



HAL
open science

Maltraitance ordinaire en pratique gynécologique : étude qualitative avec mise en miroir des perceptions de soignant×es et de non-soignant×es

Fanny Jolin, Camille Métral

► To cite this version:

Fanny Jolin, Camille Métral. Maltraitance ordinaire en pratique gynécologique : étude qualitative avec mise en miroir des perceptions de soignant×es et de non-soignant×es. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03545339

HAL Id: dumas-03545339

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03545339>

Submitted on 27 Jan 2022

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.

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEURE EN MEDECINE
Spécialité MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

Le 15 juin 2021 à Bordeaux

Par

Fanny JOLIN, née le 28.04.1992

Camille METRAL, née le 10.07.1992

Maltraitance ordinaire en pratique gynécologique

Étude qualitative avec mise en miroir des perceptions de soignant·es et de non-soignant·es

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Stéphane FRAIZE

Rapporteur de thèse : Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH, président

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Madame la Professeure Pascale HOFFMANN

Madame la Docteure Marianne COICAUD

Monsieur le Docteur Stéphane FRAIZE

Madame la Docteure Céline LAJZEROWICZ

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH - Pour nos échanges constructifs et bienveillants tout au long de notre 3^{ème} cycle de formation, et pour nous faire l'honneur de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect sincère.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA - Nous vous remercions d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse, et de la juger. Nous vous sommes reconnaissantes pour votre enthousiasme autour de ce travail et pour vos conseils bienveillants et avisés.

A Madame la Professeure Pascale HOFFMANN - Merci de nous faire bénéficier de votre expertise précieuse dans le domaine de la bientraitance des femmes dans le soin. Nous sommes heureuses de vous compter parmi les membres du jury de cette thèse.

A Madame la Docteure Marianne COICAUD - Veuillez accepter notre gratitude pour l'intérêt que vous portez à notre travail. Nous vous sommes reconnaissantes de prendre part au jury de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Stéphane FRAIZE - Pour ton soutien indéfectible, tes conseils avisés, la confiance tranquille que tu nous as accordée. Tu restes pour nous un modèle d'une médecine aussi rigoureuse qu'elle est humaine. Un immense merci !

A Madame la Docteure Céline LAJZEROWICZ – Merci de nous faire l'honneur de participer à ce jury et d'y représenter les chefs de clinique de la faculté de Bordeaux.

Au Collège des Généralistes Enseignant-es d'Aquitaine - Veuillez recevoir notre gratitude la plus sincère pour votre soutien autour de ce travail.

A celles et ceux qui ont accepté de répondre à nos questions - Merci de nous avoir fait part de vos doutes et de vos certitudes, et de nous avoir accordé votre confiance en vous livrant sur ce sujet délicat.

A Mathilde Bartrina, Anaïs Guillois, Grégory Pons, Lucile Quéré, Laurent Raguénès et Marie Rimbault-Joffard – Merci d'avoir accepté de faire partie de notre comité de pilotage, de vous être enthousiasmé-es avec nous face à ce vaste sujet et d'y avoir apporté votre pierre.

REMERCIEMENTS DE FANNY

Aux soignantes et soignants qui ont parsemé le chemin ardu de mes études de médecine, merci à ceux et celles qui m'ont montré que la douceur et la délicatesse pouvaient aussi être ordinaires. Merci d'avoir nourri mon esprit critique, ma soif de savoir et mon envie d'une médecine centrée sur l'humain.

A Ariane Salomé-Jeunesse, Lucile Raoult et Lucile Quéré, tous mes remerciements pour m'avoir accompagné lors de mes tâtonnements initiaux face à cet intimidant sujet de recherche. Vous aviez ouvert la voie, merci.

A Camille, pour m'avoir, un jour, redonné confiance en mes pairs, pour avoir joyeusement accepté de m'accompagner dans cette aventure, pour tous nos apprentissages sur la route et pour l'amitié qui s'y est construite.

A Chloé, pour tes dessins qui ont tant fait parler, et pour tout le reste, évidemment.

A ma famille, pour votre confiance infinie, et pour avoir grandi en riant.

A mes amie.s, pour nos tasses de thé, nos petites et grandes aventures et votre soutien constant.

A mon compagnon de route, compagnon de vie, pour la joie toujours grandissante du quotidien à tes côtés.

Et bien sûr, un grand remerciement à tous les hommes et les femmes qui m'ont fait confiance pour les accompagner dans le soin, et pour tout ce que j'ai appris à leurs côtés.

REMERCIEMENTS DE CAMILLE

A ma famille, merci pour votre compréhension et votre soutien indéfectible pendant ces 10 dernières années.

A ma Maman, pour tes nuits saccadées à répondre à mes appels en détresse, et, bien sûr, pour tout le reste que je ne peux pas écrire ici. *A François*, pour ta patience et ta bienveillance.

A Pauline, petite sœur, d'avoir accepté mes absences, pour ta compréhension et ta tolérance

A Robin, petit frère, pour ton énergie positive et ta créativité.

A ma Mamie d'amour, pour nos rires, les « pâtés verts » et toutes les aventures à venir.

A Papi, pour tes inspirants coups de pédale à travers le monde.

A Mireille et Jean-Claude, pour le cocoon de sécurité que vous représentez à mes yeux.

A mes ami-es, merci de nourrir et d'enrichir notre relation malgré les années qui passent et la distance géographique.

A Fanny, mon amie et co-équipière, merci pour ce chemin parcouru. Pour avoir ensemble traversé les forêts, navigué sur les mers agitées et combattu les obstacles sur notre chemin. Merci d'avoir compris mon attrait vers les sirènes du voyage. Merci pour ta patience, ta détermination et ta bienveillance lors de cette magnifique *Odyssée* ensemble. Merci pour ton amitié, pour nos échanges et pour m'avoir tant apporté ces deux dernières années.

Aux chatonnes, merci de m'avoir permise d'accéder à la culture de la communication non-violente, et de m'avoir formée à ses outils.

A Thierry, mon « papa de la médecine ». Merci de m'avoir fait confiance dès le premier jour, et de m'avoir guidée avec tant de bienveillance pendant cette année de travail ensemble.

Aux personnes avec lesquelles j'ai noué des connexions par le passé, vous m'avez toutes appris quelque chose. Merci pour votre passage dans ma vie.

Aux personnes qui m'ont fait confiance lors de mon cursus médical, soignant-es et non-soignant-es, merci de m'avoir placée dans des dispositions d'apprentissage positives, et d'avoir parcouru ce chemin ensemble.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
REMERCIEMENTS DE FANNY	3
REMERCIEMENTS DE CAMILLE	4
TABLE DES MATIERES.....	5
PREAMBULE	8
1. FANNY JOLIN.....	8
2. CAMILLE METRAL	8
3. TRAVAIL À 4 MAINS.....	8
4. FINANCEMENT	9
5. CHOIX DE L'ECRITURE INCLUSIVE.....	9
6. CONFIDENTIALITE	9
CONFLITS D'INTERET	10
DROITS D'AUTRICES.....	10
ABRÉVIATIONS	11
LISTE DES FIGURES.....	11
LISTE DES TABLEAUX.....	11
INTRODUCTION GENERALE	12
1) LA MALTRAITANCE ORDINAIRE	12
2) UN CONTEXTE PARTICULIER : LA CONSULTATION GYNECOLOGIQUE	12
3) UNE PRISE DE CONSCIENCE RECENTE.....	13
4) LA RECHERCHE MEDICO-SOCIOLOGIQUE	13
4.1 <i>Le point de vue des femmes.....</i>	<i>14</i>
4.2 <i>Le point de vue des professionnel·les de santé.....</i>	<i>14</i>
5) UN SUJET ENCORE INCONNU	14
6) QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS	15
BIBLIOGRAPHIE DE L'INTRODUCTION	16
ARTICLE	18
1. INTRODUCTION	18
2. MATERIEL ET METHODES	19
2.1. <i>Le cadre théorique</i>	<i>19</i>
2.2. <i>Des entretiens semi-dirigés.....</i>	<i>19</i>
2.3. <i>Recrutement des participant·es et contexte des entretiens</i>	<i>20</i>
2.4. <i>Recueil et retranscription des données</i>	<i>20</i>
2.5. <i>Analyse par théorisation ancrée</i>	<i>20</i>
3. RESULTATS	21
<i>Tableau I : Caractéristiques des soignant·es.....</i>	<i>21</i>
<i>Tableau II : Caractéristiques des non-soignant·es</i>	<i>21</i>
3.1. <i>La maltraitance ordinaire : une perception commune.....</i>	<i>22</i>
<i>Figure 1 : Mécanismes et enjeux généraux de la maltraitance ordinaire, selon la perception de soignant·es et de non-soignant·es .</i>	<i>23</i>
<i>Figure 2 : Perception des vignettes représentant des situations de maltraitance ordinaire, selon des soignant·es et des non-soignant·es.....</i>	<i>24</i>
3.2. <i>La maltraitance ordinaire : quelques divergences.....</i>	<i>24</i>
3.3. <i>Objectifs secondaires</i>	<i>26</i>
<i>Figure 3 : Spécificités de perception des non-soignant·es selon leur vécu et des soignant·es selon leur spécialité</i>	<i>28</i>
4. DISCUSSION	29
4.1 <i>Résultats principaux et comparaison à la littérature</i>	<i>29</i>
4.2 <i>Perspectives</i>	<i>30</i>
4.3 <i>Forces et limites de l'étude</i>	<i>31</i>
5. CONCLUSION.....	31

BIBLIOGRAPHIE	33
ANNEXE 1 - ENGAGEMENT CNIL.....	35
ANNEXE 2 - AVIS DU COMITÉ D'ÉTHIQUE	37
ANNEXE 3 - COMITÉ DE PILOTAGE	39
1. MEMBRES DU COMITE.....	39
2. PRESENTATION DES ETAPES DE TRAVAIL AU COMITE	39
3. ETAPES 1 ET 2 : RECUEILS DES AVIS SUR LES SCENARIOS ET RECHERCHE DE CONSENSUS.....	41
4. ETAPE 3 : CONSIGNES A LA DESSINATRICE.....	43
5. ETAPE 4 : RECUEIL DES AVIS SUR LES VIGNETTES ET LE GUIDE D'ENTRETIEN, RECHERCHE DE CONSENSUS	44
ANNEXE 4 - VIGNETTES DE BANDES-DESSINÉES.....	46
ANNEXE 5 - SCRIPT DE PRÉSENTATION AUPRÈS DES SOIGNANT·ES	49
ANNEXE 6 - SCRIPT DE PRÉSENTATION AUPRÈS DES NON-SOIGNANT·ES.....	50
ANNEXE 7 - FORMULAIRE D'INFORMATION	51
ANNEXE 8 - FICHE DE RECUEIL DE DONNÉES DES SOIGNANT·ES.....	52
ANNEXE 9 - FICHE DE RECUEIL DE DONNÉES DES NON-SOIGNANT·ES	54
ANNEXE 10 - CANEVAS D'ENTRETIEN	56
ANNEXE 11 - LIVRE DE CODES	58
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	66
RÉSUMÉ	67
ABSTRACT.....	68

« Sois raisonnable et humain »,

Axel Kahn

PREAMBULE

1. FANNY JOLIN

Lors de mon cursus et de ma vie de femme, j'ai été confrontée à la maltraitance ordinaire. J'en ai été témoin, trop souvent. Je l'ai vécue en tant que patiente, rarement. Je l'ai commise parfois et, dans certains cas, on me l'a heureusement rapporté. Tenter d'allier bienveillance et bientraitance a été un fil conducteur de mon vécu de jeune médecin. Cette priorité a aussi imprégné ma vie personnelle, et m'a conduite à une certaine implication en vue d'une plus grande prise d'autonomie des femmes, notamment dans la sphère médicale.

2. CAMILLE METRAL

Je suis passionnée par les Sciences Humaines et Sociales, notamment les domaines de la (bio)éthique, la déontologie et les droits des patient·es. Tout au long de mon cursus, je me suis sentie heurtée, de manière quotidienne, par la maltraitance ordinaire dans les soins. J'en ai non seulement été témoin, mais aussi autrice, parfois. Il m'a fallu des années, et la rencontre avec Fanny Jolin, pour comprendre l'existence de ce phénomène et ainsi mettre des mots sur ce que je considérais à tort comme un ressenti isolé.

Il nous a donc semblé que nos profils, notre histoire et nos perceptions sur le sujet étaient complémentaires, et que cette diversité était garante d'une plus certaine objectivité.

3. TRAVAIL À 4 MAINS

Dans un souci de rigueur, l'ensemble du travail a été réalisé à 4 mains ; mise en place de la méthodologie, recrutement et participation au comité de pilotage, élaboration du guide d'entretien, analyse des données par double-codage intégral ainsi que la rédaction. Nous insistons notamment sur le fait que les entretiens aient été réalisés dans les 2 groupes d'études de manière équilibrée, de façon à réduire au maximum les biais d'influence et d'interprétation des données.

4. FINANCEMENT

Un financement du travail de la dessinatrice a été possible grâce au soutien du Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine.

5. CHOIX DE L'ÉCRITURE INCLUSIVE

La parité linguistique a été visée dans ce travail, notamment via l'utilisation du point « médian » (ex : soignant·es). Le pronom *iel* a été utilisé. Le *slash* était utilisé en cas de besoin (ex : du/de la soignant·e).

6. CONFIDENTIALITE

Dans un souci de préserver la confidentialité des participations individuelles, l'intégralité du verbatim fait l'objet d'une annexe à part, à seule destination du jury de thèse.

CONFLITS D'INTERET

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

DROITS D'AUTRICES

Les vignettes de bande-dessinées contenues dans ce document sont protégées par la *Licence Art Libre*. L'autorisation est donnée de copier, diffuser et transformer librement les œuvres dans le respect des droits d'auteur.

Cette thèse est protégée par la Licence *Creative Commons* CC-BY-NC-ND. Elle est donc partageable et diffusable gratuitement, sous réserve de citer les autrices et de ne pas en faire un usage commercial. Elle peut notamment constituer un outil d'enseignement.



etude_perception@protonmail.com

ABRÉVIATIONS

- GM : Gynécologue médical
- GO : Gynécologue-obstétricien
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HCE : Haut Conseil à l'Égalité
- MG : Médecin généraliste
- MO : Maltraitance ordinaire
- SF : Sage-femme

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Mécanismes et enjeux généraux de la MO

Figure 2 : La perception des vignettes et l'analyse du phénomène

Figure 3 : Spécificités des non-soignants selon leur vécu et des soignants selon leur spécialité

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques des soignants

Tableau II : Caractéristiques des non-soignants

INTRODUCTION GENERALE

1) LA MALTRAITANCE ORDINAIRE

Le terme « maltraitance » est d'apparition récente et ce n'est qu'au début des années 2000 qu'il trouve sa place dans le milieu médico-social. Le Conseil de l'Europe définit la maltraitance comme : « tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable » (1).

La notion de « maltraitance médicale », quant à elle, est décrite par l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux en 2008, comme « l'ensemble des violences, abus ou négligences commis par les professionnels envers les usagers » (2). L'on s'intéresse alors principalement au domaine de soins pour les personnes adultes dites « vulnérables », âgées ou en situation de handicap.

Dans le rapport Compagnon-Ghadi commandité par la Haute Autorité de Santé en 2009, la maltraitance ordinaire (MO) en établissements de santé est mise en lumière. Elle est qualifiée de « quotidienne », « insidieuse » et « banalisée », en opposition aux violences « intentionnelles » (3).

En Europe, on porte également un intérêt à la question de la maltraitance dans le système de santé. En 2012, une étude suédoise définit le concept de maltraitance en santé, ou *Abuse in Health Care* (AHC), comme des « expériences subjectives de patient.es à l'encontre du système de soins, où les patient.es souffrent et ont la sensation de perte de valeur en tant qu'êtres humains » (4).

Les facettes de cette maltraitance sont multiples, et plusieurs types en ont été décrits. On distingue notamment la MO liée à la relation avec le/la professionnel·le de soin, de celle liée au dysfonctionnement de la structure de soin (5).

2) UN CONTEXTE PARTICULIER : LA CONSULTATION GYNECOLOGIQUE

On estime qu'une femme bénéficiera en moyenne de 50 consultations gynécologiques et obstétricales au cours de sa vie. Il s'agit donc de la discipline médicale avec laquelle elle sera en moyenne le plus fréquemment confrontée (6). D'autre part, le caractère intime de la consultation gynécologique peut amener à des mécanismes de MO spécifiques à cette discipline. Dans son rapport sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, le Haut Conseil à l'Égalité décrit cette maltraitance comme prenant des formes diverses, avec des « gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un·e ou plusieurs

membres du personnel soignant au cours du suivi gynécologique, traversés par la volonté de contrôler le corps des femmes, que ce soit en termes de sexualité ou de capacité d'enfantement (6)».

3) UNE PRISE DE CONSCIENCE RECENTE

Cette prise de conscience de la maltraitance dans le système de soin, notamment en gynécologie à partir des années 2010, se fait dans un contexte multiple (7).

D'une part, elle s'inscrit dans un contexte de mobilisation des usager·ères du système de santé, menant à l'adoption de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner (8), inscrivant la notion de « consentement libre et éclairé » dans le droit commun. Cette adoption arrivait dans le sillage de la loi de Bioéthique de 1994 (9) qui avait quelques années plus tôt inscrit les bases du droit de chacun·e au respect de son corps, ainsi que le principe d'inviolabilité du corps humain.

