elle désigne l'état d'une chose ou d'un être demeuré intact, n'ayant subi aucune altération dans son corps ou son psychisme, et à laquelle rien ne manque. Elle est également un droit protégé par le législateur dans ses deux dimensions physique et psychique¹³.

2. Typologie des atteintes illégitimes et disproportionnées

En raison du principe de l'inviolabilité du corps humain, les atteintes à l'intimité et/ou à l'intégrité liés aux examens ou actes médicaux décrits préalablement, ne sont autorisées par la loi qu'à titre d'exception (Code civil, article 16-3 ; Code pénal, article 122-4 ; Code de la santé publique, article L.1111-4). L'exception réside dans le contexte médical, sous réserve du recueil du consentement, et d'une justification thérapeutique. Le droit recherche donc un équilibre entre la moindre atteinte à l'intimité et/ou l'intégrité et le plus grand bénéfice médical pour les patient(e)s¹⁴. En ce sens, seuls les actes nécessaires et proportionnés sont légaux.

Comme l'a souligné le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes¹⁵, en gynécologie-obstétrique et dans toutes les disciplines médicales impliquant des interventions dans des sphères intimes (uro-génitales et ano-rectales), les actes ou attitudes portant atteinte à l'intimité correspondent à :

- La non prise en compte de la gêne et de la pudeur physique ou psychique des patient(e)s, liée au caractère intime de la consultation¹⁶.

¹³ Des dispositions en matière civile et pénale protègent l'intégrité physique et morale de la personne (articles 16 à 16-9 du Code civil ; articles 222-1 à 222-67 du Code pénal)

¹⁴ Les actes médicaux susceptibles de porter atteinte à l'intégrité d'une personne sont par exception admis lorsqu'ils répondent à une nécessité médicale et sont strictement proportionnés à celle-ci.

¹⁵ Rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, *Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées*, 2018. Disponible sur le site du HCE : <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et> Page 4.

¹⁶ Une étude de l'*American College of Physicians* confirme que la pratique du toucher vaginal et des examens pelviens peut causer de la douleur, de l'inconfort, de la peur, de l'anxiété, ou de l'embarras chez environ 30% des femmes. Hanna E. Bloomfield, Andrew Olson, Nancy Greer, et al. *Screening Pelvic Examinations in Asymptomatic, Average-Risk Adult Women: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians*. Ann Intern Med.2014;161:46-53. [Epub 1 July 2014]. doi:10.7326/M13-2881

- L'expression de remarques désobligeantes et/ou de propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, la volonté ou non d'avoir un enfant, qui renvoient à des injonctions sexistes et un manque d'empathie.
- Les injures sexistes.

Les atteintes à l'intégrité physique et psychique peuvent également être de divers ordres dans les champs médicaux concernés par le présent avis :

- La réalisation d'examens sans recueil du consentement ou sans respect du choix ou de la parole des patient(e)s¹⁷,
- La réalisation d'examens qui ne seraient pas justifiés médicalement ou non conformes aux données de la science et aux règles d'usage¹⁸.
- L'ensemble des violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol.

Il existe une gradation des sanctions pénales en fonction des actes décrits ci-dessus, les atteintes à l'intégrité étant les plus graves et les plus sévèrement sanctionnées. Ces atteintes illégitimes et disproportionnées peuvent entraîner des préjudices durables (séquelles) liés à la réduction du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel, tel que la fragilisation de l'estime de soi et de l'amour propre...

Le manque de données statistiques fiables est un frein à une objectivation et une quantification rigoureuses. A titre d'information, il peut être fait référence à de rares études consacrées à l'analyse du vécu des patient(e)s dans le cadre de leur prise en charge gynécologique ou obstétricale :

- La Conférence des doyens des facultés de médecine a remis en octobre 2015 à la Ministre de la Santé un rapport indiquant qu'entre 20% et 33% des touchers vaginaux ou rectaux réalisés sur des patients sous anesthésie générale par des étudiants en

¹⁷ Un mémoire sur le vécu du toucher vaginal par les femmes en consultations prénatales montre que l'absence de consentement intensifie la gêne psychologique et physique du toucher vaginal. Pauline Morvan. Le vécu du toucher vaginal par les femmes en consultations prénatales. *Gynécologie et obstétrique*. 2015. dumas-01194852 Disponible à l'adresse suivante : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01194852/document>

¹⁸ À titre d'exemple, la réalisation systématique du toucher vaginal dans le suivi des jeunes filles, et des femmes présentant une grossesse à bas risque, suscite des débats au sein même de la profession (Romain Lorigou. Y a-t-il un intérêt à la pratique du toucher vaginal en systématique dans le suivi des grossesses à bas risque ? *Gynécologie et obstétrique*. 2010). Une étude de l'*American College of Physicians* affirme qu'elle est inutile pour la détection des maladies graves, voire contre-productive, source d'erreurs de diagnostic, et ne la recommande qu'en présence de certains symptômes. Amir Qaseem, Linda L. Humphrey, Russell Harris, et al; for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Screening Pelvic Examination in Adult Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*.2014;161:67-72. [Epub 1 July 2014]. doi:10.7326/M14-0701

médecine, dans le cadre de leur formation, étaient effectués sans le consentement préalable explicite de la personne¹⁹.

- La sociologue Aurore Koechlin, qui a mené entre 2015 et 2018 cinq enquêtes par entretiens et observations, indique dans son ouvrage, *La norme gynécologique*, qu'elle a pu « assister à des moments de tension qui étaient anormaux au regard de l'ensemble des consultations observées ». Selon elle, ces situations où « la détresse exprimée par les patientes (est) souvent révélée par des cris et des pleurs » correspondent à des « cas paroxystiques » qui « demeurent (...) des exceptions » (p. 226). Cependant, le fait de disposer uniquement de données partielles est problématique et la chercheuse estime que l'on navigue sans cesse entre deux écueils : occulter la réalité des examens cliniques qui sont conduits de manière problématique ou à l'inverse « tomber dans le sensationnalisme médiatique » (2022, p. 226), en considérant à tort que ces situations exceptionnelles sont représentatives de la majorité des pratiques²⁰.

- Le Centre d'éthique clinique de l'AP-HP a mené en 2018 une enquête auprès de 216 patients, dans 16 services différents²¹, dont la première partie du questionnaire portait sur le respect de l'intimité à l'hôpital, celui-ci étant entendu comme « la façon dont le personnel soignant traite le corps pendant les examens, les soins, la toilette ». Parmi les patients interrogés, 88% ont fait état d'une grande attention portée par les professionnels à leur intimité, alors qu'ils étaient conscients qu'en étant pris en charge à l'hôpital, leur pudeur aurait pu être éprouvée ; les autres patients (12%) ne partagent donc pas cette position.

- Dans la grande enquête nationale périnatale²² conduite en mars 2021 auprès de 12723 femmes, plus de 90% des répondantes se disent satisfaites voire très satisfaites de leur prise en charge médicale durant leur suivi de grossesse et de leur prise en charge par les professionnels de santé en salle de naissance. Néanmoins, 4% d'entre-elles déclarent que les professionnel(le)s de santé n'ont jamais sollicité leur accord avant la réalisation d'un toucher vaginal durant leur grossesse.

