HAL
open science

Violences gynécologiques et obstétricales : le vécu des professionnels concernés

Yasmine Louati

To cite this version:

Yasmine Louati. Violences gynécologiques et obstétricales : le vécu des professionnels concernés. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02938708

HAL Id: dumas-02938708

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02938708

Submitted on 15 Sep 2020

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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

PROMOTION 2020

« Violences gynécologiques et obstétricales » : le vécu des professionnels concernés

Mémoire présenté par :

Madame Yasmine LOUATI

Née le 08 avril 1996

Sous la direction de Madame Sophie BONNET, psychologue

« Il nous faut beaucoup d'humilité aussi, pour reconnaître que nous sommes souvent, pour la plupart d'entre nous, des infirmes de la communication. »

Jacques Salomé, psychosociologue et écrivain

SOMMAIRE

LISTE DES ACRONYMES

1. INTRODUCTION……1

2. REVUE DE LA LITTÉRATURE……2

2.1. Contexte……2

2.2. Quelques définitions……4

2.2.1. L'examen pelvien……4

2.2.2. Le spéculum……5

2.2.3. Le toucher vaginal……5

2.2.4. L'échographie endovaginale……5

2.2.5. L'épisiotomie……6

2.2.6. Le frottis cervico-utérin……6

2.2.7. L'examen des seins……6

2.3. Autres définitions utiles……7

2.3.1. Le consentement……7

2.3.2. L'information……8

2.3.3. La place de l'étudiant en santé……8

2.3.4. Le harcèlement sexuel……8

2.3.5. L'agression sexuelle……9

2.3.6. Le viol……9

2.4. Ce que déplorent les femmes……9

2.4.1. Non prise en compte de la gêne de la patiente……10

2.4.2. Propos porteurs de jugements……11

2.4.3. Injures sexistes……12

2.4.4. Actes réalisés sans consentement de la patiente……12

2.4.5. Actes ou refus d'actes sans justification médicale……14

2.4.6. Violences sexuelles……14

2.5. Ce qui peut accentuer le vécu négatif……14

2.5.1. Antécédent de violences……14

2.5.2. Vécu négatif du premier examen……15

2.5.3. Non considération de la patiente en tant qu'individu……15

2.5.4. Méconnaissance par les femmes de leur corps……15

2.6. Conséquences de ces actes sur la santé des femmes……15

2.6.1. Conséquences psychiques……15

2.6.2. Conséquences physiques……16

2.6.3. Conséquences sur la sexualité et la vie conjugale……17

2.6.4. Conséquences sociales et professionnelles……17

2.6.5. Conséquences sur la relation soignant-soigné……17
2.6.6. Conséquences économiques……17
2.6.7. Conséquences humaines……18
2.7. Ce que les femmes semblent demander……18
3. TRAVAIL DE RECHERCHE……21
3.1. Perspective de l'étude……21
3.2. Question de recherche et hypothèses……21
3.3. Méthodologie……22
3.3.1. Outil de recueil des données……22
3.3.2. Population étudiée……22
3.3.3. Lieux et temps d'étude……22
3.4. Résultats……23
3.4.1. Démographie des enquêtés……24
3.4.2. Expérience des enquêtés……25
3.4.3. Médiatisation du sujet et vécu des enquêtés……29
3.4.4. Formation des enquêtés……32
3.5. Analyse des résultats et discussion……34
3.5.1. Le sentiment négatif ressenti par les soignants……34
3.5.2. Le besoin des soignants de modifier leurs pratiques……36
3.5.3. Le non besoin pour les soignants de modifier leurs pratiques……44
3.5.4. Les freins à leur pratique rencontrés par les soignants……45
3.5.5. La formation des soignants à ce sujet……47
3.6. Limites et forces de l'étude……49
3.6.1. Représentativité de l'échantillon……49
3.6.2. Biais de sélection……49
3.6.3. Forces de l'étude……50
3.7. Propositions d'action……50
3.7.1. Développement du sujet dans la formation initiale des soignants……50
3.7.2. Encouragement des soignants à la formation continue……51
3.7.3. Valorisation des professionnels……53
4. CONCLUSION……54
BIBLIOGRAPHIE
ANNEXES

LISTE DES ACRONYMES

CIANE : Collectif interassociatif autour de la naissance

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens de France

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

HAS : Haute autorité de santé

HCE : Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IRASF : Institut de recherche et d'action pour la santé des femmes

LOSA : Lésions obstétricales du sphincter anal

MIPROF : Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains

ProBité : Promotion de la bientraitance dans les maternités

1. INTRODUCTION

Récemment, la sage-femme en France a vu son rôle auprès des femmes évoluer, notamment avec une affirmation de ses compétences dans le suivi gynécologique (1). Elle se tient désormais au premier plan dans la prévention et le dépistage de pathologies en dehors de toute grossesse, sous réserve d'une réorientation vers un médecin généraliste ou gynécologue en cas de survenue d'une pathologie. Cette place que se fait la sage-femme dans le domaine de la gynécologie médicale, bien qu'encore nouvelle, renforce la légitimité de sa voix dans le débat des « violences gynécologiques ». Sur le plan obstétrical, la sage-femme reste autonome dans le suivi des grossesses à bas risque, tant qu'aucun événement ne vient compliquer le déroulement de celles-ci.

La libération de certaines voix et la médiatisation de celles-ci soulèvent en les futures sages-femmes que nous sommes certaines interrogations. Il semble évident pour n'importe quel soignant d'être attentif à la façon dont sont traitées les personnes, en l'occurence les femmes, dans le cadre d'une prise en soin gynécologique ou obstétricale, puisque la bienveillance est inhérente à nos professions. Or, au vu des témoignages de certaines femmes, il n'est pas rare qu'elles soient marquées de manière négative, voire traumatique, par une expérience gynécologique. Ce qui est censé être une prise en soin est alors décrit comme une véritable atteinte à l'intégrité physique et psychologique de la femme, ayant de multiples conséquences sur les plans individuel et relationnel.

En tant que futurs professionnels, nous nous intéressons également au ressenti de nos pairs vis-à-vis de cette médiatisation.

Nous allons dans ce travail, exposer de façon non exhaustive les différentes raisons relevées comme pouvant être à l'origine d'un mauvais vécu en gynécologie. Indépendamment de tout corps de métier, nous pensons qu'il existera toujours des personnes malveillantes. Nous écarterons le cas fort heureusement rare de ces individus. Il s'agit ici d'exposer les éléments qui pourraient manquer à certains professionnels voulant oeuvrer avec bienveillance, pour parfaire la pratique de leur métier et améliorer le vécu de tous.

2. REVUE DE LA LITTÉRATURE

2.1. Contexte

Le sujet des « violences gynécologiques et obstétricales » est largement couvert par les médias, à la télévision ou sur internet. À titre d'exemples, des médias tels que le magazine L'Obs (2, Annexe I) ou encore la chaîne de radio France Info (3) ont mis en avant des témoignages de patientes et de professionnels pour faire connaître au public les plaintes des femmes en France. Dans un format plus visuel, le média d'infodivertissement Konbini (4) a publié les témoignages de femmes exprimant leurs vécus. Dans le même registre, la réalisatrice Nina Faure (5) et les étudiantes en journalisme audiovisuel Océane Viala et Luna Darling Légitimus (6), pour ne citer qu'elles, ont recueilli dans leurs documentaires les histoires poignantes de plusieurs femmes. D'autres encore ont opté pour le format livresque, comme Mélanie Déchalotte avec *Le Livre noir de la gynécologie*.

L'estimation que fait le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCE) du nombre de consultations gynécologiques dans la vie d'une femme est d'une cinquantaine (7). Mélanie Déchalotte, journaliste et auteure, le souligne dans *Le Livre noir de la gynécologie* (8) : « tout au long de leur vie, les femmes mettent leur corps entre les mains des gynécologues : pratiques contraceptives, recours à l'avortement, grossesse, accouchement, ménopause, etc. ». A en lire les témoignages, ce serait un facteur supplémentaire qui ouvrirait la porte à d'éventuelles erreurs de la part des professionnels, tant la régularité pour eux de ces consultations les rendraient banales.

Bien que les vécus négatifs en gynécologie ne soient sûrement pas nouveaux, le terme de « violences gynécologiques » est récent. Il est prononcé pour la première fois de manière officielle en juillet 2017 par Marlène Schiappa, secrétaire d'Etat chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Bien plus qu'un simple débat, c'est un sujet qui gagne de l'ampleur sur la scène politique. Les chiffres restent encore peu connus malgré l'intérêt récent porté par le gouvernement. En effet, il est difficile de définir ce qu'est une violence et ce qui est vécu comme tel. D'une part, les patientes elles-mêmes n'expriment pas toujours tout ce

qui les marque, certaines ne reconnaissent parfois tout simplement pas l'anormalité évidente ou non de certaines situations. D'autre part, ce qui est vécu et dénoncé comme « violence » n'est parfois pas reconnu comme tel par les instances disciplinaires.

Les « violences gynécologiques » s'inscrivent dans un thème plus large que constituent les actes sexistes dans les suivis gynécologique et obstétrical ; thème qui a fait l'objet d'un rapport du HCE en juin 2018, à la demande de Marlène Schiappa l'année précédente (7). Le HCE a mis en évidence six types d'actes sexistes :

- la non prise en compte de la gêne de la patiente ;
- les propos déplacés et jugements sur la vie et les choix de la patiente mais aussi sur sa personne et son apparence ;
- les injures sexistes ;
- les actes réalisés sans consentement de la patiente ou en le négligeant ;
- les actes ou refus d'actes sans justification médicale ;
- les violences sexuelles, allant du harcèlement jusqu'au viol.

Ce rapport a été rédigé suite à un phénomène en ligne qui a justement lancé l'alerte sur les « violences gynécologiques et obstétricales » et qui a révélé l'ampleur du sujet au grand jour : il s'agit de la création de « hashtags » (ou « mots-clics ») sur des réseaux sociaux comme Twitter, Tumblr, Facebook notamment. En mentionnant la thématique voulue (en l'occurrence les « violences sexistes ») et en la précédant d'un signe dièse « # », les femmes ont pu partager et regrouper leurs expériences sous des appellations communes, laissant ainsi aux citoyens connectés un dossier virtuel et accessible à tous, contenant des milliers de témoignages. C'est d'ailleurs de ces hashtags et témoignages que s'est nourri le HCE pour dresser son rapport (Annexe II).

En plus de marquer les patientes, certaines expériences pourraient affecter les professionnels ; notamment les étudiants qui disent parfois être les témoins silencieux de situations pouvant paraître anormales et qui se retrouvent alors dans l'embarras auprès des femmes. À titre d'exemple, Mélanie, une étudiante sage-femme en quatrième année à Paris au moment des faits, raconte à France Info (3) un accouchement auquel elle a assisté : une femme sans analgésie qui a subi une épisiotomie et le passage de forceps dans ses voies génitales, échappant de peu à la révision utérine (introduction de

la main de l'opérateur dans l'utérus pour assurer sa vacuité), à vif également. Bien qu'elle soit restée choquée par cette situation, elle n'avait pu en parler à personne jusqu'alors.

Dans un exemple comme celui-ci, ce qui n'est pas dit, c'est que des gestes tels que l'épisiotomie, l'aide instrumentale à l'accouchement, la révision utérine, aussi brutaux puissent-ils paraître quand leur intérêt n'est pas expliqué, ne sont autres que des outils de travail qui ont leur utilité en gynécologie, et en obstétrique en l'occurence. Notons également que dans l'exemple cité, l'absence d'analgésie peut être expliquée par plusieurs raisons : souhait de la patiente, contre-indication… Nous ne le saurons jamais. Tout comme nous ne saurons jamais la raison pour laquelle l'étudiante en question n'avait pas pu parler avant de ce vécu.

Ce que nous constatons, c'est qu'il existe des situations dans lesquelles se crée un décalage entre d'une part l'intention des professionnels, leurs paroles et leurs actes, et d'autre part la compréhension et le vécu des patientes. Même si ces situations ne semblent pas rares, il est important de noter qu'elles ne représentent à notre connaissance pas la majorité. En revanche, si une situation est vécue comme violente, il est important d'essayer d'en comprendre les raisons pour pouvoir y remédier afin d'assurer ou de renforcer le bien-être des femmes et des praticiens également.

Avant de lister les différents points relevés par le HCE concernant le suivi gynécologique et obstétrical des femmes, il nous semble important de rappeler quelques définitions de gynécologie et de droit.

2.2. Quelques définitions

2.2.1. L'examen pelvien

Il sert à sentir ou voir les organes du petit bassin, ou pelvis. Il se fait par différents moyens (9) dont le recours est mesuré et utile dans le cadre d'une prévention ou d'un diagnostic par exemple ; il n'est donc pas effectué à toute consultation gynécologique de façon systématique. Dans tous les cas et dans la mesure du possible, il est recommandé d'éviter cet examen chez la femme vierge.

2.2.2. Le spéculum

C'est un objet en métal ou en plastique, prenant la forme d'un bec de canard. Il est introduit dans le vagin après une éventuelle lubrification afin de visualiser les parois vaginales et le col utérin, ainsi que leurs sécrétions. Le choix de la taille du spéculum est adapté à la corpulence de la femme et aux dimensions de son vagin. L'usage du spéculum est indiqué dans différentes circonstances : pose d'un dispositif intra-utérin, réalisation d'un frottis cervico-utérin, visualisation de la provenance de pertes vaginales, prélèvement par exemple.

2.2.3. Le toucher vaginal

C'est un examen simple de réalisation puisqu'il consiste en l'introduction d'un ou deux doigt(s) dans le vagin. Il permet de sentir à travers les parois du vagin, les différents organes de la cavité pelvienne : l'urètre et la vessie en avant, le cul-de-sac de Douglas et le rectum en arrière, l'utérus et ses annexes dans les culs-de-sac vaginaux. L'opérateur peut s'aider d'une palpation abdominale pour avoir une meilleure préhension et rendre cet examen fiable. Le toucher permet aussi d'évaluer l'état des muscles du périnée. Le toucher vaginal est indiqué lors d'une suspicion de pathologie pelvienne, dans le suivi de celle-ci, ou lors d'une plainte douloureuse de la part de la patiente. Il peut servir à argumenter un diagnostic de grossesse ou d'avortement débutants. Dans la grossesse avancée, il permet de poser le diagnostic de début de travail et de suivre l'avancée de celui-ci selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (10). Il fait l'objet de la cotation du score de Bishop (11) dans le cadre d'un déclenchement du travail, permettant ainsi de choisir la méthode de déclenchement la plus adaptée.

2.2.4. L'échographie endovaginale

L'échographie est une technique d'imagerie utilisant les ultrasons et un outil de dépistage et de diagnostic très répandu en gynécologie-obstétrique. Grâce à une sonde endovaginale, il est possible de visualiser des structures de la cavité pelvienne qui ne sont pas visibles par voie abdominale. L'examen consiste alors en l'introduction de la sonde dans le vagin jusqu'au col de l'utérus. L'échographie endovaginale permet le diagnostic et le suivi de l'évolution d'une pathologie pelvienne (kyste, tumeur,

épanchement, douleur…). Elle complète le toucher vaginal dans le cadre du diagnostic de grossesse ou d'avortement débutants. Elle peut permettre pendant une grossesse de mesurer certains paramètres (distance du placenta à l'orifice interne du col de l'utérus, longueur du col utérin…). Son recours est utile lorsque l'échographie par voie abdominale est impossible ou non contributive.

2.2.5. L'épisiotomie

C'est un acte qui consiste à sectionner à l'aide d'une paire de ciseaux une partie du périnée distendu au moment du dégagement de la tête foetale dans le cadre de l'accouchement par voie basse. Ce geste est pratiqué dans le but de prévenir les déchirures graves du périnée, notamment les lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA). L'épisiotomie n'est pas recommandée de manière systématique, y compris chez la patiente primipare (12). Sa pratique dépend des facteurs de risque personnels et des conditions obstétricales.

2.2.6. Le frottis cervico-utérin

C'est un examen cytologique. À l'aide d'un spéculum et d'un écouvillon à brosse, il vise à recueillir des cellules de la jonction entre l'endocol et l'exocol, encore appelée « jonction squamo-cylindrique » ou « zone de remaniement ». Ce recueil permet la recherche de lésions pré-cancéreuses (dysplasies) ou cancéreuses du col de l'utérus. Dans le cadre de sa prévention, le cancer du col de l'utérus fait l'objet d'un dépistage à partir de l'âge de 25 ans. Après un deuxième frottis normal à l'âge de 26 ans, le rythme de dépistage est triennal jusqu'à l'âge de 65 ans. La rareté des cancers du col de l'utérus avant 25 ans justifie le fait qu'il ne soit pas recommandé de débuter le dépistage avant cet âge, malgré la présence d'une activité sexuelle (13).

2.2.7. L'examen des seins

Il consiste en la recherche, à travers l'inspection et la palpation, d'éléments suspects (tuméfaction, nodule, ulcération…) au niveau des seins et des ganglions lymphatiques environnants (mammaires internes, axillaires, sus- et sous-claviculaires). Le praticien, dans son rôle d'éducateur à la santé, aide les femmes à être en mesure de reproduire seules cet examen pour savoir être alertées et consulter rapidement en cas

d'anomalie constatée. L'examen des seins est réalisé dans le cadre du dépistage du cancer du sein et se fait à partir de l'âge de 25 ans de façon annuelle. Dans le même cadre, est systématiquement proposée aux femmes âgées de 50 à 74 ans la réalisation d'une mammographie (radiographie des deux seins) à raison d'une fois tous les deux ans. La fréquence du dépistage peut être revue selon l'histoire personnelle et/ou familiale de chaque femme (14, 15).

2.3. Autres définitions utiles

2.3.1. Le consentement

Le consentement est défini comme le fait de donner son accord à une action. Il est de deux types : exprès (verbal ou écrit) ou tacite (supposé par la loi, dans le cas où la volonté contraire n'est pas exprimée).

En médecine, le serment d'Hippocrate est à l'origine très paternaliste : la volonté du malade n'est pas mentionnée car c'est le médecin qui détient le savoir. Le texte a été modifié au fil des siècles et nous pouvons désormais y retrouver la mention suivante : « je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté […] » (16). De même, le Code de déontologie médicale mentionne : « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. » (17). Le consentement est donc libre car les décisions sont prises par la personne et non le praticien. Le Code de la santé publique mentionne : « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne […] » (18).

La recherche obligatoire du consentement implique la validité de son corollaire qui est le droit au refus de la part du patient. Dans ce cas, le médecin doit respecter ce refus (17, 18).

Enfin, le consentement, même s'il est donné en premier lieu, peut être retiré à tout moment (18).

2.3.2. L'information

Le consentement ou non doit être guidé par une information de la part du praticien qui est « loyale, claire et appropriée » (19). Comme le rappelle le Code de la santé publique (20) : « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. » Le consentement ou non devient alors éclairé. En situation d'urgence, il convient au praticien de communiquer le degré d'urgence de la pose d'un diagnostic et la nécessité de recours à l'examen proposé.

2.3.3. La place de l'étudiant en santé

Elle est mentionnée dans le Code de la santé publique (18) : « l'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre. » Le fait pour le praticien de se trouver dans un centre universitaire ne le dispense pas de devoir recueillir le consentement du patient pour pouvoir enseigner l'examen clinique à son étudiant.

2.3.4. Le harcèlement sexuel

Il est défini dans le Code pénal comme étant « le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante » (21). Il est difficile de parler de « répétition » des faits lorsque ceux-ci n'ont lieu qu'au cours d'une consultation. Nous pouvons néanmoins nous interroger sur la validité de cette définition si les faits sont répétés au cours de plusieurs consultations.

Dans le même article, nous trouvons que « est assimilé au harcèlement sexuel le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle ».

Ces faits sont punis de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende. La punition est de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende si l'auteur des faits abuse de l'autorité que lui confère sa fonction, de même si la victime est au su de l'auteur dans un état de vulnérabilité, notamment de maladie ou de grossesse.

2.3.5. L'agression sexuelle

Il s'agit de « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise » (22). Hormis le viol, les agressions sexuelles sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende. La punition est de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 € d'amende si l'auteur des faits abuse de l'autorité que lui confère sa fonction, de même si la victime est au su de l'auteur dans un état de vulnérabilité, notamment de maladie ou de grossesse.

2.3.6. Le viol

« Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. » (23). La pénétration peut être vaginale, anale, orale, à l'aide du pénis, d'une autre partie du corps, ou d'un objet. Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle. La punition est de vingt ans de réclusion criminelle si l'auteur des faits abuse de l'autorité que lui confère sa fonction, de même si le viol est commis au su de l'auteur sur une personne en état de vulnérabilité, notamment de maladie ou de grossesse.

2.4. Ce que déplorent les femmes

En assemblant les différents témoignages de femmes et les quelques données issues de la littérature, il en ressort que les manquements déplorés par les femmes sont de plusieurs types. Nous allons les lister ci-après en nous inspirant des différents types

d'actes sexistes relevés par le HCE. Il est à noter que les plaintes ne concernent pas seulement les gynécologues-obstétriciens, elles concernent plus largement les sages-femmes, les médecins généralistes, les anesthésistes, les aides-soignants, le personnel de bloc opératoire… En fait, tout professionnel de santé susceptible d'intervenir dans une prise en soin gynécologique ou obstétricale. Nous remarquons également que les faits dénoncés proviennent aussi bien d'hommes que de femmes.

2.4.1. Non prise en compte de la gêne de la patiente

Le temps de déshabillage peut être aussi gênant, si ce n'est plus, que le fait d'être déshabillé. Laurence Guyard, sociologue, décrit le moment du déshabillage en ces termes : « se déshabiller, c'est dévoiler son corps. C'est aussi se défaire des barrières protectrices que constitue l'enveloppe vestimentaire. Se mettre nu, c'est en quelque sorte se mettre « à nu ». Se déshabiller, c'est enchaîner des gestes et des postures dans un ordre précis à un rythme donné. Se déshabiller, c'est enfin dévoiler les vêtements qui d'ordinaires ne sont pas visibles : les sous-vêtements. » (24). Le respect du temps de déshabillage ne semble pas suffire à mettre totalement à l'aise les femmes. Au contraire, certains détails qui peuvent paraître anodins pour le praticien, contribueraient à accentuer le malaise des patientes. Nous pouvons citer à titre d'exemples : le fait de dénuder des parties du corps inutilement, le fait de dénuder tout le corps d'un coup au lieu de le faire en plusieurs temps si plusieurs parties du corps sont à examiner, le fait de ne pas utiliser de drap ou équivalent pour recouvrir la patiente le temps de l'examen, le fait également de passer à un autre temps de la consultation alors que la patiente ne s'est pas revêtue. « La médecin m'a demandé de me déshabiller et m'a laissée assise sur le fauteuil de consultation, elle en blouse, moi, assise, toute nue […] » témoigne une femme à un magazine féminin (25). Nous pouvons supposer que la gêne de la patiente est d'autant plus importante que le praticien est accompagné d'un ou de plusieurs étudiant(s).

La gêne de la patiente peut aussi se manifester dans la position qu'il lui est demandé d'adopter pour l'examen pelvien notamment. D'après les nombreux témoignages, le décubitus dorsal avec pieds dans les étriers est la position qui, bien que classique, suscite une grande gêne chez les femmes, du fait de l'inconfort qu'elle

générerait, et du fait de sa connotation on ne peut plus sexuelle. Dr. Borée, médecin généraliste et auteur du blog portant son nom, illustre à L'Obs : « dans la classique position du « poulet à la broche » […], la femme se trouve symboliquement « offerte » au praticien. » (26).

