

# Les violences sexuelles dans le domaine des soins de santé

Evelyne Josse

2019

---

*Chargée de cours à l'Université de Lorraine (Metz)*  
*Psychologue, psychothérapeute (EMDR, hypnose, thérapie brève), psychotraumatologue*  
[www.resilience-psy.com](http://www.resilience-psy.com)

Des professionnels de la santé se rendent coupables d'attouchements et de viols sur leurs patientes dans le but de satisfaire leurs propres pulsions sexuelles et leur désir de domination. D'autres perpètrent de force des vérifications de virginité, des avortements et des stérilisations à l'instigation des agents de l'État. D'autres encore pratiquent des mutilations sexuelles au nom de la tradition ou du plaisir du conjoint.

## Les abus sexuels

Des médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, massothérapeutes, psychothérapeutes, etc., profitent de leur position d'autorité pour assouvir leurs propres besoins, plaçant leur plaisir et leur intérêt au-dessus de ceux de leurs patients. Selon les études, près de 90% des inconduites sexuelles sont commises par des professionnels masculins sur des victimes de sexe féminin<sup>1</sup>.

Le consentement éclairé à des relations sexuelles dans le cadre d'une relation thérapeutique est douteux. En effet, ce type de relation se caractérise par une inégalité de statut entre le professionnel et la patiente. Amorcer et poursuivre un traitement de soins de santé physique ou mentale suppose que la patiente place ses espoirs de guérison ou de mieux-être en la personne de l'intervenant. Elle lui reconnaît un savoir dont elle-même est dépourvue et s'en remet à son expertise. Elle lui accorde ainsi le contrôle et la direction de la cure et accepte de sa part des comportements qu'elle refuserait dans d'autres contextes. Placé de fait dans une position de pouvoir, le professionnel possède la capacité d'abuser de sa confiance pour l'influencer et la soumettre. Par exemple, profitant de l'intimité corporelle impliquée par les soins de santé physique, il peut prétendre que les gestes à caractère sexuel sont nécessités par

---

<sup>1</sup> Gartrell N., Milliken N., Goodson W.H., Thiemann S., Lo B., (1992), *Physician-Patient Sexual Contact. Prevalence and Problems*, The Western Journal of Medicine, August 1992, N°157 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1011231/?page=1>, Gonsiorek J. C. (1995), *Breach of Trust, Sexual Exploitation by Health Care Professionals and Clergy*, Thousand Oaks, Sage Publications ; Ponton A.-M., Bélanger H. (1994), *L'inconduite sexuelle : feux rouges*, Le Médecin du Québec, Montréal, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ; Association québécoise Plaidoyer-Victimes (2009), *Les rapprochements sexuels entre professionnels de la santé et clients*, [http://www.aqpv.ca/files/Rapport\\_recherche.pdf](http://www.aqpv.ca/files/Rapport_recherche.pdf).

l'investigation diagnostique ou le traitement thérapeutique. Dans les cas extrêmes, il exerce son emprise morale pour obtenir des services sexuels et s'assurer de son silence.

Dans le contexte des soins de santé mentale, les échanges personnels et les confidences intimes échelonnés sur une longue période instaurent un climat d'intimité relationnelle. Dans ce cadre, il est fréquent que la patiente s'éprenne de son thérapeute. C'est ce que l'on appelle le transfert amoureux. Pour le professionnel indélicat, il est aisé d'utiliser ce transfert pour satisfaire ses propres pulsions sexuelles. Des thérapeutes abusent également de la vulnérabilité de leurs patientes en exploitant les informations recueillies au cours des entretiens. Par exemple, ils profitent de leur besoin de réconfort pour les séduire lorsqu'elles traversent une période de troubles conjugaux. Même s'ils ne nourrissent pas d'intentions malveillantes à l'égard de leurs victimes, les psychothérapeutes, psychologues et psychiatres ne peuvent ignorer qu'une relation amoureuse ou sexuelle risque d'être psychologiquement dommageable pour les patientes et qu'elles contreviennent au code éthique de leur profession.