D'autre part, elle s'inscrit dans le cadre d'une critique croissante des situations de maltraitements, relayées par des femmes (10) et des professionnel·les de santé (11,12), notamment suite à la polémique quant aux touchers vaginaux réalisés sur des patientes endormies (13). Après une longue absence de la sphère médiatique, livres (14,15), podcasts (16,17), pièces de théâtre (18), *hashtag* (19) et pages *facebook* (20) fleurissent pour dénoncer ces situations problématiques.

Alors que le sujet imprègne la sphère publique, législative et médiatique, la recherche médico-sociologique continue d'approfondir le sujet.

4) LA RECHERCHE MEDICO-SOCIOLOGIQUE

En Europe du Nord, une équipe suédoise a mené la plupart des études dont nous disposons quant aux maltraitements dans le domaine du soin, ou *Abuse in Health Care*. Elle estimait la prévalence de vécus de maltraitements dans le système de soin au cours de la vie à 13-28% (21,22).

Face à l'apparition de la problématique de la MO gynécologique dans la sphère publique, les réactions des acteurs de la relation de soin, professionnel·les de santé et usagères, sont diverses. D'un côté comme de l'autre, on s'accorde pour évoquer la non-intentionnalité, l'absence de réalisation du ressenti de la personne maltraitée (4,7,23,24) ainsi que l'aspect subjectif du vécu de l'expérience de maltraitance (4,5,7,23-25).

4.1 Le point de vue des femmes

Du côté des usagères, les sensations d'être impuissante, ignorée ou négligée semblent être les principales raisons du vécu maltraitant, mais aussi d'être face à un·e soignant·e dénué·e d'empathie (23). Les conséquences de tels évènements s'étendent de « l'appréhension vis-à-vis du suivi » jusqu'à « l'évitement du système de santé » (5,6), en lien avec des souffrances, persistantes parfois des années après (4). Il s'agit donc pour elles d'un phénomène sérieux et fréquent (14,15). Pourtant, une grande majorité des femmes ayant vécu une situation perçue comme maltraitante n'en parle pas aux soignants (26).

4.2 Le point de vue des professionnel·les de santé

Dans le corps médical, la profession de soignant hérite depuis des siècles d'un code de conduites issu des valeurs hippocratiques. Respect du malade, discrétion, réserve, éviction de la « rudesse [qui] repousse et les gens en santé et les gens malades » (27), sont autant de valeurs décrites dans le corpus hippocratique qui se veulent bienveillantes à l'égard des personnes soigné·es. Le récit du Serment d'Hippocrate, dans sa version actualisée, réaffirme l'importance du respect de « toutes les personnes, leur autonomie, et leur volonté » (28).

Par ailleurs, les manquements éthiques envers les patient·es existent et les soignant·es en sont conscient·es (25,29). Pourtant, si les soignant·es ne remettent pas en cause l'existence de MO au sein de leur établissement, il leur semble parfois difficile de se souvenir d'exemples concrets dans leur propre pratique (25). Iels ne posent, qui plus est, que rarement la question du vécu maltraitant à leurs patient·es (30,31).

Ces éléments mettent sur la piste d'une différence de perception entre soignant·es et non-soignant·es.

5) UN SUJET ENCORE INCONNU

Malgré l'émergence récente de cette problématique, en France métropolitaine et en Outre-mer, il reste de nombreuses inconnues à l'équation. Les raisons en sont multiples.

D'une part, on note l'absence de données d'enquêtes de santé publique sur la satisfaction qu'ont les femmes de leur suivi gynécologique (6,32). D'autre part, certains mettent en avant le caractère banalisé et normalisé des faits par les victimes elles-mêmes (6). De plus, le tabou régnant dans la profession médicale quand il s'agit de parler d'expériences de maltraitance (33), ainsi que le sentiment de honte exprimé par les soignant·es lorsqu'ils prennent conscience d'en avoir été acteurs (34) constituent des éléments de frein quant à l'exploration de ce phénomène.

Par ailleurs, quand une plainte est verbalisée par les patient·es, cette plainte reste informelle et n'est que très rarement adressée aux directions des établissements de soins ou aux instances ordinales. Il y a donc peu d'occasions à une prise de conscience du phénomène maltraitant, que ce soit à l'échelle individuelle ou institutionnelle (31).

Enfin, les écrits féministes, en sociologie, reviennent sur une politisation tardive du « cabinet médical comme lieu de rapports de pouvoir et de domination, en particulier sur les corps des femmes » (6,22). La prise de conscience et la mobilisation des femmes en vue d'un système de santé qui leur serait plus adéquat est récente.

En médecine générale, les travaux de recherche autour des maltraitances dans le soin en gynécologie sont rares et exploratoires. Les champs d'étude portent en particulier sur le ressenti des femmes usagères du système de soin (7). Les perceptions des patient·es et des professionnel·les de santé ne sont d'ailleurs jamais confrontées directement. L'exploration de ce sujet par le biais d'une mise en miroir nous paraissait pertinente.

6) QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

La prise de conscience auprès des soignant·es est une étape clé dans la lutte contre la maltraitance dans le domaine du soin (32).

Notre question de recherche était ainsi formulée : quelle est la capacité des soignant.es et non-soignant.es à reconnaître des situations de maltraitance ordinaire dans le domaine du soin gynécologique, et quelles sont les raisons de la perception d'une situation comme étant maltraitante ou non ?

L'objectif principal de cette étude était donc d'explorer et de mettre en miroir la perception de situations de maltraitance ordinaire de soignant·es et non soignant·es.

Il y avait 2 objectifs secondaires. Le premier était d'explorer dans quelle mesure le vécu des individus du groupe des non-soignant·es pouvait impacter leur perception des situations. Le deuxième visait à évaluer l'impact de la spécialité médicale sur la perception des soignant·es.

BIBLIOGRAPHIE DE L'INTRODUCTION

1. Ministère des solidarités et de la santé. Orientations prioritaires de la politique nationale. 2015.
2. Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance. 2012.
3. Compagnon C, Ghadi V. La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages. Haute Autorité de Santé; 2009.
4. Brüggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. Abuse in health care: a concept analysis. Scand J Caring Sci. mars 2012;26(1):123-32.
5. Marcilly A, Mauri M. Maltraitance médicale dans la pratique gynécologique et obstétricale ambulatoire et conséquences pour le suivi: point de vue des patientes. Thèse de médecine, Grenoble : Université Grenoble Alpes; 2018.
6. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Rapport n°2018-06-26-SAN-034. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme. 2018.
7. Quéré L. Les formes ordinaires du consentement. Consciences du droit dans la consultation gynécologique. Droit Société. 2019;102:413-32.
8. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
9. Loi n°94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.
10. Gyn&Co. Enfin une liste de soignantEs féministes ! [Internet]. [consulté le 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://gynandco.wordpress.com/qui-sommes-nous/>
11. Syndicat National des Professionnels Infirmiers. Relation soignant/soignée: maltraitance ordinaire à l'hôpital [Internet]. 2017 [consulté 1 mai 2021]. Disponible sur: <http://syndicat-infirmier.com/Relation-soignant-soignee-maltraitance-ordinaire-a-l-hopital.html>
12. What's up doc. Brute ou pas brute, épisode 2: Baptiste Beaulieu [Internet]. 2016 [Consulté le 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/brute-ou-pas-brute-episode-2-baptiste-beaulieu-0>
13. Pallages D. Des touchers vaginaux sur des patientes endormies: « C'était pour apprendre » [Internet]. 2015 [consulté le 1 mai 2021]; Disponible sur: https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/des-touchers-vaginaux-sur-des-patients-endormis-c-etait-pour-apprendre_17304
14. Dechalotte M. Le livre noir de la gynécologie. Edition First; 2017.
15. Winckler M. C'est mon corps. 2020. Edition L'iconoclaste; 2020.
16. Bienaimée C. Un podcast à soi - Le Gynécologue et la Sorcière [Internet]. Mars 2018 [consulté le 1 mai 2021]. Disponible sur: https://www.arteradio.com/son/61659783/le_gynecologue_et_la_sorciere_6
17. Omélianenko I. Sur les docks - Collection témoignages: Maltraitance gynécologique [Internet]. 2016 [consulté le 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/l-heure-du-documentaire/collection-temoignages-maltraitance-gynecologique>
18. Franceinfo. « Spéculum » : une pièce de théâtre contre la maltraitance gynécologique dans le cadre de la Semaine mondiale pour l'accouchement respecté [Internet]. 2019

- [Consulté le 28 avril 2021]. Disponible sur: <https://la1ere.francetvinfo.fr/guyane/speculum-piece-theatre-contre-maltraitance->
19. Béguin F. #PayeTonUtérus, contre les gynécologues irrespectueux. Le Monde [Internet]. 2014 [consulté le 1 mai 2021]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2014/11/26/payetonuterus-contre-les-gynecologues-irrespectueux_4529587_3224.html
 20. Page facebook. Paye ton gynéco [Internet]. 2017 [consulté le 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.facebook.com/tongyneco/>
 21. Swahnberg K, Wijma B. The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): Validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. *Eur J Public Health*. 1 janv 2004;13:361-6.
 22. Swahnberg K, Schei B, Hilden M, Halmesmäki E, Sidenius K, Steingrimsdottir T, et al. Patients' experiences of abuse in health care: a Nordic study on prevalence and associated factors in gynecological patients. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(3):349-56
 23. Swahnberg K, Thapar-Björkert S, Berterö C. Nullified: women's perceptions of being abused in health care. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. sept 2007;28(3):161-7.
 24. Swahnberg K, Wijma B, Liss P-E. Female patients report on health care staff's disobedience of ethical principles. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(7):830-6.
 25. Swahnberg K, Zbikowski A, Wijma B. Ethical lapses: staff's perception of abuse in health care. *J Psychosom Obstet Gynecol*. sept 2010;31(3):123-9.
 26. Brüggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. Patients' silence following healthcare staff's ethical transgressions. *Nurs Ethics*. 2012;19(6):750-63.
 27. Hippocrate. De la Bienséance - ΠΕΡΙ ΕΥΣΧΗΜΟΣΥΝΗΣ [Internet]. [consulté le 1 mai 2021]. Disponible sur: <http://remacle.org/bloodwolf/erudits/Hippocrate/bienseance.htm#1>
 28. Hippocrate. Le Serment d'Hippocrate, texte revu par l'Ordre des Médecins en 2012 [Internet]. 2012. [Consulté le 1 mai 2021] Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
 29. Swahnberg K, Berterö C. Minimizing human dignity: Staff perception of abuse in health care. *Clin Ethics*. 2012;7:33-8.
 30. Swahnberg K, Wijma B. Staff's awareness of abuse in health care varies according to context and possibilities to act. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2011;32(2):65-71.
 31. Gal I, Doron I. Informal complaints on health services: hidden patterns, hidden potentials. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 2007;19(3):158-63.
 32. Quéré L. Luttes féministes autour du consentement. *Nouv Quest Fem*. 2016; 35(1):32-47.
 33. Brüggemann J, Swahnberg K. Staff silence about abuse in health care: An exploratory study at a Swedish women's clinic. *Clin Ethics*. 2014;9:71-6.
 34. Wijma B, Zbikowski A, Brüggemann J. Silence, shame and abuse in health care: theoretical development on basis of an intervention project among staff. *BMC Med Educ*. 2016;16:75.

ARTICLE

Maltraitance ordinaire en gynécologie : étude qualitative avec mise en miroir des perceptions de soignant.es et de non-soignant.es.

Jolin F, Metral C, Fraize S

1. INTRODUCTION

La maltraitance médicale est l'ensemble des violences, abus ou négligences commis par des professionnels envers les usagers (1).

On parle de maltraitance ordinaire (MO) lorsqu'elle est quotidienne, insidieuse et banalisée (2). Plusieurs études suédoises ont cherché à analyser ce phénomène. La MO est caractérisée par des expériences subjectives de confrontations avec le système de santé (3). Ces rencontres amènent le·a patient·e à une sensation d'absence de *care*, ou d'être *nullified*, au sens de « ne pas être pris·e en charge avec soin », « ne pas être considéré·e ». S'en dégage un sentiment d'impuissance, entraînant une souffrance et une sensation de perte de valeur en tant qu'être humain (3,4).

La MO en gynécologie a des caractéristiques spécifiques. D'abord, on estime qu'une femme bénéficiera en moyenne de 50 consultations gynécologiques et obstétricales au cours de sa vie. Il s'agit de la discipline médicale avec laquelle elle sera en moyenne le plus fréquemment confrontée (5). D'autre part, le caractère intime de ces consultations peut amener à des mécanismes de MO spécifiques à la discipline gynécologique. Il s'agit alors d'actes sexistes durant le suivi gynécologique. Ce sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un ou plusieurs membres du personnel soignant au cours du suivi gynécologique, traversés par la volonté de contrôler le corps des femmes, que ce soit en termes de sexualité ou de capacité d'enfantement (5).

La plupart du temps, quels qu'en soient ses mécanismes, la MO est involontaire (2, 3, 5). La MO en gynécologie peut être responsable de traumatismes psychologiques persistants, ainsi que de rupture de soins (5, 6).

A ce jour, nous n'avons pas connaissance d'une étude ayant étudié la prévalence du phénomène de MO en gynécologie en France. La difficulté à l'identifier peut, en partie, s'expliquer par le silence de la majorité des patientes face à une telle situation (7). D'une manière générale dans le système de santé, quel que soit le motif d'une plainte verbalisée par les patients, cette plainte reste informelle et n'est que très rarement adressée aux directions des établissements de soins ou aux instances ordinales (5, 8). De surcroît, il semblerait que les professionnel·les qui sont témoins de MO gardent le silence (9).

Le questionnaire NorAQ, validé comme outil d'identification de la MO spécifiquement auprès des patientes, a permis d'en faciliter la reconnaissance (10), et ainsi estimer sa prévalence en Suède. Dans une étude, 13 à 28% des patients déclaraient une expérience de MO (11).

On peut donc supposer l'existence d'une dichotomie entre la forte prévalence du phénomène de MO en gynécologie et la faible prise de conscience de son existence par les professionnels de santé.

La MO en gynécologie, fréquente et sous-estimée, peut avoir des répercussions sérieuses sur la santé des femmes. Son caractère non-intentionnel, tel que décrit dans la littérature (2, 3, 5), nous a menés à nous interroger sur la perception des non-soignant·es et des soignant·es de telles situations. En effet, l'identification et la prise de conscience de la MO par les professionnels sont indispensables avant d'envisager tout travail de sensibilisation.

L'objectif principal de cette étude était d'explorer et confronter la perception de soignant·es et de non-soignant·es vis-à-vis de situations de maltraitance ordinaire au cours du suivi gynécologique.

Les objectifs secondaires étaient d'explorer dans quelle mesure la profession des soignant·es, ou le vécu personnel de maltraitance des non-soignant·es, peuvent impacter leur perception.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Le cadre théorique

Étude qualitative (12), exploratoire, hypothético-inductive (13), élaborée autour de 5 vignettes de bandes-dessinées lors d'entretiens individuels semi-dirigés, conduits dans les Pyrénées-Atlantiques en 2020 et 2021.

Les enquêtrices sont internes de médecine générale, ayant une expérience de stage en service de gynécologie-obstétrique. Elles ont partagé toutes les étapes de travail, notamment la réalisation des entretiens. Elles n'ont pas de lien d'intérêt à déclarer.

Un comité de pilotage pluridisciplinaire a été mis en place (annexe 3). Le rôle de ses 9 membres a été d'établir un consensus autour du caractère maltraitant des situations présentées, ainsi que d'en assurer l'objectivité graphique sous forme de vignettes de bandes-dessinées (annexe 4). Ce travail a été réalisé en 4 étapes, en ligne, à l'aide de l'outil informatique collaboratif Framapad®. Une illustratrice professionnelle a élaboré les vignettes à partir des consignes données par le comité.

2.2. Des entretiens semi-dirigés

Le guide d'entretien était composé de 5 vignettes de bandes-dessinées, présentant des situations de maltraitance ordinaire en gynécologie. La perception des sujets d'étude était explorée à la fois sur les plans émotionnel et cognitif grâce aux 2 questions principales. Des questions de relance étaient prévues. Le guide d'entretien (annexe 10) a été testé au préalable sur 5 personnes pour chaque chercheuse, soit 10 personnes non incluses dans l'étude, permettant son évolution *a priori*. Il a ensuite évolué tout au long de l'étude.

L'élaboration du canevas initial d'entretien s'est basée sur les données bibliographiques. Les situations sélectionnées ont été élaborées d'après le guide méthodologique de déploiement de la bientraitance de la Haute Autorité de Santé (14,15). Afin de s'adapter au mieux au contexte spécifique de la gynécologie, elles ont également été élaborées d'après le rapport de 2018 du Haut Conseil à l'Égalité (5).

2.3. Recrutement des participant·es et contexte des entretiens

Les entretiens ont été réalisés dans deux groupes distincts, l'un constitué de soignant·es, l'autre de non-soignant·es.

Pour le recrutement des non-soignant·es, une première phase de prise de contact s'est faite dans l'espace public (annexe 6). Le recrutement s'est poursuivi par échantillonnage théorique (13,16). Les participant·es devaient être majeur·es et parler couramment le français.

