

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 24 novembre 2022 à Poitiers
par **Madame Cécile MAUTALEN**

Maltraitance en consultation de gynécologie : représentation, évolution et perspectives à partir d'une étude qualitative auprès de 18 professionnels de santé.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER, Professeur des Universités de médecine générale

Membres :

- Madame le docteur Stéphanie MIGNOT
- Monsieur le docteur Pierrick ARCHAMBAULT
- Madame le docteur Maria ARENAS-ALONSO

Directeur de thèse : Madame le Docteur Stéphanie MIGNOT, Maître de Conférences des Universités de médecine générale

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 1 an à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maitre de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maitre de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la

- reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements

A mon président et à mon jury,

Monsieur le Professeur Philippe BINDER, je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Madame le Docteur Stéphanie MIGNOT, je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail, sans vous cette thèse n'aurait pas vu le jour. Merci pour votre bienveillance, vos conseils et votre disponibilité j'espère que ce travail sera à la hauteur de vos attentes.

Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT, merci de me faire l'honneur de participer à ce jury et d'apporter votre point de vue sur ce travail. Je vous remercie de votre disponibilité.

Madame le Docteur Maria ARENAS-ALONSO, merci de me faire l'honneur de juger cette thèse, je vous remercie de votre disponibilité et de l'intérêt que vous portez à cette étude.

A tous les professionnels de santé, médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes et internes qui ont accepté de participer à cette étude.

Je vous remercie sincèrement du temps que vous m'avez accordé malgré votre emploi du temps chargé. Merci pour votre confiance et votre sincérité tout au long de nos entretiens. Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans vous.

A toutes les équipes médicales et paramédicales des Centres Hospitaliers de Niort, Angoulême et La Rochelle, merci de m'avoir accueillie, formée et accompagnée tout au long de mon internat.

Aux médecins généralistes qui m'ont inspirée pendant mon internat,

Docteur Pascal BERNARD, merci d'avoir partagé ton expérience au début de mon internat.

Docteur Corinne JOYEUX, je te remercie pour tes conseils et ta bienveillance.

Docteur Magali BIDEAU LIVET, merci d'avoir partagé cette première expérience en cabinet de médecine générale à tes côtés.

Docteur Godefroy BAUNE, je te remercie pour tes conseils et pour nos échanges constructifs, merci pour toute l'aide que tu m'as apportée. Te remplacer fut un honneur.

Docteur Marie BENETEAU, je te remercie de la confiance que tu m'as accordée lors de mes premiers remplacements, ce fut un réel plaisir de te remplacer. Merci pour l'aide précieuse que tu m'as apportée, je te souhaite une belle continuation.

A Mathilde, ma co-thésarde mais surtout amie, merci d'avoir partagé ce travail avec toi, je n'aurais pas imaginé une meilleure acolyte dans cette aventure. Tu as toujours su trouver les mots justes pour avancer quand je doutais. A nos longues séances de codages qui n'ont pas eu raison de notre motivation. Merci pour tous ces moments passés pendant l'internat, hâte d'en partager pleins d'autres, je te souhaite beaucoup de bonheur.

A ma famille,

*Papa,
Ce travail t'est dédié, merci d'avoir toujours cru
en moi. J'espère te rendre fière comme j'ai
toujours pu être fière de toi. Tu me manques. Je
t'aime.*

Maman, merci pour ton soutien sans faille. Tu m'as transmis ta force et encouragée pendant toutes ces années notamment quand je doutais. Merci de toutes les concessions que tu as faites pour me permettre de donner le meilleur de moi-même. C'est grâce à toi que j'en suis là et je suis très fière de t'avoir à mes côtés.

Nicolas, merci pour ton calme, tes encouragements et ta réassurance depuis toutes ces années. Nous avons toujours été là l'un pour l'autre. Je suis très fière de toi et admirative de ton courage. Tu es un frère en or, je te souhaite de poursuivre tes rêves.

Cécile, tu fais partie de la famille. Un immense merci pour ton soutien précieux à nos côtés. Ta bienveillance et ta franchise m'ont permis d'avancer. Merci d'être présente aux différentes étapes de ma vie ainsi qu'aux prochaines. Merci aussi Toni pour tes conseils toujours réfléchis. Prenez soin de vous.

A mon grand-père, parti trop tôt, merci de m'avoir accompagnée pendant ces années, ta sagesse m'a toujours inspirée.

Stéphanie, merci pour ta présence bienveillante à nos côtés dans toutes les circonstances. Ton écoute attentive m'a toujours remotivée.

Valérie, un immense merci pour tes conseils avisés et ta grande patience. Ta gentillesse, ta bienveillance et ton soutien sont précieux.

Marion, ma cousine malgré la distance, merci pour ton écoute attentive et ton courage à tout épreuve.

A mes amis,

Sophie, ma Soso, plus de quinze ans d'amitié et des milliers d'anecdotes mémorables. Malgré la distance et les épreuves de la vie notre amitié reste inchangée, toujours si forte. Merci d'avoir toujours été présente à mes côtés. Ta bienveillance et ton énergie débordante sont très chères à mes yeux.

Élise, ma grande marathonnienne, on en aura vécu des étapes depuis le lycée. Toutes ces années d'étude n'ont jamais altéré notre amitié bien au contraire. Ta générosité et ton grain de folie si

unique sont toujours au rendez-vous pour partager de nouvelles aventures. Merci d'être toujours présente.

Camille, un petit ours polaire qui porte si bien son nom, notre amitié reste inchangée merci pour tous les moments passés, hâte d'en partager pleins d'autres.

Ma Dream Team de toujours, vous êtes mes rayons de soleil. Merci d'avoir été là dans les bons comme les mauvais moments. Les mots me manquent pour vous dire à quel point je vous aime. Pauline, pour ta spontanéité et ta joie de vivre, Margot pour ton écoute et tes précieux conseils, Clémence pour ta bonne humeur rayonnante, Quentin pour ta force tranquille dans ce tourbillon de travail, Kiwi pour ton honnêteté et ta bienveillance, Camille pour ta douceur et ton énergie pétillante, Romane pour ta pointe d'humour en toutes circonstances, Sibylle pour ton enthousiasme toujours au rendez-vous, Olivia pour ta gentillesse, malgré la distance rien ne change. A nos prochaines aventures qui sont une évidence.

Florence, si on avait su dans quelle aventure on s'embarquait en P1 ! Merci pour ton écoute attentive et ton sens du voyage si contagieux.

Justina, merci pour ton amitié depuis la P1. Ta générosité et ton originalité m'ont toujours fait du bien.

Béatrice, nous nous connaissons depuis l'enfance, de nos cours de danse jusqu'aux études de médecine, merci de ton amitié.

A mes Goisiens, le début d'une très belle amitié qui a commencé lors de ce premier semestre à Niort :

Marion, une amie or, merci pour ton soutien et ta bonne humeur depuis le début de l'internat. Ta présence et ton rire sont à chaque fois rayonnants. Merci pour tous les moments que nous avons partagés ensemble aussi bien autour d'un petit thé réconfortant que lors de nos weekends festifs à la Taillée toujours attendus avec impatience.

Maryne, une amitié également si précieuse, merci pour tes conseils en toutes circonstances. Nos moments partagés pendant nos différentes colocations n'ont fait que renforcer cette amitié. Tu es une très belle personne, courageuse et toujours soucieuse du bien-être des gens autour de toi. Je suis très fière de t'avoir en amie. Au futur cabinet que nous monterons un jour toutes les 3 avec Marion.

Morgane, alias Marie Chantal, le sniper. Derrière ces surnoms se cache un grand cœur rempli de générosité et de bienveillance. Ton amitié est sincère et compte beaucoup pour moi. Merci pour ton soutien, grâce à toi les dernières semaines de thèse ont été moins pénibles, tu sais toujours trouver les mots juste pour avancer.

Bineta, un immense merci pour la confiance que tu m'as accordée et tes précieux conseils. Tu es une amie bienveillante sur laquelle on peut compter. Ton charisme et ton humour toujours sont lumineux.

Aurore, merci pour ton amitié sincère et ta générosité depuis le début de l'internat. Tu es une personne courageuse et toujours motivée quelques soient les circonstances. A nos prochaines retrouvailles festives.

Estelle, ta gentillesse et ton calme étaient apaisant dans cette colocation, merci pour les moments que nous avons partagés.

Benoit, merci pour ta bonne humeur et tes anecdotes qui nous redonnent à chaque fois le sourire.

Clément, avec ce petit accent landais reconnaissable à des kilomètres et tes claquettes qu'on ne présente plus, merci pour ton écoute et ta bonne humeur.

Simon, notre futur papa Goisien, tu as toujours le sourire et une motivation débordante, je te souhaite plein de bonheur pour la suite.

Adama, le cerveau des animations les plus originales et le roi du dancefloor, merci pour tous ces moments partagés.

Marine, une très belle amitié depuis notre semestre à Angoulême, merci pour tes conseils bienveillants. Grâce à toi ce travail a pu être finalisé, un immense merci.

Fanny, à notre premier stage aux urgences qui restera à jamais gravé ! Merci pour ton soutien précieux dans l'élaboration de ce travail.

Merci à Jihane pour ta présence solaire, Charlotte pour ton énergie contagieuse, Maxime pour ton écoute attentive, Myriam pour nos moments partagés à Bordeaux, Mathieu pour nos runs déstressants et Sandra pour ton calme apaisant.

A mes colocs de la rue de la Tranchée,
Agathe, Medhi, Adeline, Mathilde, Pierre, merci pour tous ces bons moments passés ensemble.

A tous mes co internes, merci pour d'avoir partagé avec vous les différents moments de l'internat en stage comme à l'extérieur.

A ceux qui ont été présents à un moment de mon parcours et qui ont pris des chemins différents, merci.

Tables des matières

Abréviations	11
1 Introduction	12
Contexte	14
2 Matériels et Méthodes	17
2.1 Choix de la méthode qualitative	17
2.2 Caractéristiques de la population étudiée	17
2.3 L'entretien semi dirigé.....	18
2.4 Considérations éthiques	18
2.5 Analyse qualitative des données	19
3 Résultats	20
3.1 Caractéristiques de l'échantillon étudié.....	20
3.2 Les entretiens semi dirigés	21
3.3 La définition de la maltraitance gynécologique par les professionnels de santé.....	21
3.4 La société et les patientes vers une dynamique de libération	26
3.5 Évolution au sein de la profession	28
3.6 Perspectives pour agir contre la maltraitance gynécologique selon les professionnels de santé	33
4 Discussion	39
4.1 Résumé des principaux résultats	39
4.2 Forces et limites	39
4.3 Une représentation actuelle de la maltraitance diversifiée et étendue	41
4.4 Un modèle médecin-patient en constante évolution	42
4.5 La formation médicale comme stratégie interpersonnelle contre la maltraitance ?	43
Conclusion	44
Résumé	45
BIBLIOGRAPHIE	46
ANNEXES	49
Annexe 1 : Formulaire d'information pour les professionnels de santé	49
Annexe 2 : Guide d'entretien	50
Annexe 3 : Feuille de consentement	52
Annexe 4 : Comité d'Ethique de La Rochelle	53
Annexe 5 : Répartition de la durée d'exercice des professionnels de santé	54
Annexe 6 : Représentation de la maltraitance gynécologique chez les professionnels.....	55

Annexe 7 : Vision des professionnels de santé sur l'évolution de la société et des patientes.....	56
Annexe 8 : Évolution au sein de la profession	57
Annexe 9 : Perspectives d'actions contre la maltraitance gynécologique suggérées par les professionnels de santé	58
SERMENT.....	59

Abréviations

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PMA : Procréation Médicale Assistée

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Haut Conseil à l'Egalité

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

ONG : Organisation Non Gouvernementale

COREQ : Consolidated criteria for REporting Qualitative research

BERCER : Bienvenue Entretien Renseignement Choix Explication Retour

1 Introduction

La consultation gynécologique peut être effectuée par des gynécologues médicaux, des obstétriciens, des sages-femmes et des médecins généralistes (1). Face à la pénurie de gynécologues, le médecin généraliste est amené à consacrer une partie de ses prises en charge au suivi gynécologique des femmes (2). Ces consultations ont pour objectif le diagnostic et le traitement des maladies de l'appareil génital et du sein, le dépistage des cancers, la régulation des naissances : contraception, Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), Procréation médicale assistée (PMA) et le traitement des troubles de la ménopause (3).

Une des singularités de cette consultation se trouve dans le caractère parfois intime des sujets abordés par les patientes. L'examen clinique ou les gestes réalisés nécessitent le plus souvent que la patiente soit en partie dévêtue. L'examen gynécologique peut comporter un examen abdominal, périnéal, pelvien, (utilisation du spéculum, réalisation de prélèvements), un toucher vaginal, une échographie endovaginale et un examen sénologique (4). Certaines patientes font part de leur ressenti lors de l'examen clinique comme l'inconfort, la douleur, la gêne, l'appréhension, la peur ou l'anxiété (5–7). De ce fait la relation médecin-patient présente un caractère particulier avec la prise en compte par le praticien des émotions, des croyances et des valeurs personnelles des patientes (8).

Cette relation de confiance a été remise en question par un nouveau concept celui de « violences gynécologiques et obstétricales ». Cette notion a commencé à voir le jour au début des années 2000 en Amérique Latine (9,10). En France cette notion a explosé en 2014 au niveau de la sphère médiatique par le biais des réseaux sociaux. Le débat a pris naissance par la création du hashtag *#PayeTonUterus* sur le réseau social médiatique *Twitter* regroupant de nombreux témoignages de patientes dénonçant des actes de maltraitance de la part de personnels de santé lors de consultations gynécologiques (11).

Dans ces témoignages, les termes de « violence », « maltraitance », « faits de maltraitance », « abus » ont été employés. La notion de maltraitance dans le domaine du soin n'est pas nouvelle et a déjà fait l'objet d'études. Au sens large, le terme de maltraitance est utilisé comme synonyme de violences, en intégrant toutes les formes, psychologiques, institutionnelles, sexuelles et négligences (12). Dans le domaine du soin médical la Haute Autorité de Santé (HAS) a défini la maltraitance « ordinaire » lorsqu'une personne a « pu avoir le sentiment d'avoir été abandonnée, mal ou pas informée et d'avoir été insuffisamment écoutée [...] s'est vu imposer des attentes interminables et inexpliquées, des entraves et des contraintes qui ont paru absurdes. Le patient peut également avoir le sentiment d'être transparent » (13). Cette notion est à distinguer d'une « maltraitance délictuelle, intentionnelle et exceptionnelle ». En consultation de gynécologie, l'apparition du mot maltraitance a causé un véritable choc car il contraste avec le fait que les gynécologues ont longtemps été considérés comme les alliés des femmes dans la maîtrise de leur corps (14).

Face à l'ampleur du phénomène dans l'espace public, le débat devient politique. En 2018, un rapport institutionnel du Haut Conseil à l'Égalité (HCE) reconnaît et définit l'existence de violences gynécologiques et obstétricales en les définissant comme des actes sexistes (15). Du côté de la profession médicale, les réactions sont diverses. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) rejette les conclusions de ce rapport et relève une attaque envers

« l'ensemble de la profession dont la bienveillance envers les femmes est la tâche quotidienne » (16). Quelques professionnels de santé ont pris la parole au travers de tribunes dans des journaux médicaux sur le sujet mais restent peu nombreux, certains parlent de « Gynéco Bashing » (17), d'autres dénoncent une forme de violence qui s'est installée sur un fond d'habitudes, de bureaucratie, de peurs et d'ignorance de la part des soignants (18).

En réponse, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF) publie en octobre 2021 une chartre de consultation en gynécologie invitant les praticiens à y adhérer et à l'afficher dans les lieux d'attente (19).

A partir de ces éléments, nous avons émis l'hypothèse de l'existence d'une évolution sociétale, comportementale, relationnelle chez les professionnels de santé et les patientes autour de la notion de maltraitance en consultation de gynécologie. Pour y répondre nous avons réalisé une recherche en donnant la parole aux professionnels de santé, en effectuant une étude qualitative par entretiens semi dirigés.

L'objectif principal était d'obtenir le point de vue des professionnels de santé sur leur représentation de la notion de maltraitance en consultation gynécologique et sur l'évolution autour de cette notion de la société, des patientes et des praticiens.

L'objectif secondaire était d'identifier quelles étaient les stratégies d'amélioration proposées par les professionnels de santé pour lutter contre la maltraitance gynécologique.

Contexte

Nous allons contextualiser certains éléments dans le temps et l'espace concernant la notion de maltraitance gynécologique.

1. Les années 1950-1985

Pendant les années 50-70, la profession gynécologique s'est trouvée confrontée au mouvement féministe (14). M. Dagnaud et D. Mehl se sont intéressées à la relation gynécologues-patientes pendant cette période. Le début des années 1950 est marqué par des revendications des femmes pour leur indépendance au sein de l'espace domestique et privé (20). Dans les années 1960, leurs revendications progressent vers une volonté de maîtriser leur corps et de réguler les naissances (14).

Ces mouvements sociaux ont été suivis sur le plan politique par la création de nouvelles réformes, autorisant la contraception (21) et l'IVG (22). Parallèlement, la médecine connaît de grands progrès technologiques comme l'échographie et la PMA (14). Alors qu'initialement une partie de la profession était peu réceptive aux nouvelles lois, le gynécologue devient un allié des femmes en répondant favorablement à leurs nouvelles requêtes. Cette période est marquée par une médicalisation du corps féminin à la demande des femmes (14).

2. Depuis les années 2000 dans le monde

Le terme de « violences gynécologiques-obstétricales » a vu le jour en Amérique Latine dans les années 2000. Les femmes revendiquaient l'humanisation des naissances et leurs droits reproductifs portés par des Organisations Non Gouvernementales (ONG), des groupes féministes et des organisations internationales. Ces revendications dénoncent l'hypermédicalisation de la grossesse et de l'accouchement ainsi que le non-respect des droits de la femme (9).

Le Venezuela en 2007 est le premier pays à légiférer sur ce concept suivi par l'Argentine puis le Brésil quelques années plus tard (22-24).

