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 19 octobre 2022 à Poitiers

par Charlotte PHILIPPART

Ressenti des femmes usagères de drogues auprès des professionnels de santé dans le cadre de leur suivi gynécologique et obstétrical

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Membres : Madame le Docteur Marie MIS

Madame le Docteur Ghina HARIKA-GERMANEAU

Monsieur le Docteur Régis AUDIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Marc BESNIER

Liste des enseignants en médecine de Poitiers

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2021 - 2022

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- 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
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT 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
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en disponibilité)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive **(retraite au 01/01/2022)**
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- 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, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- 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
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie **(en mission 1an a/c du 12/07/2021)**
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres 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
- BOINOTCatherine, 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
- 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
- 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
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

Aux membres du jury de thèse :

A Monsieur le Professeur Nematollah Jaafari,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et de l'intérêt que vous portez à mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Ghina Harika-Germaneau et Madame le Docteur Marie Mis,

Je vous remercie grandement d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse, j'en suis sincèrement honorée.

A Monsieur le Docteur Régis Audier,

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Merci pour ton accompagnement au cours de mon internat, ton soutien et ta pédagogie. Merci de m'avoir fait découvrir le monde de la toxicomanie et de m'avoir inspirée ce travail.

A mon directeur de thèse, le Docteur Marc Besnier,

Je te remercie de m'avoir accompagnée dans ce travail. Tu m'as guidée avec bienveillance tout au long de cette aventure. Merci pour ton soutien, tes conseils précieux et ta présence, y compris dans les moments les plus difficiles.

Aux personnes ayant participé à ce travail :

Aux participantes, un grand merci pour avoir pris le temps de me rencontrer, de m'avoir fait confiance en dévoilant une partie de votre vie.

A Sébastien et l'équipe du CAARUD de Poitiers, merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon projet, de m'avoir permis d'assister à vos permanences et pour votre aide au recrutement.

Au CSAPA et CAARUD de Niort, merci de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

A Marion, merci pour ton double codage rigoureux.

Aux médecins qui ont participé à ma formation :

Aux Docteurs **Cécile Herrera, Marc Commeignes, Régis Audier, Pierre d'Auzac, Anne Gendreau**, merci pour votre enseignement et tout ce que vous m'avez apporté.

A mes proches :

A **Alexis**, mon amour, ma moitié.

Tu es la plus belle chose qui me soit arrivée.
La vie à tes côtés est le plus grand des bonheurs, et j'ose imaginer que ce n'est que le début :)
Merci pour ce que tu es et tout ce que tu m'apportes, pour toutes les aventures vécues ensemble et tous ces moments de joie.
Merci pour ton soutien inconditionnel dans cette épreuve.

A **Maman**, merci d'être toi. La femme battante, courageuse, drôle, intelligente, source d'inspiration pour tes filles. Merci pour ton soutien indéfectible, merci pour ta relecture attentionnée de mon travail.

A ma petite sœur, **Laura**, même si une grande distance nous sépare, mon amour pour toi est sans limite. Je suis fière de ce que tu es devenue.

A mes beaux-parents, **Danièle et Guy**, merci de m'avoir acceptée dans votre famille et merci d'avoir fait d'Alexis ce qu'il est aujourd'hui.

A **Chloé**, ma morue d'amour, mon amie pour la vie. Parce qu'on se connaît maintenant depuis plus de la moitié de notre vie, qu'on a partagé les plus grandes épreuves comme les plus grosses rigolades, je suis fière d'avoir une amie aussi exceptionnelle que toi.

Aux copains de La Rochelle, **Cassandre et Brice**, **Julie et Tim**, **Caro et Max**, **Sophia et Nuche**, **Mathilde et Nils**, **Laulau**, **Adrien**, merci d'être aussi géniaux.

Aux colocataires, **Amélie, Steven, Barbara, Roxane, Clara, Pauline**, merci d'avoir rendu la vie plus douce à Poitiers.

A mes collègues poitevines, **Jane**, **Marina** et **Carole**, merci pour votre bonne humeur et tous ces moments partagés au cabinet.

A **Raviole**, le plus beau des chats.

Table des matières

Liste des enseignants en médecine de Poitiers 2
Remerciements 4
Abréviations 8
I. Introduction 9
II. Matériel et méthodes 10
A. Type d'étude 10
B. Protection des données 10
C. Population 10
a. Choix de la population 10
b. Les critères d'inclusion 11
D. Recrutement 11
a. Lieux de recrutement 11
b. Déroulement du recrutement 11
E. Objectifs de l'étude 12
F. Recueil de données 12
a. Entretiens et consentement 12
b. Canevas d'entretien 12
G. Retranscription 13
H. Analyse des données 13
a. Codage 13
b. Double codage 13
III. Résultats 14
A. La population 14
B. Entretiens et recrutement 14
C. Résultats principaux 14
a. Les représentations 15
b. Les consommations 21
c. Le jugement des soignants 23
d. Les traumatismes 26
e. La valorisation 28
IV. Discussion 29
A. Analyse des résultats principaux 29
B. Comparaison avec la littérature 32
C. Forces et limites 32
V. Conclusion et perspectives 34

Bibliographie 35
Annexes 37
Annexe 1 : Formulaire d'autorisation d'utilisation des données 37
Annexe 2 : Document d'aide au recrutement pour les soignants..... 38
Annexe 3 : Flyer à destination des patientes 39
Annexe 4 : Formulaire de consentement 40
Annexe 5 : Canevas d'entretien 42
Résumé et mots clés..... 43
Serment 44

Abréviations

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation de la qualité des établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux

MSO : Médicament de Substitution aux Opiacés

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

CMPEA : Centre Médico-Psychologique de l'Enfant et Adolescent

FCU : Frottis Cervico-Utérin

I. Introduction

En France, il existe 350 000 usagers problématiques de drogues.[1]–[3] Bien que les hommes soient majoritaires parmi ces usagers, les consommations chez les femmes ne doivent pas être négligées. Elles présentent de nombreuses spécificités, notamment concernant leurs représentations par la société. En effet, plus que les hommes, les femmes voient leurs consommations fortement stigmatisées, à l'image opposée de celle de la femme et de la mère attendue par nos modèles culturels et sociaux.[4]

Cette stigmatisation n'est pas sans conséquence, pouvant être à l'origine d'une crainte du monde médical, limitant alors l'accès au soin et le suivi. [5] Les difficultés d'accès aux soins, la perception des soins préventifs, l'appréhension des soins gynécologiques, les facteurs socio-économiques, les freins psychologiques sont autant de facteurs pouvant influencer le suivi gynécologique des femmes usagères de drogues.[6] Elles appartiennent à une population particulièrement à risque sur le plan gynécologique dont le suivi n'est pas optimal au regard des recommandations actuelles. De plus, certains troubles fréquemment rapportés (prostitution, grossesses répétées et non désirées, violences sexuelles, infections sexuellement transmissibles) nécessiteraient de plus amples dépistages et une meilleure prise en charge.[7]–[9]