Pour le groupe des soignant·es, le recrutement initial visait une variété en termes d'âges, de genres, de lieux et de modes d'exercices. Les premier·ères professionnel·les ont été sélectionné·es dans l'annuaire, puis le recrutement s'est poursuivi par échantillonnage théorique. Les professionnel·les ont été contacté·es par téléphone, avec une relance éventuelle téléphonique ou par mail (annexe 5). Iels devaient être sage-femme (SF), médecin généraliste (MG), gynécologue médical·e (GM) ou gynécologue-obstétricien·ne (GO), exerçant en France, justifiant d'une pratique gynécologique régulière, supérieure à un examen par mois. Le recrutement en boule de neige a amené les enquêtrices à inclure des professionnel·les susceptibles d'être moins fréquemment bientraitant·es, d'après les avis présents sur Google®, ou par bouche-à-oreille.

Lors du recrutement, un formulaire d'information était remis (annexe 7), et un rendez-vous était planifié, en laissant à l'individu·e recruté·e le choix de la date et du lieu. Les lieux de rencontre ont été divers : lieu de travail, domicile, lieux publics, cafés. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données.

2.4. Recueil et retranscription des données

Les entretiens ont été réalisés en face-à-face, avec une seule des enquêtrices. Chaque enquêtrice a interrogé à la fois les soignant·es et les non-soignant·es. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone ou d'un téléphone, avec le consentement oral des participant·es, et retranscrits de manière intégrale. Des notes de terrain étaient prises au fur et à mesure. Les retranscriptions des entretiens ont été communiquées aux participants pour qu'ils puissent exercer leur droit de rectification. Le thème de la recherche était dévoilé en fin d'entretien, de même que, dans le groupe des non-soignants, le statut de médecin des enquêtrices. Le recueil des données personnelles des participant·es était réalisé par un questionnaire, en fin d'entretien (annexes 8 et 9)

Une déclaration simplifiée selon le formulaire MR-003 a été faite à la CNIL (annexe 1). Le Comité d'Éthique du CHU de Bordeaux a émis un avis favorable à la réalisation de cette étude (annexe 2).

2.5. Analyse par théorisation ancrée

L'analyse qualitative a été faite par contenu thématique selon la théorisation ancrée. Les données ont été analysées avec le logiciel informatique QSR Nvivo 13®. Un codage ouvert et individuel des entretiens a été effectué au fur à mesure par les deux enquêtrices, puis mis en commun afin de permettre un regroupement en catégories et une mise en relation (annexe 11), jusqu'à la théorisation et l'émergence d'un modèle (17). En cas de désaccord lors de ce double codage, le directeur de thèse intervenait pour triple codage.

3. RESULTATS

Le recueil des données a été effectué entre septembre 2020 et avril 2021.

Pour les soignants, 17 entretiens ont été réalisés, d'une durée variant entre 10 à 32 minutes. Les deux derniers entretiens ont confirmé la saturation des données. Les caractéristiques des soignant-es figurent dans le tableau I. Un entretien a été exclu car la soignante ne pratiquait pas d'examen gynécologique.

Pour les non-soignant-es, 15 entretiens ont été réalisés, d'une durée variant entre 10 et 51 minutes. Le dernier entretien a confirmé la saturation des données. Les caractéristiques des non-soignant-es figurent dans le tableau II. Un entretien a été exclu car l'interrogé ne parlait pas français de manière intelligible.

Tableau I : Caractéristiques des soignant-es

	Durée d'entretien	Sexe	Âge	Profession	1ère année d'installation	Formations complètes	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Zone d'exercice	Sur une échelle de 1 à 10, part de gynécologie dans l'activité
S1	20'42	F	34	MG	2018	Oui	Clinique + hospitalier + planning familial	pluriprofessionnel	urbaine	10
S2	28'56	H	73	GO	1978	Oui	clinique + libéral	Seul	semi-rurale + rurale	10
S3	32'50	F	62	GM	1989	Non	libéral	cabinet de 2 GM	urbaine	10
S4	19'33	F	54	MG	1999	Oui	libéral	cabinet seul et pluriprofessionnel	urbaine + rurale	2
S5	26'04	H	71	MG	1975	Non	libéral	pluriprofessionnel	Semi-rurale	2
S6	16'46	F	45	SF	1998	Oui	hospitalier + libéral	cabinet pluriprofessionnel	urbaine + semi-rurale	5
S7	21'38	F	62	SF	2020 Lib. 1982	Oui	planning familial	pluriprofessionnel	urbaine	10
S8	18'35	F	31	MG	2019	Oui	libéral + hospitalier CeGIDD	cabinet pluriprofessionnel	urbaine	3
S9	24'55	F	40	SF	2004	Oui	libéral + hospitalier	pluriprofessionnel	urbaine + rurale	5
S10	21'29	F	51	MG	2005	Non	libéral	cabinet pluriprofessionnel	rurale	1
S11	26'54	F	43	SF	2002	Oui	libéral	pluriprofessionnel	urbaine + rurale	9
S12	16'20	F	66	GM	1983	Oui	libéral	cabinet pluriprofessionnel mais seule gynéco	urbaine	10
S13	11'05	F	32	GO	2017	Non	hospitalier	pluriprofessionnel	urbaine	7
S14	21'56	F	67	GM	1984	Oui	Clinique	clinique	urbaine	6
S15	28'25	F	37	GO	2015	Oui	hospitalier	pluriprofessionnel	urbaine	6
S16	10'40	H	67	GO	1980	Oui	hospitalier	pluriprofessionnel	rurale	5
S17	16'56	H	69	GO	1983	Oui	libéral + hospitalier	pluriprofessionnel	urbaine	5

Tableau II : Caractéristiques des non-soignant-es

	Durée de l'entretien	Sexe	Âge	Lieu de vie	Niveau d'études	CSP	Vécu maltraitant
NS1	25'38	F	18	Urbain	Bac	étudiante	Non
NS2	10'54	H	37	Urbain	CAP	employé	Non
NS3	23'44	H	29	Urbain	CAP	employé	Non
NS4	16'51	F	30	Rural	CAP	étudiante	Oui
NS5	44'30	F	64	Urbain	Bac	retraîtée	Oui
NS6	16'03	F	57	Semi-rural	2eme cycle	employée	Non

NS7	19'24	F	86	Urbain	1er cycle	retraîtée	Non
NS8	18'18	H	46	Semi-rural	1er cycle	employé	Non
NS9	26'42	F	50	Rural	BTS	fonctionnaire	Oui
NS10	14'32	H	57	Rural	BTS - 1er cycle	agriculteur exploitant	Non
NS11	11'24	F	84	Urbain	CAP	retraîtée	Non
NS12	51'35	F	38	Urbain	1er cycle	commerçante	Oui
NS13	31'42	H	41	Rural	1er cycle	employée	Non
NS14	35'26	F	51	Urbain	2eme cycle	profession intermédiaire	Oui
NS15	15'56	F	56	Urbain	Bac	Sans activité professionnelle	Oui

3.1. La maltraitance ordinaire : une perception commune

3.1.1 Mécanismes et enjeux généraux de la MO

Les origines de la MO : des facteurs multiples

D'un côté comme de l'autre, la MO était présentée comme un phénomène complexe et multifactoriel.

La MO était liée :

- Aux caractéristiques du/de la soignant·e : « *il y a aussi de l'incompétence des médecins* » (NS7), « *Le médecin arrogant, quoi* » (S8).
- A la patiente : « *La pudeur n'est pas la même pour tout le monde !* » (S17).
- Au cadre de soin : « *l'absence d'espace un peu discrétionnaire pour la jeune femme* » (S5).
- A la discipline de la gynécologie : « *l'intime de l'Autre. (...) Ça oblige à une attention différente de quand vous examinez quelqu'un sur euh... un problème respiratoire, un problème abdominal* » (S5).
- Au système de santé : « *on est en pénurie de médecins* » (NS12), « *C'était plus une espèce de pratique professionnelle qui semblait normale à tout le monde quoi* » (S9).
- A la formation médicale : « *Il y a pas de cours de psycho, il y a pas de travail fait là-dessus* » (S9).

Des conséquences néfastes

La MO peut avoir un impact direct sur la personne soignée, tant sur le plan psychologique : « *j'ai pleuré dans ma voiture. Et... ça, vous voyez c'est encore frais hein, c'était il y a quelques mois* » (S11), que sur le plan somatique : « *Elle va finir par vouloir moins venir en rendez-vous, et puis, moins d'exams... et puis, voilà, des maladies* » (NS4).

La MO entraîne également une dégradation de l'alliance thérapeutique. S9 se désole qu'il y ait « *une vraie perte de confiance en le milieu médical* ».

Des pistes d'amélioration : à tous les niveaux

Un·e soignant·e compétent·e, qui accompagne et qui remet la patiente au centre est considéré·e comme un·e soignant·e idéal·e : « *Cette idée de travailler l'empathie. Cette idée de travailler la personne dans sa globalité. Cette idée d'informer. Toujours informer. Informer et laisser le libre choix au patient* » (NS14).

Pour beaucoup, une formation à la bientraitance permettrait une amélioration des pratiques : « *La formation ça permet d'avoir des outils pour pas être mal à l'aise devant un patient et mal réagir.* » (S7).

Certain·es ont souligné les possibilités pour la patiente de réagir : « *Bah j'ai un peu envie de mettre les points sur les "i" au docteur* » (NS13), et l'importance d'un cadre idéal « *il y a un petit coin plus intime pour qu'elles puissent se déshabiller* » (S12).

Pour d'autres, l'évolution des pratiques et de la société se ferait par le poids de la loi, notamment par le « *droit des femmes* » (S5), par le « *changement de mentalités* » (S14, S15, NS11), ou par la couverture médiatique « *Il faut faire attention ! (...) on a un problème sur les réseaux, sur l'examen gynéco* » (S15).

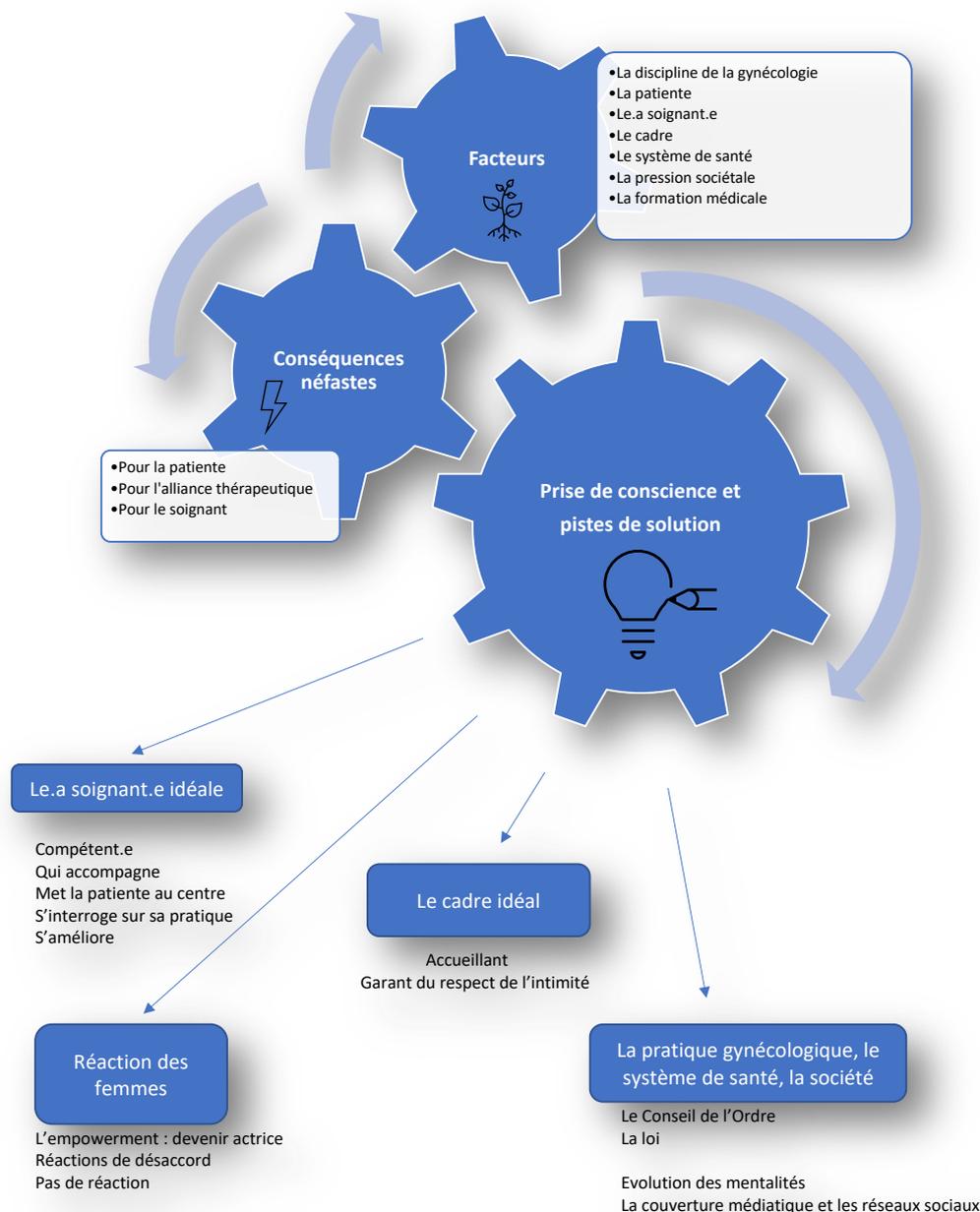


Figure 1 : Mécanismes et enjeux généraux de la maltraitance ordinaire, selon la perception de soignant·es et de non-soignant·es

3.1.2 La perception des vignettes et l'analyse du phénomène (figure 2)

Perception émotionnelle et cognitive : un ressenti pluriel

La perception émotionnelle des vignettes, dans les deux groupes, pouvait être négative : « *J'aime pas du tout. Je voudrais pas du tout me retrouver face à un praticien comme ça* » (NS14), ou indifférente « *Non, ça ne me choque pas* » (S4).

La perception cognitive oscillait entre la vision positive d'un·e bon·ne soignant·e : « *tout est bien* » (NS2), une vision neutre devant une situation « *normale* » (NS1, NS11, S3, S4, S13), et la critique d'une situation négative, anormale et « *maltraitante* » (S9). Certain·es des

interrogé·es soulignaient notamment une relation de « *dominant·e-dominé·e* » (NS5) entre le/la soignant·e et la soignée.

Analyse du phénomène : entre inexcusable et justifiable

Dans les deux groupes, la situation présentée, et par extension la MO, n'était jamais justifiable pour certain·es : « *c'est inentendable* » (S9), alors que d'autres avançaient des justifications : « *Il faut bien qu'on la secoue un peu ! Qu'elle voit que, si elle veut aboutir à quelque chose, il faut bien qu'elle arrête de fumer* » (S11).

Quelques-un·es critiquaient la situation tout en présentant les MO comme un phénomène pouvant arriver à tous les soignant·es : « *comme on est des humains en fait, (...) ça peut vite se passer des situations où on dit "bon, j'en ai marre"* » (S1).

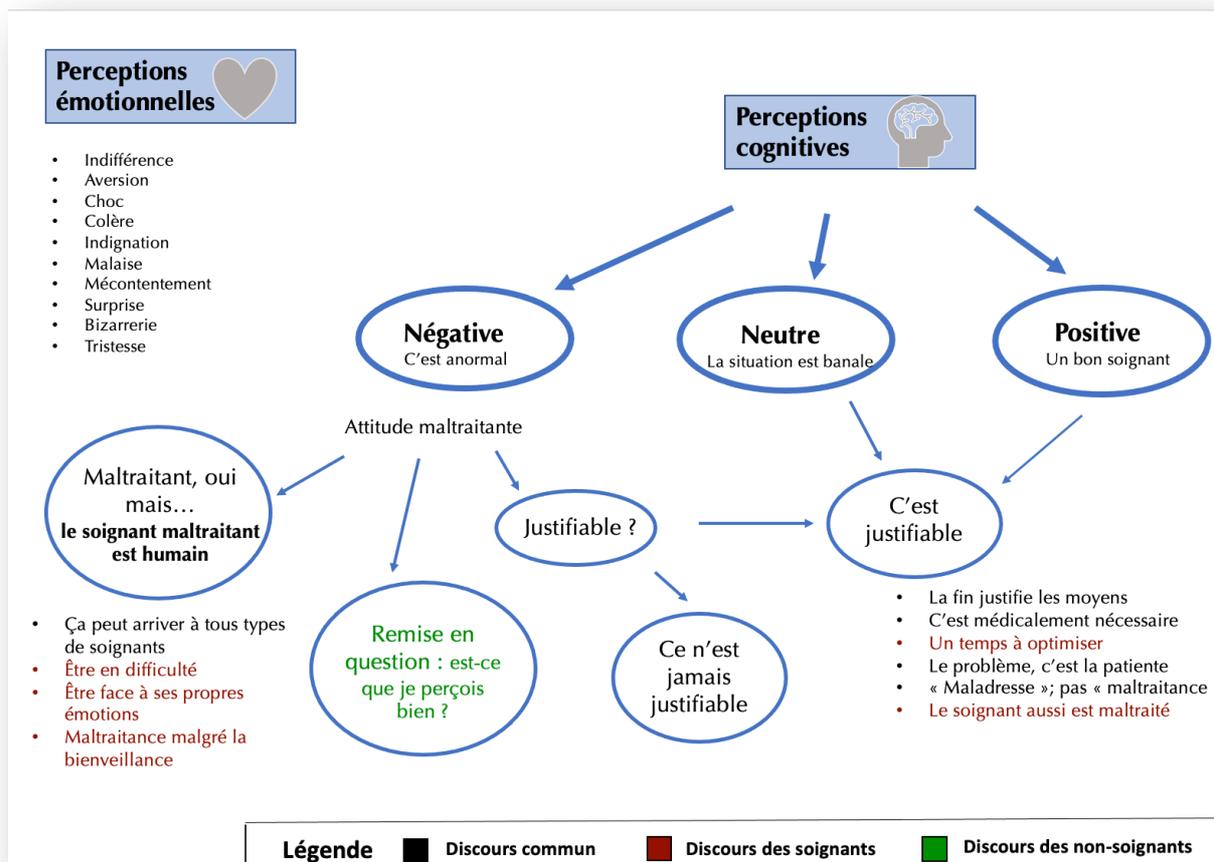


Figure 2 : Perception des vignettes représentant des situations de maltraitance ordinaire, selon des soignant·es et des non-soignant·es.