3. Depuis les années 2014 en France

3.1. Le débat médiatique sur les réseaux sociaux

A partir de 2014 en France, la notion de violence obstétricale voit le jour et dépasse le cadre obstétrical en dénonçant la maltraitance dans le cadre du suivi gynécologique. La création du hashtag *#PayeTonUterus* sur le réseau social *Twitter* a lancé le débat dans la sphère médiatique, recueillant des témoignages de violence ou de sexisme de la part des médecins ou de tout autre personnel de santé lors des consultations gynécologiques (11).

Quelques exemples de plaintes de femmes (15):



Le débat s'est poursuivi en février 2015, lorsque le quotidien *Metronews* publie des documents d'étudiants en médecine témoignant de la pratique de touchers vaginaux sur des patientes sous anesthésie générale sans leur consentement (26). Puis dans le média social *Tumblr*¹, une tribune intitulée « Le consentement : point aveugle de la formation des médecins » soulève le problème de la formation des médecins qui pratiquent des gestes sans le consentement des patientes supervisés par leur référent (27). De même France Culture, média de grande écoute, diffuse dans son émission « Sur les docks » un documentaire intitulé « maltraitance gynécologique » qui relaie de nombreux témoignages de maltraitance gynécologique (28). Les témoignages se multiplient en cascade sur les médias sociaux et en 2017 un livre grand public intitulé *Le livre noir de la gynécologie* de Mélanie Déchalotte recueille de nombreux témoignages de patientes et médecins sur les pratiques des soignants (29).

3.2. Le débat politique

De nombreuses dénonciations de femmes en France s'appuient sur la notion de consentement en faisant référence à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « Loi Kouchner » (30). Celle-ci indique :

« - Toute personne prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit les décisions concernant sa santé.

- Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix.

- Si la volonté de la personne de refuser ou interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

- Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

- (...) L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informé de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre. »

En 2017, la secrétaire d'Etat en charge de l'égalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa, confie au HCE la réalisation d'un rapport de manière à « mesurer et objectiver le phénomène des violences gynécologiques et obstétricales et d'identifier des leviers pour

¹ Tumblr : plateforme internet qui permet de poster du texte, images, vidéos ...

améliorer la situation » (15). A la suite de ce rapport en 2018, une définition et une reconnaissance des violences gynécologiques et obstétricales sont proposées. « Les violences gynécologiques et obstétricales sont les actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignants de toutes spécialités, femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant.e.s. Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparences aux plus graves. » (15)

Le HCE définit 6 types d'actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical :

- La non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation
- Des propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, la volonté ou non d'avoir un enfant, qui renvoient à des injonctions sexistes
- Des injures sexistes
- Des actes (intervention médicale, prescriptions exercées sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente)
- Des actes ou des refus d'actes non justifiés médicalement
- Des violences sexuelles, harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol.

La suite du rapport se penche sur les mesures de prévention de ces actes sexistes ainsi que l'amélioration des procédures de signalement et condamnation de pratiques par la loi.

Après ce rappel chronologique de l'émergence de la notion de maltraitance gynécologique, nous allons nous intéresser au point de vue actuel des professionnels de santé sur cette notion comme cité dans notre objectif d'étude.

2 Matériels et Méthodes

2.1 Choix de la méthode qualitative

La méthode que nous avons choisie pour réaliser cette recherche a été celle de l'étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés. Cette méthodologie nous a permis de mettre en lumière les ressentis et les opinions d'un panel de professionnels de santé varié sans analyse quantitative.

2.2 Caractéristiques de la population étudiée

La population étudiée concernait un échantillon volontaire de professionnels de santé composé de médecins généralistes, de gynécologues, de sages-femmes et d'internes exerçant en ambulatoire ou en milieu hospitalier dans la région Nouvelle-Aquitaine.

2.2.1 Recrutement

Pour constituer l'échantillonnage, nous avons utilisé deux méthodes. En premier lieu, l'échantillonnage dit de disponibilité ou de convenance par contact de médecins connus de notre sphère professionnelle puis suivi de la méthode dite de « proche en proche » ou « boule de neige » permettant de recruter des participants sur recommandations des professionnels interrogés.

Les professionnels de santé ont été sollicités par mail, par téléphone ou directement sur leur lieu d'exercice. Les principes de l'étude et sa réalisation ont été expliqués oralement ou par écrit et un formulaire d'information avec nos coordonnées leur a été remis (annexe 1). Il a été ensuite convenu d'un rendez-vous dans un lieu de leur convenance pour l'entretien présentiel ou par visioconférence.

2.2.2 Taille de l'échantillon

Vingt-deux professionnels de santé ont été sollicités individuellement pour participer à l'étude ainsi que l'ensemble des sages-femmes du Centre Hospitalier de La Rochelle. Les plannings familiaux de Niort, Poitiers, Angoulême ont également été sollicités pour participer à l'étude.

Au total 16 professionnels de santé ont répondu favorablement aux demandes individuelles. Deux ont refusé et 2 demandes sont restées sans réponse. Deux sages-femmes de l'hôpital de La Rochelle ont accepté de participer à l'étude. Les demandes aux structures du planning familial ont été sans réponse.

Le nombre de participants a été déterminé à saturation des données. L'inclusion de nouveaux participants cessait lorsque plus aucune donnée pertinente n'apparaissait dans les entretiens. La saturation des données a été confirmée par 2 entretiens complémentaires avant d'arrêter les inclusions. La saturation a été obtenue au 16eme. Notre étude a donc porté sur 18 entretiens.

2.3 L'entretien semi dirigé

2.3.1 Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien comprend quatre grandes questions ouvertes permettant aux professionnels de santé interrogés de donner librement leur avis et points de vue (annexe 2).

Les principaux thèmes portaient sur :

- la définition que pouvait avoir les professionnels de santé de la notion de la maltraitance en consultation gynécologique.
- l'analyse des changements chez les patientes.
- l'analyse des changements chez les professionnels.
- l'amélioration de la relation patiente-praticien.

En fonction des réponses, l'enquêtrice était libre d'adapter les questions posées, de développer certains points. Un entretien fictif a été réalisé en octobre 2021 auprès d'un médecin pour évaluer la pertinence du guide en situation réelle.

2.3.2 Organisation des entretiens

Les entretiens des professionnels de santé ont été réalisés entre le mois d'octobre 2021 et juin 2022 selon la méthode de convenance ou disponibilité. Les entretiens ont été réalisés majoritairement en présentiel (sur le lieu d'exercice du participant ou son domicile), deux entretiens par visioconférence (WhatsApp) en raison du contexte sanitaire du début de l'étude et un entretien téléphonique en raison d'un défaut technique de caméra.

Ces entretiens ont été enregistrés à l'aide de la fonction dictaphone traditionnel ou numérique (iPhone) permettant une meilleure analyse et une meilleure écoute des participants. Deux enquêtrices ont réalisé les entretiens, l'enquêtrice principale Cécile Mautalen qui a réalisé 12 entretiens et Mathilde Badets pour la réalisation de 6 entretiens.

Les entretiens ont été retranscrits via le logiciel Word en verbatim mot à mot incluant une double écoute pour éviter les erreurs de transcription. Une relecture des verbatims a été proposée à chaque participant pour une validation de leurs propos, trois participants l'ont souhaitée.

2.4 Considérations éthiques

Une information claire, loyale et appropriée sur les objectifs et le déroulement de l'étude a été délivrée aux professionnels de santé (annexe 1). Un consentement écrit et oral a été recueilli en début d'entretien pour tous les participants avec la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude (annexe 3). L'anonymisation des données a été assurée par l'attribution d'un code pour chaque participant qui leur a été remis pour les identifier. Les professionnels de santé ont été identifiés de M1 à M18.

Une adresse électronique uniquement dédiée à l'étude a été créée pour échanger avec les participants.

Le comité d'éthique de La Rochelle a été saisi pour un avis consultatif sur le protocole de recherche et sur les conditions de réalisation de l'étude. Un avis favorable a été obtenu à l'issue de la présentation (annexe 4). Conformément à la CNIL, les principes de transparence et de sécurité des données ont été respectés.

Les informations personnelles (adresse électronique, téléphone) ont été détruites à la fin de l'étude et ne servaient que pour contacter les participants de l'étude.

2.5 Analyse qualitative des données

2.5.1 Les étapes de l'analyse

La méthodologie choisie pour l'analyse a été l'analyse thématique (31). Chaque entretien retranscrit a été analysé à l'aide du logiciel N'VIVO R1.7. Un micro-codage axial a été réalisé dans un premier temps permettant de fragmenter le verbatim. Puis dans un second temps un regroupement thématique par macro-codage a permis d'obtenir différents thèmes schématisés sous la forme d'une « map mind » via le logiciel Word pour une meilleure projection. Une troisième étape de codage a permis d'affiner les différents thèmes par regroupement thématique afin d'obtenir les schémas d'analyse.

2.5.2 Triangulation

L'analyse a bénéficié d'une triangulation, chaque verbatim a été doublement codé. Un premier codage a été effectué par l'enquêtrice principale et un deuxième codage par Mathilde Badets, co-thésarde.

3 Résultats

3.1 Caractéristiques de l'échantillon étudié

Les participants avaient des caractéristiques d'installation, d'âge, de sexe et de lieu d'installation variées (*Tableau 1*).

Dans un souci de préservation de l'anonymat des professionnels de santé, le code d'identification des entretiens ne figure pas sur le tableau 1.

Age (ans)	Sexe	Spécialité	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Durée d'exercice (années)	Pratique gynécologie
49	F	MG	Libéral, MSP	Rural	20	Frottis, contraception
45	M	MG	Libéral, MSP	Rural	21	Frottis, suivi de grossesse, contraception
47	F	MG	Libéral, MSP	Rural	16	Frottis, suivi de grossesse, contraception
29	F	MG	Remplaçant	Rural	3	Frottis, contraception
54	M	MG	Libéral, seul	Rural	27	Frottis, contraception
31	F	MG	Remplaçant	Urbain	4	Frottis, contraception, échographie
32	F	SF	Libéral, MSP	Urbain	9	Frottis, contraception, suivi de grossesse, rééducation périnéale
28	F	SF	Hospitalier	Urbain	4	Frottis, contraception, suivi de grossesse,
32	F	SF	Hospitalier	Urbain	8	Frottis, contraception, suivi de grossesse,
48	M	MG	Libéral, MSP	Rural	21	Frottis, contraception, IVG médicamenteuse, échographies
60	F	SF	Libéral	Rural	29	Frottis, contraception, IVG médicamenteuse
28	F	MG	Libéral, remplaçante	Urbain	3	Frottis, contraception
28	F	Interne MG, 6eme semestre	Libéral, remplaçante	Urbain	2	Frottis, contraception
28	F	Interne GO	Hospitalier	Urbain	3	Spécialiste
61	M	GO	Libéral, seul	Urbain	30	Spécialiste
63	F	G	Libéral, seule	Urbain	36	Spécialiste
35	F	MG	Libéral seule	Rural	11	Frottis, contraception
69	F	GO	Hospitalier, retraitée, activité mi-temps	Urbain	40	Spécialiste

Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée

H : Homme, F : Femme, MG : médecin généraliste, SF : Sage-Femme,
GO : gynécologue obstétricien,
G : gynécologue, MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

Sur l'ensemble des professionnels de santé interrogés, 10 étaient médecins généralistes dont 1 interne en fin de cursus, 2 gynécologues obstétriciens, 1 gynécologue médical, 1 interne de gynécologie et 4 sages-femmes. (*Figure 1*)

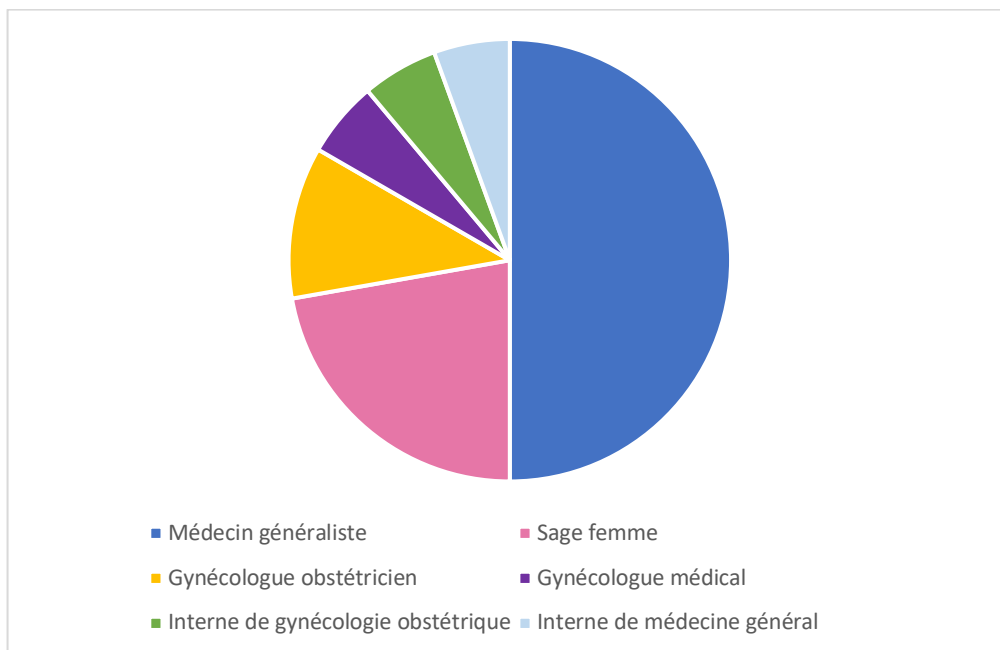


Figure 1 : Professions des soignants

Un diagramme descriptif complémentaire de la population en fonction de sa durée d'exercice est présent en annexe 5.

3.2 Les entretiens semi dirigés

Dix-huit entretiens semi dirigés ont été menés. La durée des entretiens oscillait entre 12 minutes et 42 minutes avec une moyenne à 20 minutes.

En analysant les verbatims, nous avons pu voir apparaître 4 grands thèmes et 16 sous thèmes. Les 4 grands thèmes ont été :

- La représentation de la maltraitance en consultation gynécologique par les professionnels de santé interrogés.
- La société et les patientes qui ont évolué vers une dynamique de libération.
- L'évolution qui s'est opérée au sein de la profession.
- Les perspectives pour agir contre la maltraitance gynécologique selon les professionnels de santé.

3.3 La définition de la maltraitance gynécologique par les professionnels de santé

Il était important de connaître la définition de la notion de maltraitance en consultation de gynécologie pour chaque professionnel de santé afin de fixer les bases de leur représentation et ainsi connaître leur point de vue quant à l'évolution comportementale et relationnelle autour de cette notion. Une définition de la maltraitance en consultation gynécologique a été établie (voir en annexe 6). Si la plupart des professionnels interrogés connaissaient l'existence des

dénonciations de patientes au travers des médias sociaux, deux praticiens n'en avaient pas entendu parler.

L'ensemble des professionnels interrogés ont donné une définition exhaustive de la maltraitance gynécologique.

Les gestes techniques :

Certains professionnels l'ont assimilée soit à la réalisation de gestes techniques (*tableau 2*) pouvant être douloureux alors que ceux-ci auraient pu être réalisés avec une anesthésie soit à la poursuite d'un geste malgré la douleur ressentie par la patiente.

Un autre médecin a évoqué la difficulté d'obtenir du matériel adapté à certaines patientes par exemple les patientes obèses. Dans certains cas, les tables d'examen ne sont pas conçues pour les obèses et dans d'autres cas, les spéculums ne sont pas adaptés, obligeant le praticien à répéter l'examen.

La réalisation d'un examen gynécologique non justifié médicalement par le contexte clinique ou bien la réalisation d'actes considérés comme hors recommandations étaient également assimilées pour eux à un acte de maltraitance.

D'autres ont relevé la robotisation des soignants qui réalisent des gestes automatiques intégrée à leur routine professionnelle. Ils oubliaient parfois que le rendez-vous gynécologique était un moment particulier pour la patiente. Certains soignants ont souligné une déshumanisation de la patiente qui n'est plus considérée comme une personne humaine mais un objet ou un organe.

La plupart des soignants ont signalé le caractère non volontaire de la maltraitance. Certains avaient le sentiment de bien accomplir leur travail sans se rendre compte de la portée de leurs actes et de leurs gestes.

Gestes douloureux	<ul style="list-style-type: none"> • M4 : « des gestes sans anesthésie qui pourraient être faits avec anesthésie. » • M17 : « Insister sur un frottis quand la femme a mal, pour moi, c'est de la maltraitance. »
Matériel inadapté	<ul style="list-style-type: none"> • M14 : « des tables non adaptées aux patientes obèses et lorsque la dame se met sur la table au moment de monter la table pour l'examen, la table ne monte pas. On n'a pas de spéculum de taille adaptée pour les grandes obèses. [...] essayer trois spéculums, partir un quart d'heure à la réserve pour examiner la dame dans de bonnes conditions, c'est maltraitant. »
Examen non justifié	<ul style="list-style-type: none"> • M10 : « Je trouvais totalement scandaleux que cette jeune femme qui allait très bien ait eu un examen gynéco sans en avoir besoin. Là pour le coup j'estime que c'est de la maltraitance. »
Robotisation-Déshumanisation	<ul style="list-style-type: none"> • M9 : « On fait des choses de manière des fois assez machinale parce que ça nous paraît en fait logique. » • M7 : « Il y a "le côté quotidien", parfois, moi j'ai l'impression que lorsqu'on parle de la médecine quelquefois on oublie qu'il y a une personne derrière, on pense à la tâche, on fait les choses de façon automatique. » • M11 : « C'est comme si la patiente n'était pas sujet mais objet. »
Involontaire	<ul style="list-style-type: none"> • M7 : « Je pense qu'il y a des médecins qui pensent bien faire et qui ne font pas forcément bien mais ça ne part pas d'un mauvais sentiment "de je m'en foutisme, je n'ai rien à faire des femmes que j'examine". » • M7 : « On peut être un peu plus violent ou maltraitant sans le vouloir. »

Tableau 2 : Sous thème « gestes techniques », subdivisions et exemples de citations issus des verbatims

Communication :

La plupart des professionnels de santé ont reconnu que la maltraitance en gynécologie allait au-delà du geste réalisé et incluait la composante « communication » (tableau 3). Certains ont reconnu que l'écoute de la patiente pouvait se révéler insuffisante. Pour un autre, lorsque la patiente ressentait un manque d'empathie de la part du praticien qui la prenait en charge, elle pouvait l'assimiler à de la maltraitance. Le manque d'explication apporté à la patiente lors de l'examen notamment lorsqu'il s'agissait d'un premier examen gynécologique était également une manifestation de la maltraitance.

