



**HAL**  
open science

# Maltraitance médicale dans la pratique gynécologique et obstétricale ambulatoire et conséquences pour le suivi : point de vue des patientes

Amandine Marcilly, Mélissa Mauri

## ► To cite this version:

Amandine Marcilly, Mélissa Mauri. Maltraitance médicale dans la pratique gynécologique et obstétricale ambulatoire et conséquences pour le suivi : point de vue des patientes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01881279

**HAL Id: dumas-01881279**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01881279v1>

Submitted on 25 Sep 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année : 2018

MALTRAITANCE MÉDICALE DANS LA PRATIQUE  
GYNECOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE AMBULATOIRE ET  
CONSEQUENCES POUR LE SUIVI : POINT DE VUE DES PATIENTES

THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE,  
DIPLOME D'ÉTAT

Amandine MARCILLY, [Données à caractère personnel]  
Et Mélissa MAURI, [Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE  
GRENOBLE le : 21/09/2018

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Madame le Professeur Pascale HOFFMANN

Membres :

Madame le Professeur Sylviane HENNEBICQ

Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU

Monsieur le Docteur Aymeric HENRIOT, Directeur de thèse

*L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*



Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2017-2018

**ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE**

| CORPS  | NOM-PRENOM                    | Discipline universitaire  |
|--------|-------------------------------|---|
| PU-PH  | ALBALADEJO Pierre             | Anesthésiologie réanimation   |
| PU-PH  | APEL Florent                  | Ophthalmologie  |
| PU-PH  | ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine  | Chirurgie générale  |
| PU-PH  | BAILLET Athan                 | Rhumatologie  |
| PU-PH  | BARONE-ROCHETTE Gilles        | Cardiologie   |
| PU-PH  | BAYAT Sam                     | Physiologie   |
| PU-PH  | BENHAMOU Pierre Yves          | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques                        |
| PU-PH  | BERGER François               | Biologie cellulaire   |
| MCU-PH | BIDART-COUTTON Marie          | Biologie cellulaire   |
| MCU-PH | BOISSET Sandrine              | Agents infectieux   |
| PU-PH  | BONAZ Bruno                   | Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie                           |
| PU-PH  | BONNETERRE Vincent            | Médecine et santé au travail  |
| PU-PH  | BOREL Anne-Laure              | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques                        |
| PU-PH  | BOSSON Jean-Luc               | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | BOTTARI Serge                 | Biologie cellulaire   |
| PU-PH  | BOUGEROL Thierry              | Psychiatrie d'adultes   |
| PU-PH  | BOUILLET Laurence             | Médecine interne  |
| PU-PH  | BOUZAT Pierre                 | Réanimation   |
| MCU-PH | BRENIER-PINCHART Marie Pierre | Parasitologie et mycologie  |
| PU-PH  | BRICAULT Ivan                 | Radiologie et imagerie médicale   |
| PU-PH  | BRICHON Pierre-Yves           | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire                               |
| MCU-PH | BRIOT Raphaël                 | Thérapeutique, médecine d'urgence                                       |
| MCU-PH | BROUILLET Sophie              | Biologie et médecine du développement et de la reproduction             |
| PU-PH  | CAHN Jean-Yves                | Hématologie   |
| PU-PH  | CARPENTIER Françoise          | Thérapeutique, médecine d'urgence                                       |
| PU-PH  | CARPENTIER Patrick            | Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire                               |
| PU-PH  | CESBRON Jean-Yves             | Immunologie   |
| PU-PH  | CHABARDES Stephan             | Neurochirurgie  |
| PU-PH  | CHABRE Olivier                | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques                        |
| PU-PH  | CHAFFANJON Philippe           | Anatomie  |
| PU-PH  | CHARLES Julie                 | Dermatologie  |
| PU-PH  | CHAVANON Olivier              | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire                               |
| PU-PH  | CHIQUET Christophe            | Ophthalmologie  |

|        |                         |   |
|--------|-------------------------|---|
| PU-PH  | CHIRICA Mircea          | Chirurgie générale  |
| PU-PH  | CINQUIN Philippe        | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | CLAVARINO Giovanna      | Immunologie   |
| PU-PH  | COHEN Olivier           | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH  | COURVOISIER Aurélien    | Chirurgie infantile   |
| PU-PH  | COUTURIER Pascal        | Gériatrie et biologie du vieillissement                                 |
| PU-PH  | CRACOWSKI Jean-Luc      | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique                      |
| PU-PH  | CURE Hervé              | Oncologie   |
| PU-PH  | DEBILLON Thierry        | Pédiatrie   |
| PU-PH  | DECAENS Thomas          | Gastro-entérologie, Hépatologie   |
| PU-PH  | DEMATTEIS Maurice       | Addictologie  |
| MCU-PH | DERANSART Colin         | Physiologie   |
| PU-PH  | DESCOTES Jean-Luc       | Urologie  |
| MCU-PH | DETANTE Olivier         | Neurologie  |
| MCU-PH | DIETERICH Klaus         | Génétique et procréation  |
| MCU-PH | DOUTRELEAU Stéphane     | Physiologie   |
| MCU-PH | DUMESTRE-PERARD Chantal | Immunologie   |
| PU-PH  | EPAULARD Olivier        | Maladies Infectieuses et Tropicales                                     |
| PU-PH  | ESTEVE François         | Biophysique et médecine nucléaire                                       |
| MCU-PH | EYSSERIC Hélène         | Médecine légale et droit de la santé                                    |
| PU-PH  | FAGRET Daniel           | Biophysique et médecine nucléaire                                       |
| PU-PH  | FAUCHERON Jean-Luc      | Chirurgie générale  |
| MCU-PH | FAURE Julien            | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| PU-PH  | FERRETTI Gilbert        | Radiologie et imagerie médicale   |
| PU-PH  | FEUERSTEIN Claude       | Physiologie   |
| PU-PH  | FONTAINE Éric           | Nutrition   |
| PU-PH  | FRANCOIS Patrice        | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                       |
| MCU-MG | GABOREAU Yoann          | Médecine Générale   |
| PU-PH  | GARBAN Frédéric         | Hématologie, transfusion  |
| PU-PH  | GAUDIN Philippe         | Rhumatologie  |
| PU-PH  | GAVAZZI Gaétan          | Gériatrie et biologie du vieillissement                                 |
| PU-PH  | GAY Emmanuel            | Neurochirurgie  |
| MCU-PH | GILLOIS Pierre          | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH | GRAND Sylvie            | Radiologie et imagerie médicale   |
| PU-PH  | GRIFFET Jacques         | Chirurgie infantile   |
| PU-PH  | GUEBRE-EGZIABHER Fitsum | Néphrologie   |
| MCU-PH | GUZUN Rita              | Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique        |
| PU-PH  | HAINAUT Pierre          | Biochimie, biologie moléculaire   |
| PU-PH  | HENNEBICQ Sylviane      | Génétique et procréation  |
| PU-PH  | HOFFMANN Pascale        | Gynécologie obstétrique   |
| PU-PH  | HOMMEL Marc             | Neurologie  |
| PU-MG  | IMBERT Patrick          | Médecine Générale   |
| PU-PH  | JOUK Pierre-Simon       | Génétique   |
| PU-PH  | JUVIN Robert            | Rhumatologie  |

|          |                                      |   |
|----------|--------------------------------------|---|
| PU-PH    | KAHANE Philippe                      | Physiologie   |
| MCU-PH   | KASTLER Adrian                       | Radiologie et imagerie médicale   |
| PU-PH    | KRACK Paul                           | Neurologie  |
| PU-PH    | KRAINIK Alexandre                    | Radiologie et imagerie médicale   |
| PU-PH    | LABARERE José                        | Epidémiologie ; Eco. de la Santé  |
| MCU-PH   | LABLANCHE Sandrine                   | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques                        |
| MCU-PH   | LANDELLE Caroline                    | Bactériologie - virologie   |
| MCU-PH   | LAPORTE François                     | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| MCU-PH   | LARDY Bernard                        | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| MCU-PH   | LARRAT Sylvie                        | Bactériologie, virologie  |
| MCU - PH | LE PISSART Audrey                    | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| PU-PH    | LECCIA Marie-Thérèse                 | Dermato-vénérologie   |
| PU-PH    | LEROUX Dominique                     | Génétique   |
| PU-PH    | LEROY Vincent                        | Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie                           |
| PU-PH    | LEVY Patrick                         | Physiologie   |
| PU-PH    | LONG Jean-Alexandre                  | Urologie  |
| PU-PH    | MAGNE Jean-Luc                       | Chirurgie vasculaire  |
| MCU-PH   | MAIGNAN Maxime                       | Thérapeutique, médecine d'urgence                                       |
| PU-PH    | MAITRE Anne                          | Médecine et santé au travail  |
| MCU-PH   | MALLARET Marie-Reine                 | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                       |
| MCU-PH   | MARLU Raphaël                        | Hématologie, transfusion  |
| MCU-PH   | MAUBON Danièle                       | Parasitologie et mycologie  |
| PU-PH    | MAURIN Max                           | Bactériologie - virologie   |
| MCU-PH   | MC LEER Anne                         | Cytologie et histologie   |
| PU-PH    | MERLOZ Philippe                      | Chirurgie orthopédique et traumatologie                                 |
| PU-PH    | MORAND Patrice                       | Bactériologie - virologie   |
| PU-PH    | MOREAU-GAUDRY Alexandre              | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH    | MORO Elena                           | Neurologie  |
| PU-PH    | MORO-SIBILOT Denis                   | Pneumologie   |
| PU-PH    | MOUSSEAU Mireille                    | Cancérologie  |
| PU-PH    | MOUTET François                      | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie         |
| MCU-PH   | PACLET Marie-Hélène                  | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| PU-PH    | PALOMBI Olivier                      | Anatomie  |
| PU-PH    | PARK Sophie                          | Hémato - transfusion  |
| PU-PH    | PASSAGGIA Jean-Guy                   | Anatomie  |
| PU-PH    | PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François | Anesthésiologie réanimation   |
| MCU-PH   | PAYSANT François                     | Médecine légale et droit de la santé                                    |
| MCU-PH   | PELLETIER Laurent                    | Biologie cellulaire   |
| PU-PH    | PELLOUX Hervé                        | Parasitologie et mycologie  |
| PU-PH    | PEPIN Jean-Louis                     | Physiologie   |
| PU-PH    | PERENNOU Dominique                   | Médecine physique et de réadaptation                                    |
| PU-PH    | PERNOD Gilles                        | Médecine vasculaire   |
| PU-PH    | PIOLAT Christian                     | Chirurgie infantile   |
| PU-PH    | PISON Christophe                     | Pneumologie   |

|        |                        |   |
|--------|------------------------|---|
| PU-PH  | PLANTAZ Dominique      | Pédiatrie   |
| PU-PH  | POIGNARD Pascal        | Virologie   |
| PU-PH  | POLACK Benoît          | Hématologie   |
| PU-PH  | POLOSAN Mircea         | Psychiatrie d'adultes                                       |
| PU-PH  | PONS Jean-Claude       | Gynécologie obstétrique                                     |
| PU-PH  | RAMBEAUD Jacques       | Urologie  |
| PU-PH  | RAY Pierre             | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| PU-PH  | REYT Émile             | Oto-rhino-laryngologie                                      |
| PU-PH  | RIGHINI Christian      | Oto-rhino-laryngologie                                      |
| PU-PH  | ROMANET Jean Paul      | Ophthalmologie  |
| PU-PH  | ROSTAING Lionel        | Néphrologie   |
| MCU-PH | ROUSTIT Matthieu       | Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie |
| MCU-PH | ROUX-BUISSON Nathalie  | Biochimie, toxicologie et pharmacologie                     |
| MCU-PH | RUBIO Amandine         | Pédiatrie   |
| PU-PH  | SARAGAGLIA Dominique   | Chirurgie orthopédique et traumatologie                     |
| MCU-PH | SATRE Véronique        | Génétique   |
| PU-PH  | SAUDOU Frédéric        | Biologie Cellulaire   |
| PU-PH  | SCHMERBER Sébastien    | Oto-rhino-laryngologie                                      |
| PU-PH  | SCHWEBEL-CANALI Carole | Réanimation médicale  |
| PU-PH  | SCOLAN Virginie        | Médecine légale et droit de la santé                        |
| MCU-PH | SEIGNEURIN Arnaud      | Epidémiologie, économie de la santé et prévention           |
| PU-PH  | STAHL Jean-Paul        | Maladies infectieuses, maladies tropicales                  |
| PU-PH  | STANKE Françoise       | Pharmacologie fondamentale                                  |
| MCU-PH | STASIA Marie-José      | Biochimie et biologie moléculaire                           |
| PU-PH  | STURM Nathalie         | Anatomie et cytologie pathologiques                         |
| PU-PH  | TAMISIER Renaud        | Physiologie   |
| PU-PH  | TERZI Nicolas          | Réanimation   |
| MCU-PH | TOFFART Anne-Claire    | Pneumologie   |
| PU-PH  | TONETTI Jérôme         | Chirurgie orthopédique et traumatologie                     |
| PU-PH  | TOUSSAINT Bertrand     | Biochimie et biologie moléculaire                           |
| PU-PH  | VANZETTO Gérald        | Cardiologie   |
| PU-PH  | VUILLEZ Jean-Philippe  | Biophysique et médecine nucléaire                           |
| PU-PH  | WEIL Georges           | Epidémiologie, économie de la santé et prévention           |
| PU-PH  | ZAOUI Philippe         | Néphrologie   |
| PU-PH  | ZARSKI Jean-Pierre     | Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie               |

**PU-PH** : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

**MCU-PH** : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

**PU-MG** : Professeur des Universités de Médecine Générale

**MCU-MG** : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

---

## REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Pascale HOFFMANN, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider notre jury. Nous vous remercions de votre intérêt. Soyez assurée de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À Madame le Professeur Sylviane HENNEBICQ, vous nous faites l'honneur d'être membre de notre jury. Nous vous en sommes reconnaissantes. Veuillez recevoir l'expression de notre sincère gratitude.

À Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU, nous vous exprimons notre reconnaissance pour avoir accepté d'être membre de notre jury. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

À Monsieur le Docteur Aymeric HENRIOT, nous te remercions infiniment d'avoir accepté d'être notre directeur de thèse et d'y avoir consacré tout ce temps. Merci pour ton aide, tes conseils et relectures précieuses, tes encouragements et ta patience.

À tous les professionnels de santé qui ont pris le temps de nous écouter et qui ont accepté de participer au recrutement de notre étude, nous vous remercions sincèrement.

À toutes les femmes qui ont accepté de participer à notre étude, prenant le temps de nous dévoiler une part intime de leur vie. Soyez en très chaleureusement remerciées.

A Maurine et à Kim pour vos précieuses relectures.

---

## **REMERCIEMENTS D'AMANDINE**

A Vincent, pour ton aide et ton soutien dans ce travail et pour tout ce que tu m'apportes au quotidien.

A mes parents, pour avoir toujours été présents pour moi. Merci pour vos conseils, votre soutien et votre amour.

A mon frère, pour ton aide dans ce travail et ton soutien durant mes études.

A ma famille et belle famille pour vos encouragements, votre présence et votre joie de vivre.

A mes amis, pour tous les instants de bonheurs partagés.

A Mélissa, merci pour ta motivation et ta persévérance.

Aux médecins et professionnels rencontrés dans mon cursus, pour leur aide, leur enseignement et tout ce qu'ils m'ont apporté.

---

## REMERCIEMENTS DE MELISSA

A mes amis ; du lycée et même parfois de bien avant, qui heureusement ne font pas la même profession que moi... Les moments passés à vos côtés me sont précieux et me rappelle que d'autres univers existent. Bisontins, pour toutes les étapes que nous avons traversées ensemble, la cohésion, le soutien indéfectible et bien d'autres choses encore ; la bise les pataf' !! Et Grenoblois, sans lesquels l'internat n'aurait pas eu la même saveur : co-internes, coloc' du premier au dernier jour, à toutes ces discussions passionnées, aux tasses de thé, et aux découvertes.

A mes parents, pour les valeurs que vous m'avez transmises, c'est pour moi une richesse et une ressource insoupçonnée. Même si vous ne le dites pas, je sais que vous êtes content d'être là ! A mes frères et sœurs, malgré nos prises de becs, je vous aime quand même ! A ma marraine Rachel et son univers coloré, à mes grands-mères si fières et à toute ma famille pour votre intérêt et votre aide.

A Thibault, présent depuis le début de la folle aventure médicale, merci pour tout. Que dire de plus ?

A tous les professionnels que j'ai rencontré tout au long de mon cursus : modèles et anti-modèles, qui m'ont transmis leur savoir, qui ont interrogé et modelé ma pratique. Au Dr PERRIER qui m'a montré, externe, ce que médecin de campagne Haut-Jurassien voulait dire ! Une pensée toute particulière pour le service de Gériatrie de Sallanches, ce que vous m'avez appris est inestimable. Aux Luginois, qui non content de m'avoir transmis le virus de la médecine générale, me renouvelle leur confiance.

A Amandine, ma co-thésarde, le chemin a été long, nos visions parfois différentes mais complémentaires et je l'espère fructueuses ! Merci pour ton exigence.

Aux patients et à leur famille. On apprend tous les jours à vos côtés.

---

## **CONFLITS D'INTERET**

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien ou conflit d'intérêt relatif au sujet traité qui compromettrait l'intégrité des résultats.

---

## RESUME

*Introduction* : La maltraitance médicale est l'ensemble des violences, abus ou négligences commis par des professionnels envers les usagers. Dans les pays nordiques, elle est estimée entre 13 et 28%. Médiatisée, elle est peu étudiée en gynécologie-obstétrique en France. L'objectif principal était d'identifier les éléments vécus comme maltraitants par les patientes lors de consultations ambulatoires gynéco-obstétricales. L'objectif secondaire était d'évaluer le retentissement sur leur suivi.

*Matériel et méthode* : Étude qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés auprès de seize femmes en Isère, Savoie et Haute Savoie.

*Résultats* : Les participantes étaient françaises, âgées de 25 à 65 ans. La durée médiane des entretiens était de 31min. Les éléments vécus comme maltraitants étaient d'une part liés à la relation aux praticiens : manque d'information et de considération, absence de consentement, personnalité des praticiens, actes ou attitudes violents physiquement ou psychologiquement. D'autre part, ils étaient liés à la structure de soins : son organisation, la surcharge de travail et le mauvais état des locaux. Les répercussions chez les participantes touchaient leur représentation des soins et leur vie personnelle. La fréquence du suivi était peu impactée mais les participantes l'envisageaient avec appréhension, renonçant à certains soins ou adoptant des comportements à risque.

*Conclusion* : Le vécu maltraitant en gynécologie met en jeu les représentations des patientes. Cette étude révèle des impensés dans l'attitude des professionnels de santé favorisés par un contexte organisationnel défavorable. Des études complémentaires permettront de chiffrer ce phénomène.

*Mots clés* : Sévices, gynécologie-obstétrique, soin ambulatoire, relation entre professionnels de santé et patients.

---

## ABSTRACT

Healthcare malpractice in gynaecological and ambulatory obstetric practice and their consequences on patient follow-up: Patients' perspective

*Background:* Abuse in health care is all violent, abusive, improper, or negligent behaviour from a healthcare professionals onto end-users. Though frequently voiced in France it remains scarcely researched for french gynaecological and obstetrics care. The main objective of this work was to identify what is experienced or perceived by patients as malpractice in ambulatory gynaecological and obstetrical settings. The secondary objective was to assess the impact of these experiences on patient follow-up.

*Method:* A qualitative study involving sixteen women in the Auvergne-Rhône-Alpes region was conducted using semi-structured individual interviews.

*Results:* The situations experienced as malpractice were, on the one hand related to the practitioner and their interaction with the patient ( i.e., lack of information, consent, patient-specific considerations, personality of the practitioners, and physical or psychological violence). And the other hand related to the care structure (i.e., organization of care, excessive professional workloads, and poor maintenance of premises). These patient experiences negatively affected patient follow-up, representativeness of care, and perception of staff. Though there was little impact on the frequency of follow-up, the patient reported more apprehension and even avoidance or refusal of care. The emotional aftermath caused by the malpractice situations darkened their perceptions and representation of care, as well as their mind-set and emotional state both in later consultations and personal life events.

*Conclusions:* The patient-experience of malpractice in gynaecological and obstetric practice influence the representations of care and healthcare professionals of patients in an unfavourable manner. It brings into question certain habitus of healthcare professionals and organisational structures. The recognition and discussion of abuse in health care by various protagonists and sensitization of caregivers would be a first step toward improving the outcomes and sentiments of these patients during consultations. Further studies building from this one will evaluate the extent of these abuse.

*Keywords:* maltreatment, gynecology, primary care, professional-patient relation, abuse in health care.

---

## TABLE DES MATIERES

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | INTRODUCTION GENERALE.....  | 14 |
| 2     | MATERIEL ET METHODE.....  | 16 |
| 3     | RESULTATS.....  | 18 |
| 3.1   | POPULATION.....   | 18 |
| 3.2   | RESULTATS PRINCIPAUX.....   | 18 |
| 3.3   | ÉLÉMENTS VECUS COMME MALTRAITANTS.....  | 21 |
| 3.3.1 | LA RELATION AVEC LES PRATICIENS.....  | 21 |
| 3.3.2 | LES DYSFONCTIONNEMENTS DE LA STRUCTURE DE SOINS.....  | 23 |
| 3.4   | REPERCUSSIONS SUR LE SUIVI MEDICAL.....   | 24 |
| 3.4.1 | CONSEQUENCES POUR LE SUIVI GYNECOLOGIQUE ET OBSTETRICAL.....  | 24 |
| 3.4.2 | MODIFICATIONS DE LA REPRESENTATION.....   | 26 |
| 3.4.3 | RETENTISSEMENTS PERSONNELS.....   | 27 |
| 4     | DISCUSSION GENERALE.....  | 29 |
| 4.1   | ÉVÉNEMENTS VECUS COMME MALTRAITANTS EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE : MISE EN PERSPECTIVE.....                                     | 29 |
| 4.1.1 | LE VECU MALTRAITANT : UN NON-RESPECT DU DROIT DES PATIENTES.....  | 29 |
| 4.1.2 | FORMATION DES SOIGNANTS, CADRE DE TRAVAIL ET REPRESENTATIONS SOCIALES : UNE RESPONSABILITE DANS LA MALTRAITANCE MEDICALE..... | 30 |
| 4.1.3 | LE VECU MALTRAITANT : LES ENJEUX DE LA CONSULTATION.....  | 31 |
| 4.2   | CONSEQUENCES POUR LA SANTE DES FEMMES.....  | 32 |
| 4.3   | INTERETS ET LIMITES.....  | 33 |
| 4.4   | OUVERTURES.....   | 33 |
| 5     | CONCLUSION.....   | 35 |
|       | REFERENCES.....   | 37 |
|       | SERMENT D'HIPPOCRATE.....   | 43 |
|       | LISTE DES FIGURES.....  | 44 |
|       | LISTE DES TABLEAUX.....   | 45 |
|       | ANNEXES.....  | 46 |
|       | FORMULAIRE D'INFORMATION A DESTINATION DES PATIENTES.....   | 46 |
|       | FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT.....  | 47 |
|       | CANEVAS D'ENTRETIEN.....  | 49 |
|       | LIVRE DE CODE.....  | 52 |

## 1 INTRODUCTION GENERALE

La maltraitance médicale a été définie par le conseil de l'Europe en 1992, reprise par l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) en 2008 comme étant « l'ensemble des violences, abus ou négligences commis par les professionnels envers les usagers. La maltraitance s'entend ici comme une situation de violence, d'abus, de privation ou de négligence survenant dans une configuration de dépendance d'une personne vulnérable à l'égard d'une personne en situation de pouvoir, d'autorité ou d'autonomie plus grande » (1). La maltraitance médicale a été étudiée principalement en institution. Dans le rapport Compagnon-Ghadi de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2009, elle est qualifiée de « quotidienne », « insidieuse » et « banalisée », elle concerne alors plus l'institution que les individus. Ceci la distingue donc d'une maltraitance délictuelle, intentionnelle. C'est un terme qui s'apparente donc plutôt à de la « maltraitance ordinaire » (2).

A partir de 2014, la notion de « maltraitance gynécologique » émerge sur les réseaux sociaux : avec le *hashtag twitter* « #PayeTonUtérus » des femmes relatent leurs expériences « d'obstacles à l'accès aux soins pour les personnes ayant un utérus » (3). Dans les médias, le scandale des touchers vaginaux sans consentement sur des patientes endormies au bloc opératoire (4) (5) est largement relayé. A la fin de l'été 2015, est diffusé sur France Culture, le témoignage des femmes parfois traumatisées par ce qu'elles ont vécu lors de consultations gynécologiques (6). Le débat sur la maltraitance médicale est relancé en 2017 avec la parution du livre de Martin Winckler *Les Brutes en blanc* (7) et plus récemment avec la publication en juin 2018 du rapport gouvernemental du Haut Conseil à l'Égalité (HCE) (8).

Cette préoccupation n'est pas limitée à la France. La maltraitance liée aux soins rapportée par des patientes d'une clinique de gynécologie en Suède a été largement étudiée notamment dans les travaux du Pr Katarina Swahnberg et al (9) (10). La prévalence de ce type de maltraitance dans les pays nordiques est estimée entre 13 et 28% (11). Au Venezuela, la catégorie de violence obstétricale a été inscrite pour la première fois dans le droit en 2007 (12). Aux États-Unis, en Suisse (13) et en France, de nombreuses associations se mobilisent, travaillant parfois conjointement avec le milieu médical comme par exemple le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) (14). Ainsi, la maltraitance médicale est discutée dans l'espace public. Cependant elle reste peu étudiée en recherche en France, dans le domaine spécifique

gynécologique et obstétrical. Des données françaises issues de l'exercice médical sont nécessaires pour identifier ce phénomène, ses mécanismes ainsi que d'éventuelles spécificités.

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les éléments qui ont pu être vécus comme une maltraitance médicale par les patientes lors des consultations de gynécologie-obstétrique ambulatoire. L'objectif secondaire était d'évaluer le retentissement de ce vécu sur le suivi médical des femmes.

## 2 MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de femmes majeures ayant vécu une maltraitance médicale lors d'un suivi gynécologique et/ou obstétrical ambulatoire (15), vivant en Isère, Savoie ou Haute Savoie, et maîtrisant le français. En France, les femmes peuvent directement consulter un gynécologue et/ou obstétricien, c'est à dire sans être adressées par leur médecin traitant (16). Ainsi des gynécologues-obstétriciens hospitaliers, lors de consultations externes, peuvent pratiquer des actes de suivi standard et de dépistage (17).

L'échantillon de femmes cherchait une variabilité maximale pour l'âge, la nationalité, la catégorie socioprofessionnelle, la culture ou les aspirations religieuses, le statut matrimonial, la parité et la gestité. Le recrutement était fait dans les lieux suivants : centre hospitalier, centre d'orthogénie, centre de planning familial, cabinets libéraux (médecins généralistes, sages-femmes). Les professionnels ont été informés du recrutement par échange de mails ou lors de rencontres individuelles. Des fiches d'information ont été disposées dans les salles d'attentes et les femmes intéressées par l'étude laissaient leurs coordonnées dans une urne, aux secrétaires ou aux praticiens. En cas de faible recrutement, les praticiens pouvaient sensibiliser les femmes susceptibles de participer et réaliser l'inclusion. Une technique de chaînage auprès des participantes a complété le recrutement pour varier l'échantillon.