3.2. La maltraitance ordinaire : quelques divergences

3.2.1. Spécificité des soignant·es

Explications : maltraitant·e... mais le/la soignant·e est humain·e

Des éléments explicatifs du phénomène de MO apparaissent chez les soignant·es, tels que le fait d'être en difficultés dans la relation de soin, notamment quand les priorités du/de la soignant·e et de la patiente divergent, ou avec certaines patientes « *c'est compliqué quand elles viennent vous voir plusieurs fois en fait. Et que ça n'avance pas* » (S1). Le/la soignant·e est également face à ses propres émotions : « *le pauvre médecin, il est désespéré. Il ne sait plus quoi faire* » (S10). Certain·es mettaient en avant les notions d'erreur humaine : « *On fait*

des erreurs » (S12). D'autres parlaient d'une maltraitance non intentionnelle d'un·e soignant·e pourtant bienveillant·e: « *même si on est bienveillant au départ, on peut être maladroit* » (S7).

Justification : un·e soignant·e sous la pression du temps et de l'agressivité des patientes

Parmi les soignant·es ne percevant pas le caractère maltraitant ou de manière plus ambivalente, certains soulignaient se sentir « *agressés [eux] aussi* » (S3), les mettant « *en difficulté de soigner* » (S15), ou décrivaient des nécessités d'optimisation du temps : « *Grosso modo, moi ça m'arrange quand elles sont dévêtues dès le départ, pour une question de gestion du temps et tout ça.* » (S3)

Aux origines : « c'est pas moi, c'est les autres »

Les soignant·es reconnaissaient rarement avoir été maltraitant·es : « *En tant que soignant, je n' pratique pas comme ça* » (S9).

Le phénomène de MO semblait être du fait d'autres soignant·es : ceux/celles ayant moins « *d'expérience* » (S2, S5, S6, S12, S14, S17) ou ceux/celles étant plus âgé·es qu'eux/elles : « *On est la nouvelle génération, alors tout ça, on évite* » (S15).

Des pistes d'amélioration : le respect des bonnes pratiques

Certain·es soignant·es soulignaient l'importance d'une bonne compétence technique, de l'utilisation d'un matériel adapté : « *si on met un spéculum adapté, avec un peu de lubrifiant, ça ne doit pas être douloureux* » (S12), et du suivi des recommandations médicales : « *On n'a pas besoin d'aller examiner pour donner une contraception* » (S9).

Des pistes d'amélioration : prendre conscience pour se remettre en question.

S11 expliquait s'être remise en question grâce à un vécu maltraitant personnel : « *J'ai l'impression de voir mes consultations gynéco en tant que patiente ! Ce qui m'a largement fait réfléchir en tant que soignante.* », mais aussi par le biais de ce « *que [les patientes lui] racontent* ». Pour d'autres, c'était en ayant été témoin d'une prise en soin maltraitante, ou bientraitante : « *C'est quand j'ai vu une autre façon de faire que j'ai réalisé que c'était violent* » (S9).

3.2.2 Spécificités des non-soignant·es

Le doute : « puis-je critiquer ? »

Certain·es non-soignant·es exprimaient un sentiment d'illégitimité pour critiquer la situation : « *Enfin je sais pas, après je suis pas médecin* » (NS3). D'autres avaient tendance à remettre en cause leur perception spontanément négative des situations maltraitantes : « *toujours la partie en moi qui me dit "Est-ce que j'interprète pas mal" ?* » (NS5).

Aux origines : la pression sociétale et systémique

Pour les non-soignant·es, un rapport compliqué de la personne soignée vis-à-vis de son propre corps pouvait entraîner des situations plus propices à un vécu négatif : « *J'ai la ménopause, pour moi c'est plus inconfortable, d'aller au gynécologue. (...) je me vois... le corps... Je suis vieille* » (NS15), de même que sa gêne éventuelle vis-à-vis du genre opposé du/de la soignant·e : « *si le médecin est un homme, peut-être que ça la gêne encore plus et qu'elle est encore plus tendue...* » (NS1). Le sexisme ordinaire était décrit comme une cause potentielle de la MO : « *est-ce qu'ils se permettraient ça avec un homme ?* » (NS5).

L'évolution de la considération du patient vers une approche « *client* » (NS12) au sein d'une médecine sur-technicisée, « *qui progresse* » (NS12), était également citée comme facteur de MO.

Des pistes d'amélioration : centrées sur la patiente et sa prise d'autonomie

Parmi les outils permettant de faire face à la maltraitante, certains sont apparus spécifiquement dans le groupe des non-soignant-es :

- Mentir au/à la soignant-e : « *la femme, elle va fumer sans lui dire* » (NS1).
- S'orienter vers les « *médecines alternatives* » (NS9).
- Se soigner soi-même : « *J'me forme moi-même toubib et j'me démerde* » (NS9).
- Revenir accompagnée en consultation : « *J'ai demandé à une amie de venir avec moi* » (NS5).
- Se connaître soi-même, la clé de l'empowerment : « *S'intéresser à nous-mêmes, se connaître, parfaitement (...). Mais quand on connaît rien, c'est compliqué, hein* » (NS12).
- Parler de la maltraitance pour amener au changement : « *Si on met pas le poing sur la table pour dire que ça doit plus continuer (...), l'avenir, dans le domaine de la santé, il est très compliqué* » (NS12).
- Saisir les institutions ordinales : « *il doit passer devant, devant l'Ordre des médecins, quoi !* » (NS13).

3.3. Objectifs secondaires

3.3.1. L'influence de la profession du/de la soignant-e

3.3.1.1 Perception des gynécologues

Aux origines : les questions de responsabilité

Les gynécologues mettaient en avant la responsabilité médico-légale : « *C'est un sale boulot, ça. C'est pas pour rien que l'assurance professionnelle est la plus chère chez les gynécologues-obstétriciens* » (S2). Iels insistaient sur la difficulté d'être attentifs à la bientraitance dans des situations d'urgence : « *C'est... une façon de... de faire, qui est... des fois, difficile dans l'urgence* » (S15).

Une reconnaissance minime de l'impact sur la patiente et la relation de soins

Les notions de « *manque de respect* », et « *manque d'explications* » n'étaient pas retrouvées. L'impact néfaste de la MO sur l'individu, et la perte de confiance dans les soignant-es étaient moins retrouvés que dans les autres sous-groupes.

L'impact sur le/la soignant-e : une mauvaise e-réputation

Les gynécologues semblaient touché-es par la possibilité de retours négatifs sur internet : « *Mon associée (...) elle en a pleuré, parce qu'après elle avait un truc sur internet* » (S3).

L'(in)existence de la MO : « Ça, ça n'existe plus ».

Plus fréquemment, ces situations étaient décrites comme n'arrivant pas dans la vie réelle, ou « *plus maintenant* » (S14).

3.3.1.2 Perception des sages-femmes (SF)

Aux origines : la difficulté pour la femme de verbaliser son ressenti

Les SF constataient que les patientes ne verbalisent pas leur ressenti négatif auprès du/de la soignant-e : « *[Les patientes] déboulent ici, elles me disent (...) "J'ai pas osé lui dire, j'ai pleuré en sortant"* » (S11).

Une attitude grave, anormale et injustifiable

Les situations étaient systématiquement décrites comme étant anormales, et l'attitude maltraitante n'était jamais justifiée « *certainement qu'il faut aborder la contraception avec elle, mais certainement pas de cette façon* » (S6). Sur le plan émotionnel, les vignettes ne les laissaient jamais indifférentes. « *Choquant, choquant. Ça, c'est une situation vraiment, qui ne devrait pas se voir* » (S7).

On ne retrouvait pas les notions de minimisation du phénomène, ni que le/la soignant·e aussi soit maltraité·e.

La MO : un phénomène fréquent qui doit évoluer

Les sages-femmes déclaraient plus fréquemment avoir assisté à des situations de MO : « *Je l'ai vu plein de fois quand j'étais élève* » (S11), et décrivaient plus souvent la MO comme un problème actuel. D'après elles, « *il faut que ça évolue* » (S9).

3.3.1.3 Perception des médecins généralistes

La bonne attitude

Les MG interrogé·es, contrairement à leurs consœurs/confrères, trouvaient pour certain·es la situation adaptée « *Elle est face à un médecin, oui, qui fait bien son travail, je pense, qui est ouvert et qui essaye d'expliquer* » (S10).

La fin justifie les moyens

Pour certains, l'attitude maltraitante, si elle permettait au/à la soignant·e d'arriver à son objectif, était justifiable : « *si elle [la patiente] dit "bon, ben oui, je vais faire le frottis", bon, ben ça valait le coup de... faire un petit peu ça !* » (S10).

3.3.2. L'influence du vécu personnel de situation maltraitante chez les non-soignant·es.

3.3.2.1 En cas d'histoire personnelle de situations maltraitantes

Des situations toujours anormales, jamais justifiables

Parmi ces individu·es, toutes les vignettes étaient perçues de façon négative, tant sur le plan émotionnel que cognitif. La critique était nette, notamment quant à leurs caractères « *maltraitant* » (NS12), « *violent* » (NS12, NS13) ou médicalement infondée : « *en plus je pense que c'est pas vrai ça* » (NS15).

Pour certain·es, l'attitude maltraitante n'était jamais justifiable : « *on ne peut absolument pas engueuler le patient, quoi* » (NS13).

La nécessité que les choses évoluent.

Les pistes de solutions étaient particulièrement développées.

3.3.2.2 En l'absence d'histoire personnelle de situations maltraitantes

Des situations banalisées ou approuvées

Leur perception des vignettes pouvait être négative, mais aussi neutre « *On sait bien que quand on va passer un examen gynécologique, c'est comme ça* » (NS11) ou positive « *c'est lui qui a raison, le médecin* » (NS1).

Des situations justifiées et minimisés

Pour certains, la situation était justifiable : « *Il y a des gens, ils ne seront jamais contents* » (NS6).

Certain-es minimisaient les actes, parlant de « *maladresse* » (NS7), et non de maltraitance.

3.3.1. L'influence du genre et autres facteurs

NS3 rapportait une « *gêne* » devant en début d'entretien : « *C'est pas courant pour nous de parler de ça nous les hommes !* ». Le genre ne semblait par contre pas avoir d'incidence sur la perception des vignettes, même si les non-soignants de genre masculin n'en décrivaient pas les conséquences possibles chez les femmes.

Il n'y avait pas de différences notables selon les autres caractéristiques apparaissant dans les tableaux I et II.



Figure 3 : Spécificités de perception des non-soignant-es selon leur vécu et des soignant-es selon leur spécialité

4. DISCUSSION

4.1 Résultats principaux et comparaison à la littérature

Au démarrage de cette étude, nous anticipions qu'un certain nombre de soignant·es ne repéreraient pas des situations de maltraitance en les considérant comme normales. Pourtant, et bien que nous ayons veillé à recruter des soignant·es susceptibles d'être moins souvent bientraitant·es, dans la grande majorité des cas, les situations problématiques ont été reconnues et critiquées au moins partiellement, au même titre que chez les non-soignant·es.

Il faut cependant souligner le fait que, chez les soignant·es, ce repérage était parfois accompagné d'explications, celles d'un·e soignant·e humain·e, en difficultés et indelicat·e sans le vouloir ; ou de justifications, telles qu'un·e soignant·e également agressé·e et sous la contrainte d'une nécessaire optimisation du temps. Déjà décrite, la coexistence sans dissonance cognitive d'une reconnaissance de manquements éthiques envers les patientes et d'une certaine déresponsabilisation des soignant·es par la justification et l'explication pourrait d'ailleurs contribuer non seulement à l'existence de la MO, mais aussi à sa persistance (18).

Par ailleurs, chez les soignant·es, le phénomène de MO était souvent perçu comme n'ayant pas lieu dans leurs cabinets, n'étant plus d'actualité, ou alors uniquement chez d'autres soignant·es, moins expérimenté·es ou plus âgé·es.

Pourtant, la MO en gynécologie est un phénomène fréquent (5). De nombreux·ses soignant·es et non-soignant·es interrogé·es ont rapporté avoir vécu ou été témoins de situations similaires. Est-il donc possible que les soignant·es soient capables de repérer la maltraitance ordinaire lorsqu'ils en sont de simples spectatrices·teurs mais pas dans leur propre pratique ?

On peut formuler l'hypothèse que l'identification de situations de maltraitance sur un support visuel dépersonnalisé n'implique pas nécessairement la capacité de reconnaissance de telles situations dans sa propre pratique. Pour Swahnberg, la capacité des soignant·es à reconnaître les manquements éthiques envers les patients découle d'une connaissance théorique, fruit de leur formation médicale, et non empirique, expliquant la difficulté de soignants à se rappeler d'exemples concrets de maltraitance dans leur vie professionnelle (18).

Repérer une maltraitance extérieure à soi-même ne constitue donc probablement qu'une première étape.

Une étape qui reste nécessaire car notre travail pointe l'intérêt pédagogique de ces vignettes comme outil ludique : « *Oh, moi, ça m'amuse, oui ! Ben oui, c'est un jeu* » (S12), ouvrant des réflexions et déclenchant des prises de conscience tant parmi les soignant·es que parmi les non-soignant·es : « *Là, j'me rends compte qu'en fait je suis pas la seule* » (NS12), « *Ça fait longtemps que j'me suis pas réinterrogé sur ces choses-là* » (S5). Pour l'un des soignants, c'est lors d'échanges par mail plusieurs semaines après l'entretien qu'il nous a fait part de situations dans lesquelles il avait pu être maltraitant envers les patientes.

Quant aux non-soignant·es, la remise en cause de leur propre perception et les difficultés éprouvées à verbaliser leur ressenti semblaient également constituer des freins à une amélioration de leur prise en soin. Face à un évènement maltraitant, le silence du/de la patient·e est d'ailleurs la règle plus que l'exception (7). Cela prive le/la soignant·e d'un retour,

ou *feedback*, essentiel sur sa prise en charge, donc de la possibilité de se remettre en question, et de ne pas reproduire l'attitude maltraitante dans le futur (7). Les soignant·es de notre étude évoquaient d'ailleurs le récit des patientes comme un élément-clé à leur prise de conscience de l'existence et l'ampleur du phénomène.

Dans notre étude, les non-soignant·es, hommes et femmes, rapportant un vécu maltraitant dans le soin ont reconnu et critiqué sans équivoque toutes les situations présentées, contrairement à celles et ceux ne déclarant pas un tel vécu. On peut se demander si le fait d'avoir vécu une situation maltraitante permettrait de mieux les reconnaître par la suite, comme le suggérait une soignante dans notre étude. Toutefois, il est également possible qu'une plus grande capacité à reconnaître et étiqueter ces situations amène un·e individu·e à se sentir maltraité·e pour une situation qui ne serait pas perçue comme problématique par un·e autre. En effet, pour certain·es auteurs·rices, le manque d'informations ou le manque de connaissances d'alternatives peuvent amener des patient·es à être satisfait·es d'une prise en soin de relative mauvaise qualité (19).

Il est aussi intéressant de voir qu'une différence semble se dessiner entre les sages-femmes et les médecins (GO, GM et MG). En effet, les sages-femmes critiquent et dénoncent de manière plus systématique ces situations, tout en restant persuadées de leur persistance à l'heure actuelle, alors que les avis sont plus mitigés chez les médecins. L'une des SF interrogées évoque une formation au respect de l'intimité particulièrement poussée dans leur cursus, comme le souligne l'Ordre National des Sages-Femmes (20). Une autre des SF avance que leur durée de consultation avoisinerait les 45 minutes, alors qu'une consultation externe de gynécologie est de 22 minutes en moyenne à l'hôpital (21).

4.2 Perspectives

Les vignettes apparaissent comme un outil utile et productif. D'une part auprès des non-soignantes, leur utilisation paraît profitable dans un objectif de prise d'autonomie, ou *empowerment* ; en ce qui concerne l'exploration de multiples moyens d'éviter la MO ou de savoir y réagir, comme le suggèrent déjà quelques études (22,23). Il paraît d'autant plus intéressant d'impliquer les patientes dans une recherche commune de réponses à la MO que, dans notre étude, les non-soignant·es proposaient pour les patientes un éventail de réponses « d'auto-défense » large, divers, parfois non conventionnel. Ainsi, en résonance avec l'interrogée non-soignante qui soulignait l'importance de parler de maltraitance pour amener au changement, la littérature en sociologie souligne l'intérêt de l'utilisation de témoignages de patient·es pour faire reconnaître la légitimité de la subjectivité individuelle (24).