Les travailleurs de la santé peuvent perpétrer leurs méfaits sur le lieu de leurs activités professionnelles (cabinet privé, centre de santé, structure hospitalière, etc.) ou partout ailleurs. L'inconduite sexuelle tient au déséquilibre de pouvoir inhérent à la relation thérapeutique ainsi qu'à la vulnérabilité des patientes. Tant que ces éléments sont présents, la relation professionnelle existe ; elle peut donc se poursuivre au-delà du lieu de travail et de la période de traitement proprement dit.

## **Les mutilations sexuelles**

Dans certaines régions, en raison de la conscience accrue des conséquences dommageables des mutilations sexuelles<sup>2</sup> sur la santé, les parents sont de plus en plus nombreux à en confier l'intervention à des professionnels de la santé pratiquant dans des dispensaires publics, des centres privés, à domicile ou en d'autres lieux. Par exemple, en Égypte, plus de la moitié des excisions seraient pratiquées par des médecins ou des infirmières<sup>3</sup>.

La médicalisation des mutilations permet de modérer les douleurs et de réduire les risques immédiats tels que les hémorragies et les infections. Toutefois, elle ne protège pas des complications sexuelles, psychologiques et obstétricales futures. Ces interventions commises sans nécessité médicale constituent une violation des droits fondamentaux des personnes (droit à la non-discrimination pour des raisons de sexe, droit d'être à l'abri de la torture et autres traitements cruels, inhumains ou dégradants, droits de l'enfant, etc.)<sup>4</sup>, de l'éthique médicale et dans de nombreux pays, de la loi. Dans les pays occidentaux qui accueillent des migrants, des réfugiés et des demandeurs

---

<sup>2</sup> Pour plus d'information, voir l'article de l'auteur. Josse E. (2013), Les mutilations sexuelles féminines, de quoi parle-t-on ?, <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article89>

<sup>3</sup> IRIN (2005), *Corps meurtris, rêves brisés : la violence à l'égard des femmes mise à jour*, Chapitre 4 : La mutilation génitale féminine, [www.irinnews.org/pdf/bbf/4IRIN-Duo-French.pdf](http://www.irinnews.org/pdf/bbf/4IRIN-Duo-French.pdf)

<sup>4</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2010), *Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines*, WHO/RHR/10.9, Genève, [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_RHR\\_10.9\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_10.9_fre.pdf) ; IRIN (2005), *Corps meurtris, rêves brisés : la violence à l'égard des femmes mise à jour*, Chapitre 4 : La mutilation génitale féminine, [www.irinnews.org/pdf/bbf/4IRIN-Duo-French.pdf](http://www.irinnews.org/pdf/bbf/4IRIN-Duo-French.pdf)

d'asile, elles sont parfois pratiquées clandestinement par des médecins peu soucieux de respecter les législations en vigueur.

Le personnel médical accepte de commettre ces interventions pour diverses raisons : il partage la culture des patientes et considère ces pratiques comme admises culturellement ; il estime contribuer ainsi à la réduction des complications graves ; il est motivé par l'appât du gain ; etc.

La médicalisation des mutilations ne peut que renforcer la légitimité de ces traditions néfastes. En effet, le sérieux généralement reconnu au corps médical et le haut degré de respectabilité dont il jouit laissent penser que les interventions pratiquées sont sans danger, voire bénéfiques à la santé.

**La réinfibulation post-partum.** Dans les régions où sont pratiquées les excisions pharaoniques mais également dans les pays d'Europe et d'Amérique du Nord accueillant des populations immigrées, des médecins accomplissent des réinfibulations post-partum. Cette opération reproduit l'infibulation initiale dont elle recrée les problèmes gynécologiques, sexuels et génésiques. Elle est contraire à l'éthique médicale et contrevient, en Occident, aux lois nationales. Même si elle est demandée par la patiente elle-même, elle doit être considérée comme une violence. En effet, la victime n'a souvent d'autre choix que de se plier aux exigences de sa famille et de sa culture.