Les deux investigatrices ont réalisé les entretiens semi-dirigés en tête-à-tête dans des lieux choisis des participantes. Les entretiens étaient semi-dirigés pour identifier les prénotions des investigatrices mais il était permis d'évoluer vers un entretien plus libre, proche de l'entretien explicatif ou du récit de vie selon les besoins de l'entretien. Le canevas comprenait une présentation des investigatrices en tant que chercheuses et non médecins, les objectifs de l'étude, le relevé de données socio démographiques puis les thématiques d'entretien (annexe1). Le canevas a été révisé au fil de l'étude. L'inclusion se poursuivait jusqu'à suffisance des données. Les maltraitances lors de l'accouchement n'étaient pas spécifiquement recherchées car elles ont déjà été étudiées (18). Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone puis retranscrits intégralement, de même que les éléments du discours non verbal pris en note lors des entretiens. Les transcrits ont été soumis à chaque participante pour vérifier la fidélité de leur propos et l'absence de déformation.

L'analyse des données était faite indépendamment par les deux investigatrices en codage ouvert. La mise en commun a été faite pour constituer le livre de codes ouverts. A partir du livre de codes ouverts les deux investigatrices ont réalisé un codage axial puis matriciel. Les désaccords dans le codage étaient résolus par discussion à trois avec le directeur de thèse. L'analyse s'est inspirée de la phénoménologie et de la sémiotique de Peirce pour le codage matriciel (Figure 2.1) (19). L'analyse a été faite avec le logiciel NVivo version 12.0.0.

Une demande d'autorisation de recherche médicale a été adressée et accordée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Au moment de l'étude, celle-ci n'entrait pas dans le cadre d'une demande d'autorisation par un Comité de Protection des Personnes (CPP). Avant l'entretien les participantes ont signé un formulaire de consentement les informant des démarches de recherche réalisées et de leurs droits sur les données collectées.

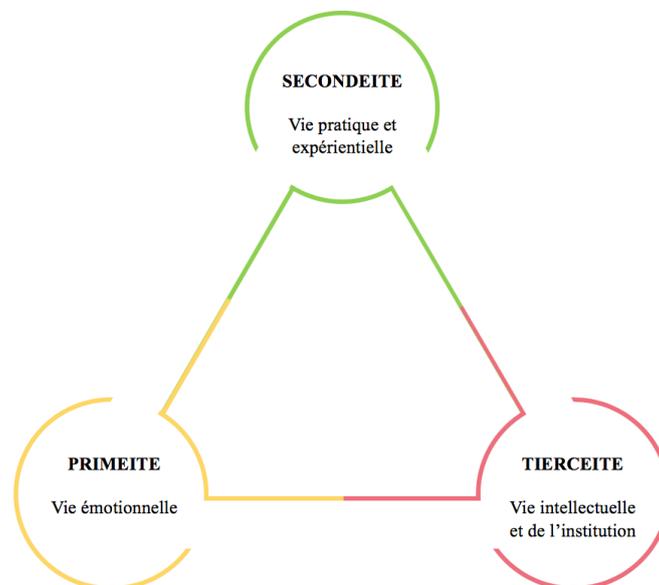


Figure 2.1 : Triangle de Peirce ou "les trois univers de l'expérience".

### 3 RESULTATS

#### 3.1 POPULATION

L'étude a réuni 16 participantes françaises âgées de 25 à 65 ans avec une médiane de 31 ans. Leurs caractéristiques sont décrites dans le Tableau 3.1. Les entretiens ont duré de 12 à 50 min (médiane 31min). La suffisance des données a été atteinte au 12ème entretien.

|     | Age | Religion   | Niveau d'éducation | Statut familial | Gestité Parité | Antécédent de violences sexuelles | Praticien réalisant la consultation | Genre du praticien | Lieu de consultation | Type de consultation         |
|-----|-----|------------|--------------------|-----------------|----------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------|----------------------|------------------------------|
| P1  | 25  | catholique | BAC +5             | en couple       | oui            | NC                                | GO                                  | F                  | hôpital              | écho                         |
| P2  | 25  | athée      | BAC +6             | célibataire     | non            | NC                                | MG                                  | F                  | libéral              | contraception                |
| P3  | 41  | athée      | BAC +3             | en couple       | oui            | oui                               | SF                                  | F                  | libéral              | contraception                |
| P4  | 31  | éduc catho | BAC +8             | en couple       | oui            | non                               | GO                                  | F / H              | hôpital              | suivi grossesse              |
| P5  | 26  | athée      | BAC +2             | en couple       | oui            | non                               | GO                                  | F                  | hôpital              | IVG                          |
| P6  | 31  | éduc catho | BAC +3             | en couple       | oui            | non                               | GO                                  | F / H              | lib/hôp              | frottis, écho , patho gynéco |
| P7  | 40  | athée      | BAC +3             | en couple       | oui            | non                               | GO                                  | H                  | lib/hôp              | frottis, path gynéco         |
| P8  | 29  | athée      | BAC +8             | célibataire     | non            | non                               | GO /MG                              | F / H              | libéral              | contraception                |
| P9  | 45  | agnostique | BAC +5             | célibataire     | oui            | oui                               | GO/ NC                              | H / NC             | libéral              | ex syst, patho gynéco, écho  |
| P10 | 55  | éduc catho | BAC                | en couple       | oui            | oui                               | MG                                  | H                  | libéral              | ex syst                      |
| P11 | 30  | athée      | BAC                | en couple       | oui            | oui                               | GO / NC                             | H                  | lib/hôp              | écho                         |
| P12 | 34  | agnostique | NC                 | en couple       | oui            | oui                               | GO                                  | F                  | libéral              | patho gynéco                 |
| P13 | 65  | catholique | < BAC              | célibataire     | oui            | oui                               | GO                                  | H                  | libéral              | patho gynéco                 |
| P14 | 31  | éduc catho | BAC +5             | en couple       | oui            | non                               | GO                                  | H                  | libéral              | ex syst/frottis              |
| P15 | 30  | athée      | NC                 | en couple       | oui            | non                               | GO                                  | H                  | hôpital              | amniocentèse                 |
| P16 | 39  | catholique | BAC +2             | en couple       | oui            | oui                               | GO                                  | F                  | libéral              | ex syst                      |

Tableau 3.1 : Caractéristiques des participantes.

NC : non connu ; Educ catho : éducation catholique ; GO : gynécologue obstétricien ; MG : médecin généraliste; SF : sage-femme ; lib : libéral ; hôp : hôpital ; patho gynéco : pathologie gynécologique ; écho : échographie, ex syst : examen systématique ; IVG : interruption volontaire de grossesse

#### 3.2 RESULTATS PRINCIPAUX

Les éléments vécus comme maltraitants se partageaient en deux catégories : liés à la relation avec les praticiens et liés aux dysfonctionnements de la structure de soins. Ce vécu a engendré des répercussions sur le suivi, mais aussi sur la représentation des soins et la vie personnelle.

En effet, selon le modèle de Peirce, il existait une interaction entre les émotions (priméité) ressenties lors de ces événements (secondéité) et les répercussions qui modifiaient les représentations (tiercéité) des participantes (figure 2.1). La notion de représentation, au sens social, regroupe l'ensemble des opinions que l'individu porte sur le monde qui l'entoure. Ces idées s'établissent en fonction de son système de valeurs, dépendant de son histoire, du contexte social et idéologique qui l'entoure (20). Ainsi, chacun appréhende et interprète les événements à travers le filtre de ses propres représentations (21). Après l'événement, un processus de rationalisation et de silence sur le vécu pouvait être présent.

L'ensemble des facteurs de la représentation des participantes avant une consultation ainsi que la dynamique engendrée par la maltraitance sont présentés dans la Figure 3.1). Nous détaillons également les éléments vécus comme maltraitants par les participantes dans le chapitre suivant « Éléments vécus comme maltraitants » 3.3).

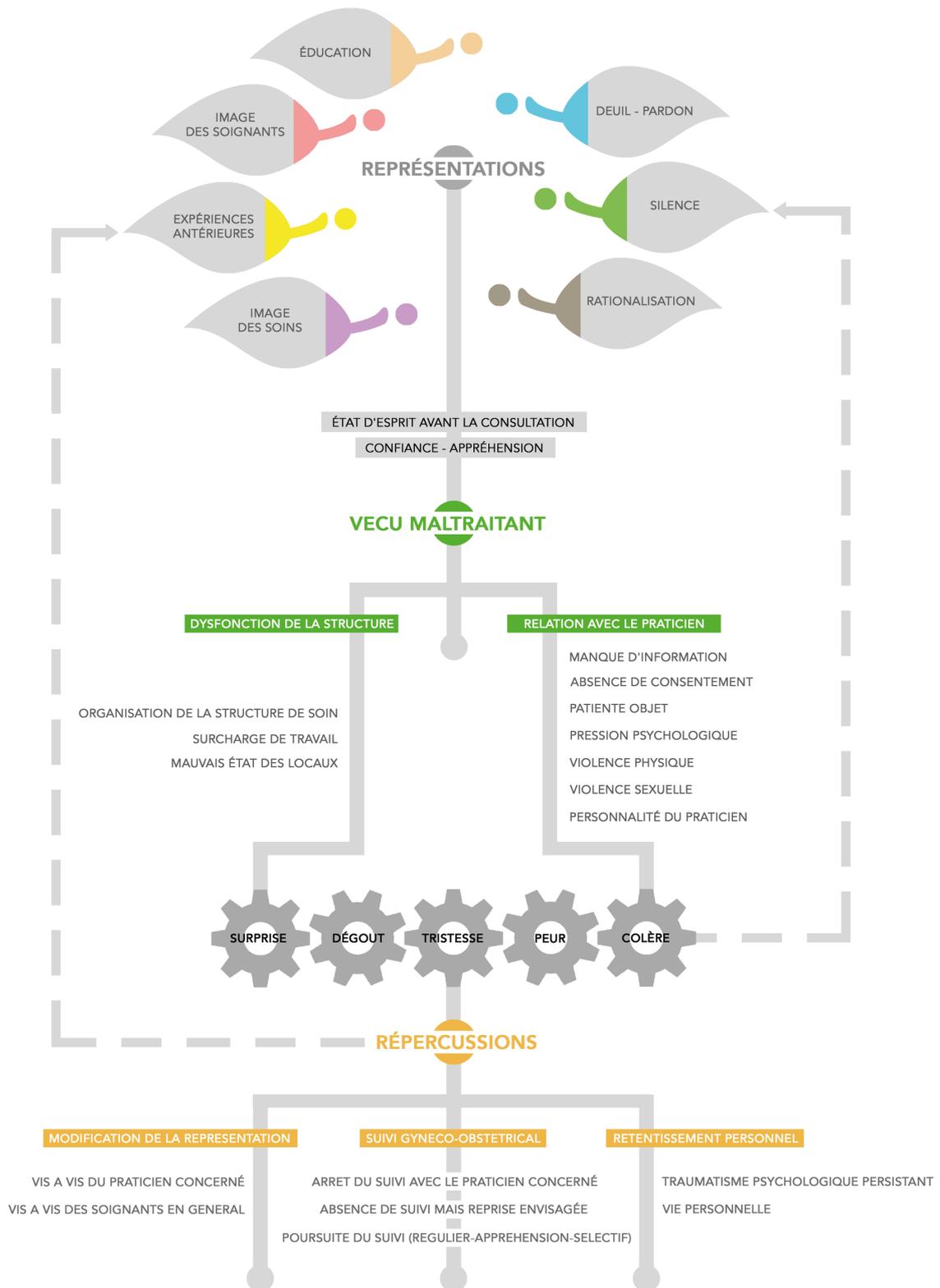


Figure 3.1 : Les déterminants du vécu maltraitant en gynécologie et obstétrique ambulatoire.

### 3.3 ÉLÉMENTS VECUS COMME MALTRAITANTS

#### 3.3.1 LA RELATION AVEC LES PRATICIENS

##### 3.3.1.1 MANQUE D'INFORMATION ET ABSENCE DE RECHERCHE DU CONSENTEMENT.

Toutes les participantes ont signalé une information manquante, incomplète ou orientée « *donc il a pratiqué l'amniocentèse, et puis ça s'est bien passé. Il est parti sans me donner de consignes de quoi, de ce que je devais faire dans la suite de l'amniocentèse* » (E15). Trois se sont vues expliquer des éléments de leur consultation en des termes médicaux trop complexes : « *elle ne m'a même pas dit je suis enceinte elle m'a dit [...] c'est le nombre de BH... [...] qui était haut* » (E5). Pour certaines, ces informations auraient pu les aider à mieux comprendre et à mieux vivre la situation : « *il m'aurait expliqué, il m'aurait dit : j'ai besoin de ça [...], je suppose que dans certains cas y'a besoin de faire ce genre de chose* » (E13).

Pour d'autres leur consentement n'a pas été recherché. « *Alors que de prévenir tout simplement, de dire ce qu'on va faire. C'est comme avant de faire n'importe quel toucher, on demande la permission. Là c'est la même chose avant de commencer à aller secouer un ventre et pour le coup en faisant mal.* » (E1).

##### 3.3.1.2 PATIENTE OBJET

Neuf participantes se sont senties considérées comme « *un objet d'examen* » (E9), de « *la viande* » (E4; E1), « *un ventre avec un bébé* » (E1) ou « *une série de chiffre dans un bouquin* » (E4).

Certaines se sont senties mal considérées par manque d'écoute ou d'intérêt vis-à-vis de leurs attentes. L'une s'est même sentie ignorée car « *l'échographiste ne [lui] adressait pas du tout la parole. Elle parlait qu'à l'étudiante* » (E1) tout en changeant d'attitude à l'arrivée de son mari médecin. Elle en conclut : « *faut avoir une blouse pour qu'on nous adresse la parole !* » (E1). Ce sentiment pouvait être accru car certains praticiens ne se présentaient pas ou très sommairement.