Une notion qui a été évoquée par de nombreux professionnels de santé était celle du consentement. Pour certains praticiens, réaliser un examen en forçant la patiente ou bien sans recueillir son accord était considéré comme maltraitant. Un des médecins a souligné la difficulté d'obtenir le consentement des patientes ayant des troubles cognitifs, de ce fait pour ce professionnel la réalisation de ce geste dans ces conditions était maltraitante.

Donner des ordres secs tels que « déshabillez-vous », « installez-vous » au lieu d'une formulation plus construite et plus polie dans le déroulé d'une consultation gynécologique était considéré comme une manifestation de la maltraitance. Des commentaires blessants sur le physique et la corpulence non appropriés pouvaient être aussi perçus comme maltraitants par les patientes selon un des médecins.

Ecoute insuffisante	<ul style="list-style-type: none">• M16 : « Ça vient du fait qu'on n'écoute pas assez les patientes, qu'on ne fait pas assez attention dans quel état elles sont. »• M18 : « Un ressenti de manque d'empathie. »
Explication insuffisante	<ul style="list-style-type: none">• M5 : « ne pas expliquer ce qui va être fait surtout si c'est son premier examen gynécologique, ne pas expliquer qu'il va y avoir une pénétration avec un objet, des doigts. »• M14 : « certains médecins ne disent pas un mot, ne préviennent pas, c'est hyper maltraitant. »
Absence de consentement	<ul style="list-style-type: none">• M1 : « Forcer une patiente à faire un examen gynécologique si elle n'a pas envie. »• M14 : « Il y a les personnes âgées avec des démences et des troubles cognitifs qui ne sont pas forcément en capacité de consentir. On est parfois amené à faire des examens gynécologiques à ces patientes sans leur consentement, je trouve cela également extrêmement maltraitant »• M17 : « ne pas attendre que la femme me dise d'accord »
Formulation	<ul style="list-style-type: none">• M2 : « Ça se manifeste verbalement déjà je pense, sur la façon de parler aux femmes »• M3 : « déjà par des ordres : "déshabillez-vous", "installez-vous là" »• M16 : « Les commentaires pendant l'échographie, "on ne voit rien vous êtes trop grosse". Non, non ce n'est pas que l'hôpital, il y a des endroits où ils sont maltraitants parce qu'ils parlent mal et peuvent dire des choses blessantes. »

Tableau 3 : Sous thème « communication », subdivisions et exemples de citations issus des verbatims

Différences de perception :

Les différences de perception d'une situation entre un professionnel de santé et la patiente pouvaient engendrer selon des soignants interrogés un sentiment de maltraitance (tableau 4).

Certains soignants ont fait part de différences culturelles pouvant être à l'origine d'une perception de maltraitance. Par exemple dans certains pays Anglo-Saxons, le médecin était accompagné d'un chaperon lors de l'examen de la patiente afin d'assurer l'absence de débordement. Dans d'autres pays, au contraire la présence d'une tierce personne lors de la

consultation pouvait être perçue comme intrusive a déclaré un des soignants. Un autre praticien a fait part des préjugés culturels de certains soignants qui pouvaient venir parasiter la prise en charge de certaines patientes. L'exemple a été donné pour les patientes noires et celles appartenant à la communauté des gens du voyage, où des clichés culturels telle que l'expression exagérée de leur douleur pouvait entraîner des jugements erronés de la part de certains soignants et par conséquent influencer la prise en charge. Ceci était un signe de manifestation de maltraitance relevé par un des praticiens.

Pour d'autres, les gestes qui faisaient partie de leur exercice médical pouvaient être interprétés comme maltraitant par les patientes parfois influencés par les témoignages des autres femmes

Un des professionnels de santé a précisé une nuance entre les consultations programmées et celles survenant dans un contexte d'urgence. En effet, pour certains soignants les situations d'urgence pouvaient être des situations qui augmentaient la perception de maltraitance. Certaines situations pouvaient mettre en jeu la vie de la patiente, l'objectif était de tout mettre en œuvre pour agir rapidement. Le stress engendré par le risque vital imminent ne permettait pas toujours de prendre le temps nécessaire d'expliquer, d'obtenir le consentement de la patiente. Certains praticiens déclaraient être dans « l'action », la patiente pouvait perdre alors en autonomie dans sa prise de décisions. Cette perception d'attitude maltraitante engendrée par le stress de la situation était justifiée et légitimée par le caractère urgent de la prise en charge.

Culture	<ul style="list-style-type: none"> • M7 : « des différences culturelles [...] en Angleterre, on faisait un examen gynéco chez un médecin traitant [...] une tierce personne venait s'assurer qu'il n'y avait pas de débordement » • M14 : « il y a des clichés qui sont parfois limites insoutenables à entendre ; "bah oui ça va, elle ne claque pas encore des doigts comme ça (clap, clap) en disant j'ai mal", "ça va elle n'a pas si mal que ça, de toutes façons on sait que les noires crient", plein de choses comme ça. Avec les gens du voyage du manière générale, je trouve qu'il y a beaucoup de (réfléchi) de maltraitance je trouve envers ces patientes-là ».
Facteurs externes	<ul style="list-style-type: none"> • M9 : « des fois, tu te demandes si les femmes ne vont pas prendre ce que tu fais qui est normal pour de la maltraitance tellement en fait elles sont à fond focus sur ce hashtag. » • M13 : « Certains actes peuvent être perçus comme violents ou comme inappropriés pour les femmes alors que cela reste dans notre exercice. »
Situations d'urgences	<ul style="list-style-type: none"> • M18 : « En consultation d'urgence, il y a le stress lié à l'urgence qui peut nous amener à manquer de prendre le temps d'informer [...] ça a existé et ça existe encore [...] on va être dans l'action. [...] Les situations d'urgence sont des situations qui augmentent les risques de probabilité de ne pas être perçu comme quelqu'un de suffisamment attentif, bienveillant [...] l'objectif principal du médecin va être de faire ce qu'il a à faire dans ces situations d'urgence » • M14 : « C'est l'équilibre entre l'autonomie de la patiente et son consentement et une situation avec un risque vital immédiat ; et comment faire pour trouver l'équilibre entre les deux ? » • M8 : « Je n'ai pas l'impression d'être maltraitante mais la patiente le ressent comme ça. Parce que oui, peut-être à un moment, je vais être plus dans le jus, je ne vais pas pouvoir lui expliquer tout ce qu'il se passe (...) tu es dans une situation d'urgence, tu peux des fois être maltraitante. Mais après je me dis, c'est que dans les situations d'urgence. »

Tableau 4 : Sous thème « différences de perception », subdivisions et exemples de citations issus des verbatims

Domination intellectuelle :

Un autre aspect relevé par les professionnels de santé était la maltraitance par domination intellectuelle (tableau 5).

Certains professionnels de santé adoptaient une attitude supérieure vis-à-vis de la patiente, en la jugeant et en lui faisant éprouver un sentiment de culpabilité. Certains soignants ont même évoqué la notion de pouvoir médical.

La manifestation de la maltraitance gynécologique par « profit intellectuel » a été évoquée par deux praticiens. Ils ont donné l'exemple de prescription de médicaments pour en tester les effets sur des patientes en sortant du cadre des recommandations. Un autre l'a illustrée par la qualité de l'information délivrée à la patiente en fonction de son niveau intellectuel. Certains ne prenaient pas le temps nécessaire pour apporter des explications adaptées au niveau de compréhension de la patiente afin d'avancer dans la consultation et ne pas perdre de temps.

<p>Attitude supérieure</p>	<ul style="list-style-type: none"> • M16 : « Les faire culpabiliser, les traiter de haut c'est aussi très blessant. » • M11 : « il y a une espèce de sentiment de toute puissance quand même des professionnels en général, on en abuse » • M5 : « les médecins se servent de leur devanture de pouvoir pour assouvir leur perversion. »
<p>Profit intellectuel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • M10 : « D'en profiter intellectuellement, quelqu'un à qui je dis "je vais tester un médicament pour voir si ça marche car mon copain m'en a parlé", je pense que c'est maltraitant. » • M14 : « une femme dont on sait qu'elle va être limitée intellectuellement au lieu de prendre plus de temps pour lui expliquer avec les mots, on va shunter le truc parce qu'il faut avancer. Et tu sais que ce n'est pas le genre de femme qui va poser mille questions derrière et elle fera ce que tu dis [...] ne pas délivrer la même information "qualitativement" dans le sens où non je ne vais pas rentrer dans la physiopathologie de telle pathologie mais on peut expliquer avec des mots simples et ça on ne le fait pas forcément »

Tableau 5 : sous thème « domination intellectuelle », subdivisions et exemples de citations issus des verbatims

Institution :

La manifestation de la maltraitance au travers de l'institution a été évoquée par certains professionnels (tableau 6).

Un des praticiens a évoqué une souffrance institutionnelle qui s'exprimait par une surcharge de travail lié à un manque de personnel ainsi qu'une pression institutionnelle en « faisant plus avec moins de moyens ». Ceci impactait les prises en charge des patientes qui étaient plus expéditives avec moins d'explications apportées ou bien de longues heures d'attente aux urgences. Les répercussions en ambulatoire se manifestaient par des délais de rendez-vous chez les gynécologues ou les sages-femmes parfois très longs, de plusieurs semaines voire plusieurs mois. Certains étaient alors obligés d'écourter les consultations en étant plus rapides dans les gestes ou les explications données afin de voir plus de patientes.

<p>Manque de moyens et de temps</p>	<ul style="list-style-type: none"> • M7 : « A l'hôpital [...] il y a une souffrance institutionnelle qui est très importante, on nous demande de faire plus avec moins de moyens [...] on a tout le temps des pressions, où il faut tout le temps en faire plus où on sent qu'on est jugé en permanence, c'est juste insupportable. Forcément ça va entraîner des violences sur les patientes et ça a des conséquences absolument dramatiques [...] au sein de l'hôpital, ça va être très compliqué pour les patientes d'avoir un soin à la hauteur de leurs espérances parce qu'il n'y a pas le personnel. Et puis en libéral, c'est pareil, on peut aussi avoir une pression, quand on a des délais parfois en tant que gynécologue de 6 mois, moi j'ai des délais d'un mois en tant que sage-femme, c'est énorme. [...] on se dit, il faut voir vite les gens, on peut faire des consultations qui sont plus courtes où on va être beaucoup plus rapide dans nos gestes et peut être un peu plus violent ou maltraitant sans le vouloir. » • M9 : « Quand on a surtout beaucoup de boulot et qu'on n'a pas le temps forcément d'expliquer tout ce qu'on fait. »
<p>Longue attente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • M8 : « ça va de la patiente qui attend trop longtemps aux urgences et qui estime qu'on n'a pas assez pris en charge sa douleur rapidement »

Tableau 6 : sous thème « institution », subdivisions et exemples de citations issus des verbatims

3.4 La société et les patientes vers une dynamique de libération

Les professionnels de santé interrogés ont fait part de leur point de vue concernant la société et les patientes autour de la notion de maltraitance gynécologique (voir en annexe 7).

Libération de la parole :

Pour certains professionnels de santé cette notion de maltraitance gynécologique s'est inscrite dans une dynamique de libération de la parole globale de la population générale (tableau 7). D'après certains professionnels de santé, les attentes de chacun sont davantage exprimées alors qu'elles étaient plus intériorisées auparavant. Les patientes osaient parler des situations qu'elles avaient mal vécues alors que ce n'était pas le cas dans le passé et certains y ont vu la levée d'un tabou. Un des médecins interrogés a évoqué un mouvement sociétal plus général du respect de l'humain dans toutes ses composantes, à la fois concernant la place de la femme dans la société, la sexualité, la maîtrise du corps, dans le domaine du travail, mais aussi le respect des personnes handicapées.

Libération de la parole	<ul style="list-style-type: none">• M18 : « ce qui était mal vécu, était intériorisé, on n'en parlait pas trop, c'était un peu du tabou, il fallait le garder pour soi. »• M18 : « Les attentes sont plus exprimées, avant il y avait sûrement beaucoup de refoulé. »• M13 : « la parole est libérée aujourd'hui par rapport à ces violences, les femmes parlent de leurs violences. »• M7 : « avant c'était comme ça et il ne fallait rien dire »
-------------------------	---

Tableau 7 : sous thème « libération de la parole », subdivisions et exemples de citations issus des verbatims

Patientes pro actives :

Certains médecins pensaient que cette dynamique de libération de la parole se retrouvait dans l'attitude de la patiente lors des consultations (tableau 8).

Certains ont relevé que les patientes semblaient être plus pro-actives, elles étaient plus informées sur leur santé par le biais d'une nouvelle source d'information : les réseaux sociaux. Certaines faisaient des autodiagnostic, d'autres semblaient être informées de la nécessité ou non d'un examen gynécologique. D'autres professionnels ont remarqué plus de questionnements de la part des patientes sur le déroulé d'un examen ou l'indication de celui-ci.

Pour un des professionnels, les patientes étaient plus attentives à leur santé et demandaient davantage d'examens complémentaires, mammographies ou d'examens gynécologiques.

Le sujet des maltraitances était parfois abordé par les patientes elles-mêmes lors des consultations, se confiant sur des situations qu'elles avaient mal vécues. Un autre soignant a remarqué une participation plus active des patientes en consultation qui « prenaient en main leur prise en charge ».

Certaines sages-femmes interrogées ont constaté plus de réflexions des patientes autour des projets ou contrats de naissance, qui étaient plus fréquents et plus exhaustifs. Les patientes y inscrivaient les éléments réfutés et souhaités de leur prise en charge. Une sage-femme a remarqué une évolution dans l'attitude de certaines patientes qui envisageaient l'accouchement comme une « montée à l'échafaud » il y a quelques années. Le constat actuel était vers un projet réfléchi qui devait répondre à leurs attentes. Un soignant voyait cette nouvelle dynamique de projet de naissance comme une parade des patientes afin de maîtriser leur anxiété et garder le contrôle de la situation qui était nouvelle et inconnue pour elles.

Plus informées	<ul style="list-style-type: none"> • M16 : « Elles se font des autodiagnostic en allant sur internet par rapport aux symptômes » • M10 : « Elles sont également plus informées quant à la nécessité de faire un examen gynécologique ou pas » • M8 : « elles sont plus renseignées par les réseaux sociaux que par leur médecin, par leur sage-femme »
Plus de demandes	<ul style="list-style-type: none"> • M12 : « Elles sont beaucoup plus sensibles à "comment ça se passe ?", "à quoi ça sert?", "et pourquoi on le fait ?". Franchement, elles osent plus poser des questions. Je pense qu'elles se sont toujours posées ces questions-là mais qu'elles n'osaient pas toujours les poser. » • M10 : « les patientes sont plus attentives à leur santé et qu'elles sont demandeuses d'examen aussi bien de mammographies que d'examen gynécologiques. »
Sujet abordé	<ul style="list-style-type: none"> • M11 : « j'ai même eu des récits de femmes qui se sont senties maltraitées, pas plus loin que ce midi. » • M16 : « dans la bouche des patientes, j'ai entendu des patientes raconter comment pour elles, certains examens avaient été difficiles. » • M12 : « elles prennent "en main" la consultation, ce n'est pas juste le médecin qui décide de tout et qui mène tout. »
Directives de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • M9 : « Elles font peut-être plus de projet de naissance en disant, "je veux ci", "je ne veux pas ça" » • M11 : « j'ai plus de femmes qui réfléchissent sur la façon d'accoucher, qui leur convient, comment elles aimeraient faire, elles sont quand même en général dans la demande d'accompagnement qu'elles n'avaient pas forcément avant. Avant, j'avais l'impression que les patientes y aller pour certaines à l'échafaud, pour avoir un bébé » • M8 : « C'est leur manière de garder le contrôle vu qu'elles ne savent pas où elles vont [...] Je pense que c'est plus une manière de se rassurer mais oui bien sûr que ça changé quelque chose. »

Tableau 8 : sous thème « patientes pro actives », subdivisions et exemples de citations issus des verbatims

Sentiment de peur :

Certains professionnels de santé ont fait part de l'appréhension de l'examen gynécologique par les patientes (tableau 9) ainsi que parfois le refus de celui-ci, refus qui a toujours existé bien avant la mise en avant des actes de maltraitances.

Pour d'autres, depuis les vagues de dénonciations certaines patientes consultaient avec des idées préconçues avec une attente de réponses du corps médical devant abonder dans leur sens.

Pour d'autres professionnels certaines peurs ont été majorées chez les patientes, par exemple elles verbalisaient plus leurs peurs notamment de l'épisiotomie.

Certains praticiens ont fait part du comportement parfois d'hypervigilance des patientes vis-à-vis des gestes médicaux influencé par les témoignages de maltraitance.

Selon des soignants ces peurs ont entraîné un souhait chez certaines patientes d'avoir des actes moins médicalisés pouvant aller jusqu'à une mise en danger en ayant recours à des pratiques alternatives.