**Les examens gynécologiques forcés.** Tant dans les cultures d'honneur que dans les pays d'immigration, des médecins gynécologues acceptent de contrôler la virginité des filles et des femmes. A la demande de leur famille, de futures épouses se soumettent à un test prénuptial dans le but d'obtenir un certificat prouvant leur virginité.

Dans certains pays où règne la Charia, par exemple en Arabie Saoudite, des patrouilles de la police religieuse parcourent les rues, arrêtent les femmes qu'ils jugent en infraction aux mœurs, les incarcèrent et les soumettent parfois à une vérification de leur virginité.

**La reconstruction de l'hymen.** Dans les cultures d'honneur, des adolescentes et des jeunes femmes se font recréer une virginité avant le mariage en recourant à l'hyménoplastie, une chirurgie reconstructrice de l'hymen. Face à la souffrance des patientes et le risque qu'elles encourent d'être maltraitées, répudiées, voire tuées, des médecins acceptent de pratiquer cette opération. De ce fait, ils contribuent ainsi à perpétuer des idées machistes (l'honneur des filles réside dans leur virginité) à l'origine de nombreuses violences sexospécifiques.

**Le point du mari**<sup>5</sup>. Lors de la suture d'un périnée déchiré ou d'une épisiotomie, des médecins occidentaux peu scrupuleux réalisent un point supplémentaire dans le but de resserrer l'entrée du vagin. Ce point en sus de ceux nécessaires à la réparation des tissus constitue une mutilation sexuelle. Cette pratique, heureusement rare, a pour but d'augmenter le plaisir sexuel du conjoint, sans que celui-ci n'en ait formulé la demande, sans que la parturiente soit correctement informée des conséquences, voire même en l'absence de son consentement. Le tissu cicatriciel n'étant pas élastique, la pénétration est rendue douloureuse.

---

<sup>5</sup> Locution que l'on doit à Agnès Ledig, sage-femme <http://www.isabelle-alonso.com/le-point-du-mari/>

## **Fœticides féminins, avortements et stérilisations forcés**

Dans les pays où la primauté est accordée à l'enfant mâle, des professionnels de la santé mettent leur science au service des couples qui désirent ne procréer que des garçons. Ils déterminent le sexe de l'enfant par échographie ou amniocentèse et procèdent aux avortements des fœtus féminins. En Inde, par exemple, il est possible de déterminer le sexe du fœtus dans des cliniques privées. Des cliniques mobiles circulent dans les provinces reculées où la préférence pour le sexe masculin reste très marquée. Grâce à l'e-commerce, des tests ADN réalisés aux États-Unis sont disponibles aux quatre coins du monde et permettent aux parturientes de connaître précocement, depuis leur domicile, le sexe de l'embryon (vers la dixième semaine). En Inde, la sélection prénatale serait annuellement à l'origine de plus 11 millions d'avortements<sup>6</sup>. Jugées responsables de priver leur époux d'un fils, les femmes sont souvent déconsidérées et victimes de maltraitements ou de rejet. C'est donc sous la pression familiale et culturelle qu'elles subissent les interruptions de grossesse de fœtus féminins et non par choix librement consenti.

**Les avortements et stérilisations forcés.** Afin de limiter la croissance de sa population le gouvernement de la République populaire de Chine a amorcé en 1971 un programme de planification familiale<sup>7</sup> appelé « wan-xi-shao »<sup>8</sup>, « mariage tardif, naissances distancées et peu nombreuses ». L'année 1979 marque un durcissement de la politique démographique étatique et en 1983, des mesures coercitives sont prises : insertion de stérilet pour les mères d'un enfant, stérilisation de l'un des deux parents de plus d'un enfant et avortement des grossesses illégales<sup>9</sup>, toutes mesures exécutées par le corps médical à l'instigation des autorités administratives.