Des participantes ne se sont pas senties respectées dans leur pudeur comme cette patiente qui a eu une « *écho endovaginale [alors que] la porte n'était pas complètement fermée* » (E6). Certaines avaient l'impression que le praticien banalisait l'examen gynécologique. « *Pour moi c'est juste de la banalisation, le temps que les médecins ont à accorder aux patients. Fin' tu vois là. [...] Celle qui m'a fait mal elle ne m'a pas fait mal parce qu'elle voulait me faire mal, heu, elle allait vite pis elle m'a fait mal.* » (E6). Elles rapportaient ces éléments comme le plus

souvent non intentionnels : « *je pense pas que ça parte d'un mauvais sentiment de leur part (E12), « c'était pas du tout volontaire » (E16).*

Le manque de tolérance, de bienveillance, de tact par des propos jugés inappropriés étaient cités. Une participante rapporte les propos de son praticien juste avant la réalisation d'un examen : « *je ne comprends pas pourquoi on fait une amniocentèse... c'est complètement archaïque ! C'est n'importe quoi ! » (E15).*

Pour huit participantes on a minimisé leurs symptômes et leur douleur. « *C'est l'échographe il m'a, il m'a fait un mal de chien quoi ! Il s'en foutait. Je lui disais vous me faites mal, il m'a dit arrêtez de faire votre crâneuse » (E9).*

### 3.3.1.3 PRESSION PSYCHOLOGIQUE

Pour quatre des participantes les praticiens cherchaient à les convaincre avec des « arguments d'autorité » sans expliquer : « *De toute façon vous n'y comprenez rien. Nous on est gynéco on le sait très bien. » (E2).*

Quatre participantes se sont senties infantilisées en recevant « *une leçon de morale comme une gamine » (E6)* ou par les termes employés comme « *vosre future poche à bébé » (E2).*

Dix des participantes ont eu des reproches, se sont vues intimidées, jugées sur leurs comportements (habillement, vie sexuelle, etc.), voire humiliées : « *Et ouais j'avais vraiment ce sentiment d'être juste une... une merdeuse qui était allée traîner son cul pas où il fallait ! » (E6).*

Dix se sont senties culpabilisées, comme cette participante qui réfléchissait à une IVG : « *bah vous voyez c'est un beau projet de vie une naissance et tout vous savez y'a plein d'autres personnes qui voudraient être dans votre cas et qui ne peuvent pas » (E5).*

Six participantes ont rapporté un refus de soins. « *On nous a refusé l'accès à la consultation. » (E11) « Je lui avais demandé la possibilité du stérilet et elle l'a complètement [...] refusé. » (E12) « Nous on ne va pas perdre du temps à vous dépister et elle m'a renvoyée aussi sec » (E2).*

### 3.3.1.4 VIOLENCE PHYSIQUE

Huit participantes sur les 16 trouvaient les gestes des praticiens brutaux lors des examens voire « violents » (E1), responsables pour la plupart de douleur. « Elle me met le spéculum. J'arrivais plus à parler parce qu'elle m'a fait hyper mal. Et... elle fait son truc » (E6).

Pour deux le soin est même assimilé à « de la torture » (E3; E7). « J'ai tellement hurlé que ma sœur m'a entendue jusque dans la salle d'attente de l'hôpital. Mais ça été pour moi une torture. Et en plus je me suis faite enguirlander comme quoi j'étais douillette [...]. Je suis sortie hagarde, complètement abrutie de douleur et d'humiliation, je titubais, je me souviens, et il m'avait brûlé l'utérus » (E7).

### 3.3.1.5 EXAMEN VECU COMME UNE VIOLENCE SEXUELLE

Une des participantes a vécu les propos du praticien comme une « proposition » (E8) lorsqu'il lui a dit « après si vous voulez je peux vous faire votre frottis aussi » (E8) lors d'une consultation pour un vaccin. Trois participantes agressées sexuellement dans l'enfance ont vécu un examen gynécologique comme une violence sexuelle : soit en jugeant les gestes du praticien trop doux, « comme des caresses » (E16) et « tendancieux » (E16). Soit en ayant l'impression d'une pénétration sexuelle. L'une par la sonde endovaginale et une autre lors d'un toucher rectal: « et donc il m'a fait un examen gynécologique euh...et à un moment, fin sans me prévenir, sans rien, il m'a fait un toucher rectal. [...] J'appelle [ça] moi une violence [...] en plus je crois que c'était la première fois que, [...] je subissais ça, et sans le savoir, j'ai été surprise » (E13). Tout en concluant pour l'une d'elles : « nan mais ce qu'ils oublient voilà c'est que, ils touchent quand même aux parties intimes, même si c'est leur job, y a des femmes qui peuvent se sentir agressées sexuellement enfin... C'est à nous ! C'est notre corps ! Même si on y va de notre propre volonté les voir, y a un moment donné où faut quand même respecter ça des fois ! » (E16).

### 3.3.1.6 PERSONNALITE DU PRATICIEN

Pour sept des participantes, la personnalité des praticiens interférait dans leur comportement jugé « vieille école » (E8) ou sexiste envers elles ou pour l'un envers sa secrétaire à qui il a mis « une main aux fesses » (E6). Certains ont été décrits comme « une terreur » (E7), « un gros con » (E6). Des praticiens semblaient influencer par leur opinion « je voyais bien qu'elle était contre l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) » (E5).

## 3.3.2 LES DYSFONCTIONNEMENTS DE LA STRUCTURE DE SOINS

### 3.3.2.1 ORGANISATION DE LA STRUCTURE DE SOINS

Quatre participantes ont eu l'impression d'avoir un « *suivi sans suivi* » (E1) car consultées par des praticiens différents à chaque rendez-vous ou par un praticien remplacé sans être prévenues. Elles l'expliquaient par « *des histoires de garde et de roulement...* » (E4). Une autre avait mal vécu le manque de confidentialité « *et après sur sa table, son bureau y avait tous les frottis avec tous les noms des nanas. Y en avait une quinzaine de posés* » (E16).

### 3.3.2.2 SURCHARGE DE TRAVAIL

Sept participantes ont rapporté des difficultés d'accès aux soins, des délais de rendez-vous trop longs, ou la difficulté de trouver un nouveau praticien pour leur suivi car certains ne « *prennent plus de nouvelle patiente* » (E16) et « *[les gynécologues] on en a pas non plus des mille et des cents dans la région* » (E14). Pour huit participantes, les praticiens n'étaient pas assez disponibles, par manque de temps et surcharge des rendez-vous « *le médecin commençait à bougonner, y avait du monde dans la salle d'attente, il était pressé* » (E11). Ce qui a pu impliquer un temps d'attente long parfois mal vécu « *j'ai attendu une bonne heure et demie je crois. Donc vous prenez sur votre temps de travail, c'est bon, mais [j'étais] agacée par ça* » (E16).

### 3.3.2.3 MAUVAIS ETATS DES LOCAUX

Les locaux ont influencé le vécu des patientes notamment lorsqu'ils étaient vétustes, sombres, «*glauques*» (E5 ; E16) ou manquant d'hygiène. « *Et là comme c'était au rez-de-chaussée, enfin moitié sous-sol, elle avait occulté toutes les fenêtres avec un film noir, donc c'était déjà très sombre. [...] [il y] avait des poils de chat de partout [...] sur la table d'auscultation. Et y avait le seau à côté avec des spéculums, voilà, tous les spéculums usagés dans un seau* » (E16).

## 3.4 REPERCUSSIONS SUR LE SUIVI MEDICAL

### 3.4.1 CONSEQUENCES POUR LE SUIVI GYNECOLOGIQUE ET OBSTETRICAL

#### 3.4.1.1 ARRET DU SUIVI AVEC LE PRATICIEN CONCERNE

C'est le cas pour neuf participantes. Toutes avaient repris un suivi avec un(e) autre praticien(ne) au moment de l'entretien. « *Une fois j'ai dit, une fois mais pas deux ! Je me suis toujours demandée si ce n'était pas une caméra cachée en fait [nous étions] toutes décomposées* » (E16).

### 3.4.1.2 ABSENCE DE SUIVI ACTUEL MAIS REPRISE ENVISAGEE

Trois participantes n'avaient plus de suivi lors de l'entretien, mais envisageaient de le reprendre. Elles étaient partagées entre leur besoin de reprendre un suivi, et la peur d'être à nouveau confrontées à une situation similaire. En effet, elles avaient conscience de l'importance d'avoir un suivi gynécologique pour leur santé personnelle et se sentaient d'autant plus coupables de ne plus y recourir. « *Mais faut vraiment que je prenne un rendez-vous quoi...Pfff. (Rire) Mais j'ai pas envie! (Rire) Ça craint hein ? (Rire) De toute façon bah ça fait trois ans que je ne suis pas allée voir un gynéco c'est parce que je n'ai pas envie de me re-confronter à ça quoi.* » (E2). L'une d'elles n'a toujours pas de suivi actuellement, plusieurs mois après la réalisation de l'entretien.

### 3.4.1.3 POURSUITE DU SUIVI

Treize participantes avaient actuellement un suivi gynécologique régulier avec un professionnel : gynécologue, médecin généraliste ou sage-femme. « *Mais pour ce qui est de mon suivi standard, ça s'est plutôt bien passé, enfin je n'ai pas eu de soucis. Donc euh... non on n'a pas eu trop trop d'appréhension, de problème pour le coup. Pour le coup Dr [nom] c'est quelqu'un qui est très rassurante en fait (rire), ça se passe plutôt bien* » (E4). Les participantes n'ont pas signalé de modification de leur suivi obstétrical malgré la maltraitance ressentie.

En revanche, même si ces participantes déclaraient avoir un suivi régulier, globalement satisfaisant, la ou les situations difficiles qu'elles ont pu rencontrer ne sont pas sans conséquences sur la manière dont elles l'envisageaient.

Sept conservaient une appréhension importante lors des futures consultations. Elle prenait la forme d'une anticipation anxieuse : « *ben maintenant je me dis à chaque fois que je ferai une écho... J'aurai toujours en fait peur de tomber sur... [un embryon] ouais ça c'est vraiment...c'est vraiment une appréhension* » (E5). Elle pouvait majorer le vécu négatif lors d'une consultation ultérieure avec le sentiment de n'être « *pas à l'aise* » (E9), voire renforcer la crainte envers les professionnels de santé de manière générale « *à chaque fois ça été horrible. Fin' pour moi horrible. Ben du coup ça me rend encore plus réticente à aller fin' à retourner chez le gynéco du coup* » (E2). Six participantes ont exclu définitivement certaines catégories ou genre de praticiens quand ceux-ci étaient en lien avec l'événement vécu comme maltraitant « *Et donc je n'aime plus (insiste) honnêtement consulter avec des femmes ! [...] et ben moi je suis plus en confiance avec des hommes. Donc maintenant tous mes médecins que ce soit du*

*dentiste au médecin traitant ce sont tous des hommes ! » (E12). « Je passe uniquement par le même groupe de sages-femmes. Parce que je m'y sens en sécurité et que c'est devenu très important » (E11). Trois participantes décrivaient les sages-femmes plus à l'écoute et plus empathiques que les médecins. Trois participantes n'abordaient plus en consultation les problèmes de santé en relation avec la consultation vécue comme traumatisante, que ce soit avec le praticien concerné ou avec un praticien n'ayant aucun rapport avec la situation « Et je pense que je vais pas raconter mon histoire je serai limite prête à mentir pour juste faire mes tests et ciao quoi ! » (E2). Trois participantes ont renoncé à certains soins, notamment à certains dispositifs contraceptifs, voire à la contraception dans son ensemble. « Enfin du coup j'ai tout enlevé et je n'ai plus rien pris. Je euh... Voilà. Plus de protection, je me suis débrouillée... Voilà un rejet complet, je voulais plus en entendre parler voilà... de la contraception » (E10).*

### **3.4.2 MODIFICATIONS DE LA REPRESENTATION**

#### **3.4.2.1 ...VIS A VIS DU PRATICIEN CONCERNE**

Quatre participantes ont développé une aversion durable à l'encontre du praticien concerné, soit intériorisée et vécue de manière individuelle, soit partagée avec d'autres femmes pour éviter à celles-ci de vivre une expérience similaire. « Donc encore un nom qu'il m'est encore un peu difficile de lire sur une plaque, heureusement il l'a enlevée il n'y a pas très longtemps [...] Et ça remue parce qu'avec des gens comme ça bah on peut foutre en l'air la vie d'une gamine » (E7). « Alors que là par contre le gars pour l'échographie je ne le verrai plus jamais de la vie, et puis je lui ai pourri sa réputation (rire)... normal ! » (E9).

Malgré le traumatisme ressenti, deux participantes poursuivaient tout de même les soins avec le praticien concerné, rationalisant leur choix par l'évocation de raisons pratiques ou pour des motifs considérés comme de moindre importance. « Justement il m'a dit que si je voulais tomber enceinte ce serait plus facile si je me faisais suivre ici. C'est pour ça que je suis restée avec cette personne-là. Mais c'est vrai que là pour être enceinte... Et c'est vrai que tous les mois on doit aller se faire contrôler... Donc là effectivement c'était plus simple [...] » (E14).

#### **3.4.2.2 ...VIS A VIS DES SOIGNANTS EN GENERAL**

Dix participantes rapportaient une modification dans leur rapport aux soins et aux soignants. Elle concerne le suivi gynécologique, car directement lié à l'expérience négative vécue, mais s'étend aussi au-delà de ce seul domaine.

Cinq d'entre elles rapportaient la difficulté à « *faire confiance à nouveau* » (E1).

La parole des praticiens n'était plus perçue comme un gage d'une information fiable et suffisante « *il fallait que je fasse attention en gros à mes consultations médicales parce que tout n'était pas forcément juste* » (E12). L'information qu'elles ne pouvaient trouver à l'issue d'une consultation, elles la cherchaient par d'autres biais comme l'entourage, le web. Cette autre source d'information était critiquée par les participantes, mais le doute s'était installé. « *Mon gynéco il ne m'a pas dit : « ah ben tiens vous pourrez faire ça ou ça ou ça » [...] et moi je n'ai rien fait [traitement alternatif proposé par une amie] mais j'aurai voulu... Voilà il m'annonce ça et si je ne fais pas mes recherches sur Google ou avec des copines autour ben en fait je resterai... Fin' je ne sais pas comment ça se passait avant, mais heureusement qu'y a internet* » (E14).