2.4.2. Propos porteurs de jugements

Les femmes obèses déplorent la qualité du service qu'elles peuvent recevoir du fait de leur poids : conduite irrespectueuse, attitude négative, conseil non sollicité de perdre du poids de la part des praticiens (27). Une étude montre aussi que les patients obèses sont moins bien considérés que les patients non-obèses (28). Une autre étude montre qu'avec des patients obèses, les médecins en consultation consacrent plus de temps à parler d'exercice physique, et moins de temps à l'éducation à la santé (29). Autrement dit, les praticiens sont moins informatifs, en expliquant à leurs patients l'importance d'un indice de masse corporelle équilibré pour maintenir une bonne santé et diminuer les risques de certaines pathologies, et ils sont plus directifs, en disant à leurs patients qu'il faut « faire de l'exercice pour perdre du poids ». Ce type de discours est rapporté comme étant moralisateur et parfois contre-productif en mettant à mal la notion d'alliance thérapeutique. A lire certains témoignages, il est d'autant moins bien reçu quand le motif de consultation est tout autre (exemple de la consultation de gynécologie). Une femme confie dans son témoignage pour L'Obs son regret vis-à-vis du manque de formation des praticiens face à la particularité de la prise en soin des patientes obèses (5). C'est face à une conclusion similaire qu'une étude souligne la nécessité pour les praticiens de recevoir une formation spécifique sur la prise en soin de ces patientes (27). L'obésité est effectivement une condition à risque de favoriser certaines pathologies, notamment sur le plan cardiovasculaire, et il est du rôle du soignant que de savoir en informer son patient.

Dans les propos porteurs de jugements, sont rapportés ceux qui visent à minimiser ou à dénier les sensations et émotions notamment douloureuses que peuvent manifester les femmes. Une femme raconte à Konbini : « encore une hystérique en train de feindre des douleurs » seraient les termes utilisés par le médecin qui pratiquait chez elle une hystérographie en la présence d'un certain nombre d'étudiants, alors que la

patiente poussait un cri de douleur (6). La prise en charge de la douleur est effectivement un droit du patient qui lui est garanti par la loi : « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. » (30). De plus, c'est aussi à l'avantage du praticien que de prendre en compte la douleur de sa patiente : elle pourrait être à l'origine d'un allongement du temps dédié aux gestes techniques, ceci étant en retour un facteur de douleur… La patiente est alors moins coopérative dans son propre soin et elle subit ce-dernier ; quant au praticien, il n'est pas aidé non plus. Le temps consacré à la prévention et à la délivrance d'informations peut se voir réduit après l'examen douloureux, et la patiente, après un tel vécu, peut se trouver moins encline à la réception de ces informations (31).

Enfin, nous pouvons citer les propos visant à commenter les choix de la patiente dans le seul but de les commenter : ceux relatifs à l'envie ou non d'avoir un enfant par exemple.

2.4.3. Injures sexistes

Parfois dites sur le ton de la plaisanterie, elles sont au mieux décrites comme étant de mauvais goût. Au pire, elles sont vécues comme une atteinte à l'intégrité individuelle que représente la patiente.

2.4.4. Actes réalisés sans consentement de la patiente

Dans les témoignages que l'on retrouve sur la toile, les actes réalisés sans consentement et faisant l'objet d'une plainte verbale sont souvent le toucher vaginal et l'épisiotomie. Le toucher vaginal peut être fait au cours d'une consultation gynécologique quelconque. L'épisiotomie est faite pendant un effort expulsif lors de l'accouchement. N'étant probablement pas un moment propice pour initier la discussion de l'épisiotomie afin de recueillir un consentement, certains professionnels se retrouvent face à un refus de l'acte.

Le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) a dressé en 2013 un état des lieux sur la pratique de l'épisiotomie en France entre 2010 et 2013 : 30% est le

taux qui en ressort. Pour 85% des femmes concernées, le consentement n'a pas été recueilli (32). Dans un rapport plus récent établi dans le cadre de l'Enquête nationale périnatale de 2016 par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et la Direction des recherches, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), le taux d'épisiotomie retrouvé traduirait une volonté des professionnels de suivre les recommandations incitant à ne pas effectuer ce geste de manière systématique, puisque celui-ci est en baisse : 20% (33).

Si l'épisiotomie et les déchirures naturelles peuvent être un sujet délicat à aborder avec les femmes, leur suture peut aussi être l'objet de plaintes. Nous découvrons par exemple lors de nos recherches l'existence du point dit « du mari » (34). Celui-ci consiste à effectuer un point de suture supplémentaire à l'entrée du vagin afin de rendre ce-dernier plus étroit que ce qu'il n'était. La croyance voudrait que ceci accentue le plaisir de l'homme lors des rapports futurs. D'autres disent que c'est celui de la femme qui sera restauré. Cet acte est décrit par les femmes comme étant douloureux et se rapprochant dangereusement d'une mutilation génitale. Il peut en tout cas être délétère puisqu'il a été objectivé qu'il est plus propice à ce que la suture soit reprise ultérieurement pour déformation de l'anatomie ou pour défaut de cicatrisation (35). Cet acte est d'autant plus mal vécu par les femmes que celles-ci ne sont parfois pas tenues au courant de l'existence de ce point supplémentaire (consentement non recueilli). Une femme raconte par exemple comment sa sage-femme lui a annoncé l'existence d'un tel point alors qu'elle consultait justement pour des douleurs périnéales permanentes à distance de son accouchement (4).

Dans les actes réalisés sans consentement de la patiente et suscitant des plaintes, nous pouvons également citer la réalisation d'une échographie endovaginale. La possibilité du passage par voie endovaginale pour effectuer une échographie ne semble pas toujours connue des patientes. Cet acte de routine pour un praticien habitué semble être très déstabilisant pour une patiente non préparée.

De manière générale, le manque d'information ou de réflexion sur les gestes pratiqués est une des raisons qui peuvent expliquer un manque de compréhension et de coopération de la part des femmes (36), des malentendus et des situations conflictuelles.

2.4.5. Actes ou refus d'actes sans justification médicale

Parmi les actes réalisés sans justification médicale, ceux rapportés sont notamment l'examen pelvien réalisé sans indication lors d'une consultation pour un motif tout autre, le frottis cervico-utérin ou encore l'examen des seins réalisés chez une patiente pour qui les dépistages ne sont pas recommandés.

Parmi les actes refusés sans justification médicale, ceux rapportés sont notamment le refus de prescrire un moyen de contraception ou un type de contraception, le refus de réorienter une patiente souhaitant interrompre sa grossesse dans le cas où le praticien ne souhaite pas effectuer l'acte lui-même.

2.4.6. Violences sexuelles

Remarquons que parmi les plaintes reçues par l'Ordre des médecins en 2016, 3,4% renvoient à des agressions sexuelles et des viols commis par des médecins (7). Ce phénomène reste heureusement très minoritaire. Quant au harcèlement, il est décrit comme consistant en des regards insistants le long de la consultation, ou des questions intrusives sur la vie de la patiente sans lien avec la consultation par exemple.

2.5. Ce qui peut accentuer le vécu négatif

2.5.1. Antécédent de violences

Un contexte actuel ou ancien de violences conjugales, de violences sexuelles ou non, dans l'enfance ou à l'âge adulte peut accentuer le vécu négatif d'un examen gynécologique. En effet, ces violences peuvent laisser des séquelles physiques sur le corps des victimes, mais il est surtout décrit des conséquences psychiques à long terme. Parmi celles-ci, nous retrouvons l'anxiété, la dépression, la somatisation, le syndrome de stress post-traumatique qui peuvent se traduire pendant l'examen gynécologique en différents types de réactions : émotions et souvenirs négatifs, pensées intrusives, sensation de détachement du corps (37, 38). Les victimes de violences sont donc plus vulnérables du fait de ressources psychiques fragilisées par le passé. L'angoisse et la réaction de stress engendrées par l'activation de la mémoire traumatique peuvent rendre

l'examen pelvien douloureux en mettant en tension les muscles du plancher pelvien notamment (39, 40).

2.5.2. Vécu négatif du premier examen

Une étude suédoise a montré que le vécu du premier examen pelvien est corrélé à un mauvais vécu des examens pelviens ultérieurs (41).

2.5.3. Non considération de la patiente en tant qu'individu

Une femme témoigne par exemple de la façon dont elle s'est sentie peu respectée lorsque le médecin qui venait de l'accoucher s'est adressé à la sage-femme pour parler de sa patiente, en la présence de celle-ci, à la troisième personne (6).

2.5.4. Méconnaissance par les femmes de leur corps

Sans étude à l'appui, nous pouvons supposer que la méconnaissance par les femmes de leur anatomie peut jouer un rôle dans l'amplification des sensations négatives qu'elles ne sont pas en mesure de se représenter.

Nous retrouvons dans la littérature différents types de conséquences à ces actes que déplorent les femmes.

2.6. Conséquences de ces actes sur la santé des femmes

2.6.1. Conséquences psychiques

Une étude relève un sentiment chez les femmes interrogées de perte de la « lutte de pouvoir » (« loss of power struggle ») lors de l'examen gynécologique (42). L'équivalent français serait un sentiment d'impuissance. Les femmes se sentent vulnérables face à leur manque de connaissance et de compétence lors d'un tel examen. Ce manque de compétence semble diminuer la confiance en elles de ces femmes, et leur estime de leur propre personne peut également être affectée par des jugements et propos mal compris ou mal reçus.

Comme toute forme de violence, la « violence gynécologique » constitue un choc pour la victime lorsqu'elle s'en sent victime. Les réponses à ce choc sont donc possiblement les suivantes : la sidération, la dissociation traumatique, faisant place par la suite à la mémoire traumatique et au syndrome de stress post-traumatique. Ces réponses sont fonction de l'intensité du malaise engendré par un acte, du type de situation (consultation, accouchement…) et des facteurs propres à chaque patiente (hormones de grossesse, déroulement de la grossesse, histoire des grossesses et accouchements précédents, violences actuelles ou anciennes dans la famille, histoire des femmes de la famille, histoires personnelle et familiale en général…)

Parmi les conséquences psychiques retrouvées dans plusieurs types de violences, nous pouvons ajouter : l'anxiété, la dépression, la somatisation, les troubles de l'alimentation, les troubles du sommeil, parfois le besoin de recourir à certaines substances comme l'alcool ou les drogues (43, 44), mais aussi une perte d'estime de soi et de son corps, un sentiment de culpabilité également du fait de ne pas avoir pu empêcher le geste (7).

2.6.2. Conséquences physiques

La conséquence principale est d'ordre gynécologique, il s'agit de la pathologie douloureuse : douleurs pelviennes chroniques, dyspareunies. Les dyspareunies sont des douleurs vaginales ressenties au moment des rapports sexuels. Elles peuvent être ressenties dès l'entrée dans le vagin (dyspareunies d'intromission) ou en profondeur de celui-ci (dyspareunies balistiques). La pathologie douloureuse peut faire naître chez certaines femmes un vaginisme (44). Il s'agit d'une contraction involontaire des muscles du périnée et des adducteurs, rendant impossible l'écartement des cuisses et les rapports sexuels. Lors de visites ultérieures, les femmes se disant victimes de « violences gynécologiques » peuvent voir les réactions au stress se reproduire et la douleur exacerbée par l'appréhension. Se met alors en place un cercle vicieux entre appréhension et douleur.

Les autres conséquences physiques possibles font suite aux troubles mentionnés précédemment : troubles du sommeil, de l'alimentation, addictions…

2.6.3. Conséquences sur la sexualité et la vie conjugale

La vie de couple peut se voir affectée par le fait que la femme est fragilisée sur le plan psychique, et qu'elle souffre de douleurs pelviennes chroniques ou de dyspareunies. Le CIANE remarque que le conjoint peut également éprouver de la culpabilité après avoir assisté à l'agression de madame sans avoir pu interagir, ceci participant à la dégradation du climat conjugal (7).

2.6.4. Conséquences sociales et professionnelles

Les troubles comme l'anxiété et la dépression sus-mentionnées peuvent avoir un retentissement sur la vie en collectivité, ce qui augmenterait les arrêts de travail.

2.6.5. Conséquences sur la relation soignant-soigné

La relation de confiance qui est censée s'établir entre le professionnel de santé et la patiente est mise à mal lorsque cette dernière vit mal la consultation. Il semble logique que la femme ne souhaite pas retourner voir un praticien dont elle n'est pas satisfaite. Pourrait s'ensuivre une perte de confiance en tout représentant du corps médical de manière générale lorsque le vécu est très négatif. Cette altération de la confiance pourrait placer la femme à risque de ne plus être correctement suivie sur les plans gynécologique et obstétrical (4). Elle échappe alors également aux politiques de dépistages organisés par exemple.

2.6.6. Conséquences économiques

La HAS a dressé un état des lieux sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, et a relevé les principaux freins à la participation à celui-ci. Parmi ces freins, ceux dépendant de la patiente sont nombreux et d'ordres comportemental et psychologique entre autres (45). Le manque de suivi médical dû à la réticence des femmes vis-à-vis de l'examen notamment pelvien entraîne un retard de prise en soin qui présente un certain coût pour la société. En effet, la pathologie, si elle existe, sera décelée plus tardivement, possiblement à un stade qui nécessite des examens et des soins plus avancés et plus

coûteux, alors que sa survenue aurait pu être prévenue ou son diagnostic posé plus tôt si le suivi avait été régulier.

2.6.7. Conséquences humaines

Le retard de prise en soin peut surtout être une perte de chance pour la femme lorsqu'elle est atteinte d'une pathologie de mauvais pronostic si non suivie à temps, ou « juste » très invalidante.

Nous pouvons aussi mentionner la conséquence d'une anxiété ou d'une dépression maternelle sur le développement de l'enfant : troubles psychosomatiques, du comportement (sommeil, alimentation), de la concentration, de l'attachement, altération du développement cognitif, du développement socio-émotionnel (46).

2.7. Ce que les femmes semblent demander

Les points proposés nous viennent directement des femmes ou des professionnels concernés via les témoignages et les études menées sur le sujet. Le HCE, dans son rapport, les regroupe en trois grands axes : reconnaître l'existence du phénomène, le prévenir, et faciliter le signalement et la condamnation lorsque nécessaire.

Reconnaître les « violences gynécologiques et obstétricales ». Les professionnels sont invités à prendre conscience de l'existence de femmes qui décrivent leur vécu d'un suivi gynécologique ou obstétrical comme étant « violent ». Ils sont aussi invités à se former pour pouvoir prévenir ces situations ou pour être en mesure de faire face à leurs conséquences chez ces femmes.

Consentement éclairé et retirable. Après délivrance d'une information dite « complète, claire, loyale et appropriée » sur le déroulement et l'utilité d'un examen, tout soignant doit recueillir le consentement de la patiente pour débuter l'examen. Le soignant peut aussi prévenir de l'inconfort qui pourra éventuellement être généré (36). La patiente peut demander la pause ou l'arrêt de l'examen à tout moment.

Place de l'étudiant. Le soignant est invité à recueillir le consentement de la patiente sur la présence d'un étudiant lors de l'examen, et sur sa participation à celui-ci s'il est apte à le faire.

Anticiper les sujets « sensibles ». Pour un sujet qui nécessite un temps d'information, de compréhension et/ou de réflexion plus important, le soignant est invité à anticiper en évoquant le sujet bien avant le recueil d'un consentement et la pratique d'un geste. Le soignant peut également insister auprès de la patiente sur l'importance d'aller à la recherche de l'information lorsqu'il existe des occasions. Le cas de l'épisiotomie est typique : les femmes peuvent être informées au moment des consultations prénatales, lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ou au cours de l'entretien prénatal précoce pendant la grossesse.

Prendre en compte la gêne et l'inconfort de la patiente. Le soignant est invité à proposer des alternatives à ses habitudes pour pallier la gêne que pourrait éprouver une patiente. Par exemple, pour un toucher vaginal, certaines patientes aimeraient qu'une alternative à la position en décubitus dorsal +/- étriers leur soit proposée. Dr. Borée, inspiré du *Choeur des femmes* de Martin Winckler lui-même médecin et auteur, illustre sur son blog la position en décubitus latéral, dite « à l'anglaise » (47, Annexe III). Lors d'une échographie endovaginale, certaines femmes déclarent être plus à l'aise si elles insérent elle-même la sonde, ou si au moins cette option leur est proposée. Pour pallier l'inconfort de l'examen pelvien, le soignant peut par exemple faire usage d'un lubrifiant aqueux (48).

Eviter les propos porteurs de jugements. Dans un cadre d'éducation à la santé, le soignant est invité à faire passer les messages avec tact et en recherchant la compréhension et l'adhésion de la patiente. Les femmes voudraient également que leurs émotions et sensations, même si non comprises, soient reconnues et considérées.

Garder une certaine réserve. Bienveillance et professionnalisme sont les maîtres mots du quotidien du soignant.

Conserver une attitude professionnelle. Dans l'intérêt de la patiente, le soignant reste objectif dans sa prise en soin qui doit être justifiée et pertinente. Il doit savoir réorienter sa patiente lorsqu'il n'est plus en mesure de répondre à ses besoins

pour une raison quelconque (49). Respect et humanité sont la clé pour prévenir une mauvaise expérience chez la femme (50) et le professionnel. L'établissement et l'entretien d'une relation sincère avec la patiente est bénéfique pour l'intérêt de celle-ci, puisqu'elle sera plus encline à maintenir un suivi gynécologique régulier (51).

Considérer l'individualité que représente la patiente. Le vécu négatif de la consultation peut s'expliquer par plusieurs raisons propres à chaque femme : inconnu de la consultation gynécologique, mauvais vécu antérieur, violences dans l'enfance, violences conjugales, troubles psychologiques, etc. (39, 40, 41). En s'intéressant à la raison d'un vécu négatif, le soignant peut, en plus d'adapter sa consultation, dépister des conditions qui pourraient éventuellement nécessiter la réorientation vers un autre professionnel.

3. TRAVAIL DE RECHERCHE

3.1. Perspective de l'étude

Via cette étude, nous avons tenté de savoir comment se positionnent les professionnels de santé vis-à-vis des « violences gynécologiques et obstétricales », quelles sont leurs pratiques et ce qu'ils mettent en oeuvre pour les prévenir. Nous avons trouvé intéressant de savoir si leurs pratiques ont été influencées par le bruit médiatique qui a eu lieu suite aux nombreux témoignages de femmes à ce sujet. Cette étude a eu pour objectif de pousser les professionnels à se situer dans ce contexte, et de, modestement, les encourager à une réflexion sur leurs pratiques.

En tant que professionnels dédiés aux femmes, nous avons pour mission de maintenir leur bien-être et leur confiance envers le corps soignant en faisant preuve de respect, de bienveillance et de bientraitance à leur égard. Cet aspect de la relation patient-soignant reste un facteur déterminant dans la régularité de la fréquence de consultation chez un professionnel de santé, notamment les consultations à visée préventive. Il s'agit d'une véritable alliance avec les femmes qui a donc une double importance : dans la santé et la sécurité de chaque femme à échelle individuelle d'une part, et dans notre politique de santé publique d'autre part. Enfin, la relation patient-soignant étant un pacte alliant la confiance du patient envers le soignant et inversement, celle du soignant envers son patient, il nous semble important pour les soignants de ne pas se sentir accusés à tort ou discrédités dans leur profession.

3.2. Question de recherche et hypothèses

Nous cherchons à connaître **l'impact de la médiatisation des « violences gynécologiques et obstétricales » sur le vécu et la pratique des professionnels exerçant dans les domaines de la gynécologie-obstétrique**. Nous émettons les hypothèses suivantes :

- chez la majorité des professionnels pratiquant la gynécologie ou l'obstétrique, la médiatisation du sujet a engendré un sentiment de dénigrement de leur profession et de colère envers les femmes ;

- suite à la médiatisation du sujet, la majorité des professionnels pratiquant la gynécologie ou l'obstétrique a ressenti le besoin de modifier ses pratiques.

3.3. Méthodologie

3.3.1. Outil de recueil des données

Pour tenter de répondre à la problématique posée, nous avons élaboré un questionnaire (Annexe IV) constitué de quatre parties : la démographie des enquêtés, leur expérience professionnelle, leur vécu de la médiatisation des « violences gynécologiques et obstétricales », et leur formation à ce sujet. Nous avons testé ce questionnaire sur trois sages-femmes. A l'issue de ce test, nous avons modifié notre questionnaire pour y diminuer le nombre de questions ouvertes, par souci de faisabilité dans le traitement ultérieur des réponses.

3.3.2. Population étudiée

Nous avons distribué ce questionnaire aux professionnels suivants : les sages-femmes exerçant en milieu hospitalier ; les médecins spécialisés dans la gynécologie médicale ou la gynécologie-obstétrique ; les internes en médecine se spécialisant dans ces disciplines ; les médecins généralistes, détenteurs ou non d'un diplôme complémentaire en gynécologie, proposant des consultations de gynécologie en milieu hospitalier ; les internes de médecine générale en stage et présents dans les services où s'est déroulée l'étude.

3.3.3. Lieux et temps d'étude

Nous avons distribué notre questionnaire au pavillon Femme-Mère-Enfant du CHU de Rouen (maternité de type 3) et au CH du Belvédère (maternité de type 2a), dans les services suivants : consultations prénatales et d'échographie, hospitalisations prénatales, salles de naissances, suites de couches, et le centre de planification. Pour ce qui est des services d'hospitalisations, un nombre aléatoire de questionnaires a été déposé dans chaque service, ainsi qu'une enveloppe de recueil et un mot présentant le but de l'étude. L'accessibilité au questionnaire a été inéquitable dans les différents services et selon l'établissement. Dans certains services, le questionnaire était

facilement visible par les soignants en étant disposé à proximité directe de leur espace de travail (sur le bureau, près des outils utilisés en permanence comme le téléphone ou l'imprimante). Dans d'autres services, le questionnaire était moins visible car disposé dans un endroit n'invitant pas forcément à la lecture (la salle de pause ou le vestiaire). Aussi, il nous est arrivé de retrouver le questionnaire dissimulé sous une pile de dossiers ou de feuilles de soins vierges. Il nous a donc été nécessaire de relancer les professionnels et de permettre à nouveau l'accessibilité au questionnaire à chacun de nos passages pour récolter les copies remplies (une à deux fois par semaine). Pour les services de consultations, une copie a directement été déposée dans les casiers des médecins et internes, ainsi que des sages-femmes assurant des consultations. Selon le taux de réponses dans chaque service, il nous est arrivé de déplacer des questionnaires vierges des services les moins répondants vers les services les plus répondants. Nous n'avons pas réussi à obtenir l'effectif exact des professionnels concernés par l'étude et actifs sur l'un des deux sites pour nous permettre de décider du nombre de questionnaires à distribuer. Nous avons donc distribué au total le nombre aléatoire de 120 questionnaires.