La maternité occupe une place importante dans la santé des femmes toxicomanes. En effet, la grossesse est parfois un des rares contact de ces femmes avec le système de santé. Cependant, ce moment privilégié peut être la source d'attitudes défavorables de la part des soignants, liées aux représentations souvent idéalisées de la maternité. [4]
Les professionnels de santé des maternités ont une image défavorable de la mère toxicomane, susceptible d'impacter leurs pratiques professionnelles. [10] Cette stigmatisation sociale des toxicomanes est également présente chez d'autres professionnels de santé, par exemple, les médecins généralistes. Une thèse interrogeant les usagers de drogues suivis en médecine générale, rapporte que les patients ont relevé des attitudes discriminantes, parfois de rejet, voire de refus de soins de la part de certains médecins généralistes.[11]

La maltraitance médicale, ou violence médicale, est définie par le Conseil de l'Europe en 1992, reprise en 2009 par l'ANESM comme l'ensemble des violences, abus ou négligences, commis par les professionnels, envers les usagers. [12]
Elle a tout d'abord été étudiée en établissement de santé comme c'est le cas de l'enquête de Ghadi, qualifiant la maltraitance d'«ordinaire» car banalisée en établissement de santé. [13]
Plus récemment, ce sont les violences gynécologiques qui sont de plus en plus dénoncées, en France, notamment via les réseaux sociaux et les médias. [14]
A l'étranger, les violences gynécologiques préoccupent également. Une étude réalisée dans des cliniques gynécologiques de pays nordiques estime la prévalence de ces violences entre 13 et 28%. [15] Un autre article, brésilien, publié dans The Lancet, étudie les violences médicales dans les services de maternité et d'avortement. [16]

L'influence des représentations de la toxicomanie chez les professionnels de santé et les attitudes qui en découlent peuvent dans certains cas, s'apparenter à la maltraitance médicale.

L'objectif de cette étude est d'évaluer le ressenti d'une population particulière, les femmes toxicomanes, auprès des professionnels de santé qu'elles ont pu rencontrer dans le cadre de leur suivi gynécologique et obstétrical. L'objectif secondaire est de caractériser les violences médicales qui ont pu être mises en évidence dans ce contexte.

II. Matériel et méthodes

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, dont la méthode est basée sur la théorisation ancrée.

B. Protection des données

Cette étude a reçu l'accord de la déléguée de la protection des données. La méthodologie de référence utilisée est de type MR004.
Plusieurs mesures ont été mises en place afin de protéger les données des participantes et respecter leur anonymat.

Les mesures mises en place sont décrites dans les paragraphes concernés.

C. Population

a. Choix de la population

L'étude porte sur les femmes ayant bénéficié d'une prise en charge en CSAPA ou en CAARUD. Devant les difficultés de recrutement de la population, certaines patientes suivies uniquement en médecine générale ont été acceptées dans l'étude.
Les femmes devaient avoir été usagères problématiques de drogues, c'est-à-dire consommatrices de drogues par voie intraveineuse ou usagères régulières d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines.
La consommation pouvait être sevrée, substituée par un MSO, ou non sevrée.[1]
Les polytoxicomanies étaient acceptées si elles intégraient au moins une des consommations citées.

b. Les critères d'inclusion

Pour être incluses dans l'étude, les femmes devaient :

- Être majeures et ne pas bénéficier de mesure de protection (tutelle, curatelle)
- Comprendre et parler couramment le français
- Être consommatrices ou avoir été consommatrices de substances illicites
- Avoir déjà bénéficié d'une prise en charge gynécologique ou obstétricale
- Avoir consulté dans un CSAPA ou un CAARUD

D. Recrutement

a. Lieux de recrutement

La population était recrutée dans des centres d'addictologie type CSAPA [17] et CAARUD [18] et également auprès de médecins généralistes de la région Poitou-Charentes.

b. Déroulement du recrutement

Le recrutement se déroulait de deux façons possibles.

La première était par le biais du personnel des centres d'addictologie.
Le personnel travaillant dans les centres a été mis au courant de l'étude par un document de présentation remis suite au passage de l'investigatrice dans les centres.
Ce document les invitait à parler de l'étude auprès des patientes et récupérer leurs coordonnées, si elles étaient volontaires, afin que nous puissions les contacter.

Lorsque le recrutement se faisait en cabinet de médecine générale, le médecin généraliste était informé de l'étude suite au passage de l'investigatrice et recevait également un document d'aide au recrutement auprès de ses patientes.

Un flyer, qui présentait l'étude, était également mis à disposition des patientes. Celles-ci pouvaient déposer leurs coordonnées a posteriori si elles souhaitaient participer à l'étude.

Les patientes ont ensuite été contactées et, après vérification des critères d'inclusion, ont choisi le lieu de déroulement de l'entretien.

La deuxième méthode de recrutement se faisait par le biais des patientes, en utilisant la technique de la boule de neige. A la fin de l'entretien, il était demandé aux patientes si elles connaissaient des femmes susceptibles d'être intéressées par l'étude. Leurs coordonnées étaient par la suite récupérées, afin d'être contactées à leur tour.

E. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer le ressenti des femmes toxicomanes auprès des professionnels de santé dans le cadre de leur suivi gynécologique et obstétrical afin de mieux appréhender leur prise en charge en médecine générale.

L'objectif secondaire est d'évaluer l'aspect des violences médicales, si elles avaient été mises en évidence durant l'entretien.

F. Recueil de données

a. Entretiens et consentement

Tous les entretiens ont été dirigés par l'investigatrice principale.

Avant de débuter l'entretien, un formulaire de consentement était relu et signé par la participante et l'investigatrice principale.
Après le consentement signé, l'entretien était réalisé et enregistré, à l'aide d'un dictaphone.

b. Canevas d'entretien

Le canevas d'entretien était composé de différentes parties, dans sa version finale. Il a été modifié au cours de l'étude afin de répondre au mieux à l'objectif principal.

La première partie est une introduction orale, présentée par l'investigatrice, qui rappelait le sujet de l'entretien, le ressenti lors d'une expérience gynécologique ou obstétricale. Elle valorisait le point de vue de la femme interrogée et expliquait le déroulement de l'entretien.

L'entretien débutait sur des questions fermées (tranche d'âge, parité, niveau d'étude, consommations…) dans le but de recueillir des données socio-démographiques. Il n'était en aucun cas demandé l'identité ou l'âge exact de la patiente.

