

DES INÉGALITÉS DE SANTÉ LIÉES AU GENRE EN PARTIE FONDÉES SUR DES STÉRÉOTYPES DE GENRE EN DROIT DE LA SANTÉ

[Marie Mesnil](#)

Presses de Sciences Po | « [Les Tribunes de la santé](#) »

2014/3 n° 44 | pages 35 à 42

ISSN 1765-8888

DOI 10.3917/seve.044.0035

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2014-3-page-35.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po.

© Presses de Sciences Po. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

LES FEMMES ET LA SANTÉ

Des inégalités de santé liées au genre en partie fondées sur des stéréotypes de genre en droit de la santé

Marie Mesnil

L'étude des normes du droit de la santé au prisme du genre met en exergue les stéréotypes de genre qui sont sous-jacents. Si de récentes évolutions législatives et jurisprudentielles contribuent à l'égalité réelle entre les femmes et les hommes (pour reprendre le titre de la loi du 4 août 2014), il reste encore de nettes marges d'amélioration.

DES INÉGALITÉS DE SANTÉ LIÉES AU GENRE...

Les inégalités de santé liées au genre désignent les différences qui existent en matière de santé entre les femmes et les hommes en tant que groupes. L'expression est calquée sur celle d'inégalités sociales de santé^{1*}, même si le terme d'inégalités n'est pas évident pour certains auteurs dans la mesure où ce sont les hommes qui, en position dominante socialement, ont de moins bons indicateurs de santé². Les causes de certaines inégalités de santé liées au genre peuvent trouver à s'expliquer du fait de comportements sociaux différenciés selon les sexes : par exemple, les morts violentes par accidents des transports ou encore les cancers du poumon, qui concernent davantage les hommes, peuvent se comprendre par la socialisation différente entre les hommes et les femmes et par la suite, respectivement, par leurs comportements sur la route³ et en matière de consommation de tabac⁴. De manière générale, en France, les femmes ont, en 2013, à la naissance, presque sept ans d'espérance de vie de plus que les hommes alors que paradoxalement les femmes sont plus nombreuses à se déclarer en moins bonne santé que les hommes. En outre, il est important de garder à l'esprit qu'il existe une grande hétérogénéité au sein des groupes « femmes » et « hommes » et que d'autres facteurs sont responsables des inégalités sociales de santé en plus du sexe comme l'éducation, l'emploi, le niveau de revenus ou encore l'origine ethnique⁵.

*L'importance de la bibliographie et des notes de cet article nous conduisent à les reporter exceptionnellement en fin de texte.

...AUX STÉRÉOTYPES DE GENRE EN DROIT DE LA SANTÉ

Néanmoins, ce n'est pas tant dans le domaine de la santé qu'au niveau de la société qu'il faut agir pour changer les représentations sociales des rôles des hommes et des femmes et ainsi lutter contre les inégalités de santé liées au genre. Dans cette optique, nous nous intéressons au rôle joué par les stéréotypes de genre en droit de la santé dans l'existence d'inégalités de santé liées au genre. En effet, nous pensons que les inégalités de santé liées au genre sont en partie générées par les stéréotypes de genre qui existent en droit de la santé.

Pour identifier les stéréotypes de genre dans les corpus juridiques du droit français en matière de santé, nous avons d'abord cherché à identifier les normes qui s'adressaient spécifiquement aux femmes. En effet, le champ juridique français est marqué par l'universalisme de ces normes : autrement dit, les destinataires des règles juridiques sont indifférenciés et il peut alors paraître d'autant plus intéressant de chercher à comprendre dans quels domaines et à quelles fins les femmes apparaissent comme des sujets spécifiques de ces normes. De manière générale, il faut garder à l'esprit que les discriminations, notamment liées au sexe, sont interdites⁶. Dans le champ de la santé, l'égalité d'accès aux soins est posée comme principe par l'article L. 1110-1 du code de la santé publique qui vise à « garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé », tandis que l'article L. 1110-3 explicite le fait qu'« aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins ». Alors qu'en droit, l'universalisme des règles est important, au contraire, en épidémiologie, il est commun de raisonner en termes de population définie selon certains critères, tels que le sexe. Toutefois, les biais de genre en santé ne sont pas toujours suffisamment pris en compte au niveau de l'analyse et il serait intéressant qu'ils fassent l'objet d'une intégration constante, même lorsqu'il s'agit davantage d'étudier d'autres aspects comme les inégalités sociales de santé.

