

## Violences sexuelles commises par des professionnels de santé : Hippocrate phallocrate ?

Marilyn Baldeck, déléguée générale de l'Association européenne contre les Violences faites aux  
Femmes au Travail

AVFT, 51 bd Auguste Blanqui – 75013 Paris

[contact@avft.org](mailto:contact@avft.org) – Tél : (+33) 01 45 84 24 24

Le 5 novembre 2013, la Dre Muriel Salmona m'avait invitée, dans le cadre du colloque « Violences et soins » organisé par l'association Mémoire Traumatique et Victimologie, à présenter les analyses de l'AVFT sur le thème des violences, notamment sexuelles, commises par les professionnels de santé.

Le 29 novembre 2013, lors du colloque sur la santé des femmes organisé par l'association Gynécologie Sans Frontières au Palais du Luxembourg, j'ai été invitée à répondre à la question : « *Les violences sexistes au travail, qu'attend-on des soignants ?* ». J'en avais profité pour rappeler que le secteur médical était parmi ceux dans lequel on retrouvait le plus d'agresseurs sexuels et pour dire, en substance, qu'on attendait *a minima* des médecins qu'ils n'agressent pas sexuellement leurs patientes et ne couvrent pas les violences commises par leurs confrères, avant même de leur demander de détecter les victimes et de les soigner. Cette présentation avait été diversement appréciée par un public essentiellement composé de soignant.es. Mme Irène Kahn-Bensaude, pédiatre, vice-présidente du Conseil National de l'Ordre des Médecins et présidente du Conseil de l'Ordre de Paris avait déclaré, sans craindre d'être totalement indécente vis-à-vis des femmes réellement victimes de violences qui étaient au cœur de ce colloque et dont certaines étaient dans la salle, qu'elle avait « *subi des violences ce matin, en tant qu'ordinal(e)*<sup>1</sup> ». Elle faisait référence aux propos que j'avais tenus sur la prévalence des violences sexuelles dans le secteur de la santé et sur la protection des médecins agresseurs par leur ordre professionnel. Le Professeur Henrion (Rapport Henrion, 2001), qui était mon voisin de gauche à la tribune, avait salué mon intervention... mais en aparté, tout de même pas au micro.

En 2014, l'AVFT a été sollicitée par les membres de la mission, chargée par Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, de préconiser des améliorations sur la prise en charge médicale des femmes victimes de violences. Une nouvelle occasion d'évoquer la question des violences sexuelles commises par les professionnels de santé à l'encontre de patientes ou de salariées.

J'ai enfin eu le plaisir de participer à une conférence du cycle de formation de l'Université des femmes sur « les femmes, leurs soins, leurs médecins », le 5 décembre 2014 à Bruxelles,

---

1 Rien ne dit qu'elle avait féminisé son titre...

spécifiquement sur les violences sexuelles exercées dans le cadre de la relation médecin/patientes<sup>2</sup>.

Les lignes qui suivent synthétisent ces différentes interventions.

Les soignants ont la double particularité d'être des maillons essentiels de la chaîne du dévoilement des violences – ils sont régulièrement les premiers à qui les femmes victimes de violences parlent - et d'être trop souvent des acteurs du « système agresseur », quand ils ne sont pas eux-mêmes les agresseurs. Ceci est loin d'être un paradoxe. Les agresseurs ont en effet tout intérêt à avancer masqués pour éviter d'être dénoncés et, quand ils le sont, à ce que les plaignantes ne soient pas crues. Le statut de médecin est un camouflage presque parfait et l'exercice de la médecine offre des « opportunités » idéales d'emprise, d'accès au corps permettant une confusion volontairement entretenue entre gestes médicaux et agressions sexuelles, de création d'une dépendance et de manipulation, qui s'ajoutent aux stratégies habituelles des agresseurs.

Dans les « dossiers » de l'AVFT, les victimes sont des patientes, des salariées de ces soignants (secrétaires médicales, assistantes dentaires...), et peuvent parfois être les deux à la fois, ce qui pose déjà de notre point de vue un sérieux problème déontologique. Certaines sont des étudiantes en médecine et accusent un « professeur des universités - praticien hospitalier ». Elles peuvent aussi être des consœurs, et dans cette hypothèse sont souvent de nationalité étrangère avec un statut précaire.

Lorsqu'il s'agit de patientes, elles ont consulté pour un motif « classique » ou, justement, ont vu un médecin *parce qu'elles avaient été victimes de violences sexuelles* et recherchaient une prise en charge thérapeutique adaptée. Dans certains cas, les violences sexuelles commises par le médecin ont commencé quand elles lui ont dit avoir été victimes de viols incestueux, de violences « conjugales », de harcèlement sexuel au travail (Rorh, 2013).

Elles étaient parfois à peine sorties de l'enfance, étaient des adolescentes, ou des femmes de tous âges et de tous milieux sociaux.

Pour certaines de ces femmes, la plupart en réalité, les violences se sont répétées dans le temps pendant des semaines, des mois, parfois des années, au rythme des consultations médicales. Celles qui ont été victimes d'une agression sexuelle isolée sont celles qui n'avaient besoin que d'une prise en charge ponctuelle (pour une opération, par exemple).

Il n'existe pas de données chiffrées ou d'études en France portant sur les violences sexuelles commises dans le secteur médical. Questionner un moteur de recherche, en français ou en anglais, ne donne que de maigres résultats, si l'on écarte les articles de presse qui relatent telle procédure contre un psychiatre, telle condamnation d'un gynécologue ou d'un kinésithérapeute qui sont eux beaucoup plus nombreux.

---

2 Ce texte a d'ailleurs été écrit pour les actes de cette conférence, à paraître.

S'il ne donne aucun chiffre, le rapport de l'OMS sur « la violence et la santé » recommande de « s'attaquer à la violence sexuelle dans le secteur de la santé » et notamment « d'établir (...) des procédures de plainte ainsi que des procédures disciplinaires strictes pour les personnels de santé qui maltraitent des patients dans le contexte de soins de santé ». C'est que, partout dans le monde, le secteur du soin est, en matière de violences sexuelles, un secteur sensible. Toutes les associations féministes qui interviennent auprès de victimes le savent, quel que soit le type de violences contre lequel elles luttent, quelle que soit la sphère – familiale, professionnelle – où elles sont commises. Elles reçoivent et écoutent les victimes de ces soignants tout au long de l'année. Le Collectif Féministe Contre le Viol a recensé 356 dénonciations de violences sexuelles commises par des médecins et autres soignants auprès de sa permanence téléphonique ces dix dernières années, 78 appels concernant des infirmiers, 72 appels concernant des kinésithérapeutes et 13 appels concernant des ostéopathes.

Dans tous les cas, le médecin a détourné ses prérogatives professionnelles pour agresser, a pu se reposer sur le corporatisme de ses confrères, sur le désintérêt, la tolérance ou la protection du Conseil de l'ordre.