L'outil des vignettes semble également intéressant pour les soignant·es. L'intérêt de ce support a par ailleurs été souligné chez des étudiant·es en médecine, notamment pour affiner des compétences observationnelles. En effet, la lecture d'une bande-dessinée implique la compréhension de ce qui est ouvertement dessiné, mais aussi de tout ce qui est implicite (25).

D'un point de vue pédagogique, l'utilisation des vignettes de bandes-dessinées élaborées dans cette étude pourraient être utile à une première étape de prise de conscience. Une seconde étape, davantage réflexive, pourrait la prolonger en mettant en œuvre d'autres techniques. Des mises en situation, par le biais de jeux de rôle (26,27), des consultations filmées (28) et/ou des consultations simulées (29) pourraient favoriser l'accès à cette étape réflexive chez les soignant·es. En effet, l'expérience professionnelle n'est pas prédictive à elle-seule d'une bonne compétence communicationnelle (30).

4.3 Forces et limites de l'étude

Choix méthodologique : A ce jour, les données de la littérature sur la MO en gynécologie sont rares, les études exploratoires, et centrées sur le ressenti des patientes. A notre connaissance, aucune étude n'a cherché à confronter les perceptions des deux acteurs-rices de la relation de soin. La méthode qualitative était adaptée à l'exploration du ressenti vis-à-vis de la MO (13). Le choix de la théorisation ancrée a permis l'analyse progressive de ce phénomène peu connu (17). Les critères de la grille COREQ (31) ont été appliqués afin d'assurer la qualité méthodologique. Un comité de pilotage pluridisciplinaire (annexe 3) s'est appliqué à trouver un consensus autour des situations illustrées par les bandes-dessinées afin d'éviter que l'interprétation des résultats puisse être remise en cause.

Recrutement : L'échantillonnage théorique, consistant en un « enrichissement progressif de l'échantillon guidé par l'émergence des catégories conceptuelles » (13), a assuré un recrutement divers et très riche. Cependant, certains profils apparaissant comme pertinents n'ont pas pu être inclus : notamment des soignants assumant des attitudes maltraitantes sans en reconnaître le caractère. Ce biais de recrutement s'est établi par défaut de réponses, malgré de multiples relances de notre part. De plus, l'extrapolation des résultats peut être mise en cause compte-tenu du recrutement dans une zone géographique donnée.

Support visuel : Le support de vignettes de bandes-dessinées (annexe 4) a été choisi devant sa capacité à transmettre des informations non verbales complexes (25) tout en permettant plus de neutralité dans la présentation des situations. La représentation des soignant-es présenté-es sur les vignettes était voulue androgyne, pourtant plusieurs interrogé-es n'y ont vu que des hommes. Certain-es y ont vu des situations trop caricaturales. La nécessité d'un consensus sur le caractère maltraitant permettait effectivement peu la mise en évidence du caractère souvent multifactoriel et subtil du phénomène.

Recueil des données : Le caractère semi-dirigé visait à garantir la libre expression des individu-es en limitant les propos non pertinents. Les entretiens individuels permettaient d'assurer un cadre sécurisant. Pour limiter les biais d'influence, chaque enquêtrice a interrogé les soignant-es et les non-soignant-es. Malgré ces précautions, dans le groupe des non-soignant-es, certain-es ont rapporté une gêne à parler de situations gynécologiques, une difficulté à parler de leurs émotions, et l'impression de ne pas avoir suffisamment de connaissances du sujet pour répondre. Ces facteurs peuvent indiquer une certaine auto-censure de la part des interrogé-es, pouvant aussi être associée au fait que les enquêtrices étaient des femmes. Les enquêtrices ont limité ce biais de désirabilité sociale par la réassurance systématique lors des entretiens.

5. CONCLUSION

La perception de situations de MO était comparable chez les soignant-es et les non-soignant-es. D'une part, le vécu personnel d'une situation de MO chez les non-soignant-es et, d'autre part, l'exercice de la profession de sage-femme induisaient une identification plus nette du caractère maltraitant des situations présentées. Les pistes d'amélioration étaient également plus nombreuses dans ces sous-groupes.

A l'heure où les enjeux de la MO sont de plus en plus présents dans le débat public, il est de l'ordre de la responsabilité des soignant-es de se saisir de telles évolutions ; sociétales

d'abord, médicales ensuite. Iels doivent individuellement et collectivement prendre leur part pour aller vers une disparition progressive de ces situations. Les praticien·nes de premier recours en particulier, par leur proximité avec les patientes, ont un rôle de premier ordre pour favoriser la prise de conscience et l'*empowerment*.

Si des approches plus réflexives et personnelles semblent nécessaires pour prolonger ce travail d'amélioration des pratiques, la prise de conscience théorique de la MO reste une première étape incontournable. Les vignettes élaborées dans le cadre de ce travail seront un précieux outil mis à disposition autant des soignant·es que des usagers et usagères du système de santé

BIBLIOGRAPHIE

1. Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance. 2012.
2. Compagnon C, Ghadi V. La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages. Haute Autorité de Santé; 2009.
3. Brüggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. Abuse in health care: a concept analysis. *Scand J Caring Sci.* mars 2012;26(1):123-32.
4. Swahnberg K, Thapar-Björkert S, Berterö C. Nullified: women's perceptions of being abused in health care. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* sept 2007;28(3):161-7.
5. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Rapport n°2018-06-26-SAN-034. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme. 2018.
6. Marcilly A, Mauri M. Maltraitance médicale dans la pratique gynécologique et obstétricale ambulatoire et conséquences pour le suivi: point de vue des patientes. Thèse de médecine, Grenoble : Université Grenoble Alpes; 2018.
7. Brüggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. Patients' silence following healthcare staff's ethical transgressions. *Nurs Ethics.* 2012;19(6):750-63.
8. Gal I, Doron I. Informal complaints on health services: hidden patterns, hidden potentials. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* 2007;19(3):158-63.
9. Brüggemann J, Swahnberg K. Staff silence about abuse in health care: An exploratory study at a Swedish women's clinic. *Clin Ethics.* 2014;9:71-6.
10. Swahnberg K, Wijma B. The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): Validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. *Eur J Public Health.* 1 janv 2004;13:361-6.
11. Swahnberg K, Schei B, Hilden M, Halmesmäki E, Sidenius K, Steingrimsdottir T, et al. Patients' experiences of abuse in health care: a Nordic study on prevalence and associated factors in gynecological patients. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(3):349-56
12. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Acad Med.* 2014;89(9):1245-51.
13. Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative Research.* SAGE Publications; 2014.
14. HAS, Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des pratiques et des Organisations en Santé. Le déploiement de la bientraitance Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD. HAS; 2012.
15. Haute Autorité de Santé. Guide de l'animateur pour la mise en œuvre de la cartographie des risques de maltraitance. 2012.
16. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? Actes Colloq Assoc Rech Qual ARQorganisé Dans Cadre Congrèsde ACFAS. 2006;5:99-111.
17. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol.* 1994;23:147-81.
18. Swahnberg K, Zbikowski A, Wijma B. Ethical lapses: staff's perception of abuse in health care. *J Psychosom Obstet Gynecol.* sept 2010;31(3):123-9.

19. Mulcahy L, Tritter JQ. Pathways, Pyramids and Icebergs? Mapping the Links Between Dissatisfaction and Complaints. *Sociol Health Illn.* 1998;20(6):825-47.
20. Ordre National des Sages-Femmes. Référentiel métier et compétences des sage-femmes. 2010.
21. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Qui sont les patients des consultations externes ? [Internet]. 2002 [consulté le 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13063/2/er167.pdf>
22. Brüggemann A, Swahnberg K, Wijma B. A first online intervention to increase patients' perceived ability to act in situations of abuse in health care: Reports of a Swedish pre-post study ethics in clinical practice. *BMC Med Ethics.* 2015;16(35).
23. Brüggemann J, Forsberg C, Thornberg R. Re-negotiating agency - Patients using comics to reflect upon acting in situations of abuse in health care. *BMC Health Serv Res.* 2019;19.
24. Quéré L. Luttés féministes autour du consentement. *Nouv Quest Fem.* 2016;Vol. 35(1):32-47.
25. Green MJ, Myers KR. Graphic medicine: use of comics in medical education and patient care. *BMJ.* 2010;340.
26. Swahnberg K, Zbikowski A, Wijewardena K, Josephson A, Khadka P, Jeyakumaran D, et al. Can Forum Play Contribute to Counteracting Abuse in Health Care? A Pilot Intervention Study in Sri Lanka. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16:1616.
27. Zbikowski A, Zeiler K, Swahnberg K. Forum Play as a method for learning ethical practice: A qualitative study among Swedish health-care staff. *Clin Ethics.* 2016;11(1):9-18.
28. M.Letellier. La SODEV en stage de premier niveau : étude qualitative avec retour d'expérience auprès des MSU et des internes. Thèse de médecine, Rouen : Université Rouen Normandie ; 2020.
29. Aleem Qureshi A, Zehra T. Simulated patient's feedback to improve communication skills of clerkship students. 2020;1(15).
30. Kruse A, Klaus-Peter Heil H, Strub N, Fabry G, Silbernagel, W, Vach, K, et al. Working experience is not a predictor of good communication: results from a controlled trial with simulated patients. *Eur J Dent Educ.* 2020;24(2):177-185.
31. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57

ANNEXE 1 - ENGAGEMENT CNIL

CNIL

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

Cadre réservé à la CNIL

N° d'enregistrement :

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : METRAL Camille	Sigle (facultatif) :
Service :	N° SIRET :
Adresse : 31 CHEMIN DES JUSTICES	Code APE :
Code postal : 17400 Ville : SAINT JEAN D'Y	Téléphone : 0665145073
Adresse électronique : CAMILLE.METRAL@LIVE.COM	Fax :

2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

N° de référence

MR-3 Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

3 Personne à contacter

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Votre nom (prénom) : METRAL Camille	
Service :	
Adresse : 31 CHEMIN DES JUSTICES	
Code postal : 17400 - Ville : SAINT JEAN D'Y	Téléphone : 0665145073
Adresse électronique : CAMILLE.METRAL@LIVE.COM	Fax :
Raison sociale :	N° SIRET :
Sigle (facultatif) :	Code NAF :
Adresse :	
Code postal : Ville :	Téléphone :
Adresse électronique :	Fax :

4 Signature

Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences du Règlement Général sur la Protection des Données et la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Personne responsable de l'organisme déclarant.

Nom et prénom : METRAL Camille

Fonction : Médecin, Praticien

Adresse électronique : CAMILLE.METRAL@LIVE.COM



Date le : 04.09.2020

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL: 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

Exemplaire à conserver - ne pas envoyer

ANNEXE 2 - AVIS DU COMITÉ D'ÉTHIQUE



Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux
GROUPE PUBLICATION

Bordeaux, le 09/10/2020,

Pr Marie - Claude Saux
Coordinatrice

Dr Thibaud Haaser
Coordinateur Adjoint

Dr Véronique Avérous
*Présidente du Comité d'Éthique du
CHU de Bordeaux*

Courriel :
Publication.comité.ethique@chu-bordeaux.fr

Madame, Monsieur

Le groupe publication du comité d'éthique du CHU de Bordeaux a pu procéder à l'analyse du projet de recherche : « maltraitance ordinaire en gynécologie : étude qualitative avec mise en miroir des perceptions entre soignants et non soignant », sous la direction du Dr Stéphane Fraize.

L'analyse conclut à une catégorisation de cette recherche en dehors du spectre des recherches impliquant la personne humaine, c'est-à-dire en dehors de la loi Jardé » en raison de la nature des connaissances générées.

Sur le plan éthique, il nous semblerait intéressant que la note d'information puisse un peu mieux expliquer le contexte en mentionnant notamment l'évaluation de situations en contexte de consultation de gynécologie médicale. Si nous comprenons tout à fait que pour des raisons méthodologiques, le propos doit rester neutre afin de ne pas provoquer de biais, il semble tout de même nécessaire d'informer des patients quant à la nature des situations médicales et le recours à des dessins pouvant être dérangeants dans une certaine mesure. Sur le plan de la gestion des données, ce type d'étude ne nécessite pas nécessairement un engagement à la MR 003 qui s'applique plutôt pour les recherches impliquant la personne humaine de catégorie 3.

Par ailleurs, la discussion a pu se centrer sur certains éléments de méthodologie que le groupe publication vous transmet à titre de remarques :

- Toute une littérature en sciences humaines et sociale existe autour de ce sujet notamment autour de la revue *Maturitas* avec de nombreuses références en langues anglo-saxonne.
- la référence bibliographique mentionnée pour appuyer le recours à des images au cours de l'entretien s'appuie sur une expérience en milieu de

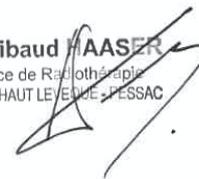
- soins et d'éducation thérapeutique ; là aussi une littérature de nature psychologique pourrait aider avec de nombreuses références sur l'utilisation des supports pour évaluer la représentation des patients ;
- Les modalités de recrutement des personnes non-soignantes peut aussi poser problème avec un certain degré de faiblesse des critères de recrutement ; peut-être serait-il nécessaire de mieux les clarifier et de les homogénéiser ;
 - Il serait aussi intéressant de mieux préciser le travail de conception des différentes vignettes ;
 - pour tout cela, les chercheurs s'ils le souhaitent, peuvent se rapprocher du GIRC SOHO ou encore de l'URISH.

Cet avis a priori du travail de recherche ne se substitue pas à un avis éthique en vue d'une publication. Si les chercheurs désiraient publier ce travail , nous vous invitons à revenir vers nous en cas de besoin d'un avis éthique à la demande des éditeurs.

Nous nous tenons à votre disposition pour de plus amples informations, et vous prions de croire, Madame, Monsieur, en nos sincères salutations.

Pour le Groupe Publication du Comité d'Éthique du
Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

Dr Thibaud HAASER
Service de Rééducation
HOPITAL HAUT LEVEQUE - PESSAC



ANNEXE 3 - COMITÉ DE PILOTAGE

1. MEMBRES DU COMITE

- Mathilde BARTRINA – sage-femme à exercice hospitalier
- Stéphane FRAIZE – médecin généraliste, directeur de thèse
- Anaïs GUILLOIS – psychologue et autrice du mémoire « Impact des violences obstétricales perçues dans l’expérience de l’accouchement dans la survenue d’un état de stress post-traumatique : étude exploratoire »
- Grégory PONS – metteur en scène et anciennement comédien dans le cadre d’ateliers de simulation de consultations médicales auprès des étudiants de 2e cycle médical à la faculté de médecine de Nantes.
- Lucile QUÉRÉ – doctorante en sociologie, autrice de “ Les formes ordinaires du consentement. Consciences du droit dans la consultation gynécologique ”, Droit et société, n°102, 2019.
- Laurent RAGUÉNÈS – gynécologue-obstétricien libéral.
- Marie RIMBAULT-JOFFARD – usagère du système de soin, fondatrice du projet Gynove®.

NDLR : Dans un souci de préserver la confidentialité des participations individuelles, l’intégralité des contributions des membres du comité fait l’objet d’une annexe à part, à seule destination du jury de thèse.

2. PRESENTATION DES ETAPES DE TRAVAIL AU COMITE

Bonjour,

Nous sommes Fanny Jolin et Camille Metral, internes de médecine générale et en cours de projet de thèse afin de clôturer nos -longues- études. Avant tout, un grand merci d’avoir accepté de participer à notre projet !

Ce projet porte sur les situations de maltraitance ordinaire en gynécologie et la perception qu’en ont les soignants et les non-soignants. Notre postulat de départ, appuyé par moult témoignages, expériences et rapports de divers organismes, est que la maltraitance ordinaire dans le soin gynécologique est bien présente. Notre hypothèse, qu’elle est la plupart du temps non intentionnelle, et non reconnue par le soignant (dans ce cas médecin généraliste, gynécologue-obstétricien, ou sage-femme). Autrement dit, qu’un soignant peut être bienveillant tout en étant maltraitant. Si cette hypothèse est confirmée par notre étude, ce serait un pas de plus vers une prise de conscience de la part des différents acteurs de cette

relation, et peut-être l'amélioration de la prise en soin (par le biais par exemple de la formation et sensibilisation des soignants).

Nous chercherons également, en objectifs secondaires de l'étude, si des facteurs autres que l'appartenance à l'un ou l'autre de ces deux groupes peuvent impacter les vécus, les perceptions de ces situations (niveau socio-économique, vécu personnel de ces situations, âge ou genre...).

Notre étude sera basée sur des entretiens individuels réalisés avec d'une part des soignants en gynécologie (tiré au sort sur l'annuaire puis contactés en recherchant la diversité maximale des profils, en termes de modalités d'exercice, d'âge, etc) et de l'autre de non-soignants, hommes ou femmes, recrutés aléatoirement dans divers lieux de vie (sortie de supermarché, bibliothèques, parcs...) afin ici aussi d'avoir une diversité de profils. Pour l'entretien, des situations de maltraitance ordinaire leur seront présentées sous forme de vignette de bande-dessinée, accompagnées de questions ouvertes.