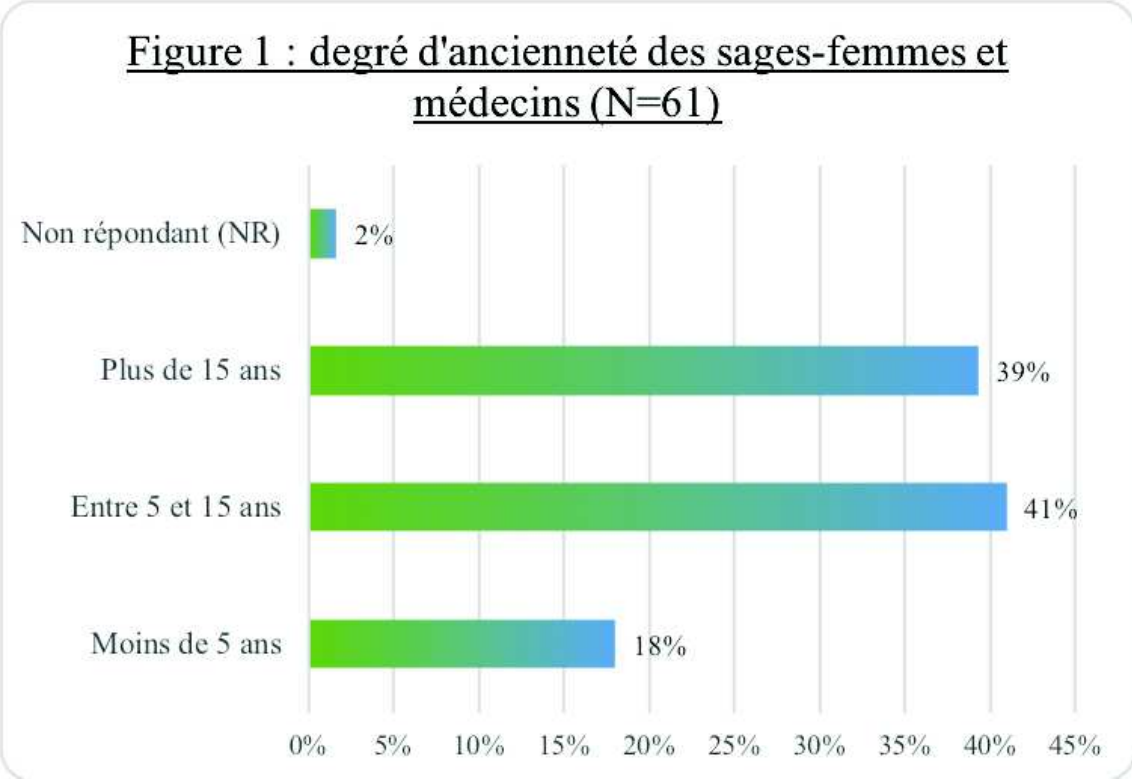
Cette étude descriptive rétrospective bicentrique s'est déroulée du 1er février 2020 au 19 mars 2020. Nous avons récolté 71 questionnaires, et tous ont pu être analysés. La récolte des derniers questionnaires a été interrompue par l'annonce d'un confinement national en réponse à la pandémie de coronavirus SARS-CoV-2 à la mi-mars 2020.

3.4. Résultats

Le traitement des données a été effectué sur un tableur Excel. Les données ont été rentrées au fur et à mesure de la récolte des questionnaires. Le traitement des questions ouvertes a été effectué par une transcription longitudinale dans un premier temps, puis transversale dans un second temps, avec un tri des réponses selon les mots-clés qui seront cités par la suite. Les transcriptions transversales sont répertoriées dans les annexes, à la fin de notre propos. L'analyse finale des résultats a été effectuée sur une période de mars à avril 2020. Les tests statistiques ont été effectués à l'aide du site BiostaTGV.

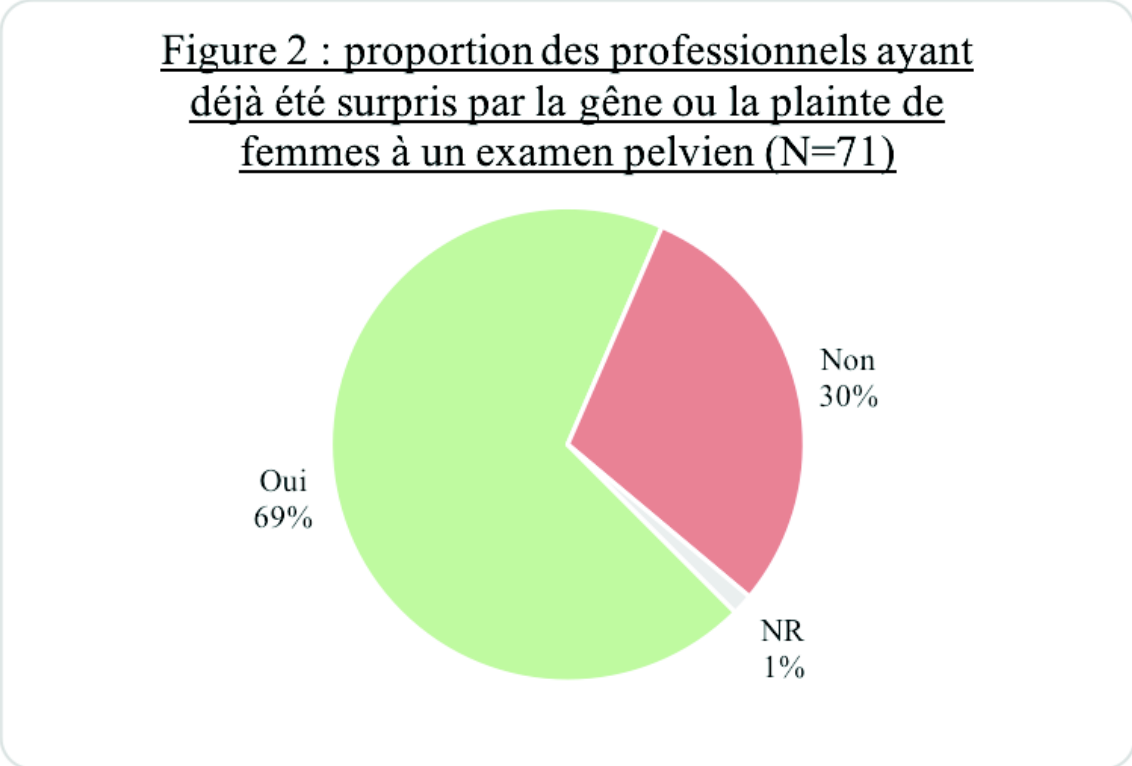
3.4.1. Démographie des enquêtés

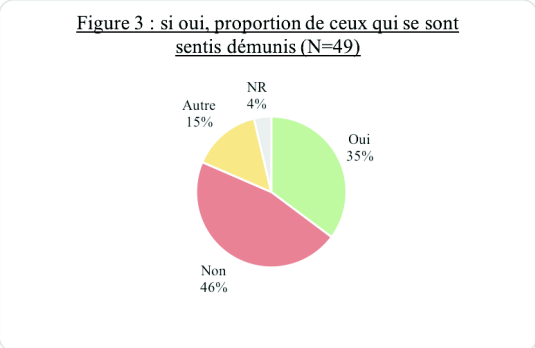
Sur les 71 professionnels ayant répondu à notre étude, la majorité est représentée par les sages-femmes, avec un effectif de 49 (69%). Avec des proportions presque égales, les médecins et les internes représentent respectivement 17% (12) et 14% (10) de l'échantillon de notre étude.

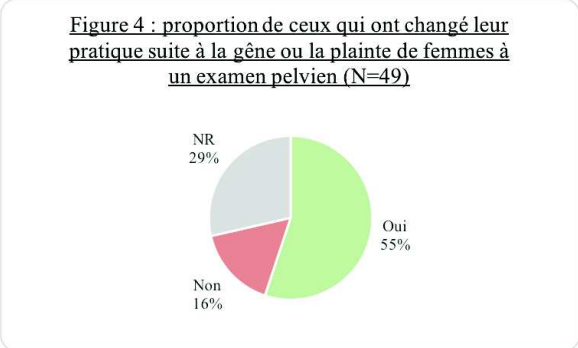


La figure 1 montre que 41% (25/61) des sages-femmes et des médecins ayant participé à l'étude ont entre 5 et 15 ans d'expérience. Environ la même proportion, c'est-à-dire 39% (24/61) ont plus de 15 ans d'expérience. 18% (11/61) exercent depuis moins de 5 ans.

3.4.2. *Expérience des enquêtés*



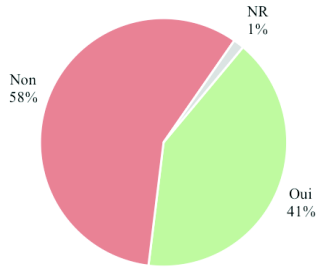




Sur la figure 2, nous voyons que 69% (49/71) des enquêtés ont dit avoir déjà été surpris par la gêne ou la plainte de femmes à un examen pelvien. Parmi eux, la figure 3 indique que 35% (19/49) se sont sentis démunis, et 46% (25/49) n'ont pas eu ce sentiment. Aussi, la figure 4 indique que 55% (27/49) ont changé leur pratique suite à la gêne ou la plainte de femmes dans une telle situation, 16% (8/49) n'en ont pas ressenti le besoin. 30% (21/71) ont rapporté ne jamais avoir été surpris par la gêne ou la plainte de femmes à un examen pelvien.

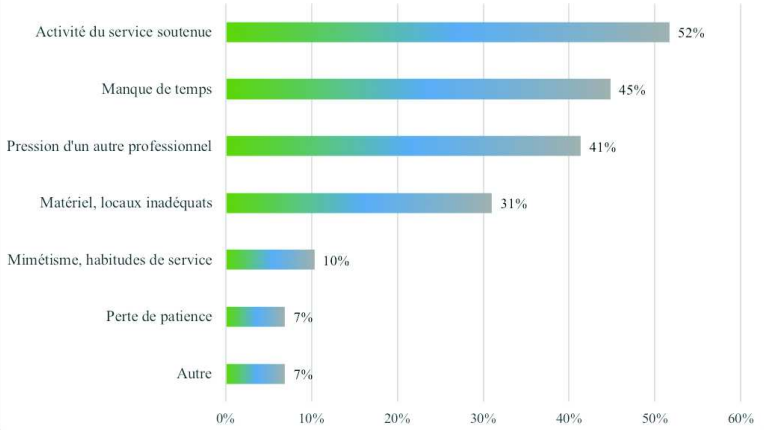
Tableau 1 : « afin que la patiente ait un bon vécu d'un acte gynécologique ou obstétrical, quelles sont les conditions ou valeurs primordiales à respecter selon vous ? » (N=71) (Annexe V)			
Information	66 %	Respect	23 %
Consentement	49 %	Prévenir et respecter le rythme imposé	6 %
Pudeur	38 %	Laisser le choix	6 %
Temps	34 %	Réflexion sur l'acte	4 %
Rassurance	25 %	Autonomie	1 %
Ecoute	23 %	NR	1 %

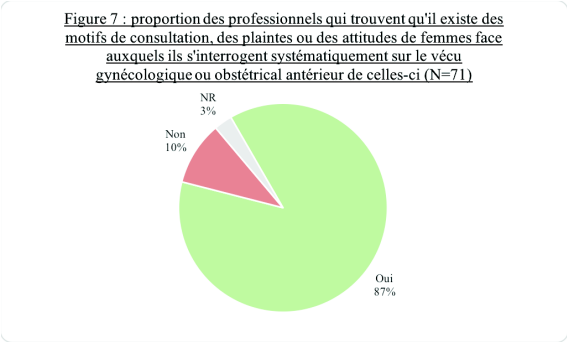
Figure 5 : proportion des professionnels ayant rencontré des freins à la mise en oeuvre de ces conditions ou valeurs (N=71)

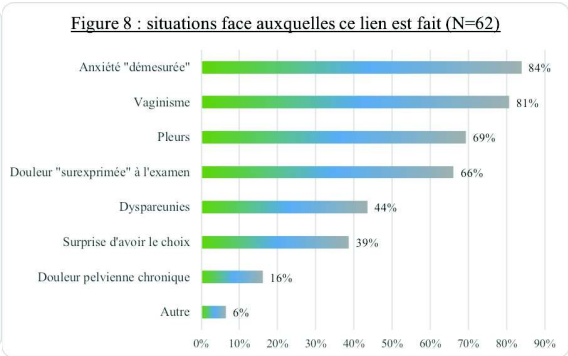


Le tableau 1 indique les conditions et valeurs que les enquêtés mettent en oeuvre pour que les femmes aient un bon vécu d'un acte gynécologique ou obstétrical. L'information est la valeur primordiale pour 66% (47/71) des enquêtés. Sur la figure 5, nous lisons que 41% (29/71) des répondants ont rencontré des freins à la mise en oeuvre de ces conditions et valeurs. Parmi ces freins, nous retrouvons sur la figure 6 ci-dessous celui majoritairement évoqué : l'activité soutenue du service (52% - 15/29). Par ailleurs, plus de la moitié des enquêtés n'ont jamais rencontré de freins à la mise en oeuvre de ces valeurs.

Figure 6 : freins à la mise en oeuvre des valeurs des professionnels (N=29)



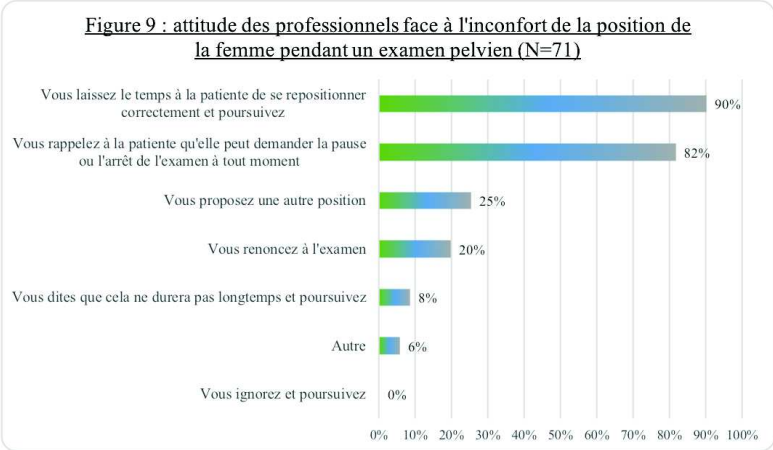




Sur la figure 7, 87% (62/71) des enquêtés ont indiqué s'interroger sur l'existence d'un lien entre certains motifs de consultation, plaintes ou attitudes de femmes et leur vécu gynécologique ou obstétrical antérieur. Sur la figure 8, nous lisons ces motifs, plaintes ou attitudes : ceux majoritairement cités sont l'anxiété « démesurée » par 84% (52/62) des répondants, le vaginisme par 81% (50/62), les pleurs par 69% (43/62) et la douleur « surexprimée » à l'examen par 66% (41/62) des répondants.

Tableau 2 : « avant de commencer un examen gynécologique, que faites-vous ou proposez-vous à la femme pour préserver sa pudeur ? » (N=71) (Annexe VI)			
Couvrir	79 %	Place de l'accompagnant	7 %
Isoler l'endroit d'examen	23 %	Ecourter la durée d'exposition	6 %
Décomposer le déshabillage	23 %	Laisser le choix	4 %
Consentement	21 %	Adaptation	4 %
Temps	18 %	Respect	3 %
Information	15 %	Situation par rapport à la patiente	3 %
Intimité du déshabillage/rhabillage	15 %	Détourner l'attention	3 %
Rassurance	11 %	NR	1 %

Sur le tableau 2, nous pouvons lire les précautions prises par les enquêtés avant de commencer un examen gynécologique, afin de préserver la pudeur des femmes. L'écrasante majorité des répondants (79% - 56/71), a dit veiller à couvrir la nudité pendant l'examen.



La figure 9 nous montre l'attitude des professionnels lorsqu'une femme dit que sa position est inconfortable pendant un examen pelvien. La large majorité (90% - 64/71), a dit laisser le temps à la femme de se repositionner correctement avant de poursuivre l'examen. 82% (58/71) rappellent à la femme son droit de demander la pause ou l'arrêt de l'examen à tout moment. Aucun enquêté n'a déclaré poursuivre l'examen en ignorant la femme.

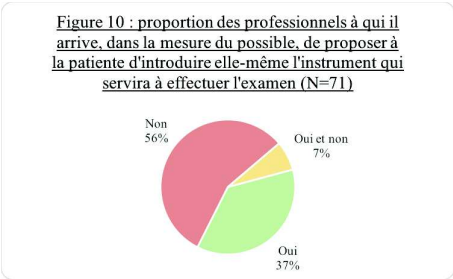


Tableau 3 : raisons favorables au fait de laisser la femme faire seule (N=31) (Annexe VII)	
Améliorer le vécu	55 %
Favoriser l'autonomie	23 %
Geste simple	13 %
Pudeur	10 %
Si contrainte	6 %
NR	3 %

Tableau 4 : raisons défavorables au fait de laisser la femme faire seule (N=45) (Annexe VIII)	
Pas eu l'idée	38 %
Geste complexe	29 %
NR	20 %
Habitude	11 %
Responsabilité	7 %
Inutile	4 %

Sur la figure 10, nous lisons que 37% (26/71) des enquêtés proposent volontiers à la femme d'introduire elle-même l'instrument qui servira à effectuer un examen pelvien. 56% (40/71) ont dit ne pas systématiquement proposer cela à la femme examinée. 7% des enquêtés (5/71) ont répondu « oui » et « non » à la fois, selon l'instrument utilisé ou les circonstances d'examen, c'est pourquoi nous avons créé après

traitement des résultats une troisième réponse possible. Parmi les raisons favorables au fait de laisser la femme faire seule, nous lisons dans le tableau 3 que 55% (17/31) ont évoqué le fait que cela participait à l'amélioration du vécu des femmes. Parmi les raisons défavorables, la raison évoquée en priorité dans le tableau 4 est que les répondants n'en ont pas eu l'idée (38% - 17/45).

3.4.3. Médiatisation du sujet et vécu des enquêtés

Figure 11 : proportion des professionnels ayant eu connaissance du rapport publié en juin 2018 par le HCE concernant les actes sexistes dont les femmes peuvent se plaindre au cours du suivi gynécologique ou obstétrical (N=71)

Figure 12 : proportion des professionnels ayant entendu parler des "violences gynécologiques et obstétricales" (N=71)

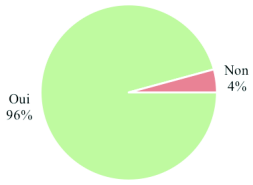
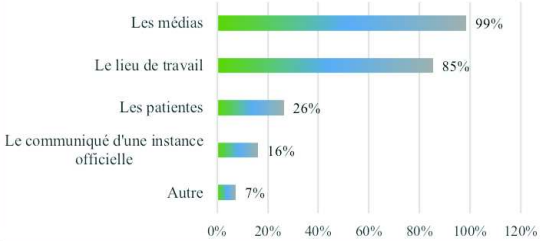
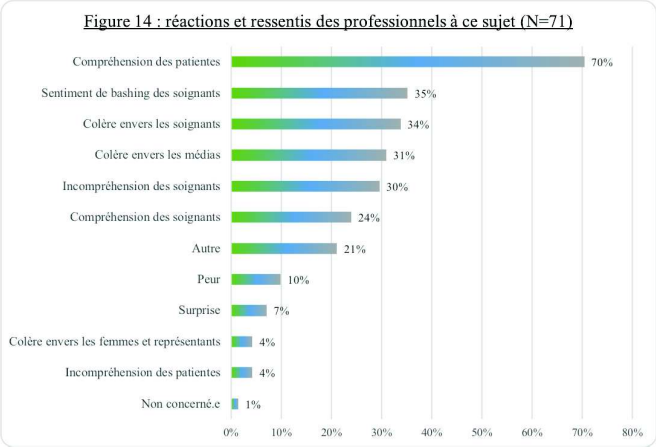


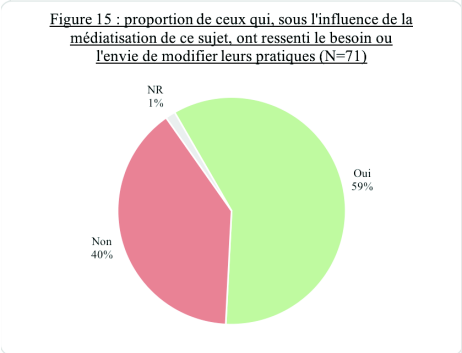
Figure 13 : moyens par lesquels les professionnels ont entendu parler des "violences gynécologiques et obstétricales" (N=68)

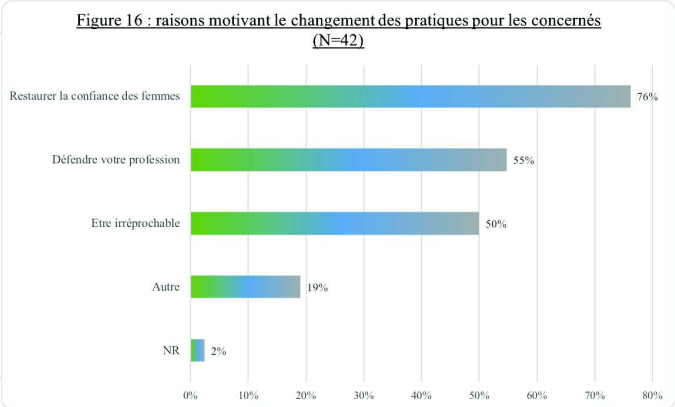


La figure 11 indique que la moitié des enquêtés n'a pas entendu parler du rapport du HCE publié en juin 2018 (35/71). La figure 12 nous montre en parallèle que 96% (68/71) ont entendu parler du sujet des « violences gynécologiques et obstétricales ». Parmi ces derniers, nous lisons sur la figure 13 que la quasi totalité a eu connaissance du sujet par le biais des médias (67/68), et 85% (58/68) en ont entendu parler sur leur lieu de travail par le biais de collègues, cadres, coordinateurs.



Suite à la médiatisation du sujet des « violences gynécologiques et obstétricales », la figure 14 indique que 70% (50/71) des enquêtés ont ressenti de la compréhension envers les femmes. 35% (25/71) ont eu un sentiment de dénigrement de leur profession.





Sous l'influence de la médiatisation du sujet, nous lisons sur la figure 15 que 59% (42/71) des enquêtés ont ressenti le besoin ou l'envie de modifier leurs pratiques. Parmi ceux-ci, la figure 16 indique que 76% (32/42) ont évoqué comme motivation de vouloir restaurer la confiance des femmes. 55% (23/42) veulent défendre leur profession, et la moitié (21/42) a dit vouloir être irréprochable. Pour y parvenir, les répondants ont évoqué les changements de pratiques qui sont relatés sur la figure 17 ci-après. A proportions presque égales, ceux souhaitant modifier leurs pratiques ont dit vouloir augmenter le rôle actif de la femme (62% - 26/42), insister sur le respect de la pudeur (60% - 25/42), et insister sur le recueil du consentement explicite (60% - 25/42).