Pour agresser, ces médecins ont bénéficié de l'aura de leur profession, du crédit qu'on lui porte, de l'honorabilité qui l'entoure, du prestige et de l'autorité de la « blouse blanche »<sup>3</sup> considérée comme légitime car scientifique (donc inabordable pour le « commun des mortel-les»), du capital-confiance qu'on accorde à ceux (et celles) qui sont supposés consacrer leur vie à soigner.

Rien de mieux pour obtenir l'obéissance d'une personne qui, par définition, si elle les a consultés, est fragilisée par un « problème » (de santé) à régler et « s'en remet » au soignant.

Rajoutons que le pouvoir du médecin n'est pas limité au périmètre de son cabinet médical : « *Un médecin n'a pas besoin d'un patient pour être médecin. Il est médecin. Il bénéficie de son statut à tout moment, y compris en dehors de son exercice* »<sup>4</sup>.

Le secret médical leur a aussi permis de gagner la confiance de leurs patientes, sur lesquelles ils ont pu obtenir des informations essentielles : parcours de vie, failles narcissiques, vulnérabilité chronique ou passagère, existence de violences, notamment sexuelles, antérieures, de violences, notamment, « conjugales », actuelles. Qui, parmi les tiers à la famille et aux proches, autre que le médecin, est mieux placé pour identifier celles qui seront les plus suggestibles, les plus manipulables, les moins enclines à le dénoncer s'il commettait des violences sexuelles sur elles ?

La rapport médecin/patiente est un rapport d'autorité par excellence, qui disparaît pourtant souvent derrière la croyance libérale selon laquelle tous les individus peuvent prendre des décisions, effectuer des choix, accepter ou refuser, imposer leur avis, faire usage de leur liberté, contractualiser, à égalité entre eux, nonobstant leurs asymétries sociales, financières, leurs rapports

---

3 A rapprocher notamment de l'expérience de Milgram

4 Dr Winckler M., martinwinckler.com/spip.php?article1071

de classe, d'âge, de sexe, de savoirs, de dépendance. Le « si tu veux, tu peux » devient : « si elle le voulait vraiment, elle aurait pu quitter le cabinet médical, repousser le médecin ». Le fait qu'une patiente n'ait pas immédiatement identifié une transgression, n'ait pas dénoncé, porté plainte, qu'elle soit retournée en consultation, parfois à de nombreuses reprises a pour incroyable effet d'*annuler* les violences commises par les professionnels de santé alors qu'elles se sont au contraire multipliées.

Un adhérent de l'AVFT me racontait qu'en consultation chez une kinésithérapeute, celle-ci avait décroché le téléphone, s'était entretenue avec son interlocuteur qui était manifestement un confrère puis était revenue s'occuper de lui en lui disant : « *Vous vous rendez compte, une femme qui dénonce des viols par un kiné ! Et elle y est retournée ! Et puis quoi encore, c'est vraiment n'importe quoi* ».

Or un rapport sexuel entre un soignant, à plus forte raison un médecin, et sa patiente, peut difficilement être librement consenti. Éprouver de l'admiration du fait de l'infériorité structurelle dans laquelle la patiente est placée, de la reconnaissance, le sentiment d'être en dette, n'a rien à voir avec le fait de consentir librement, c'est même absolument l'inverse puisqu'il s'agit là des effets de l'autorité.

C'est la raison pour laquelle la déontologie médicale interdit généralement tout rapport de nature sexuelle entre un médecin et un.e patient.e, ce que les associations de médecins rappellent : « (...) *Une interaction sexuelle ou sentimentale entre un médecin et son patient (...) peut exploiter la vulnérabilité du patient, compromettre le jugement objectif du médecin sur l'état de santé du patient et, au final, être préjudiciable au bien-être du patient* » (American medical association<sup>5</sup>). Il est également déconseillé aux médecins de pratiquer des gestes non-sexuels si le/la patient.e les perçoivent comme étant connotés sexuellement. Plus encore, les médecins sont mis en garde contre des « *relations sexuelles ou sentimentales* » avec d'ancien.nes patient.es, car il serait « *contraire à l'éthique que le médecin utilise ou exploite la confiance, la connaissance, les émotions ou l'influence qui découle de la relation de soin passée* ».

Cette même association considère aussi comme « *inacceptable* » une relation sexuelle, même si les deux parties la qualifient de « consentie », entre un professeur de médecine et un.e étudiant.e en médecine en raison de « *l'inégalité inhérente à leurs statuts et pouvoirs* ».

Le Code pénal suisse punit quant à lui spécifiquement les atteintes sexuelles commises sur des personnes hospitalisées (mais aussi détenues ou prévenues) : « *Celui qui, profitant d'un rapport de dépendance, aura déterminé une personne hospitalisée, internée, (...), à commettre ou à subir un acte d'ordre sexuel, sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire* » (Art. 192 Code pénal suisse).

En France, selon l'analyse qu'en fait le Conseil National de l'Ordre des Médecins, cet interdit

---

5 [Ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion814.page](http://ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion814.page)

découle de l'article 2 du Code de déontologie qui porte notamment sur la dignité de la personne humaine : « *De la même logique découlant de l'accès des praticiens à l'intimité de la personne, dérive l'interdit des relations sexuelles entre médecins et patients, dont on connaît l'effet dévastateur sur ces derniers*<sup>6</sup> », qui découle lui-même du serment d'Hippocrate<sup>7</sup>. L'interdit hexagonal trouve donc son origine dans le dévoiement de l'accès à l'intimité de la patiente, tandis qu'outre-Atlantique c'est le déséquilibre fondamental de la relation de soin qui le fonde.

L'absence d'analyse ordinale française de la relation médecin/patiente en termes de rapports de pouvoir voire de force est particulièrement éloquente.

Quoi qu'il en soit, cette règle est aussi clairement édictée qu'elle est régulièrement transgressée.

### **Le professionnel de santé – employeur**

Du fait de son champ de compétence, l'AVFT est régulièrement saisie par des femmes qui mettent en cause un employeur qui se trouve également être un professionnel de santé : elles sont secrétaires médicales ou assistantes dentaires dans la plupart des cas. S'additionnent alors la contrainte économique, hiérarchique, l'exercice du pouvoir disciplinaire, un exercice professionnel souvent en binôme, et l'effet de « l'aura » de ce professionnel.

Mme M., assistante dentaire, a retrouvé un emploi après « *deux ans d'inactivité et de régression sociale* ».