Devant l'absence de solutions proposées aux problèmes de santé rencontrés, trois participantes cherchaient des solutions alternatives comme « *prendre des compléments alimentaires, des tisanes diurétiques* » (E8), ou recouraient à des méthodes contraceptives reconnues moins efficaces comme le « *retrait* » (E8), ou encore en venaient à « *s'automédiquer* » (E12).

Deux participantes ont modifié leur réseau de soin. En effet, si elles reconnaissaient le caractère pratique et raisonnable de réaliser leurs consultations dans leur bassin de vie, elles envisageaient la possibilité de se rendre dans des zones géographiques parfois très éloignées, si cela pouvait leur permettre d'avoir accès à un professionnel de confiance. « *J'en suis à me dire pour mon suivi d'aller faire un aller-retour à l'autre bout de la France pour être suivie par un gynécologue [connu de son père] plutôt qu'à côté de chez moi* » (E1), tout en reconnaissant que « *c'est totalement idiot, c'est pas du tout raisonnable* » (E1).

### 3.4.3 RETENTISSEMENTS PERSONNELS

Au-delà du retentissement sur le soin, douze participantes ont évoqué un retentissement sur leur vie personnelle : que le souvenir douloureux de l'événement persistait, occasionnant des questionnements, ou qu'il modifiait leur manière d'appréhender certains aspects de leur vie privée.

### 3.4.3.1 TRAUMATISME PSYCHOLOGIQUE PERSISTANT

Neuf participantes avaient un souvenir vif de ces situations, qui pour certaines les garderont « *en tête tout le temps* » (E5) considérant que « *dans la vie d'une jeune femme* » c'est « *très traumatisant* » (E7).

### 3.4.3.2 VIE PERSONNELLE

Pour trois participantes, un tel vécu de ces situations entraînait des modifications dans leurs relations à autrui : « *dans toutes mes relations je [ne] suis plus en confiance [...] mes relations en fait amicales féminines sont finalement limitées ! (Rire)* » (E12).

Ou dans leurs projets de vie : « *mon copain [...] il était content mais il aurait peut-être aimé attendre un peu plus [pour avoir un enfant]. Alors [que] moi je l'ai un peu poussé. Et [...] C'est vrai que tout ça, fin' ça vient de ce RDV-là quoi. De cette phrase en fait. Qu'il a dit « Ouh ça va être compliqué pour tomber enceinte ». Bon ça s'est fait et voilà* » (E15).

## 4 DISCUSSION GENERALE

Dans notre étude, les participantes imputaient leur vécu maltraitant à la relation avec les praticiens et au dysfonctionnement de la structure de soins. Le manque d'informations, l'absence de consentement, le manque de considération, les violences physiques (douleur), psychologiques ou sexuelles, et l'influence de la personnalité du praticien, étaient liés à l'interaction avec le praticien. L'organisation des soins, la vétusté des locaux, la surcharge de travail rendant les praticiens peu disponibles et l'accès aux soins parfois difficile, étaient rattachées aux dysfonctionnements structurels. Les difficultés rencontrées affectaient peu la fréquence du suivi gynécologique et obstétrical, mais modifiaient le rapport aux soins des participantes. En effet, elles pouvaient ressentir une appréhension, remettre en cause l'information délivrée et rechercher alors des solutions alternatives via internet ou l'entourage. Cela participait parfois à la création de représentations inexactes par manque d'informations fiables. D'autres ont renoncé à des soins, les menant parfois à des conduites à risque. L'impact débordait du cadre de soin, allant jusqu'à influencer leurs projets de vie, voire leurs relations interpersonnelles. Le vécu maltraitant des participantes relevait d'une interaction complexe entre leurs représentations, l'action vécue et l'émotion ressentie. L'ensemble modifiait alors ces représentations et influençait ainsi le vécu ultérieur des consultations.

### 4.1 ÉVÉNEMENTS VECUS COMME MALTRAITANTS EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE : MISE EN PERSPECTIVE

#### 4.1.1 LE VECU MALTRAITANT : UN NON-RESPECT DU DROIT DES PATIENTES

Le manque d'informations ressort comme un élément majeur du vécu maltraitant d'une consultation pour les participantes. C'est une attente qui semble d'autant plus importante pour les patientes lors de l'examen gynécologique (22), en particulier lors d'un premier examen, influençant de manière positive son vécu (23). L'absence d'explications ne permet pas une décision médicale partagée et peut générer de l'incompréhension qui se manifeste par un sentiment de peur (2), de colère ou de surprise. Il est aussi nécessaire que l'information soit adaptée à la littératie en santé des patientes. La littératie se décrit comme la capacité à comprendre et utiliser une information (ici de santé). D'après une enquête européenne en 2015, 47% des européens ont un niveau insuffisant ou limité de littératie en santé (24). Des études montrent que lorsque ce niveau est faible, cela amène à une diminution des comportements favorables à la santé, des capacités de prise de décision, de recherche d'information et de communication (25). Une prise en charge expliquée en des termes adaptés à la littératie en santé

des patientes aurait évité certains des récits recueillis. Cette étude illustre l'importance de s'assurer de la bonne compréhension de l'information délivrée (26). Malgré les obligations légales ou réglementaires d'information, d'explication et de respect de la dignité, cette étude montre la complexité de leur mise en pratique (27–29).

Cette situation n'est pas propre à la France ; en Suède, 73% des patientes (30), ont rapportés un manquement aux principes éthiques (autonomie, non malfeasance, justice, intégrité) de la part du personnel soignant.

#### **4.1.2 FORMATION DES SOIGNANTS, CADRE DE TRAVAIL ET REPRESENTATIONS SOCIALES : UNE RESPONSABILITE DANS LA MALTRAITANCE MEDICALE**

Avoir été considérée comme un objet d'examen a contribué à un sentiment de déshumanisation chez les participantes. La déshumanisation dans les soins selon Haslam (31) serait associée à l'indifférence et au manque d'empathie. Or, l'empathie chez les étudiants en médecine aurait tendance à diminuer au fur et à mesure de leurs études (32). Cette baisse serait liée à la mauvaise structuration des études (33) et à l'utilisation d'outils pédagogiques qui se font parfois le relais de préjugés et d'idées fausses (34). La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) remarquait à ce propos que certaines formations « [...] n'offrent pas les outils pour questionner ces préjugés et amener les jeunes soignants à interroger leur pratique » (34). Elle serait également liée à la maltraitance des étudiants par leurs supérieurs (33,35), à leur infantilisation et au sexisme ambiant (8,36). Quatre-vingt-huit pourcents des internes déclaraient subir ou être victime de sexisme au quotidien. Celui-ci semble banalisé puisque seul 17,5% des internes considéraient l'humour sexiste comme un sexisme quotidien (36). Ce sexisme banalisé dans la formation médicale est en réalité un phénomène plus large, culturel, ancré dans l'Histoire de la condition féminine (8,37–39). Enfin, la diminution de l'empathie serait liée aux difficultés face à la maladie et à la mort, à la surcharge de travail, à l'éloignement familial, à l'isolement, aux courtes durées d'hospitalisation qui ne permettent pas d'établir une bonne relation avec les patients, ainsi qu'à la déception quant à l'idéalisation médiatique du rôle du médecin (33). De plus l'image du « médecin invincible » peut les pousser à ne pas prendre en compte les difficultés auxquelles ils font face (34).

Lors de leur prise de fonction, les jeunes médecins se révèlent déjà en souffrance : 66% des interrogés souffraient d'anxiété, 27% de dépression et 23% d'idées suicidaires (40). L'organisation du système de soins et la surcharge de travail des soignants ont nui au vécu des participantes : le temps qui leur était consacré leur paraissait parfois limité. Ce manque de temps

lors des consultations est responsable d'un sentiment de frustration pour certains soignants (41). Un récent rapport de la HAS établit un lien entre des mauvaises conditions de travail et le risque de maltraitance des patient(e)s (42).

#### 4.1.3 LE VÉCU MALTRAITANT : LES ENJEUX DE LA CONSULTATION

Le temps et l'attention consacrés aux patientes sont considérés comme un enjeu important. La plupart des femmes rationalisaient leur vécu maltraitant lié au comportement du praticien en prenant en compte les conditions de travail, responsables d'un manque de temps et d'une banalisation.

Le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique concerne l'intimité des femmes. Certaines participantes, qu'elles aient ou non un antécédent de maltraitance, avaient une appréhension avant la consultation. L'éducation et le manque d'informations avant les consultations, leur image du soin et du soignant, ainsi que leurs expériences antérieures médicales, personnelles ou celles de leurs proches, paraissaient influencer le vécu des consultations. Ainsi, une même situation n'est pas vécue comme maltraitante par toutes les femmes (30). Parmi elles, sept participantes avaient des antécédents de violences, notamment sexuelles pendant l'enfance. Ces patientes sont plus à risque d'être à nouveau confrontées à la maltraitance (11), ou de revivre une violence sexuelle (43,44). En revanche dans les travaux suédois, une majorité des patientes confrontées à la maltraitance médicale n'avaient pas d'antécédent de violences (11). Certaines plaintes se retrouvent chez toutes les participantes quel que soit leur état d'esprit avant la consultation, comme le manque d'informations, les examens douloureux et le sentiment d'être ignorée. Associé au sentiment d'impuissance, de négligence et de manque d'empathie, cela contribue au fait ce que les patientes se sentent « anéanties » (45). Ainsi elles gardaient le silence sur la situation et osaient rarement l'exprimer au praticien concerné. Selon une étude suédoise, elles seraient 60% à avoir cette réaction (46) face à des événements violents ou injustifiés. Le jeune âge, la faible connaissance de leur droit sont autant d'éléments qui les réduisent au silence (47).

Elles décrivent également ces événements comme le plus souvent non intentionnels, mais envisagés et légitimés dans le contexte structurel et culturel dans lequel a lieu la rencontre (10). Selon Brüggemann et al., ce type de maltraitance est le reflet d'un échec de la lutte de pouvoir des patientes vis-à-vis des praticiens par un manque d'écoute, par le silence qui entoure ces situations et par l'absence de reconnaissance de la parole des patientes (48,49). En effet, le mépris de la parole du patient, peut aussi s'expliquer par l'organisation particulière de la

médecine en « profession ». Celle-ci lui permet de jouir d'une autonomie technique, lui conférant une position privilégiée d' « expert », dont le contrôle des compétences est fait par « elle-même » (50). Ainsi selon Freidson « même la médecine, quand elle applique ses connaissances, est au fond dans une position morale et non pas objective [...] qui [...] crée elle-même ses idées du bien et affirme que le prix demandé au client, à savoir d'abandonner des éléments de son statut normal, est à la fois nécessaire et équitable (50) ». Cette attitude conduit à une position bienveillante envers le patient mais pas forcément bienveillance (51), car elle favorise surtout les représentations du praticien. Même lorsque les praticiens sont sensibilisés (2) à la maltraitance, ils ont des difficultés à la mettre en relation avec leurs propres pratiques, la minimisent ou cherchent des justifications (52). Dès lors, prendre conscience de ces mécanismes, s'inscrit dans une démarche de qualité des soins, valorisante pour le soignant et non plus perçue comme la remise en cause de leur travail.

#### **4.2 CONSEQUENCES POUR LA SANTE DES FEMMES**

Dans notre étude, les femmes rapportaient une peur responsable d'une sidération au moment des faits, une impuissance à réagir qui les contraint au silence. Cet état de sidération paralyse les fonctions mentales supérieures et est responsable d'une anesthésie émotionnelle. Il est défini en psychologie comme la dissociation traumatique (53). Elle peut entraîner l'apparition d'une mémoire traumatique se traduisant par des réminiscences intrusives qui envahissent la conscience et qui font revivre à l'identique tout ou partie du traumatisme (53). Ce mécanisme explique que la plupart des participantes gardent un traumatisme psychique après les faits, responsable d'une modification de la représentation des soins et des soignants, de leurs relations interpersonnelles et une appréhension des consultations ultérieures. Dans la littérature est associée à la maltraitance liée aux soins, une plus grande fréquence de comorbidités d'ordre physique (plaintes somatiques multiples) et d'ordre psychique (troubles du sommeil et syndromes de stress post-traumatique) (11,37,53). Les patientes font parfois face à un refus de soin de la part des praticiens, ou reportent voire renoncent aux soins. En dehors du préjudice personnel, le CNCDH rappelait que cela n'est pas sans conséquence financière pour le système de santé : « le recours tardif aux soins engendre un parcours de soins plus complexe et long, un traitement plus coûteux, et un suivi plus contraignant pour le patient lorsqu'il accepte d'être soigné » (34).

### 4.3 INTERETS ET LIMITES

De nombreuses études ont été faites sur le thème de la maltraitance liée aux soins notamment en Suède par l'équipe du Pr K.Swahnberg (48,54). L'étude de ce phénomène dans le domaine spécifique de la gynécologie-obstétrique ambulatoire en France, rendait ce travail original. Le caractère exploratoire de notre étude justifie le choix de la méthode qualitative (55,56).

L'échantillon était varié concernant l'âge des participantes, leurs antécédents, les types et lieux de consultation, le genre et la spécialité des praticiens. En revanche, le recrutement n'a pas permis de varier l'échantillon sur le plan culturel malgré les tentatives de recrutement dans des centres médicaux consultant une population de culture variée. Il s'agissait en effet d'un sujet intime dont l'évocation peut être délicate, voire tabou dans certaines cultures ou religions, ce qui a pu exclure ces femmes de notre échantillon. Le recours à un traducteur et le recrutement via des associations auraient pu élargir l'échantillonnage. Dans ces conditions, la suffisance des données atteinte au douzième entretien s'explique par les modes de recrutement choisis. De plus, notre recrutement reposait majoritairement sur la réponse spontanée des participantes aux fiches informatives déposées dans les salles d'attente, ce qui laisse supposer que surtout des femmes déjà sensibilisées à ce sujet y ont répondu. La plupart des participantes avaient un niveau de diplôme élevé. Une étude suédoise a retrouvé une association positive entre l'avancement des diplômes et la reconnaissance de la maltraitance liée aux soins (11).