Nous allons identifier les normes particulières aux femmes en droit de la santé afin de mettre en exergue dans quelle logique les femmes apparaissent spécifiquement dans le champ du droit de la santé.

DES FEMMES, USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les femmes sont bien entendu destinataires, au même titre que les hommes, des normes générales et abstraites telles que le droit fondamental à la protection de la santé, qui est reconnu « au bénéfice de toute personne⁷ », et les droits généraux reconnus aux usagers du système de santé. Ces normes sont indifférentes au sexe et relèvent de l'abstraction propre à la légistique.

Des femmes enceintes (trop) protégées

Au contraire, les femmes peuvent être les destinataires privilégiées ou exclusives de certaines normes. Elles peuvent alors faire l'objet d'une désignation explicite, comme c'est le cas en matière de recherches biomédicales⁸, de campagnes de prévention et d'information sur la consommation d'alcool⁹, d'interruption volontaire de grossesse¹⁰ ou encore de protection et promotion de la santé maternelle et infantile¹¹. Il apparaît alors frappant de constater que les femmes sont nommées en droit de la santé uniquement lorsqu'elles sont considérées en rapport avec leur capacité reproductive. Ainsi, des campagnes spécifiques sur le syndrome d'alcoolisation fœtale sont prévues pour inciter les femmes enceintes à ne pas consommer d'alcool¹². De la même manière, les conditions dans lesquelles peuvent être réalisées des recherches médicales sont plus strictes lorsque ce sont « les femmes enceintes, les parturientes et les mères qui allaitent » qui sont concernées : le bénéfice escompté doit être suffisamment important pour justifier le risque prévisible encouru ou alors aucune autre recherche d'une efficacité comparable ne peut être menée sur une autre catégorie de la population pour atteindre un tel bénéfice¹³. Ces dispositions spécifiques aux femmes sont des mesures de protection visant à assurer la santé des femmes enceintes et en particulier celle de l'enfant à naître. Concernant les recherches biomédicales, le régime protecteur des femmes enceintes pourrait être à l'origine d'une exclusion des femmes des essais cliniques des médicaments¹⁴. Quoi qu'il en soit, en absence de mesures volontaristes imposant la participation d'animaux femelles et de femmes¹⁵, les recherches sont menées sur des animaux mâles puis des hommes exclusivement, privant les femmes des bénéfices de tels essais¹⁶.

Des femmes (pas assez) libérées de la grossesse

Les autres dispositions qui s'adressent spécifiquement aux femmes, en rapport avec la reproduction, relèvent d'une autre logique que la protection : ce sont en effet les normes introduites à la suite de mobilisations et qui traduisent la reconnaissance de droits aux femmes en matière de procréation. C'est d'ailleurs pour introduire cette dimension que la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes a renommé la deuxième partie du code de la santé publique « Santé reproductive, droits de la femme et protection de la santé de l'enfant » à la place de la formulation précédente, datée, « Santé de la famille, de la mère et de l'enfant »¹⁷. Depuis son introduction en 1975, l'IVG a fait l'objet de nombreuses réformes qui tendent à consacrer l'existence d'un droit des femmes à avorter : c'est d'ailleurs en ce sens que la loi du 4 août 2014 a modifié la formulation initiale de l'actuel

article L. 2212-1 du code de la santé publique¹⁸ pour y faire disparaître la notion de situation de détresse¹⁹. Le Conseil constitutionnel, à qui le texte a été déféré par soixante sénateurs et soixante députés, a jugé cette modification conforme à la Constitution dans la mesure où, depuis l'arrêt rendu par le Conseil d'État en 1980²⁰, il était établi qu'il revenait à « la femme le soin d'apprécier seule si elle se trouve dans cette situation²¹ » de détresse.