*« Cette affaire m'a anéantie (...). Le comportement de mon employeur [chirurgien-dentiste] a commencé à changer vers avril 2009, en ayant des rapprochements très subtils, des frottements, tout en s'excusant, des rapprochements pour avoir le contact. Fin juillet 2009, j'ai été hospitalisée, j'ai subi une intervention chirurgicale en urgence, mon état était tel que même la présence de mes enfants était difficile. De voir arriver à trois reprises mon employeur dans ma chambre m'a à la fois surprise et mise très mal à l'aise. Il me dit que je suis belle, même malade, essaie de m'embrasser, et avec sa main écarte ma nuisette au niveau de ma poitrine et me dit : « vous avez de jolis seins, des seins de petite fille ».*

### **Le médecin enseignant / directeur de thèse**

Mme B, déjà médecin, passe une thèse dans une nouvelle discipline médicale. Elle confie à son directeur de thèse, chef du service, qui la questionne sur sa vie personnelle, les violences conjugales dont elle est victime. Elle a porté plainte contre lui pour plusieurs viols :

*« Cela s'est passé (...) dans la salle des enseignements (...). Puis frénétiquement, il*

---

6 [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

7 Dans sa version originale, modifiée depuis : « *Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire ou corrupteur et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves* » (!).

*m'a déshabillé le bas de mon corps tout en ouvrant la braguette de son pantalon. Puis très rapidement, il m'a pénétrée brutalement. J'étais debout, le dos plaqué contre un mur. Je suis restée sans bouger, les bras ballants, secouées par ces assauts douloureux. Mais très rapidement, il n'arrivait plus à avoir d'érection. Voyant cela, j'ai espéré qu'il s'arrêterait, mais il n'en fût rien. Il s'est excité et a essayé à nouveau sans succès. Je ne comprenais pas qu'il insiste ainsi. Rien dans mes gestes ni dans mes paroles ne pouvaient lui faire croire que j'acceptais cette attitude. Il ne cherchait d'ailleurs aucunement à prendre en considération ma réaction, il ne regardait pas mon visage (...). J'étais comme un pantin sur lequel il s'excitait, pétrifié et sans vie ».*

L'université est un secteur sensible<sup>8</sup> : la relation enseignant/élève, sachant/apprenante est en effet une relation de pouvoir par excellence, surtout lorsque le professionnel de santé qui transmet son savoir et aussi celui qui juge (qui évalue le travail, note) l'élève et détermine au moins en partie son avenir professionnel. La faculté de médecine n'y échappe pas.

## **Le soignant**

Celui-ci bénéficie, dans sa pratique, des facteurs favorisant la commission de violences sexuelles.

### **Une consultation à huis-clos au cabinet ou à domicile**

S'impose bien entendu immédiatement le huis-clos du cabinet médical.

Peu de professions s'exercent dans un tel « espace », confiné, qui est d'abord celui du praticien, par définition abrité des regards extérieurs, secret médical oblige. Les personnes qui jouxtent le cabinet : secrétaire, autres patient.es en salle d'attente, sont des inconnus pour la patiente qui peut d'autant moins les alerter en cas de « problème ». Par ailleurs, nous l'avons vu dans certains « dossiers », les médecins avaient prémédité les agressions, puisqu'ils donnaient systématiquement rendez-vous aux patientes agressées en fin de journée, après le départ du dernier patient et, le cas échéant, de la secrétaire médicale. Les médecins comme les autres agresseurs ne sont pas mus par des « pulsions sexuelles subites » du fait de la proximité avec une patiente, éventuellement déshabillée, comme on a parfois pu l'entendre, puisqu'ils isolent les victimes et créent, au moins pendant un temps, les conditions de leur impunité.

Mme L., victime d'agressions sexuelles commise par son ostéopathe : « (...) il avait enlevé mon soutien-gorge pour me faire un massage. Quand je suis repassée sur le dos, je lui ai demandé si je pouvais le remettre. Il m'a dit : « A 40 ans, il est temps de mettre sa pudeur de côté ». (...) Après, il se tenait derrière moi, il m'a empoigné les seins, m'a masturbée. J'essayais de le raisonner mais il ne m'entendait pas. Crier n'aurait servi à rien, il avait préparé son coup, il n'y avait ni client avant, ni client après ».

---

8 D'où l'existence du CLASCHEs – Collectif de lutte antisexiste contre le harcèlement sexuel dans l'enseignement supérieur

La consultation à domicile peut également favoriser la commission des violences. Les médecins s'accordent généralement pour dire que ce type de consultation apporte énormément d'informations sur l'environnement social et familial des patient.es utiles à leur pratique médicale : « *L'enseignement apporté par une visite est extrêmement positif. Elle permet d'instruire le praticien sur la vie de ses patients (...)* »<sup>9</sup>. Mais ces informations – perception de la qualité de la relation de couple, de la situation socio-économique des patientes – peuvent également s'avérer précieuses pour un médecin mal intentionné dans l'élaboration d'une « stratégie d'agresseur », qui peut notamment passer par la valorisation de la patiente, le renflouement d'un déficit d'estime personnelle – si bien partagé par les femmes ! - et partant la création d'un lien de dépendance.

### **Exploitation de la connaissance que les patientes ont déjà été victimes de violences sexuelles**

Par définition, les médecins ont accès à nombre d'informations sur la vie de leurs patientes, au-delà de leur état de santé et de leurs antécédents médicaux. La garantie apportée par le secret médical crée les conditions de la confiance des patientes à leurs médecins. Les médecins peuvent donc prendre connaissance des violences sexuelles et/ou physiques et/ou psychologiques dont leurs patientes peuvent être ou avoir été victimes. Il n'est d'ailleurs pas normal que nombre de médecins n'aient pas accès à ces informations, tant ces violences impactent la santé de leur patientes. Pour y remédier, de rares médecins engagés plaident pour le questionnement systématique des patientes sur les violences dont elles peuvent avoir été victimes<sup>10</sup>.

Mais autant la connaissance des violences de toute nature auxquelles leurs patientes ont été ou sont exposées est essentielle pour les médecins, autant il peut en être fait un usage tout autre que médical.

Mme J. : « [Mon compagnon] *me quitte (...) et je fais une TS. Je suis hospitalisée. La semaine suivante je subis une agression sexuelle sans pénétration de la part de mon voisin.*

[Mon psychiatre] *me dit que c'est parce que je suis désirable quand je lui explique mon mal être par rapport à cette horreur qui m'a laissée des traces psychiques de peur et de manque de confiance (...) puis il commence à me faire des compliments, que je suis bien foutue, que je suis sensuelle, à me caresser les cheveux* ». S'en suit une relation d'emprise durablement inextricable pour Mme J. qui dit qu'elle était « *ferrée comme un poisson* », qu'il a si bien réussi à lui faire tenir « secret » ce qui se passait dans le cabinet médical que cela « *lui faisait penser à un inceste* ».

---

9 Enquête « visite à domicile » de l'Union Régionale des médecins libéraux d'Ile-de-France

10 Notamment le Dr Gilles Lazimi, médecin généraliste. Voir <http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2012/11/PP-GILLES-LAZIMI.pdf>.

Elle relate aussi qu'il continuait de lui demander de régler la consultation, de telle sorte qu'elle finissait par penser qu'elle payait, la sécurité sociale avec elle, « pour ces abus », et qu'elle le voulait donc bien.

Les médecins qui agressent sont à cet égard des agresseurs comme les autres : ils repèrent, planifient, évaluent les risques, agissent en conséquence. Et peuvent le faire mieux que n'importe qui.