Il était recueilli par la suite un avis global sur leur suivi gynécologique et obstétrical. Cette question permettait de recueillir une représentation, positive ou négative, au suivi en général et d'adapter au besoin les questions suivantes.

La troisième partie était le partage d'une situation particulière du suivi, choisie par la patiente. Il s'agissait d'une situation marquante, vécue difficilement… L'objectif était ici d'explorer les émotions ressenties, le contact vécu possiblement avec les professionnels de santé.

La dernière partie était une question plus directe « *Avez-vous l'impression que les professionnels de santé ont porté sur vous un regard différent, un jugement dans ce contexte ?* »
Il était question ici de la stigmatisation, du jugement, voire de la violence médicale, sous toutes ses

formes, que les patientes pouvaient raccrocher à la situation choisie décrite précédemment ou à une autre expérience de leur suivi gynécologique.

G. Retranscription

Les entretiens étaient retranscrits manuellement par l'investigatrice principale via un logiciel de traitement de texte type Microsoft Word®.
Des annotations sur les tons, les éléments de communication non verbale ainsi que les silences ont été inclus dans les verbatims.

Les lieux d'entretiens et l'ambiance globale lors de l'entretien étaient rapportés sur un carnet de bord, tenu par l'investigatrice principale, tout au long de l'étude.

Une fois l'entretien retranscrit, le numéro de téléphone des participantes était supprimé.

H. Analyse des données

a. Codage

Le codage a été réalisé manuellement, sur un logiciel de type tableur Excel®. Chaque entretien a été étudié séparément. Les verbatims ont été fragmentés en codes qui pouvaient aller du mot simple à la phrase entière, selon l'idée exprimée par la participante.
Ces codes ont d'abord été étiquetés, permettant de rapporter ce qui était exprimé par l'usagère, puis transformés en propriétés, correspondant à différents concepts.
L'organisation de propriétés entre elles a permis de faire émerger des catégories.

b. Double codage

Un double codage a été réalisé par une investigatrice indépendante permettant de limiter la subjectivité de l'étude.

III. Résultats

A. La population

L'étude a regroupé 8 usagères allant de la tranche d'âge de 20 à 25 ans jusqu'à la tranche d'âge de 45 à 50 ans, soit une tranche d'âge moyenne de 35,6 à 40,6 ans.

Leurs caractéristiques sont décrites dans le tableau ci-dessous.

	TRANCHE D'AGE	LIEU RECRUTEMENT	SITUATION CONJUGALE	PARITE	PROFESSION	NIVEAU D'ETUDES	CONSOMMATIONS ANCIENNES	CONSOMMATIONS ACTUELLES	EXAMENS DE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE	ANTECEDENT DE VIOLENCE
P1	20-25	CAARUD	En couple	G10P1	Saisonnière	Lycée	Polytoxicomanie	Héroïne	Non à jour	Oui
P2	35-40	CAARUD	En couple	G2P0	Chômage	BAC	Polytoxicomanie	Héroïne, cocaïne	A jour	Oui
P3	45-50	CAARUD	En couple	G2P2	Chômage	BAC +5	Polytoxicomanie	Cocaïne	A jour	Oui
P4	35-40	Cabinet	Séparée	G1P1	Graphiste	BAC pro	Polytoxicomanie	Non (sous MSO)	Non à jour	Oui
P5	25-30	Cabinet	Concubinage	G1P1	Chômage	CAP	Polytoxicomanie	Héroïne	A jour	Oui
P6	40-45	Cabinet	Concubinage	G3P2	Petite enfance	CAP	Héroïne	Non (sous MSO)	A jour	Oui
P7	45-50	Cabinet	En couple	G9P6	Auxiliaire de vie	CAP-BEP	Polytoxicomanie	Tramadol	A jour	Oui
P8	40-45	Cabinet	Célibataire	G8P2	Brigade verte	Brevet collège	Alcool	Héroïne	Non à jour	Non

Tableau résumé des caractéristiques des participantes

B. Entretiens et recrutement

Le recrutement des patientes a duré 6 mois et s'est étalé du 1er novembre 2021 au 2 mai 2022.

Les entretiens ont duré de 13 min 22 s à 63 min 13 s, pour une moyenne de 30 min et 57 s.

La saturation des données a été obtenue au 6ème entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer la saturation des données.

Le choix du lieu d'entretien était laissé aux participantes. Sur les 8 entretiens réalisés, 5 se sont déroulés à leur domicile, 2 en centre de soin d'addictologie et 1 en lieu public.

C. Résultats principaux

Le codage des entretiens a permis de faire émerger 5 grandes catégories : les représentations des usagères, les consommations, le jugement des soignants, les traumatismes et la valorisation.

Les tableaux exposés ci-dessous permettent de mettre en avant les grandes idées de chacune des catégories, correspondant aux regroupements des propriétés, illustrées par un extrait de verbatim.

a. Les représentations

i. Représentation des usagères

Représentations des usagères	***Extrait de verbatim***
Être inquiète pour sa santé	*« faudrait que j'y aille un peu plus souvent, faire check-up, et cetera… Ah ouais, j'ai trop peur moi, je suis un petit peu hypocondriaque » Verbatim 2*
Avoir honte de consommer	*« Bon j'en ai pas trop parlé au médecin, parce que, bah il y a toujours cette honte derrière » Verbatim 7*
Regretter ses consommations	*« Mais… c'qui y a c'est que c'est dur. On arrête pas comme ça en claquant des doigts (fait le geste de claquer ses doigts), malheureusement » Verbatim 7*
Accorder de l'importance à la maternité	*« Mais bon, ça j'vous dis, contrairement à la douleur de ma fille, ça je… pfff, ça, ça me passait un peu au-dessus de la tête, ce qu'elles pouvaient penser quoi » Verbatim 6*
Être inquiète concernant la grossesse	*« Du coup, suite à ça j'avais peur, vu que j'étais enceinte, j'avais peur que ça ait joué sur lui quoi. » Verbatim 1*
Regretter de consommer pendant une grossesse	*« Et j'ai quand même pris du speed en étant enceinte…. C'est pas… » Verbatim 1*
Culpabiliser d'une IVG	*« C'était pas de gaité de cœur, c'était pas…. Euh c'était pas pour m'en débarrasser, c'était une obligation » Verbatim 8*
Être inquiète concernant la maternité	*« Je voulais essayer le sein, mais elle arrivait pas à téter et puis ça me faisait pleurer » Verbatim 5*
	« J'me dis que si ils savent que j'ai pris encore un peu de drogue et puis j'ai quand même un gros passé toxicomane… j'ai vraiment peur qu'on me le retire » Verbatim 1
Rencontrer des difficultés dans la maternité	*« Je me voyais mal avec un bébé dans les bras… Voilà, moi j'avais ma liberté » Verbatim 7*
Changer avec la maternité	*« j'suis tombé enceinte. Et là, cette fois, j'me suis dit, bah c'est p'têt' le moment de, de, de changer quoi » Verbatim 6*
Se sentir différente des autres mères	*« Voyez, y a les bébés qui naissent, bon ça dort, ça mange. Et elle, elle pleurait tout le temps quoi, elle dormait pas… » Verbatim 6*

Les entretiens ont permis de mettre en évidence que les femmes usagères de drogues étaient souvent préoccupées par leur santé. En effet, la toxicomanie, les antécédents psychiatriques, l'environnement de vie sont des facteurs évoqués modulant leurs inquiétudes.