- Dans l'enquête réalisée en 2022 par l'Association nationale des étudiants de médecine en France (ANEMF)²³, en prévision de son audition par le CCNE, 19% des 480

¹⁹ Enquête réalisée par la Conférence des doyens des facultés de médecine, en octobre 2015, et relayée dans plusieurs médias dont Europe 1, Voir : <https://www.europe1.fr/societe/touchers-vaginaux-sans-consentement-comment-mettre-fin-a-ces-pratiques-inacceptables-2538273>

²⁰ Aurore Koechlin, *La norme gynécologique*, Ce que la médecine fait au corps des femmes ; Editions Amsterdam, 16 septembre 2022. ISBN 9782354802530 Voir : <http://www.editionsamsterdam.fr/la-norme-gynecologique/>

²¹ Voir : <https://www.aphp.fr/contenu/ap-hp-realisation-dune-enquete-sur-le-respect-de-lintimite-de-la-confidentialite-et-de-la>

²² Voir : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/sante-publique-france-partenaire-de-la-6e-edition-de-l-enquete-nationale-perinatale>

²³ Enquête dont les résultats ont été transmis en interne lors de l'audition. Non publiée.

répondant(e)s étudiant(e)s déclarent avoir déjà assisté à un examen intime (toutes spécialités confondues) sans que le consentement du (ou de la) patient(e) ait été demandé.

- En France, des questions sur les « violences gynécologiques » ont été intégrées à l'enquête « *Contexte de la sexualité en France* »²⁴, menée conjointement par l'INSERM et l'INED, dont les premiers résultats seront disponibles début 2024.

- L'association Stop VOG déclare recevoir en moyenne 200 témoignages par mois de violences obstétricales ou gynécologiques²⁵. Ces plaintes paraissent davantage porter sur les consultations programmées que sur les examens aux urgences, où l'on observe une plus grande tolérance des femmes. Elles sont souvent déposées en réaction à l'absence de réponses satisfaisantes de la part du corps médical lors des tentatives de dialogue effectuées par les patientes à l'issue des consultations qui se sont mal déroulées.

B. COMPLEXITE ET RISQUES LIES AUX EXAMENS INTIMES

1. Complexité des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité

Nous considérons que cette complexité réside dans six difficultés majeures :

- **La difficulté à faire respecter un refus de consentement à un examen touchant à l'intimité** : Elle peut se traduire par l'absence de considération ou l'émission de jugements négatifs de la part des professionnels de santé. C'est l'expression d'un choc des représentations entre ce qui relève d'une évidence pour le praticien mais pas pour le patient, qui peut entraîner des incompréhensions, des malentendus, voire des tensions et des souffrances et altérer la confiance dans la relation de soin.

- **La difficulté à subir des examens en présence d'étudiants** : la présence d'internes, d'étudiants en médecine, d'élèves sages-femmes ou encore d'étudiant(e)s de professions paramédicales lors des consultations et des examens fait partie intégrante de leur formation pratique, indispensable pour leur maîtrise réelle des gestes et actes médicaux et la qualité future des prises en charge qu'ils conduiront. Néanmoins, si les professionnels de santé appréhendent cette démarche comme relevant du fonctionnement traditionnel des études de santé, acquis et légitime en particulier dans les centres hospitaliers et universitaires (CHU), la perception de patients à qui l'on impose

²⁴ Cette édition de l'enquête est toujours en cours mais elle s'inscrit dans la démarche restituée dans l'ouvrage : Nathalie Bajos et Michel Bozon, *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. La Découverte, « Hors Collection Social », 2008, ISBN : 9782707154293. URL : <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france-9782707154293.htm>

²⁵ Selon Sonia Bisch, fondatrice et porte-parole du collectif Stop VOG et auditionnée par le CCNE le 20 septembre 2022.

ces pratiques, sans toujours prendre le soin de les informer au préalable et de recueillir leur consentement, est différente, parfois douloureuse.

- **La difficulté à subir des examens pour les femmes victimes de violences sexuelles** : certains examens peuvent réactiver des faits marquants et douloureux. Un certain nombre de patient(e)s souhaiteraient un questionnement plus systématique de la part des professionnels sur les violences antérieures (sexuelles ou autres) dont elles auraient pu être victimes. La vigilance doit être renforcée sur ce point, même si certaines femmes victimes n'oseront pas toujours l'exprimer et que le sujet demeure difficile à appréhender tant il est sensible dans le contexte temporel restreint de l'examen. Ces femmes présentent une vulnérabilité exacerbée et vivent souvent difficilement leur suivi gynécologique. Leur inconfort peut relever de la simple gêne au traumatisme profond avec reviviscence des agressions subies antérieurement.

- **La difficulté à subir des examens pour les personnes en situation de particulière vulnérabilité** : personnes en situation de précarité, de handicap²⁶, personnes migrantes, mineurs (notamment jeunes adolescent(e)s pour qui d'ailleurs, l'examen clinique n'est pas recommandé lors de la première consultation pour contraception en l'absence de symptômes²⁷), personnes âgées, patients souffrant de détresse psychologique, de troubles psychiques et/ou cognitifs dont les capacités de discernement peuvent être altérées. Leur accès aux soins peut être réduit voire inexistant, leur compréhension des informations médicales peut-être très partielle voire nulle, le recueil de leur consentement libre et éclairé est parfois difficile voire impossible.

- **Les difficultés liées aux contraintes pratiques, en particulier au manque de temps lors de la consultation** : tous les professionnels auditionnés expriment le fait que l'effort de pédagogie et d'attention requiert du temps dont ils ne disposent pas suffisamment. Le rythme actuel des consultations hospitalières du fait de la pression pour générer de l'activité, les difficultés d'organisation des soins du fait du manque de personnel et de moyens et exacerbées par la crise rencontrée par l'hôpital publique, sont difficilement compatibles avec le temps du dialogue²⁸.

- **Les difficultés liées à la formation insuffisante des professionnel(l)es sur les enjeux d'éthique et de droits des patients** : la formation initiale des médecins et autres soignants appelés à pratiquer des examens de la sphère uro-génitale ou ano-rectale,

²⁶ Selon l'association *Handidactique* et les enquêtes qu'elle mène chaque année auprès de 100 000 répondants, le taux d'accès aux consultations de gynécologie chez les personnes en situation de handicap reste inférieur de 50% à celui de la population générale.

²⁷ Voir : *Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique* (2021) : <http://www.cngof.fr/actualites/758-chartre-examen-gynecologie>.

²⁸ Avis 140 du CCNE : « Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives », Novembre 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ccne-ethique.fr/node/530>

n'aborde pas suffisamment les problématiques relatives aux souffrances des patient(e)s lors d'atteintes à l'intimité, à la pudeur et à l'intégrité, ni les modalités de construction d'une alliance thérapeutique entre le soignant et le soigné dans un véritable climat de confiance.

2. Risques inhérents à l'altération de la confiance entre patient(e)s et soignant(e)s

Nous considérons que ces risques sont de natures diverses :

- **Le risque d'une perte de chance significative pour les patient(e)s** : La perte de confiance et la suspicion à l'égard de la gynécologie et plus largement de l'ensemble des spécialités dont les professionnels réalisent des examens de la sphère uro-génitale ou ano-rectale, risquent d'engendrer une méfiance, voire une peur, et par conséquent un sous-recours aux consultations. Or ces examens ayant pour une bonne part une visée préventive (notamment des cancers), le renoncement entraîne *de facto* une sous-évaluation des risques et donc une perte de chance significative.