Afin de limiter au maximum l'influence de notre statut et de nos positions personnelles à l'égard du sujet d'étude, nous nous présenterons aux non-soignants interrogés comme « chercheuses dans le domaine de la santé » et non comme médecins (Chose malheureusement impossible à faire lors de l'interrogation des soignants). De plus, les mots « maltraitance » ou « violence » ne seront jamais prononcés.

Afin également d'avoir une étude de qualité en termes de méthodologie, nous avons décidé de mettre en place un comité de pilotage avec d'assurer un certain consensus dans le choix des situations présentées. Dans ce cadre, nous avons réuni pour réaliser ce travail avec nous :

- Mathilde BARTRINA – sage-femme à exercice hospitalier
- Stéphane FRAIZE – médecin généraliste, directeur de thèse
- Anaïs GUILLOIS – psychologue et autrice du mémoire « Impact des violences obstétricales perçues dans l'expérience de l'accouchement dans la survenue d'un état de stress post-traumatique : étude exploratoire »
- Grégory PONS – metteur en scène et anciennement comédien dans le cadre d'ateliers de simulation de consultations médicales auprès des étudiants de 2e cycle médical à la faculté de médecine de Nantes.
- Lucile QUÉRÉ – *doctorante en sociologie, autrice de " Les formes ordinaires du consentement. Consciences du droit dans la consultation gynécologique ", Droit et société, n°102, 2019.*
- Laurent RAGUÉNÈS – gynécologue-obstétricien libéral.
- Marie RIMBAULT-JOFFARD – usagère du système de soin, fondatrice du projet Gynove.

Concrètement, voici **les étapes** pour lesquelles nous aurons besoin de votre participation :

1 - Donner votre avis (accord, désaccord, ses raisons, modifications éventuelles) vis-à-vis des situations de maltraitance présélectionnées (basées sur les documents cités en annexes).

Pour cela, est joint un document Word à remplir et à nous renvoyer **avant le 13.07.2020 si possible !**

Nous proposons de récolter vos avis de manière individuelle dans un premier temps, afin d'éviter de vous influencer les uns les autres ;)

2 – Éventuellement trouver un consensus sur les situations à l'origine de désaccords. Pour cela, nous utiliserons l'éditeur de texte collaboratif Framapad (équivalent GoogleDocs) pour présenter les avis de chacun pour les différentes situations, et que nous puissions ensuite interagir directement les uns avec les autres et établir des scénarios définitifs.

3 - Une fois leur élaboration (par une artiste et amie Chloé Minssieux), donner votre avis sur les vignettes de bande-dessinée (accord, désaccord, ses raisons, modifications éventuelles).

4 - En dernière étape, nous donner votre avis sur les questions d'entretiens qui seront associées aux vignettes et viseront la neutralité maximum.

3. ETAPES 1 ET 2 : RECUEILS DES AVIS SUR LES SCENARIOS ET RECHERCHE DE CONSENSUS

Certaines situations n'ont pas fait consensus. Les commentaires des un·es et des autres ont été retranscrits. Donnez-nous encore une fois votre avis là où vous n'êtes pas d'accord. Tous les participant·es peuvent interagir sur le même document !

Merci d'interagir au fur et à mesure en bas de page sous le *Et maintenant*, sans effacer ce qui a été écrit auparavant, pour que la conversation garde tout son sens.

Thème numéro 1 : Non prise en compte de la gêne de la patiente, lié au caractère intime de la consultation. Non-respect de l'intimité

Patiente intégralement nue en position gynécologique (pieds dans les étriers), médecin sur son tabouret qui répond au téléphone (motif a priori non urgent) "oui Mme Machin, on peut décaler votre rendez-vous à la semaine prochaine".

OU

Patiente debout en train d'enlever sa culotte. Elle porte son t-shirt et ses chaussettes. Son pantalon est par terre, sur ses chaussures.

Le médecin, assis derrière son bureau, bras tendu désignant une chaise. « Enlevez le haut également s'il vous plaît. Vous pouvez poser vos affaires sur cette chaise. »

Il n'y a pas de paravent dans la salle de consultation.

Vos avis : [NDLR: Avis individuels recueillis lors de l'étape 1. Section confidentielle]

Et maintenant : (écrivez par ici) --> [NDLR: section confidentielle]

Thème numéro 2 : Propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le désir ou non d'avoir un enfant, le poids qui renvoient à des injonctions sexistes. Paroles déplacées, jugements de valeur, discrimination

Un couple hétérosexuel, assis en face du médecin. La dame et son compagnon sont obèses. Le/la médecin s'adresse à l'homme en fixant son écran d'ordinateur, tout en tapant sur le clavier. « C'est bien que vous soyez venu monsieur. J'ai déjà dit à votre femme qu'à son

âge, si elle veut des enfants, il serait temps... D'autant plus qu'il faudra compter le temps de faire un régime avant la grossesse ».

OU

Une femme qui demande une ligature des trompes.

« Ah non, vous êtes trop jeune pour ça. On en reparle pour vos quarante ans ! Et votre conjoint, il est d'accord ? »

OU

Médecin assis face à la patiente : « Vous avez 25 ans et c'est déjà votre troisième ? Il va peut-être falloir envisager l'implant, non ? »

Vos avis : [NDLR: Avis individuels recueillis lors de l'étape 1. Section confidentielle]

Et maintenant : (écrivez par ici) --> [NDLR: section confidentielle]

Thème numéro 3 : Actes (intervention médicale, prescription etc) exercés sans recueillir / contre le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente

Patiente qui se fait examiner. Lors de la pose du speculum, s'écrit "Aïe, ça fait mal". Le/La médecin continue l'examen et dit « C'est parce que vous êtes trop tendue, décontractez-vous donc ! »

Vos avis : [NDLR: Avis individuels recueillis lors de l'étape 1. Section confidentielle]

Et maintenant : (écrivez par ici) --> [NDLR: section confidentielle]

Thème numéro 4 : Actes ou refus d'acte non justifiés médicalement / atteintes psychologiques

Patiente assise en face de la gynécologue.

La médecin : « Le frottis c'est important. Désolée, mais si vous refusez le frottis, je ne vais pas pouvoir vous prescrire la pilule ».

Vos avis : [NDLR: Avis individuels recueillis lors de l'étape 1. Section confidentielle]

Et maintenant : (écrivez par ici) --> [NDLR: section confidentielle]

Thème numéro 5 : Manque d'écoute et de communication

Consultation pour prise en charge de l'infertilité.

- Alors, est-ce que vous avez arrêté de fumer comme je vous l'avais dit ?
- Non, mais je...
- Ah! Tant que vous n'arrêtez pas de fumer, ça ne sert vraiment à rien de venir ici. Il faut savoir ce qu'on veut !

Vos avis : [NDLR: Avis individuels recueillis lors de l'étape 1. Section confidentielle]

Et maintenant : (écrivez par ici) --> [NDLR: section confidentielle]

4. ETAPE 3 : CONSIGNES A LA DESSINATRICE

NB : Consignes à la dessinatrice basées sur les situations définies par le comité de pilotage.

Thème numéro 1 : Non prise en compte de la gêne de la patiente, lié au caractère intime de la consultation / Non-respect de l'intimité

Titre de la vignette : "Avant l'examen gynécologique"

Patiente debout en train de retirer sa culotte, dos au médecin. Elle porte son t-shirt et ses chaussettes. Son pantalon est par terre, sur ses chaussures. Le médecin, assis derrière son bureau, regarde discrètement sa montre et dit "Je vous laisserai aussi enlever le haut s'il vous plaît. Vous pouvez poser vos affaires sur cette chaise.»

Proposition de scénographie : Patiente au centre d'une pièce assez grande et dénudée, avec la chaise au centre, et le médecin avec un visage androgyne/non genré, derrière un bureau. Attitude de la patiente qui évoque la gêne, sans être caricaturale.

Thème numéro 2 : Propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le désir ou non d'avoir un enfant, le poids qui renvoient à des injonctions sexistes / Paroles déplacées, jugements de valeur, discrimination

Médecin assis face à la patiente : « Ça vous fait combien d'enfants déjà ? Il va peut-être falloir envisager l'implant, non ? »

Proposition de scénographie : Vue du dos de la patiente (arrière de sa tête? Dos? + Patiente obèse?), le visage du médecin (androgyne) est le seul visage visible de la vignette.

Thème numéro 3 : Actes (intervention médicale, prescription etc) exercés sans recueillir / contre le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente

Titre en haut de la vignette : "Pendant l'examen gynécologique"

Patiente de 70 ans environ qui se fait examiner. Lors de la pose du spéculum, s'écrit "Aïe, ça fait mal". Le/La médecin continue l'examen et dit "C'est parce que vous êtes trop tendue, décontractez-vous donc !".

Proposition de scénographie : vue de profil, médecin entre les jambes de la dame, qui a les jambes dans les étriers (elle porte un haut). Pas grave si le spéculum ne se voit pas précisément.

Porte du cabinet en arrière-plan de la table d'examen ?

Thème numéro 4 : Actes ou refus d'acte non justifiés médicalement / atteintes psychologiques

Patiente assise en face de la gynécologue. Le/la médecin : "Le frottis c'est peut-être pas très agréable mais c'est pour votre bien. Excusez-moi, mais si vous refusez le frottis, je ne vais pas pouvoir vous prescrire la pilule ».

Proposition de scénographie : Médecin à son bureau, visage androgyne, penché en avant, l'air impliqué. Patiente visible.

Thème numéro 5 : Manque d'écoute et de communication

Titre : Consultation pour des difficultés à faire un enfant/ tomber enceinte

- Alors, est-ce que vous avez arrêté de fumer comme je vous l'avais dit ?

- Non... mais j'essaye... mais c'est compliqué vous savez...

- Ah ! Mais tant que vous n'arrêtez pas de fumer, ça ne sert vraiment à rien de venir ici. Il faut savoir ce qu'on veut !

Proposition de scénographie : médecin au visage androgyne qui paraît un peu "blasé", bras croisés (assis au fond de son fauteuil? Adossé au mur ?).

Recommandations générales

- 1 vignette par situation
- Visage androgyne pour le soignant et pas de distinction de profession (gynécologue, médecin traitant, sage-femme)
- Le soignant porte parfois une blouse parfois non
- Décors succinct
- Expressions du visage modérées ou absentes de façon à induire le moins de biais possibles chez les interviewés.
- Couleur ou noir/blanc au choix : objectif neutralité.

5. ETAPE 4 : RECUEIL DES AVIS SUR LES VIGNETTES ET LE GUIDE D'ENTRETIEN, RECHERCHE DE CONSENSUS

Partie 1 : Avis sur les vignettes proposées et retouches éventuelles

NDLR: les premières versions des vignettes ne sont pas publiées dans cette thèse en raison du respect des droits d'auteur.

Grâce à l'excellent travail de **Chloé Minssieux**, qui a suivi le vôtre, nous avons maintenant des vignettes illustrant les situations telles que nous les avons élaborées ensemble. Le script de la situation 5 a légèrement évolué au cours du processus de dessin, les modifications seront précisées ci-dessous. Nous souhaitons avoir votre avis sur les dessins. Merci de préciser s'il vous semble qu'ils ne correspondent pas pour vous à une situation de maltraitance ordinaire faisant consensus, telles qu'elles avaient été décidées lors des premières étapes.

Les dessins correspondent-ils d'après vous à des situations de maltraitance ordinaire telles que nous en avons convenu ? Si non, quelles modifications jugeriez-vous nécessaire ?

Comme pour les étapes précédentes, vous avez un espace sous chaque thème/vignette pour donner votre avis.

Vignette 1 : Non prise en compte de la gêne de la patiente, lié au caractère intime de la consultation / Non-respect de l'intimité : le déshabillage

Vos avis : [NDLR: section confidentielle]

Vignette 2 : Propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le désir ou non d'avoir un enfant, le poids qui renvoie à des injonctions sexistes / Paroles déplacées, jugements de valeur, discrimination : implant et enfants

Vos avis : [NDLR: section confidentielle]

Vignette 3 : Actes (intervention médicale, prescription etc) exercés sans recueillir/contre le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente : la douleur

Vos avis : [NDLR: section confidentielle]

Vignette 4 : Actes ou refus d'acte non justifiés médicalement : frottis et pilule

Vos avis : [NDLR: section confidentielle]

Vignette 5 : Manque d'écoute et de communication : le tabac

Vos avis : [NDLR: section confidentielle]

Remarques générales

Vos avis : [NDLR: section confidentielle]

Partie 2 : Avis sur le canevas d'entretien

Pour viser la neutralité, plusieurs mesures seront prises lors du recrutement et de la réalisation des entretiens : Les sondés non-soignants ne connaîtront pas initialement notre statut de médecin, nous nous présenterons comme "chercheuses en santé". Dans les deux groupes, l'étude sera présentée comme s'intéressant à la "perception de situations médicales ordinaires" des sondés.

Nous cherchons donc également à accompagner les dessins de questions adaptées en ce sens. Lors de la présentation des vignettes, une même question principale accompagnera chaque dessin. Une ou plusieurs questions de relance seront prévues, en cas de réponse insuffisante/non pertinente.

D'après vous, les questions proposées sont-elles adaptées en vue de l'obtention de réponses pertinentes à propos de la perception des sondés ? Sont-elles neutres ? Si non, quelles questions proposeriez-vous ?

1. Question principale (posée systématiquement à chaque vignette) :

- Que pensez-vous de cette situation ?
OU autre ?

Vos avis : [NDLR: section confidentielle]

2. Relances (utilisées si besoin lors de l'entretien) :

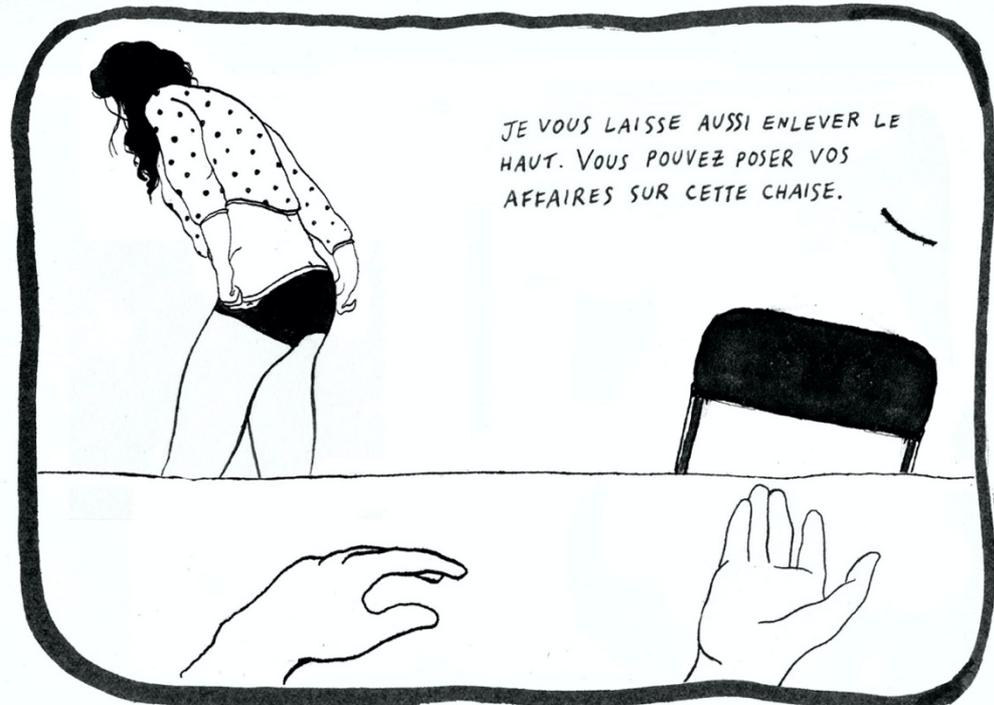
- D'après vous, que peuvent ressentir les 2 personnages ?
ET/OU
- Comment la situation aurait-elle pu être différente ?
ET/OU
- Pouvez-vous me décrire ce qui pourrait se passer ensuite ?
ET autres ?

Vos avis : [NDLR: section confidentielle]

ANNEXE 4 - VIGNETTES DE BANDES-DESSINÉES

Vignette n°1

Avant l'examen gynécologique



Chloé Minssieux, 2020

Copyright : Licence Art Libre, www.artlibre.org

Vignette n°2

Pendant l'examen gynécologique



Chloé Minssieux, 2020

Copyright : Licence Art Libre, www.artlibre.org

Vignette n°3



Chloé Minssieux, 2020

Copyright : Licence Art Libre, www.artlibre.org

Vignette n°4



Chloé Minssieux, 2020

Copyright : Licence Art Libre, www.artlibre.org

Consultation pour des difficultés à faire un enfant



Chloé Minssieux, 2020

Copyright : Licence Art Libre, www.artlibre.org

ANNEXE 5 - SCRIPT DE PRÉSENTATION AUPRÈS DES SOIGNANT·ES

1) Présentation téléphonique

"Bonjour,

Je suis Fanny Jolin/Camille Metral, interne de médecine générale. Je réalise en binôme une thèse sur la perception de situations médicales du quotidien, plus précisément en gynécologie.