La consommation de drogue est source de regret chez les femmes interrogées, décrite comme un échec et à l'origine de difficultés dans le soin. La honte est également très présente chez les usagères. Elles décrivent une honte de consommer et de leur comportement, notamment lors des états de manque. Cette honte limitera l'abord de la toxicomanie auprès des soignants.

La maternité est une étape importante dans la vie de ces femmes. L'inquiétude est retrouvée dans toutes les grandes phases de celle-ci.
En premier lieu, la grossesse est marquée par une crainte des conséquences de la toxicomanie concernant le développement de l'enfant et également sur l'évolutivité de la grossesse. L'inquiétude de voir survenir une fausse couche lors de consommations est souvent décrite.

L'IVG est source de culpabilité, majorée chez les femmes l'ayant fait contre leurs principes.
Après la grossesse, les femmes rencontrent des difficultés centrées souvent sur le manque de préparation à la maternité et aux nouveautés que cela engendre (contraintes financières, allaitement…). Certaines femmes ont également décrit une perte de liberté suite à l'arrivée d'un enfant. L'inquiétude est toujours présente, concernant la santé de leur enfant mais également la crainte de le voir retiré, placé.

Cependant, la maternité est également initiatrice de changement, notamment concernant la décision de sevrage des consommations, ou encore l'entrée dans le soin.

Les femmes décrivent un sentiment d'exclusion, elles se sentent différentes des autres mères, que ce soit durant la grossesse, vécue différemment, dans l'anxiété de conséquences, ou encore lors de la naissance si un syndrome de sevrage du nouveau-né est présent. Dans ce cas, leur sentiment de culpabilité est renforcé.

ii. L'importance de l'information

Importance de l'information	***Extrait de verbatim***
Manquer d'explications	*« 'Puis c'est le fait de pas comprendre quoi. C'est ça moi, qui m… marque le plus. De pas comprendre. De pas avoir d'explication » Verbatim 8*
Être anxieuse en lien avec le manque de connaissance	*« parce que j'aurais préféré qu'on vienne me voir et qu'on m'explique carrément pourquoi ma fille pleurait beaucoup » Verbatim 6*
Se renseigner	*« Je m'étais renseignée euh… quelle drogue ce que ça faisait pendant la grossesse et tout ça » Verbatim 5*
Être renseignée sur les violences gynécologiques	*« Après je sais… j'ai vu sur les réseaux sociaux euh... que y a pas mal de femmes qui se plaignent justement de, de, de violences gynécologiques. » Verbatim 4*

L'information est importante dans les représentations des femmes.
Le manque d'information est décrit comme anxiogène et engendre un sentiment de perdition et d'exclusion. Par exemple, les femmes se sentent peu informées sur la grossesse et l'accouchement et se retrouvent prises par surprise lors de certaines situations (phases de l'accouchement, découverte du placenta). Le tabou de la toxicomanie semble limiter les informations qu'elles reçoivent de la part des soignants.

Du fait de leurs inquiétudes, les femmes prennent les devants en se renseignant par elles-mêmes et semblent connaître les conséquences de la toxicomanie, sur la grossesse notamment. Le savoir limite leur anxiété concernant la maternité.

Également, plusieurs femmes ont abordé spontanément les violences gynécologiques, renseignées principalement par les réseaux sociaux. De l'importance est accordée à ce type de violences, certaines femmes se sont d'ailleurs reconnues victimes de ces violences.

iii. Les représentations du soin

Représentations du soin	***Extrait de verbatim***
Ne pas se sentir soutenue	*« C'est… c'est un deuil en fait, et le médecin s'en fiche. » Verbatim 8*
Ne pas se sentir écoutée	*« je trouvais que… bah il écoutait pas forcément ce que je lui disais, qu'il avait pas forcément d'intérêt à ce que je lui disais. » Verbatim 4*
Manque d'empathie	*« j'allais pas très bien et, directement elle a réprimandé quoi. […] Elle a pas du tout essayé de comprendre » Verbatim 1*
Ressentir une distance avec les soignants	*« la dernière gynécologue […] dans l'échange, elle est froide » Verbatim 3*
Ressentir de l'incompréhension face aux soignants	*« fallait attendre qu'ils passent toutes les femmes qui étaient avant moi, pour moi me consulter à la fin » Verbatim 7*
Se sentir incomprise	*« Ouais, et puis c'est, comment dire… une incompréhension, ils ne se mettent pas à notre place » Verbatim 1*
Se sentir exclue de la société	*« Du coup, je ne m'attends pas à ce que les gens comprennent non plus » Verbatim 1*
Se sentir seule	*« Elle m'a donné assez de médicaments, elle fait « bah t'façon j'peux plus rien faire pour vous là. Et elle est partie. » Verbatim 5*
Être prise en charge différemment des autres femmes	*« Même si… genre, j'ai pris des drogues, elle doit quand même regarder le col, c'est son travail » Verbatim 5*
Se sentir gênée par les soins gynécologiques	*« vous voyez mon intimité, j'me sens gênée, c'est… c'est normal » Verbatim 7*
Appréhension du jugement des soignants	*« C'est dur aussi de se dire, les gens est-ce qu'ils jugent, est-ce qu'ils jugent pas ? » Verbatim 7*
Craindre des soins	*« ils m'ont endormie entièrement, puis ça fait que j'ai pas vu le bébé… et j'voulais pas, de toute manière » Verbatim 7*
Craindre les violences médicales	*« J'aurais été honnête sur toute la ligne… je me serais fait dépote » Verbatim 1*
Ressentir une insistance injustifiée de la part des soignants	*« Je ne pense pas qu'on demande à chaque fois à une personne lambda qui prend pas de drogue si elle en a vraiment pas repris » Verbatim 1*
Avoir l'impression d'être surveillée	*« Et puis, ils nous ont envoyé directement une puéricultrice pour voir où vivait l'enfant. » Verbatim 1*
Ressentir que les soignants ne font pas confiance	*« Et puis la façon de parler c'était… on sent qu'il y a pas confiance du tout » Verbatim 1*
Douter de l'intention des violences	*« c'est peut-être sur le trait d'humour qu'ils l'ont dit, voilà, pas pour vouloir me vexer » Verbatim 7*

En ce qui concerne le soin, il est décrit un sentiment de manque d'empathie et d'écoute de la part des soignants. Les femmes ne se sentent pas soutenues dans les situations difficiles. Certaines voient leurs traumatismes et craintes banalisés. Elles expriment clairement le souhait de recevoir plus d'empathie de la part des soignants.