### **Exploitation d'un espoir particulier placé dans le médecin**

La condamnation pour viols par la Cour d'Assises de Paris du Dr Hazout, gynécologue, en février 2014<sup>11</sup>, a mis une nouvelle fois en relief la relation d'autorité existant entre patientes et médecins. L'autorité du Dr Hazout, spécialiste d'infertilité féminine, reposait notamment sur l'espoir que nourrissait ses patientes de tomber enceinte. Les médias l'ont d'ailleurs surnommé « le magicien des bébés ». Le fait que des patientes remettent une grande partie de leur vie et de leurs espoirs entre les mains d'un soignant, particulièrement quand il jouit d'une grande réputation sur le plan professionnel, les contraint à subir de nombreuses consultations alors qu'elles savent qu'elles y seront agressées.

### **Exploitation des carences affectives et/ou d'estime personnelle des patientes**

Une recherche sur Internet (ne serait-ce qu'avec l'expression « médecin ambigu » !) aboutit à plusieurs forum de discussion sur lesquels des femmes confient leurs doutes, le malaise qu'une consultation chez un gynécologue a suscité chez elles, voire des atteintes sexuelles caractérisées.

Sur un forum dédié au témoignage sur la consultation gynécologique, une femme dit : « *Ce n'est que depuis que j'essaye d'avoir un bébé (2 ans et des brouettes) que je me rends compte du côté sorcellerie vaudou de cette science* ».

Sur un autre forum, des internautes échangent autour du thème : « Mon gynéco me drague ».

Une femme témoigne de plusieurs consultations avec un gynécologue pour une IVG. Elle aurait souhaité garder cet enfant, mais la séparation avec son compagnon se heurte à son projet. On comprend donc qu'elle traverse « une zone de turbulence personnelle ». Le gynécologue lui propose une contraception, qu'elle refuse : « *je lui ai dit que je n'en voyais pas l'intérêt car j'ai 35 ans, 3 enfants, je travaille à mon domicile et personne pour me garder mes enfants en cas de sortie donc je pensais que ma vie de femme<sup>12</sup> était terminée* ». Son médecin lui répond qu'il faut qu'elle « *s'ouvre à l'amour* » et qu'elle pourrait bien avoir « *un coup de foudre* » :

---

11 Le Collectif Féministe Contre le Viol était partie civile.

12 Notons au passage qu'est admis comme étant « notre vie de femme » le fait d'avoir des relations sexuelles avec pénétration vaginale, avec des hommes s'entend.



« Bonjour,

*Je suis troublée et je cherche des réponses! Voilà il y a 2 mois je suis aller voir un gynécologue avec mon ex pour me faire avorter (on venait de se séparer et on ne voulait pas garder le bébé). Pendant la consultation il a été doux, gentil et compréhensif mais il a évité de me regarder pendant toute la consultation. Le jour de l'intervention par contre il a semblé très à l'aise, il me regardait, me touchait l'épaule pour me rassurer, me serrait la main longuement, plaisantait et me taquinait, je me suis dit qu'il était vraiment très sympa. Je l'ai ensuite revu 1 mois après pour la visite de contrôle, il a commencé par me taquiner (me traitant de petite peste par exemple) puis on a discuté: il m'a proposé le stérilet comme moyen de contraception et je lui ai dit que je n'en voyais pas l'intérêt car j'ai 35ans, 3 enfants, je travaille à mon domicile et personne pour me garder mes enfants en cas de sortie donc je pensais que ma vie de femme était terminée. Il m'a dit que c'était triste de dire ça, qu'il fallait que je m'ouvre à l'amour car un jour je pouvais à la sortie d'un couloir tomber sur quelqu'un et se serait le coup de foudre, que je pouvais rencontrer un homme de 39 40 ans qui sortait d'une relation difficile, qui n'avait pas d'enfant et qui en voudrait un avec moi (je lui ai dit que j'aurais aimé avoir un 4ème). Quand je suis partie, il m'a appelé par mon prénom et m'a demandé de le tenir au courant à la prochaine visite (pour la pose du stérilet). J'ai été troublée par sa familiarité et par la précision de ses exemples, j'ai eu l'impression qu'il me parlait de lui. Lors de la visite suivante il a commencé par m'appeler par mon diminutif puis il m'a reparlé de notre discussion me disant que cela l'avait tracassé et qu'il avait contacté un ami psychologue pour lui expliquer mon cas, d'après ce que je lui avait dit car il n'avait pas le bonheur de me connaître !...il m'a encore expliqué que je pouvais rencontrer un homme qui m'aimerait. Et il m'a proposé de se voir un jour autour d'un verre pour en reparler, ce que j'ai accepté car il me plaît vraiment. Il a pris mon numéro de téléphone et mon adresse, m'a caressé la joue et depuis 15 jours on passé et pas de nouvelle!! Je ne comprend pas, est ce qu'il attend que j'ai passé ma visite de contrôle? ou s'était un jeux pour lui? Est ce que je suis trop naïve? Je n'arrête pas de ressasser tout ça depuis et plus j'y pense moins je comprends! Alors je vous demande votre aide ».*

Cette femme a raison de demander de l'aide. D'ailleurs les réponses des internautes, y compris un médecin, la mettent à juste titre en garde et l'informent qu'un médecin n'a pas le droit de se comporter ainsi avec elle. Il a ciblé un « point faible », la valorise, crée un besoin, disparaît, de telle sorte qu'il la place en situation d'être en attente et demande. Classique même sans blouse blanche ? Certes. Mais il s'agit déjà d'une technique de manipulation, d'autant plus dangereuse qu'elle est le fait d'un médecin. Il pourra s'en servir si elle décide de le dénoncer.

### **Exploitation d'une période de dépression, de maladie d'un proche, d'un deuil...**

« J'avais 27 ans. Le Dr. B. était mon gynécologue à l'époque depuis que j'avais 19 ans, il avait fait en sorte que je puisse avoir une rendez-vous avec le Dr M., spécialiste urologue qui soignait mon

*père pour un cancer de la prostate. A la suite de cet entretien, j'étais en état de choc puisque je venais d'apprendre la réalité sur la gravité du cancer de mon père. Je sortais du cabinet du Dr M. et j'ai appelé mon gynécologue pour le remercier d'avoir permis cet entretien. [Il] m'a alors dit que je pouvais passer au cabinet pour le remercier (...) il n'y avait personne dans la salle d'attente et la secrétaire avait fini son travail. Le Dr. B. m'a reçue dans son bureau et a fermé la porte du couloir à clés. Il m'a dit qu'il ne voulait pas qu'on soit dérangés (...) Il commence alors à m'avouer qu'il avait envie de moi depuis des années (...) Je lui dis que je suis indisposée. Il met alors une serviette par terre et commence à me déshabiller. Nous nous retrouvons par terre dans le bureau du docteur. Il me fait un doigté vaginal et me met ensuite son sexe dans la bouche (...) Ensuite, le docteur a mis un préservatif et il me pénètre. Je me trouve toujours par terre, allongée et indisposée, je perds beaucoup de sang».*

Mme K. décrit ensuite un mélange de sentiments d'hébétude, de redevabilité vis-à-vis de celui qu'elle continue d'appeler le « docteur » lorsqu'elle relate le viol, d'incompréhension.