Dans notre population, les gynécologues-obstétriciens sont surreprésentés. Il s'agissait encore récemment des premiers interlocuteurs des femmes, puisqu'en 2008, 82% des femmes ayant un suivi gynécologique déclaraient le réaliser auprès d'un gynécologue ou d'un gynécologue-obstétricien (57). Suite à la diminution progressive de l'effectif des gynécologues à activité libérale ou mixte (57), les médecins généralistes et sages-femmes sont amenés à prendre en charge ces patientes plus fréquemment. Il existe donc aussi un intérêt pour eux à ne pas méconnaître les éléments de la maltraitance médicale dans ce domaine.

Le risque de projections des points de vue personnels lors de l'analyse des données brutes a été limité par la triangulation des données. L'analyse matricielle selon la sémiotique de Peirce a participé à davantage de rigueur dans la compréhension globale des phénomènes en jeu (19,58).

### 4.4 OUVERTURES

Ce travail ne permettait pas d'évaluer la prévalence du vécu maltraitant lié aux soins en France. Certaines études internationales dans des pays de niveau de vie comparable tel les pays nordiques, laissent supposer qu'elle est importante (11). Une étude quantitative complémentaire serait souhaitable afin de mesurer l'ampleur du phénomène. De même, l'étudier à la lumière d'une population plus variée sur le plan culturel permettrait probablement de faire émerger d'autres facteurs de maltraitance liée aux soins. Cette étude porte uniquement sur le point de vue des patientes, il serait intéressant d'étudier celui des praticiens afin de comparer les vécus de chacun.

Ces données devraient aider à la mise en place de programmes d'actions pour améliorer l'information des patientes et l'identification de celles à risque d'un vécu gynécologique traumatique. Des actions visant les patientes peuvent être proposées comme de les informer sur leurs droits afin d'améliorer leur capacité à reconnaître et à réagir face à ces situations (59). En effet, le silence qui entoure la maltraitance liée aux soins freine l'amélioration des pratiques (46). Des actions auprès des soignants peuvent aussi être mises en place : sensibiliser les praticiens lors de leur formation par l'usage de jeux de rôles (60), encourager la décision médicale partagée, reconnaître cette forme de maltraitance et la rechercher (34), voire proposer systématiquement aux patientes des chaperons lors d'un examen intime, comme cela est recommandé en Angleterre (61). Les recommandations éthiques internationales (62) pourraient constituer une base de réflexion dans la prévention du vécu maltraitant en consultation. Notre travail montre qu'au-delà de la sensibilisation des protagonistes, les structures de soins ont également besoin de modifications substantielles ce qui est concordant avec les conclusions de plusieurs rapports nationaux (2,8,34).

**THESE SOUTENUE PAR :** MARCILLY Amandine et MAURI Mélissa

**TITRE :** Maltraitance médicale dans la pratique gynécologique et obstétricale ambulatoire et conséquences pour le suivi : point de vue des patientes

## 5 CONCLUSION

Cette étude avait pour but de mieux déterminer les éléments vécus comme maltraitants par les patientes lors des consultations de gynécologie ou d'obstétrique ambulatoires et leur impact sur le suivi. Elle permet de mieux cerner les difficultés des patientes et leurs attentes, les facteurs influençant leur vécu et ses répercussions.

Ce travail montre la complexité de la genèse du vécu maltraitant lors de consultations gynéco-obstétricales. Il en propose un schéma général. La maltraitance est liée essentiellement aux faits et gestes du praticien et à la structure de soins. Les faits du praticien sont décrits principalement comme non intentionnels et rapportés à la banalisation des actes pratiqués sur une partie intime du corps. Les participantes exigent un meilleur respect de leurs droits, notamment autour de l'information mais aussi de leur corps ainsi qu'une meilleure considération. D'autre part des dysfonctionnements du système de soins sont pointés. Il s'agit principalement de la surcharge de travail et de la réduction du temps consacré aux patientes, ce qui leur paraît pourtant un élément essentiel de la qualité des soins. Ce vécu provoque un traumatisme pour certaines et des répercussions sur leur suivi et leur vie personnelle. Elles développent une appréhension vis-à-vis du corps médical en qui elles ont perdu confiance. Dans leurs recherches d'alternatives certaines adoptent parfois des conduites à risques. Un refus de soin a pu parfois leur être opposé, pouvant conduire à un retard de prise en charge. L'histoire personnelle et les attentes des participantes paraissent avoir une influence importante sur le vécu de la consultation bien que certains éléments tels que le manque d'information ou la douleur soient cités quel que soit leur état d'esprit avant la consultation.

Bien que la prévalence de la maltraitance liée aux soins soit connue pour des pays de niveau socioéconomique comparable comme la Suède, aucune évaluation n'existe en France. La recherche doit être poursuivie dans ce domaine compte tenu de ses conséquences pour la qualité des soins notamment vers les populations plus défavorisées encore moins documentées.

Plusieurs pistes ont déjà été évoquées comme la sensibilisation et l'information des patientes, la formation des soignants à sa reconnaissance spécifique, ou le recours à la décision médicale partagée. L'amélioration du système de santé, notamment des moyens humains, paraît également indispensable.

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

Grenoble, le :

**LE DOYEN**

A blue ink signature of Patrice Morand, consisting of a large, sweeping initial 'M' followed by a horizontal line.

Pr. Patrice MORAND

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE**

A blue ink signature of Pascale Hoffmann, featuring a stylized 'H' followed by a horizontal line.

Pr. Pascale HOFFMANN

**REFERENCES**

1. Casagrande A, Delivré O, Marie P, Parayre C. Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance. ANESM; 2008.
2. Compagnon C, Ghadi V. La maltraitance "ordinaire" dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages. HAS; 2009.
3. hashtag PayeTonUtérus [Internet]. 2014. Available from: <https://twitter.com/hashtag/payetonuterus?lang=fr>
4. Lorriaux A. Touchers vaginaux sur patientes endormies: un tabou à l'hôpital? [Internet]. 2015. Available from: <https://www.lci.fr/societe/touchers-vaginaux-sur-patientes-endormies-un-tabou-a-lhopital-1518908.html>
5. Quillet L. toucher vaginal sans consentement, une pratique bien réelle. Le figaro. 2015; Available from: <http://madame.lefigaro.fr/societe/polemique-touchers-vaginaux-patientes-endormies-non-consententes-050215-94255>
6. Omélianenko I, Déchalotte M, Collection témoignages: maltraitance gynécologique. France Culture Sur les Docks. 2015.
7. Winckler M. Les Brutes en blanc La maltraitance médicale en France. Flammarion Eds; 2016.
8. Bousquet D, Couraud G, Collet M. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical [Internet]. HCE Haut Conseil à L'Egalité; 2018. Available from: <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>
9. Swahnberg K. NorVold Abuse Questionnaire for men (m-NorAQ): validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse and abuse in health care in male patients. *Gend Med*. 2011 Apr;8(2):69–79.
10. Brüggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. Abuse in health care: a concept analysis. *Scand J Caring Sci*. 2012 Mar;26(1):123–32.
11. Swahnberg K, Schei B, Hilden M, Halmesmäki E, Sidenius K, Steingrimsdottir T, et al. Patients' experiences of abuse in health care: a Nordic study on prevalence and associated factors in gynecological patients. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(3):349–56.
12. Pérez D'Gregorio R. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2010 Dec;111(3):201–2.

13. feminista! [Internet]. [cited 2018 Aug 2]. Available from: <http://feminista.ch/>
14. Collectif Interassociatif Autour de la Naissance [Internet]. CIANE. [cited 2018 Aug 2]. Available from: <https://ciane.net/>
15. Définition - Soins ambulatoires | Insee [Internet]. [cited 2018 Aug 5]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1401>
16. Ministère des solidarités et de la Santé. Règles de facturation des soins dans les établissements de santé. Parcours de soins coordonnés [Internet]. 2009. Available from: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours\\_de\\_soins\\_coordonne\\_a\\_l\\_hopital-2.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-2.pdf)
17. HAS. Document de travail Lexique ou glossaire de termes à utiliser [dans les productions HAS] pour les soins délivrés en dehors des établissements de santé [Internet]. HAS Haute Autorité de Santé; 2015. Available from: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/3.3\\_lexique\\_soins\\_de\\_ville.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/3.3_lexique_soins_de_ville.pdf)
18. Phan E, Evrard A. À propos du débat sur les violences obstétricales. Position du CIANE. *Rev Médecine Périnatale*. 2017 Dec 1;9(4):201–2.
19. Arino M, Julia B. Intérêt d'une approche sémio-pragmatique peircienne pour une méthodologie analytique en recherche qualitative. 2013. (15):20.
20. Abric J-C. *Pratiques sociales et représentations*. puf Eds;2016. (Quadrige).
21. Jeoffrion C. Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé, Abstract, Zusammenfassung, Riassunto, Resumen, Resumo. *Cah Int Psychol Soc*. 2009;Numéro 82(2):73–115.
22. Yanikkerem E, Ozdemir M, Bingol H, Tatar A, Karadeniz G. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. *Midwifery*. 2009 Oct;25(5):500–8.
23. Yvon A, Leboucq-Million É. *Premier examen gynécologique: déterminants du vécu des patientes*. [Thèse d'exercise]. [France]: Université de Montpellier. UFR de médecine; 2015.
24. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015 Dec;25(6):1053–8.
25. Géry Y, Belpaume D, Broussouloux S, Condé M, Houzelle N. *La santé en action: Communiquer pour tous, les enjeux de la littéracie en santé* [Internet]. Santé publique France; 2017. Available from: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-440.pdf>

26. Code de la santé publique - Article R4127-35 | Légifrance [Internet]. [cited 2018 Aug 2]. Available from: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B85B0F7C69D8E39290A5DB15A0332E47.tplgfr36s\\_1?idArticle=LEGIARTI000025843586&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180802](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B85B0F7C69D8E39290A5DB15A0332E47.tplgfr36s_1?idArticle=LEGIARTI000025843586&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180802)
27. Code de la santé publique - Article L1111-4 | Légifrance [Internet]. [cited 2018 Aug 2]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685767>
28. Code de la santé publique - Article L1110-4 | Légifrance [Internet]. [cited 2018 Aug 2]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020886954&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
29. Code de la santé publique - Article L1110-2 | Légifrance [Internet]. [cited 2018 Aug 2]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685743&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040806>
30. Swahnberg K, Wijma B, Liss P-E. Female patients report on health care staff's disobedience of ethical principles. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(7):830–6.
31. Haslam N. Dehumanization: an integrative review. *Personal Soc Psychol Rev Off J Soc Personal Soc Psychol Inc*. 2006;10(3):252–64.
32. Triffaux J-M, Tisseron S, Nasello JA. Decline of empathy among medical students: Dehumanization or useful coping process? *L'Encephale*. 2018 Jun 27;
33. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2011 Aug;86(8):996–1009.
34. CNCDH. Agir contre les maltraitances dans le système de santé: une nécessité pour respecter les droits fondamentaux [Internet]. CNCDH Commission nationale Consultative des Droits de l'Homme république française; 2018. Available from: [http://www.cncdh.fr/sites/default/files/180522\\_avis\\_maltraitances\\_systeme\\_de\\_sante.pdf](http://www.cncdh.fr/sites/default/files/180522_avis_maltraitances_systeme_de_sante.pdf)
35. Auslender V. Omerta à l'hôpital le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé. Michalon Eds; 2017.

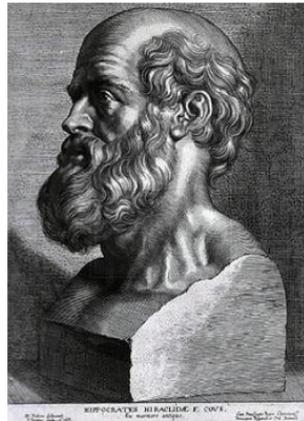
36. Porto A. Hey Doc, les études médicales sont-elles vraiment sexistes? [Internet]. ISNI; 2017. Available from: <http://www.isni.fr/wp-content/uploads/2017/11/Etude-sexisme-ISNI.pdf>
37. Déchalotte M. Le livre noir de la gynécologie Maltraitements gynécologiques et obstétricaux: libérer le paroles des femmes. First. 2017.
38. Gazalé O. Le mythe de la Virilité. Robert Laffont. 2017.
39. De Beauvoir S. Le deuxième sexe. Gallimard. 1986. (folio essais; vol. 1 et 2).
40. ISNCCA. Enquête santé mentale jeunes médecins, dossier de presse, hôpital Saint Anne [Internet]. Inter Syndicat National des Chefs de Cliniques et Assistants; 2017. Available from: <http://www.isncca.org/Actualite/207/20170613%20Dossier%20de%20presse%20ESMJM.pdf>
41. Sprenger C. La place de la médecine lente et temps de consultation en médecine générale vus par les internes de médecine générale: une étude qualitative par entretiens [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2013.
42. Kornig C, Levet P, Ghadi V. Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins [Internet]. HAS Haute Autorité de Santé; 2016. Available from: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue\\_de\\_litterature\\_qualite\\_de\\_vie\\_au\\_travail.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf)
43. Jehu D. Beyond Sexual Abuse. Therapy with Women Who were Childhood Victims. Avon: John Wiley and Sons. 1988;
44. Jehu D, Wijma K, Von Schoultz B. Clinical significance of sexual abuse. *Reprod Life Adv Res Psychosom Obstet Gynaecol* Carnforth Parthenon Publ Group. 1992;
45. Swahnberg K, Thapar-Björkert S, Berterö C. Nullified: women's perceptions of being abused in health care. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2007 Sep;28(3):161–7.
46. Brüggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. Patients' silence following healthcare staff's ethical transgressions. *Nurs Ethics*. 2012 Nov;19(6):750–63.
47. Brüggemann AJ, Swahnberg K. Patients' silence towards the healthcare system after ethical transgressions by staff: associations with patient characteristics in a cross-sectional study among Swedish female patients. *BMJ Open*. 2012;2(6).
48. Brüggemann AJ, Swahnberg K. What contributes to abuse in health care? A grounded theory of female patients' stories. *Int J Nurs Stud*. 2013 Mar;50(3):404–12.