Figure 17 : ce que les professionnels ont changé dans leurs pratiques (N=42)

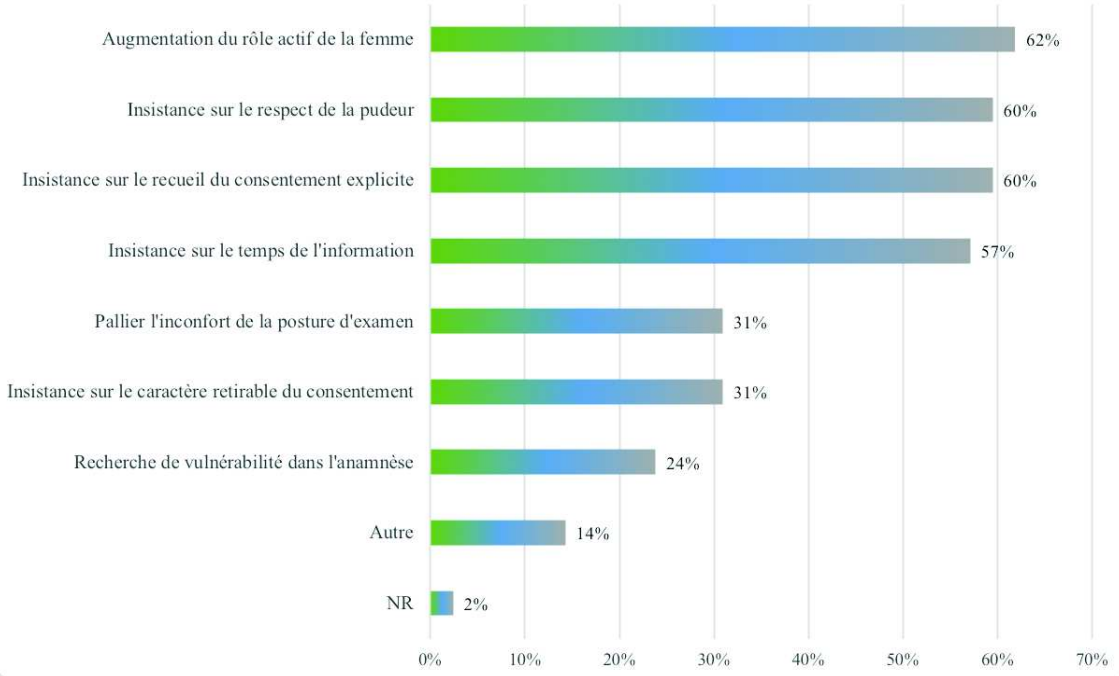
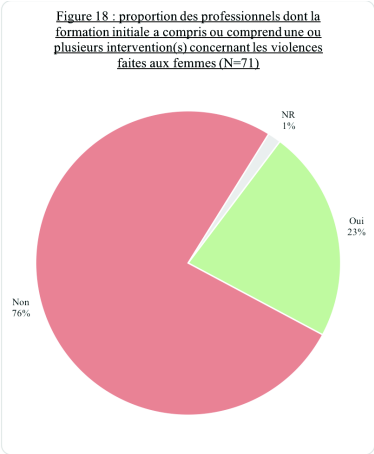
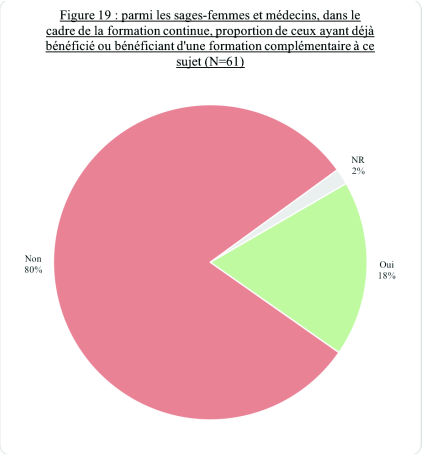


Tableau 5 : raisons pour lesquelles pas de changement de pratiques envisagé (N=28) (Annexe IX)	
Déjà sensibilisés / Pas d'influence des médias	82 %
Pas de retour négatif de la part des femmes	14 %
NR	11 %

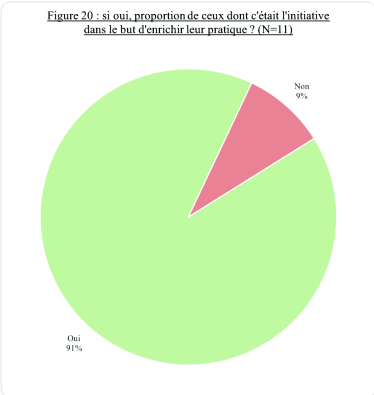
40% (28/71) des enquêtés ont indiqué que sous l'influence de la médiatisation du sujet, ils n'ont pas ressenti le besoin de modifier leurs pratiques. Parmi ceux-ci, le tableau 5 montre que 82% (23/28) ont motivé leur attitude par le fait qu'ils sont déjà sensibilisés au sujet et que les médias n'ont pas eu d'influence sur cette sensibilisation.

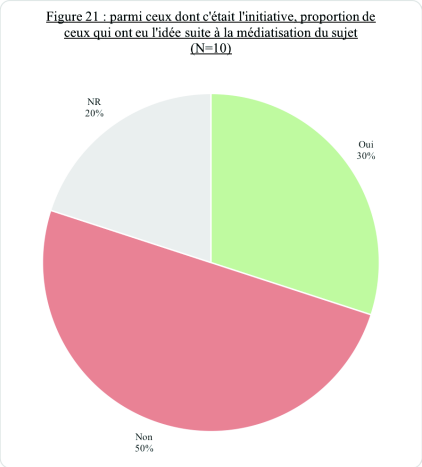
3.4.4. *Formation des enquêtés*





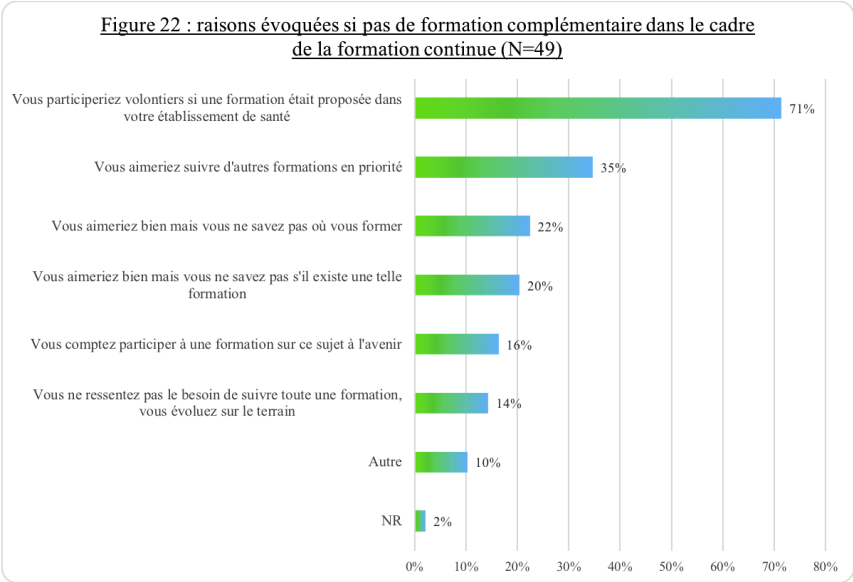
Concernant la formation des enquêtés, la figure 18 indique que les trois quarts des enquêtés (54/71) n'ont bénéficié ou ne bénéficient d'aucune intervention concernant les violences faites aux femmes au cours de leur formation initiale. La figure 19 indique que parmi les sages-femmes et les médecins interrogés, 18% (11/61) ont déjà bénéficié d'une formation complémentaire à ce sujet dans le cadre de la formation continue.



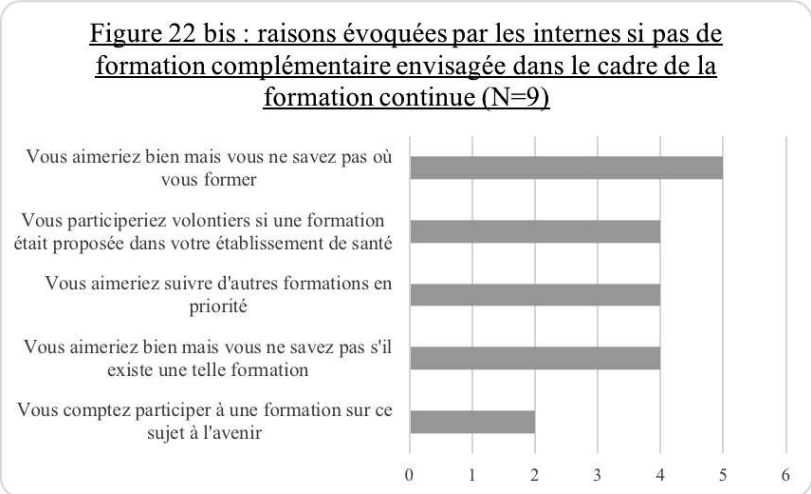


Parmi ces 18%, la figure 20 indique que c'était l'initiative de 91% d'entre eux (10/11) dans le but d'enrichir leur pratique. Pour ceux dont c'était l'initiative, la figure 21 indique que la moitié (5/10) n'a pas eu l'idée suite à la médiatisation du sujet, alors que 30% (3/10) y ont pensé après celle-ci.

Parmi les 80% (49/61) qui ont dit ne jamais avoir bénéficié d'une formation complémentaire à ce sujet, la figure 22 montre que 71% (35/49) ont dit qu'ils participeraient volontiers à une formation si elle était proposée au sein de leur établissement de santé.



Au cours du traitement de nos résultats, nous avons noté que neuf internes ont répondu à cette dernière question alors qu'ils n'étaient pas concernés par celle-ci, puisqu'en formation intiale. Nous avons cependant trouvé intéressant de retranscrire leurs réponses, en considérant que ce sont peut-être les réponses qu'ils auront lorsqu'ils seront concernés par la formation continue. Ainsi, nous présentons ces résultats dans la figure 22 bis suivante.



5 internes sur 9 ont déclaré souhaiter participer à une formation à ce sujet mais sans savoir où. Avec une proportion de 4/9, certains internes ont répondu qu'ils ne savent pas si une formation à ce sujet existe, qu'ils participeraient volontiers si la formation était proposée dans leur établissement de santé, ou qu'ils souhaiteraient suivre d'autres formations en priorité. Deux internes envisagent certainement de participer à une formation sur ce sujet à l'avenir.

3.5. Analyse des résultats et discussion

3.5.1. Le sentiment négatif ressenti par les soignants

Dans ce chapitre, nous avons collecté les résultats utiles pour répondre à notre première hypothèse qui était la suivante :

« Chez la majorité des professionnels pratiquant la gynécologie ou l'obstétrique, la médiatisation du sujet a engendré un sentiment de dénigrement de leur profession et de colère envers les femmes. »

Dans la question où nous interrogeons les professionnels sur leurs réactions et ressentis quant à la médiatisation des « violences gynécologiques et obstétricales », le sentiment ressenti en majorité (70% des professionnels) est la compréhension des femmes dans leurs revendications. 30% des soignants ont d'ailleurs déclaré ne pas comprendre certains autres soignants qui dénigreraient les témoignages et demandes des femmes.

Au contraire, 24% des soignants ont un sentiment de compréhension envers certains de leurs pairs. Jusqu'à 35% des soignants ont plus franchement le sentiment d'être victimes d'un dénigrement (bashing) de la part des femmes. Seuls 4% des soignants ont déclaré ne pas du tout comprendre les femmes.

Le sentiment de colère envers les femmes et leurs représentants est présent chez seulement 4% des soignants. La colère et l'indignation ressenties par les soignants sont plutôt dirigées vers les soignants eux-mêmes (35%) et les médias (34%). Ce constat mériterait que l'on se demande pourquoi. Sentiment de culpabilité ? Image négative des soignants véhiculée et amplifiée par les médias, augmentant la perte de la confiance des femmes envers les soignants ?

Nous pouvons nous interroger sur l'influence qu'a la provenance de l'information sur la façon dont les professionnels concernés accueillent et ressentent les choses. Sur l'échantillon interrogé, 51% ont entendu parler du rapport du HCE, alors que 96% ont entendu parler des « violences gynécologiques et obstétricales ». Nous

constatons que parmi ces derniers, seulement 16% ont reçu l'information via le communiqué d'une instance officielle, alors que près de la totalité (99%) en ont entendu parler dans les médias. 85% en ont entendu parler sur leur lieu de travail, via les collègues, les cadres et coordinateurs.trices. Dans notre questionnaire, il aurait été intéressant de dissocier la discussion anodine entre collègues et l'information officiellement descendante de la part des cadres et coordinateurs.trices. Effectivement, même si tout professionnel a un devoir de veille documentaire, recevoir l'information par l'intermédiaire de la hiérarchie donnerait peut-être plus de force et de légitimité à cette information, et aurait alors peut-être un impact différent sur le ressenti des soignants.

Les soignants, face à la médiatisation du sujet des « violences gynécologiques et obstétricales », ont vu émerger en eux d'autres types de réactions (Annexe X et X bis). Ces réponses ne représentent pas une majorité mais leur analyse reste intéressante.

De la peur : de la généralisation et de l'amalgame, d'être stigmatisés à tort et que les relations soignants-patientes soient dégradées (6%), d'avoir été témoin ou à l'origine de vécus négatifs (4%).

De l'ambivalence : il est intéressant de noter que 25% des enquêtés ont déclaré être en fait compréhensifs ou incompréhensifs des patientes et des soignants à la fois, selon la situation ; ceci nous rappelle l'importance de faire preuve d'esprit critique en toute circonstance.

Une prise de conscience et une remise en question des pratiques (13%) : remarquons qu'un enquêté a dit avoir entendu parler de ce sujet en commission médicale d'établissement, ce qui nous laisse penser qu'il s'agit bien d'un sujet qui interpelle et que les élus prennent en considération pour discuter des pratiques de leur établissement afin de les réajuster.

Du soulagement et de la satisfaction face au fait que les femmes osent partager leurs vécus et que les pratiques soient remises en question (6%).

De l'indignation envers les soignants « qui se sentent tout-puissants et sans empathie » (1%).

Un sentiment d'identification par les soignantes qui sont avant tout des femmes susceptibles d'avoir ou d'avoir eu elles-mêmes un vécu négatif (1%).

Nous pouvons conclure pour cette partie que le ressenti des soignants face à la médiatisation du sujet est de nature multiple : de la compréhension des femmes, des soignants, à la satisfaction face à la remise en cause des pratiques et parfois une certaine indignation envers les soignants, en passant par la peur et l'appréhension de l'amalgame et de la généralisation. Les sentiments de dénigrement et de colère envers les femmes ne sont en tout cas pas majoritaires dans le vécu des soignants, ce qui nous permet donc d'infirmer notre première hypothèse. Il est intéressant de se demander si les proportions des différents ressentis auraient été les mêmes si les informations concernant les « violences gynécologiques et obstétricales » avaient été pour la majorité reçues des responsables et instances officiels, et non par le biais des médias. Aussi, nous pouvons aisément constater que, quelle que soit la nature du ressenti, ce sujet ne laisse pas les soignants totalement indifférents.

3.5.2. Le besoin des soignants de modifier leurs pratiques

Dans le chapitre qui suit, il s'est agi pour nous de répondre à notre seconde hypothèse, que nous rappelons ci-après :

« Suite à la médiatisation du sujet, la majorité des professionnels pratiquant la gynécologie ou l'obstétrique a ressenti le besoin de modifier ses pratiques. »

Avec un taux de 59%, il s'agit de plus de la moitié des professionnels enquêtés qui a déclaré ressentir le besoin ou l'envie de modifier ses pratiques suite à la médiatisation du sujet des « violences gynécologiques et obstétricales ». Les raisons les motivant à changer leurs pratiques sont multiples.

Pour la majorité, il s'agit de restaurer la confiance des femmes (76%). Pour plus de la moitié (55%), le but est de défendre l'image de leur profession et d'en restaurer une image positive. Pour la moitié (50%), être irréprochable et ne pas être l'objet d'accusations. 19% des enquêtés ont évoqué d'autres motivations (Annexe XI) : favoriser la communication avec les femmes, se remettre en question, avoir une satisfaction personnelle et une tranquillité d'esprit.

Les changements de pratiques chez les soignants portent sur plusieurs aspects de la prise en soin des femmes, que nous allons aborder ci-après (Annexe XII).

✻ Grands principes et valeurs

Afin que les femmes aient un bon vécu d'un acte gynécologique ou obstétrical, les soignants ont indiqué respecter certaines valeurs fondamentales à leur pratique. Ces valeurs sont les suivantes : informer (66%), recueillir le consentement (49%), respecter la pudeur (38%), prendre le temps (34%), rassurer (25%), écouter les mots des femmes autant que leurs attitudes, respecter leurs personnes (23%), suivre leur rythme, leur laisser le choix (6%), réfléchir sur la nécessité de chaque acte (4%), favoriser l'autonomie (1%).

Il est surprenant de constater que le recueil du consentement est une condition fondamentale à la pratique d'à peine la moitié des enquêtés, alors que celui-ci est une notion vastement détaillée dans le Code de la santé publique et dans le Code de déontologie médicale. Le fait de recueillir le consentement est peut-être tellement évident et une condition sine qua non à la pratique, que certains ont pensé inutile de le mentionner comme une « valeur » ? Nous pouvons en penser de même pour les notions d'autonomie et de choix, qui se rapprochent de celle du consentement.

Il est fort heureux de constater qu'au vu des témoignages des femmes, ce sont des principes et valeurs qui coïncident globalement avec leurs attentes.

* Vigilance

Les enquêtés semblent conscients de l'importance que prend l'histoire de chaque femme dans la manière dont elles vont vivre les choses par la suite, notamment une prise en soin aussi délicate que celle qu'elles vivent sur les plans de la gynécologie et de l'obstétrique. Pour permettre l'établissement de liens entre l'histoire passée des femmes et leurs attitudes actuelles, et ainsi mieux comprendre celles-ci, 24% des soignants ont souhaité accorder du temps à la recherche de vulnérabilité dans l'anamnèse. Comme nous l'avons vu précédemment, des antécédents de violences en tous genres ou de mauvais vécus, peuvent avoir pour conséquence l'apparition d'une appréhension, d'une tension chez la femme, favorisant ainsi le risque de récidive d'un vécu négatif. Afin de diminuer ce risque, les enquêtés qui envisageraient volontiers de mettre en place des changements dans leurs pratiques, ont mentionné les notions suivantes : plus d'écoute et de communication (5%), plus de douceur dans la façon de faire les actes mais aussi dans la façon de communiquer de manière générale (2%).

Ainsi, la majorité des enquêtés semble tenter d'être à l'écoute des femmes et des signaux qu'elles pourraient envoyer pour être comprises. Pour 87% des enquêtés, il existe des motifs de consultation, des plaintes ou des attitudes chez les femmes qui les font systématiquement s'interroger sur leur vécu gynécologique ou obstétrical antérieur. 84% de ceux-là s'interrogent face à une anxiété « démesurée » chez la femme, et 81% face à la présence d'un vaginisme chez elle. Les pleurs d'une femme vont soulever des interrogations chez 69% d'entre eux, et la douleur « surexprimée » à l'examen va en faire réfléchir 66%. Les attitudes qui vont majoritairement évoquer des choses chez les soignants sont donc l'anxiété et la douleur des femmes à l'examen.

La pathologie douloureuse en dehors de l'examen en revanche fait s'interroger moins de soignants sur l'histoire des patientes : moins de la moitié s'interrogent face à des dyspareunies (44%), et seulement 16% face à des douleurs pelviennes chroniques.

Le fait que la femme soit surprise d'avoir le choix pose question à 39% des soignants. Ceci est supérieur à ce à quoi nous nous attendions, car nous pouvons effectivement penser que, dans un système et à une époque où l'habitude est encore au

soignant d'adopter une position directive dans l'entretien, la surprise face à un schéma différent semble n'être que normale, et ceci indépendamment des domaines de la gynécologie et de l'obstétrique.

La plainte explicite par rapport à un examen antérieur et les antécédents de violences de tous types posent évidemment question, ainsi que le fait pour la femme d'éviter systématiquement tout examen (6%). Les absences répétées aux rendez-vous et la « surprotection » du mari sont aussi des attitudes qui interrogent, de façon moins prépondérante (3%).

✻ Pudeur de la femme

60% des enquêtés ont pour souhait d'accorder une place plus importante au respect de la pudeur. Nous les avons donc interrogés sur les moyens qu'ils mettent en oeuvre pour préserver la pudeur des femmes lors d'un examen gynécologique. Les réponses sont diverses : couvrir la femme (79%), isoler l'endroit de l'examen (23%), décomposer l'examen en plusieurs temps (23%), recueillir le consentement (21%), respecter le rythme de la femme (18%), l'informer (15%), respecter l'intimité du déshabillage et du rhabillage (15%), rassurer et mettre en confiance (11%), considérer la place d'un éventuel accompagnant (7%), écourter la durée de la nudité (6%), s'adapter et proposer des alternatives (4%), se montrer désintéressé et détourner l'attention de la femme pendant l'examen (3%), prendre en compte sa propre situation dans l'espace par rapport à la femme (3%), respecter la personne qu'est la femme et son corps (3%).

Par ces réponses, nous remarquons que l'examen gynécologique selon certains se décline en plusieurs temps : le temps du déshabillage, le temps du corps déshabillé, le temps dudit examen (le geste), et le temps du rhabillage. Nous avons effectivement évoqué dans notre revue de la littérature la particularité du temps de déshabillage et de rhabillage, et ce qu'il peut évoquer dans l'inconscient de la femme examinée. Il semble alors plus judicieux, lorsque les lieux le permettent, de ne rejoindre la femme du côté « examen » de la pièce que lorsqu'elle est déshabillée, et de lui laisser un temps seule pour se rhabiller.

Nous remarquons que l'examen gynécologique pour certains se décline aussi en plusieurs lieux : le lieu de l'échange verbal, le lieu du déshabillage et du rhabillage, et le lieu dudit examen (les deux derniers pouvant coïncider). Cette séparation des lieux est possible seulement si les locaux et le matériel s'y prêtent : présence de plusieurs petites pièces dans la salle de consultation, présence d'un paravent, d'un rideau…

Enfin, il est intéressant de noter que certains déclinent aussi l'examen gynécologique en deux parties : l'examen mammaire et l'examen pelvien. Cette distinction permet à la femme de rhabiller entre temps la partie du corps qui n'est plus examinée, et permet ainsi d'éviter la nudité complète.

Pour pallier la particularité de l'examen gynécologique, une personne enquêtée mentionne le fait de détourner l'attention de la femme en appelant ses sens vers une autre partie de son corps : en posant par exemple une main sur le ventre, la cuisse, la jambe… Une autre personne dit plutôt éviter le regard de la femme pendant l'examen.

Cinq personnes enquêtées ont indiqué prendre en considération la place de l'éventuel accompagnant. D'après notre expérience et dans notre société actuelle, nous avons l'impression qu'il est plus courant de penser que la femme serait plus à l'aise si le soignant demandait à l'accompagnant de sortir. Or nous avons retrouvé dans la littérature qu'il existait pour les femmes adultes la possibilité d'être accompagnées lors d'un examen gynécologique par une tierce personne servant de « chaperon » (36, 41, 47, 52), ceci afin de diminuer leur inconfort et éventuellement celui des soignants. Cette idée est née à la base dans le cadre des consultations pédiatriques pour pallier la particularité de celles-ci (53). Nous pouvons donc conclure que la présence d'un accompagnant n'est pas à bannir de façon systématique, et que parfois, les femmes se sentent plutôt rassurées de ne pas être laissées seules face aux soignants. Il suffit de leur demander ce qu'elles préfèrent.

Parmi les enquêtés, treize ont indiqué respecter le rythme de la femme examinée. Par « rythme », ils entendent que même si le consentement pour l'examen est obtenu, il est important pour le soignant de laisser à la femme son temps de préparation

psychologique, ne serait-ce que quelques secondes, le temps pour elle de dire « vous pouvez commencer ».