### **La confusion volontairement entretenue entre gestes médicaux et agressions sexuelles**

C'est l'une des armes les plus redoutables au service des médecins qui agressent leurs patientes. Elle a un double emploi : elle sert à la fois à embrouiller les patientes, comme *technique* d'agression, et si elles portent plainte, comme argument en faveur de leur innocence.

Pire, dans certains cas c'est parce qu'ils seraient de bons médecins, attentionnés, « doux », que les patientes auraient « confondu ».

Ainsi :

*« Le praticien, qui a été entendu sur le fond de l'affaire en janvier par le juge, conteste formellement ces accusations. « Il explique qu'il est un médecin très doux, très lent », indique son avocat, M<sup>e</sup> Jean Chevais. « Il prend son temps pour ausculter ses patientes. Il fait un examen vraiment complet. Des personnes ont pu assimiler certains gestes à une agression sexuelle. Certaines femmes ont ainsi estimé qu'il effectuait des va-et-vient lorsqu'il les auscultait. Lorsqu'il posait sa main sur leur ventre, certaines prenaient ce geste pour une caresse. Ce n'était pas le cas. C'est une mauvaise interprétation » (Le Parisien, 4 avril 2015).*

Et d'ailleurs, plusieurs patientes, voire de nombreuses patientes peuvent s'être « trompé », au point d'avoir porté plainte ou saisi le Conseil de l'ordre :

*L'avocat précise que deux patientes ont saisi par le passé le Conseil de l'ordre des médecins. « Je l'ai alors assisté et il avait été blanchi. » (ibid).*

Dans ce cas, le fait qu'il y ait eu auparavant d'autres plaignantes – que le Conseil de l'ordre ne leur ait pas donné raison est de notre point de vue insignifiant, nous le verrons plus loin - est utilisé par l'avocat comme un argument à *décharge* de son client.

Il faut bien en effet que les conseils de ces médecins trouvent des parades à l'existence d'autres victimes car étant donné le nombre de patientes que les médecins examinent pendant sa carrière, il est statistiquement probable qu'ils en aient agressé d'autres.

Donc, les femmes se tromperaient. La concordance de leurs récits, de leurs analyses, des conséquences psycho-traumatiques qu'elles subissent, qui sert généralement à densifier un « faisceau d'indices concordants », est ici retournée comme un gant : s'il y a tant de plaignantes, c'est *forcément* parce que ce médecin s'y prenait de manière tellement délicate qu'il ne pouvait s'agir pour elles de gestes strictement médicaux.

Un médecin généraliste du Cher est actuellement poursuivi pour viols aggravés et pour avoir filmé ses « consultations » médicales ([www.leberry.fr](http://www.leberry.fr), 5 décembre 2014).

Il argue de la désertification médicale des campagnes pour expliquer avoir dû pratiquer des examens gynécologiques, ce qui ne lui était d'ailleurs pas reproché<sup>13</sup>, et selon son avocate « *il conteste les accusations de viol, il a expliqué que c'étaient des actes médicaux, des examens gynécologiques. Jamais il n'a voulu les violer, jamais il ne l'a fait* ».

C'est également la défense choisie par des médecins quand il leur est reproché d'avoir masturbé de force des jeunes voire très jeunes patientes, agressions particulièrement perverses et complexes à surmonter car outre l'effraction dans l'intimité sexuelle, elles entraînent une association durable sinon indélébile entre plaisir sexuel, fût-il purement mécanique, et violence. L'abus de pouvoir de l'adulte, doublé ici du médecin, atteint là un de ses paroxysmes.

### **L'instrumentalisation du transfert, des actes sexuels présentés comme consolatoires et nécessaires au soin...**

L'existence d'un « transfert » de la patiente sur le médecin – phénomène conceptualisé par Freud qui n'était pas le dernier des phalocrates – constitue un joker incontournable des psychiatres mis en cause pour avoir commis des violences sexuelles : la patiente était tellement en demande que c'est ne pas répondre à ses sollicitations qui aurait constitué un défaut de soin !

Mme Z, victime de viols commis par un psychiatre :

*« Ayant retrouvé, bien des années plus tard, mes écrits de l'époque, il m'est apparu qu'il avait, dès*

---

13 Peut-être à tort. Certains médecins considèrent qu'une grande partie des touchers vaginaux, acte particulièrement invasif et parfois douloureux, spécialement pour des patientes ayant été victimes de viol, pourraient être évités. Les frottis cervicaux pourraient par exemple être réalisés en auto-prélèvement par les patientes.

*ce jour, évoqué mon « désir inconscient » d'une telle circonstance. En d'autres termes, il a alors prétendu que je désirais inconsciemment ce qu'il me « donnait là ». J'étais en quête d'un « modèle symbolique », un être certes de chair et de sang, mais auquel me référer, me raccrocher, en cette époque de perte de sens. Mais lui a feint, prétendu, prendre au pied de la lettre, une demande informulée d'ACTES ». (Citée par Salmona M.)*

C'est évidemment le moyen de défense le plus utilisé par les psychiatres accusés de violences sexuelles, mais un pédiatre, jugé le 16 juin 2015 par le Tribunal correctionnel d'Angers pour des agressions sexuelles commises sur des petites filles qui étaient ses patientes, s'est également défendu de cette manière en prétendant que c'était de « l'affabulation », « certaines ayant peut-être cherché « à se confier sur un fantasme » ou faire des projections sur lui ». (francetvinfo.fr, 16 juin 2015). Une des quatre parties civiles, devenue majeure<sup>14</sup>, que ses parents avaient emmenée chez le pédiatre quand elle avait huit ans pour des problèmes d'énurésie, témoigne : « Il m'a demandé d'enlever ma culotte. Il m'a dit qu'il allait me mettre de la crème pour me tonifier les muscles à cet endroit-là. Et il m'a masturbée (...) J'étais en état de choc. Je savais que j'avais vécu quelque chose de bizarre et de répugnant, mais je n'avais pas de mots » (ibid).

### **... la projection de violences réellement subies sur un médecin prétendument innocent**

La connaissance que peut avoir le médecin des violences sexuelles déjà subies par sa patiente peut servir à l'agresser à nouveau en maximisant son impunité, mais également servir de moyen de défense en cas de plainte. Ainsi le médecin pourra-t-il expliquer que sa patiente soigne, en portant plainte contre lui, la douleur qu'elle ressent du fait de n'avoir pas porté plainte contre un précédent agresseur.