49. Haute Autorité de Santé - Patients et soignants, vers un nécessaire partenariat [Internet]. [cited 2018 Sep 3]. Available from: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2728261/en/patients-et-soignants-vers-un-necessaire-partenariat](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2728261/en/patients-et-soignants-vers-un-necessaire-partenariat)
50. Freidson E. La profession médicale. Payot. 1984.
51. Laroque G. Bientraitance, maltraitance, qu'en est-il en France ?, Good and adequate care/abuse and neglect, what is the situation in France? *Gérontologie Société*. 2010 Sep 20;33 / n° 133(2):63–8.
52. Swahnberg K, Zbikowski A, Wijma B. Ethical lapses: staff's perception of abuse in health care. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2010 Sep;31(3):123–9.
53. Kédia M, Vanderlinden J, Lopez G, Saillot I, Brown D. *Dissociation et mémoire traumatique*. Dunod. 2012. (Psychothérapie).
54. Swahnberg IMK, Wijma B. The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. *Eur J Public Health*. 2003 Dec;13(4):361–6.
55. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin. 2016. (collection U).
56. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative Analyser sans compter ni classer*. De Boeck. 2014. (Méthode en sciences humaines).
57. David M, Perigois E. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique Synthèse des résultats Sondage réalisé pour la Fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale en mai 2008 [Internet]. Institut BVA; 2008. Available from: [http://www.bva.fr/data/sondage/sondage\\_fiche/736/fichier\\_ressenti\\_des\\_femmes\\_a\\_legard\\_d\\_u\\_suivi\\_gynecologiquee0a78.pdf](http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/736/fichier_ressenti_des_femmes_a_legard_d_u_suivi_gynecologiquee0a78.pdf)
58. Corjan IC. Le triangle sémiotique de Peirce et l'isotopie publicitaire. 2013;15.
59. Brüggemann AJ, Swahnberg K, Wijma B. A first online intervention to increase patients' perceived ability to act in situations of abuse in health care: reports of a Swedish pre-post study. *BMC Med Ethics*. 2015 May 24;16:35.
60. Swahnberg K, Wijma B. Staff's perception of abuse in healthcare: a Swedish qualitative study. *BMJ Open*. 2012 Jan 1;2(5):e001111.
61. General Medical Council, *Intimate Examinations and Chaperones* [Internet]. 2013. Available from: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for->

doctors/intimate-examinations-and-chaperones/intimate-examinations-and-chaperones

62. Zbikowski A, Brüggemann AJ, Wijma B, Zeiler K, Swahnberg K. Ethical guidelines and the prevention of abuse in healthcare. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012 Nov;165(1):18–28.

## SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maitres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai jamais à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe : ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

**LISTE DES FIGURES**

FIGURE 2.1 : TRIANGLE DE PEIRCE OU "LES TROIS UNIVERS DE L'EXPERIENCE"..... 17

FIGURE 3.1 : LES DETERMINANTS DU VECU MALTRAITANT EN GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE  
AMBULATOIRE..... 20

**LISTE DES TABLEAUX**

TABLEAU 3.1 : CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTES..... 18

## ANNEXES

### FORMULAIRE D'INFORMATION A DESTINATION DES PATIENTES

Bonjour, Nous sommes deux chercheuses et nous préparons une thèse dans le domaine de la gynécologie obstétrique (en dehors de l'accouchement). Le sujet concerne les sentiments de violence, d'abus (de confiance, de pouvoir, d'autorité...) ou de négligence qui peuvent être ressentis par des patientes lors d'un soin ou d'une consultation, que ce soit avec un(e) sage-femme, un(e) médecin généraliste ou un(e) gynécologue. Pour cela, nous cherchons des patientes susceptibles d'avoir vécu de telles expériences et souhaitant témoigner.

Notre objectif est de mieux comprendre le vécu des femmes lors de ces situations et permettre de mieux appréhender leur prise en charge en gynécologie obstétrique.

Si vous avez le sentiment d'avoir déjà été confrontée à l'un de ces sentiments ou toute autre expérience négative lors de votre suivi gynécologique ou de grossesse alors votre témoignage nous intéresse. Nous vous proposons de participer à un entretien individuel et anonyme dans ce cadre pour en parler. Vous pouvez laisser vos coordonnées sur cette fiche et la remettre au secrétariat ou à votre praticien afin que nous vous contactions. (A noter que nous n'étudions pas dans notre thèse les situations lors de l'accouchement.)

Nous rappelons que les témoignages seront anonymes et conservés de façon sécurisée avec accord de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

Merci de votre attention et de votre participation !

Amandine MARCILLY et Mélissa MAURI

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

---

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

N° d'identification du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nous sommes deux chercheuses (MARCILLY Amandine et MAURI MéliSSa) et nous préparons une thèse dans le domaine de la gynécologie obstétrique (en dehors de l'accouchement).

Le sujet concerne les sentiments de violence, d'abus (de confiance, de pouvoir, d'autorité...) ou de négligence qui peuvent être ressentis par des patientes lors d'un soin ou d'une consultation

Nous menons notre étude en faisant des entretiens comme aujourd'hui auprès de patientes souhaitant témoigner.

Notre objectif est de mieux comprendre le vécu des femmes et de mieux appréhender leur prise en charge en gynécologie obstétrique.

**Réalisation de l'entretien :**

Cet entretien sera réalisé par \_\_\_\_\_ suivant vos disponibilités, dans les locaux \_\_\_\_\_. Il durera de 30 à 90 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

**Qu'est ce qui se passe si je participe?**

Vous participerez à un entretien individuel où je vous poserai des questions concernant votre vécu et votre expérience. Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

**Comment sera traitée l'information recueillie ?**

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. L'analyse des données sera réalisée par ma collègue et moi-même ainsi que notre directeur de thèse Dr HENRIOT AYMERIC. Les résultats seront utilisés dans le cadre de notre thèse et peuvent éventuellement être publiés. A tout moment vous pourrez avoir accès à la retranscription de notre entretien et aux données vous concernant.

**Merci de noter vos initiales après chaque phrase :**

Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions. \_\_\_\_\_

Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. \_\_\_\_\_

Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison. \_\_\_\_\_

Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.  
\_\_\_\_\_

Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication. \_\_\_\_\_

Je suis d'accord pour participer à l'étude. \_\_\_\_\_

Signature (participant) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Signature (investigateur) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

## CANEVAS D'ENTRETIEN

Bonjour, je suis \_\_\_\_\_, j'interviens en qualité de chercheuse et nous sommes ici dans le cadre d'un travail de thèse que je mène avec une collègue \_\_\_\_\_.

Notre thèse aborde les soins gynécologiques et de suivi de grossesse.

Je vais vous poser plusieurs questions, sentez-vous libre de ne pas répondre à l'une d'entre elle sans vous justifier. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse et si vous le souhaitez nous pouvons faire une pause ou arrêter l'entretien à tout moment.

Je vais enregistrer notre conversation via un dictaphone pour faciliter la retranscription. Un fois retranscrite, le fichier audio sera effacé. La retranscription sera anonymisée c'est à dire que nous ne citerons ni votre nom ni les détails de notre conversation qui pourrait amener à votre identification.

À tout moment vous pourrez avoir accès à cette retranscription.

Avant de commencer nous allons regarder ensemble le formulaire de consentement et que je vous laisserai signer en cas d'accord. Si toutefois vous ne souhaitez plus participer à notre étude, vous pouvez y renoncer à tout moment, même après cet entretien.

### **Informations personnelles/socio-démographiques:**

*Question 1* : Pouvez-vous vous présenter, me parler de vous: votre âge, études et profession, vie de famille...

Relance:

- où habitez- vous actuellement?
- où êtes-vous née?/ quelle est votre nationalité?
- quel est la profession de votre conjoint? quelle est sa nationalité?
- diriez-vous que vous avez une religion? Si oui laquelle?
- Avez-vous déjà subi des violences dans l'enfance ou dans votre vie de femme?

*Question 2* : Pouvez-vous me parler votre suivi gynécologique actuel?

Relance:

- qui vous suit actuellement?

- et avant?
- à quelle fréquence?

**Récit des situations au vécu difficile:**

*Question 3* : J'aimerais aborder avec vous une situation difficile lors de vos soins de gynécologie ou de votre suivi de grossesse. Est-ce que vous pensez à une situation particulière?

Relance:

- Que s'est-il passé exactement?
- Pouvez-vous me raconter cette situation?

*Question 4* : Comment avez-vous vécu cet examen, quelles émotions avez-vous ressentis?

Relance:

- pendant la consultation?
- après la consultation?

*Question 5* : Comment avez-vous appréhendé cette consultation avant de vous y rendre?

Relance:

- dans quel état d'esprit vous êtes-vous rendue à cette consultation?
- avez-vous déjà vécu des situations similaires?

*Question 6* : Depuis avez-vous eu l'occasion d'en parler avec quelqu'un? un proche, un médecin... Pouvez-vous me raconter cette discussion?

Relance :

- à propos de cette discussion, quel bénéfice en avez-vous tiré?

**Appréhension du phénomène et usage des soins gynécologiques depuis l'événement:**

*Question 7* : Actuellement quels sentiments ressentez-vous vis à vis de cette situation?

Relance:

- comment vous sentez vous?

*Question 8* : D'après vous qu'est ce qui a amener une telle situation à ce produire?/ D'après vous, pourquoi une telle situation s'est-elle produit?

*Question 9* : Comment envisagez-vous le suivi gynécologique après avoir vécu cette situation?

Relance:

- Comment appréhendez-vous aujourd'hui/maintenant une consultation de gynécologie?
- Avez-vous changez de médecin?
- Avez-vous poursuivi votre suivi?

**Clôture:**

*Question 10* : Avez-vous quelque chose à ajouter?

Merci de votre participation!

Nous rappelons que cet entretien sera anonymisé.

Si vous êtes d'accord, nous vous recontacterons afin de relire notre analyse de cet entretien. Nous souhaiterions connaître votre avis sur nos résultats et savoir s'ils correspondent bien à votre vécu personnel. Cette démarche n'est pas obligatoire et vous pourrez refuser à tout moment de le faire.

## **LIVRE DE CODE**

### Émotions

#### **Colère**

- J'ai ressenti du mécontentement
- J'ai ressenti de la colère
- Je me suis sentie agacée
- J'étais révoltée
- J'ai du ressentiment envers le praticien
- Je me suis sentie trahie
- J'ai ressenti un abus de confiance
- Je me suis sentie trompée
- J'ai ressenti de la frustration
- J'ai été vexée

#### **Dégout**

- J'ai ressenti du dégoût

#### **Peur**

- J'ai ressenti de l'impuissance
- Je me suis retrouvée seule, bloquée en position gynécologique
- Je me suis sentie en position de faiblesse
- Je me suis sentie piégée
- J'avais l'interdiction de bouger
- Je me suis sentie perdue
- Je n'ai pas compris la situation
- Je me suis sentie désemparée
- J'avais peur
- Je me suis sentie stressée
- J'étais inquiète
- J'étais paniquée
- J'étais sidérée

### **Surprise**

- J'ai été surprise

### **Tristesse**

- J'ai dû trouver des solutions alternatives
- J'ai essayé de comprendre l'examen médical par moi-même
- Je me suis retrouvée seule
- Je me suis sentie abandonnée
- Je suis déçue du comportement du praticien
- Je me suis sentie triste
- J'étais bouleversée

### Vécu maltraitant

#### **Lié au comportement du praticien**

- Problème d'information et absence de consentement
  - Absence de consentement
    - Le praticien m'a fait écouter le cœur du bébé sans me demander
    - Le praticien ne m'a pas demandé la permission de me toucher
    - Le praticien m'a fait un toucher rectal sans me prévenir
  - Informations inadaptées
    - Le praticien m'a parlé en termes médicaux, l'explication n'était pas claire
    - Je n'ai pas eu d'information écrite
    - Je n'avais pas les connaissances médicales pour comprendre
    - J'ai eu trop d'informations d'un coup
  - Informations manquantes
    - Le praticien ne m'a pas parlé
    - Le praticien ne m'a donné aucune consigne de surveillance
    - Le praticien ne m'a pas expliqué son geste
    - Je n'ai pas eu d'informations
  - Informations incomplètes
    - J'ai eu des informations incomplètes
    - J'ai eu l'impression d'avoir été mal informée
    - J'aurais aimé avoir plus d'informations
    - Je n'ai pas été informée sur les alternatives
    - Le praticien ne m'a pas informé de tous les risques
    - Je n'ai pas eu les informations que j'attendais
  - Informations orientées
    - Le praticien m'a donné des informations orientées
    - Le praticien m'a informé uniquement de son point de vue