Quoique les règles se soient légèrement assouplies depuis 1995 et malgré le déni des hauts responsables chinois, des avortements forcés, parfois tardifs (dans le second, voire le dernier trimestre), des fœticides (par injection de produit létal dans la fontanelle du nourrisson au moment de la naissance) et des stérilisations contraintes sont encore signalés de nos jours dans les régions rurales<sup>10</sup>. Des cadres zélés de la planification des naissances recourent à ces exactions pour respecter les quotas imposés par la politique nationale. Ces abus graves persistent mais s'ils sont, semble-il, plus rares que dans les années 1980 et 1990.

Cette politique du contrôle des naissances et de l'enfant unique a renforcé la préférence ancestrale pour l'enfant mâle. L'absence d'un système de retraite et de protection sociale couplée au fait que les filles quittent leur famille lorsqu'elles se marient poussent les

---

<sup>6</sup> Comité ONG de la Condition de la Femme (2007), *Le droit de vivre des filles. Fœticide Féminin et Infanticide de Filles*, Conférence des ONG ayant des relations consultatives avec les Nations Unies (CONGO), Genève, [http://www.ifuw.org/advocacy/reports/2007-girls\\_infanticide\\_FR.pdf](http://www.ifuw.org/advocacy/reports/2007-girls_infanticide_FR.pdf)

<sup>7</sup> Pour plus d'information, lire l'article de l'auteur Josse E. (2015). La politique de l'enfant unique en Chine. Violence faite aux enfants et aux femmes, <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article259>

<sup>8</sup> Littéralement « tard- espacé-peu ».

<sup>9</sup> C'est-à-dire survenant sans une autorisation délivrée par les autorités.

<sup>10</sup> Mosher W. S. (1994), *A Mother's ordeal: one woman's fight against China's one-child policy*, Harper Perennial ; Immigration and Refugee Board of Canada (2007), *Chine : information indiquant si l'avortement ou la stérilisation forcés sont encore pratiqués; information sur la fréquence des avortements ou des stérilisations forcés et les endroits où ils sont pratiqués; cas de stérilisations forcées effectuées sur des hommes (2005-2007)*, CHN102495.EF [http://www.unhcr.org/refworld/country\\_IRBC\\_CHN\\_46c403ce14.0.html](http://www.unhcr.org/refworld/country_IRBC_CHN_46c403ce14.0.html) ; US Department of State (2007), *Country Reports on Human Rights Practices for 2006*, Bureau of Democracy, Human Rights, and Labor 2006, <http://www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2006/78771.htm>

parents à favoriser la naissance de garçons censés assurer leurs vieux jours. Depuis le début des années 1980, les avortements de fœtus féminins (en particulier, depuis l'utilisation massive, dès 1983, des appareils à ultrasons permettant de déterminer le sexe du fœtus), les fémicides à la naissance (surtout au début des années 1980 avant que la détection du sexe in-utero ne soit possible), la négligence grave et l'abandon des fillettes (qui constitue un « fémicide déplacé », le taux de mortalité dans les orphelinats étant de 90%<sup>11</sup>) ont connu un essor sans précédent. Ces pratiques sont responsables d'un déséquilibre entre les sexes. Le sex ratio national est actuellement de 1,19 individu mâle pour un individu de sexe féminin et dépasse 1,30 dans certaines provinces<sup>12</sup>. Ce déficit en femmes entraîne déjà une augmentation de la traite et du trafic d'êtres humains (vente de femmes à des chinois célibataires et à des réseaux de prostitution). Cette situation risque de s'aggraver dramatiquement dans le futur. En effet, en 2020, 24 millions d'hommes pourraient ne pas trouver d'épouse. Le programme étatique de la planification des naissances a également d'autres conséquences sociales telles que le déséquilibre de la pyramide des âges, l'inexistence légale d'enfants (enfants surnuméraires non déclarés à l'état civil), etc.

Les femmes sont les premières victimes des mesures de la planification démographique. En effet, elles subissent les avortements et assument sans surprise 90% de la contraception. Elles sont aussi les principales victimes des stérilisations, en particulier lorsqu'elles sont forcées. Bien que la vasectomie soit une opération plus simple et moins risquée que la ligature des trompes, les époux refusent généralement cette intervention assimilée à une perte de force vitale et de libido, regrettable pour une femme mais inacceptable pour un homme. Les avortements, parfois répétés et tardifs, comportent des risques pour la santé, voire pour la vie des parturientes. En outre, les femmes dépourvues de fils, sont discriminées, maltraitées voire abandonnées par leur mari et leur belle-famille, en particulier dans le monde rural.