Ancien	<ul style="list-style-type: none"> • M2 : « je pense qu'il y a beaucoup d'appréhension de la part des femmes dans un examen gynécologique. » • M16 : « Il y en a qui me disent "non" ça n'a rien à voir avec ce qui se passe pour moi. Cela a toujours existé ça. »
Idées préconçues	<ul style="list-style-type: none"> • M13 : « Je pense qu'elles veulent s'approprier leur corps et peut être qu'elles ont l'impression de connaître plus de choses et elles arrivent avec des idées préconçues et il faudrait qu'on réponde à leurs idées préconçues en allant dans leur sens. »
Peurs majorées	<ul style="list-style-type: none"> • M8 : « beaucoup plus de femmes viennent comme ça avec des peurs liées aux témoignages qu'elles ont pu recevoir de femmes. » • M9 : « tout ce qui est épisio par exemple [...] c'est vraiment un peu le truc phare au moment de l'accouchement [...] C'est surtout pour ce geste-là, je trouve que ça a peut-être un peu changé » • M12 : « elles parlent plus facilement de ce qui leur fait peur, ce qu'elles craignent »
Hypervigilance	<ul style="list-style-type: none"> • M9 : « il y a un peu une dérive du hastag [...] c'est-à-dire que des fois, tu te demandes si les femmes ne vont pas prendre ce que tu fais qui est en fait de quelque chose de normal pour de la maltraitance tellement elles sont à fond focus sur ce hastag » • M8 : « on se dit "ah mince, non mais là je viens de faire un truc, ça va finir sur les réseaux sociaux". Parce que des fois tu te dis, en fait le moindre petit truc peut des fois être hyper mal interprété. Et tu te dis, "est ce qu'elle ne va pas prendre ça pour de la maltraitance" ? »
Actes moins médicalisés Mise en danger	<ul style="list-style-type: none"> • M13 : « les patientes aimeraient être aussi bien soignées qu'avant avec beaucoup moins d'examens gynécologiques » • M9 : « elles n'ont tellement pas envie de vivre des maltraitements que du coup elles se tournent vers des pratiques un peu alternatives et qui peuvent être je trouve des fois dangereuses »

Tableau 9 : sous thème « Sentiment de peur », subdivisions et exemples de citations issus des verbatims

Absence de changement :

Ces changements observés par les professionnels de santé étaient à nuancer avec certains praticiens qui ne percevaient pas de modification de comportement ou d'attitude chez les patientes lors de leurs consultations (tableau 10).

Absence de changement	<ul style="list-style-type: none"> • M1 : « je n'ai pas observé de modification chez les patientes que je suis en cabinet » • M2 : « je ne me suis pas aperçu de changements dans ma patientèle »
-----------------------	---

Tableau 10 : Sous thème « Absence de changement », subdivisions et exemples de citations issus des verbatims

3.5 Évolution au sein de la profession

Les praticiens interrogés ont pu exprimer leurs opinions concernant le regard qu'ils portaient sur la profession médicale autour de la notion de la maltraitance gynécologique (annexe 8).

Évolution du schéma paternaliste :

Le système paternaliste a été longtemps le socle de la relation médecin patient dont l'héritage est resté présent dans le système de soins selon un professionnel interrogé (tableau 11). Il a évoqué même la notion de pouvoir du corps médical avec une obéissance des patients. La médecine a été comparée à une grande religion où le médecin était le prêtre et le patient le sujet.

Un autre soignant a ajouté que le médecin était celui qui détenait la connaissance médicale et le patient n'intervenait pas dans la décision médicale.

Ce schéma décrit tendait à évoluer, certains praticiens ont constaté une profession plus transparente dont certains ont relevé un échange de rôles, le professionnel à un « rôle d'aide » où la patiente peut choisir sa prise en charge.

Un des soignants interrogés a relevé que la profession médicale gynécologique s'était nettement féminisée alors qu'elle fut longtemps principalement composée d'hommes exerçant la chirurgie.

Un autre médecin a ajouté relever des différences générationnelles dans la pratique entre les jeunes praticiens et ceux plus âgés dont l'approche paternaliste restait plus présente.

Un médecin généraliste interrogé a constaté une diminution des suivis gynécologiques dans son activité professionnelle qui étaient de plus en plus réalisés par des sages-femmes car selon lui les patientes préféraient consulter des spécialistes et ainsi différencier la médecine générale de la gynécologie.

Pour certains professionnels, les critères de qualité du praticien ont évolué, la « gentillesse » serait devenue un gage à présent de respect pour les patientes dans leur prise en charge. Un des soignants a constaté dorénavant que les patientes consultaient de plus en plus un praticien sur recommandations de leurs proches, dont les compétences d'écoute étaient mises en avant.

Héritage ancien	<ul style="list-style-type: none"> • M11: « comme si la médecine était une grande religion et les professionnels les prêtres, les autres doivent être à genoux parce qu'évidemment ils n'y connaissent rien [...] les professionnels sont au service de cette grande religion et le petit peuple doit être à ramper, à obéir, et gober tout comme cela vient sans contester [...] cette culture-là, elle est ancestrale » • M18: « Je pense que pendant longtemps le médecin était celui qui savait. Donc le patient était un peu passif et on ne discutait pas trop de ce que faisait le médecin. » • M12: « le milieu médical est moins opaque qu'il ne l'a pu l'être »
Roles échangés	<ul style="list-style-type: none"> • M7: « j'échange un peu le rôle c'est-à-dire je leur dis en fait c'est vous ici qui décidez et moi je suis là que pour vous aider. »
Féminisation	<ul style="list-style-type: none"> • M14: « la gynécologie reste une profession qui est chirurgicale à la base qui s'est féminisée très tard même si aujourd'hui c'est très féminin pendant longtemps c'était quasiment que des hommes car c'était de la chirurgie. »
Génération	<ul style="list-style-type: none"> • M17: « la pratique entre un jeune et un médecin plus âgé, je pense qu'il y a des différences, les vieux ont une approche plus paternaliste »
Suivi gynécologique	<ul style="list-style-type: none"> • M2: « j'ai de moins en moins de suivi gynécologique parce que les sages-femmes en font de plus en plus. Je pense que les femmes en urbain ont plus la possibilité de consulter des gynécologues et sages-femmes et de ne pas mélanger la médecine générale et la gynécologie. »
Critères de qualité	<ul style="list-style-type: none"> • M11: « la jeune sage-femme est très "gentille", "elle est très bien" comme si c'était une grande qualité. Ce qui n'était pas forcément le cas avant, quand on disait que la sage-femme était "gentille", c'est qu'on papotait bien quoi, maintenant elle est "gentille" parce qu'elle a le respect, une approche. » • M11: « beaucoup de patientes viennent envoyées par une copine, sœur, cousine parce qu'elles ont entendu qu'ici, ça se passait plutôt bien, qu'on prenait le temps, qu'on posait des questions »

Tableau 11 : Sous thème « Evolution du schéma paternaliste », subdivisions et exemples de citations issus des verbatims

Les différentes réactions des professionnels :

L'apparition de la notion de maltraitance gynécologique n'a laissé indifférent aucun des professionnels de santé interrogés dans cette étude. Lors de l'analyse des entretiens cette notion a engendré des réactions émotionnelles différentes chez les soignants (*tableau 12*).

Certains professionnels ont eu une attitude défensive pouvant aller jusqu'à de l'agacement.

D'autres soignants ont fait part de prudence lors de la lecture des témoignages des femmes notamment via les réseaux sociaux, qui pouvaient être parfois exagérés et relayer une image caricaturale du « méchant gynécologue ».

De même certains ont été affectés personnellement dans leurs pratiques professionnelles lors de la lecture de témoignages qui relayaient uniquement les aspects négatifs des prises en charge.

Un autre médecin a confié avoir assisté à des attaques directes de manifestantes à l'entrée d'un congrès de gynécologie par le biais d'insultes, de pancartes et de faux sang dirigés à leur rencontre.

De nombreux avis positifs de ce mouvement ont été recueillis par certains professionnels interrogés. Ceux-ci ont estimé que des pratiques effectivement maltraitantes devaient être mises en lumière.

D'autres ont fait part d'une prise de conscience et d'une remise en question de leurs pratiques, ils ont expliqué que certaines habitudes avaient pu s'installer au cours d'une routine professionnelle et être mal perçues par la patiente. A la lecture des témoignages des patientes, certains ont pris conscience que le ressenti de la patiente n'était pas suffisamment pris en compte.

Enfin, un des soignants a fait la comparaison entre le système de soin français et Anglo-Saxon concernant la notion de consentement. Dans le système Anglo-Saxon, le consentement était systématique et généralisé pour toutes les situations y compris les urgences vitales. L'existence de ces différences l'a fait réfléchir sur les pratiques réalisées en France.

Défense Agacement	<ul style="list-style-type: none"> • M18: « c'est vrai que la première réaction quand on vous pique, c'est de vous retirer. » • M15: « (souffle) » • M7: « ça me pose question parce que finalement on essaie de faire notre travail et il y en a qui ne sont pas contentes de ça. »
Prudence	<ul style="list-style-type: none"> • M13: « il faut en prendre et en laisser » • M14: « le truc sur les réseaux sociaux, c'est que parfois dans la manière dont certains témoignages sont apportés ou dont les choses sont vulgarisées, tu rentres très facilement dans ce truc « les méchants gynécologues ».
Affectés	<ul style="list-style-type: none"> • M8: « j'ai été un peu touchée personnellement dans ma pratique quand je voyais qu'on parlait essentiellement de tout ce qui n'allait pas. » • M14: « J'avais l'impression de payer un peu pour des gens qui ont des pratiques que moi, je n'ai pas »
Attaques directes	<ul style="list-style-type: none"> • M14: « il y avait des manifestantes devant l'entrée du centre et quand tu allais en formation, tu recevais du faux sang, elles avaient des pancartes, tu te faisais insulter. Et du coup, ça a été assez violent comme première confrontation à cela de manière directe. Tu es tout jeune interne, tu n'as encore « rien fait » et déjà tu es dans une posture où tu as envie de te défendre de ça et en même temps tu ne peux pas nier qu'il y a des violences gynécologiques et obstétricales .»
Avis positifs	<ul style="list-style-type: none"> • M3 : « il est temps que ça soit révélé » • M9 : « c'est pas mal d'en parler, de dénoncer ce genre de pratiques qui peuvent je suis d'accord exister. »
Remise en question	<ul style="list-style-type: none"> • M11: « ça nous permet de réfléchir, on prend conscience de certaines choses auxquelles peut-être on s'était habitué aussi, même si on faisait à la base attention. » • M18 : « ça a éveillé quand même une interrogation et une conscience que peut-être on ne faisait pas assez attention au ressenti de la patiente chez un certain nombre de praticiens. » • M9 « Des fois tu te poses la question peut être avant de faire les choses, "est ce que je prends bien le temps de faire les choses", "est ce que je ne vais pas être maltraitante ?"»
Comparaison avec l'étranger	<ul style="list-style-type: none"> • M11 : « (référence à l'Angleterre) On lui demande tout, on lui explique tout et on lui demande des consentements pour tout. Ce qui peut paraître très sévère en France » • M11 : « quand j'ai eu mon expérience anglaise, je me rends compte quand même qu'on est très très loin (insiste) en France de ce qu'on pourrait proposer aux femmes et donc forcément ça pose question. »

Tableau 12 : Sous thème « Réactions des professionnels », subdivisions et exemples de citations issus des verbatims

Adaptation des pratiques :

Au fil des 18 entretiens la notion d'adaptation des pratiques s'est détachée auprès de certains professionnels de santé (tableau 13).

L'évolution s'est opérée essentiellement autour de la notion de consentement qui était pour certains praticiens tacite et qui était maintenant explicitement formulé. Ceci contrastait avec les soignants pour lesquels le motif de consultation gynécologique restait un accord implicite à l'examen. Ils ne verbalisaient donc pas la demande d'accord considérant que l'examen était cohérent avec le motif de consultation.

Pour certains professionnels, une notion d'obligation d'adaptation s'est détachée. Une chartre de consultation en gynécologie a été élaborée par CNGOF en 2021 qui a été dorénavant affichée dans la salle d'attente d'un des praticiens à la demande du Collège.

D'autres professionnels ont adapté leur pratique à la suite d'un incident lors de consultation (une irruption d'un confrère ou d'un patient pendant un examen clinique) qui a été mal vécu par la patiente qui a exprimé son mécontentement. Désormais ils ont déclaré s'assurer de la sureté de l'intimité de la patiente.

Pour un autre professionnel, sa pratique personnelle s'est modifiée en apportant plus d'explications sur son geste en amont de l'examen.

D'autres médecins ont déclaré insister davantage auprès des jeunes praticiens sur la notion de consentement au cours de leur formation, un aspect qui n'était pas enseigné auparavant. A

présent cette notion a été intégrée explicitement dans les cours réalisés aux internes en formation.

Pour certains médecins femmes, leur propre expérience personnelle gynécologique était un élément qui influençait leur pratique. Certaines ne souhaitaient pas reproduire certains aspects négatifs vécus ou certaines pratiques et prenaient en charge les patientes de la même manière dont elles souhaiteraient l'être.

Certains professionnels ont intégré désormais de façon systématique lors de l'interrogatoire, le dépistage des violences de manière générale aussi bien psychologiques que physiques que sexuelles. L'absence de réponse tel un « silence » était également ajouté au dossier médical.

Toutes ces adaptations relayées sont à nuancer par l'existence de professionnels qui ne constataient pas de modification dans leur pratique médicale car selon eux ils ont toujours eu un savoir « être médical » tout au long de leur carrière. Parmi ces professionnels, les plus jeunes ont dit qu'ils avaient été sensibilisés à cette problématique dès le début de leur exercice.

Consentement	<ul style="list-style-type: none"> • M14 : « au début de mon internat, je disais "je vais vous examiner" , là je dis "est ce que vous êtes d'accord pour que je vous examine ?". Je reste vraiment sur le consentement à chaque étape, ça je ne le faisais pas au début. Enfin pas si explicitement » • M18: « Il était tacite, c'est vrai qu'avant la dame venait en consultation, elle savait qu'il y avait la palpation des seins, la pose du spéculum etc. Mais je ne me revois pas dire " vous permettez ? Je peux ? etc ". Maintenant, j'ajoute ce temps-là à la consultation [...] Que je ne verbalisais pas forcément. » • M3: « je fais beaucoup plus attention à être sûre que je demande. » <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • M1: « si elles viennent, me voir c'est qu'elles sont d'accord pour que je fasse un examen gynécologique. [...] Soit elles viennent pour un frottis, elles savent ce qu'on va faire. » • M7: « je ne demande pas forcément "est ce que vous êtes d'accord pour que je vous examine ?". Elles viennent ici, elles savent très bien que je vais les examiner »
Obligation	<ul style="list-style-type: none"> • M15 : « La seule chose est que maintenant, il y a une chartre concernant l'examen gynécologique qui a été élaborée par le CNGOF, le syndicat des gynécologues obstétriciens. Il nous a demandé de l'afficher en salle d'attente. Donc voilà. Il fallait faire, sur la conduite de l'examen »
Retours des patientes	<ul style="list-style-type: none"> • M11 « j'avais des choses à demander à ma collègue, on a fait un petit échange toutes les deux pendant que la patiente attendait, déshabillée puis elle nous en a fait le reproche. Et là, on s'est dit toutes les deux, " plus jamais, on ne rentrera dans la pièce sans frapper, sans excuse-moi" » • M5 : « je ferme la porte à clé la porte de mon cabinet pour pas qu'on soit dérangé par un affreux jojo qui vient voir si j'ai fait le bon de transport. C'est arrivé une fois, donc maintenant je ferme la porte. »
Explications données	<ul style="list-style-type: none"> • M12 : « Je prends plus le temps de me poser. J'explique beaucoup plus en amont ce que je vais faire, je m'assure vraiment que la personne ait vraiment compris pour qu'il n'y ait pas de mauvaise surprise »

Formation médicale	<ul style="list-style-type: none"> • M18: « on a des situations qui sont arrivées, on se dit: "peut-être insister sur certaines notions dans la formation des jeunes". Je leur ai dit, "vous voulez bien faire, vous voulez être sûr de votre diagnostic etc, mais il ne faut pas faire des choses dont la femme n'est pas capable d'accepter" [...] j'ai fait un cours aux internes [...] j'ai bien parlé de ce qu'il faut pas dire, ce qu'il faut plutôt dire [...] "vous devez absolument demander l'autorisation pour faire l'échographie vaginale". Si la femme refuse, vous ne la faites pas.» • M14: « pour mes stages d'avant, même externe ou quand on me demandait de faire une observ' ou d'examiner un patient, on ne m'a jamais dit "il faut demander la permission au patient". Du coup là-dessus, j'essaie de faire plus attention. »
Influence personnelle	<ul style="list-style-type: none"> • M17: « l'expérience personnelle fait aussi. Je pense quand on est une femme, on a aussi vécu des frottis [...] quand on l'a vécu soi-même, on se dit "je ne veux pas qu'on soit comme ça avec moi donc je vais être comme ça avec la patiente" » • M12: « Ça me semble important parce qu'en tant que patiente j'ai subi des examens gynécologiques pénibles et je n'ai pas envie de reproduire ce genre chose en tant que médecin. Surtout pas ! » • M14 : « j'ai toujours traité les femmes de la manière dont moi j'ai envie qu'on me traite »
Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> • M10: « je demande aux femmes et finalement je me suis dit que je pouvais aussi la poser aux hommes, de savoir s'ils ont été victimes de violence. Tout simplement pas forcément sexuelles, psychologiques et je note dans le dossier médical "pas de violence" ou "oui" ou des "silences" [...] c'est vrai que ça a modifié au moins cet aspect-là » • M6: « je pars du principe que la personne qui est en face de moi a déjà peut être vécu des violences ou de la maltraitance gynécologique »
Absence de changement	<ul style="list-style-type: none"> • M15 « j'ai toujours fait en sorte de faire hyper attention. J'ai toujours fait ça depuis le départ » • M9: « Pour moi j'avais déjà un comportement, enfin qui me semblait adapté. Donc, je n'ai rien changé dans ma pratique quotidienne » • M2: « Je ne vois pas ce que j'aurais pu modifier [...] j'essaie d'expliquer ce que je vais faire mais pas en faire plus ni moins. » • M13 « Je pense que ça été naturel pour moi d'agir comme ça et je ne pense pas que ça a joué sur ma prise en charge. »

Tableau 13 : Sous thème « Adaptation », subdivisions et exemples de citations issus des verbatims

3.6 Perspectives pour agir contre la maltraitance gynécologique selon les professionnels de santé

Notre dernière thématique d'étude était celle des perspectives proposées par les professionnels de santé pour lutter contre cette maltraitance en consultation de gynécologie (voir annexe 9).

Déroulé de la consultation :

Pour certains praticiens, une des perspectives de lutte contre la maltraitance gynécologique commence dans le déroulé de la consultation elle-même (tableau 14).

Certains ont souligné l'importance des premiers moments d'une consultation à ne pas négliger, débutant par la présentation du professionnel de santé au patient. Puis, l'étape de l'interrogatoire est considérée par certains professionnels comme une étape clé de la consultation. Cette étape devait permettre de connaître le réel motif de consultation. D'autres soignants ont insisté sur la nécessité d'être plus à l'écoute afin de pouvoir mettre en confiance la patiente et aboutir à un échange. Un des professionnels a suggéré que le suivi devait être réalisé par un même praticien afin de pérenniser cette confiance.