Les dispositions relatives aux actes médicaux qui mettent en œuvre des droits en matière de reproduction sont singulières au regard de celles qui concernent les actes médicaux thérapeutiques. En absence de nécessité thérapeutique, ce type d'actes médicaux – tout comme les actes de chirurgie esthétique – voient les dispositions relatives à l'information et au consentement renforcées²². Par exemple, en matière d'IVG, l'information porte sur les méthodes, risques et effets secondaires²³ mais elle est aussi détaillée dans un dossier-guide²⁴ et une consultation préalable sous forme d'entretien est toujours obligatoire pour les mineures²⁵. En outre, un délai de réflexion d'une semaine doit, autant que possible, être respecté entre la demande d'IVG et la confirmation écrite renouvelant cette volonté²⁶. En matière de stérilisation à visée contraceptive, le délai de réflexion après la première consultation médicale est porté à quatre mois et la demande doit être motivée²⁷. Le formalisme de ces dispositions peut être vu comme une modalité de protection du consentement mais également comme un contrôle de l'opportunité de l'exercice de ces droits en matière de reproduction. Le sens alors pris par l'information et le consentement dans ce domaine est bien différent de celui concernant les autres actes médicaux, où ils tendent à accroître l'autonomie des usagers du système de santé. En outre, ces dispositions paternalistes qui s'appliquent principalement aux femmes ne pourraient-elles pas contribuer à modifier la manière dont les médecins s'adressent en général à leurs patientes²⁸ ?

Des femmes destinataires (trop) particulières de normes générales

Enfin, certaines normes générales ont des incidences particulières en matière de procréation. Par exemple, les « tests destinés au diagnostic de la grossesse ainsi que des tests d'ovulation » qui sont des « dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* destinés à être utilisés par le public » relevaient du monopole des pharmaciens jusqu'à l'adoption de la loi du 17 mars 2014 relative à la consommation²⁹. Cette disposition permet la libéralisation de la vente de ces produits et l'amendement à son origine met en avant ces aspects concurrentiels, notamment au regard du droit de l'Union européenne³⁰. Néanmoins, cela permet également de faciliter l'accès pour les femmes et les hommes à

ces tests qui sont désormais aussi vendus en grandes surfaces³¹. Auparavant, l'inclusion des tests de grossesse dans la catégorie des dispositifs destinés au diagnostic³² limitait leur achat aux seules pharmacies. Au contraire, l'accouchement, qui ne concerne que les femmes, est exclu de la catégorie d'acte médical. C'est autant dans l'application d'une norme générale que dans le refus de son application que le droit de la santé s'avère moins protecteur des intérêts des femmes.

En effet, les dispositions en matière d'indemnisation des accidents médicaux prévues par l'article L. 1142-1 du code de la santé publique s'appliquent à condition qu'il s'agisse d'un « acte de prévention, de diagnostic ou de soins ». Or, il a été jugé qu'un accouchement par voie basse réalisé « sans difficulté » ne constitue pas un acte médical entrant dans le champ d'application de cet article, privant ainsi la femme d'indemnisation³³. L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) a repris à son compte cette position et sa directrice juridique explique ainsi qu'« il s'agit d'apprécier l'imputabilité directe des dommages à une manœuvre obstétricale déterminée et non simplement à l'acte naturel d'accouchement³⁴ » et qu'« il est nécessaire d'identifier un acte de soins à l'origine du dommage³⁵ » car « l'acte d'accouchement comporte des risques qui lui sont inhérents, pour la mère comme pour l'enfant³⁶ ». Les actes de chirurgie esthétique étaient également exclus de la catégorie des actes de soins de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique jusqu'à la décision de la Cour de cassation en date du 5 février 2014 aux termes de laquelle « les actes de chirurgie esthétique, quand ils sont réalisés dans les conditions prévues aux articles L. 6322-1 et L. 6322-2 du code de la santé publique, ainsi que les actes médicaux qui leur sont préparatoires, constituent des actes de soins au sens de l'article L. 1142-1 du même code³⁷ ». Les actes de chirurgie esthétique rentrent alors dans les actes de soins dont l'Oniam doit assurer l'indemnisation au titre de la solidarité nationale. La qualification des actes de chirurgie esthétique comme des actes de soins relève d'une conception étendue de la notion qui semble alors pouvoir également inclure l'accouchement par voie basse. En effet, le critère dégagé par la haute juridiction est organique, c'est-à-dire formel, et inclurait alors « tous les actes à finalité non thérapeutique pris en charge par le système de santé³⁸ ».