Une fois l'examen débuté, deux enquêtés ont évoqué le fait d'être vigilants à leur situation dans l'espace par rapport à la femme. Le fait de se placer latéralement à la femme et non entre ses jambes semble être moins gênant pour elle, lorsque cela est possible et que le fait de faire autrement n'est pas nécessaire. Cela est un moyen pour ceux qui ont dit vouloir se montrer désintéressés, d'y parvenir.

✻ Confort de la femme

Nous avons interrogé les enquêtés sur l'examen pelvien plus particulièrement, car comme nous l'avons vu dans notre revue de la littérature, il représente beaucoup dans l'inconscient collectif, et peut être le siège de diverses sensations et plaintes. 31% des enquêtés ont affirmé vouloir prêter plus attention à l'inconfort de la posture d'examen.

A la question « si une patiente vous exprime que sa position est inconfortable pendant un examen pelvien, que faites-vous le plus souvent ? », la grande majorité des enquêtés laisse le temps à la femme de se repositionner et continue (90%), ou rappelle à la femme qu'elle peut demander l'arrêt de l'examen à tout moment (82%). Effectivement, si les risques d'un non examen sont exposés à la femme et qu'elle refuse de façon éclairée l'examen, il ne nous paraît pas aberrant de ne pas y avoir recours de façon systématique. Comme nous l'avons rappelé dans notre revue de la littérature, aucun acte ne peut être effectué par un soignant sur le corps d'une personne sans son consentement, et ce consentement, même s'il est obtenu, est révocable à tout moment. De même, 1 enquêté sur 5 renonce complètement à l'examen, ce qui est supérieur à notre a priori. Au contraire, 8% préfèrent poursuivre en précisant à la femme que l'examen ne durera pas longtemps.

Il vient à l'idée d'1 enquêté sur 4 de proposer à la femme d'adopter une autre position. La position classique dite « gynécologique » (décubitus dorsal + jambes sur les étriers) fait pourtant l'objet de plusieurs plaintes dans les témoignages, nous regrettons

que des positions alternatives ne soient pas proposées plus souvent. Nous regrettons d'ailleurs le fait qu'il ne soit pas demandé aux femmes d'emblée dans quelle position il serait plus confortable pour elles d'être examinées. Nous comprenons en revanche le droit des professionnels de préserver leur propre santé et, dans le but d'être en mesure d'offrir des soins de qualité, d'être attentif à leurs conditions de travail.

Deux enquêtés ont dit prendre le temps d'échanger avec la femme sur la raison de son inconfort, afin de pouvoir s'adapter. C'est par cet échange que nous pourrions d'ailleurs découvrir un mal-être, une plainte, une histoire, comme nous l'évoquions plus tôt…

Enfin, sans grande surprise, nous constatons qu'aucun des enquêtés confronté à l'inconfort d'une femme n'ignore celle-ci tout en poursuivant l'examen…

✻ Autonomie de la femme

Le fait de rendre plus actrice la femme dans son soin est le changement de pratique le plus évoqué, avec 62% des enquêtés qui entreprennent de suivre cette résolution. L'insistance sur le recueil du consentement explicite est envisagé par 60% des enquêtés. Au-delà du recueil du consentement et pour compléter la notion de celui-ci, certains des enquêtés (31%) ont dit vouloir insister également sur le caractère retirable du consentement. De même, une personne enquêtée mentionne le fait de systématiquement parler du droit de refus pour un acte aussi délicat et sujet à polémique que l'épisiotomie par exemple. 57% comptent privilégier le temps de délivrance de l'information. Les attitudes qui ressortent globalement sont donc celles qui vont privilégier l'autonomie des femmes : la délivrance d'une information éclairée, le fait de laisser la liberté d'accepter ou de refuser, la favorisation du rôle actif des femmes. Ce sont justement essentiellement des points faisant l'objet de la demande des femmes, comme nous l'avons vu dans notre revue de la littérature.

Dans le cadre de la favorisation de l'autonomie des femmes, nous avons également interrogé les enquêtés pour savoir si, dans la mesure du possible, il leur arrivait de proposer à la femme d'introduire elle-même l'instrument allant servir à

l'examen pelvien (un écouvillon, un spéculum, une sonde d'échographie). 37% ont répondu « oui », 56% ont répondu « non ». Cette majorité de réponses par la négative correspond à notre a priori. 5 enquêtés ont répondu « oui » et « non » à la fois, en argumentant que cela dépendait de l'instrument utilisé ou des circonstances d'examen.

Les enquêtés ayant répondu « oui » justifient leur réponse par les points suivants : améliorer le vécu de la femme (55%), favoriser son autonomie (23%), c'est un geste simple (13%), respecter la pudeur (10%), pour pallier une contrainte comme une douleur ou un vaginisme (6%). Effectivement, le fait de rendre actrice la femme lui permet par définition de ne pas subir, et cela réduit ainsi le risque pour elle de devenir victime. De plus, il s'agit effectivement d'un geste simple, encore faut-il que la femme connaisse son anatomie et soit à l'aise avec son corps. Le fait pour la femme de faire et de ne pas être passive dans son soin peut également lui faire retrouver progressivement une confiance en elle et une estime d'elle-même, puisque nous avons vu que le fait d'être victime pouvait lui faire perdre ces notions essentielles du développement personnel.

Les enquêtés ayant répondu « non » justifient quant à eux leur réponse par les arguments suivants : l'idée n'est jamais venue (38%), c'est un geste complexe (29%), ce n'est pas une habitude (11%), c'est un geste médical faisant appel à la notion de « responsabilité » (7%), ce n'est pas utile lorsque l'examen est fait correctement (4%). Effectivement, si l'idée n'est jamais venue à l'esprit des soignants, c'est bien parce que ce n'est pas dans leurs habitudes que d'inciter la femme à être actrice de son soin. La responsabilité médicale n'empêche pas le soigné de participer à son soin. Dans le cadre du suivi gynécologique de façon générale, il fait au contraire partie du rôle du soignant que d'éduquer sa patiente, de l'aider à connaître son corps, et à le maîtriser sans avoir systématiquement recours à une aide extérieure lorsque ce n'est pas nécessaire. Parmi ceux qui ont justifié leur réponse négative par le fait que l'introduction d'un instrument par la femme elle-même est trop complexe, certains ont précisé qu'ils faisaient surtout référence au spéculum. Il est également intéressant de voir que parmi ceux qui ont répondu « oui », certains ont précisé qu'ils faisaient référence à l'écouvillon seulement. Nous constatons que le spéculum souffre donc des a prioris non seulement des femmes, mais également des soignants eux-mêmes. L'introduction du spéculum, si celui-ci est de

taille adéquate, n'est pas censée être douloureuse, et elle n'est pas plus complexe qu'un simple écouvillon. Effectivement, nous parlons bien ici de l'introduction du spéculum fermé, il ne s'agit bien évidemment pas pour la femme d'effectuer les manoeuvres nécessaires pour trouver son col de l'utérus… Au vu des témoignages des femmes, ce qui nous paraît judicieux de faire concernant le spéculum, est de demander à la femme comment elle souhaite procéder. Si elle souhaite introduire le spéculum seule, alors il ne reste plus pour le professionnel qu'à reprendre la main le moment venu. La phase d'intromission, qui est généralement la plus appréhendée, est finalement maîtrisée par la femme, et le soignant ne sert ensuite que de guide et d'observateur pour ce qu'il recherche.

Concernant notre seconde hypothèse, nous pouvons dire qu'elle est confirmée. La majorité des soignants sont favorables à la modification de leurs pratiques, et celle-ci porte sur plusieurs aspects de la relation avec les femmes : respect de grands principes et valeurs, vigilance quant à l'histoire de chaque femme, attention particulière portée à la pudeur, au confort, à l'autonomie des femmes.

3.5.3. Le non besoin pour les soignants de modifier leurs pratiques

39% des enquêtés ont indiqué ne pas ressentir le besoin ou l'envie de modifier leurs pratiques suite à la médiatisation du sujet. Parmi ceux-ci, 82% l'ont justifié par le fait qu'ils étaient en fait déjà sensibilisés au sujet et qu'ils fournissaient déjà les efforts nécessaires avant la médiatisation. 14% ont eux avancé le fait qu'ils n'avaient jamais reçu de retour négatif de la part des femmes. Cela montre que, bien que des changements ne s'imposent pas chez tous les soignants, ceux-ci restent attentifs aux retours des femmes.

Mais si les femmes sont muettes sur le moment, cela veut-il dire qu'elles sont totalement satisfaites ? Qu'un sentiment négatif ne va pas ressurgir ultérieurement ? De même, si les femmes sont muettes sur le coup alors qu'un malaise s'est éventuellement fait ressentir, encourageons-nous ces femmes à s'exprimer à ce moment ? Ou craignons-nous de ne pas savoir comment recevoir ces retours ?

Indépendamment de la médiatisation des « violences gynécologiques et obstétricales », les professionnels avaient déjà leur expérience auprès des femmes, ayant suscité chez eux certaines réflexions. Pour exemple, 69% des enquêtés ont déjà été surpris par la gêne ou la plainte de femmes à un examen pelvien, et parmi eux, 35% se sont sentis démunis, 4% se sont sentis gênés ou inconfortables. Seulement 6% ont déclaré ressentir le besoin de discuter avec la femme et de comprendre, notamment face à des conditions d'examen difficiles ou encore un refus complet d'examen. Cette expérience seule a tout de même entraîné chez 55% d'entre eux des changements dans leur façon de prendre en soin les femmes, sans attendre que les médias n'en parlent en masse.

Par ailleurs, nous nous sommes demandés si le temps d'expérience des enquêtés jouait un rôle dans le fait pour eux de se sentir démunis. Après un test de Fisher, il se trouve qu'avec une p-value $p = 0,57$, les variables « temps d'expérience » et « se sentir démuni face à la gêne ou la plainte d'une femme » ne sont pas liées. De même, avec une p-value $p = 0,51$, les variables « temps d'expérience » et « ressentir le besoin de changer ses pratiques ultérieurement à la gêne ou la plainte d'une femme » ne semblent pas dépendre l'une de l'autre.

3.5.4. Les freins à leur pratique rencontrés par les soignants

41% des enquêtés ont indiqué avoir déjà rencontré des freins à la mise en oeuvre des valeurs qu'ils trouvent fondamentales. Le premier de ces freins, celui que l'on blâme le plus sur le terrain et contre lequel les enquêtés témoignent en majorité dans notre étude (52%), est l'activité soutenue du service. Nous pouvons penser de façon logique qu'un service chargé est plus enclin à être source de stress et de manque de temps pour les soignants. Le manque de temps est d'ailleurs mentionné par 45% d'entre eux. Il peut être dû à l'activité soutenue du service, mais peut aussi être en lien avec le caractère urgent d'une situation, comme le mentionne un des enquêtés. Nous pouvons lire à ce sujet dans le rapport du HCE, la remarque du Dr. Ghada Hatem, gynécologue-obstétricienne et fondatrice de la Maison des femmes à Saint-Denis (Ile-de-France) : « à Saint-Denis, par exemple, il y a 4600 naissances par an, et seulement 70 sages-femmes. Nous ne pouvons pas être bientraitants dans des mégastructures. De plus, le turnover est

très important, ce qui est dangereux en matière de santé » (7). La densité de l'activité de certains établissements semble disproportionnée comparée à la disponibilité des ressources humaines et matérielles. Il est regrettable que la bientraitance des femmes en pâtisse.

41% des enquêtés ayant rencontré des freins à la mise en oeuvre de leurs valeurs ont mentionné comme cause à cela la pression exercée par un autre professionnel. De manière consciente ou inconsciente, il semble que certains professionnels empêchent certains autres professionnels de mettre en oeuvre leurs valeurs, n'ayant peut-être pas les mêmes valeurs en priorité. Nous pouvons parfois entendre dans les médias ou sur le terrain que la pression semble provenir des médecins. Nous remarquons par ailleurs que parmi les enquêtés ayant eu cette réponse, se trouvaient des médecins. Le fait de ressentir la pression d'un autre professionnel sur son exercice a-t-il un lien avec le fait de ne pas être médecin ? Après un test de Fisher, et avec une p-value $p = 0,68$, nous avons trouvé que les variables « ressentir la pression d'un autre professionnel » et « ne pas être médecin » sont indépendantes.

Autant, il peut sembler « compréhensible », bien que non justifiable, que les internes, ayant encore une position d'étudiants parfois facilement « imprégnables » et observateurs en la présence d'un chef, trouvent des difficultés à mettre en oeuvre les valeurs qu'ils trouvent importantes auprès des femmes qu'ils soignent ; autant, nous trouvons regrettable que cela puisse être le cas pour des sages-femmes et des médecins, qui sont chacun censés jouir de leur indépendance et conscience professionnelles.

Nous pouvons citer ici un frein qui rejoint l'idée d'une pression extérieure exercée et qui est mentionné par 10% du groupe, il s'agit de l'action par mimétisme et de l'existence d'habitudes de service. Nous avons conscience qu'il puisse être indispensable que certaines pratiques soient homogénéisées au sein d'un même service, afin d'en faciliter l'organisation par exemple, mais nous trouvons regrettable que certaines valeurs essentielles à la prise en soin des femmes en pâtissent. De même, 31% déplorent l'inadéquation du matériel et des locaux pour les aider à mettre en oeuvre les valeurs auxquelles ils tiennent.

Ainsi, il semble difficile de changer les habitudes d'une personne en prêchant simplement à celle-ci les bonnes pratiques alors qu'elle n'est pas dans cette démarche, ni même consciente de la nécessité d'une remise en question, ou qu'elle fait fasse à des freins dans ces pratiques. Cela semble plus réalisable si ce changement est incité par un élan collectif de remise en question, et si ces freins sont supprimés dans le cadre d'un projet de service, promu par un chef ou un responsable de service éventuellement.

Deux enquêtés mentionnent de façon honnête et à notre sens courageuse, la perte de patience comme pouvant être un frein à la mise en oeuvre des valeurs essentielles à leurs yeux. Cette qualité est bien sûr propre à chacun, mais il nous semble idéal, si ce n'est nécessaire pour un individu ayant fait le choix de soigner des personnes, d'en être doté. Parallèlement, nous nous interrogeons sur la signification de cette presque confession. Est-ce là le signe d'une fatigue physique, psychique, émotionnelle de certains soignants ? Nous ne pouvons nous empêcher de remarquer l'écho que cela fait au cri d'épuisement et d'alarme des soignants de manière générale quant à leurs conditions de travail. Ceci n'excuse évidemment pas les manquements.

Enfin, deux enquêtés mentionnent à juste titre la barrière de la langue comme pouvant être un frein à la mise en oeuvre de certaines valeurs. Nous trouvons évidemment regrettable que les femmes, selon leur capacité à comprendre la langue française, ne puissent pas bénéficier des mêmes conditions de soins. Il semble néanmoins relever du devoir du soignant que de mettre en oeuvre les moyens qui sont en sa possession pour l'aider à soigner les femmes de façon équitable. Nous pouvons par exemple rappeler la possibilité au CHU de Rouen d'avoir recours à un traducteur, mais aussi d'être soi-même traducteur. De même, toujours au CHU de Rouen, il existe un dispositif d'aide pour les personnes sourdes et malentendantes.

3.5.5. La formation des soignants à ce sujet

Nous avons tenté de savoir quelle place prenait le sujet des violences faites aux femmes dans la formation initiale puis continue des professionnels interrogés. En effet, nous avons vu dans notre revue de la littérature que tous types de violences dont les femmes peuvent être victimes sont à risque de complications du vécu d'une prise en soin

gynécologique ou obstétricale. Comprendre le mécanisme de ces violences et leur retentissement sur le vécu des patientes pourrait permettre aux soignants de les dépister et d'en atténuer les conséquences.

Parmi la totalité des enquêtés, seulement 23% ont bénéficié pendant leur formation initiale d'une ou plusieurs intervention(s) à ce sujet.

Parmi les sages-femmes et les médecins, seulement 18% ont, dans le cadre de la formation continue, bénéficié d'une formation supplémentaire à ce sujet. Il est plaisant de constater que parmi ceux-ci, dans 91% des cas, les soignants eux-mêmes étaient à l'origine de cette initiative dans le but d'enrichir leur pratique. 30% ont eu l'idée après la médiatisation du sujet.

80% des sages-femmes et médecins ont indiqué ne pas avoir bénéficié d'une formation complémentaire à ce sujet dans le cadre de la formation continue, et parmi eux, 71% ont dit être prêts à participer à une formation si elle était proposée dans leur établissement de santé. En effet, certains des soignants enquêtés participeraient volontiers à une formation à ce sujet, mais 22% ne savent pas où se former, et 20% ne savent même pas s'il existe une telle formation. 16% ont l'intention de participer à une formation à ce sujet à l'avenir. Au contraire, 35% préfèreraient suivre d'autres formations en priorité et 14% évoluent sur le terrain et ne ressentent pas le besoin de participer à toute une formation.

Bien que la question 13.2 était initialement destinée aux sages-femmes et aux médecins ayant répondu qu'ils n'avaient bénéficié d'aucune formation à ce sujet dans le cadre de la formation continue, des internes y ont toutefois répondu et nous avons trouvé intéressant de constater que certains d'entre eux sont aussi motivés pour se former à ce sujet.

D'autres soignants ont justifié le fait qu'ils n'aient jamais eu de formation complémentaire à ce sujet par les points suivants : deux enquêtés n'en ressentent pas le besoin à titre personnel, un enquêté a dit avoir commencé un questionnement sur ses pratiques, un autre a dit avoir demandé l'organisation d'une formation dans son

établissement de santé, mais cette demande a malheureusement été refusée ; enfin, une personne enquêtée a indiqué avoir bénéficié d'une autre formation au sujet de la communication non violente, ce qui l'a beaucoup aidée dans le dialogue avec les femmes (Annexe XIII). Cette personne a également suivi une formation sur la « méthode Bonapace », méthode développée par Julie Bonapace, une éducatrice et médiatrice familiale canadienne, qui consiste en l'accompagnement non médicamenteux de la douleur de l'accouchement, et en l'aide à l'implication des pères dans celui-ci.

Nous pouvons par ailleurs noter que parmi les soignants qui ont entendu parler des « violences gynécologiques et obstétricales », certains y ont été sensibilisés par des moyens plutôt ludiques et parlants : au théâtre, lors d'un atelier organisé dans l'établissement avec des jeux de rôles. Ces moyens pourraient s'avérer être des outils de formation efficaces. Aussi, 26% des soignants ont été informés par les patientes elles-mêmes. Cela nous laisse penser : serait-il possible que les professionnels se forment de façon moins conventionnelle, en interagissant directement avec les femmes, au travers de tables rondes et de groupes d'échanges par exemple ?

3.6. Limites et forces de l'étude

3.6.1. Représentativité de l'échantillon

Nous n'avons pas réussi à obtenir les effectifs exacts des différents professionnels concernés par notre étude et actifs sur l'un des deux établissements. Nous n'avons ainsi pas pu comparer la composition de notre échantillon à la composition réelle des professionnels pratiquant la gynécologie-obstétrique au CHU de Rouen et au CH du Belvédère ; nous regrettons donc de ne pas pouvoir nous prononcer sur la représentativité de notre échantillon.

Par ailleurs, avec un effectif de 71 enquêtés, notre étude manque de puissance.

3.6.2. Biais de sélection

Nous constatons dans la démographie des enquêtés qu'ils exercent de façon différentes : ils n'ont pas tous les mêmes spécialités, et ne sont pas tous actifs dans les

mêmes services. Certains services sont en effet plus propices à l'émergence de mauvais vécus chez les femmes. Nous pouvons penser que les examens gynécologiques sont effectués de façon plus fréquente dans les services de consultations gynécologiques/ prénatales/échographiques ou d'hospitalisations en salles de naissance par exemple. De même, dans ce dernier service, étant un service d'urgences, l'activité peu prévisible peut être soutenue et ainsi rendre les professionnels moins disponibles et donc moins enclins à respecter totalement certaines valeurs.

De plus, notre étude porte sur l'expérience et le ressenti des professionnels, qui sont des notions subjectives et peu quantifiables, en plus d'être influençables par l'histoire personnelle de chacun d'entre eux également.

Enfin, une fois les résultats analysés, nous avons pensé qu'il aurait été intéressant de recueillir le vécu des étudiants sages-femmes, puisque nous avons vu que ceux-ci pouvaient être concernés par le sujet également.

3.6.3. Forces de l'étude

Nous pensons que notre étude est forte des réponses aux questions ouvertes qui ont apporté des éléments de qualité à notre réflexion.

3.7. Propositions d'action

3.7.1. Développement du sujet dans la formation initiale des soignants

Les qualités humaines d'un soignant semblent être des éléments qu'il est nécessaire d'ancrer en lui dès le commencement de ses études. Comme le remarque Marie-Laure Brival, gynécologue-obstétricienne à la maternité des Lilas (Ile-de-France) : « il est nécessaire d'avoir une véritable révolution culturelle dans la formation initiale. Les étudiant.e.s apprennent la technique, la science, le corps humain, mais pas la relation humaine, le respect de l'autre » (7).

Pour ce faire, nous nous sommes précédemment interrogés quant à la faisabilité d'une formation des soignants directement auprès des patientes. C'est effectivement une idée sur laquelle s'appuie la stratégie nationale de santé 2018-2022, avec le développement d'une formation des étudiants concernés basée sur l'écoute du vécu des femmes, notamment par l'intermédiaire de patientes expertes (7). Ces femmes rejoignent volontiers des collectifs et associations pour partager leurs vécus de façon publique, mais vont aussi à la rencontre des étudiants spécifiquement pour casser ce schéma de l'incompréhension et du manque de dialogue entre professionnels et usagers. Nous pouvons ainsi les retrouver à collaborer avec des associations telles que l'Institut de recherche et d'actions pour la santé des femmes (IRASF), ou encore le CIANE, que nous avons déjà cité en cours de propos.

3.7.2. Encouragement des soignants à la formation continue

Pour répondre à ce besoin de prévention en matière de « violences gynécologiques et obstétricales », le Collège national des gynécologues et obstétriciens de France (CNGOF) a créé en septembre 2017 la commission ProBité, Promotion de la bientraitance dans les maternités. Cette commission regroupe les professionnels de la périnatalité - gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes-réanimateurs, puéricultrices, pédiatres, médecins généralistes, psychiatres - ainsi que certains représentants des usagers comme le CIANE, l'IRASF, ou encore « Maman blues ». Elle a pour but de renouer le dialogue entre les professionnels et les usagers, et permet à tous les participants de proposer des idées qui aideront à mettre en avant la bientraitance dans les soins offerts aux femmes. Dans la conférence de presse du 17 octobre 2019, le Dr. Amina Yamgnane, gynécologue-obstétricienne et chef de service à l'Hôpital Américain de Paris, souligne l'importance que prend la formation des professionnels de la périnatalité dans la mise en oeuvre de la bientraitance des femmes (54).

Dans le cadre de la formation continue, il existe en France trois formations portant sur la lutte contre les violences faites aux femmes : deux diplômes inter-universitaires proposés par l'université de Paris - Descartes (Paris V) en lien avec les universités de Grenoble et Montpellier, et un diplôme universitaire proposé par l'université Vincennes - Saint-Denis (Paris VIII). Les formations supplémentaires ont

pour but d'entretenir et d'enrichir les connaissances et outils des professionnels dans leur pratique quotidienne.