D'autres professionnels ont estimé qu'il était important de dépister les antécédents de violences et maltraitances chez la patiente au moment de l'interrogatoire. Connaître le vécu de la patiente permettait de mieux conduire la consultation et d'anticiper d'éventuels blocages lors de l'examen.

Pour certains professionnels de santé, un des éléments pouvant éviter la maltraitance débutait dans une organisation adéquate du cabinet. Des soignants ont souligné l'importance du respect

de la pudeur de la patiente, en mettant en place un endroit dédié à son déshabillage qui devait être réalisé par étapes. Selon certains praticiens, en séparant l'examen pelvien de l'examen mammaire, la patiente n'était pas entièrement nue sur la table d'examen, ceci permettait de respecter son intimité. De plus, avoir un matériel adapté et à proximité du lieu d'examen afin de ne pas laisser trop longtemps la patiente en position gynécologique était à prendre en considération.

Pour de nombreux soignants la demande de consentement était un élément clé pour mener une consultation, il s'agissait de pouvoir respecter les souhaits de la patiente et par conséquent d'accepter un potentiel refus de l'examen clinique. Un praticien a ajouté qu'il était important de prendre en compte l'acceptabilité par la patiente. Il s'agissait de trouver l'équilibre qui pouvait être parfois difficile pour un soignant entre des examens recommandés et nécessaires à la bonne prise en charge et ce que la patiente était quant à elle en capacité d'accepter ou de tolérer en tant que personne. La volonté de bien faire ne devait pas être au dépend de l'acceptabilité par la patiente.

Pour certains professionnels de santé, les explications apportées lors de la consultation étaient un point central dans la prise en charge de la patiente. Il s'agissait de lui expliquer en amont les différentes étapes de l'examen, les gestes réalisés afin que le praticien soit assuré de leur bonne compréhension. Ce temps-là permettait une préparation mentale à l'examen clinique selon un des soignants et de diminuer l'appréhension de l'examen. Un médecin a ajouté que justifier et expliquer les aspects négatifs de certaines étapes permettait à la patiente de comprendre et de ne pas rester sur la seule expérience négative pouvant influencer son futur suivi gynécologique et interrompre son suivi. Pour d'autres professionnels l'examen clinique devait être hiérarchisé par étapes, et ne devait pas commencer directement par l'examen gynécologique mais plutôt par une prise initiale de tension artérielle.

1er contact

- M11 : « D'abord, il faut se présenter parce que tout le monde en prenant un rendez-vous n'est pas censé savoir qui il va voir »
- M16 : « C'est vraiment demander à la personne, pourquoi elle vient. »
- M12 : « ce qui serait bien est d'écouter les patientes [...] s'il y a une bonne phase d'écoute en amont, c'est beaucoup plus facile de les mettre à l'aise et de faire en sorte qu'elles se sentent bien »
- M4 : « Je pense que c'est la consultation où il faut une confiance avec le médecin »
- M17 : « la discussion, la communication, c'est ça qui fait qu'on évite la maltraitance. A condition d'entendre ce que l'autre dit. »
- M8 : « un suivi par la même personne, c'est ça qui les met en confiance, que ce soit une gynécologue ou une sage-femme, que ce soit une personne qu'elle voit tout le temps à chaque rendez-vous quoi et pas qu'elle change à chaque fois. »

Antécédents de maltraitance

- M3 : « bien interroger les antécédents pour être sûre qu'il n'y ait pas de maltraitance sexuelle avant qui peut créer un blocage sur l'examen gynécologique »
- M14 : « c'est important de prendre ce temps-là, de savoir s'il y a eu des violences avant, de savoir quel est le vécu des femmes par rapport à leurs corps dans le sens organique. »
- M9 : « beaucoup de femmes viennent je ne pense pas seulement pour un dépistage parce qu'elles ont peut-être un mal-être. Et ça ce serait pas mal de poser la question un peu en systématique, sur les violences sexuelles, il y a beaucoup de femmes qui se tournent vers nous pour ça. »

<p>Environnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • M10: « un coin dans lequel la patiente peut se déshabiller derrière un rideau si elle le souhaite. » • M2: « s'équiper aussi de façon adéquate c'est-à-dire mettre le matériel proche de soi, pour ne pas avoir à laisser les femmes trop longtemps en position gynéco. » • M12: « une table qui ne les oblige pas à se contorsionner dans tous les sens pour faire un examen gynécologique. Qu'elles ne soient pas obligées de mettre leurs poings sous les fesses » • M3: « Pas la mettre toute nue sur la table d'examen pour faire et l'examen mammaire et l'examen gynécologique. Faire en plusieurs étapes »
<p>Consentement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • M7: « demander leur accord avant de les toucher. Ça paraît simple. Ce qui est intéressant, c'est qu'il y a des personnes qui vont penser qu'à partir du moment où la patiente ou le patient a décidé de venir en consultation c'est qu'elle donne son consentement alors que d'autres vont demander pour chaque geste. » • M1: « Si on dit, " non je ne veux pas ", on respecte » • M18: « il y a ceux qui veulent bien faire car ils ont peur s'ils font pas les choses correctement on leur reproche et quelque part on peut le comprendre. Et de l'autre côté, il faut respecter ce que la femme est capable ou non d'accepter. »
<p>Explications de l'examen clinique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • M12: « je pense qu'avec une bonne phase d'écoute et de préparation de l'examen, où on explique bien les choses, les tenants et aboutissants, ça fait une bonne préparation » • M2 : « D'expliquer ce qu'on va faire, pour faire déjà baisser un petit peu l'appréhension » • M6: « Cela ne prend pas beaucoup plus de temps d'expliquer ce que tu vas leur faire, est ce qu'elles sont d'accord ? Est ce qu'elles comprennent ce que c'est ? » • M13: « il faut prendre le temps de lui expliquer ce qu'il va se passer et dans quel ordre, pourquoi on le fait » • M14: « tous les aspects "négatifs" qu'il peut y avoir dans une consultation, les expliquer et les justifier après. Pour sortir un peu de "bah, on m'a fait mal et je ne sais pas pourquoi, je ne sais pas ce que cela a amené mais ce que je retiens, c'est qu'on m'a fait mal et du coup je ne retournerai plus chez le gynécologue"» • M15: « on ne commence jamais un examen gynécologique d'emblée [...] on commence toujours par vérifier la tension et après on passe à l'examen gynécologique. »

Tableau 14 : Sous thème « Déroulé de la consultation », subdivisions et exemples de citations issus des verbatims

Rôle du professionnel :

Pour certains soignants, les professionnels de santé ont leur rôle dans les perspectives d'action contre la maltraitance gynécologique (tableau 15).

Pour certains, il était important que le corps médical reconnaisse l'existence d'actes de maltraitance pouvant se produire sur leur lieu d'exercice. Il s'agissait de pouvoir légitimer la parole des patientes lors de la dénonciation d'un acte ressenti comme maltraitant et ne pas adopter une attitude de jugement, en considérant leurs propos comme exagérés. Certains ont suggéré de formuler directement aux patientes que l'acte qu'elles avaient subi n'était pas normal. D'autres ont estimé que pouvoir s'excuser auprès de la patiente lors d'un examen plus douloureux que prévu était aussi une possibilité envisageable auprès de la patiente. Pour d'autres, il s'agissait aussi d'aider les patientes qui avaient subies de la maltraitance en leur proposant une orientation psychologique selon le cas échéant.

Certains praticiens encourageaient les patientes à se révolter contre la maltraitance et poursuivre leurs actions. D'autres soignants ont suggéré une prise de parole des professionnels de santé sur le sujet des maltraitements via les plateformes de communication grand public afin d'informer la population générale de manière scientifique et médicale.

Certains professionnels de santé ont suggéré plus d'attention à l'éducation de la patiente. Il s'agissait de pouvoir les sensibiliser à l'examen gynécologique normal, afin qu'elles puissent reconnaître une situation anormale et éviter qu'elles prennent les informations via des sources

peu fiables. Aborder la notion de consentement avec la patiente lors de la consultation était un point qui a été proposé par un des praticiens, en les informant que l'examen gynécologique devait être réalisé avec leur accord et que l'examen pouvait être arrêté à tout moment. Un médecin a suggéré un temps d'information intégré à une consultation pouvant être lors d'une consultation en rapport avec de la prévention, lors d'une première pilule ou lors de l'entrée au lycée.

De nombreux professionnels de santé ont évoqué la notion de temporalité comme perspective d'amélioration. Pour certains, il s'agissait de prendre le temps avec la patiente, d'être disponible pour s'adapter à son rythme et ne pas expédier la consultation. Ils ont souligné que l'examen gynécologique en tant que tel prenait seulement quelques minutes, il était important de prendre le temps nécessaire pour mettre à l'aise la patiente, qu'elle se sente respectée et réaliser une prise en charge globale en intégrant l'aspect psychosocial. Ce temps permettait selon un soignant de ne pas perdre de vue que le médecin prend en charge une personne humaine et non un organe. Ceci nécessitait une adaptation du planning de consultations des praticiens, en évitant d'être surchargé. Pour d'autres soignants, il était nécessaire de rester dans le cadre médical de la consultation en gardant une distance avec la patiente. L'exemple a été donné du vouvoiement systématique de la patiente malgré la demande de certaines d'un tutoiement lors des suivis de grossesse. Garder la distance nécessaire était alors un signe de respect vis-à-vis de la patiente.

Reconnaissance

- M8: « *il ne faut pas noyer le problème, et dire "ça ne concerne pas notre hôpital, ça ne concerne pas notre service, tout le monde travaille bien" »* »
- M6: « *pas minimiser les mouvements ou les violences qu'il y a pu avoir. Si quelqu'un en parle, il ne faut pas dire "oui mais, ça n'existe pas, elle est chachotte, elle exagère". Il faut toujours légitimer la pensée de quelqu'un qui te parle de violences, c'est quelque chose qu'il a peut-être vécu »* »
- M14: « *le fait d'être capable de dire "oui j'entends, je comprends que ça a été difficile et non ce n'est pas normal ce qui vous est arrivé". C'est important aussi, que les patientes l'entendent de la part de soignants. »* »
- M14: « *des fois que la pose de spéculum ne soit pas agréable, parfois ça peut faire mal et s'excuser à la fin, c'est aussi important je pense. « Je suis désolée ». Ça m'arrive souvent de dire, « je suis désolée de vous avoir fait mal mais j'ai vu ce qu'il y avait à voir et comme ça on va pouvoir avancer ».* »
- M14: « *de les orienter si besoin vers un psy. »* »

Prise de parole

- M8 : « *il faut qu'il y ait plus de professionnels qui prennent la parole sur les réseaux sociaux car c'est là où ça se joue. »* »
- M7 : « *j'essaie de dire à mes patientes c'est vraiment (insiste) de s'élever contre ça je leur explique que c'est elles qui vont changer les choses de l'intérieur et c'est elles qui vont pouvoir en parler. »* »

Education de la patiente

- M4: « *en sensibilisant nos patients à ce qui est normal de ce qui n'est pas normal. C'est-à-dire si un examen gynécologique est douloureux et un peu brute, il faut qu'elles sachent dire que ce n'est pas normal et voilà qu'il faut arrêter la consultation dans ces cas-là mais pas se laisser faire »* »
- M8: « *ça passe par l'éducation, pour éviter justement qu'elles prennent les informations»* »
- M16: « *Il faudrait commencer par dire qu'on est là pour parler, pour faire le point de ce qui ne va pas. S'il n'y a pas grand-chose ce n'est pas grave mais surtout qu'il n'y a aucune obligation à l'examen. C'est avec leur consentement si ce n'est pas aujourd'hui, c'est une autre fois »* »
- M10: « *à quel moment doit-on parler de ça à la femme, ça doit probablement prendre une place dans nos différents temps avec la femme, peut être lors de la prescription de la première pilule ou lors de l'entrée au lycée ou peut être un peu avant.»* »

Prendre le temps	<ul style="list-style-type: none"> • M16: « ne pas être contre la montre car cela est perçu. C'est prendre le temps » • M11 : « une consultation gynéco, c'est quand même 30 minutes, je sais que je gagne moins d'argent à cause de ça parce que j'ai moins de rentabilité mais c'est nécessaire pour mettre les gens à l'aise » • M3: « ne pas faire la consultation en cinq minutes. » • M8: « Je travaille en service d'urgence donc forcément le temps est compté. Avoir plus de temps pour elle et plus d'écoute. Je pense que ça en découle. » • M9: « pour la pratique hospitalière, ce n'est pas avoir des consultations qui durent 20 minutes. Parce qu'en 20 minutes, il y a tellement de choses à faire. Tu peux être beaucoup plus focalisé sur le soin et le dépistage que vraiment sur l'écoute de la patiente. Je pense que c'est le temps accordé aux patientes déjà, ça serait pour moi la chose à vraiment prioriser. »
Prise en charge globale individualisée respectueuse	<ul style="list-style-type: none"> • M14: « Dans un respect mutuel en prenant en compte l'ensemble de la patiente, sur ses aspects moraux et mentaux. » • M11: « Il faut que les patientes se sentent respectées, qu'on s'adapte aussi un peu. Ça change aussi d'une patiente à l'autre. » • M11: « Je vouvoie toujours mes patientes, jamais de tutoiement[...] même si elle le demande notamment dans les suivis de grossesse [...] ce n'est pas bon de tout mélanger, c'est un signe de respect aussi. [...] il faut qu'on reste en tant que professionnel droit dans nos bottes et ne pas déroger à certaines règles, et les règles c'est justement la distance. »

Tableau 15 : Sous thème « Rôle du professionnel », subdivisions et exemples de citations issus des verbatims

La formation médicale :

Pour certains professionnels de santé les perspectives d'amélioration passaient par la formation médicale (tableau 16).

Pour certains, la formation médicale initiale pourrait évoluer en intégrant la bonne éducation médicale dès le début de la formation. Un des soignants a ainsi suggéré de sensibiliser les étudiants à la notion de maltraitance. Un autre a évoqué un stage obligatoire en gynécologie dans les études médicales.

Pour d'autres, les stratégies d'amélioration passaient par la formation médicale continue, qui pourrait se dérouler au décours de congrès ou par le biais de groupe de pairs afin d'informer les professionnels en cours d'exercice qui n'auraient pas accès à ces évolutions. Le but serait de valoriser la démarche réflexive de leurs pratiques vis-à-vis du ressenti de la patiente. Un autre soignant a suggéré une supervision des pratiques lors de groupe de parole où les praticiens en décalage avec la dynamique du groupe seraient contraints à un suivi psychologique. Pour un autre soignant, la volonté de bien faire en début de carrière pouvait s'estomper au fur et à mesure du temps, encourager les bonnes pratiques et informer tout au long de l'activité professionnelle semblaient être nécessaire.

Formation initiale	<ul style="list-style-type: none"> • M18: « il faudrait en parler dans la formation généraliste et pas être uniquement sur les QCM [...] que cet aspect-là soit inclus dans la formation. Pour ceux qui s'orientent vers la spécialité, insister parce qu'ils sont sur le terrain. » • M11: « ce n'est pas parce qu'on va nous taper sur les doigts qu'on ne va pas faire quelque chose [...], il faut aussi sensibiliser les gens à la prudence, le respect [...] la formation initiale, c'est évident. L'effort des vieux pour accompagner les jeunes dans la bonne direction, la transmission. » • M12: « on n'est pas sensibilisé pendant notre cursus, très très peu. Si déjà on nous sensibilise en tant qu'étudiant, et bien ça donnera de bons réflexes. » • M12: « tout médecin devrait au moins faire un tout petit peu de gynécologie. Pas forcément un stage de six mois mais au moins avoir été en consultation de gynécologie sur quelques jours voire quelques semaines, juste pour qu'il soit sensibilisé à ça, « comment ça se passe », « ce qu'il peut se passer »
Formation continue	<ul style="list-style-type: none"> • M18: « Ne pas oublier la formation des gens déjà en exercice et qui ne sont pas forcément intéressés à cet aspect-là parce qu'ils sont dans leur truc, qu'ils ne lisent pas, ne sont pas attentifs [...] des interventions lors des congrès professionnels, des groupes de paroles. » • M18: « il faut que les professionnels de santé aient accès au ressenti, au vécu des patientes. S'il y a des interrogations, « des reproches », il faut qu'ils les entendent mais il faut éviter l'agressivité, de telle sorte que ça amène gentiment les gens à se questionner et éventuellement faire évoluer leurs pratiques » • M5: « se réunir, deux, trois fois par an et parler comme un soin éthique. Un endroit de supervision où on parlerait et si les professionnels ne sont pas bien avec la dynamique de groupe et bien on les oblige à être supervisés par un psy par exemple. » • M11 « les bonnes volontés finissent par s'échauffer si elles n'ont pas d'encouragements, d'informations et toutes les ambitions peuvent s'effondrer quand même. »

Tableau 16 : Sous thème « Formation médicale », subdivisions et exemples de citations issus des verbatims

Les stratégies sociétales :

Pour un des professionnels de santé, la perspective de changement allait au-delà du contexte gynécologique (tableau 17). L'amélioration de la place de la femme dans la société actuelle serait un point central. Cela permettrait aux femmes d'acquérir davantage d'autonomie en renforçant la liberté de disposer de leur corps et aux jeunes soignants d'intégrer ces nouvelles valeurs dans leurs pratiques médicales. Pour un autre praticien, il s'agissait de pouvoir renforcer l'idée auprès de tous les patients et pas uniquement les patientes, qu'ils étaient libres dans leur prise en charge médicale, dans le choix de leur médecin, thérapeutique et examens. Un autre soignant pensait que les dénonciations initiales étaient nécessaires pour une mise en lumière de la problématique mais suggérait de faire progresser le débat vers un échange moins accusateur et moins hostile envers les professionnels de santé afin d'éviter une attitude défensive de leur part.