Les Nations Unies rapportent des cas de stérilisation contrainte pratiquées en Europe<sup>13</sup> sur des filles et des femmes Roms ainsi qu'aux États-Unis et au Canada sur les populations autochtones<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> Rocha P. (2006), *La politique de l'enfant unique en République Populaire de Chine*, Département d'Histoire Economique et Sociale, Faculté SES, Université de Genève, p.90, [http://www.sinoptic.ch/textes/recherche/2006/200608\\_Rocha.Pascal\\_memoire.pdf](http://www.sinoptic.ch/textes/recherche/2006/200608_Rocha.Pascal_memoire.pdf)

<sup>12</sup> A titre de comparaison, le sex ratio est d'environ 1,05 en Amérique du Nord et en Europe. Voir le site de NationMaster.com, People Statistics > Sex ratio > Total population by country, [http://www.nationmaster.com/graph/peo\\_sex\\_rat\\_tot\\_pop-people-sex-ratio-total-population](http://www.nationmaster.com/graph/peo_sex_rat_tot_pop-people-sex-ratio-total-population)

<sup>13</sup> Conseil de l'Europe, *Final Report by Mr Alvaro Gil-Robles, Commissioner For Human Rights, on The Human Rights Situation Of The Roma, Sinti And Travellers In Europe, For The Attention Of The Committee Of Ministers And The Parliamentary Assembly*, CommDH(2006)1, p.71–74, Bureau du Commissaire aux Droits de l'Homme, <http://dev.eurac.edu:8085/mugs2/do/blob.pdf?type=pdf&serial=1141403845896>

<sup>14</sup> Nations Unies (2006), *Mettre fin à la violence contre les femmes. De la parole aux actes, Etude du Secrétaire général Nations Unies*, <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/publications/French%20Study.pdf>; Amnesty International (2004), *Stolen Sisters: Discrimination and Violence Against Indigenous Women in Canada. A Summary of Amnesty International's Concerns*, London, <http://www.amnesty.org/en/library/asset/AMR20/001/2004/en/48f05a31-d589-11dd-bb24-1fb85fe8fa05/amr200012004en.pdf>

## Bibliographie

Association québécoise Plaidoyer-Victimes (2009), *Les rapprochements sexuels entre professionnels de la santé et clients*, [http://www.aqpv.ca/files/Rapport\\_recherche.pdf](http://www.aqpv.ca/files/Rapport_recherche.pdf).

Comité ONG de la Condition de la Femme (2007), *Le droit de vivre des filles. Foeticide Féminin et Infanticide de Filles*, Conférence des ONG ayant des relations consultatives avec les Nations Unies (CONGO), Genève, [http://www.ifuw.org/advocacy/reports/2007-girls\\_infanticide\\_FR.pdf](http://www.ifuw.org/advocacy/reports/2007-girls_infanticide_FR.pdf)

Gartrell N., Milliken N., Goodson W.H., Thiemann S., Lo B., (1992), *Physician-Patient Sexual Contact. Prevalence and Problems*, The Western Journal of Medicine, August 1992, N°157 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1011231/?page=1>

Gonsiorek J. C. (1995), *Breach of Trust, Sexual Exploitation by Health Care Professionals and Clergy*, Thousand Oaks, Sage Publications

Immigration and Refugee Board of Canada (2007), *Chine : information indiquant si l'avortement ou la stérilisation forcés sont encore pratiqués; information sur la fréquence des avortements ou des stérilisations forcés et les endroits où ils sont pratiqués; cas de stérilisations forcées effectuées sur des hommes (2005-2007)*, CHN102495.EF <http://www.unhcr.org/refworld/country,,IRBC,,CHN,,46c403ce14,0.html>

IRIN (2005), *Corps meurtris, rêves brisés : la violence à l'égard des femmes mise à jour, Chapitre 4 : La mutilation génitale féminine*, [www.irinnews.org/pdf/bbf/4IRIN-Duo-French.pdf](http://www.irinnews.org/pdf/bbf/4IRIN-Duo-French.pdf)

Josse E. (2003), *Les violences sexuelles. Guide de prise en charge psychosociale*, Médecins Sans Frontières–Belgique. Document interne.