Sans forcément suivre une formation diplômante, les professionnels peuvent avoir accès à des ressources en ligne, par exemple sur le site « stop-violences-femmes.gouv.fr » que propose le secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. C'est un site destiné aux femmes concernées, aux professionnels de tous horizons, et à quiconque qui souhaiterait se renseigner à ce sujet. Les informations et outils y sont gratuits et les illustrations élaborées par la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) y sont parlantes (55).

Dans le cadre d'un élan collectif de remise en question, les ateliers de formation proposés aux professionnels sur les terrains peuvent être très enrichissants. L'intervention d'une personne expérimentée auprès des professionnels par petits groupes peut leur permettre d'aborder le sujet différemment, de façon moins scolaire que sur des bancs de faculté. La création d'un espace d'échange bienveillant et convivial peut faciliter aux professionnels le partage de leur expérience, l'écoute de leurs craintes et ressentis, et l'assimilation de nouvelles techniques de communication avec les femmes. Les réflexions sur des retours d'expériences et les mises en situations via des jeux de rôles par exemple peuvent s'avérer formateurs. Comme dans la formation initiale des soignants, nous pensons que l'apport des patientes expertes dans la formation continue peut être enrichissant.

En écho à notre revue de la littérature, nous rappelons l'importance pour les soignants de se former à certaines spécificités, telles que la prise en soin des femmes obèses. Effectivement, il a été montré que par leur méconnaissance de la problématique de l'obésité, les soignants pouvaient avoir un relationnel différent avec ces femmes, s'arrêtant uniquement à l'aspect physique et aux conséquences somatiques de cette condition. Or, l'obésité peut résulter d'une autre pathologie somatique, mais peut aussi faire suite à une condition psychologique qu'il faut savoir prendre en compte, dans l'intérêt de ces femmes.

3.7.3. Valorisation des professionnels

En créant le label « Maternys », le CNGOF, sous la présidence du professeur Israël Nisand, a cru bon de valoriser les professionnels de la gynécologie-obstétrique pour leur bientraitance envers les femmes (56). Le label est décerné pour la première fois en septembre 2019 à la maternité du Belvédère à Mont-Saint-Aignan (Seine-Maritime), dans laquelle notre étude a en partie eu lieu. Ce label a été créé dans le but d'optimiser l'information des patientes enceintes sur le déroulement de la grossesse physiologique, de l'accouchement et du post-partum à travers un contenu multimédia disponible sur l'application Maternys. Les femmes peuvent y partager leur retour sur la qualité de l'information et des soins qu'elles ont reçus. Le dispositif a été pensé comme une aide pour les professionnels qui ont pour rôle de délivrer une information de qualité.

Ce label est néanmoins critiqué par certains, soutenant que la lutte contre les « violences gynécologiques et obstétricales » ne réside pas dans la création d'un label et que ce dernier n'est de ce fait pas nécessaire. Ils regrettent finalement le fait que le CNGOF ait construit ce label alors que la majorité des acteurs sollicités pour contribuer à sa création, c'est-à-dire les représentants des professionnels de la gynécologie-obstétrique et les représentants des usagers, avaient communiqué leur avis défavorable à ce sujet (57, 58). Pour la majorité des acteurs sollicités, le travail de bientraitance envers les femmes doit commencer par la formation des professionnels. Enfin, ayant eu un retour direct et personnel de quelques professionnels de la maternité labellisée, il semblerait que la bientraitance et les qualités humaines « ne sont pas quelque chose que l'on peut quantifier et labelliser ».

Bien que la notion de labellisation de la bienveillance et de la bientraitance soit critiquée et critiquable, nous pensons que cela n'annule pas l'importance de l'impact d'un effort de groupe dans la mise en oeuvre de ces valeurs.

4. CONCLUSION

Le vécu que les femmes ont d'une prise en soin gynécologique ou obstétricale dépend de plusieurs facteurs. Ce qui peut paraître anodin ou légèrement inconfortable pour les soignants peut être vécu comme douloureux voire traumatisant pour les femmes. Par la subjectivité de ces ressentis, les soignants sont exposés à diverses situations auprès des femmes, et à tout autant de risques de plaintes de la part de celles-ci, allant jusqu'à témoigner contre ce qu'elles ont perçu comme violent.

La médiatisation du sujet des « violences gynécologiques et obstétricales » a suscité des réactions variées chez les soignants concernés. Le sentiment de dénigrement de leurs professions, ainsi que la colère envers les femmes, ne semblent pas être les ressentis majoritaires. Face à la situation, la majorité des soignants ressent le besoin ou l'envie de modifier ses pratiques dans le but de répondre au mieux aux attentes des femmes.

Les soignants peuvent rencontrer plusieurs freins à leur volonté de bien faire. Malgré les indéniables efforts déjà fournis pour pallier ces freins et tenter de comprendre les femmes, les plaintes et incompréhensions sont présentes. Pour les soignants ne ressentant pas le besoin ou l'envie de modifier leurs pratiques, il s'agirait par exemple de les encourager à chercher explicitement l'obtention d'un retour de la part des femmes en encourageant celles-ci à partager leur vécu. L'établissement d'un dialogue sincère et d'une relation de confiance de qualité entre soignants et soignées semble dans tous les cas et de toute évidence incontournable pour éviter les amalgames et les a priori des femmes envers les soignants, et inversement. A ces fins, nous avons espoir en les méthodes qu'il reste à découvrir ou à démocratiser, tant dans les techniques de communication avec les femmes, que dans les techniques de formation des soignants. En effet, la majorité des soignants est prête à se former à ce sujet. Il s'agirait donc d'encourager les responsables de services à la mise en place de formations au sein des établissements, sous la forme d'ateliers d'échanges, de communication, de mises en situations et de réflexion, de dialogue avec les femmes concernées également.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Code de la santé publique. Article L4151-1 [en ligne]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688926&dateTexte=&categorieLien=cid

(2) L'Obs. Quand les gynécos sont brutaux - Témoignages [en ligne]. 20/09/2017 [consulté le 02/11/2018]. Disponible : http://www.nouvelobs.com/rue89/nos-vies-intimes/20170920.OBS4907/violences-gynecologiques-ces-sept-histoires-vous-mettront-en-colere.html

(3) France Info. Manque de considération, violences gynécologiques : sept étudiants sages-femmes sur dix souffrent de dépression, selon une enquête [en ligne]. 05/12/2018 [consulté le 10/12/2018]. Disponible : https://www.francetvinfo.fr/sante/professions-medicales/sages-femmes/manque-de-consideration-violences-gynecologiques-sept-etudiants-sages-femmes-sur-dix-souffrent-de-depression-selon-une-enquete_3084695.html

(4) Konbini. Violences gynécologiques : des témoignages glaçants [en ligne]. 19/07/2018 [consulté le 15/09/2018]. Vidéo : 4:51 min. Disponible : https://www.youtube.com/watch?v=akWaafmqNmk

(5) Faure N. Paye (pas) ton gynéco - Documentaire [en ligne]. 27/06/2018 [consulté le 02/11/2018]. Vidéo : 20:29 min. Disponible : https://www.youtube.com/watch?v=fsRZ59Urc2I

(6) Viala O, Darling Légitimus L. Corps médical - Documentaire [en ligne]. 06/07/2018 [consulté le 12/02/2019]. Vidéo : 26:08 min. Disponible : https://www.3is.fr/paris/portfolio-item/corps-medicale-documentaire/

(7) Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical [en ligne]. Paris : Secrétariat général du HCE; 26/06/2018 [consulté le 29/08/2018]. 172 p. Rapport n°2018-06-26-SAN-034. Disponible : http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf

(8) Déchalotte M. Le Livre noir de la gynécologie. Maltraitances gynécologiques et obstétricales : libérer la parole des femmes. Paris : First ; 2017. 488 p.

(9) Université médicale virtuelle francophone. Examen gynécologique [en ligne]. ©2010-2011 [consulté le 26/02/2019]. Disponible : http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examen/site/html/3.html

(10) Haute autorité de santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Recommandation de bonne pratique [en ligne]. Paris : HAS ; 12/2017 [consulté le 21/03/2019]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf

(11) Abbara A. Evaluation de la maturation du col utérin selon le score de Bishop [En ligne]. ©2000-2019 [consulté le 21/03/2019]. Disponible : http://www.aly-abbara.com/echographie/biometrie/scores/score_bishop.html

(12) Collège national des gynécologues-obstétriciens français. Prévention et protection périnéale en obstétrique. Recommandations pour la pratique clinique (texte court) [en ligne]. Paris : CNGOF ; 2018 [consulté le 08/10/2019]. Disponible : http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF_RPC_2018-PPPO.pdf&i=21003

(13) Haute autorité de santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Référentiel de pratiques [en ligne]. Paris : HAS ; 06/2013 [consulté le 19/03/2019]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf

(14) Haute autorité de santé. Dépistage et prévention du cancer du sein. Référentiel de pratiques [en ligne]. Paris : HAS ; 02/2015 [consulté le 19/03/2019]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf

(15) Haute autorité de santé. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [en ligne]. Paris : HAS ; 19/05/2014 [consulté le 08/10/2019]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage

(16) Conseil national de l'ordre des médecins. Le serment d'Hippocrate [en ligne]. 05/01/2012 [consulté le 13/02/2019]. Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311

(17) Code de déontologie médicale. Titre 2 - Article 36 [en ligne]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=58E9A2F52B68FEED25C69AF39E7AF773.tplgfr27s_2?idArticle=LEGIARTI000006680539&cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=20040807

(18) Code de la santé publique. Article L1111-4 [en ligne]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685767

(19) Code de déontologie médicale. Titre 2 - Article 35 [en ligne] . Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=58E9A2F52B68FEED25C69AF39E7AF773.tplgfr27s_2?idArticle=LEGIARTI000006680538&cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=20040807

(20) Code de la santé publique. Article L1111-2 [en ligne]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685758&dateTexte=&categorieLien=cid

(21) Code pénal. Article 222-33 [en ligne]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417706

(22) Code pénal. Article 222-22 [en ligne]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006165281&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20070306

(23) Code pénal. Article 222-23 [en ligne]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417678&cidTexte=LEGITEXT000006070719

(24) Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. Champ psychosomatique [en ligne]. 03/2002 [consulté le 07/03/2019];27:81-92. Disponible : https://www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2002-3-page-81.htm

(25) Bouton E. Violences gynécologiques : on est toutes concernées [en ligne]. 01/09/2016 [consulté le 23/12/2018]. Disponible : https://www.glamourparis.com/amour-et-sexe/sexualite/articles/violences-gynecologiques-on-est-toutes-concernees/45727

(26) L'Obs. « Examen à l'anglaise » : on n'est pas obligées d'écarter les cuisses chez le gynéco [en ligne]. 14/08/2016 [consulté le 24/03/2019]. Disponible : https://www.nouvelobs.com/rue89/rue89-rue69/20160814.RUE1275/examen-a-l-anglaise-on-n-est-pas-obligees-d-ecarter-les-cuisses-chez-le-gyneco.html

(27) Amy NK, Aalborg A, Lyons P, Keranen L. Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. International Journal Of Obesity [en ligne]. 2005/10/4 [consulté le 27/02/2019];30:147-55. Disponible : https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803105

(28) Hebl MR, Xu J. Weighing the care : physicians' reactions to the size of a patient. Int J Obes Relat Metab Disord [en ligne]. 2001/08 [consulté le 27/02/2019];25(8):1246-52. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11477511?dopt=Abstract

(29) Bertakis KD, Azari R. The impact of obesity on primary care visits. Obesity Society [en ligne]. 2005/09 [consulté le 27/02/2019];13(9):1615-23. Disponible : https://doi.org/10.1038/oby.2005.198

(30) Code la santé publique. Article L1110-5 [en ligne]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id

(31) Bertakis KD, Azari R, Callahan EJ. Patient pain : its influence on primary care physician-patient interaction. Fam Med [en ligne]. 2003/02 [consulté le 20/02/2019];35(2):119-23. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12607809

(32) Collectif interassociatif autour de la naissance. Episiotomie : état des lieux et vécu des femmes [en ligne]. 11/2013 [consulté le 24/03/2019]. Disponible : https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enquête-épisiotomie-Ciane-2013.pdf

(33) Institut national de la santé et de la recherche médicale ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 [en ligne]. 10/2017 [consulté le 08/10/2019]. Disponible : http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf

(34) Reiniche C. « Point du mari » après l'accouchement : je n'y ai pas cru… jusqu'à ce que je le voie [en ligne]. 26/03/2014 [27/03/2014; consulté le 19/03/2019]. Disponible : http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1164169-point-du-mari-apres-l-accouchement-je-n-y-ai-pas-cru-jusqu-a-ce-que-je-le-voie.html

(35) Diniz SG, Chacham AS. "The Cut Above" and "the Cut Below" : The Abuse of Caesareans and Episiotomy in São Paulo, Brazil. Reproductive Health Matters [en ligne]. 2004/05/18 [consulté le 19/03/2019];12(23):100-10. Disponible : https://doi.org/10.1016/S0968-8080(04)23112-3

(36) Yanikkerem E, Ozdemir M, Bingol H, Tatar A, Karadeniz G. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. Midwifery [en ligne]. 2009/10 [consulté le 23/12/2018];25(5):500-8. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18086509

(37) Avdibegović E, Sinanović O. Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. Croat Med J [en ligne]. 2006 [consulté le 17/03/2019];47(5):730-41. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080462/

(38) Robohm JS, Buttenheim M. The gynecological care experience of adult survivors of childhood sexual abuse : a preliminary investigation. Women Health [en ligne]. 1996 [consulté le 22/02/2019];24(3):59-75. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9046553

(39) Weitlauf JC, Finney JW, Ruzek JI, Lee TT, Thrailkill A, Jones S, Frayne SM. Distress and Pain During Pelvic Examinations : Effect of Sexual Violence. Obstetrics & Gynecology [en ligne]. 2008/12 [consulté le 22/02/2019];112(6):1343-50. Disponible :

https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2008/12000/Distress_and_Pain_During_Pelvic_Examinations_.23.aspx

(40) Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B. Women's experiences of the gynecologic examination : factors associated with discomfort. Acta Obstet Gynecol Scand [en ligne]. 2003 [consulté le 24/12/2018];82:1030–6. Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14616277

(41) Barbro W, Mats G, Berndt K. Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women. Acta Obstet Gynecol Scand [en ligne]. 1998 [consulté le 26/12/2018];77:422–28. Disponible : https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1034/j.1600-0412.1998.770411.x

(42) Brüggemann AJ, Swahnberg K. What contributes to abuse in health care ? A grounded theory of female patients' stories. Int J Nurs Stud [en ligne]. 2013/03 [consulté le 25/12/2018];50(3):404-12. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23122025

(43) Département de médecine générale de Clermont-Ferrand. Les conséquences des violences sur la santé multiples et durables [en ligne]. ©2018-2019 [consulté le 19/03/2019]. Disponible : http://declicviolence.fr/pourquoi-b2.html

(44) Thomas JL. Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature. Rev Fr Dommage Corp [en ligne] 2015/3 [consulté le 27/02/2019]; 253:69. Disponible : http://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/Thomas-JLT-2015-Revue-du-dommage-corporel-Revue-lit-somatisation-droitdiffusion.pdf

(45) Haute autorité de santé. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus [en ligne]. Paris : HAS ; 25/12/2010 [consulté le 24/03/2019]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/questions_reponses_depistage_cancer_col.pdf

(46) Gerardin P, Rivière V, Thibaut F. Dépressions maternelles et développement de l'enfant. Act. Méd. Int. - Psychiatrie [en ligne]. 2003/02 [consulté le 19/03/2019];1(20): 1-11. Disponible : https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/6630.pdf

(47) Le blog de Borée. L'examen « à l'anglaise » et autres mises au point gynécologiques [en ligne]. 14/03/2011 [consulté le 24/03/2019]. Disponible : http://boree.eu/?p=1349#comment-60554

(48) Bates CK, Carroll N, Potter J. The Challenging Pelvic Examination. J Gen Intern Med [en ligne]. 2011/06 [consulté le 26/03/2019];26(6):651–57. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3101979/

(49) Conseil national de l'ordre des médecins. Clause de conscience du médecin [en ligne]. 16/12/2011 [consulté le 26/03/2019]. Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/article/clause-de-conscience-du-medecin-1160

(50) Areskog-Wijma B. The gynaecological examination—women's experiences and preferences and the role of the gynaecologist. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology [en ligne]. 1987 [consulté le 24/03/2019];6(1):59-69. Disponible : https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01674828709023862

(51) Dejeanne M, Fabre E, Freyens A, Oustric S, Rouge-Bugat ME. Le premier examen gynécologique idéal imaginé par les jeunes filles. Recherche qualitative par entrevues semi-dirigées. Can Fam Physician [en ligne]. 2017/08 [consulté le 24/03/2019];63(8): 371–75. Disponible : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5555343/

(52) Khan NS, Kirkman R. Intimate examinations : use of chaperones in communitybased family planning clinics. BJOG [en ligne]. 2000 [consulté le 24/03/2019];107(1):130-32. Disponible : https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11590.x?sid=nlm%3Apubmed

(53) Braverman PK, Breech L; Committee on Adolescence. Gynecologic examination for adolescents in the pediatric office setting. Clinical report. Pediatrics [en ligne]. 2010/09 [consulté le 24/03/2019];126(3):583-90. Disponible : https://pediatrics.aappublications.org/content/126/3/583.long

(54) Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Dossier de presse. La parole aux femmes. Ecoute-information-évaluation-partage… [en ligne]. 17/10/2019 [consulté le 23/12/2019]. Disponible : http://www.cngof.net/Medias-CNGOF/Communiques/2019/CNGOF-dossier-presse-bientraitance-label-ressources-humaines.pdf

(55) Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Télécharger les outils de formation sur les violences faites aux femmes [en ligne]. 22/04/2019 [consulté le 22/10/2019]. Disponible : https://stop-violences-femmes.gouv.fr/telecharger-les-outils-de.html

(56) Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Les engagements du label [en ligne]. 2019 [consulté le 21/10/2019]. Disponible : https://www.maternys.com/engagements-label-maternys/

(57) Collectif interassociatif autour de la naissance. Label du CNGOF : vous avez dit bientraitance ? [en ligne]. 21/10/2019 [consulté le 23/12/2019]. Disponible : https://ciane.net/2019/10/label-du-cngof-vous-avez-dit-bientraitance/

(58) Association nationale des sages-femmes libérales. Du label et de la probité. [en ligne]. 19/10/2019 [consulté le 23/12/2019]. Disponible : https://ansfl.org/actualites/du-label-et-de-la-probite/

ANNEXES

Annexe I : Photos prises pour L'Obs afin d'illustrer les témoignages recueillis (2)……1

Annexe II : Témoignages partagés sur Twitter via le hashtag #PayeTonUtérus, dont le HCE s'est alimenté pour fournir son rapport (7)……..2

Annexe III : Alternatives à l'examen pelvien en position dite gynécologique……..3

Annexe IV : Questionnaire (version avec objectifs, non distribuée)……4

Annexe V : Transcription transversale de la question 3 en lien avec le tableau 1……..9

Annexe VI : Transcription transversale de la question 5 en lien avec le tableau 2……14

Annexe VII : Transcription transversale de la question 7.1 en lien avec le tableau 3……21

Annexe VIII : Transcription transversale de la question 7.2 en lien avec le tableau 4….23

Annexe IX : Transcription transversale de la question 11.3 en lien avec le tableau 5…..25

Annexe X : Transcription transversale de la question 10, item « Peur de »……..27

Annexe X bis : Transcription transversale de la question 10, item « Autre »……28

Annexe XI : Transcription transversale de la question 11.1, item « Autre »……29

Annexe XII : Transcription transversale de la question 11.2, item « Autre »……30

Annexe XIII : Transcription transversale de la question 13.2, item « Autre »……31

Annexe XIV : Résultats non exploités……32

Annexe I : Photos prises pour L'Obs afin d'illustrer les témoignages recueillis (2).

Annexe II : Témoignages partagés sur Twitter via le hashtag #PayeTonUtérus, dont le HCE s'est alimenté pour fournir son rapport (7).

· 20 nov. 2014
La gyneco qui suite à exam douloureux me montre le spéculum et me dis "oh ben ça va vous avez déjà eu plus gros quand même !" #payetonuterus
1 4 5

· 20 nov. 2014
Qd t'as un kyste ovarien de 4cm et qu'un gynéco homme te dit "Ça fait pas si mal que ça, arrêtez de pleurer" #PayeTonUterus
1 2 2

· 20 nov. 2014
Je sursaute car il me fait mal. Il me dit:" vous n'êtes pas censée prendre du plaisir,veuillez vous calmer!" #PayeTonUterus
1 2 2

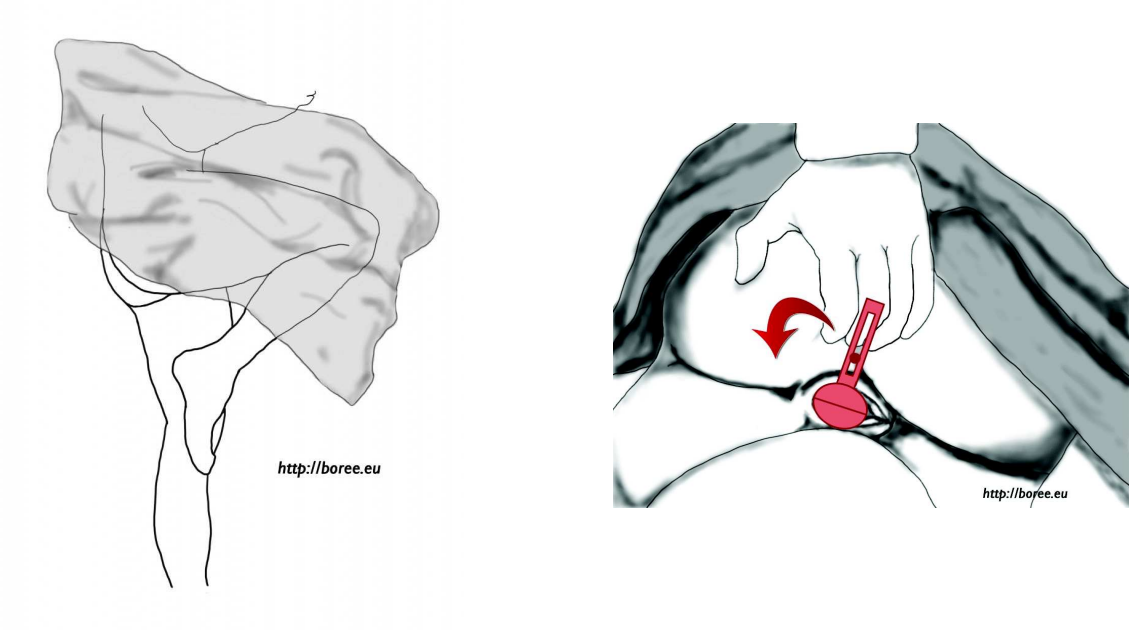
· 22 nov. 2014
#payetonuterus J'étais parfaitement à l'aise avec mon corps jusqu'à ce moment. Ça m'a marquée pendant des mois. 2/2
1

· 22 nov. 2014
#payetonuterus La gynéco qui pose sa main sur mon petit bidon en me disant que si je faisais attention, j'aurais pas de ventre. 1/2

· 21 nov. 2014
A demi-nue pour écho pelvienne, l'interne ne voit rien.Suivez-moi, ne vous rhabillez pas, il y a un autre appareil à l'étage #PayeTonUterus

· 20 nov. 2014
#PayeTonUterus : le gynéco qui tient absolument à ce qu'on se mette entièrement nue pour une écho de 2è trimestre de grossesse

Annexe III : Alternatives à l'examen pelvien en position dite gynécologique.