- **Le risque d'une désaffection de certaines spécialités médicales**, notamment de la gynécologie et des autres spécialités réalisant des examens touchant à l'intimité²⁹ : les soignants qui sentent leur corporation profondément mise en cause par la recrudescence des plaintes alors que celles-ci ne concernent qu'une minorité de praticiens, évoquent le risque d'un renoncement à l'exercice de ces spécialités par ceux qui les exercent déjà et un désintérêt des futurs spécialistes. Toutefois les étudiants en médecine auditionnés restent plutôt confiants. Alors que les délais d'attente peuvent déjà être longs, que le manque de professionnels de santé altère l'accessibilité des soins de prévention et de diagnostic, un tel mouvement de retrait des soignants générerait d'importantes pertes de chance pour les patients.

- **Le risque d'une surestimation de la fréquence des pratiques professionnelles pouvant relever de qualifications pénales et de la qualification de maltraitance** : les professionnels insistent sur le malaise créé par le recours à des qualifications pénales pouvant aller jusqu'au viol dans des spécialités médicales dont les exigences de diagnostic, de dépistage ou de suivi les conduisent à devoir pratiquer ces examens intimes, entrant dans leur champ de compétences.

- **Le risque d'un opprobre jeté sur l'ensemble des professionnels pratiquant des examens touchant à l'intimité et des atteintes ciblées à la réputation via les réseaux so-**

²⁹ Pérennité des équipes, quel avenir pour la continuité des soins en gynécologie-obstétrique ? Collège des enseignants en gynécologie-obstétrique CEGO et CNGOF. Rapport de la Commission démographique. Novembre 2022. Disponible à l'adresse suivante : <http://coordination-defense-sante.org/wp-content/uploads/2023/02/CNOG-rapport-CD-2022-v2.pdf>

ciaux : les représentants des gynécologues auditionnés craignent, suite à la forte médiatisation des affaires judiciaires en cours, qu'en raison de postures et de pratiques inadéquates dont se sont rendus coupables une minorité de praticiens, la défiance des patientes rejaillisse sur l'ensemble de la profession. Ils dénoncent par ailleurs les violences exercées à l'égard des professionnels de santé, notamment sur les réseaux sociaux et dans les médias (humiliations personnelles, atteintes à la réputation).

- **Le risque d'une évolution des pratiques médicales non conforme aux besoins réels des patients** : une certaine réticence à la palpation systématique des seins en gynécologie pourtant préconisée dans une démarche préventive, ou à l'auscultation à peau nue au stéthoscope (remplacée par l'auscultation à travers les vêtements) doivent, par exemple, alerter quant au danger d'une dégradation de la qualité des prises en charge des patients, sous l'effet de la crise de confiance qui ébranle la relation de soin.

II. UN NECESSAIRE QUESTIONNEMENT ETHIQUE

Indépendamment de l'action de la justice, d'une éventuelle évolution du droit, et de celle, essentielle, des pratiques professionnelles, une réflexion éthique approfondie est nécessaire en la matière.

A. L'IMPERATIVE ECOUTE DES PATIENT(E)S ET DES SOIGNANT(E)S

L'interdit de l'indifférence aux souffrances d'autrui, qu'évoquait déjà le CCNE dans son Avis 139 sur les enjeux relatifs à l'accompagnement des personnes en fin de vie³⁰, vaut de façon générale dans toute relation de soin et enjoint à prendre en considération les doléances exprimées par les patient(e)s, en tenant compte des préoccupations exprimées par les soignant(e)s.

1) La prise en considération du ressenti et des doléances des patient(e)s

L'éthique peut se définir comme une résistance à l'indifférence : la parole des patient(e)s qui témoignent de vécus douloureux lors ou à l'occasion d'examens touchant à l'intimité doit être accueillie sans suspicion, sans minimisation, sans jugement et dans le respect de la différence, de l'altérité et de la subjectivité. Les souffrances exprimées sont réelles et appellent une évolution des pratiques médicales dans le champ de l'intime, corollaire à l'approfondissement des mouvements d'émancipation des patient(e)s, de refus de l'autoritarisme médical et de consolidation des droits des femmes. Les patient(e)s manifestent une volonté d'arrêter d'accepter d'avoir mal et invitent à un effort supplémentaire en matière de lutte contre la douleur. Leurs doléances doivent susciter une innovation relationnelle dans le soin et contribuer à l'amélioration des prises en charge.

2) L'attention portée aux inquiétudes des soignant(e)s

Les soignant(e)s, qui traversent aujourd'hui une crise institutionnelle et vocationnelle majeure, à l'hôpital comme en ville, expriment régulièrement dans les médias et au cours des auditions que nous avons menées, une souffrance éthique. Celle-ci est majorée par le malaise qui s'est parfois installé dans la relation de soin quand celle-ci touche à l'intime. Se sentant mis(e)s en cause par le sentiment d'agression dont té-

³⁰ Avis 139 du CCNE, Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité, Juin 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-09/Avis%20139%20Enjeux%20%C3%A9thiques%20relatifs%20aux%20situations%20de%20fin%20de%20vie%20-%20autonomie%20et%20solidarit%C3%A9.pdf>

moignent certaines patient(e)s, les praticien(ne)s – dont l'immense majorité respecte les droits des patient(e)s et mettent tout en œuvre pour une prise en charge bienveillante et professionnelle – expriment un sentiment d'injustice. Ils et elles craignent que l'ensemble de la profession ne soit affecté par les accusations portées contre certains professionnel(le)s. Ils et elles affirment être prêts à adapter leurs pratiques pour répondre à l'évolution des besoins et des attentes des patient(e)s.

Rappelons que la médecine fait partie des trois métiers que Freud qualifiait d' « impossibles » : éduquer / gouverner / soigner : « *Ces trois métiers sont en effet liés par un commun pouvoir au cœur de leur action, par leur potentialité d'en abuser, se heurtant à l'impuissance quand l'autre déjoue leur intention* »³¹. Les pratiques médicales touchant à la sphère intime mobilisent de plus des dimensions complexes et fondamentales de l'être humain (son intimité, son identité de genre, sa sexualité) qui échappent en grande partie à la représentation. Établir une relation de confiance réciproque nous apparaît ainsi comme un impératif pour le bon déroulement des soins et les soignant(e)s qui s'engagent pour la consolider espèrent pouvoir compter sur la réciprocité de cet effort avec leurs patient(e)s.

B. L'INDISPENSABLE ALLIANCE DANS LE CADRE DE LA RELATION DE SOIN

1. Principes éthiques garants d'une rencontre respectueuse

Réaliser des examens médicaux touchant à l'intimité sans justification médicale, de manière brutale, sans information préalable, sans recueil du consentement et/ou sans respect des refus exprimés, constitue une violation du Code de déontologie médicale et des lois protégeant les droits des patient(e)s. Ces actes sont sanctionnés, en fonction des situations, au plan ordinal, civil et/ou pénal. Au-delà de cette sanction, une réflexion éthique est nécessaire et contribue à apaiser les relations entre soignant(e)s et patient(e)s.