### **L'utilisation de médicaments**

Les médicaments peuvent être utilisés de deux manières :

- Soit pour droguer les patientes et les endormir pour les agresser sexuellement et les violer
- Soit pour expliquer a posteriori une plainte pour des violences sexuelles. Les atteintes sexuelles dénoncées par les patientes ne seraient alors que les effets secondaires de médicaments psychotropes ayant créé chez elles des hallucinations visuelles et sensitives.

C'est la raison pour laquelle, dans les dossiers ouverts à l'AVFT, les femmes mettent régulièrement en cause des médecins anesthésistes.

---

<sup>14</sup> La loi du 10 mars 2004 a porté à 20 ans après la majorité le délai de prescription des viols sur mineures et agressions sexuelles par personne ayant autorité, pour les victimes d'agissements qui n'étaient pas encore prescrits au moment du vote de la loi.

Mme V. :

*« J'ai vu le Dr C., chirurgien, qui s'est excusé pour son retard et est reparti, laissant la place à l'anesthésiste, le Dr D., lequel a placé une perfusion sur mon poignet droit pour l'anesthésie locale. J'étais donc parfaitement consciente de ce qu'il se passait autour de moi, j'entendais bien, pouvait suivre les conversations. Un champ opératoire a été placé de sorte que je ne puisse pas voir la partie gauche de mon corps. Je ne voyais donc plus du tout le chirurgien. Je pouvais en revanche voir l'anesthésiste, resté à mon côté droit. Tandis que le Dr C. commençait à m'opérer, j'ai senti que le Dr D, invisible derrière le drap pour son confrère, me « caressait » la main droite. A ce moment-là, je me disais que c'était normal, qu'il faisait cela pour me soutenir dans l'opération. Ensuite, j'ai senti qu'il remontait sa main le long de mon bras. Pour vérifier que je ne me faisais pas d'idées, j'ai regardé et j'ai bien constaté que la main du Dr D. était en train de me caresser le bras. Il est remonté jusque dans mon cou. J'étais extrêmement choquée et me sentais coincée compte tenu du fait que j'étais en train d'être opérée, que j'étais venue en totale confiance et que désormais, je me retrouvais comme livrée à ce médecin et dans l'impossibilité physique (ralentissement des gestes) et psychique (sentiment de fatigue) de réagir. Ensuite, il s'est assis sur un siège collé à la table d'opération et a posé ma main sur son sexe par dessus sa blouse. J'ai senti qu'il se servait de ma main pour se caresser le sexe, j'ai clairement senti qu'il appuyait sur ma main posée sur son sexe. J'ai fait un effort pour retirer ma main qui était toute molle et l'ai ramenée le long de mon corps. Mais il a repris ma main, a recommencé à me caresser le bras. L'intervention s'est achevée. Le brancardier m'a remontée à ma chambre. Une infirmière est rentrée et a placé un coussin dans le lit pour que mon bras reste levé et m'a aidée à m'installer et m'a posée une perfusion. L'infirmière est repartie et tout suite après, l'anesthésiste est rentré dans ma chambre et a refermé la porte derrière lui. Il s'est assis sur une chaise à côté de moi avec des papiers à la main. Il m'a demandé comment j'allais. Je lui ai dit que ça allait, que j'étais fatiguée et que j'avais faim. Je lui ai demandé l'heure. Il m'a répondu « 21 heures ». Je savais que le Dr B., gynécologue, travaillait dans cette clinique, c'est lui qui avait suivi ma grossesse et m'avait accouchée. J'ai demandé à l'anesthésiste s'il travaillait toujours là, de manière à lui signifier que je connaissais un de ses confrères et qu'éventuellement, je pourrais me confier à lui. Mais ça a été sans effet : (...) Il a pris ma main et l'a posée sur son sexe et se frottait avec. Il a tiré l'élastique du devant de son pantalon vers le bas et a posé ma main directement sur son sexe. J'étais sidérée. Je voulais l'écrabouiller mais je n'avais aucune force dans la main. Pendant ce temps là, il me caressait le bras, puis a passé sa main sous le « peignoir » qui n'était attaché dans mon dos qu'à un point et a attrapé mon sein droit. (...) J'ai passé une très mauvaise nuit pendant laquelle je n'ai pas fermé l'œil. J'avais très peur qu'il revienne pendant mon sommeil et qu'il profite de moi pendant que je dormais ».*

Mme V. a saisi l'AVFT immédiatement après ces agressions. Je l'ai personnellement accompagnée lors de son rendez-vous post-opératoire avec le chirurgien, à qui elle a relaté ce qui précède. Il a eu pour seule réponse qu'il connaissait très bien son confrère avec qui il travaillait depuis des années, qu'il était au-dessus de tous soupçons, que c'était un très bon anesthésiste, que Mme V. avait probablement eu des hallucinations à cause des produits anesthésiants et, qu'en tout état de cause, il

ne pouvait avoir été témoin de ce qui se passait de l'autre côté du champ opératoire. Fin de la discussion. Il n'a pas exprimé le moindre doute. Tout juste a-t-il concédé que de demander à Mme V. de retirer son soutien-gorge pour écouter les battements de son cœur au stéthoscope – Mme V. lui avait aussi relaté cela - n'était pas absolument indispensable, sans que cela soit de son point de vue répréhensible. Mais il avait entendu Mme V. L'ennui, quand on est directement confronté à la parole des victimes - récits souvent emplis d'émotions, criants de vérité - c'est qu'on « risque » de les croire. Pour le chirurgien, il fallait donc trouver une explication qui le dispense de traiter Mme V. de menteuse. Il ne pouvait en invoquer de meilleure que les effets secondaires de l'anesthésie.

Mme C., quant à elle, a décidé de changer d'anesthésiste après une visite préopératoire pour une opération du genou :

*« Il a commencé par me faire asseoir en face de lui et s'est extasié sur mes beaux yeux. Il m'a parlé de sa fille qui devait avoir à peu près mon âge et qui faisait des études de médecine je crois. Ensuite, je ne sais plus comment ce sujet est venu sur le tapis, il m'a parlé d'un polar qu'il lisait en ce moment (sûrement parce que je devais en avoir un encore à la main en sortant de la salle d'attente). Nous avons fait le questionnaire habituel sur les antécédents familiaux, les miens, ceux de mes parents, les possibles allergies etc. Ensuite il m'a dit qu'après l'opération il aimait bien rassurer les proches et m'a demandé si je souhaitais qu'il prévienne mon ami ou mon mari. Je lui ai dit que je n'en avais pas, il était tout étonné et m'a dit qu'il ne comprenait pas comment une fille comme moi pouvait être célibataire. Enfin nous sommes passés à l'examen physique, j'ai gardé un haut léger à bretelles et j'étais en culotte, il a caressé mes jambes, puis connaissant mes antécédents médicaux et sachant que j'avais une cicatrice au dessus du pubis ressemblant à une cicatrice de césarienne, il m'a demandé de baisser le haut de ma culotte pour la voir, il l'a touchée et il a dit qu'elle était belle et nette. Ensuite il m'a conseillé de m'épiler également sur cette zone, que ce serait plus joli. Il m'a ensuite fait relever mon haut pour voir mon dos, qu'il a caressé également, et m'a fait remarquer que j'avais un petit bouton.*