- Besoin d'informations
  - Si j'avais mieux compris la situation, je l'aurai mieux vécu
  - Si le praticien m'avait informée, j'aurai accepté l'examen
- Patiente objet
  - Absence d'écoute
    - J'ai vécu un manque d'écoute et de compréhension
    - Je ne me suis pas sentie écoutée
    - Je ne me suis pas sentie comprise
    - Je ne me suis pas sentie conseillée
    - Le praticien monopolisait la parole, je ne pouvais pas m'exprimer
  - Anonymat des soignants
    - Le praticien ne s'est pas présenté
    - Le praticien m'a à peine salué
    - L'étudiant n'a pas été présenté
  - Banalisation par le praticien
    - Ce geste était normal pour le praticien
    - J'ai ressenti une banalisation de l'examen gynécologique
    - Je n'ai pas été considérée dans mon individualité
    - Le praticien a fait rapidement les choses
    - Le praticien parlait d'autres choses pendant l'examen
    - Le praticien ne se comporterait pas ainsi avec sa famille
  - Négation des douleurs
    - Ma douleur n'a pas été prise en compte
    - Le praticien ne s'est pas rendu compte qu'il me faisait mal
    - L'examen douloureux a continué malgré ma plainte
  - Effet confrérie
    - Le praticien a changé de comportement face à son confrère
  - Indifférence
    - J'ai ressentie de l'indifférence
  - Manque de tact
    - Le praticien a manqué de tact
    - L'annonce était brutale
  - Mépris de la parole du patient
    - J'ai été considérée comme incapable de décider pour ma santé
    - Je n'ai pas été prise au sérieux car j'étais jeune
    - Le praticien a considéré ma plainte comme un caprice
    - Le praticien ne m'a pas cru
    - Mon avis n'a pas été pris en compte
  - Manque de bienveillance
    - Le praticien n'était pas bienveillant
  - Manque de tolérance

- J'ai ressenti un manque de tolérance
- Le praticien a refusé que je sois accompagnée
- Non prise en compte des attentes de la patiente
  - On ne m'a demandé si j'avais des questions
- Non-respect de la pudeur
  - J'ai trouvé que le praticien ne faisait pas attention à mon intimité
  - Je me sentais mal à l'aise à cause du manque d'intimité
  - Le praticien n'a pas respecté ma pudeur
  - La porte est restée ouverte pendant l'examen gynécologique
  - Le praticien s'est permis de baisser lui-même mon pantalon
- Passivité
  - J'avais un rôle passif j'aurais aimé avoir un rôle actif
- Deshumanisation
  - J'avais l'impression d'être un tunnel qu'on examine
  - J'ai ressenti un manque d'humanité dans le soin
  - Je me suis sentie comme de la viande
  - Je me suis sentie comme un objet d'examen
  - J'étais considérée comme une série de chiffre
  - Je n'étais pas une personne, j'étais un ventre
  - Les patientes sont considérées comme des animaux
- Propos inappropriés
  - Le praticien a décrit mon futur enfant en des termes péjoratifs
  - J'ai été choqué par les propos grossiers du praticien
- Sentiment d'être ignorée
  - J'ai essayé de rentrer en communication avec le praticien sans succès
  - Je me suis sentie seule
  - Je me suis sentie ignorée
  - Je ne me suis pas sentie considérée
  - Je n'existais pas aux yeux du praticien
  - Le praticien n'a pas répondu à mes questions
- Pressions psychologiques
  - Arguments d'autorité
    - Je me suis sentie manipulée
    - Le praticien a abusé de son pouvoir pour me convaincre
    - Le praticien a voulu me montrer son pouvoir
    - Le praticien exprimait sa supériorité de savoir
  - Culpabilisation
    - Le discours du praticien était culpabilisant
    - Je me suis sentie coupable
    - J'avais l'impression d'avoir mal fait les choses

- Je me sentais responsable
- Je me suis remise en question
- Le praticien m'a dit que je n'avais pas à me plaindre
- Le praticien nous a dit qu'il fallait accueillir cette enfant
- Le praticien m'a reproché de mal travailler par ma faute
- Infantilisation
  - Le praticien a utilisé des termes infantiles
  - J'ai reçu une leçon de moral
  - Je me suis fait disputer comme une enfant
  - Je me suis sentie comme une enfant
- Intimidation
  - Le praticien a eu des propos alarmants
  - J'avais peur de subir des représailles
  - Le praticien m'a fait peur pour ma santé
- Jugement
  - J'ai ressenti un jugement sur ma vie sexuelle
  - Je l'ai vécu comme un préjugé
  - Je me suis sentie jugée
  - Le discours du praticien était moralisateur
  - J'ai ressenti un jugement sur mon habillement
- Propos inappropriés
  - Les paroles du praticien étaient violentes
  - Le praticien a disputé mon bébé
  - Les propos du praticien étaient inadmissibles
  - Le praticien a exprimé son mécontentement
  - Le praticien était agressif verbalement
  - Le praticien m'a fait comprendre que ce n'était pas à moi qu'il parlait
- Refus de soin
  - J'ai compris que le praticien était contre l'IVG
  - Le praticien a refusé de me poser un DIU
  - Le praticien a refusé la consultation car mon enfant était présent
  - On a refusé de me faire un dépistage
- Sentiment d'humiliation
  - Je me suis sentie dénigrée
  - Je me suis sentie humiliée
  - Le praticien m'a manqué de respect
- Violence morale
  - J'ai ressenti une violence morale
- Violences physiques
  - Soins brutaux ou violents

- Le praticien m'a fortement appuyé sur le ventre
- J'ai assimilé le geste du praticien à de la barbarie
- C'était une torture
- J'ai ressentie une violence physique
- J'ai trouvé son geste violent
- Je me suis sentie blessée physiquement
- Je suspecte le praticien de m'avoir volontairement fait saigner
- Le praticien avait des gestes brusques
- Le praticien n'était pas doux ni délicat
- Douleurs
  - J'ai eu très mal pendant le geste
  - J'ai ressenti de la douleur
- Vécu comme une violence sexuelle
  - J'ai vécu cet examen comme une violence sexuelle
  - La sonde endovaginale était contondante
  - L'attitude du praticien pourrait s'apparenter à un viol
  - Le comportement du praticien était indécent
  - Les gestes du praticien étaient trop doux
  - L'examen gynécologique est intrusif
  - Les femmes peuvent se sentir agressées
  - Le praticien m'a fait comme une proposition
- Personnalité du praticien
  - Personnalité
    - Ce comportement était habituel chez ce praticien
    - J'attribue ce comportement à personnalité du praticien
    - J'attribue ce comportement à l'éducation du praticien
    - Le praticien et mon médecin ne s'entendaient pas
  - Sexisme
    - Le comportement du praticien m'a choqué
    - Le praticien a eu un comportement sexiste
    - J'ai été traité différemment d'un homme
  - Influence des opinions
    - Le praticien a pris position
    - Le praticien était fermé à l'idée d'une IVG
    - Le praticien est resté campé sur sa position

### **Lié au dysfonctionnement de la structure**

- Lié à l'organisation
  - Il y avait un problème d'organisation du planning

- J'avais un suivi sans suivi
- Je n'ai pas eu le choix du praticien
- Je n'ai pas vu le praticien prévu
- Je ne me sentais pas suivi
- Je ne trouvais pas confortable d'avoir autant d'interlocuteurs
- L'hôpital fonctionne comme une usine
- La confidentialité n'était pas respectée
- Lié à la surcharge de travail
  - Difficultés d'accès aux soins
    - Il est difficile de trouver un nouveau gynécologue
    - J'avais du mal à obtenir un rendez-vous rapidement
    - Les longs délais d'attente m'ont découragé à consulter
  - Long temps d'attente
    - J'ai attendu longtemps en salle d'attente
    - L'attente avant la consultation était interminable
  - Manque de disponibilité du praticien
    - J'ai trouvé la consultation expéditive
    - Je pense que le praticien avait une charge de travail importante
    - La consultation s'est faite très rapidement
    - Le praticien était pressé
    - Le praticien travaillait à la chaîne
    - Le praticien m'a consacré peu de temps
- États des locaux
  - Le bureau était très sombre
  - La salle était glauque
  - Les locaux étaient insalubres
  - La salle d'attente était froide
  - Les spéculums usagés étaient à la vue des patientes

## Répercussions

### **Conséquences pour le suivi**

- Appréhension à reprendre un suivi :
  - J'ai peur d'y retourner
  - J'ai de l'appréhension à l'idée de retourner consulter
  - J'ai peur du jugement
  - J'ai peur d'être de nouveau confrontée à une situation similaire
  - J'ai de l'angoisse
- Arrêt du suivi avec le praticien concerné

- J'ai arrêté mon suivi avec ce praticien
- Je ne suis jamais retournée chez ce praticien
- Je n'irai plus chez ce praticien
- Je ne voulais plus être prise en charge par ce praticien
- Arrêt total du suivi
  - Je n'ai pas consulté de gynécologue depuis cet événement
- Absence de suivi mais reprise envisagé
  - Je ne renonce pas à l'idée d'un suivi
  - Je fais des démarches pour reprendre un suivi
  - J'ai interrompu momentanément mon suivi
  - Je pense reprendre un suivi
- Poursuite du suivi
  - Pas d'impact sur la fréquence
    - Ces situations n'ont pas eu d'impact sur mon suivi ultérieur
    - J'ai repris mon suivi avec mon praticien habituel
    - Je continue à me faire suivre
  - Suivi sélectif
    - Je préfère être suivie par un homme
    - Je préfère être suivie par une femme
    - Je préfère être maintenant suivie par des sages-femmes
    - Je suis prête à mentir pour ne pas avoir de nouveaux des problèmes
    - Je masquais mes symptômes aux praticiens
    - J'ai renoncé à certains soins

### **Modification de la représentation des soins**

- Vis à vis du praticien concerné
  - Actuellement, j'en veux toujours à ce praticien
  - J'ai déconseillé à mon entourage de se rendre chez ce praticien
  - J'ai tout de même poursuivi mon suivi avec ce praticien pour des raisons pratiques/organisationnelles
- Vis à vis des soignants en général
  - Perte de confiance dans le système de soins et les professionnels de santé
  - Je me méfie maintenant des informations qui me sont délivrées en consultation
  - Je n'ai plus/moins confiance dans les professionnels
  - J'ai d'autres sources d'informations
  - Je me suis informée par mes propres moyens
  - J'ai maintenant certains critères pour choisir mes praticiens
  - J'ai des difficultés à me confier/à parler de sujets délicats
  - J'ai suis devenue suspicieuse

- Je suis prête à mentir
- Je suis prête à parcourir de grandes distances pour mon suivi si cela me permet d'être mieux pris en charge
- Je me suis « automédiquée »
- J'ai essayé des traitements considérés comme « alternatifs »

### **Retentissement personnel**

- Aujourd'hui, je garde encore le traumatisme de cette situation
- Cette situation m'a marqué pendant plusieurs années
- Je culpabilise de ne pas avoir pu éviter cela
- Je me sens honteuse de n'avoir pas su poser mes limites
- Mon quotidien est impacté par cette situation
- J'ai remis en question certains projets de vie à cause de cette situation
- Mon entourage a également été impacté
- Mes relations interpersonnelles se sont modifiées

### Représentations des participantes

#### **Éducation**

- C'est un sujet tabou dans ma famille
- On ne m'a jamais expliqué/informé sur le suivi gynécologique
- Je n'avais aucune connaissance de mon anatomie
- Le premier examen gynécologique est un rite initiatique
- Face au médecin, notre corps ne nous appartient plus
- Ma mère a banalisé la situation
- Ma mère trouve le comportement des praticiens « habituel » « normal »
- Ma mère réduit l'examen gynécologique à un geste technique
- Je trouve qu'il y a une responsabilité unique des femmes dans la contraception
- Je trouve qu'il existe une injonction contradictoire : avoir une contraception efficace VS nécessité d'être mère
- Il persiste un rapport hiérarchique dans la relation homme/femme dont le praticien est vecteur

#### **Image des soignants**

- Certaines femmes préfèrent les praticiens hommes plutôt que femmes
- Je trouve que les praticiens femmes jugent plus facilement
- Les praticiens femmes ont moins de compassion que les hommes
- Je trouve les femmes plus délicates que les hommes
- Il y a moins de gynécologues femmes
- Je pense que les gynécologues ne sont pas tendres

- Il persiste une figure tutélaire du médecin

### **Images des soins**

- Importance de l'écoute
- Importance de l'information et du consentement
- Importance du temps consacré aux patientes
- Importance de la neutralité du praticien
- Importance du respect (intimité, corps, patient)
- Importance de la douceur dans la pratique de l'examen gynécologique
- L'examen gynécologique ne devrait pas être pénible
- Importance de se sentir en « sécurité »
- Importance de rester humble dans sa pratique
- Importance de l'implication du conjoint/famille dans la prise en charge
- L'examen gynécologique est violent par nature
- Les praticiens sont peut-être mal formés à la relation médecin-patient
- Aller à l'hôpital est pour moi synonyme de gravité

### **Expériences antérieures**

- Depuis je n'ai pas vécu de situations similaires
- J'ai déjà eu des expériences positives
- Actuellement ma relation avec mon praticien se passe bien
- Je n'avais jamais eu d'expériences négatives
- A chaque fois mes consultations se sont mal passées
- J'ai essayé de faire confiance à nouveau mais cela c'est aussi mal passé lors de la consultation suivante
- J'ai vécu un inceste
- J'ai eu des rapports non désirés avec mon conjoint

### **Silence**

- Je n'ai rien pas osé dire au praticien
  - o Par peur des représailles
  - o A cause de mon jeune âge
  - o Car je ne me sentais pas légitime
  - o J'avais peur que le secret professionnel ne soit pas respecté
  - o Car la confrontation n'est pas un de mes traits de caractère
- Je n'ai pas pu en parler à mon entourage
  - o J'avais honte
  - o C'est un sujet tabou
- Je préférerais oublier la situation
- Le praticien était connu pour avoir ce type de comportement

### **Rationalisation**

- C'était un acte médical donc nécessaire
- Le contexte dans lequel était réalisé cette consultation peut en parti expliquer la situation
- Je n'ai pour ma part pas gardé de traumatisme, mais avec quelqu'un de moins bien constitué que moi, les conséquences auraient pu être plus grave
- Je garde espoir d'être un cas isolé
- Peut-être était-ce ma faute
- Il est possible que les praticiens soient plus attentionnés envers les jeunes patientes

### **Deuil-Pardon**

- Je peux comprendre mais je n'excuse pas
- Ce n'était pas volontaire
- Je pense que le praticien était de bonne foi
- Je connais le fonctionnement des soins, j'ai donc mieux vécu cette situation
- Il y aura toujours des personnes comme ça