Quelles sont les conditions requises pour que ces examens soient considérés par les patient(e)s comme respectueux et comme ne portant pas une atteinte disproportionnée à l'intimité et à l'intégrité ? Comment, d'un autre côté, faire en sorte que les professionnel(le)s de santé puissent exercer dans la confiance des patient(e)s et sans remise en cause induite de leurs intentions ou de leurs compétences ?

Plusieurs principes éthiques sont ici fondamentaux :

- **Le respect de l'inviolabilité du corps humain et de l'intégrité corporelle et psychique** : il est fondamental pour garantir une prise en charge adaptée et humaine. La consulta-

³¹ Mireille Cifali, « Métier « impossible » ? une boutade inépuisable », *Le Portique* [En ligne], 4 | 1999, mis en ligne le 11 mars 2005, consulté le 14 février 2023. URL : <http://journals.openedition.org/leportique/271> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/leportique.271>

tion médicale, asymétrique par nature, l'est encore davantage lorsqu'il s'agit d'explorer l'intimité : la particulière vulnérabilité des patient(e)s rend la relation médicale complexe et sensible. Celle-ci constitue un terrain propice au surgissement ou à la réminiscence de blessures difficiles à appréhender pour les soignant(e)s, et ce d'autant plus que le contexte sociétal des consultations ne cesse de changer : la gynécologie est en effet une médecine du désir et du risque, et non pas de la seule pathologie. La compréhension des enjeux psychiques relatifs aux consultations touchant à l'intimité fait partie intégrante de la maîtrise professionnelle et des compétences requises pour exercer de façon bienveillante, c'est-à-dire réellement soignante. La minimisation de ces enjeux nuit à la bonne conduite des examens et réduit l'efficacité de la démarche médicale.

- **Le respect de l'autonomie de la personne** : il se traduit par la préservation de la liberté de consentir ou non des patient(e)s, ou de consentir de façon progressive ou partielle. Ainsi que le rappelait l'Avis 136 du CCNE³², le respect du consentement repose sur l'idée que chaque personne, non seulement a droit, mais également est apte à prendre part aux décisions qui la concernent. Il permet à chacun d'être acteur des choix qui concernent sa santé. La volonté d'une personne demeurerait invisible sans l'expression du consentement, quelle qu'en soit la forme. Le consentement des patient(e)s doit être libre et éclairé, c'est-à-dire qu'il doit sourdre alors qu'elles/ils bénéficient d'informations loyales, claires et adaptées à leur degré de compréhension, tout en étant libres de toute pression ou contrainte. La recherche du consentement fait partie des compétences médicales et doit devenir un réflexe pour les soignant(e)s. La culture du consentement doit d'autant plus pénétrer le milieu médical que les patient(e)s, du fait de leur maladie et de leur souffrance éventuelle, se trouvent, pour paraphraser le médecin et philosophe Edmund Pellegrino, dans un état d' « humanité blessée »³³. Cette culture du consentement relève à la fois d'une éthique du regard, de la rencontre et du toucher.

Le respect de l'autonomie contribue au développement chez les patient(e)s d'un rapport non conflictuel et confortable à leur corps. Il participe à la bonne appropriation ou réappropriation par chacun(e) de sa propre intimité. De plus, « *lorsque le patient se sent partie prenante de la décision médicale, il adhère plus volontiers à la stratégie de soin. En recueillant sa parole, le médecin peut compléter et affiner l'information à la*

³² Avis 136 CCNE, L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin. Avril 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/Avis%20136.pdf>

³³ Patrick Verspieren, « Malade et médecin, partenaires », *Études*, 2005/1 (Tome 402), p. 27-38. DOI : 10.3917/etu.021.0027. URL : <https://www.cairn.info/revue-etudes-2005-1-page-27.htm>

faveur d'un jeu de questions/réponses qui crée, au fil du temps, un lien de confiance »³⁴.

- **Le respect de la dignité des patient(e)s** : La préservation de l'intégrité corporelle et psychique et le respect de l'autonomie personnelle correspondent aux conditions réelles du respect de la dignité des patient(e)s en les préservant de l'objectivation médicale. Celle-ci introduit une forme d'inhumanité dans le soin en réduisant les êtres à leurs corps et en complexifiant le rétablissement de leur « *pouvoir être* au monde », qui semble pourtant constituer la finalité ultime de l'acte médical.

2. Bénéfices d'une alliance entre les patient(e)s et les soignant(e)s

Un contrat de confiance réciproque : il appelle les soignant(e)s à accueillir les demandes de soins formulées par les patiente(s), et les patient(e)s à accepter la démarche clinique, la technicité et le savoir proposés par les soignants, deux chemine-ments distincts mais dont les modalités doivent être communes et dont les intention-nalités et finalités doivent tendre vers le même et unique but : la guérison ou l'amélioration, la stabilisation, le retour à une meilleure qualité de vie pour les patients porteurs de maladies chroniques.

Une relation de confiance fondée sur un dialogue : un dialogue doit être possible entre les deux parties en cas d'incompréhension ou de désaccord, et la décision médicale doit être co-construite et partagée - ce d'autant que l'information croissante des patient(e)s a permis l'appropriation par chacun(e) d'un certain nombre de connaissances en santé ou facilité leur accessibilité et précipité la mue d'un modèle médical autrefois paternaliste en un modèle désormais informatif voire interprétatif et délibératif : la prise de décision doit être conforme aux valeurs et préférences des personnes.

Cette relation de confiance doit également bénéficier aux professionnels de santé. Ces derniers sont protégés des accusations abusives ou infondées par l'interdiction de la diffamation, et le droit - hors cas d'urgence - de refuser des soins lorsque la relation avec le patient leur semble trop détériorée pour lui proposer une prise en charge sécurisante et satisfaisante³⁵. Lorsque les conditions y sont favorables, la participation des étudiants aux consultations, essentielle à la transmission des savoirs universitaires en médecine et en santé, indispensable à la bonne formation des praticiens, et qui profite à toutes les parties au long-terme, doit pouvoir être proposée. Dans un tel contexte, les étudiants doivent bien entendu respecter les principes éthiques énoncés ci-dessus et respecter les patient(e)s autant que leurs tuteurs.

³⁴ Pierre Le Coz, « Éthique : pourquoi respecter l'autonomie du patient ? », *Cancer(s) et psy(s)*, 2020/1 (n° 5), p. 147-158. DOI : 10.3917/crpsy.005.0147. URL : <https://www.cairn.info/revue-cancers-et-psy-2020-1-page-147.htm>

³⁵ En ce sens l'article R.4127-47 du Code de la santé publique qui, hors cas d'urgence, consacre le droit pour le praticien de refuser des soins pour raisons personnelles ou professionnelles.