*Sur le moment, je me suis juste dit « dis donc, il est quand même gonflé ». Ce n'est qu'après que j'ai pris conscience que cette consultation avait été traumatisante, qu'il avait immédiatement visé un point faible et qu'il était potentiellement dangereux. Avant l'opération j'ai appelé la clinique pour changer d'anesthésiste, cela semblait poser un gros problème au secrétariat, on m'a demandé pourquoi, j'ai dit que la consultation avait été assez "particulière" et que je n'avais pas eu un bon contact avec lui. La personne au bout du fil m'a répondu que ce médecin avait un humour particulier et un franc parler et qu'il ne fallait pas se formaliser pour cela. J'ai dû insister en disant qu'il avait eu des propos et des gestes déplacés à mon encontre et que je n'avais aucune envie de me faire endormir par cet homme. A nouveau on m'a répondu que cela poserait problème car à la date d'intervention prévue il était le seul anesthésiste disponible, j'ai donc répondu "pas de problème ! On décale la date de l'opération".*

*Après, au centre de rééducation, j'ai croisé beaucoup d'hommes qui avaient subi la même intervention que moi, je leur ai demandé de me raconter leur rendez-vous avec l'anesthésiste... tous avaient gardé leurs vêtements ».*

## **De la grande difficulté pour les victimes de trouver des médecins pour faire constater leurs blessures ou leurs psycho-traumatismes.**

Cette réalité participe du sentiment d'impunité des médecins qui agressent : ils peuvent parfois compter sur le silence complice de leurs confrères pour compromettre le dévoilement des violences. Or l'un des premiers, sinon le premier interlocuteur des femmes victimes de violences est le médecin.

Une femme secrétaire médicale, qui avait saisi l'AVFT des agressions sexuelles commises à son encontre par son employeur, médecin de campagne exerçant à son domicile, avait eu toutes les peines du monde à faire médicalement constater les blessures qu'il lui avait infligées (notamment brûlures dans le dos parce qu'il l'avait poussée contre la porte brûlante d'un four au moment où elle se rebiffait), dès lors qu'elle révélait l'identité de l'agresseur. Aussi bien le médecin du travail que les autres médecins généralistes de ce département rural avait refusé d'établir un certificat médical, alors qu'ils n'en avaient déontologiquement pas le droit.

Nous observons régulièrement cette conception de la confraternité quand les femmes mettent en cause des professionnels de santé et avons à plusieurs reprises reçu les doléances de femmes victimes de violences conjugales, épouses de médecins, confrontées aux refus des confrères (et consœurs) de leurs maris de leur remettre un certificat médical.

Sans doute s'agit-il d'une interprétation quelque peu extensive de l'article 56-3 du Code de déontologie médicale, qui dispose que « *Les médecins se doivent assistance dans l'adversité* ».

## **De l'inertie des employeurs de ces médecins**

Dans les dossiers ouverts à l'AVFT, nous avons pu observer que les médecins mis en cause travaillaient pour des centres de santé, de rééducation, dans des hôpitaux... Quand ils n'exercent pas en libéral, ces médecins ont donc des employeurs, qui ont souvent gravement failli à leurs obligations. En cela, ils ne diffèrent pas vraiment des employeurs que l'AVFT « croise » dans sa pratique : ils ferment les yeux et protègent l'agresseur.

Pour exemple, le centre de rééducation fonctionnelle de Beaulieu à Rennes, informé par deux victimes des violences sexuelles commises à leur encontre par un rhumatologue sur de patientes mineures, se contente dans un premier temps de ne rien faire. Des années plus tard, auditionné par la police, ce médecin déclare spontanément associer le nom de la plaignante à une lettre dans laquelle elle lui reproche des « *gestes déplacés* ». Il affirme également avoir transmis cette lettre au directeur du centre en ces termes : « (...) *Dans la fondation où je travaillais, j'avais un supérieur hiérarchique, mon référent à la direction générale à Paris. Je l'avais contacté le jour-même de la réception du courrier. Nous avons fait le point sur le contenu. Je lui avais faxé cette lettre. Il avait du prendre contact avec l'avocat de la fondation, Me HA. Elle m'avait conseillé de ne rien faire et*

*j'ai suivi ses conseils. J'avais également montré ce courrier au directeur de l'établissement à Beaulieu ».*

La première réaction des responsables du centre – qui n'ont jamais pris contact avec la victime ni répondu à la lettre qu'elle a envoyée au directeur du centre en cours de procédure – a donc été de consulter une avocate... pour conseiller l'agresseur.

Postérieurement, ce rhumatologue a commis des violences sexuelles sur deux nouvelles patientes. La première agression aurait évidemment justifié qu'il soit licencié sur le champ, mais le centre l'a suspendu pendant un an et, à sa reprise, s'est semble-t-il contenté de lui imposer qu'il soit assisté pendant ses examens médicaux, dispositif dont nous pouvons en plus douter qu'il ait été appliqué tant il est contraignant. Du reste, comment un médecin pourrait-il expliquer à ses patientes et/ou à leurs parents la raison pour laquelle il ne peut se retrouver seul pour une auscultation ou un soin ?

Autre exemple : une jeune femme fréquentait un centre de radiologie parisien. En la positionnant en vue de la radiographie, le radiologue se frottait contre elle en érection et pouvait également lui toucher la poitrine ou les fesses. Elle s'en est immédiatement plainte auprès des assistantes, qui lui ont dit : « il est comme ça, il y a déjà eu des plaintes » et l'ont mise en relation avec d'autres patientes du centre. Rendez-vous pris avec la directrice du centre, celle-ci a confirmé avoir reçu des plaintes à plusieurs reprises mais avoir estimé, « contrairement à cette nouvelle plainte », qu'elles ne pouvaient être sérieuses. Ainsi ce médecin radiologue agressait-il depuis des années ses patientes en toute impunité, puisque sa hiérarchie avait opposé une fin de non-recevoir aux plaintes des patientes.

Dans ces deux cas, l'enquête de police ou les entretiens que les victimes ont eus avec les responsables ont révélé que l'existence de ces violences était sue, parfois depuis longtemps, et tue.

A propos du centre de Beaulieu, un arrêt de condamnation du rhumatologue par la Cour d'appel de Rennes relève : *« l'enquête a permis d'enregistrer d'autres doléances de cette nature. Certaines d'entre elles ont été recueillies par Mmes N et L, qui exercent au centre en qualité de kinésithérapeutes, auprès de qui des jeunes filles étaient venues se plaindre des agissements du prévenu ».*

Nous pourrions multiplier ces exemples à l'envi.

### **De l'inertie du Conseil de l'ordre des médecins**

La loi confère à l'ordre des médecins *« le devoir de veiller au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et au respect, par tous les médecins, des principes du code de déontologie médicale ».*



Ce principe est édicté à l'article L4141-2 du Code de santé publique<sup>15</sup>.