Elles rapportent également une impression de distance avec les soignants ainsi qu'une incompréhension de leur part. Leur exclusion de la société majore leur sentiment d'être incomprises du monde médical, également lié aux a priori sociétaux qu'elles subissent. Les femmes se décrivent également isolées, en relation avec l'exclusion sociale.
L'incompréhension est également ressentie de la part des usagères envers les soignants, que ce soit dans leur comportement mais également dans les prises en charge, souvent en lien avec un manque d'information.

Elles ont également le sentiment de ne pas bénéficier des mêmes soins que les autres femmes, selon elles, en lien avec leurs antécédents toxicologiques.

Les soins gynécologiques, accédants à l'intimité des patientes, sont décrits comme gênants pour les femmes. Il est souvent rapporté l'importance d'être mise à l'aise avant ce genre d'examens. En effet, plusieurs femmes ont des antécédents de violences sexuelles qui majorent leur inconfort face à l'examen gynécologique. Le sexe du praticien semble important, et les patientes se sentent plus à l'aise auprès d'une femme médecin.

L'appréhension du jugement est très présente dans le discours des femmes, et limite, tout comme la honte de leur consommation, l'abord de l'addiction auprès des soignants.

Les patientes rapportent également une crainte face à certains soins, souvent majorée par le contact distant avec un soignant et le manque d'empathie, ainsi qu'une crainte de subir des violences. Pour certaines, exprimer honnêtement ses consommations pourrait être responsable d'une attitude de rejet voire de violence de la part des soignants.

L'intentionnalité des violences est parfois remise en question, estimée par les usagères comme étant secondaire à leur personnalité.

Le manque de confiance de la part des soignants est ressenti dès l'abord de la toxicomanie et engendre une insistance injustifiée de la part des soignants, comme la répétition de questions. Les femmes se sentent surveillées et voient leurs capacités de mère remises en question.

iv. Les conséquences des représentations

Conséquences des représentations	***Extrait de verbatim***
Se sentir contrainte	*« C'est un traitement euh… sur plusieurs années (sourit), et voilà quoi, il faut s'y tenir et… genre c'est encore plus dur. » Verbatim 5* *« j'avais fait la CSAPA […] en nous disant que c'était obligé. Parce que j'étais enceinte aussi » Verbatim 5*
Se sentir abandonnée, négligée	*« Et j'y suis allée… « bah c'est fini quoi, y a rien à faire » … « Rentrez chez vous » Donc euh ouais, celle-là, j'ai eu du mal. » Verbatim 8*
En vouloir aux soignants	*« J'en ai beaucoup voulu à l'hôpital à ce moment-là, parce que j'ai dit ils auraient pu faire quelque chose quand même pour éviter… pour éviter ce drame » Verbatim 7*
Ne pas faire confiance	*« fallait voir une autre… un gynécologue mais j'ai pas pris le temps et tout ça, donc euh… » Verbatim 5*
Ne pas ressentir le besoin de soins	*« quand on prend de la drogue, on a pas forcément envie de faire attention à soi. » Verbatim 4*
Aversion pour le soin	*« Moins je peux y aller à l'hôpital, mieux je me porte. » Verbatim 2*
Faire du nomadisme médical	*« Et j'allais voir celui qui… qui, je sais qu'il allait m'en donner facilement » Verbatim 7*
Gérer ses consommations	*« 'Fin, je sais me gérer » Verbatim 5*
Gérer son sevrage sans aide médicale	*« 'fin je connais des gens qui prenaient de la Méthadone, et c'est pas… […] Au final, c'est comme prendre une drogue, moi j'veux pas » Verbatim 5*
Consommer pour gérer sa vie	*« la drogue, bah aidait […] Bah franchement à gérer, à aller jusqu'au bout de ma grossesse au final » Verbatim 5*
Gérer seule les difficultés liées à la maternité	*« J'ai toujours… j'ai avorté toute seule… en prenant de la drogue » Verbatim 1*
Contrôler le soin	*« j'ai toujours pris de l'héroïne pour arrêter la grossesse […] déjà parce que j'ai peur de l'aspiration » Verbatim 1*

Ces représentations ont des conséquences sur le soin.

Le soin est vu comme contraignant, notamment les soins en lien avec la toxicomanie ou les obligations de soins psychiatriques. Le MSO est également perçu comme une contrainte.

L'abandon par les soignants est décrit à plusieurs reprises, suite à des échecs de soin ou encore des impasses thérapeutiques. Les usagères se sentent négligées et ont le sentiment de recevoir des soins bâclés, non optimaux, par rapport aux autres patientes.

Certaines femmes tiennent les soignants responsables de conséquences médicales à leur égard ou encore concernant le développement de leur enfant.

Les représentations décrites précédemment font qu'elles n'ont pas confiance dans le système de soins, dont l'origine est complexe et multifactorielle (jugement des soignants, représentations intrinsèques…).

L'éloignement du soin est une autre conséquence de leurs représentations.
Elles décrivent des phases de vie, notamment lorsque la toxicomanie n'est pas sevrée, où elles ne ressentent pas le besoin de soins. Malgré leurs inquiétudes, elles présentent un comportement paradoxal et vont repousser les soins.
Cet éloignement peut aller jusqu'à une aversion pour le soin, les femmes sont alors rebutées par les soins ou encore peuvent les voir comme délétères pour elles.

Le nomadisme médical est fréquent chez les usagers de drogues. Il est expliqué d'une part par la recherche de médecin peu consciencieux, dont la prescription sera facile, lorsque les femmes sont encore « dans la drogue ». D'autre part, par la recherche de médecin empathique. Comme vu précédemment, les femmes recherchent l'empathie et craignent d'être stigmatisées, elles changeront donc de médecin si elles ne se sentent pas à l'aise.

La gestion occupe une place importante dans la vie des usagères.
Lors des consommations, elles décrivent une aptitude à gérer les doses au point où un soutien addictologique serait vu comme un échec. Certaines se sentent donc capables de se sevrer sans aide médicale, le médicament de substitution étant considéré comme néfaste pour elle. La gestion du MSO engendre également des mésusages comme par exemple la prise par voie injectable.
La toxicomanie est parfois vue comme une aide, permettant de gérer les difficultés d'une grossesse par exemple.