III. REPERES ETHIQUES POUR LA PRESERVATION D'UN CADRE RESPECTUEUX ET SECURISANT POUR LES PATIENT(E)S ET LES SOIGNANT(E)S

A. UN BESOIN MUTUEL DE CONSIDERATION

1. Reconnaître le devoir réciproque de savoir-être

- Des doléances sont parfois exprimées par les patient(e)s dans une forme et selon des modalités particulièrement violentes. Les professionnels de santé sont parfois pris à partie dans leur ensemble, hors de tout cadre institutionnel, comme si les dysfonctionnements constatés étaient systématiques ou majoritaires. Dans certains cas, ces attitudes résultent de la frustration de n'avoir pas obtenu l'écoute ou la réponse attendue. Pour autant, ces généralisations risquent de fragiliser le lien de confiance, absolument essentiel, qui doit demeurer entre la population et les personnels soignants. Une vigilance s'impose ainsi quant aux périls inhérents à toute généralisation.
- La présence des étudiants lors de consultations ou d'examens doit être strictement encadrée et respectueuse des patients³⁶.
- Le soin comporte nécessairement un moment d'objectivation, dans la mesure où il nécessite de se focaliser, temporairement, sur une pathologie ou un organe. La prise en charge bienveillante de la personne dans sa singularité et sa globalité, en tant que sujet, impose, au-delà de ce moment d'objectivation, d'apporter une attention particulière à la qualité de la relation de soin, d'instaurer une relation de confiance et de proposer un schéma ou un rythme de consultation respectueux du temps nécessaire aux patient(e)s pour accepter de se dévoiler.
- Tenir compte de la pudeur et du besoin d'intimité participe du bon déroulement des soins et du respect des patient(e)s. La possibilité doit ainsi leur être offerte de se dévêtir et de se rhabiller hors du regard des praticien(ne)s, et de façon progressive en fonction des parties du corps qui sont examinées.
- Les praticien(ne)s doivent être attentif(ve)s aux expressions de douleur ou d'inconfort pendant la réalisation des examens, que celles-ci soient verbales ou non verbales. Le

³⁶ Cf supra p.20.

sentiment de violence subie lors d'examens inconfortables ou douloureux ne doit jamais être nié ou minimisé.

- Les soignant(e)s doivent permettre aux patient(e)s d'exprimer leurs attentes et leurs ressentis. Un tel dialogue permet, préalablement à la réalisation des examens, de comprendre l'étendue des connaissances dont les patient(e)s disposent quant à leurs corps et quant aux examens envisagés, et parfois de déceler s'ils ou elles ont été victimes de violences, quelles qu'elles soient, par le passé. En aval de l'examen, un moment de *debriefing* peut permettre aux patient(e)s d'exprimer comment l'examen a été vécu, et aux soignant(e)s de réexpliquer pourquoi il était utile de le réaliser.

- Des aménagements doivent permettre d'accueillir dans de bonnes conditions les personnes en situation de particulière vulnérabilité (personnes en situation de précarité, de handicap, personnes migrantes, mineurs et jeunes adolescent(e)s, personnes âgées, patients souffrant de détresse psychologique, de troubles psychiques et/ou cognitifs...) : mise à disposition d'un interprète (ou d'un dispositif de traduction numérique), équipements adaptés, consultations dédiées, temps accordé.

- Lorsque des patient(e)s s'expriment sur des examens intimes qu'ils ou elles ont mal vécus certains disent que leur parole a été dévaluée ou disqualifiée par principe. Par ailleurs, des réclamations, des alertes ou des signalements ne reçoivent pas toujours l'attention requise, ou l'objet d'un traitement adéquat³⁷. Lorsqu'un examen intime a été mal vécu, il importe que les patient(e)s puissent en parler avec les soignant(e)s concerné(e)s, soit juste après l'examen, soit à distance de la consultation, si besoin avec le soutien d'une médiation. Enfin, lorsque les personnes qui s'estiment victimes ou témoins de violences ou de maltraitements, ou qui se questionnent sur ce qu'elles (ils) ont vécu ou constaté, ne souhaitent pas en échanger directement avec le professionnel concerné, il est primordial que la possibilité leur soit offerte de s'adresser de manière confidentielle à des tiers de confiance et qu'elles puissent faire remonter les situations préoccupantes par ce biais. Même si des dispositifs existent à cette fin, il paraît urgent de les améliorer et de les renforcer.

³⁷ Selon plusieurs médias : <https://www.nouvelobs.com/societe/20211014.obs49856/un-gynecologue-du-val-d-oise-vise-par-118-plaintes-pour-violences-sexuelles.html> ; <https://lesjours.fr/obsessions/gynecologue-viols/ep1-victimes-domont/> ; https://www.liberation.fr/societe/un-gynecologue-du-val-doise-vise-par-118-plaintes-pour-violences-sexuelles-20211013_3YAPFGIEGRDAFABERIAN7QY714/

2. Renforcer les précautions lors du recueil du consentement, qui est un processus dynamique

- Recueillir le consentement à l'examen en demandant aux patient(e)s de signer un formulaire ne protégerait ni les patient(e)s d'actes qu'ils ou elles ne souhaiteraient pas subir, ni les soignant(e)s de poursuites judiciaires *a posteriori*. Ainsi que le soulignait l'Avis 136 du CCNE³⁸, le consentement est un processus dynamique, évolutif, rétractable à tout moment. Un recueil oral du consentement paraît ainsi préférable accompagné d'une traçabilité précise dans le dossier du patient.

- Pour être valable, le consentement à l'examen doit être donné librement et précédé d'une information précise, loyale et adaptée. De nombreuses réclamations trouvent leur origine dans une mauvaise information initiale, ne permettant pas aux patient(e)s de comprendre ce qu'ils ou elles subissent³⁹. L'information préalable sur les examens que les praticien(ne)s se proposent de réaliser permet aux patient(e)s de se déterminer en connaissance de cause. Cette information porte sur les objectifs poursuivis (but de l'examen), sur les modalités concrètes de sa réalisation et sur les risques éventuels associés. Elle permet aux patient(e)s de comprendre pourquoi un examen est nécessaire, s'il risque d'occasionner de la gêne ou de la douleur, et si d'autres examens (potentiellement moins invasifs ou douloureux) existent.

- Le consentement à l'examen devrait être explicite et différencié. Par le passé, on a pu considérer que celui-ci pouvait être présumé dès lors que les patient(e)s se rendaient en consultation, a fortiori dès lors qu'ils (elles) s'installaient sur la table d'examen. Le CCNE considère qu'aujourd'hui, ce consentement ne peut plus être présumé et qu'en matière d'examens intimes, un consentement explicite est requis. Ce consentement doit aussi être différencié, c'est-à-dire recueilli pour chacun des actes réalisés.

- Les refus et les réticences des patient(e)s vis-à-vis d'un examen doivent être pris en considération. A ce titre, l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique à l'égard du refus de consentement du patient, devrait pour être complet et clair, faire explicitement référence aux « examens », acte médicaux dont la spécificité mérite d'être soulignée⁴⁰.

³⁸ Avis 136 CCNE, L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin. Avril 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/Avis%20136.pdf>

³⁹ Selon les professionnels auditionnés.

⁴⁰ A la formulation actuelle de l'article L 1111-4 al. 2 du Code de la santé publique selon laquelle « toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement », il faudrait ainsi ajouter « ou un acte médical, y compris un examen ». De même à l'alinéa 4 (« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne (...) »), faudrait-il ajouter « y compris un examen » après « aucun acte médical ».