En matière d'application spécifique aux femmes de normes générales, il convient de s'intéresser également à la mise en œuvre des droits des usagères lors de l'accouchement. Alors que les droits des usagers du système de santé introduits par la loi du 4 mars 2002³⁹ tendent à reconnaître un droit à l'information et au consentement⁴⁰ qui a pour finalité une décision médicale

partagée entre le patient et le médecin⁴¹, il apparaîtrait qu'en matière d'accouchement, certaines pratiques médicales ne se trouvent pas toujours justifiées. C'est notamment le cas des césariennes⁴² ou des épisiotomies⁴³ qui sont pratiquées par certains médecins de manière trop systématique. Ce n'est pas tant l'état du droit que la culture médicale et les pratiques des professionnels qui tendent à expliquer ces dérives. Néanmoins, l'état actuel du droit de la santé, en matière de reproduction notamment, pourrait accroître le sentiment de légitimité des médecins à adopter des comportements paternalistes envers les femmes. La féminisation actuelle de la profession pourrait être un gage d'évolution des pratiques si les femmes médecins ne se heurtent pas, par la suite, à un plafond de verre⁴⁴. Les mesures que pourra adopter le gouvernement pour favoriser l'égal accès des femmes et des hommes au sein des conseils des ordres professionnels en santé constituent à ce titre une avancée permise par la loi sur l'égalité réelle entre les femmes et les hommes⁴⁵.

EN GUISE DE CONCLUSION

À l'issue de cette lecture du code de la santé publique au prisme du genre, nous pensons qu'il convient d'introduire davantage de droit commun en matière de droits reproductifs en alignant autant que possible le régime des actes médicaux qui les mettent en œuvre sur l'esprit des droits généraux du patient. De même, une prise en compte systématique des biais de genre dans les normes juridiques et leurs interprétations par les juges nous semble indispensable. Les politiques publiques actuelles tendent en France vers cela, comme le révèlent à la fois deux circulaires du 23 août 2012⁴⁶ et l'article 1^{er} de la loi sur l'égalité réelle⁴⁷.

De cette manière, les femmes ne trouveraient plus uniquement une existence juridique lorsqu'il s'agit de procréation et cela contribuerait à déconstruire un stéréotype de genre très profondément ancré, celui de l'essence féminine de la maternité et de la vulnérabilité des femmes. En outre, la déconstruction de ces stéréotypes bénéficierait également aux hommes en leur offrant notamment une meilleure socialisation aux soins par le biais de la santé sexuelle et reproductive.

contact

marie.mesnil@gmail.com

ATER à l'université Paris Descartes, Marie Mesnil est doctorante en droit privé à l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR S 1145 et membre du réseau doctoral de l'EHESP. Son travail de thèse, réalisé en co-tutelle avec l'université de Neuchâtel, porte sur les rapports de genre dans le droit de la procréation.

1. Voir not. É. Grass, F. Bourdillon (dir.), *Quelle politique pour lutter contre les inégalités sociales de santé ?* Éditions de Santé-Presses de Sciences Po, coll. Séminaires, 2012, et le dossier « Les inégalités de santé », *Les Tribunes de la santé*, n° 43, été 2014.