Josse E. (2006), *Accueillir et soutenir les victimes de violences sexuelles. Approche orientée vers la solution*, <http://www.resilience-psy.com>

Josse E. (2007), *Déceler les violences sexuelles faites aux femmes*, <http://www.resilience-psy.com>

Josse E. (2007), *Déceler les violences sexuelles faites aux enfants*, <http://www.resilience-psy.com>

Josse E. (2007), *Les violences sexospécifiques à l'égard des enfants*, <http://www.resilience-psy.com>

Josse E. (2007), *Causes et facteurs de risque des violences sexospécifiques et sexuelles exercées contre les enfants*, <http://www.resilience-psy.com>

Josse E. (2007), *Violences sexuelles et conflits armés en Afrique*, [www.resilience-psy.com](http://www.resilience-psy.com)

Josse E. (2007), *Les violences sexuelles. Définitions d'un concept multiforme*, <http://www.resilience-psy.com>

Josse, É. (2007). *Le pouvoir des histoires thérapeutiques*. L'hypnose éricksonienne dans la guérison des traumatismes psychiques. Paris : La Méridienne/Desclée De Brouwer.

Josse, É. & Dubois, V. (2009). *Interventions en santé mentale dans les violences de masse*. Bruxelles : De Boeck.

Josse, É. (2011). *Le traumatisme psychique chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent*. De Boeck, coll. Le Point sur : Bruxelles.

Josse E. (2011), Enfants handicapés et abus sexuels, <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article65>

Josse E. (2011), Enfants handicapés et maltraitements dans les familles et institutions, <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article66>

Josse E. (2013), Les mutilations sexuelles féminines, de quoi parle-t-on ?, <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article89>

Josse, É. (2016). Les scénarii réparateurs des mnésies traumatiques par hypnose et EMDR, in *Psychothérapies de la dissociation*, sous la dir. de Smith, J., Paris : Dunod.

Josse, É. (2017). Histoire du psychotraumatisme, in *Pratique de la psychothérapie EMDR*, ouvrage collectif sous la dir. De Tarquinio, C., Paris : Dunod.

Josse, É. (2017). Conception classique du psychotraumatisme, in *Pratique de la psychothérapie EMDR*, ouvrage collectif sous la dir. De Tarquinio, C., Paris : Dunod.

Josse, É. (2017). Le traumatisme complexe, in *Pratique de la psychothérapie EMDR*, ouvrage collectif sous la dir. De Tarquinio, C., Paris : Dunod

Josse, É. (2017). *Les traumatismes psychiques chez le nourrisson et l'enfant en bas-âge*, in *Aide-mémoire – Psychiatrie et psychopathologie périnatales en 51 notions*, sous la dir. de Bayle B., Paris : Dunod.

Josse, É. & Maes, J.-C. (2018). *Se protéger du radicalisme*. Couleur livres : Bruxelles

Josse, É. (2<sup>ème</sup> ed. 2019). *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. De Boeck, coll. Le Point sur : Bruxelles.

Mosher W. S. (1994), *A Mother's ordeal: one woman's fight against China's one-child policy*, Harper Perennial

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2010), *Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines*, WHO/RHR/10.9, Genève, [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_RHR\\_10.9\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_10.9_fre.pdf)

Ponton A.-M., Bélanger H. (1994), *L'inconduite sexuelle : feux rouges*, Le Médecin du Québec, Montréal, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

US Department of State (2007), *Country Reports on Human Rights Practices for 2006*, Bureau of Democracy, Human Rights, and Labor 2006,  
<http://www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2006/78771.htm>