Le décubitus latéral, illustrations retrouvées sur le site du Dr. Borée (47).

Le toucher debout, planche gravée illustrant les *Nouveaux élémens de la science et de l'art des accouchemens* de Jacques-Pierre Maygrier d'après Antoine Chazal, 1822.

Annexe IV : Questionnaire (version avec objectifs, non distribuée).

QUESTIONNAIRE : LES « VIOLENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRICALES » DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS CONCERNES

Bonjour, Yasmine Louati, je suis étudiante sage-femme en 5e année à l'école de Rouen. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études portant sur le thème des « violences gynécologiques et obstétricales », nous avons élaboré le présent questionnaire afin d'en savoir un peu plus sur l'impact qu'a pu avoir la médiatisation de ce sujet sur le vécu et l'expérience des professionnels travaillant en gynécologie/ obstétrique. Le remplissage du questionnaire nécessite environ 10 minutes de votre temps, et vos réponses resteront anonymes. Je vous remercie par avance de votre précieuse contribution et reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

@ : yasmine.louati@etu.univ-rouen.fr

I. A propos de vous

1) Vous êtes : (1) Sage-femme (2) Médecin (3) Interne

1.1) Si vous êtes sage-femme, quel est (sont) votre (vos) secteur(s) d'activité principal(aux) ?

(1) Consultations prénatales (2) Echographie (3) Hospitalisations prénatales
(4) Salle de naissance (5) Suites de couches (6) Centre de planification (7) Gynécologie
(8) Autre(s) (précisez) : ……..

1.2) Si vous êtes médecin ou interne, quelle(s) est (sont) votre (vos) spécialité(s) ?

(1) Gynécologie médicale (2) Gynécologie-Obstétrique
(3) Médecine générale (4) Médecine générale + diplôme complémentaire en gynécologie
(5) Autre(s) (précisez) …….

1.3) Si vous êtes sage-femme ou médecin, depuis quand êtes-vous diplômé.e ?

(1) Moins de 5 ans (2) Entre 5 et 15 ans (3) Plus de 15 ans

Objectif Q1 à Q1.3 : connaître la démographie des enquêtés

II. Votre expérience

2) Avez-vous déjà été surpris.e par la gêne ou la plainte de femmes à un examen pelvien (toucher vaginal, spéculum, sonde d'échographie) ?

(1) Oui (2) Non

Si non, vous pouvez passer à la question 3

Objectif Q2 : savoir si les enquêtés ont déjà rencontré des femmes qui exprimaient leur ressenti

2.1) Si oui, vous êtes-vous senti.e démuni.e ? *(Plusieurs réponses possibles)*

(1) Oui (2) Non

(3) Autre (précisez) : ……

Objectif Q2.1 : connaître le ressenti des enquêtés face à un tel retour

2.2) Si oui à la question 2, la gêne ou la plainte de femmes à un examen pelvien vous a-t-elle déjà amené à changer votre pratique ultérieurement ?

(1) Oui (2) Non

Objectif Q2.2 : savoir quelle proportion des enquêtés a déjà changé sa pratique directement suite à l'expérience auprès des femmes

3) Afin que la patiente ait un bon vécu d'un acte gynécologique ou obstétrical (exemples : toucher vaginal, prélèvement vaginal, échographie endovaginale, épisiotomie, extraction instrumentale), quelles sont les conditions ou valeurs primordiales à respecter selon vous ? *(Merci de vous exprimer en quelques mots)*

……
……
……
……

Objectif Q3 : connaître les valeurs ou attitudes que les enquêtés ont pour pallier la particularité d'un acte gynécologique ou obstétrical

3.1) Dans votre pratique, avez-vous rencontré des freins à la mise en oeuvre de ces conditions ou valeurs ?

(1) Oui (2) Non

Si non, vous pouvez passer à la question 4

Objectif Q3.1 : évaluer l'écart entre les conditions ou valeurs et leur mise en oeuvre

3.2) Si oui, pourriez-vous préciser ? *(Plusieurs réponses possibles)*

(1) Perte de patience (2) Manque de temps (3) Activité du service soutenue

(4) Pression d'un autre professionnel ayant des habitudes différentes (5) Mimétisme, habitudes de service

(6) Matériel, locaux inadéquats (7) Autre (précisez) : ……..

Objectif Q3.2 : connaître la ou les source(s) de cet écart

4) Existe-t-il des motifs de consultation, des plaintes ou des attitudes de femmes qui vous font systématiquement vous interroger sur leur vécu gynécologique ou obstétrical antérieur (en lien avec le milieu soignant ou non) ?

(1) Oui (2) Non

Si non, vous pouvez passer à la question 5

4.1) Si oui, pourriez-vous préciser ? *(Plusieurs réponses possibles)*

(1) Douleur pelvienne chronique (2) Vaginisme (3) Dyspareunies
(4) Douleur « surexprimée » à l'examen (5) Surprise de la femme face au fait que vous lui laissiez le choix
(6) Anxiété « démesurée » (7) Pleurs
(8) Autre (précisez) : ……..

Objectif Q4 et Q4.1 : savoir quelle proportion des enquêtés fait le lien entre l'histoire gynécologique ou obstétricale antérieure et certains troubles ou attitudes chez les femmes

5) Avant de commencer un examen gynécologique, que faites-vous ou proposez-vous à la patiente pour préserver sa pudeur ? *(Merci de vous exprimer en quelques mots)*

……
……
……
……

Objectif Q5 : savoir quels sont les moyens des enquêtés pour préserver la pudeur des femmes

6) Si une patiente vous exprime que sa position est inconfortable pendant un examen pelvien, que faites-vous le plus souvent ? *(Plusieurs réponses possibles)*

(1) Vous ignorez et poursuivez (2) Vous dites que cela ne durera pas longtemps et poursuivez
(3) Vous laissez le temps à la patiente de se repositionner correctement et poursuivez
(4) Vous proposez une autre position (sur le côté, autre…) (5) Vous renoncez à l'examen
(6) Vous rappelez à la patiente qu'elle peut demander la pause ou l'arrêt de l'examen à tout moment
(7) Autre (précisez) : ……..

Objectif Q6 : savoir quelles sont les alternatives des enquêtés aux conditions classiques d'examen

7) Dans la mesure du possible, vous arrive-t-il de proposer à la patiente d'introduire elle-même l'instrument qui servira à effectuer l'examen ? (Un spéculum, un écouvillon, une sonde d'échographie).

(1) Oui (2) Non

7.1) Si oui, pourquoi ? …….

7.2) Si non, pourquoi ? ……

Objectif Q7 à Q7.2 : savoir quelle proportion des enquêtés rend la femme actrice du soin

III. La médiatisation des « violences gynécologiques et obstétricales »

8) Avez-vous eu connaissance du rapport publié en juin 2018 par le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCE), concernant les actes sexistes dont les femmes peuvent se plaindre au cours du suivi gynécologique ou obstétrical ?

(1) Oui (2) Non

Objectif Q8 : savoir quelle proportion des enquêtés a eu écho de ce rapport officiel en lien avec la pratique de leurs professions

9) Avez-vous entendu parler des « violences gynécologiques et obstétricales » ?

(1) Oui (2) Non

Objectif Q9 : savoir quelle proportion des enquêtés a entendu parler de ce phénomène

9.1) Si oui, par quel(s) biais ? *(Plusieurs réponses possibles)*

(1) Les médias : TV, radio, presse, réseaux sociaux (2) Le communiqué d'une instance officielle
(3) Votre lieu de travail : collègues, cadres, coordinateurs.trices (4) Les patientes
(5) Autre (précisez) : ……..

Objectif Q9.1 : savoir d'où leur est venue l'information

10) Quel(s) réaction(s) ou ressenti(s) a suscité en vous ce sujet ? *(Plusieurs réponses possibles)*

Incompréhension : (1) des patientes (2) des soignants
Compréhension : (3) des patientes (4) des soignants
Colère : (5) envers les femmes et représentants (6) envers les soignants (7) envers les médias
(8) Sentiment de dénigrement des soignants (« bashing ») (9) Surprise
(10) Peur de (précisez) ……..
(11) Autre (précisez) : …….
(12) Non concerné.e

Objectif Q10 : savoir quelles réactions et émotions a provoqué ce sujet chez les enquêtés concernés

11) Sous l'influence de la médiatisation de ce sujet, avez-vous ressenti le besoin ou l'envie de modifier vos pratiques ?

(1) Oui (2) Non

Si non, vous pouvez passer à la question 11.3

Objectif Q11 : savoir si le bruit médiatique a engendré une remise en cause de leur pratique chez les enquêtés

11.1) Si oui, pourriez-vous préciser pourquoi ? *(Plusieurs réponses possibles)*

(1) Restaurer la confiance des femmes (2) Etre irréprochable (3) Défendre votre profession
(4) Autre (précisez) : ……..

Objectif Q11.1 : connaître la motivation qui a poussé les enquêtés à revoir leur pratique

11.2) Si oui, pourriez-vous préciser en quoi vos pratiques ont changé ? *(Plusieurs réponses possibles)*

(1) Insistance sur le temps de l'information (2) Insistance sur le recueil du consentement explicite
(3) Insistance sur le caractère retirable du consentement (4) Recherche de vulnérabilité dans l'anamnèse
(5) Insistance sur le respect de la pudeur (6) Augmentation du rôle actif de la femme dans son soin
(7) Pallier l'inconfort de la posture d'examen
(8) Autre (précisez) : ……..

Objectif Q11.2 : savoir quels éventuels changements ont été amorcés par les enquêtés dans leur pratique

11.3) Si non, pourriez-vous préciser pourquoi ? *(Merci de vous exprimer en quelques mots)*

……
……
……
……

Objectif Q11.3 : savoir pour quelle(s) raison(s) certains n'ont pas ressenti le besoin ou l'envie de changer leur pratique

IV. Votre formation

12) Votre formation initiale a-t-elle compris ou comprend-t-elle une ou plusieurs intervention(s) concernant les violences faites aux femmes ?

(1) Oui (2) Non

Objectif Q12 : connaître la proportion des enquêtés déjà sensibilisée à ce sujet pendant sa formation initiale

13) Si vous êtes sage-femme ou médecin, dans le cadre de la formation continue, avez-vous déjà bénéficié ou bénéficiez-vous d'une formation complémentaire à ce sujet ?

(1) Oui (2) Non

Si non, vous pouvez passer à la question 13.2

13.1) Si oui, était-ce une initiative de votre part dans le but d'enrichir votre pratique ?

(1) Oui (2) Non

Objectif Q13 et Q13.1 : connaître la proportion des enquêtés diplômés qui ressent le besoin d'enrichir ses ressources à ce sujet et qui cherche à améliorer sa pratique

13.1.1) Si oui à la question 13.1, l'idée vous est-elle venue après la médiatisation du sujet ?

(1) Oui (2) Non

Objectif Q13.1.1 : savoir si la motivation des enquêtés à se former est venue avec le bruit médiatique

13.2) Si non à la question 13, pourquoi ? *(Plusieurs réponses possibles)*

(1) Vous ne ressentez pas le besoin de suivre toute une formation, vous évoluez sur le terrain
(2) Vous comptez participer à une formation sur ce sujet à l'avenir
(3) Vous aimeriez bien mais vous ne savez pas s'il existe une telle formation
(4) Vous aimeriez bien mais vous ne savez pas où vous former
(5) Vous aimeriez suivre d'autres formations en priorité
(6) Vous participeriez volontiers si une formation était proposée dans votre établissement de santé
(7) Autre (précisez) : ……..

Objectif Q13.2 : connaître la raison pour laquelle certains professionnels ne se forment pas

---

Merci de votre précieuse contribution.

Annexe V : Transcription transversale de la question 3 en lien avec le tableau 1.

Afin que la patiente ait un bon vécu d'un acte gynécologique ou obstétrical, quelles sont les conditions ou valeurs primordiales à respecter selon vous ? (N=71)		
Condition / Valeur	**Q n°**	**Indicateur**
Expliquer Informer sur le geste	2	Lui expliquer ce que l'on va faire.
	3	Expliquer le soin
	4	Explications à froid.
	7	Expliquer pourquoi l'examen est nécessaire.
	9	Explication.
	10	expliquer nos démarches.
	11	Expliquer les gestes.
	13	explications,
	15	information sur le geste et sa nécessité,
	16	Explications, infos ++ sur la nécessité de l'acte.
	18	Expliquer.
	19	Expliquer l'intérêt du geste et la nécessité.
	20	Expliquer l'examen (technique et tout)
	21	Expliquer les gestes.
	23	expliquer calmement.
	25	Explications claires du déroulement et du motif de l'acte.
	26	Information,
	27	Explications,
	28	Explications ++ de l'acte en amont.
	29	Expliquer le pourquoi d'un acte
	30	Informer.
	36	Expliquer à la patiente quel geste je vais faire et pourquoi.
	37	Information.
	38	Information.
	39	Information et explications du geste.
	40	Information donnée.
	41	Explication des temps de l'examen. But de l'examen.
	42	Expliquer ce que l'on va faire et pourquoi on veut le faire.
	43	Explication de chacun des gestes à réaliser.
	45	Informer +++ la patiente sur les modalités de l'examen, son but…
	46	Information,
	47	information
	48	Explication de l'examen.
	49	Explications.
	50	Information,
	52	Information de l'examen.
	55	Informations préalables sur le geste.
	56	Expliquer les gestes et pourquoi.
	58	après information de l'examen et son but.
	59	et expliquer pourquoi on le fait, ce qu'on recherche…
	60	Explication de l'examen / info éclairée.
	61	et surtout informer sur le geste, ses gênes, ses conséquences...
	62	Donner des explications sur la nécessité de l'acte.
	63	Expliquer à la femme pourquoi on propose le TV.
	66	Explication de l'acte.
	67	Lui expliquer le geste.
	70	Information éclairée sur l'acte à accomplir.

Recueillir le consentement	1	Lui demander son autorisation (souvent tacite).
	2	Avoir son accord.
	3	Demander son accord.
	5	Accord de la patiente.
	6	(consentement avant un geste),
	7	Demander à la patiente si elle est OK.
	11	Demander l'accord.
	12	Le consentement de la patiente et qu'elle autorise le geste.
	14	Consentement.
	15	Consentement,
	17	Je demande toujours son consentement
	18	Demander.
	19	Examiner avec l'accord de la patiente.
	20	et demander l'accord de la patiente.
	22	Demander le consentement : "êtes-vous d'accord ?". Souvent patiente répond "s'il n'y a pas le choix." et je réponds "si, justement, il y a le choix, êtes-vous d'accord pour l'examen ou pas d'accord ?"
	23	Demander l'autorisation de pratiquer l'acte.
	26	consentement,
	30	Consentement éclairé.
	31	Lui demander l'autorisation,
	32	Lui demander son accord.
	33	Son autorisation avant tout examen.
	34	Lui demander son accord.
	35	Accord.
	37	Consentement.
	51	Consentement.
	53	Lui demander son accord,
	54	Obtenir l'accord de la femme.
	56	Demander le consentement.
	58	accord de la patiente
	59	Demander son accord à la patiente
	60	Consentement.
	61	Demander son accord avant de faire le geste
	63	Demander son autorisation avant qu'elle se déshabille.
	66	Accord de la patiente.
	69	S'assurer de son accord,
Respecter la pudeur	2	Respecter son intimité (la couvrir si besoin, paravent).
	3	respect pudeur.
	6	respect de la pudeur
	9	Respect de l'intimité.
	10	Respecter l'intimité,
	11	Respecter la pudeur.
	14	Pudeur.
	15	respect de la pudeur,
	19	L'intimité.
	21	Respect de la pudeur.
	23	Respecter la pudeur de la patiente.
	24	Respecter pudeur (avec drap par exemple).
	26	pudeur,
	28	Intimité / protection.
	31	Une alèse pour la couvrir, volet fermé.

	36	Favoriser autant que possible le respect de la pudeur.
	38	Pudeur.
	40	Respect pudeur.
	44	Respect de l'intimité, pudeur.
	46	respect de la pudeur,
	48	Respect de l'intimité. Couvrir au maximum la patiente.
	51	Pudeur.
	52	Respect de la pudeur.
	54	Respect de la pudeur.
	58	Pudeur,
	60	Intimité, pudeur.
	65	Pudeur respectée : drap (femme couverte).
Prendre le temps Respecter le rythme de la femme	3	et faire à son rythme
	6	et du rythme de la patiente
	8	Prendre son temps.
	9	Prendre son temps.
	10	prendre son temps,
	13	patience.
	14	Patience.
	15	attendre que la patiente soit prête.
	17	et qu'elle me dise quand elle se sent prête.
	18	Savoir attendre.
	23	Prendre son temps,
	30	Prendre le temps…
	31	lui laisser le temps de se préparer, lui demander ensuite si elle est prête et OK.
	41	Pas de précipitation.
	53	si elle est prête.
	55	Prendre le temps de faire les gestes.
	58	Demander si prête avant de faire l'examen,
	59	et qu'elle nous dise quand ELLE est prête. Prendre son temps lors de l'examen
	60	Rythme de la patiente.
	62	patience,
	63	Lui demander de dire quand elle est prête.
	68	Lui demander lorsqu'elle est prête à être examinée.
	69	prendre le temps dont la femme a besoin.
	70	Prendre le temps,
Considérer l'autre Faire preuve de respect	6	douceur dans le geste.
	13	respect,
	15	douceur,
	21	Pas de geste brusque.
	24	Douceur. Attention.
	29	et essayer de ne jamais provoquer de douleur, ni morale, ni physique.
	30	Bienveillance.
	35	Respect.
	38	Douceur.
	40	Gestes doux.

	47	délicatesse + respect.
	51	Respect. Douceur.
	53	Avoir des gestes doux,
	55	Bienveillance dans le discours. Douceur dans l'acte à réaliser.
	62	douceur, empathie.
	65	Geste délicat.
Communiquer Ecouter, observer les réactions de la femme	4	Ecoute.
	13	Communication,
	25	Adaptation aux remarques et ressentis de la patiente.
	33	La compréhension de son mal-être.
	34	En cours de TV, lui demander si ça va : garder le contact visuel…
	36	Demander si ça va pendant l'examen.
	44	DIALOGUE, communication.
	49	Communication.
	50	écoute.
	53	Ecouter ses craintes, ADAPTER mes gestes. attention aux réactions de la femme.
	57	Le contact verbal,
	58	demander pendant et après si l'examen se passe bien
	62	Ecoute,
	66	Discussion avec la patiente.
	68	Discuter
	70	demander si crainte avant d'effectuer l'acte.
Rassurer Mettre en confiance Détendre Assurer un confort	1	La rassurer.
	6	Mise en confiance,
	8	Mettre la patiente à l'aise.
	20	Lui dire qu'elle peut aller aux toilettes avant.
	26	confort.
	27	réassurance, mise en confiance.
	28	Si gêne, réassurance.
	37	Confiance.
	43	Atmosphère calme, lumière tamisée. Techniques de relaxation.
	47	Lien de confiance
	48	Réassurance.
	57	la position, la respiration et le gel lubrifiant systématique.
	60	Travail détente / respiration.
	64	Réassurance, calme.
	67	Bien la positionner. La faire respirer pour être plus détendue.
	68	Discuter / détendre la patiente.
	69	de son confort,
	70	Utiliser technique hypnose, sophrologie etc...
Prévenir du début du geste	1	La prévenir.
	24	Communication (prévenir gestes).
	34	La prévenir.

	53	Prévenir la femme.
Laisser le choix	38	Respect du choix libre et éclairé.
	46	laisser le choix.
	49	Respect des désirs.
	60	Respect du choix de la patiente.
Réfléchir sur le geste	4	Evaluer les causes et envisager PEC physiologique. Limiter au strict minimum les interventions.
	52	Prendre connaissance des ATCD.
	53	Ne faire QUE les gestes nécessaires et toujours se reposer la question.
Rendre la femme active Favoriser l'autonomie	16	Demander à la femme comment cela pourrait se passer mieux pour elle, quelles sont ses solutions ? Ne pas faire l'acte.

Annexe VI : Transcription transversale de la question 5 en lien avec le tableau 2.

Avant de commencer un examen gynécologique, que faites-vous ou proposez-vous à la patiente pour préserver sa pudeur ? (N=71)		
Condition / Valeur	**Q n°**	**Indicateur**
Couvrir la patiente pendant l'examen	1	En cas de césarienne sous ALR : champ blanc pour qu'elle ne voie pas en bas.
	2	Je lui propose de la couvrir.
	3	Mettre un drap
	6	Alèse sur les jambes pour examiner.
	8	Je propose de la couvrir,
	9	Je la couvre.
	11	Proposer de la couvrir.
	13	Drap posé sur ses cuisses.
	14	Limiter la nudité.
	15	Drap pour la couvrir.
	17	Je laisse sa robe, ou je mets une alèse sur elle.
	18	Je la recouvre d'un drap si possible.
	19	En salle de naissance : drap sur elle.
	20	Je recouvre la patiente avec un drap. Explications.
	21	Drap à l'examen si possible.
	22	Drap sur elle.
	23	Je la laisse couverte d'un drap au maximum.
	24	Drap pour couvrir.
	25	Je la couvre systématiquement.
	26	Drap pour se couvrir.
	28	Serviette pour se couvrir.
	29	Couvrir le bas du corps.
	30	Femme couverte (drap, vêtement…).
	31	Drap pour couvrir.
	33	Alèse mise sur elle si besoin.
	35	Je recouvre le périnée avec papier pendant le palper.
	36	Garder un vêtement sur elle (T-shirt, robe).
	38	Couvrir la patiente.

	39	et papier d'examen sur le pelvis.
	41	Drap si demandé.
	42	Je place un papier sur elle.
	43	Passage d'un drap propre sur la patiente.
	44	Mettre un drap ou habit sur elle pour cacher les zones intimes.
	45	Effectuer l'examen sous un drap.
	46	Couverture avec un drap.
	47	Je propose un drap sur le pubis.
	48	Couverture.
	49	Drap pour se couvrir.
	51	Drap en systématique.
	52	Laisser un drap en place lors de l'examen.
	53	Dans certains contextes, souhaite-t-elle être couverte d'un drap ?
	55	En salle de naissance, les parties intimes sont cachées par un drap.
	57	En chambre et en salle de naissance, drap systématique.
	58	Drap sur la patiente ou papier en salle d'examen.
	59	et installe un drap ou un papier sur ses jambes.
	60	Drap ou champ.
	61	Un drap lors d'un TV si la patiente le demande, sinon rien
	63	Mettre un drap au-dessus de ses jambes s'il y a une personne à côté ou s'il n'y a pas d'intimité
	64	Donner un drap à la patiente
	65	drap (femme couverte).
	66	Je couvre la patiente.
	67	L'installer avec un drap
	68	La couvrir.
	69	Parfois (pas toujours), je propose de la couvrir (drap).
	70	Avant, je mettais une alèse systématiquement sur la femme (ou j'en trouvais en salle d'examen, ou j'allais en chercher une).
	71	Si j'ai l'impression que la femme est gênée, je lui propose de poser un drap sur elle avant l'examen.
Isoler l'endroit d'examen Protéger du vis-à-vis	3	et paravent.
	4	Examen dans salle séparée.