- Si interruption/questions ; « Je ne peux malheureusement pas vous en dire plus maintenant, au risque de biaiser l'étude. Je serais néanmoins ravie de pouvoir répondre à vos questions en fin d'étude ».

Nous sommes donc à la recherche de médecins généralistes/sages-femmes/gynécologues-obstétriciens acceptant de réaliser un entretien, d'une durée d'une demi-heure environ avec l'une de nous. Cet entretien sera enregistré par dictaphone, et toutes les données seront anonymisées par la suite. Afin d'avoir les profils les plus divers, nous avons sélectionné des soignants dans l'annuaire et serions ravies de pouvoir vous solliciter.

Seriez-vous d'accord pour participer ? Quand et où pouvons-nous nous retrouver pour réaliser l'entretien ?

Je vous envoie par mail le formulaire d'information avec la date convenue de notre rencontre."

2) Présentation par mail

"Bonjour,

Avant tout, merci d'avoir accepté de participer à notre thèse portant sur la perception de la population générale et des professionnels de santé de situations médicales du quotidien en gynécologie.

Comme convenu, nous nous retrouverons le à pour la réalisation de l'entretien.

En pièce jointe, vous trouverez un formulaire d'information détaillant l'organisation de cette étude. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous les faire parvenir par mail ou le jour de notre rencontre !

Bonne journée et à bientôt,

Fanny Jolin et Camille Metral

ANNEXE 6 - SCRIPT DE PRÉSENTATION AUPRÈS DES NON-SOIGNANT·ES

« Bonjour,

Dans le cadre d'une étude menée avec l'Université de Bordeaux, nous sommes deux chercheuses, et nous avons besoin de volontaires pour participer à des entretiens. L'étude porte sur votre perception, votre ressenti vis-à-vis de situations médicales du quotidien, en gynécologie.

- Si interruption/questions ; « Je ne peux malheureusement pas vous en dire plus maintenant, au risque d'interférer avec vos réponses dans le cadre de cette étude. Je serais néanmoins ravie de pouvoir répondre à vos questions en fin d'étude ».

Nous sommes donc à la recherche de personnes diverses et variées acceptant de réaliser un entretien, d'une durée d'une demi-heure environ, dans le lieu de leur choix. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, seul votre avis compte.

L'entretien sera enregistré par dictaphone. Toutes les données seront anonymisées par la suite et plus rien ne permettra de vous identifier.

Seriez-vous d'accord pour participer ? »

ANNEXE 7 - FORMULAIRE D'INFORMATION



Vous êtes invité·e à participer à un projet de recherche. Ce document vous explique le déroulement de cette étude. S'il vous reste des questions après la lecture de ce document, n'hésitez pas à les poser à l'enquêtrice qui vous l'a présenté.

Projet de recherche

Ce projet est mené par deux chercheuses, Fanny Jolin et Camille Metral, encadrées par Stéphane Fraize, en lien avec l'Université de Bordeaux. Il concerne la perception de la population générale et des professionnels de santé vis-à-vis de situations médicales du quotidien.

Comment s'organise le travail de recherche ?

Cette étude se base sur le recueil de témoignages individuels, réalisé par l'une des chercheuses, avec un enregistrement sonore par dictaphone. Ces témoignages sont ensuite retranscrits et analysés pour saisir votre perception des situations médicales présentées.

Si vous le souhaitez, les résultats de nos travaux pourront vous être communiqués.

Déroulement de l'entretien

L'entretien sera réalisé avec une seule des intervieweuses. Il aura la durée de votre choix et sera mené dans un lieu à votre convenance. Nous nous adapterons à vos disponibilités.

Les questions posées seront basées sur des vignettes de bandes-dessinées représentant différentes situations médicales, pour lesquelles nous voulons avoir votre avis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ni de réponses idéales. C'est votre ressenti qui nous intéresse. Vous êtes libres de ne pas répondre à une question si vous le souhaitez.

L'enregistrement audio sera détruit après la retranscription à l'écrit. Seuls des petits extraits, anonymes, seront amenés à être publiés.

Recueil de non-opposition à la participation

Nous avons besoin de recueillir votre accord à la participation à l'étude et à l'enregistrement des entretiens.

Vous êtes libre de quitter l'étude à tout moment, sans nécessité de vous justifier. Si vous veniez à vous retirer de l'étude, vous pouvez demander à ce que tous les documents vous concernant soient détruits.

N'hésitez pas à nous poser toutes les questions que vous souhaitez.

Fanny Jolin et Camille Metral

Pour nous contacter : etude_perception@protonmail.com

ANNEXE 8 - FICHE DE RECUEIL DE DONNÉES DES SOIGNANT·ES

QUESTIONNAIRE

POURQUOI REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ?

Ce questionnaire permet de mieux vous connaître.

Vos réponses sont strictement anonymes. Les chercheuses habilitées à y accéder vous garantissent leur utilisation uniquement dans le cadre de cette étude.

COMMENT REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ?

- Pour la plupart des questions, vous trouverez des cases. Pour répondre, il suffit de cocher ces cases.
 - Sauf indication contraire, vous ne devez cocher qu'une seule case, celle qui vous semble le mieux correspondre à votre situation.
- Il faut moins de 5 minutes pour compléter ce questionnaire. En cas de besoin, n'hésitez pas à demander l'aide de la chercheuse.
- Ce questionnaire et chacune des questions qu'il contient ont un caractère facultatif. Nous vous remercions de bien vouloir le remplir car vos réponses nous permettent d'enrichir les données de cette étude.

A QUI REMETTRE CE QUESTIONNAIRE ?

UNE FOIS REMPLI PAR VOS SOINS LE QUESTIONNAIRE EST REMIS EN MAINS PROPRES A LA CHERCHEUSE.

COMMENT PUIS-JE RECEVOIR LES RESULTATS DE L'ETUDE ?

Si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude, merci d'indiquer votre adresse mail ici :

.....@.....

1. **Vous êtes :** Madame Monsieur

2. **Date de Naissance (MM/AAAA) :** /

3. **Quelle est votre profession ?**

Sage-femme

Médecin généraliste

Gynécologue médical

Gynécologue-obstétricien.ne

4. **Votre première année d'installation :**

5. **Avez-vous effectué des formations complémentaires en lien avec la Santé de la Femme (DU, DIU, DPC, MOOC, autre...) ?**

Oui

Non

Si oui, la/lesquelle.s ?

.....
.....
.....

6. **Quel est(sont) votre(vos) mode(s) d'exercice ?**

Cabinet

Hôpital

Clinique

Structure médico-sociale, précisez :

.....

7. **Dans quel type de zone exercez-vous ?**

Rural

Semi-rural

Urbain

Mixte, précisez :

.....
.....

8. **Sur une échelle de 0 à 10, quelle est la part de pratique gynécologique dans votre activité (hors obstétrique) ?** 0 correspondant à l'absence d'activité gynécologique et 10 correspondant à une activité gynécologique exclusive.

.....

ANNEXE 9 - FICHE DE RECUEIL DE DONNÉES DES NON-SOIGNANT·ES

QUESTIONNAIRE

POURQUOI REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ?

Ce questionnaire permet de mieux vous connaître.

Vos réponses sont strictement anonymes. Les chercheuses habilitées à y accéder vous garantissent leur utilisation uniquement dans le cadre de cette étude.

COMMENT REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ?

- Pour la plupart des questions, vous trouverez des cases. Pour répondre, il suffit de cocher ces cases.
- Sauf indication contraire, vous ne devez cocher qu'une seule case, celle qui vous semble le mieux correspondre à votre situation.

Il faut moins de 5 minutes pour compléter ce questionnaire. En cas de besoin, n'hésitez pas à demander l'aide de la chercheuse.

Ce questionnaire et chacune des questions qu'il contient ont un caractère facultatif. Nous vous remercions de bien vouloir le remplir car vos réponses nous permettent d'enrichir les données de cette étude.

A QUI REMETTRE CE QUESTIONNAIRE ?

UNE FOIS REMPLI PAR VOS SOINS LE QUESTIONNAIRE EST REMIS EN MAINS PROPRES A LA CHERCHEUSE.

COMMENT PUIS-JE RECEVOIR LES RESULTATS DE L'ETUDE ?

Si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude, merci d'indiquer votre adresse mail ici :

.....@.....

QUESTIONNAIRE

9. Vous êtes : Madame Monsieur

10. Date de Naissance (MM/AAAA) : /

11. Quelle est votre expérience des études ?

- Ne sais pas lire ou écrire
- Sans diplôme
- Certificat d'études primaires seul
- BEPC, brevet des collèges
- CAP, BEP, certificat de fin d'apprentissage
- Baccalauréat enseignement général, professionnel, brevet de technicien
- Diplôme du 1^{er} cycle universitaire, DUT, BTS, DEUG
- Diplôme équivalent au moins au 2^e cycle universitaire (*Master, école d'ingénieur...*)

12. Quelle est votre activité principale ? Précisez si besoin.

- Travail :
- Études :
- Temps libre / activités personnelles :
- Vie familiale :
- Recherche d'emploi :
- Autre :

13. Votre santé perçue. Veuillez indiquer sur la ligne, par une croix ou un trait, votre état de santé tel que vous le ressentez :

État de santé État de santé
Très mauvais Excellent

14. Si vous êtes une femme :

Avez-vous un suivi sur le plan gynécologique ? Oui Non

• Si oui, par qui ? Un.e sage-femme Un.e médecin généraliste
 Un.e gynécologue

• Si oui, où ? Cabinet Centre de planification, planning familial
 Hôpital Clinique Autre :

• Si non, pourquoi ?
.....

DATE:

SIGNATURE :

Informatique et Libertés : Cette étude a fait l'objet des formalités administratives prescrites par la loi dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. En application de cette loi, vous avez le droit d'accéder aux informations contenues par les chercheuses. Vous avez également le droit d'exiger des chercheuses que ces informations soient rectifiées, complétées ou mises à jour. Enfin, vous pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement informatique de vos informations. Pour exercer vos droits, il suffit de vous rapprocher de la chercheuse qui vous a interrogé.e .

Hébergement de vos données : Vos données sont entendues ici comme étant l'ensemble des informations vous concernant, recueillies par les chercheuses et conservées sur support informatique. Vous êtes informé(e) que vos données sont hébergées par les chercheuses elles-mêmes. Cette étude a fait l'objet d'une validation auprès d'un comité d'éthique

ANNEXE 10 - CANEVAS D'ENTRETIEN

GUIDE D'ENTRETIEN

Maltraitance ordinaire en gynécologie : étude qualitative avec mise en miroir des perceptions entre soignants et non-soignants.

Faculté de médecine de Bordeaux. 2020.

Version initiale 1.1 07-2020

Version 1.2 20-09-2020

Version 1.3 26-09-2020

Version 1.4 02-10-2020

"Bonjour,

Je suis Fanny Jolin/Camille Metral, chercheuse en santé/interne de médecine générale. Nous nous rencontrons dans le cadre d'un travail de recherche que je mène avec Camille Metral/Fanny Jolin.

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude. En réalisant cette étude, nous nous intéressons à votre perception de situations médicales ordinaires. ~~Encore une fois~~, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. C'est votre ressenti qui nous intéresse. Vous êtes libre de mettre fin à l'entretien à tout moment ou de ne pas répondre à une question si vous le souhaitez, sans avoir à vous justifier.

L'entretien sera enregistré et anonyme. ~~Êtes vous d'accord ?~~

~~Il va se dérouler en 2 parties :~~

~~Une première où je vous présenterai différentes situations sous formes de vignettes de bande-dessiné, accompagnée de questions. Pour la deuxième, vous aurez un bref questionnaire à remplir sur vos données personnelles.~~

~~Je vais vous présenter différentes situations sous formes de vignettes de bandes-dessinées, accompagnée de questions. A la fin de l'entretien, je vous laisserai le soin de remplir un bref questionnaire sur vos données personnelles, qui seront ensuite anonymisées.~~

Si quelque chose vous gêne, à tout moment, n'hésitez pas à me le dire.

Avez vous des questions ?

Est-ce que je peux débiter l'enregistrement ?"

Questions principales pour chaque vignette :

- Que pensez vous de cette situation? / ~~Que vous évoque cette vignette?~~ / Est ce que ça vous provoque une émotion, un sentiment particulier ?

~~ou~~

~~Pouvez vous me décrire la prochaine vignette? La suite de la situation?~~

- Que ressentez vous face à ce dessin ?

Questions de relance pour chaque vignette :

~~D'après vous, qu'est ce que la patiente ressent?~~

~~Que pensez vous de l'attitude du soignant?~~

- D'après vous, que doivent ~~peuvent~~ ressentir les 2 personnages?

~~Comment la situation aurait être pu être différente?~~

~~Y aurait il eu une autre manière de faire possible? Ou - Est-ce-que la situation qui vous est présentée aurait pu se passer différemment ? Comment ?~~

~~Pouvez vous me décrire ce qui pourrait se passer ensuite ?~~ D'après vous, quelle pourrait-être la suite de l'histoire ?

- Quelle suite aimeriez vous donner à cette histoire ?

- Est ce que ça vous évoque autre chose ?

- D'après vous, comment/qu'est ce qui fait qu'on en est-on arrivés à cette situation ?

Questions principales après la présentation des 5 vignettes :

~~Avez vous déjà vu ou vécu une situation semblable à une de ces situations?~~ Avez-vous déjà vu ou vécu personnellement une situation qui vous fasse penser ce type de situations ?

- Avez-vous quelque chose à ajouter?

"Merci de votre participation!

Je vous rappelle que cet entretien sera anonymisé.

Pour nous assurer de rester fidèles à vos propos dans notre analyse, nous aimerions pouvoir vous recontacter avec nos résultats pour que vous nous confirmiez qu'ils correspondent bien à votre ressenti, votre avis. Êtes vous d'accord?"

Pour finir, je vais vous donner une feuille à remplir afin de mieux vous connaître."

Remise de la feuille de recueil des données personnelles.

Statut d'interne en médecine révélé aux participants du groupe des non-soignants.

ANNEXE 11 - LIVRE DE CODES

Code couleur

Les codes spécifiques des soignants

Les codes spécifiques des non-soignants

Contexte de l'étude

- Doutes sur l'entretien et les vignettes
- Impressions vis-à-vis de l'entretien
 - C'est difficile de verbaliser les émotions
 - Je suis gêné pour parler de ce sujet
 - Je n'ai pas l'habitude de parler de ce sujet
 - Je n'y connais rien
 - Je ne sais pas si ça doit se passer comme ça
 - Je n'arrive pas à me mettre à la place de la personne
 - Je ne comprends pas comment on a pu en arriver là
 - Stress de l'entretien

Perception des vignettes et analyse du phénomène

Perception cognitive

- Négative
 - L'attitude maltraitante
 - Communication violente
 - Brutalité, manque de tact et ne met pas la patiente à l'aise
 - Manque d'empathie et de bienveillance
 - Manque d'explications
 - Manque d'écoute et d'attention
 - Manque de respect
 - Un jargon technique
 - Médecin-robot
 - L'indifférence du soignant
 - Manque de prise en compte de la personne dans sa globalité
 - Non prise en compte de la pudeur-douleur
 - Non prise en compte des souhaits-choix-attentes
 - Pas de recherche du consentement
 - Présentation inadaptée du soignant
 - L'expression faciale négative
 - Un ton employé inadapté
 - Un soignant qui ne regarde pas dans les yeux
 - Une posture antipathique
 - Un soignant mal habillé
 - Rapport de domination – l'abus de pouvoir
 - L'humiliation, l'insulte, la déshumanisation

- Une attitude autoritaire
- La culpabilisation, le chantage, la menace, la sanction
- **Le manque ou le refus d'accompagnement : « c'est ça ou rien »**
- Un soignant moralisateur, jugeant, infantilisant
- L'irruption dans la vie personnelle
- Le voyeurisme, la possibilité de gestes sexualisés
- Une situation anormale
 - Archaïque
 - Grave
 - **Immorale**
 - Injuste
 - Maltraitante - violente
 - **Médicalement infondée**
 - Ridicule – idiote
- Neutre - C'est banal
- Positive - C'est un bon soignant
 - Le soignant a la bonne attitude
 - Le soignant a raison
 - Le soignant fait son travail

Perception émotionnelle

- L'aversion
- Le choc
- La colère, l'irritation
- L'indignation
- Le malaise
 - Dû au contexte maltraitant
 - Dû à l'attitude maltraitante
- Le mécontentement
- L'indifférence
- La surprise
- La tristesse

Analyse du phénomène

- Lors d'une reconnaissance sans équivoque de la maltraitance
 - Un phénomène jamais justifiable
 - Manque de professionnalisme
 - **Non justifiable par des facteurs externes au soignant (la démographie médicale, le manque de temps...)**
 - Non justifiable par des nécessités médicales
 - **Non justifiable par la fatigue du soignant**
 - Éléments d'explications - Maltraitant, mais...le soignant est un être humain
 - **Maltraitance malgré la bienveillance**
 - Maltraitant sans le savoir
 - **Maltraitant sans le vouloir**