Les femmes sont isolées, comme décrit précédemment, dans un environnement de vie souvent difficile, et sont amenées à gérer les difficultés de la maternité avec leurs propres moyens, souvent loin du soin, comme par exemple avorter seules à domicile ou protéger leurs enfants d'un partenaire violent.

L'aversion du soin amène les usagères à contrôler le soin et à gérer seule des situations nécessitant une aide médicale comme le sevrage ou l'avortement.

b. Les consommations

Consommations	***Extrait de verbatim***
	Être victime de son addiction
Souffrir de son addiction	*« Mais… c'qui y a c'est que c'est dur. On arrête pas comme ça en claquant des doigts (fait le geste de claquer ses doigts), malheureusement » Verbatim 7*
Perdre le contrôle de soi	*« on a tendance à en prendre plus et puis après, c'est là où on plonge dans l'addiction » Verbatim 7*
Se sentir vulnérable à l'addiction	*« j'ai connu quelqu'un qui en consommait, donc automatiquement bah… moi j'étais très… étant jeune, bah je vais vite tomber là-dedans » Verbatim 7*
Prendre conscience de son addiction	*« c'est pas évident de pouvoir dire, et de pouvoir admettre qu'on a un problème » Verbatim 7*
Se sentir soutenue par la drogue	*« C'est vrai que la drogue, bah aidait à aller mieux en fait » Verbatim 5*
Banaliser la consommation de drogue	*« C'est pas parce que, genre une personne va prendre… j'sais pas moi, un peu d'drogue dans le mois, bah qu'elle est droguée » Verbatim 5*
Consommer en lien avec ses traumatismes	*« on va dire que j'aime bien me sentir un peu ailleurs […] c'est p'têt dû à mon passé » Verbatim 7*
	Changer
Prendre la décision de se sevrer	*« j'suis tombée enceinte. Et là, cette fois, j'me suis dit, bah c'est p'têt' le moment de, de, de changer quoi » Verbatim 6* *ou* *« jusqu'au jour où j'me suis sauvée et c'est là où j'ai arrêté la drogue, j'ai tout arrêté » Verbatim 7*
Changer suite à un sevrage	*« je suis sous traitement. Mais bon, au moins, ce qui m'a permis au moins de ne pas retoucher, de retrouver une vie sociale normale, de travailler, d'élever mes filles, enfin voilà quoi » Verbatim 6*
	Culpabiliser en lien avec les consommations
Culpabiliser de ses consommations	*« je leur disais bah non tu peux pas me plaindre c'est ma faute quoi, j'ai fait de la merde avant (me montre ses avant-bras) » Verbatim 1*
Culpabiliser de consommer durant la grossesse	*« Donc euh, bon. Il y a beaucoup de choses, on s'dit, c'est à cause de nous… on arrive pas à avoir la grossesse à terme, c'était des p'tits poids, évidemment » Verbatim 6*
Culpabiliser de consommer en étant mère	*« (yeux larmoyants, voix qui déraille) Ma fille souffre à cause de moi » Verbatim 6*

Les usagères de drogues sont victimes de leur addiction.
Elles décrivent un sentiment de souffrance secondaire à leur toxicomanie. Elles luttent contre la maladie avec des périodes de craving alternant avec un sentiment d'échec de se voir céder aux consommations. Il y a une honte de consommer, comme décrit précédemment, avec parfois des usagères qui s'isolent et se cachent pour consommer.
La perte de contrôle de l'addiction est marquée par une sensation de ne pas se reconnaître, notamment durant les périodes de manque.

Certaines femmes se disent influençables à des périodes données, plus vulnérables à essayer la drogue. Il existe un environnement favorisant comme un conjoint ou des fréquentations considérées néfastes.

Certaines expériences dans la vie de ces femmes vont leur faire prendre conscience de l'importance de leur dépendance, comme la découverte de la maternité, comme vu précédemment.

La drogue est parfois perçue comme un soutien psychologique durant les périodes difficiles, permettant de mieux gérer les difficultés liées à la maternité, ou encore comme aide thérapeutique (prise alors comme antalgique, somnifère…).

Pour certaines, non sevrées, la drogue est banalisée car consommée non quotidiennement. Le fait de prendre de l'héroïne occasionnellement font qu'elles ne se considèrent pas comme toxicomane, car elles associent la toxicomanie à la dépendance et à la présence d'un syndrome de manque à l'arrêt des consommations.

Les traumatismes de vie (décrits plus bas) peuvent favoriser la consommation de drogue. On retrouve encore ici l'idée de la drogue comme soutien psychologique.

Le sevrage des consommations est décrit comme un changement de vie. Les bénéfices, notamment sociaux, sont bien décrits par les femmes.

Malgré les changements initiés, le sentiment de culpabilité prédomine chez ces femmes.
Elles se sentent coupables des conséquences médicales ainsi que sociales, notamment sur leur entourage.
L'importance accordée à la maternité accroit le sentiment de culpabilité. Ce sentiment est entremêlé à celui de l'inquiétude lors de la grossesse, comme vu précédemment.
Les conséquences constatées sur le développement de l'enfant majorent leur culpabilité.

c. Le jugement des soignants

i. La stigmatisation

Stigmatisation	***Extrait de verbatim***
	Être victime de stigmatisation
Se sentir stigmatisée	*« quand elle a compris que j'étais là pour me faire renouveler un traitement de Méthadone, oui, elle m'a regardée de travers. » Verbatim 2*
Remarquer une différence de regard auprès de professionnels formés	*« Et puis, j'ai bien senti que j'étais pas surveillée, épiée parce que j'étais une ancienne toxicomane » Verbatim 6*
	Conséquences de la stigmatisation
Craindre le regard des soignants	*« C'est pas forcément quelque chose qu'on a envie de dire… parce que j'ai pas envie d'être cataloguée. » Verbatim 4*
Craindre de se voir étiquetée dans le dossier médical	*« Puis après c'est p'être marqué dans mon dossier aussi… Je… voilà, ils y avaient peut-être accès aussi » Verbatim 6*
Banaliser la stigmatisation	*« On est tout le temps regardées de travers. Mais bon, c'est normal quoi » Verbatim 8*
Critiquer la stigmatisation des usagers	*« Parce qu'il y a, il y a des professionnels, même si c'est pas dans cette branche-là, ça se voit qu'ils portent un jugement » Verbatim 3*

Les usagères se sentent regardées différemment des autres, elles décrivent des changements de comportement ou de regard des soignants lorsqu'elles abordent les consommations.
A l'inverse, au contact de professionnels formés (centres d'addictologies type CSAPA ou CAARUD), elles remarquent une neutralité dans leur comportement.