Pour les soignant(e)s, il peut être difficile de comprendre que des patient(e)s s'opposent à la réalisation d'un examen. Pourtant, un refus d'examen ne signifie pas nécessairement que les patient(e)s ne comprennent pas la situation ou n'ont pas confiance dans les préconisations des soignant(e)s. Rechercher et tenter de comprendre les raisons de cette non acceptation, sans présupposer que celle-ci soit définitive ou résulte nécessairement d'une ignorance, d'une incompréhension ou d'une forme d'irrationalité est primordial. Quoi qu'il en soit, un refus d'examen ne devrait jamais entraîner une rupture brutale de la consultation ou de la relation de soin.

- Une attention particulière est requise vis-à-vis des personnes dont les facultés de discernement sont amoindries. Lorsqu'il n'est pas possible d'obtenir un authentique consentement, un assentiment peut être recherché, c'est-à-dire un accord fondé sur une compréhension partielle de la situation et des options. La présence d'un tiers, représentant légal, ou d'une personne de confiance (CSP L.1111-6), peut également aider la personne à faire connaître sa volonté.

- Le non-respect de l'exigence du consentement aux examens pratiqués doit être sanctionné. De ce point de vue, il serait utile d'introduire dans le Code de la santé publique un renvoi à l'article L119-1 du Code de l'action sociale et des familles, qui définit la maltraitance⁴¹

B. UN EFFORT RECIPROQUE DE COMPREHENSION DES CONTRAINTES INHERENTES A LA PRATIQUE D'EXAMENS TOUCHANT A L'INTIMITE

1. Interroger systématiquement la pertinence, le contexte et l'environnement des examens

- Certains examens invasifs et inconfortables sont nécessaires pour la prévention, le diagnostic ou la prise en charge. Il est indispensable d'expliquer pourquoi et de prévenir les patient(e)s en amont du risque d'inconfort ou de douleur.

⁴¹ L'article L.119-1 du Code de l'action sociale et des familles a introduit une définition de la maltraitance depuis la loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection de l'enfance : « La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. »

- Les soignant(e)s ne sont pas tenus de souscrire à toutes les demandes des patient(e)s. Ils (elles) ont le droit et même le devoir de refuser des examens qui seraient contradictoires avec les données acquises de la science, ou dont le rapport coût/bénéfice serait clairement défavorable, par exemple des examens complémentaires coûteux, qui apporteraient des informations moins fiables qu'un examen clinique sans inconvénient majeur pour le (la) patient(e).

- Les étudiants en santé ont besoin d'apprendre à réaliser des examens intimes. Si la simulation et l'utilisation de mannequins participent à leur formation, ceux-ci ne peuvent totalement se substituer à l'apprentissage en vie réelle. Afin que les futurs professionnel(le)s puissent acquérir progressivement la maîtrise des gestes qui constitueront le cœur de leur pratique professionnelle, les patient(e)s sont invitée(e)s, lorsque leur état émotionnel le permet, à accepter cette présence, à en comprendre le sens et les enjeux. Cette participation individuelle à la formation des futur(e)s professionnel(le)s de santé relève d'un engagement civique indispensable à la préservation de la santé publique, qui est un bien commun.

Le consentement préalable des patient(e)s à la présence d'étudiant(e)s, ou à la réalisation d'examens par des étudiant(e)s, doit être recherché après la délivrance d'une information adaptée⁴². Ce consentement doit être explicite, il ne peut être présumé du seul fait que l'on se situe dans un centre hospitalo-universitaire par exemple. Les patient(e)s devraient être libres d'accepter ou de refuser et leur refus éventuel devrait être respecté.

- Les examens qui touchent à l'intime permettent de détecter des maladies ou des risques de maladie, de confirmer ou d'exclure des diagnostics, d'orienter la thérapeutique. Ils apportent des informations que d'autres examens complémentaires n'apportent pas nécessairement. La pertinence de les réaliser nécessite pourtant d'être systématiquement réinterrogée. Au-delà de la nécessaire réflexion conduite par les sociétés savantes sur les indications de ces examens leur pertinence s'évalue au cas par cas, en tenant compte des singularités de chaque patient(e).

Deux principes peuvent être mobilisés par les praticien(ne)s pour s'assurer que la proposition d'un examen ne relève pas que de l'habitude ou de la routine :

- **Le principe de subsidiarité** : n'y a-t-il pas un examen moins invasif ou moins douloureux qui permettrait d'obtenir les mêmes informations, à un coût identique pour la société ?
- **Le principe de proportionnalité** : les informations recherchées justifient-elles de réaliser un examen touchant à l'intimité et à l'intégrité ?

Réinterroger en permanence la pertinence des examens implique aussi, à l'inverse, de ne pas présupposer que certaines personnes, parce qu'elles sont dans une situation particulière, n'auraient pas besoin de ces examens, ou ne pourraient en tirer de béné-

⁴² CSP L1111-14 al. 10.

fice. D'un point de vue éthique, il est tout aussi problématique de ne pas pratiquer des examens qui seraient indiqués et justifiés, que de pratiquer des examens sans véritable nécessité. Or, des stéréotypes, liés notamment au handicap ou à la maladie psychique, peuvent conduire, à tort, à sous-examiner certain(e)s patient(e)s.

- Une vigilance particulière s'impose quant au cadre matériel, temporel et organisationnel des examens. L'environnement physique et architectural peut avoir un impact sur la confidentialité des échanges, le respect de l'intimité et le sentiment de sécurité et de confort des patient(e)s. Le respect du temps nécessaire à chaque patient pour se dévoiler et pour recueillir un consentement véritablement libre et éclairé est par ailleurs fondamental. « Ressource indispensable au traitement respectueux des personnes », comme le rappelle le CCNE dans son Avis 140⁴³, il est néanmoins aujourd'hui dramatiquement mis en péril par les conditions dans lesquelles les professionnel(le)s de santé sont contraints de travailler, ce qui favorise la mise en place d'automatismes faisant obstacle au déploiement de lectures fines des interactions, et donc au repérage des réticences par exemple.

- Les conditions organisationnelles des examens méritent également une vigilance particulière, car certaines organisations (comme les examens réalisés dans des box de consultation en parallèle) permettent difficilement d'accorder aux patient(e)s la considération qu'ils et elles sont légitimement en droit d'attendre.

- Dans certains pays, la présence systématique d'un observateur impartial (« chaperon ») est recommandée lors des examens intimes⁴⁴. En France, deux pratiques sont observées⁴⁵ : dans certaines situations, les soignant(e)s demandent à un tiers (par exemple une aide-soignante ou une infirmière), d'être présent à l'examen, pour être garant que celui-ci a été mené dans les règles. Par ailleurs, les patient(e)s qui le demandent, en particulier les mineur(e)s peuvent être accompagnés par le tiers de confiance (familial ou non) qu'ils ou elles ont choisi⁴⁶. Il semble que ces deux possibilités

⁴³ Avis 140 du CCNE : « Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives », Novembre 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ccne-ethique.fr/node/530>

⁴⁴ Il s'agit généralement de professionnels de santé qualifiés, ou de personnels administratifs spécifiquement formés pour assister à l'examen, rassurer si besoin les patient(e)s, observer les gestes du médecin, et faire remonter des difficultés le cas échéant.