Ce même article dispose que le Conseil de l'ordre assure « *la défense de l'honneur (...) de la profession médicale* ».

Compte tenu du positionnement du Conseil de l'ordre dans quelques « affaires » de violences sexuelles commises par des médecins, il est permis de se demander dans quelle mesure la « *défense de l'honneur* » des médecins mis en cause pour des violences sexuelles ne prime pas sur le « *maintien des principes de moralité et de probité* » dans l'exercice de la médecine.

Le procès pour les viols commis par le Dr Hazout à l'encontre de ses patientes a été le récent révélateur d'un naufrage déontologique et ordinal.

Le 29 octobre 2012, la cour administrative d'appel de Paris avait condamné le conseil départemental de l'ordre en considérant que son "*inertie fautive avait fait perdre toute chance aux patientes d'échapper aux agressions sexuelles du docteur André Hazout*".

En dépit de cette condamnation, le Conseil de l'ordre avait osé se constituer partie civile devant la Cour d'assises de Paris, tentant de camoufler sa responsabilité à l'égard des victimes en se faisant passer lui-même pour victime des agissements du gynécologue. La colère des parties civiles avait (enfin !) abouti, en cours d'audience, au *mea-culpa* du représentant du Conseil de l'ordre : "*Je suis personnellement effondré de voir un dossier comme celui-là. Je ne peux pas comprendre ce qui s'est passé. Ce que je peux vous dire, c'est que depuis 2008, nous avons tout mis en ordre pour que de tels faits ne se reproduisent pas*"<sup>16</sup>.

En tout état de cause, comment un groupe de pairs pourrait-il juger et sanctionner en toute indépendance ?

Comment une corporation pourrait-elle ne pas être... corporatiste ?

Comment ne pas systématiquement suspecter le Conseil de l'ordre de juguler les plaintes, les mettre en sourdine et permettre la déjudiciarisation des fautes des médecins, y compris les plus graves ?

Cette « justice » exorbitante du droit commun ne répond d'ailleurs aucunement aux exigences de procès équitable posées par l'article 6 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme<sup>17</sup>.

Ces critiques ne sont ni nouvelles ni récentes, et concernent d'ailleurs toutes les formes de « justice » ordinale (ordre des avocats compris).

Le Conseil de l'ordre ne peut donc être un organe fiable pour ce qui est de la sanction des médecins qui agressent sexuellement leurs patientes. Son existence ne peut donc pas non plus faire office de

---

15 Cet article concerne également l'ordre des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes

16 <http://prdchroniques.blog.lemonde.fr/2014/02/18/proces-hazout-le-conseil-de-lordre-presente-ses-excuses-aux-plaignantes/>

17 « *L'article 6 est applicable, sur la même base, aux procédures disciplinaires menées devant des organes corporatifs et dans lesquelles le droit de pratiquer une profession se trouve en jeu* », cf. *Guide sur l'article 6, droit à un procès équitable (volet civil)*, publié par la CEDH.

prophylaxie aux violences sexuelles exercées par les médecins.

Cette réalité est à rapprocher des sanctions (ou menaces de) prononcées par certains Conseils départementaux, qui ont pour effet (pour objet?) de juguler et décourager des médecins jugés trop militant.es dans l'établissement de leurs certificats médicaux en matière de violences faites aux femmes. Nous l'observons au cours de notre intervention auprès des victimes : leurs médecins sont de plus en plus nombreux à rechigner lorsqu'il s'agit d'établir un certificat médical, même quand nous leur fournissons des modèles « réglementaires ».

Tous ces éléments forment un terreau favorable à l'abus de pouvoir et donc à la commission de violences sexuelles sur des patientes.

Mais ce constat ne serait pas complet si nous n'évoquions pas le substrat culturel particulièrement misogyne du secteur médical.

En témoigne la présence de fresques pornographiques dans les salles de garde<sup>18</sup>, les efforts déployés par la ronflante « association de préservation du patrimoine des salles de garde » qui cherche à les faire classer pour empêcher leur disparition et l'agressivité qui se déploie à l'encontre de celles qui les dénoncent<sup>19</sup>.

En témoignent également les violences sexuelles commises sous couvert de « bizutage ».

En témoignent encore les justifications<sup>20</sup> apportées par nombre de médecins à la pratique de touchers vaginaux par des étudiants en médecine sur des patientes sous anesthésie générale qui n'y avaient pas préalablement consenti, suite à la publication d'une tribune<sup>21</sup> le dénonçant et qui rappelait à juste titre que ce geste constitue juridiquement un viol. Guy Vallencien, professeur de médecine et membre de l'académie de médecine, a déclaré, à propos des étudiant.es en médecine refusant de « s'entraîner » sur des patientes endormies sans leur consentement, qu'ils étaient des « *mal baisés* »<sup>22</sup>.

Ainsi, pour ces futurs médecins, le message est-il clair : le consentement n'est pas un pré-requis à la pénétration d'une femme.

---

18 Cf. Pornographie, patrimoine culturel hospitalier ?

[http://avft.org/rubrique.phpvar\\_mode=recalcul&id\\_rubrique=84&jour\\_pub=2011-01-28](http://avft.org/rubrique.phpvar_mode=recalcul&id_rubrique=84&jour_pub=2011-01-28)

19 Cf. les messages menaçants et pornographiques adressés par des médecins à Anne-Cécile Mailfert, ex-présidente d'Osez Le Féminisme, qui a d'ailleurs porté plainte pour appels téléphoniques malveillants et injures aggravées parce que commises « à raison du sexe ».

20 Florilège lu dans la presse ou sur des blogs médicaux : « Demander leur consentement constituerait un accès de pudibonderie », « Si on leur demande leur accord, le problème, c'est qu'elles risquent de refuser », « Il faut bien apprendre... », « On ne risque pas de leur faire mal parce qu'elles sont endormies et donc parfaitement détendues », « de toute façon elles n'en sauront rien et ne s'en souviendront pas ».

21 <http://10lunes.com/2015/02/tribune-plus-jamais-de-toucher-vaginal-sur-patientes-endormies-sans-consentement-prealable/>

22 *Les touchers intimes sans consentement ne sont pas réservés aux CHU*, slate.fr, Aude Lorriaux, 26 octobre 2015

## Bibliographie

Henrion R., *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé*, La documentation française, février 2001

Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002, p.192 et 193

Pelloux P., Soussy A., Fontanel M., *Définition d'un protocole national pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des femmes victimes de violences*, juillet 2014,

<http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2014/11/Rapport-Protocole-violences-femmes.pdf>

Pelloux P., *Le silence du sexisme*, La règle du jeu, 20 avril 2011,

<http://laregledujeu.org/pelloux/2011/04/20/le-silence-du-sexisme/>

Rorh, C., *Le cri et le silence*, XO, 2013

Salmona M., *Le livre noir des violences sexuelles*, Dunod, 2013.