2. P. Aïach, « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales », in P. Aïach, G. Cresson, C. Philippe (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé, Approches sociologiques*, Éditions de l'ENSP, p. 118 : « Peut-on, alors, légitimement parler d'inégalités de santé (plutôt que de disparités) entre les hommes et les femmes à partir du moment où on se trouve, en cette matière, devant un écart inversé par rapport à ceux observés dans d'autres domaines que celui de la santé ? »

3. www.zerotraces.com

4. S. Legleye, M. Khlal, F. Beck, P. Peretti-Watel, « Wildening inequalities in smoking initiation and cessation patterns: a cohort and gender analysis in France », *Drug and Alcohol Dependence*, 117 (2-3), 233-241, 2011, cité par M. Jauffret-Roustide, « Les inégalités sociales dans le champ des addictions », *Les Tribunes de la santé*, n° 43, été 2014, p. 65.

5. M. Marmot, *Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*, 2010, not. p. 4 (www.euro.who.int).

6. Art. 255-1 alinéa 1^{er} du code pénal : « Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques

génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation ou identité sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée. »

7. Art. L. 1110-1 du code de la santé publique.

8. Art. L. 1121-5 du code de la santé publique.

9. Art. L. 3311-3 al. 2 et art. L. 3322-2 dernier al. du code de la santé publique.

10. Art. L. 2212-1 à L. 2212-9 du code de la santé publique.

11. Le livre 1^{er} du code de la santé publique est intitulé « Protection et promotion de la santé maternelle et infantile ».

12. Art. L. 3311-3 du code de la santé publique : « Les campagnes d'information menées dans le cadre de la lutte anti-alcoolique doivent comporter des messages de prévention et d'éducation. Ces messages ne doivent pas présenter de caractères discriminatoires entre les différents produits. Ces campagnes doivent également porter sur la prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale et inciter en particulier les femmes enceintes à ne pas consommer d'alcool. »

13. Art. L. 1121-5 du code de la santé publique : « Les femmes enceintes, les parturientes et les mères qui allaitent ne peuvent être sollicitées pour se prêter à des recherches biomédicales que dans les conditions suivantes : - soit l'importance du bénéfice escompté pour elles-mêmes ou pour l'enfant est de nature à justifier le risque prévisible encouru ; - soit ces recherches se justifient au regard du bénéfice escompté pour d'autres femmes se trouvant dans la même situation ou pour leur enfant et à la condition que des recherches d'une efficacité comparable

ne puissent être effectuées sur une autre catégorie de la population. Dans ce cas, les risques prévisibles et les contraintes que comporte la recherche doivent présenter un caractère minimal. »

14. Cette problématique est internationale. Voir not. F. Baylis, « Pregnant women deserve better », *Nature*, 465, 689-690, 10 June 2010.

15. J.A. Clayton, F.S. Collins, « Policy: NIH to balance sex in cell and animal studies », *Nature*, 509, 282-283, 15 May 2014.

16. Voir not. le dossier « Médicaments, Ils soignent mieux les hommes que les femmes », in : *Sciences et Vie*, n° 1163, 48, 21 juillet 2014.

17. Art. 23 de la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

18. Art. L. 2212-1 du code de la santé publique (rédaction issue de l'art. 4 de la loi n° 75-17 du 15 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse) : « La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. »

19. Depuis l'entrée en vigueur de l'art. 24 de la loi n° 2014-873 du 4 août 2014, le 6 août 2014, l'art. L. 2212-1 du code de la santé publique dispose que « la femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse ».

20. Conseil d'État, 31 octobre 1980, n° 13028 : « Vu le code de la santé publique ; vu l'ordonnance du 31 juillet 1945 et le décret du 30 septembre 1953 ; vu la loi du 30 décembre 1977 ; considérant que les articles L. 162-1 à L. 162-11 introduits dans le code de la santé publique par l'article 4 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 permettent à toute femme enceinte, qui s'estime placée par son état dans une situation de détresse

et qui s'est soumise aux consultations prévues par les articles L. 162-3 à L. 162-5, d'obtenir l'interruption de la grossesse avant la fin de la dixième semaine ; que si, d'après le dernier alinéa de l'article L. 162-4, « chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre », il ressort de ce texte éclairé par les travaux préparatoires de la loi que la préparation en cause, qui présente un caractère purement facultatif, n'a ni pour objet ni pour effet de priver la femme majeure du droit d'apprécier elle-même si sa situation justifie l'interruption de la grossesse. »

21. Conseil constitutionnel, décision n° 2014-700 DC du 31 juillet 2014, « Loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes », cons. 4.