Stratégies sociétales

- M14: « *les femmes ne sont pas bien traitées d'une manière générale dans la société. En améliorant la position des femmes dans la société et les violences qui leurs sont faites d'une manière générale, physiques, mentales, en terme de charge mentale ... Cela amènera forcément à avoir d'une part des générations de patientes qui auront assez d'autonomie au sens presque philosophique du terme pour dire "non, c'est mon corps, je n'ai pas envie que vous fassiez cela, vous ne le faites pas". Et d'autre part, des générations de soignants qui ont ce truc là en tête et qui le feront de manière spontanée.* »
- M10: « *ça va au-delà de la violence gynécologique en soit, c'est affirmer au patient, qu'il est libre dans le choix de son médecin, de son traitement, dans le choix d'être examiné ou pas.* »
- M18: « *plus du dialogue entre les "usagers" et les praticiens. Au départ, c'est lancer le pavé dans la mare, très bien mais si on veut développer cette culture de l'empathie, la bienveillance etc. du respect de la personne ... Il faut continuer à échanger mais sous une forme moins accusatrice parce que je pense que si c'est trop accusateur, il va y avoir une réaction de défense mais en fait il faut l'éviter [...] il faut faire grandir le débat. Sans hostilité.* »

Tableau 17 : Sous thème « Stratégies sociétales », subdivisions et exemples de citations issus des verbatims

4 Discussion

4.1 Résumé des principaux résultats

Ce travail a permis de mettre en évidence que les professionnels de santé ont une représentation exhaustive de la notion de la maltraitance en consultation de gynécologie. Pour eux, la maltraitance gynécologique ne se limitait pas seulement au geste technique mais incluait l'aspect de la communication, les différences de perception de la situation vécue entre le soignant et la patiente ainsi qu'une domination intellectuelle et une composante institutionnelle.

Certains professionnels ont constaté des patientes davantage pro-actives, plus informées avec plus de demandes. Les situations mal vécues sont désormais exprimées. Certains relevaient dans leur exercice un sentiment de peur et d'idées préconçues chez les patientes à l'issue de la lecture des témoignages.

Depuis l'apparition de la notion de maltraitance en consultation de gynécologie, les professionnels ont manifesté des comportements émotionnels différents pouvant être des réactions de défense, d'agacement, de prudence ou de remise en question de leurs pratiques. La dénonciation de la maltraitance gynécologique a été accueillie positivement par certains soignants. Certains professionnels ont adapté leurs pratiques avec la formulation explicite du consentement, l'intégrant également à la formation des plus jeunes, d'autres mettaient l'accent davantage sur les explications apportées à la patiente et certains ont intégré désormais le dépistage de la maltraitance au sens large à leur prise en charge. Pour certains soignants, les professionnels pourraient jouer un rôle dans l'action contre la maltraitance gynécologique par la reconnaissance de l'existence de celle-ci, par le biais de prises de paroles afin d'informer le grand public mais aussi la communauté médicale. Certains professionnels ont insisté sur le fait qu'un des leviers possibles d'action est de centrer la consultation sur la patiente, ce qui nécessite un temps suffisant de prise en charge.

4.2 Forces et limites

La première force de ce travail était son originalité. En effet il s'est positionné du côté des professionnels de santé, un axe qui a été jusqu'alors peu étudié dans la littérature. Le choix de la méthode qualitative s'est fait par la volonté de recueillir le point de vue des professionnels de santé, cette approche est peu représentée. Ceci nous a permis d'évaluer au travers de l'expérience des professionnels si une évolution comportementale et relationnelle médecin-patient s'était produite autour de la notion de maltraitance en consultation gynécologique. Dans un second temps cela a permis de proposer des perspectives d'amélioration. Cette méthodologie utilisée nous semblait la plus adaptée pour obtenir des réponses variées et accéder aux ressentis des professionnels de santé. Les auteures ont essayé de suivre au plus près les recommandations des items de la grille COREQ (32).

La deuxième force de notre travail résidait dans la diversité de notre échantillon de professionnels de santé. Cette diversité concernait l'âge (de 28 ans à 69 ans), le sexe (14 femmes et 4 hommes), le lieu d'exercice (7 en milieu rural et 10 en milieu urbain), la spécialité (10 médecins généralistes dont un interne, 4 sages-femmes et 4 gynécologues dont un interne) et le

mode d'exercice (14 en cabinet libéral, 4 en milieu hospitalier). Nous avons donc recueilli des données auprès des différentes catégories de professionnels de santé impliquées dans les consultations gynécologiques. On pouvait noter que presque la moitié de l'échantillon de professionnels avait une durée d'exercice de moins de 10 ans alors que l'autre moitié avait une durée d'exercice comprise entre 11 et 40 ans (annexe 5). Nous avons donc ciblé à part égale une population qui a commencé son exercice en même temps ou après la création de l'hashtag #PayeTonUterus sur le réseau social médiatique Twitter et une population qui a commencé son exercice avant cette création.

La troisième force de ce travail était la réalisation d'une triangulation. Chaque entretien a été analysé successivement par la thésarde et co-thésarde. La mise en commun des résultats de l'analyse a permis de limiter les biais d'interprétation. La méthodologie choisie pour l'analyse était l'analyse thématique faisant partie des méthodes de référence en analyse qualitative (31). Chaque entretien retranscrit a été analysé à l'aide du logiciel N'VIVO R1.7. Il est important de noter que les professionnels de santé nous ont fait confiance dans leur très grande majorité. Il a été proposé à chaque participant un envoi de leur verbatim pour valider leurs propos. Seuls trois participants ont souhaité cet envoi mais aucune modification n'a été apportée.

Cette étude sera enrichie par le travail de Madame Mathilde Badets, réalisé parallèlement portant sur le point de vue des patientes concernant l'évolution socio comportementale et relationnelle autour de la notion de maltraitance en consultation de gynécologie. L'intérêt de ces travaux simultanés était d'avoir une vision complémentaire des professionnels de santé et des patientes afin de mettre en lumière chaque point de vue.

La première limite de ce travail concernait la faible représentation des gynécologues. Nous avons été confrontées à des difficultés de recrutement. Initialement, nous avons envoyé plusieurs mails et laissé nos coordonnées aux secrétariats médicaux mais les retours n'ont pas été concluants. Une approche différente par présentation directe au cabinet a été essayée mais nous avons été confrontées à des refus justifiés par un « manque de temps » ou bien « une absence de problème » vis-à-vis du thème de la maltraitance lors de l'énoncé de notre sujet d'étude. Une autre approche a été de ne pas mentionner le mot « maltraitance » lors de notre premier contact, ce qui a permis de recruter un professionnel mais il a été difficile d'approfondir certaines questions.

La deuxième limite de notre travail concernait de potentiels biais de recueil des données. Certains participants étaient connus de l'enquêtrice créant un biais de recrutement. On notera que cela a quand même permis de recruter par l'effet « boule de neige » d'autres professionnels sur recommandations. Les soignants qui ont participé aux entretiens étaient probablement sensibilisés et intéressés par le sujet. Les propos des praticiens désintéressés ou agacés par le sujet n'ont pas pu être suffisamment recueillis constituant un biais de sélection. L'enquêtrice principale n'avait pas d'expérience antérieure concernant la réalisation d'entretiens semi dirigés ayant pu produire un biais d'investigation. Deux éléments correctifs ont été appliqués. Les entretiens ont été effectués en alternance avec l'étape d'analyse. L'analyse des premiers entretiens a mis en évidence un manque de relance de l'enquêtrice aboutissant à certaines idées non suffisamment développées et pouvant engendrer une perte de données. Nous avons donc fait évoluer notre guide d'entretien. La formulation de certaines questions a été améliorée et d'autres ont été réorientées afin d'augmenter leur pertinence. Une analyse rétrospective de la

technique d'entretien a été réalisée selon l'échelle de Whyte dans le but d'évaluer le degré de directivité de l'enquêtrice (33). Selon les entretiens, le score fluctuait entre 1 et 5. Les faibles scores sont trouvés dans les entretiens initiaux et les taux importants dans les entretiens finaux, soulignant l'efficacité de notre élément correctif. Le deuxième élément correctif a été la réalisation d'entretiens par une deuxième enquêtrice.

L'environnement des entretiens n'a pas été homogène puisque le choix du lieu et de l'horaire des entretiens a été laissé à la convenance des participants afin de faciliter leur inclusion dans l'étude. Des entretiens ont été réalisés au domicile des participants, d'autres sur le lieu d'exercice. On notera que 3 entretiens ont été réalisés par visioconférence (domicile et lieux d'exercice) ce qui a pu impacter l'échange en introduisant une distance. Certains entretiens réalisés au cabinet médical ont pu avoir une durée courte du fait des plannings très chargés. La fatigue rencontrée sur le lieu d'exercice a pu également influencer les réponses. Les professionnels de santé ont pu omettre des informations, en ne développant pas leurs idées par manque de temps créant un biais d'information. La durée courte des premiers entretiens aurait pu être améliorée par des entretiens tests réalisés en plus grand nombre.

Nous ne pouvons pas terminer cette revue des limites de notre travail sans évoquer le biais inhérent à toute étude qualitative. L'étude qualitative par définition nécessite une démarche interprétative qui est subjective créant un biais d'interprétation. Un des risques lors de l'analyse est de privilégier la sélection de données correspondant à ses propres idées permettant de confirmer ses hypothèses et de négliger celles qui s'en écartent. Pour limiter au maximum ce biais nous avons réalisé une triangulation en réalisant une analyse de l'ensemble des entretiens par deux personnes.

4.3 Une représentation actuelle de la maltraitance diversifiée et étendue

Les professionnels de santé de notre étude ont fait part de leur représentation de la notion de maltraitance en consultation de gynécologie. Une définition exhaustive en est ressortie. Elle ne se limitait pas seulement au geste technique mais incluait aussi l'aspect de la communication et les différences de perception de la situation vécue entre le soignant et la patiente qui pouvaient être dues à une différence culturelle. Nous avons aussi relayé la domination intellectuelle et la composante institutionnelle dans la définition de cette notion.

Fonquerne (2021), dans une étude qualitative de cas basée sur la reconstitution d'une consultation gynécologique observée en cabinet de ville, dont le motif de consultation était la contraception orale, note huit formes de violences différentes parmi lesquelles, la négation des souffrances, la culpabilisation, le jugement, l'imposition, la rétention d'informations, la désinformation, l'hétéro normativité coercitive et le paternalisme médical (34). Dans notre étude nous avons retrouvé les explications insuffisantes (la rétention d'informations, la désinformation), l'absence de consentement (imposition), la formulation (culpabilisation, jugement) et les différences de perception incluant la dimension culturelle (négation des souffrances, l'hétéro normativité coercitive). Le paternalisme médical n'a pas été évoqué comme une maltraitance actuelle. Enfin nous révélons une composante institutionnelle à la notion de maltraitance gynécologique.

L'aspect institutionnel est néanmoins retrouvé dans une prise de parole en 2017 de Benachi *et al.* (35). Les auteurs parlent de maltraitance des patients mais aussi du personnel médical et

non médical qui souffrent « silencieusement » par le manque de moyen ainsi que « les demandes de toujours plus » rejoignant nos résultats. Benachi *et al* évoquent à la fois un sentiment de toute puissance de certains professionnels qualifiés de pathologique mais présents dans d'autres domaines professionnels. Ils parlent d'un « savoir être » manquant chez certains praticiens dû à un manque d'intérêt ou de formation à la relation médecin patient. Ils ajoutent également à leur définition de la maltraitance, la maladresse des mots utilisés et l'exercice d'une médecine dépersonnalisée. Ces éléments ont été évoqués par les soignants de notre étude dans leur représentation de la maltraitance gynécologique.

Les professionnels sont conscients d'une évolution nécessaire face à l'étendue actuelle de la représentation de la maltraitance gynécologique. Le CNGOF a exprimé en juin 2022 son inquiétude face à « l'usage actuel du mot viol pour qualifier les examens médicaux, notamment gynécologiques réalisés sans la moindre intention sexuelle » (36). Le CNGOF appellent les pouvoirs publics à ouvrir une réelle discussion à ce sujet et demande une distinction entre les actes à caractère sexuel et les examens médicaux vaginaux ou rectaux pratiqués dans le cadre d'une prise en charge médicale.

4.4 Un modèle médecin-patient en constante évolution

Dans notre étude, certains professionnels de santé ont évoqué une évolution de la relation médecin-patient dans un contexte de schéma paternaliste et de pouvoir médical longtemps prédominants. En ce qui concerne la notion de maltraitance gynécologique, certains praticiens interrogés ont remarqué, des patientes davantage pro-actives, plus informées, avec plus de demandes et avec des situations mal vécues plus verbalisées. De leur côté certains professionnels relèvent être plus attentifs à la patiente dans sa globalité.

La relation médecin-patient est très étudiée dans la littérature et d'autant plus de nos jours avec les maladies chroniques et la place de l'éducation thérapeutique. Une recherche documentaire réalisée par Fournier et Kerzanet (2007) identifie les différents modèles existants (37). Dans les années 50, il existe un modèle unique de relation médecin patient où le rôle social est le fondement de cette relation comme le décrit Parsons. Le médecin offre une prise en charge « universelle » et présente une « neutralité affective », le patient n'a pas de responsabilité. Puis Szasz et Hollander complètent ce modèle de relation en décrivant le médecin comme toujours actif et le patient pouvant être actif ou passif modulant le schéma de leur relation. Freidson fait évoluer le modèle en introduisant l'éventuel aspect passif du médecin.

Dans les années 90 d'autres modèles de consultations voient le jour, où le patient est alors mis au centre de la relation où l'expérience vécue par le patient est prise en compte.

Dans ces approches, la participation centrale du patient inclue la notion d'éducation thérapeutique qui est de plus en plus plébiscitée par l'OMS (38). Dans cette démarche la décision thérapeutique est partagée entre le patient et le médecin. Le modèle BERCER (Bienvenue Entretien Renseignement Choix Explication Retour) préconisée par l'OMS et la HAS lors d'une consultation d'une primo contraception met bien évidence le concept de « counselling » et de « démarche éducative » en intégrant à la fois la notion de conseil et d'accompagnement de la patiente par l'expression de ses propres choix et la notion de partenariat pédagogique centrée sur la patiente visant à promouvoir sa santé et à l'autonomiser (39,40).

Cette évolution dans la relation est à lire à la lumière de la situation actuelle où la population générale utilise de plus en plus les médias sociaux y compris dans le domaine de la santé. La recherche d'Antheunis *et al.* (2013) qui étudie les motivations et les obstacles de l'utilisation des médias sociaux pour des raisons liées à la santé montre chez les patientes une volonté de plus de connaissances, d'échanges de conseils, une recherche de soutien social et selon les médias utilisés, un souhait d'expression (41).

4.5 La formation médicale comme stratégie interpersonnelle contre la maltraitance ?

D'après nos résultats, pour certains soignants interrogés, le professionnel semblait jouer un rôle à part entière dans la lutte contre les maltraitances en consultation de gynécologie. En effet certains suggéraient que les professionnels de santé devaient reconnaître l'existence possible d'actes de maltraitance qui pouvaient être involontaires lors des consultations gynécologiques. Ainsi, sensibiliser les soignants par la formation médicale initiale et continue avait alors été évoquée comme un levier possible. Certains commençaient déjà à l'intégrer dans le compagnonnage des futurs praticiens.

Concernant la formation initiale, la littérature rapporte une étude sur simulateur pour réaliser l'examen intime et suggère que cet exercice permet à la fois l'apprentissage des compétences de réflexion professionnelle ainsi que la réalisation du geste technique d'un examen intime (42). Ces temps de réflexion permettent de développer le professionnalisme avec une approche centrée sur le patient ainsi qu'une prise de décision éthique (42). L'étude de Coldidott *et al* (2003) souligne certaines failles dans la réalisation des examens cliniques intimes chez les étudiants, notamment autour du consentement (43). Ils suggèrent une vigilance concernant l'enseignement de l'éthique à la faculté dont les normes évoluent dans le temps.

En ce qui concerne les professionnels déjà en exercice, la formation continue est aussi suggérée comme une perspective dans l'étude de Mena *et al* (2022)(44). Cet aspect de la formation et plus particulièrement sur la communication des professionnels de santé fait l'objet de nombreuses études sans qu'un consensus sur leur utilité puisse être dégagé. D'un côté, la revue systématisée de Hulsmann *et al* (1999) concernant des études randomisées, contrôlées n'apporte pas de preuves concluantes de l'efficacité des programmes de formation chez les médecins déjà en exercice. (45). D'un autre côté l'étude contrôlée randomisée d'Alder *et al* (2007) suggère que la communication patient médecin en gynécologie obstétrique peut être améliorée par un programme de formation basée sur des déficits de compétences spécifiques plutôt que par un programme de formation standard, non spécifique à l'ensemble d'une équipe de médecins (46). Ainsi une approche pédagogique individualisée centrée sur le praticien en se focalisant sur les lacunes en matière de communication semble être efficace pour améliorer la communication médecin-patient (47).

Aux Pays Bas, plusieurs recherches s'intéressent à la maltraitance liée aux soins dans les établissements de gynécologie (48). Parmi elles, une étude qualitative évaluant la perception de la maltraitance liée au soin auprès de soignants avant et après un modèle pédagogique de théâtre basé sur des jeux de rôle suggère que le jeu de rôle soit être un moyen efficace pour renforcer l'empathie et d'améliorer les compétences en communication des professionnels de santé (49). Les soignants semblent avoir une plus grande aptitude à reconnaître les maltraitances et à

assumer la responsabilité afin d'agir et prévenir. Cette approche pourrait être intéressante à expérimenter en France dans le cadre des consultations nécessitant un examen intime.

Conclusion

Notre recherche a permis de recueillir une définition étendue et diversifiée chez les professionnels de santé de la maltraitance gynécologique. Nous confirmons notre hypothèse de recherche initiale avec pour certains soignants une évolution de la société, des patientes et de leur propre pratique. Il y a une libération de la parole où les situations mal vécues sont désormais exprimées. Certaines patientes sont davantage pro actives en étant plus informées ce qui génère plus de demandes mais aussi plus d'idées préconçues. Certains professionnels formulent maintenant explicitement le consentement, l'intégrant également à la formation des plus jeunes, d'autres apportent plus d'explications à la patiente et certains recherchent de possibles antécédents de maltraitance. La profession propose d'autres évolutions. Les médecins devraient reconnaître l'existence de maltraitements gynécologiques et prendre la parole à la fois auprès des patientes et de leurs confrères via la formation initiale et continue.

Même si notre étude se positionne 9 ans après l'apparition en France de la notion de maltraitance gynécologique, le débat au sein des professionnels reste d'actualité avec notamment des discussions autour d'un encadrement des pratiques de l'examen pelvien. D'autres études seront donc nécessaires pour évaluer dans le futur l'impact de ces recommandations.