	30	Veiller à ce que personne n'ouvre la porte.
	31	Volet fermé si vis-à-vis.
	33	Paravent.
	40	Porte fermée. Paravent.
	41	Fermer la porte à clé si orientation de la pièce non adéquate.
	42	Je m'assure que le rideau la protégeant de la vue du bureau est bien tiré.
	44	Paravent si il y en a un. Salle fermée à clé si besoin.
	45	Mettre ma présence.
	53	Mettre un paravent.
	54	Je vérifie qu'elle peut se protéger du regard d'autrui.
	58	Porte fermée.Déshabillage derrière le paravent
	60	Paravent.
	61	(paravent).
	63	(paravent).
Décomposer les temps d'examen Eviter la nudité complète	3	Jamais dénudée complètement.
	4	Pas de mise à nu complète.
	5	Remettre le haut de ses habits (après examen mammaire) pour ne pas être complètement nue.
	6	Recouvrir le bas du corps lorsqu'on examine le haut et inversement.
	14	Limiter la nudité.
	22	Enlever seulement le bas.
	27	Se déshabiller en deux temps.
	33	Jamais toute nue.
	37	Jamais de nudité complète.
	38	Examen en deux temps (gynéco/séno).
	39	Déshabillage partiel (bas puis haut)
	40	Enlever que le bas (puis haut).
	41	Haut puis bas.
	51	Enlever uniquement le bas, jamais entièrement nue.
	62	Ne pas la dévêtir complètement.
	67	Retirer en premier le pantalon.

Recueillir le consentement	7	Je demande si elle est d'accord.
	8	et je lui demande son accord avant de l'examiner.
	9	Je demande son accord.
	10	Demander l'accord avant de faire les actes.
	11	Demander l'accord pour l'examen.
	14	Demander son accord.
	15	et d'accord pour l'examen.
	16	Je lui demande son autorisation.
	24	Avoir son accord avant le geste.
	32	Je lui demande si elle est OK pour le TV.
	33	Autorisation demandée.
	34	Est-ce possible pour vous ?
	52	Lui demander son autorisation pour le TV.
	54	Je vérifie qu'elle est d'accord.
	69	Je lui demande l'autorisation de l'examiner.
Prendre le temps Respecter le rythme de la femme	2	J'attends son feu vert pour l'examiner.
	15	Demander à la patiente si elle est prête
	19	Toujours, je demande si je peux examiner.
	24	Demander si on peut débuter l'examen.
	28	Se déshabille si se sent prête.
	29	Ne pas aller trop vite.
	37	Demande d'autorisation pour commencer.
	38	Attendre qu'elle soit prête.
	52	Lui demander quand elle est prête pour l'examen.
	53	Lui laisser le temps de détendre ses cuisses.
	58	et me dit quand je peux passer du "côté examen".
	62	Lui demander si je peux l'examiner.
	71	J'attends son consentement avant de l'examiner.

Expliquer Informer sur le geste	4	Expliquer avant.
	7	J'explique les examens.
	15	Expliquer le geste.
	16	Je lui explique le déroulé de l'examen.
	20	Explications.
	26	Explications ++ des gestes.
	28	Veut-elle de nouvelles explications ?
	46	Explication.
	48	Explication de l'examen.
	50	Explication.
	62	Lui expliquer le geste (pourquoi et comment).
Respecter l'intimité du déshabillage / du rhabillage	1	Elle se déshabille dans la pièce à côté. Elle va seule s'asseoir.
	2	Je la laisse se déshabiller derrère le paravent seule.
	24	Je tourne le dos le temps qu'elle se déshabille.
	25	Dans l'idéal, je sors pendant qu'elle se déshabille.
	26	Déshabillage seule.
	35	Déshabillage seule derrière le paravent.
	36	Déshabillage derrière un paravent.
	47	Je propose de se changer/déshabiller derrière le rideau.
	59	Dans la mesure du possible, je la laisse se déshabiller seule
	64	et la laisser se changer seule dans le box.
	68	La laisser se déshabiller seule.
Rassurer Mettre en confiance Détendre Assurer un confort	14	Lui assurer qu'il n'y a pas de visibilité possible en dehors de la salle d'examen.
	26	Demander si a déjà eu un examen. Position confortable.
	28	A-t-elle des craintes ?
	37	Faible luminosité en salle d'écho.
	49	Lumière tamisée.

	54	Je veille à ce qu'elle soit bien installée.
	55	Mise en confiance par le discours.
Prendre en compte la place de l'accompagnant	16	demande si elle souhaite être accompagnée.
	19	Je m'assure en consultation que les personnes présentes (conjoint, sœur, enfant…) ne puissent pas voir la patiente.
	53	Souhaite-t-elle ou pas la présence du conjoint ?
	61	Faire sortir le conjoint à la demande.
	65	Sortie de l'accompagnant (autre que conjoint) proposée.
Ecourter la durée d'exposition	1	Je pars très vite de la pièce une fois que c'est fini.
	19	En consultation : culotte enlevée juste au dernier moment.
	29	Déshabillage le plus proche de l'acte.
	67	sans lui faire retirer son sous-vêtement en-dessous.
Laisser le choix Respecter la gêne de la femme	4	Lui demander ce qu'elle désire.
	34	Je respecte le geste qu'elle a pour cacher son ventre ou descendre sa robe le plus bas possible.
	46	Respect si refus.
S'adapter Proposer des alternatives	48	Proposition de réaliser l'examen par un autre praticien.
	50	Inciter à dire si quelque chose ne convient pas pour adapter.
	56	Je ne propose jamais de couvrir la patiente. Cependant, si j'observe de la gêne, je propose.
Détourner l'attention de la femme pendant l'examen Se montrer désintéressé	1	Au TV, je ne la regarde pas.
	15	Poser ma main sur une autre partie du corps (ventre, jambe…).

Prendre en compte sa place dans l'espace pendant l'examen	4	Se mettre latéralement.
	55	Je me place sur le côté lorsqu'elle s'installe sur la table.
Considérer l'autre Faire preuve de respect	46	Geste doux.
	65	Geste délicat.

Annexe VII : Transcription transversale de la question 7.1 en lien avec le tableau 3.

Si vous laissez la patiente faire, pourquoi ? (N=31)		
Condition / Valeur	**Q n°**	**Indicateur**
Améliorer le vécu de la femme	5	Moins de douleurs.
	6	Pour le confort de la patiente,
	7	Meilleur vécu, moins de douleurs.
	12	Plus confortable et plus acceptable pour elle.
	14	Afin de rendre possible l'examen.
	15	Meilleur vécu de la patiente,
	20	Moins "violent" / "intrusif" si elle le fait elle-même.
	22	pour être moins intrusif.
	26	car l'introduction paraît moins violente.
	28	Pour rendre l'acte moins traumatisant.
	37	Meilleure acceptation.
	39	Pour éviter vaginisme et douleur d'introduction.
	41	Moins de douleur.
	54	Je pense qu'en participant à l'acte elle le tolère mieux.
	60	Cela peut rendre plus confortable l'examen
	63	Pour qu'elle le ressente comme moins intrusif,
	67	Moins d'appréhension, moins douloureux.
Laisser le choix Favoriser l'autonomie	2	Parce qu'elle sait mieux ce qui lui conviendrait pour l'introduire (position, inclinaison).
	3	Laisser un maximum de choix.
	5	Préférence de la patiente.
	6	autonomie
	15	garde le contrôle, ne subit pas.
	62	Pour certaines patientes c'est plus facile d'être actrice. Ainsi, elles ne subissent pas l'acte.
	70	maîtrise du corps.
Geste simple	14	Geste simple.
	51	car ne nécessite pas forcément de visualisation d'un professionnel de santé.

	58	car facilité
	70	La patiente peut le faire
Respecter la pudeur Limiter la gêne de la femme	6	et pudeur.
	14	Par respect de la pudeur.
	31	pour limiter sa gêne.
Pour pallier une contrainte	1	si vaginisme.
	11	si patiente douloureuse.

Annexe VIII : Transcription transversale de la question 7.2 en lien avec le tableau 4.

Si vous ne laissez pas la patiente faire, pourquoi ? (N=45)		
Condition / Valeur	**Q n°**	**Indicateur**
Pas l'idée	8	Pas eu l'idée.
	9	Je n'y ai jamais pensé.
	16	je n'y pense pas.
	18	Je n'y pense pas.
	22	je n'y pense pas.
	33	Pas pensé,
	40	Je n'y ai jamais pensé.
	47	Je n'en ai jamais eu l'idée.
	48	Je n'y pense pas.
	49	donc ne vient pas à l'esprit spontanément.
	53	Je n'ai pas pensé à cette option.
	55	je n'y pense pas.
	57	Jamais pensé,
	59	c'est une bonne idée !
	64	Jamais pensé.
	69	Je n'y avais pas pensé.
	71	Je n'y ai pas pensé.
Geste complexe	4	car difficile pour elle.
	17	Trop complexe.
	19	et je pense que le spéculum n'est pas évident pour elle.
	23	Faisabilité ?
	24	Impossible d'avoir une pose correcte de spéculum par soi-même…
	34	Cela me paraît difficile pour elle.
	44	Peur qu'elle se blesse.
	50	Si on utilise mal un spéculum on se fait mal…
	56	Manque de connaissance.
	57	je pense plus de douleurs si les femmes essaient de mettre le spéculum.
	61	trop difficile à mettre soi-même.

	65	Difficile de se poser un spéculum soi-même,
	68	Peu pratique pour la femme.
Habitudes différentes	19	Par automatisme,
	21	Par habitude.
	49	Peu courant
	55	Je n'en ai pas l'expérience,
	59	Je n'ai pas l'habitude mais c'est une bonne idée !
Responsabilité	29	C'est un acte professionnel.
	44	Geste un peu "médicalisé".
	45	Ce n'est pas son rôle, c'est un examen médical…
Inutile	32	Si c'est fait doucement…
	38	Jamais nécessaire. Examen quasi toujours possible si fait avec douceur.

Annexe IX : Transcription transversale de la question 11.3 en lien avec le tableau 5.

Si pas de changement de pratiques envisagé suite à la médiatisation du sujet, pourriez-vous préciser pourquoi ? (N=28)		
Condition / Valeur	**Q n°**	**Indicateur**
Déjà sensibilisé Efforts fournis	3	Déjà sensibilisée avant la médiatisation.
	10	J'ai l'impression de prendre le temps avec les patientes et de délivrer des explications, ce qui rend l'examen le plus confortable possible.
	18	Je n'ai jamais fait un acte sans demander l'accord de la patiente !
	19	J'ai toujours fait attention de faire aux femmes ce que je voudrais qu'on me fasse.
	20	Je pense que je fais déjà au mieux pour que ça se passe bien.
	24	Je ne me reconnais pas dans le témoignage des femmes donc j'estime avoir une bonne conduite. Je travaille toujours avec drap et accord des patientes.
	25	Parce que je ne me sens pas concernée et violente envers les femmes !! L'épisio si réalisée est un acte nécessaire et non un plaisir pour le praticien.
	28	Impression de prendre en charge les craintes/peurs des patientes. Proposition de participation des patientes à leur choix.
	32	J'ai toujours fait attention à respecter mes patientes et si elles refusent l'examen gynéco, je ne les force pas.
	39	Déjà concernée par le sujet.
	41	Peu de gestes obstétricaux. Je me sens déjà très à l'écoute des femmes.
	43	Ensemble des efforts déjà fait malgré la connaissance de violence gynécologique. Moyens optimaux selon moi.
	44	Pas l'impression d'avoir des gestes inconvenants auprès des patientes.
	45	Je n'ai pas l'impression d'infliger des violences à mes patientes.
	47	J'essaie déjà de faire au mieux.
	49	Jamais eu l'impression de "faire mal" les choses, toujours essayé d'être à l'écoute, respecte la pudeur, respect des choix, etc… déjà fait avant.
	50	La réalisation des examens dans de bonnes conditions de confort et de confiance me semblait déjà être la base…
	51	Parce que j'ai toujours utilisé ces manières. Et que j'ai toujours eu un bon retour des femmes.
	55	Dans l'établissement où je travaille, nous sommes sensibilisées (sages-femmes/aides-soignantes) à la bientraitance dans nos actes/gestes et dans notre discours. Nous y faisons attention quotidiennement.
	57	J'ai toujours pris les précautions citées précédemment et patientes toujours satisfaites.
	64	Pas d'influence des médias.
	65	Je respecte les patientes.
	67	Déjà prise de conscience de cet élément, respect de la pudeur et information +++.

Pas de retour négatif de la part des femmes	5	Pas de problème particulier lors de mes consultations, je vois des patientes connues "difficiles" avec qui j'arrive à réaliser "sereinement" (pour les patientes) les examens.
	40	Je n'ai jamais eu de plainte.
	51	Parce que j'ai toujours utilisé ces manières. Et que j'ai toujours eu un bon retour des femmes.
	57	J'ai toujours pris les précautions citées précédemment et patientes toujours satisfaites.

Annexe X : Transcription transversale de la question 10, item « Peur de ».

Ressentis par rapport au sujet des « violences gynécologiques et obstétricales » : « Peur de » (N=71)		
Condition / Valeur	**Q n°**	**Indicateur**
Stigmatisation des soignants Altération des relations	7	D'être mis en cause alors que certains gestes (par exemple : extractions) peuvent être nécessaires.
	39	Amalgame "gynéco = violents".
	57	Stigmatiser tous les soignants.
	71	La méfiance qui pourrait s'installer dans d'autres relations patiente / soignant.
Avoir été témoin Avoir fait subir	22	D'avoir fait subir des violences obstétricales.
	60	En être témoin, en être à l'origine malgré moi.
	69	Ne pas avoir assez respecté les femmes.

Annexe X bis : Transcription transversale de la question 10, item « Autre ».

Ressentis par rapport au sujet des « violences gynécologiques et obstétricales » : « Autre » (N=71)		
Condition / Valeur	**Q n°**	**Indicateur**
Remise en question des pratiques	1	On peut toujours faire mieux
	10	Incompréhension face à leur prise en charge.
	36	ça peut faire changer les comportements.
	47	Intérêt, interrogation sur nos pratiques.
	52	Méconnaissance des actes médicaux ?
Prise de conscience	14	Prise de conscience des soignants par rapport à l'asepsie et le respect du patient.
	17	Nous avons vraiment conscience que nous devons prendre beaucoup de précautions.
	38	Prise de conscience du problème (de la multiplicité des pratiques).
	42	Je sous-estimais les violences ressenties et subies.
Satisfaction Soulagement	34	Ravie que ce sujet soit abordé, et les pratiques dénoncées. Enfin !
	36	Contente,
	53	Une satisfaction à ce qu'on en parle pour donner la parole aux femmes et qu'elles soient entendues et osent dire.
	55	Contente que ce sujet soit traité.
Indignation	16	Indignation que les soignants se pensent tout-puissants, sans empathie.
Identification	17	car personnellement j'avais besoin de cette attention en tant que patiente.
Ambivalence	20	Compréhension / incompréhension des soignants et patientes selon les situations.
Ignorance	27	Non informée.

Annexe XI : Transcription transversale de la question 11.1, item « Autre ».

Si changement de pratiques envisagé suite à la médiatisation du sujet, pourquoi ? « Autre » (N=42)		
Raison	**Q n°**	**Indicateur**
Favoriser la communication	12	Obtenir le consentement éclairé à chaque geste.
	13	Plus de communication.
	14	Plus attentive aux demandes des patientes.
	34	Etre encore plus à l'écoute.
Se remettre en question	22	Je me pose la question depuis mes études où j'ai "violé" une patiente avec un spéculum sous l'influence de la sage-femme qui m'encadrait.
	34	Se remettre soi-même en question.
	35	Me questionner sur indication, par exemple d'un toucher vaginal, et ne plus être systématique.
Avoir une satisfaction personnelle	53	Etre fière de moi dans ma prise en soin.
Laisser une image positive	61	Laisser une image positive des sages-femmes.

Annexe XII : Transcription transversale de la question 11.2, item « Autre ».

Si changement de pratiques envisagé suite à la médiatisation du sujet, en quoi ? « Autre » (N=42)		
Condition / Valeur	**Q n°**	**Indicateur**
Communication Ecoute	34	Façon de présenter l'examen. Façon de le faire. Façon d'interroger avec respect et délicatesse sur l'origine de ses difficultés.
	52	Discussion ++.
Rendre actrice la femme	16	Avant même la médiatisation de ce sujet, lors de son évolution dans la profession, les différentes formations suivies nous permettent une remise en question de nos pratiques. C'est une évolution de la société, les gens veulent être plus acteurs.
Douceur	34	Façon de présenter l'examen. Façon de le faire. Façon d'interroger avec respect et délicatesse sur l'origine de ses difficultés.
Respect de la pudeur	54	Je ne me place plus entre les jambes d'une femme pour pratiquer un toucher vaginal, et j'en fais moins qu'avant.
Laisser le choix	58	Je parle plus du droit de refus de l'épisiotomie (systématiquement).

Annexe XIII : Transcription transversale de la question 13.2, item « Autre ».

Si pas de formation complémentaire au sujet des violences faites aux femmes, pourquoi ? « Autre » (N=49)		
Condition / Valeur	**Q n°**	**Indicateur**
Pas de nécessité	18	Parce qu'il me paraît aberrant d'arriver à faire une formation à ce sujet !! Asepsie verbale. Asepsie des gestes. Expliquer. Demander l'autorisation. Ne pas jamais oublier que lorsque l'on fait un acte, on pourrait s'imaginer que le patient est un membre de notre famille et donc toujours agir en y pensant.
	62	Je pense prendre suffisamment le temps d'écouter les femmes et ne pas les brusquer lors des différents gestes. Mais il est vrai que beaucoup d'améliorations sont à apporter dans les pratiques de certains professionnels.
Démarche entreprise et non aboutie	35	Pas forcément mais cela a suscité questionnement par rapport à mes pratiques.
	65	Ai demandé mais elle n'a pas été acceptée.
Autre formation suivie	16	J'ai suivi une formation sur la communication non violente qui permet d'établir un réel dialogue et écoute des personnes. Cela aide dans le relationnel ++. J'ai fait la formation Bonapace niveaux 1 et 2 qui remet au centre de l'accompagnement le couple, qui valorise la femme et le couple et ses choix, et les rend acteurs de leur prise en charge et non plus "patients" et j'espère donc pas "victimes".

Annexe XIV : Résultats non exploités

Figure 23 : répartition des professionnels enquêtés (N=71)

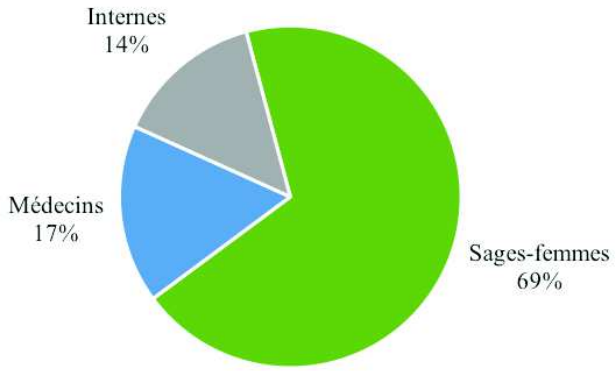


Figure 24 : répartition des sages-femmes dans les services hospitaliers (N=49)

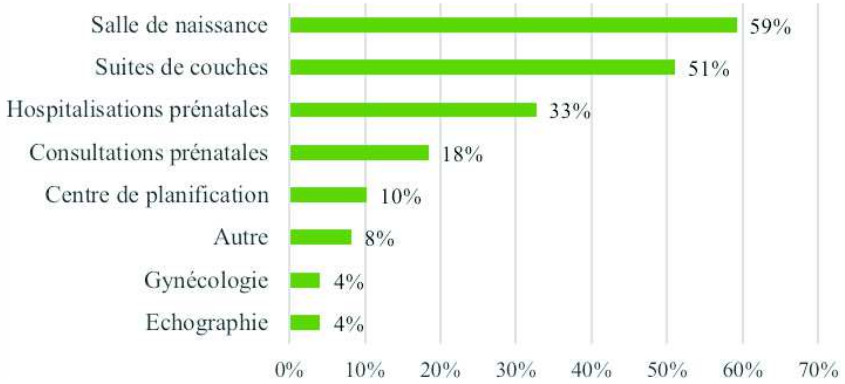
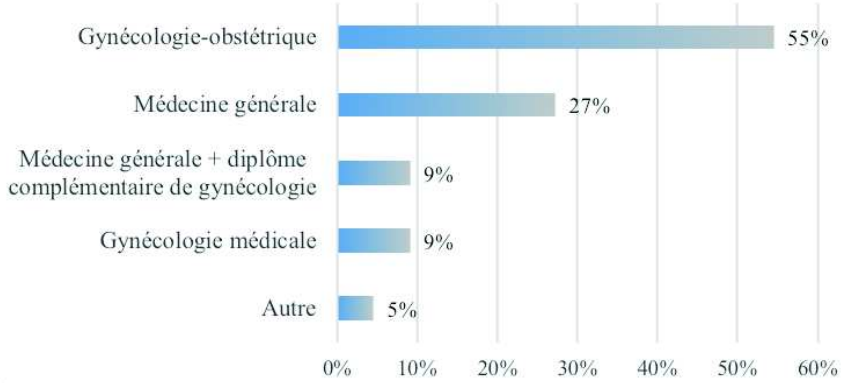


Figure 25 : répartition des médecins et internes par spécialité (N=22)



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN
ECOLE DE SAGES-FEMMES

« Violences gynécologiques et obstétricales » : le vécu des professionnels concernés

Yasmine Louati

Sujet - Dans un contexte sociétal où nous entendons de plus en plus de femmes partager leurs vécus négatifs d'une prise en soin gynécologique ou obstétrical, et où les professionnels de santé concernés sont accusés de tous les maux, il nous a paru intéressant de nous pencher sur le vécu de ces derniers.

Méthodologie - Nous avons interrogé les sages-femmes, médecins et internes concernés dans les maternités du CHU de Rouen et du CH du Belvédère (Seine-Maritime) à l'aide d'un questionnaire.

Résultats - 71 professionnels ont répondu à notre étude. 70% d'entre eux ont déclaré être compréhensifs des femmes. 35% ont un sentiment de dénigrement (bashing) de leur profession et environ la même proportion ressent de la colère envers les soignants eux-mêmes et les médias. Suite à la médiatisation de ce sujet, 59% des enquêtés ont déclaré vouloir modifier leurs pratiques. 80% des sages-femmes et médecins interrogés ont indiqué ne jamais avoir bénéficié d'une formation complémentaire à ce sujet dans le cadre de leur formation continue. 71% d'entre eux ont dit être prêts à participer à une formation si celle-ci était proposée dans leur établissement de santé.

Discussion - Les professionnels semblent vouloir être à l'écoute des demandes des femmes et sont prêts à approfondir leur formation pour y parvenir.

Conclusion - Le dialogue entre les femmes et les soignants semble incontournable. Pour l'optimiser, les techniques de communication avec les femmes et les techniques de formation des soignants sont à développer.

Mots-clés - dénigrement (bashing), femmes (women), gynécologie (gynecology), obstétrique (obstetrics), professionnels (professionals), soignants (caregivers), vécu (experience), violence (violence)