22. Voir not. S. Paricard, « Le consentement aux actes médicaux non thérapeutiques », in : AFDS, *Consentement et santé*, Dalloz, 2014.

23. Art. L. 2212-3 al. 1^{er} du code de la santé publique.

24. Art. L. 2212-3 al. 2 du code de la santé publique.

25. Selon les dispositions de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique. Auparavant, et jusqu'à la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001, l'entretien était obligatoire également pour les majeures.

26. Art. L. 2212-5 du code de la santé publique : « Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 2212-3 et L. 2212-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite ; il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme, sauf dans le cas où le terme des douze semaines risquerait d'être dépassé. »

27. Art. L. 2123-1 al. 1^{er} du

code de la santé publique : « Elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences. »

28. Sur la manière dont l'information est délivrée de manière différenciée aux patients selon la perception par les médecins de ces derniers, et notamment de leur niveau social, voir. S. Fainzang, « Les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information », *Les Tribunes de la santé*, n° 43, 47-52, été 2014.

29. Art. L. 4211-1 du code de la santé publique modifié par l'art. 38 de la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation et en particulier : « 8° La vente au détail et toute dispensation de dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* destinés à être utilisés par le public, à l'exception des tests destinés au diagnostic de la grossesse ainsi que des tests d'ovulation ».

30. Projet de loi

consommation, Sénat, 1^{ère} lecture, amendement n° 611 rect. bis présenté par Mme Schillinger, 11 septembre 2013, www.senat.fr.

31. Sur les tergiversations autour de la qualification des tests de grossesse, notamment durant les années 1980, voir E. Fouassier, G. Viala, « Test de grossesse et monopole pharmaceutique : du droit de la santé au monopole constitutionnel », D., 2003, p. 81.

32. Crim., 19 déc. 1989, aff. Saclier, aff. Roge, aff. Dubois, Doc. pharm. jur. n° 2960.

33. TA Amiens, 6 décembre 2007, AJDA 2008 550 et D. 2009. Somm. 1303, obs. Penneau ; voir aussi, dans le même sens, CAA Douai, 3 juill. 2007, inédit, et CAA Nancy, 14 févr. 2008, n° 06NC01561, inédit.

34. S. Gibert, « Les frontières de l'indemnisation du risque sanitaire par la solidarité nationale », RDSS, 2010, p. 29.

35. *Ibid.*

36. *Ibid.*

37. 1^{ère} Civ., 5 fév. 2014, n° 12-29140, D. 2014, 697, note S. Porchy-Simon.

38. M. Bacache, « Les actes de chirurgie esthétique constituent des actes de soins et relèvent de la compétence de l'Oniam », note sous Cass. Civ. 1^{ère}, 5 février 2014, n° 12-29140, JDSAM, n° 2014-2, p. 72.

39. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « loi Kouchner ».

40. Art. 16-3 al. 2 du code civil : « le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ».

41. Art. L. 1111-4 al. 1^{er} du code de la santé publique : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. »

42. B. Coulm, B. Blondel, S. Alexander, M. Boulvain, C. Le Ray, « Potential avoidability of planned cesarean sections in a French national database », *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 93,

905-912, 2014.

43. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, *L'épisiotomie, Recommandations pour la pratique clinique*, 2005.

44. N. Lapeyre, N. Le Feuvre, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, 1/ 2005 (n° 1), p. 59-81.

45. Art. 76 de la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

46. Circulaire du 23 août 2012 relative à la mise en œuvre de la politique interministérielle en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes et circulaire du 23 août 2012 relative à la prise en compte dans la préparation des textes législatifs et réglementaires de leur impact en termes d'égalité entre les femmes et les hommes.

47. Art. 1^{er} de la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.