Ces regards engendrent une crainte chez les patientes, de se voir stigmatisées et s'attendent à rencontrer des difficultés dans leur suivi à l'annonce de leur toxicomanie. Le dossier médical est évoqué à plusieurs reprises dans les entretiens, avec appréhension que soit notés leurs antécédents toxicologiques ou la prise d'un médicament de substitution.

Le comportement des soignants est critiqué par les usagères malgré le fait qu'elles le banalisent en décrivant des attitudes presque inscrites dans la normalité.

ii. Le jugement

Jugement	***Extrait de verbatim***
	Le besoin de se confier
Ressentir le besoin de parler	*« C'est ça que les médecins ils oublient, c'est qu'on a besoin de parler. Parce que, même quand on a les médicaments, on a besoin de se vider. On le vit tous les jours… » Verbatim 7*
Rechercher de l'empathie chez les soignants	*« je trouve que c'est important de choisir bien son médecin, de bien pouvoir parler avec et d'avoir un bon ressenti. » Verbatim 4*
	Se sentir jugée
Être jugée par les soignants	*« Elle a dit qu'on était des toxicomanes, qu'on était des drogués qui voulaient pas s'en sortir… » Verbatim 5*
Se sentir jugée sur ses capacités à être mère	*« Puis, on se sent mauvaise mère du coup, de faire ça, de se prendre une réprimande par rapport à l'alcool. » Verbatim 1*
Ressentir un lien entre le jugement et les consommations	*« Et… du coup, à l'hôpital, genre ils disaient « oh, elle prend de l'héro, là, là » Verbatim 5*
Se sentir soulagée de ne pas être jugée	*« Il m'a pas du tout jugé, il m'a pas du tout engueulé… » Verbatim 7*
	Les conséquences du jugement
Subir les conséquences du jugement	*« A cause d'elle, on a eu un jugement avec le juge des enfants. Si on était apte, par rapport aux drogues » Verbatim 5*
Se sentir offensée par un jugement	*« Donc euh… ouais, là, à ce moment-là, forcément je l'avais mal pris. » Verbatim 4*
Ressentir de la culpabilité suite à un jugement	*« Ils m'ont fait ressentir que… bah voilà quoi. Que si c'était comme ça, que ça se passait comme ça, bah c'était ma faute aussi quoi » Verbatim 6*
Craindre le jugement des soignants	*« C'est dur aussi de se dire, les gens est-ce qu'ils jugent, est-ce qu'ils jugent pas ? » Verbatim 7* *« j'étais en sueurs chez lui, j'étais comme ça (tremble), les mains… tout stressée, parce que j'avais peur de sa réaction » Verbatim 7*
Douter de l'intention du jugement	*« Je pas si c'est… si c'est un problème que se pose les gens, les médecins, enfin s'ils y pensent à ça, vraiment… » Verbatim 1*
Remettre en question les compétences des soignants	*« pour moi c'était inutile de le faire » Verbatim 4*
Ne pas faire confiance aux soignants	*« Après, je vais pas forcément dire que je suis sous traitement » Verbatim 4*
Ne pas aborder ses consommations	*« J'ai dit mes antécédents mais j'ai pas dit que… euh je pouvais prendre de temps en temps… » Verbatim 1*
Ne pas pouvoir s'exprimer librement	*« Et puis c'est embêtant de ne pas pouvoir parler sans se faire juger quoi. » Verbatim 1*

Les usagères rapportent un besoin de se confier et d'être écoutées des soignants, en lien avec leurs difficultés à vivre l'addiction et leurs représentations marquées par l'inquiétude.
Cependant, elles subissent fréquemment les jugements des soignants, en relation avec leur toxicomanie. Certaines ont rapporté du soulagement lorsqu'elles étaient face à un soignant non jugeant.

Elles se sentent également jugées sur leurs capacités à être mère, ce qui renforce leur sentiment d'exclusion, décrit précédemment dans leurs représentations.

Le jugement subi par les usagères engendre un mal-être associé à de la culpabilité. La culpabilité étant déjà très présente chez les usagères, ce sentiment est majoré par les réactions et les propos des soignants.
Les conséquences de ces jugements ne sont pas seulement psychologiques mais également médicales (soins bâclés, refus de soin) ou encore judiciaires (requête au juge des enfants, obligation de soins).

La crainte du monde médical est expliquée en partie par la crainte de la réprobation. En effet, malgré le besoin qu'elles ont de se confier, elles se sentent limitées pour s'exprimer librement, préfèrent éviter d'aborder leurs consommations. Ce manque de confiance envers le monde médical renforce l'éloignement du soin.
Elles peuvent douter des compétences des soignants en lien également avec le manque de confiance envers le monde médical.
Pour certaines, les soignants jugent involontairement, soumis à leurs a priori.

iii. Les a priori sociétaux

A priori sociétaux	***Extrait de verbatim***
Subir les a priori des soignants	*« Il pourrait être un peu plus… diplomate, un peu plus… Voilà. Tous les drogués sont pas tous pareils » Verbatim 7*
Se sentir différente en lien avec des préjugés	*« Et puis, au final il y a beaucoup de femmes qui boivent quand même et qui fument quand même et… on dit rien quoi … » Verbatim 1*
Ne pas comprendre les préjugés des soignants	*« On met pas tous les gens dans le même panier […] que ça soit alcoolique, que ça soit drogue » Verbatim 7*

Les a priori des soignants et de la population générale font ressortir un sentiment de différence chez les usagères, qui se sentent exclues voire traitées différemment des autres femmes.
Les participantes expriment une incompréhension face aux préjugés et réactions des soignants, avec l'impression que ceux-ci ne prennent pas conscience de leur comportement inapproprié.