Voir, à titre d'exemple : (Québec) <http://www.cmq.org/pdf/banque-info/binfo4.pdf> ; (USA) <https://www.uofmhealth.org/patient-visitor-guide/patients/use-chaperones-during-sensitive-examinations-and-procedures> ; <https://yalehealth.yale.edu/medical-chaperones-sensitive-examinations-treatments-and-procedures> ; Ehrenthal DB, Farber NJ, Collier VU, Aboff BM. Chaperone use by residents during pelvic, breast, testicular, and rectal exams. J Gen Intern Med. 2000 Aug;15(8):573-6. doi: 10.1046/j.1525-1497.2000.10006.x. PMID: 10940150; PMCID: PMC1495582; <https://www.aafp.org/pubs/fpm/issues/2018/0900/p6.html> ; Croft M. Chaperones for genital examination. Chaperones should always be present. BMJ. 1999 Nov 6;319(7219):1266. doi: 10.1136/bmj.319.7219.1266. PMID: 10550103; PMCID: PMC1117032.

⁴⁵ Selon les personnes auditionnées.

⁴⁶ Cette possibilité est notamment évoquée dans la charte élaborée par l'AP-HP. Voir : <https://robertdebre.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/114/files/2022/12/Charte-GO-janv-22.pdf>

devraient être maintenues, sans faire de la présence d'un tiers une obligation, en gardant à l'esprit que cette présence peut rassurer les patient(e)s, mais aussi parfois être source de tensions, empêcher l'expression d'une parole libre et constituer une interférence dans la relation de soin.

2. Renforcer la formation des soignant(e)s, et la sensibilisation des patients et soignants dans une démarche accrue de démocratie participative en santé

➤ Renforcer la formation des soignants

- Réaliser des examens intimes nécessite des connaissances médicales, un savoir-faire technique, mais également un savoir-être humain et des compétences éthiques et relationnelles. Ces aptitudes sont enseignées dans la formation initiale et continue des professionnel(le)s de santé, lors des congrès et à l'occasion du compagnonnage auprès de clinicien(ne)s chevronné(e)s. Au-delà de la formation technique aux gestes, la plupart des futur(e)s soignant(e)s reçoivent aujourd'hui des enseignements sur la loi du 4 mars 2002, les caractéristiques de la relation médecin-malade, l'importance de la bientraitance, les droits des usagers ainsi que sur les violences sexistes et sexuelles, et sur les violences gynécologiques et obstétricales. Ces professionnel(le)s sont également sensibilisé(e)s par leurs pairs à l'importance de la communication et de l'empathie. Des enseignements spécifiques sur la réalisation des examens touchant à la sphère intime doivent être développés, compte tenu de leur particulière complexité. De même, afin de contribuer au développement d'une véritable culture du consentement, les étudiants en santé qui ont été auditionnés par le CCNE ont indiqué leur souhait de pouvoir, grâce à des formations pratiques, mieux appréhender la dimension relationnelle de leur métier, notamment afin de savoir communiquer de manière non violente et écouter les patient(e)s avec toute l'empathie requise.

➤ Renforcer la démocratie participative en santé

- Un renforcement de la démocratie participative en santé et du pouvoir d'agir des usagers, à titre collectif par le biais des associations et à titre individuel, est essentiel au développement de relations de soin satisfaisantes et d'une véritable alliance dans le soin. La connaissance et la compréhension par les patient(e)s de leur corps et des examens qui peuvent être pratiqués, mais aussi de leurs droits et des instances permettant d'exprimer des doléances, constituent de ce point de vue des leviers d'action importants. L'intervention de patient(e)s dans la formation initiale et continue des professionnels de santé, pour aborder les enjeux multiples des examens touchant à l'intimité, doit être, dans la mesure du possible, fortement encouragée. Enfin, tout devrait être mis en œuvre pour que les chartes et les recommandations de bonnes pratiques soient systématiquement co-construites par les organisations professionnel(le)s et les associations de patient(e)s.

A la suite de ces réflexions, le CCNE émet deux recommandations spécifiques à l'égard des autorités :

- Le Ministère de la Santé et de la Prévention doit particulièrement veiller à ce que les conditions organisationnelles du soin permettent d'optimiser la mise en place d'un consentement revisité et adapté.
- Le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et la Conférence des doyens de médecine doivent davantage tenir compte des enjeux de formation aux humanités et à l'éthique du soin dans la constitution des programmes d'enseignement.

CONCLUSION

Dans le monde de la santé, les violences sexistes et sexuelles méritent une tout particulière attention. Elles sont à envisager au regard de l'évolution des métiers du soin. Sans cesse plus technicisés et parcellisés, sans cesse à risque de dépersonnalisation, les pratiques soignantes se trouvent interrogées : comment un geste envers le corps peut-il devenir effraction alors qu'il se veut réparateur, apaisant et guérissant ? Comment la violence peut-elle surgir alors que le geste soignant consiste précisément en une attention au corps de l'autre ?

La sensibilité particulière des examens touchant à l'intimité – a fortiori dans les cas vécus comme relevant de « l'extrême intime » dont il est question dans cet avis – vient rappeler le risque de soins de santé qui oublierait que « tout contact doit se faire toucher, sous peine de devenir violence ». Tandis que le contact est la matérialité d'un acte technique, le toucher est ce que peut accepter un(e) patient(e), c'est-à-dire un contact consenti par une *psychè*. Un(e) soignant(e) ne peut entrer en contact avec un corps que s'il respecte une volonté souveraine, un consentement formulé expressément. Car le corps n'est jamais dissociable d'un psychisme, jamais détachable d'une intériorité. C'est cette prise en compte de leur subjectivité qui, pour les patient(e)s, rend la nudité et l'examen acceptables.

Les institutions soignantes sont soumises à des rythmes et des contextes de travail qui peuvent conduire les soignant(e)s à neutraliser leurs émotions, au risque de la dépersonnalisation. Elles peuvent ainsi, sans le vouloir, susciter vis-à-vis des patient(e)s l'exigence de mettre à disposition un « corps machine » facilitant ce qu'elles ont à produire - des actes médicaux -, au lieu de les inviter à confier ce qu'ils (elles) ont de plus précieux - leurs corps, inséparable de leur psychisme - à une personne qui l'accueille, le respecte, puis en prend soin.

L'enjeu des examens touchant à l'intimité est bien de maintenir à la conscience l'humanité partagée de la femme ou de l'homme et de celle ou celui qui soigne. Cela ne suppose pas abdication d'une part et efficacité technique de l'autre, mais une alliance profonde, et une considération mutuelle, permettant de renouer la pratique soignante à un art qu'elle ne devrait jamais cesser d'être.

ANNEXES

ANNEXE 1 – LETTRE DE SAISINE DE LA PREMIERE MINISTRE

La Première Ministre

Paris, le - 4 JUL. 2022

Monsieur le Président,

Ainsi que le Comité national consultatif d'éthique le précisait il y a quelques mois dans son avis n° 136 consacré aux nouveaux enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin, la notion de consentement a évolué ces dernières années, sous l'effet notamment de situations nouvelles engendrées par les progrès de la médecine et des techniques et par la confrontation des personnels du soin et du social à de nouvelles vulnérabilités.