Résumé

Introduction : La notion de maltraitance en consultation de gynécologie est présente depuis quelques années en France. L'avis des professionnels de santé a été très peu étudié dans la littérature. L'objectif principal était d'obtenir le point de vue des professionnels de santé sur leur représentation de la maltraitance en consultation gynécologique et sur l'évolution autour cette notion de la société, des patientes et des praticiens.

Matériel et méthodes : Une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de professionnels de santé de Nouvelle Aquitaine a été réalisée. Les entretiens ont été retranscrits et ont fait l'objet d'une analyse thématique triangulée à l'aide du logiciel N'VIVO.

Résultats : Dix-huit professionnels de santé ont été interrogés. La représentation de la maltraitance en consultation de gynécologie par les professionnels est exhaustive, le geste technique, la communication, les différences de perception de la situation vécue ainsi que la domination intellectuelle et la composante institutionnelle ont été abordées. Certains praticiens constatent des patientes davantage pro-actives, plus informées avec plus de demandes et parfois un sentiment de peur et d'idées préconçues basées sur les témoignages des médias sociaux. L'apparition de cette notion a engendré des réactions émotionnelles différentes chez les soignants : l'agacement, la défense, la prudence, la remise en question ou bien des avis positifs. Certains professionnels ont adapté leurs pratiques avec la formulation explicite du consentement, l'intégrant également à la formation des plus jeunes. D'autres mettent l'accent davantage sur les explications apportées à la patiente et certains ajoutent le dépistage des violences. Ces évolutions sont à nuancer car quelques professionnels n'ont pas modifié leurs pratiques et ne décèlent pas de changement chez leurs patientes.

Conclusion : Depuis l'apparition en France de la notion de maltraitance en consultation gynécologique les professionnels de santé ont fait part d'une représentation de cette notion étendue et diversifiée. Certains d'entre eux perçoivent en consultation une évolution des patientes, ainsi qu'une adaptation des pratiques médicales nuancées par le constat d'une absence de changement pour d'autres. Ils proposent des pistes d'amélioration notamment sur la formation médicale initiale et continue.

Mots clés : maltraitance gynécologique, professionnels de santé, entretiens semi dirigés, étude qualitative

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la Réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : Titre III: Prévention et santé publique (article 86). JORF n°0167 du 22 juillet 2009.
2. Arnault F. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. Situation au 1er janvier 2022 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/bnhcwi/cnom_atlas_demographie_2022_tome_2_approche_territoriale_par_specialites.pdf
3. Gynécologie et Santé des femmes. L'offre de soins 6. Prise en charge gynécologique [Internet]. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
4. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaf. L'examen clinique en gynécologie. Support de cours. 2011-2012. [Internet]. [cité 8 août 2022]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/examen_gynecologique/site/html/cours.pdf
5. Larsen M, Oldeide CC, Malterud K. Not so bad after all..., Women's experiences of pelvic examinations. *Fam Pract.* 1997;14(2):148-52.
6. Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B. Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82(11):1030-6.
7. Oscarsson M, Benzein E. Women's Experiences of Pelvic Examination: An Interview Study. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2002;23(1):17-25.
8. Street RL, Haidet P. How Well Do Doctors Know their Patients? Factors Affecting Physician Understanding of Patients' Health Beliefs. *J Gen Intern Med.* janv 2011;26(1):21-7.
9. Pereira BM, Raes F. Trois décennies de mobilisations féminines et féministes en Amérique latine: Une évaluation des avancées, des limites et des futurs enjeux de l'action collective des femmes. *Cah Am Lat.* 2002;(39):17-36.
10. Pérez D'Gregorio R. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *Int J Gynecol Obstet.* 2010;111(3):201-2.
11. #PayeTonUterus - Carian Twitter / Twitter [Internet]. Twitter. [cité 9 oct 2022]. Disponible sur: <https://twitter.com/search?lang=ms&q=%23payetonuterus>, https://twitter.com/hashtag/payetonuterus?src=hashtag_click
12. Durning P. Maltraitements: une notion floue, des réalités incontournables. *Actual Doss En Santé Publique.* 2000;(31):57-9.
13. Compagnon C, Ghadi V. La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Etude sur la base de témoignages. Rapp Commandé Par HAS. 2009;
14. Dagnaud M, Mehl D. Les gynécologues 1 : une profession sous influence. *Sociol Trav.* 1988;30(2):271-85.
15. Bousquet D, Couraud G, Collet M. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme [Internet]. [cité 14 sept 2022]. Report No.: n°2018-06-26-SAN-034. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>
16. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Violences obstétricales : l'Ordre des médecins regrette les propos de la Secrétaire d'Etat auprès du Premier Ministre, chargée de l'Egalité entre les femmes et les hommes. Communiqué de presse. 25 juill 2017;
17. Nisand I, Letombe B. De quoi le « Gynéco Bashing » est-il le nom ? *La Lettre du gynécologue.* 2017;411:6-7.

18. De Gunzbourg H. La violence gynécologique et les sages-femmes. Doss Obstétrique. 2017;472:2-4.
19. Belaisch Allart J. Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2022;50(4):289-90.
20. Descarries F. Le projet féministe à l'aube du XXI^e siècle : un projet de libération et de solidarité qui fait toujours sens. Cah Rech Sociol. 2011;(30):179-210.
21. Chauveau S. Les espoirs déçus de la loi Neuwirth. Clio. 2003;(18):223-39.
22. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. JORF n°0015 du 18 janvier 1975.
23. Ley Organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia du 23 avril 2007 (article 15 alinéa 13). N°38.668 [Internet]. Disponible sur: <https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/1121/ley-organica-derecho-mujeres-vida-libre-violencia>
24. Ley 26.485 du 11 mars 2009. Ley de Proteccio, Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ambitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (article 6) [Internet]. avr 1, 2009. Disponible sur: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_26485_violencia_familiar.pdf
25. Lei n° 17.097 de 17 De Janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. janv 19, 2017.
26. Lorriaux A. Touchers vaginaux sur patientes endormies: un tabou à l'hôpital ? Metronews. 2 févr 2015;
27. de Bort C, Lahaye M-H, Kammerer B. Tribune : Le consentement, point aveugle de la formation des médecins [Internet]. Je n'ai pas consenti. [cité 5 nov 2022]. Disponible sur: <https://jenaipasconsenti.tumblr.com/tribune>
28. Sur les docks : podcast et émission en replay [Internet]. France Culture. 2015 [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/sur-les-docks>
29. Déchalotte M. Le livre noir de la gynécologie. Paris: Pocket; 2019.
30. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : Titre II : Démocratie Sanitaire (article 11). JORF du 5 mars 2002.
31. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101.
32. 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.
33. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. BMJ. 1995;311(6999):251-3.
34. Fonquerne L. « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! ». Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception: Santé Publique. 2022;Vol. 33(5):663-73.
35. Benachi A, Hatem G, Thévenot J, Nisand I. A challenge for gynecology-obstetrics: promoting "well-treatment" to eradicate abuse in care. Rev Prat. 2017;67(9):947-8.
36. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Communiqué de presse du 23 juin 2022 [Internet]. [cité 30 sept 2022]. Disponible sur: <http://www.engof.fr/patientes/presse/782-distinction-viol-acte-medical>
37. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature: Santé Publique. 2007;Vol. 19(5):413-25.
38. Groupe de travail de l'OMS. Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques.

[Internet]. 1998. Disponible sur:
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf

39. Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'homme et chez la femme. Rapport d'élaboration [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf

40. Haute Autorité de Santé. Contraception: prescriptions et conseils aux femmes. Recommander les bonnes pratiques [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf

41. Antheunis ML, Tates K, Nieboer TE. Patients' and health professionals' use of social media in health care: Motives, barriers and expectations. *Patient Educ Couns*. 2013;92(3):426-31.

42. Ker JS. Developing professional clinical skills for practice – the results of a feasibility study using a reflective approach to intimate examination. *Med Educ*. 2003;37(s1):34-41.

43. Coldicott Y, Pope C, Roberts C. The ethics of intimate examinations-teaching tomorrow's doctors. *BMJ*. 2003;326(7380):97-101.

44. Mena-Tudela D, Roman P, González-Chordá VM, Rodríguez-Arrastia M, Gutiérrez-Cascajares L, Ropero-Padilla C. Experiences with obstetric violence among healthcare professionals and students in Spain: A constructivist grounded theory study. *Women Birth*. 2022;in press.

45. Hulsman RL, Ros WJ, Winnubst JA, Bensing JM. Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Med Educ*. 1999;33(9):655-68.

46. Alder J, Christen R, Zemp E, Bitzer J. Communication skills training in obstetrics and gynaecology: whom should we train? A randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet*. 2007;276(6):605-12.

47. Hobma S, Ram P, Muijtjens A, van der Vleuten C, Grol R. Effective improvement of doctor-patient communication: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2006;56(529):580-6.

48. 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.

49. Swahnberg K, Wijma B. Staff's perception of abuse in healthcare: a Swedish qualitative study. *BMJ Open*. 2012;2(5):e001111.

ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire d'information pour les professionnels de santé

Formulaire d'information professionnels de santé

Chère consœur, cher confrère

Nous sommes deux internes de médecine générale et nous préparons notre thèse sous la direction du Docteur Stéphanie Mignot. L'objectif de cette étude est d'obtenir le point de vue des professionnels de santé sur leur représentation concernant la notion de maltraitance en consultation de gynécologie et sur l'évolution autour de cette notion de la société, des patientes et des praticiens.

Pour cela, nous avons besoin de votre avis en tant que professionnels de santé afin de savoir si des modifications de pratiques, comportements se sont produits.

Les professionnels de santé volontaires sont interrogés sous la forme d'entretiens individuels dont la durée dépend de l'inspiration que vous aurez sur le sujet

L'enregistrement de l'entretien est proposé au participant pour privilégier l'échange. Les enregistrements sont anonymes par l'attribution d'un code puis détruits à la fin de l'étude. Les données sont dans un premier temps retranscrites mot à mot, puis renvoyées au participant s'il le souhaite afin de valider ses propos. Les données sont analysées à l'aide d'un logiciel afin de dégager les thèmes principaux.

Le participant peut refuser de répondre à certaines questions ou d'aborder certains thèmes. Il peut aussi mettre fin à sa participation sans motiver sa décision.

Les propos recueillis sont utilisés aux seules fins de cette étude.

Chaque participant peut demander, si besoin, un complément d'informations en nous contactant à l'adresse électronique : these.cecile.mathilde@gmail.com

Fait à : Le :

Cécile Mautalen Mathilde Badets

Annexe 2 : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Merci de participer à cet entretien et de bien vouloir répondre à quelques questions dont les réponses seront primordiales pour notre étude.

Notre recherche porte sur la notion de maltraitance en consultation de gynécologie. L'objectif est d'obtenir votre point de vue en tant que professionnel de santé sur votre représentation de la maltraitance gynécologique et votre avis concernant l'évolution autour de cette notion de la société, des patientes et des praticiens.

Cette idée nous est venue en nous questionnant sur l'élan de manifestations et de dénonciations d'actes de maltraitance gynécologique portées par un mouvement social initié par les femmes en 2014.

Pour rappel, les mouvements sociaux dont nous faisons référence concernent les dénonciations, via les réseaux sociaux et les médias, de maltraitements gynécologiques dans le cadre d'une consultation de gynécologie. Ces mouvements sociaux ont commencé en 2014, en France avec la création du hashtag #PayeTonUterus sur Twitter, du Tumblr «je n'ai pas consenti » par Anne-Charlotte Husson. On peut citer également les témoignages sur la page Facebook « Paye ton gynéco » ou dans le livre de Mélanie Dechalotte, Le livre noir de la gynécologie.

Au cours de l'entretien, j'aimerais aborder 4 thèmes sur lesquels vous pouvez m'exposer librement votre point de vue. Il n'y a bien sûr aucun jugement sur le contenu de vos réponses. Les entretiens resteront anonymes et seront enregistrés pour que je puisse ensuite les retranscrire et vous les renvoyer afin que vous les validiez.

Présentation :

Avant de répondre aux questions, j'ai besoin de quelques informations vous concernant : afin de pouvoir illustrer les caractéristiques des professionnels qui participent à l'étude.

-Age :

-Sexe :

-Début d'exercice :

-Lieu d'exercice : (ville+ précision rural/urbain)

-Mode d'exercice (libéral/hospitalier/mixte)

-Particularité d'exercice : (pratique de la gynéco ? si oui quels gestes réalisés ?)

Thème 1 : Définition de la notion de maltraitance en consultation de gynécologie par les professionnels de santé

-D'après vous comment se manifeste la maltraitance en consultation de gynécologie ?

Reformulation :

- Quelle serait votre définition en tant que professionnels de santé de cette notion de maltraitance en consultation de gynécologie qui voit le jour ?

Thème 2 : Analyse des changements chez les patientes

-Que pensez-vous des attitudes actuelles des patientes en consultation de gynécologie ?

-En comparaison il y a quelques années qu'en pensez-vous ? Se sont-elles modifiées ?

Clarifications

- Avez-vous observé des changements d'attitudes des patientes lors des consultations ?
 - Pendant l'interrogatoire ?
 - Pendant l'installation ?
 - L'examen clinique ?

- Que pensez-vous des attentes des patientes actuellement ?

Thème 3 : Analyse des changements chez les praticiens

-Quel regard portez-vous sur votre pratique actuelle depuis l'apparition de cette notion de maltraitance ?

Reformulation :

- En comparaison il y a quelques années que pensez-vous de votre pratique actuelle ?

Clarifications :

- Que pensez-vous de votre attitude pendant la consultation depuis l'apparition de cette notion de maltraitance ?
- Votre comportement s'est-il modifié ? pendant l'interrogatoire ? L'installation de la patiente ? pendant l'examen clinique ?
- Certains aspects de votre prise de charge ont-ils été modifiés ?
- Que pensez-vous de la relation médecin patiente actuelle depuis l'apparition de la notion de maltraitance gynécologique ?

Thème 4 : Amélioration de la relation patiente / médecin

Comment en tant que professionnels de santé pouvons-nous agir contre la maltraitance en consultation de gynécologie ?

Clarifications

- Comment selon vous la relation médecin patiente peut être améliorée ?
- Comment imaginez-vous une consultation de gynécologie bien menée ?

Annexe 3 : Feuille de consentement

FEUILLE DE CONSENTEMENT

Maltraitance en consultation de gynécologie : représentation, évolution et perspectives.
Etude qualitative par entretiens semi-directifs individuels auprès de professionnels de santé

Je soussigné, (code d'identification) _____ déclare :

- Avoir reçu, lu et compris la notice d'information sur l'étude et avoir pu poser toutes les questions nécessaires sur cette recherche et reçu toutes les informations que je souhaite.
- Accepter librement et volontairement de participer à la recherche décrite.
- Accepter que l'entretien soit enregistré à des fins de retransmissions écrites. Les retransmissions écrites seront validées par les participants et pourront être modifiées.
- Accepter de donner un moyen de communication (mail, numéro de téléphone) pour que les promoteurs de l'étude puissent me contacter si je souhaite recevoir les verbatims ou les résultats de l'étude.

Je sais que :

- Mon anonymat sera conservé et que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication.
- Je peux à tout moment mettre un terme à ma participation à cette recherche sans devoir motiver ma décision.
- Pour tous renseignements complémentaires, je peux contacter les internes en charge de l'étude Cécile Mautalen et Mathilde Badets : (these.cecile.mathilde@gmail.com).

La responsable de l'étude : Docteur Mignot Stéphanie

Fait à , le / /

Signature de la participante (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Annexe 4 : Comité d’Ethique de La Rochelle



COMITE D'ETHIQUE

Président du Comité d’Ethique
Dr Didier LAMBERT

La Rochelle, le 07 11 2022

Secrétariat
Muriel CHAMPAGNAC
☎ 05 46 45 88 91
✉ muriel.champagnac@ght-atlantique17.fr

ATTESTATION

Je soussigné Docteur Didier LAMBERT, Président du Comité d’Ethique du Groupe Hospitalier Littoral Atlantique, certifie que :

Madame MAUTALEN Cécile a participé à la séance du comité d’éthique du **22 septembre 2021**.

Madame MAUTALEN Cécile a présenté durant cette séance, à l’ensemble des membres du comité d’éthique, le sujet de son travail ci-dessous :

« L’impact des récents mouvements sociaux sur la maltraitance gynécologique, dans la relation médecin patiente »

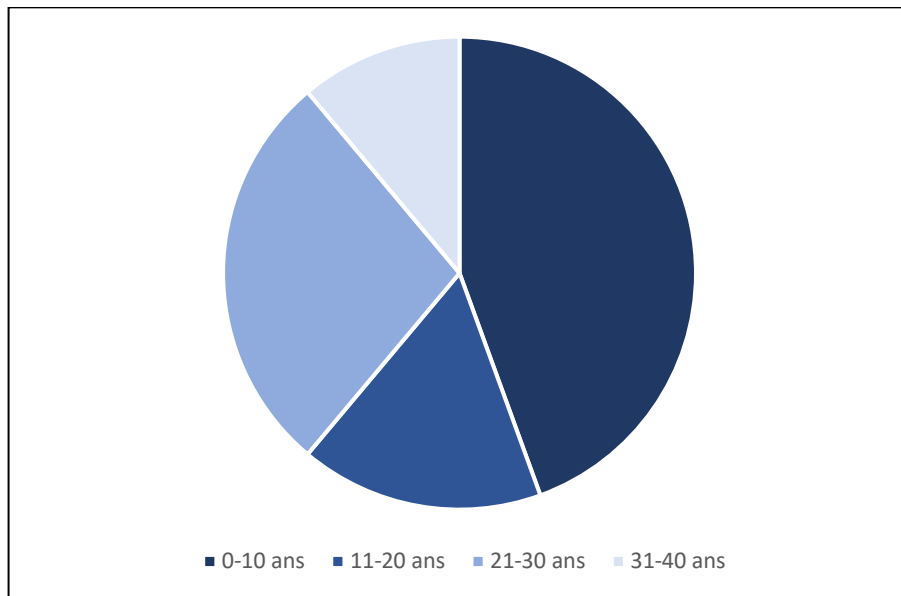
Madame MAUTALEN Cécile a obtenu l’approbation du comité à l’issue de cette séance.