- Ça peut arriver à tous les soignants
 - La maltraitance ponctuelle, une erreur humaine
 - Le jugement inhérent à la condition humaine
 - Ça peut arriver à tout type de soignant (âge, genre)
- Être en difficultés
 - Certaines patientes sont difficiles à prendre en charge
 - Entre le soignant et la patiente, des priorités qui divergent
 - Un sale boulot - le poids du médico-légal
 - Le transfert des émotions de la patiente sur le soignant
- Être face à ses émotions
 - Le contre-transfert - un soignant qui transfère ses émotions sur la patiente
 - Un soignant désespéré
 - Un soignant irrité, frustré
 - Un soignant mal à l'aise (devant la douleur, la nudité, des situations complexes, un cadre inadéquat)
- Remise en cause de sa propre perception
 - « Est-ce que j'interprète mal ? »
 - « Est-ce que c'est de l'humour ? »
 - Je ne suis pas médecin - non-légitimité pour critiquer
- Ambivalence ou non reconnaissance de la maltraitance
 - Attitude justifiable
 - La fin justifie les moyens
 - Le problème, c'est la patiente
 - La patiente doit obéir : c'est nécessaire
 - La patiente sait à quoi s'attendre
 - Le soignant ne peut pas se remettre en cause tout le temps
 - La patiente a une part de responsabilité (manque de volonté...)
 - C'est le ressenti subjectif de la patiente
 - Ça permet une optimisation du temps
 - C'est médicalement nécessaire
 - Le soignant aussi est maltraité
 - Minimisation – « maladresse » pas maltraitance

Mécanisme et enjeux autour des la MO

Facteurs de maltraitance

- Liés au soignant
 - L'incompétence
 - L'expérience à double tranchant
 - Les jeunes soignants
 - Les vieux soignants
 - L'impact de la spécialité
 - Sur l'intimité de la relation de soin et la connaissance du patient
 - Sur la disposition du cabinet
 - Sur la formation au respect de l'intimité
 - Sur la technicité de la prise en soin
 - Sur le caractère systématique de l'examen

- Sur le déroulé de la consultation
 - Sur le rapport au temps
 - Sur le spectre et l'approfondissement des connaissances (ciblés-générales)
 - La personnalité
 - La lassitude
 - Les raisons d'exercer ce métier
 - L'état d'esprit du soignant - la fatigue, la tristesse, les inquiétudes personnelles
 - Un soignant qui ne connaît pas la patiente
- Liés à la patiente
 - Des difficultés pour dire ce qui ne va pas
 - Un formatage par d'anciennes relations de soin
 - Un rapport compliqué à son propre corps
 - Chacun a son rapport à la douleur
 - Une crainte d'être sexualisée
 - La patiente pudique
 - La patiente âgée
- Lié au cadre
 - Absence d'espace dédié au déshabillage
 - Absence de choix du matériel
 - Locaux peu accueillants
 - Matériel inconfortable et inadapté
- Lié à la discipline de la gynécologie
 - Un suivi perçu comme important...
 - ...dans un contexte jamais anodin
 - Ni pour la patiente
 - Un examen désagréable et intrusif
 - Le malaise, inhérent à la consultation gynécologique
 - La peur de la blouse blanche, de l'examen et des résultats
 - Des situations de vie compliquées
 - Ni pour le soignant
 - Un examen intime et pourtant banalisé
 - Un examen nécessitant une expertise technique
 - Ni pour le rapport soignant-soigné
 - Difficultés dans le contexte de l'urgence
 - Impact du genre du soignant
 - Meilleure compréhension avec quelqu'un du même genre
 - Peut-être plus de gêne avec quelqu'un du genre opposé
 - Un rapport inégal de fait
- Liés au système de santé
 - La cadence médicale
 - La démographie médicale
 - Pas de possibilité de changer de soignant
 - Pas le choix du soignant
 - Une pénurie de soignants

- Modification des modalités d'exercice du médecin généraliste
 - La reproduction par les soignants d'une pratique ordinaire et banalisée
 - Les préoccupations médico-légales
 - Un système qui ne favorise pas l'autonomie du patient
 - Une maltraitance institutionnelle
 - Manque d'encadrement des jeunes soignants
 - Manque de moyens matériels et humains
 - Une médecine sur-technicisée
 - Amélioration technique mais dégradation humaine
 - Hyper médicalisation du corps
 - Une médecine business
 - Du patient au client – de la relation humaine à la relation rentable
 - Lien des soignants avec l'industrie pharmaceutique
 - Une organisation défaillante
- Liés à la pression sociétale
 - Le sexisme ordinaire
 - L'âgisme
 - Liés à la formation médicale - une formation inadéquate et insuffisante

Conséquences

- Impact sur l'individu
 - Impact psychologique
 - Éléments de dévalorisation
 - Perte de confiance en soi
 - Perte de motivation
 - Remise en question de choix personnels
 - Sentiment de culpabilité
 - Souffrance variable dans son intensité et sa persistance
 - Traumatisme – Sidération
 - Impact sur la santé physique
 - Grossesses non désirées
 - Maladies non dépistées
 - Non-observance thérapeutique
- Impact sur l'alliance thérapeutique
 - Contre-productif pour le soignant et la soignée
 - Obéissance contrainte de la patiente au corps médical - résignation
 - Perte de confiance dans le corps soignant
 - Perte de confiance dans le soignant
 - Peur, inquiétude de revenir
 - Rupture de soin ou changement de soignant par fatalité
 - Sentiment d'abandon
- Impact sur le soignant - une mauvaise e-réputation
- Aucun impact

Comment réduire la maltraitance et ses conséquences

- Il faut que ça évolue
 - Pour les soignant.es
 - Un soignant idéal
 - Un soignant compétent
 - Anticiper-préparer
 - Des techniques ou du matériel adaptés pour éviter des gestes douloureux
 - En parler entre pairs
 - Détourner l'attention lors de l'examen – l'hypnose conversationnelle
 - Proposer des positions différentes, bien installer la patiente
 - Suivre-connaître les recommandations médicales
 - Être polyvalent
 - Être sûr de soi
 - Un soignant qui accompagne
 - Aider
 - Conseiller sans imposer, proposer des solutions
 - Établir et maintenir un lien de confiance
 - Expliquer et Informer. Prévenir des gestes faits.
 - Prendre le temps, proposer de se revoir, mettre à l'aise, réaliser un examen progressif
 - Rassurer
 - Savoir orienter vers un autre soignant
 - Être délicat et empathique
 - Être tolérant
 - Un soignant qui remet la patiente au centre
 - Encourager et valoriser
 - Encourager l'autonomie de la patiente (aider les femmes à connaître leur corps, guider vers des sources d'informations fiables)
 - Faire équipe avec le patient
 - Intégrer une personne de confiance dans la prise en soin
 - Laisser le choix
 - Rechercher le consentement
 - Respecter le patient
 - Respecter la pudeur
 - Respecter la vie privée
 - S'adapter à chaque patiente
 - S'intéresser à la personne
 - Considérer la patiente dans sa globalité
 - Écouter
 - Prendre en compte l'avis, les attentes de la patiente
 - Prendre en compte la douleur de l'autre
 - Un soignant qui prend conscience et se remet en question
 - En ayant été témoin de MO
 - En ayant vécu personnellement un évènement de MO
 - Grâce à la formation à la bientraitance
 - Grâce au récit des patientes
- Pour les patientes – des stratégies d'auto-défense

- En réaction à la maltraitance
 - Changer de soignant
 - Éviter l'examen gynéco
 - Mentir au soignant
 - Poser des questions - affirmer ses connaissances
 - Revenir en consultation avec une personne de confiance
 - Rupture de soin
 - S'orienter vers des médecines alternatives
 - Se soigner soi-même
 - Verbaliser son mécontentement, son désaccord
- Devenir actrice - *l'empowerment*
 - Connaître ses droits pour les faire appliquer
 - Parler de maltraitance pour amener au changement
 - Se connaître soi-même (son corps, ce qui est bien pour elle)
 - Se rendre compte que ça peut se passer différemment
 - Être libre de décider pour soi-même
- Le cadre idéal
 - Avoir un espace pour le déshabillage
 - Pouvoir se couvrir avec un vêtement
 - Un cadre accueillant
 - Un espace pour poser ses vêtements
- Pour la pratique gynécologique, le système de santé et la société
 - Par l'évolution des mentalités (des patients et soignants)
 - Par la couverture médiatique et les réseaux sociaux
 - Par les institutions et la pression médico-légale
 - La loi
 - Droits des femmes - patientes
 - Évolution des textes de loi
 - Par la crainte des plaintes - la pression médico-légale
 - Le Conseil de l'Ordre

Les vignettes - outil de réflexion sur la maltraitance

Améliorer les vignettes

- C'est trop caricatural - situations qui ne se passent pas
- Ne pas représenter que des jeunes soignants
- Ne pas représenter que des patientes consultant seules
- Ne pas représenter que des soignants homme

Outil de réflexion

- Expérience personnelle
 - J'ai connu, vu, été auteur des situations de maltraitance
 - Ça m'est déjà arrivé d'être maltraité.e

- Ça m'est déjà arrivé d'être témoin
 - Ça m'est déjà arrivé ou peut m'arriver d'être maltraitant.e
 - Je fais confiance aux soignants
 - Ma consultation ne se passe pas comme ça
 - Soignants - je ne suis jamais maltraitant - c'était avant

- (In)existence perçue de la maltraitance
 - Je doute que ça arrive vraiment - encore
 - Je suis sûre - je sais que ça arrive
 - Ça n'arrive pas – plus

- Porte ouverte à la réflexion
 - Prise de conscience = je ne suis pas la seule
 - Ça me fait penser à une patiente...
 - Ça me fait réfléchir
 - C'est la première fois que je me pose cette question
 - Ça fait longtemps que je n'y ai pas réfléchi

- Porte ouverte aux possibilités de réaction : Je serai plus vigilante lors de mes prochaines consultations

- Un outil ludique

Croyances et connaissances

- Difficile d'arrêter de fumer
- L'implant - la contraception la plus efficace
- La mode du sans-hormones
- Le tabac, c'est nocif
- Le frottis n'est pas douloureux, personne ne le refuse

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : La maltraitance médicale ordinaire (MO) est « l'ensemble des violences, abus ou négligences commis par les professionnels envers les usagers », de façon « quotidienne et banalisée ». Médiatisée, elle est peu explorée, notamment dans le domaine gynécologique.

OBJECTIF : L'objectif principal était d'explorer et de mettre en miroir la perception de situations de maltraitance ordinaire chez les soignants et les non-soignants. L'objectif secondaire était d'évaluer dans quelle mesure le vécu des individus non-soignants pouvait impacter leur perception des situations. Parmi les soignants, l'impact de leur spécialité médicale sur leur perception était également exploré.

MATERIEL ET METHODES : Étude qualitative, par théorisation ancrée, basée sur 32 entretiens individuels semi-dirigés, élaborés autour de 5 vignettes de bandes-dessinées.

RESULTATS : Les mécanismes et enjeux généraux de la MO étaient décrits de façon comparable dans les 2 groupes principaux. La plupart des situations de MO étaient reconnues et critiquées dans les 2 groupes, tant sur le plan émotionnel que cognitif. Les soignants, plus spécifiquement, présentaient des justifications et explications à cette MO. La plupart en niaient l'existence au sein de leur propre pratique, et doutaient de son existence réelle. Chez les non-soignants, les pistes d'amélioration centrées sur la patiente et sa prise d'autonomie étaient nombreuses. Le vécu personnel d'une situation de MO chez les non-soignants et l'exercice de la profession de sage-femme induisaient une identification plus nette du caractère maltraitant des situations présentées.

CONCLUSION : Chez les soignants, la reconnaissance de la MO au sein d'une situation fictive coexiste avec une non-reconnaissance dans leur propre pratique. Les vignettes de bandes-dessinées, outil utile et ludique, pourraient intervenir en première étape dans la prise de conscience du phénomène chez les soignants. Elles semblent également utiles aux non-soignantes dans un objectif de prise d'autonomie.

MOTS-CLES MESH : éthique clinique, droits des patients, personnel de santé, profession de sage-femme, gynécologie, médecine générale, relations médecin-patient, bande dessinée.

ABSTRACT

Patient abuse during gynecological follow-up: a qualitative study mirroring healthcare professionals and non-healthcare professionals' perceptions

BACKGROUND: Abuse in Health Care (AHC) is defined as "all violence, abuse or neglect committed by professionals towards users", in a "daily and trivialized" way. Publicized, it is largely unexplored especially in the gynecological field.

AIMS AND OBJECTIVES: The main objective was to explore and mirror gynecological staff and non-caregivers' perceptions of AHC. The secondary objective was to assess how personal experiences of non-caregivers could impact their perception of AHC situations. Medical specialty's influence on staff perception was also explored.

METHODS: Qualitative study, using a grounded theory approach, based on 32 semi-structured individual interviews, developed around 5 comic strips.

RESULTS: General mechanisms and implications of AHC were described in a comparable way in the 2 main groups. Most AHC situations were recognized and criticized in both groups, both on emotional and cognitive aspects. More specifically, medical staff justified and presented explanations for AHC. Most healthcare professionals denied its existence within their own practice and doubted its real existence. Among non-caregivers, many areas of improvement were described focusing on the patient and her empowerment. Personal experience of AHC among non-caregivers, and midwife practice led to a clearer identification of the abusive nature of the submitted situations.

CONCLUSION: Among caregivers, recognition of AHC in a fictitious situation coexists with non-recognition in own practice. As a useful and playful tool, comics could intervene as a first step in raising awareness of the phenomenon among healthcare professionals. They also seem useful to non-caregivers in order to gain autonomy.

MESH-TERMS: Clinical ethics, patient rights, health personnel, midwifery, gynecology, general practice, physician-patient relations, comics.

RESUME : Maltraitance ordinaire en gynécologie : étude qualitative avec mise en miroir des perceptions de soignant.es et de non-soignant.es

INTRODUCTION : La maltraitance médicale ordinaire (MO) est « l'ensemble des violences, abus ou négligences commis par les professionnels envers les usagers », de façon « quotidienne et banalisée ». Médiatisée, elle est peu explorée, notamment dans le domaine gynécologique. **OBJECTIF :** L'objectif principal était d'explorer et de mettre en miroir la perception de situations de maltraitance ordinaire chez les soignants et les non-soignants. L'objectif secondaire était d'évaluer dans quelle mesure le vécu des individus non-soignants pouvait impacter leur perception des situations. Parmi les soignants, l'impact de leur spécialité médicale sur leur perception était également exploré. **MATERIEL ET METHODES :** Étude qualitative, par théorisation ancrée, basée sur 32 entretiens individuels semi-dirigés, élaborés autour de 5 vignettes de bandes-dessinées. **RESULTATS :** Les mécanismes et enjeux généraux de la MO étaient décrits de façon comparable dans les 2 groupes principaux. La plupart des situations de MO étaient reconnues et critiquées dans les 2 groupes, tant sur le plan émotionnel que cognitif. Les soignants, plus spécifiquement, présentaient des justifications et explications à cette MO. La plupart en niaient l'existence au sein de leur propre pratique, et doutaient de son existence réelle. Chez les non-soignants, les pistes d'amélioration centrées sur la patiente et sa prise d'autonomie étaient nombreuses. Le vécu personnel d'une situation de MO chez les non-soignants et l'exercice de la profession de sage-femme induisaient une identification plus nette du caractère maltraitant des situations présentées. **CONCLUSION :** Chez les soignants, la reconnaissance de la MO au sein d'une situation fictive coexiste avec une non-reconnaissance dans leur propre pratique. Les vignettes de bandes-dessinées, outil utile et ludique, pourraient intervenir en première étape dans la prise de conscience du phénomène chez les soignants. Elles semblent également utiles aux non-soignantes dans un objectif de prise d'autonomie.

ABSTRACT: Patient abuse during gynecological follow-up: a qualitative study mirroring healthcare professionals and non-healthcare professionals' perceptions

BACKGROUND: Abuse in Health Care (AHC) is defined as "all violence, abuse or neglect committed by professionals towards users", in a "daily and trivialized" way. Publicized, it is largely unexplored especially in the gynecological field. **OBJECTIVES:** The main objective was to explore and mirror gynecological staff and non-caregivers' perceptions of AHC. The secondary objective was to assess how personal experiences of non-caregivers could impact their perception of AHC situations. Medical specialty's influence on staff perception was also explored. **METHODS:** Qualitative study, using a grounded theory approach, based on 32 semi-structured individual interviews, developed around 5 comic strips. **RESULTS:** General mechanisms and implications of AHC were described in a comparable way in the 2 main groups. Most AHC situations were recognized and criticized in both groups, both on emotional and cognitive aspects. More specifically, medical staff justified and presented explanations for AHC. Most healthcare professionals denied its existence within their own practice and doubted its real existence. Among non-caregivers, many areas of improvement were described focusing on the patient and her empowerment. Personal experience of AHC among non-caregivers, and midwife practice led to a clearer identification of the abusive nature of the submitted situations. **CONCLUSION:** Among caregivers, recognition of AHC in a fictitious situation coexists with non-recognition in own practice. As a useful and playful tool, comics could intervene as a first step in raising awareness of the phenomenon among healthcare professionals. They also seem useful to non-caregivers in order to gain autonomy.

DISCIPLINE : Médecine Générale.

MOTS-CLES : éthique clinique, droits des patients, personnel de santé, profession de sage-femme, gynécologie, médecine générale, relations médecin-patient, bande dessinée.

KEY WORDS: Clinical ethics, patient rights, health personnel, midwifery, gynecology, general practice, physician-patient relations, comics.