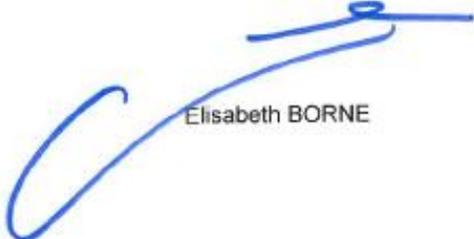
Chaque patient doit bénéficier du droit fondamental de pouvoir prendre part aux décisions de santé qui le concernent. Et ceci quel que soit le contexte : à domicile, à l'hôpital, en cabinet libéral ou encore en établissement médico-social. Par ailleurs, et ainsi que vous le rappelez dans votre avis précédemment mentionné, le consentement doit être considéré comme un processus évolutif et dynamique qui, fondé sur une relation de confiance réciproque, s'adapte au gré du cheminement de la personne et de l'évolution de ses choix. Ce processus inclut que le patient puisse changer d'avis et se rétracter dans le temps.

En matière de soins gynécologiques, la notion de consentement revêt une importance et une sensibilité particulières car les examens touchent à l'intimité psychique et physique des femmes.

Ainsi et au-delà des recommandations et travaux réalisés par les sociétés savantes de cette spécialité, je souhaiterais que votre Comité puisse conduire une réflexion approfondie sur la notion de consentement dans le cadre des examens gynécologiques et plus largement tous les examens qui touchent à l'intimité. Ces travaux devront permettre de guider les professionnels dans leur mission essentielle tout en répondant aux attentes et au souci légitime des patientes quant au respect de leur volonté et de leur intégrité.

Je vous remercie par avance pour le travail que votre comité voudra bien réaliser, en espérant pouvoir bénéficier de vos recommandations d'ici la fin de l'année.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de mes salutations les meilleures.


Elisabeth BORNE

Monsieur Jean-François DELFRAISSY
Président du Comité Consultatif National d'Ethique
66 rue de Bellechasse
75007 PARIS

ANNEXE 2 – MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Alexandra Benachi

Yvanie Caillé

Anne Caron-Déglise

Alain Claeys

Sophie Crozier

Annabelle Desgrées du Loû

Didier Dreyfuss

Cécile Duflot

Fabrice Gzil (rapporteur)

Karine Lefeuvre (rapporteure)

Séverine Laboue

Noémie Nauleau

Avec l'appui organisationnel et rédactionnel de Louise Bacquet (rédactrice) et Camille Roué (élève-avocat)

ANNEXE 3 - LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES

- Usagers :

- **Sonia BISCH**, fondatrice et porte-parole du collectif « Stop aux Violences Obstétricales et Gynécologiques » ;
- **July BOUHALLIER**, co-présidente de L'IRASF, l'Institut de recherche et d'actions pour la santé des femmes ;
- **Marie CITRINI**, représentante des usagers de l'AP-HP et **Jean-Luc DIEHL**, médiateur médical central de l'AP-HP ;
- **Mélanie DÉCHALOTTE**, journaliste indépendante et documentariste à France Culture, auteure de plusieurs documentaires sur la relation soigné-soignant et du *Livre noir de la gynécologie* ;
- **Anne EVRARD**, coprésidente du Collectif Inter Associatif autour de la Naissance (CIANE) ;
- **Pascal JACOB**, président de l'association Handidactique ;
- La Commission Santé du **Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)** : **Florian DEYGAS**, président de cette commission, **Marie-Jeanne RICHARD**, assesseure et **Odile ANTOINE**, membre.

- Médecins représentants de collèges, ordres et/ou syndicats :

- **Catherine ADAMSBAUM**, professeure émérite de radiologie et secrétaire générale du Collège des Enseignants en Radiologie de France (CERF), et **Romain POMMIER**, radiologue et membre du comité d'éthique de radiologie dans la recherche médicale rattaché au CERF ;
- **Joëlle BELAISCH-ALLART**, présidente du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) ;
- **Isabelle DERRENDINGER**, présidente du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) ;
- **Adrien GANTOIS**, président du Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF).

- Médecins impliqués dans la formation des professionnels de santé :

- **Frédéric GLICENSTEIN**, président de l'Association des Gynécologues Obstétriciens en Formation (AGOF) et **Mila LAFFOND**, présidente de l'Association nationale des Internes de Gynécologie Médicale (AIGM) ;
- **Philippe RUSZNIEWSKI**, doyen de l'UFR de médecine de l'Université Paris Cité ;
- **Yaël THOMAS**, président de l'Association Nationale des Étudiants en Médecine de France (ANEMF) et **Clémence CHABRIER**, vice-présidente de l'ANEMF chargée des réflexions éthiques.

- Gynécologues-Obstétriciens :

- **Frédéric CHICHE**, gynécologue-obstétricien à l'Hôpital Américain ;
- **Ghada HATEM-GANTZER**, gynécologue-obstétricienne et fondatrice de la Maison des Femmes de Saint-Denis ;
- **Perrine MILLET**, gynécologue-obstétricienne au CH de Montélimar, coordinatrice du diplôme inter universitaire « Prise en charge des violences faites aux femmes vers la bientraitance » mis en place dans les universités de Grenoble-Alpes et Paris-Descartes ; et **Pascale HOFFMANN-CUCUZ**, gynécologue-obstétricienne au CHU de Grenoble et responsable pédagogique du même DIU ;
- **Amina YAMGNANE**, gynécologue-obstétricienne, fondatrice de La Clinique des Femmes et ex-responsable de la « Commission ProBité (**P**romotion de la **B**ientraitance dans les maternités) » du CNGOF.

- Médecins d'autres spécialités touchant à l'intimité :

- **François ANSERMET**, psychiatre et psychanalyste spécialiste de l'accompagnement des femmes présentant des vécus traumatiques de grossesse, PMA, IVG, IMG, violences obstétricales... ;
- **François BLOT**, médecin réanimateur et président du Comité d'Éthique de l'Institut Gustave Roussy ;
- **Philippe GODEBERGE**, gastro-entérologue, hépatologue et proctologue, spécialisé en endoscopie digestive, et président émérite de la Société Nationale Française de Coloproctologie (SNFCP) et de la Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE) ;
- **Pierre MONGIAT-ARTUS**, chirurgien urologue à l'hôpital Saint-Louis et responsable du comité d'éthique de l'Association Française d'Urologie ;
- **Martin WINCKLER**, ancien médecin généraliste, blogueur et auteur de plusieurs essais et ouvrages sur le suivi gynécologique et la maltraitance médicale.

- Juristes :

- **Marie-Charlotte DALLE**, magistrate et directrice des affaires juridiques et des droits des patients (DAJDP) de l'AP-HP ;
- **Diane ROMAN**, professeure de droit public à l'École de droit de la Sorbonne ;
- **Anne SIMON et Elsa SUPIOT**, professeures de droit privé, responsables du projet GIP « Les violences gynécologiques et obstétricales saisies par le droit » à l'Institut des sciences juridique et philosophique de la Sorbonne.

- Directeurs d'ARS et de mutuelle :
 - **Clara de BORT**, directrice générale de l'Agence régionale de santé de Guyane, ancienne directrice d'hôpital et autrice du blog « En jupe ! » ;
 - **Nicolas GOMBAULT**, directeur général délégué de la Mutuelle d'Assurance du Corps Sanitaire Français (MACSF).



AVIS 142



COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE
POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