Attestation remise en mains propres à l’intéressée pour servir et faire valoir ce que de droit.

Docteur D. LAMBERT

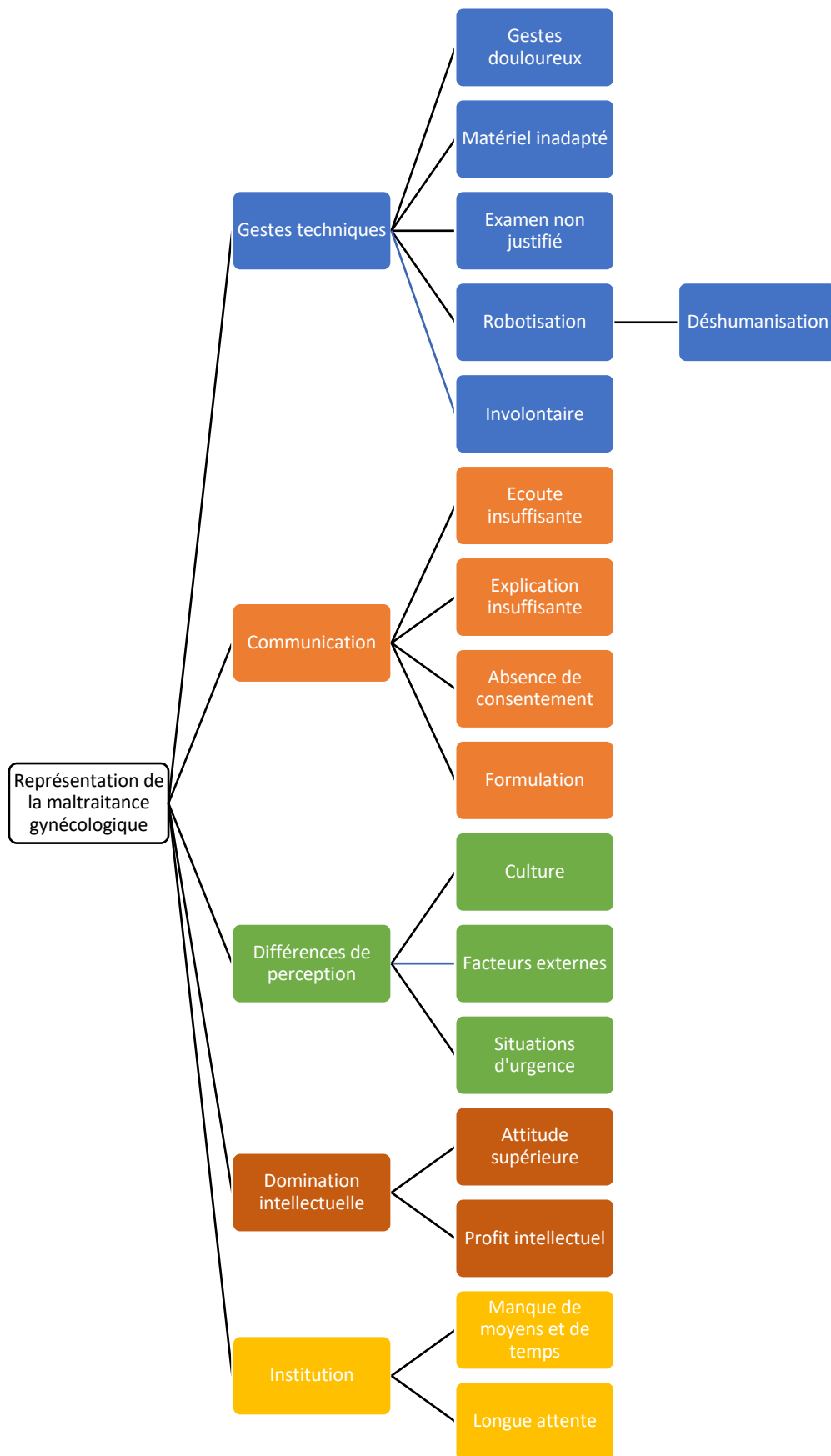
A handwritten signature in black ink, appearing to be 'D. Lambert', written over a horizontal line.

Annexe 5 : Répartition de la durée d'exercice des professionnels de santé



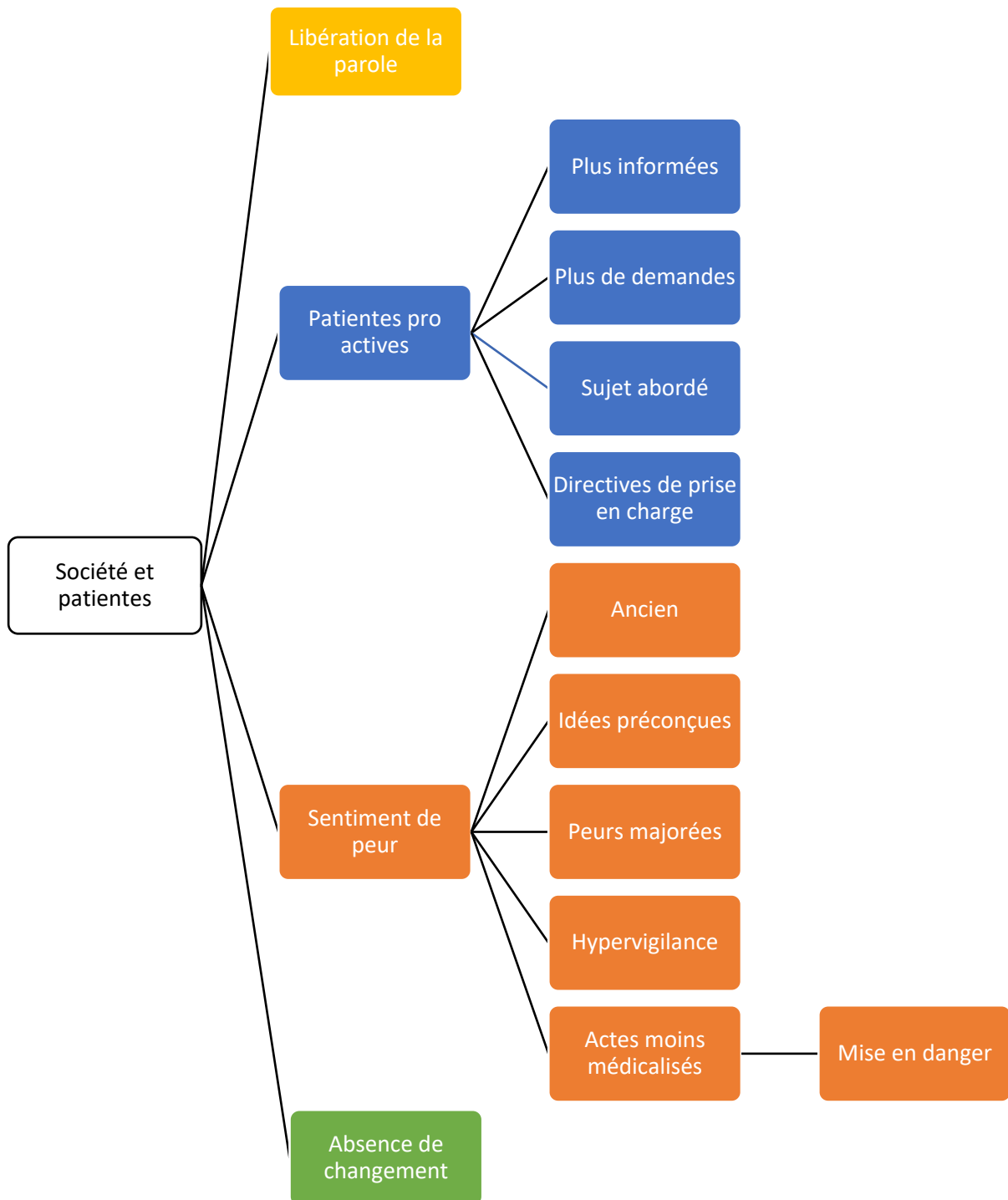
Répartition de la durée d'exercice des professionnels de santé

Annexe 6 : Représentation de la maltraitance gynécologique chez les professionnels



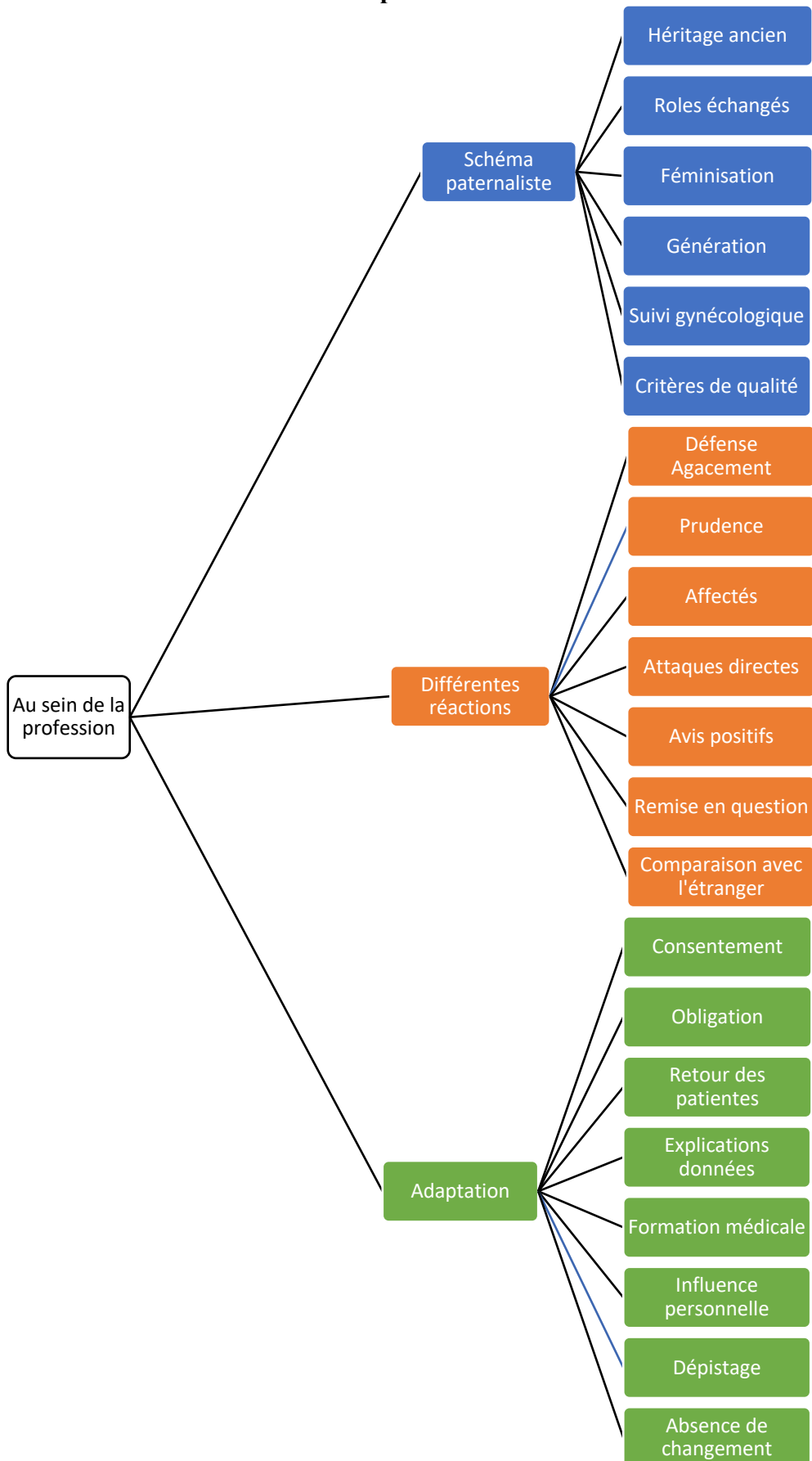
Représentation de la maltraitance gynécologique chez les professionnels de santé

Annexe 7 : Vision des professionnels de santé sur l'évolution de la société et des patientes



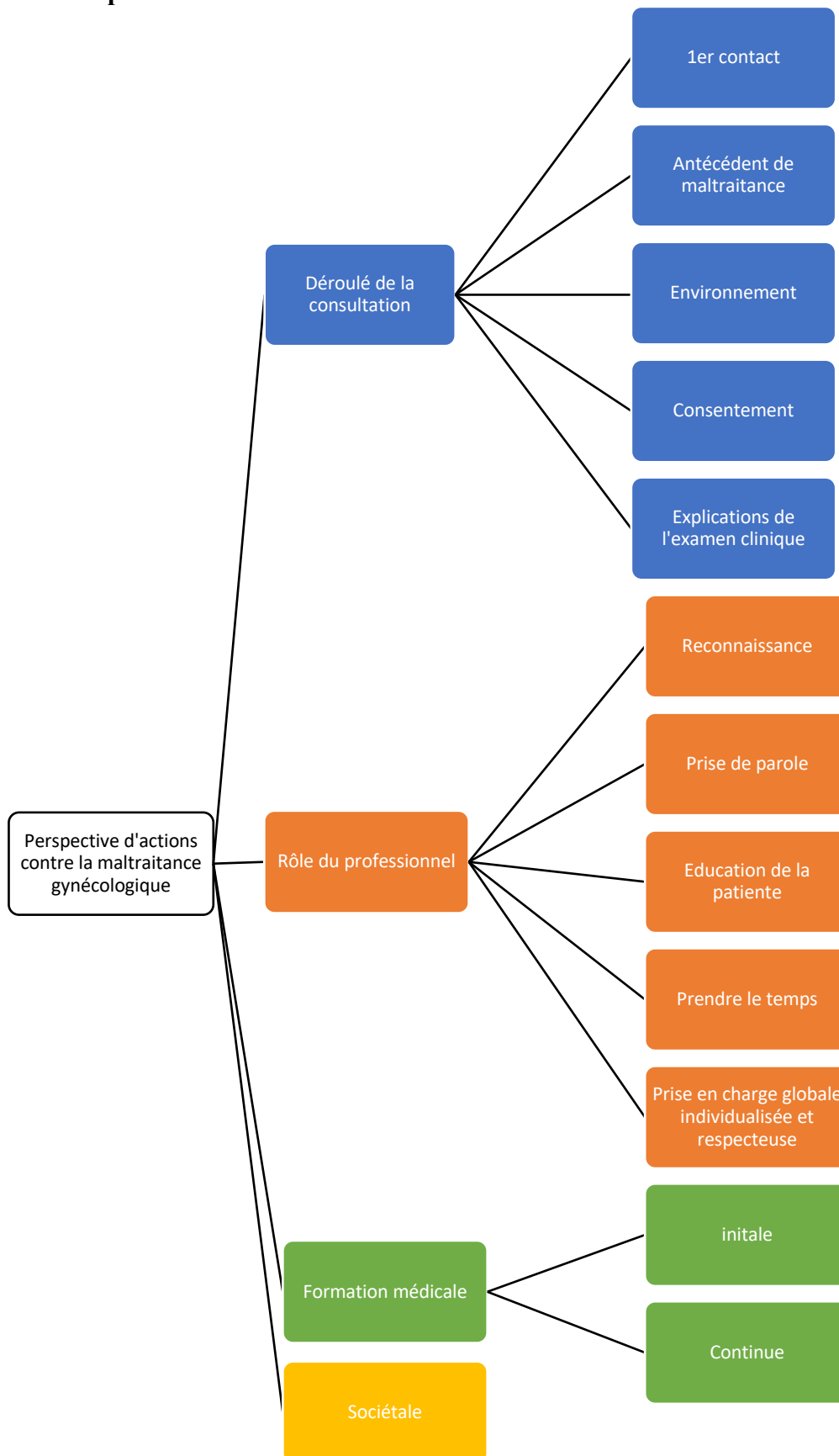
Vision des professionnels de santé sur l'évolution de la société et des patientes

Annexe 8 : Évolution au sein de la profession



Évolution au sein de la profession

Annexe 9 : Perspectives d'actions contre la maltraitance gynécologique suggérées par les professionnels de santé



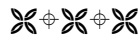
Perspectives d'actions contre la maltraitance gynécologique suggérées par les professionnels de santé

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME :

Introduction : La notion de maltraitance en consultation de gynécologie est présente depuis quelques années en France. L'avis des professionnels de santé a été très peu étudié dans la littérature. L'objectif principal était d'obtenir le point de vue des professionnels de santé sur leur représentation de la maltraitance en consultation gynécologique et sur l'évolution autour cette notion de la société, des patientes et des praticiens.

Matériels et méthodes : Une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de professionnels de santé de Nouvelle Aquitaine a été réalisée. Les entretiens ont été retranscrits et ont fait l'objet d'une analyse thématique triangulée à l'aide du logiciel N'VIVO.

Résultats : Dix-huit professionnels de santé ont été interrogés. La représentation de la maltraitance en consultation de gynécologie par les professionnels est exhaustive, le geste technique, la communication, les différences de perception de la situation vécue ainsi que la domination intellectuelle et la composante institutionnelle ont été abordées. Certains praticiens constatent des patientes davantage pro-actives, plus informées avec plus de demandes et parfois un sentiment de peur et d'idées préconçues basées sur les témoignages des médias sociaux. L'apparition de cette notion a engendré des réactions émotionnelles différentes chez les soignants : l'agacement, la défense, la prudence, la remise en question ou bien des avis positifs. Certains professionnels ont adapté leurs pratiques avec la formulation explicite du consentement, l'intégrant également à la formation des plus jeunes. D'autres mettent l'accent davantage sur les explications apportées à la patiente et certains ajoutent le dépistage des violences. Ces évolutions sont à nuancer car quelques professionnels n'ont pas modifié leurs pratiques et ne décèlent pas de changement chez leurs patientes.

Conclusion : Depuis l'apparition en France de la notion de maltraitance en consultation gynécologique les professionnels de santé ont fait part d'une représentation de cette notion étendue et diversifiée. Certains d'entre eux perçoivent en consultation une évolution des patientes, ainsi qu'une adaptation des pratiques médicales nuancées par le constat d'une absence de changement pour d'autres. Ils proposent des pistes d'amélioration notamment sur la formation médicale initiale et continue.

Mots clés : maltraitance gynécologique, professionnels de santé, entretiens semi dirigés, étude qualitative