d. Les traumatismes

Vivre un traumatisme	***Extrait de verbatim***
	Dans l'enfance
Vivre une enfance difficile	*« il y a eu beaucoup de violences, ouais. J'étais au CMPEA, psy pour enfants » Verbatim 5*
	Dans sa vie de femme
Être marquée par des violences	*« J'ai eu… J'ai eu un homme qui était alcoolo et il était très violent, oui. » Verbatim 2*
	En lien avec la maternité
Vivre une grossesse compliquée	*« Et puis ma grossesse, je l'ai un peu mal vécue aussi » Verbatim 5*
Être marquée par une fausse couche	*« Et du jour au lendemain, on a des saignements, on l'perd, on sait pas pourquoi… » Verbatim 8*
Être marquée par une IVG	*« Et ça s'est très mal passé, l'avortement […] bah j'ai fait que de pleurer, pendant tout le long de l'intervention » Verbatim 7*
Vivre un accouchement difficile	*« je suis en train de genre pleurer par terre ou à pousser dans le lit […] La dame me dit « Ouais arrêtez de crier comme ça »… » Verbatim 5*
Être marquée par la culpabilité	*« Ça s'est quelque chose qui m'a marqué beaucoup. C'est qu'ma fille souffre, à cause de moi, en gros quoi » Verbatim 6*
	En lien avec des violences médicales
Vivre une mauvaise expérience d'un soin	*« fallait bien que j'leur dise que j'prenais quelque chose ! Sinon l'anesthésie elle allait pas faire effet ! J'avais la frousse de ça » Verbatim 8*
Vivre une mauvaise expérience avec un soignant	*« Donc… là-bas, oui, il y avait un médecin, qui était persuadé que j'entendais des voix, alors que c'était pas du tout le cas quoi. » Verbatim 4*
Ressentir de la violence dans les soins	*« qu'on la laisse… souffrir quoi, un p'tit peu à cause de moi, alors qu'ils savaient très bien que… je prenais des choses » Verbatim 6*
Subir des violences médicales	*« Et puis elle me gueulait dessus en disant « Ouais tu pousses pas ! Tu pousses pas là ! Arrête de pousser ! » » Verbatim 5*
Être traumatisée par des violences médicales	*« Et… du coup, je voulais plus du tout accoucher, vraiment… » Verbatim 5*
S'exprimer sur les violences médicales	*« je l'avais dit sur le truc de satisfaction de l'hôpital […] ça serait bien que quand il y a des trucs comme ça… que l'hôpital enquête quoi. » Verbatim 5*

La notion de traumatisme est très présente dans la vie de ces femmes, et débute souvent dès l'enfance. Elles décrivent une enfance difficile marquée par des violences physiques ou encore sexuelles, qui se poursuivent durant leur vie de femme. Il est également décrit un environnement difficile où le conjoint est souvent violent et présente des conduites addictives.
Les différentes étapes de la maternité sont également sources de traumatisme.

Certaines évoquaient des difficultés à vivre la grossesse, parfois décrite comme contraignante (par des restrictions alimentaires et physiques), source d'inquiétude en lien avec un manque d'information sur la grossesse comme vu précédemment, ou encore vécue avec la crainte de faire une fausse couche.
Les fausses couches ont été décrites comme des événements traumatisants, renforcés par l'absence d'empathie ou de soutien de la part des soignants. Est de nouveau décrit ici, une anxiété liée au manque de renseignements sur les causes de la fausse couche.

Les IVG étaient souvent mal vécues, parfois en lien avec les complications médicales secondaires (comme des saignements importants), ou encore avec le délai de réflexion, jugée trop long et angoissant, ayant pour conséquence un shunt du soin, comme décrit plus haut.

La culpabilité, rapportée à plusieurs reprises, marque fortement les femmes, à l'origine de souffrance importante.

L'accouchement représente une étape anxiogène dans la maternité. Certaines femmes sont marquées par les souffrances physiques, avec la crainte que leurs consommations limitent l'efficacité des antalgiques ou de l'anesthésie. Comme décrit précédemment, le syndrome de sevrage du nouveau-né est décrit comme culpabilisant et angoissant pour les jeunes mères. Ces difficultés sont accentuées par le comportement violent des soignants envers les usagères.

Le soin est également source de traumatismes pour les usagères qui rapportent avoir eu de mauvaises expériences lors d'un soin ou encore avec les MSO, dont certaines usagères insistent sur leur caractère contraignant, ou encore l'apparentent à une drogue.

Le contact avec certains soignants est également vécu difficilement, certaines ressentent de la violence dans certains soins.
Le tableau ci-dessous permet de mettre en lumière les différentes formes de violences médicales rapportées par les usagères, allant de la remarque à la violence physique. Les expériences ont été décrites spontanément comme des violences médicales.
Certaines se sentent déshumanisées par ces violences. Celles-ci sont décrites comme traumatisantes et les femmes n'ont pas de difficultés à s'en rappeler des années après.

Peu de femmes se sont exprimées auprès de soignants sur les violences subies, certaines ont en fait part dans l'espoir de voir entreprendre une démarche réflexive auprès des soignants avec un changement de comportement à l'issue.

Types de violences rapportées	***Extrait de verbatim***
Remarque	*« Mais j'te dis, mais c'est des réflexions, c'est des remarques » Verbatim 8*
Réprimande	*« à chaque fois qu'il y avait des rendez-vous, vous voyez, ils réprimandent sur ça directement quoi. » Verbatim 1*
Menace	*« et les infirmières qui, « oui, tu vas dormir et ce sera pour toujours ! » » Verbatim 2* *« elle m'avait crié dessus en disant « Mais vous en prenez trop madame, si ça continue, on va vous l'enlever, respirez doucement ! » » Verbatim 4*
Humiliation	*« je me suis même… fait caca dessus quoi […] et elles m'ont rien donné pour me changer » Verbatim 2*
Psychologique	*« C'est une violence psychologique. Morale, en fait. Et, c'est de la violence morale, au final » Verbatim 5*
Physique	*« elle forçait sur mes épaules… » Verbatim 4*
Agression verbale	*« elle m'a engueulé quoi. » Verbatim 4*
Négligence	*« Là… Ils m'ont laissée au milieu du passage, au milieu du couloir, au milieu du courant. C'était l'hiver et tout » Verbatim 2*
Déshumanisation	*« On est un bout de viande quoi. On passe sur la table, machin passe sur l'lit, on s'en fout… On est un bout de viande. (renifle) » Verbatim 8*

e. La valorisation

Valorisation	***Extrait de verbatim***
	La dévalorisation
Se dévaloriser	*« c'est peut-être aussi pour ça que j'ai commencé à perdre les pédales » Verbatim 4*
Sentiment de ne pas mériter d'être prise en charge	*« s'ils doivent choisir entre un couple qui consomme pas et un couple qui… voilà, quoi. Et ça, c'est normal » Verbatim 2*
	Besoins des usagères
Avoir besoin d'être mise à l'aise	*« Moi, mon médecin, je me sens à l'aise avec lui, parce qu'il me met à l'aise. Voilà. Si on me met pas l'aise, ça m'bloque » Verbatim 7*
Demander de l'aide auprès des soignants	*« J'lui ai dit non, moi j'veux arrêter, j'ai mes petits enfants, moi j'ai mon conjoint il me tape […] Et… je me suis mis au Subutex » Verbatim 7*
Avoir besoin de réassurance	*« Qu'on soit moins jugées, parce que j'aurais vraiment bien aimé en parler en fait. Bah enlever les inquiétudes. » Verbatim 1*
	Être valorisée
Se sentir écoutée	*« C'est vrai que moi, le Dr [nom du médecin traitant], il écoute beaucoup, alors ça prend beaucoup de temps » Verbatim 7*
Se sentir soutenue	*« Elle a été présente, elle a été, au contraire… elle était là, me dit que s'il y a besoin, que j'pouvais appeler et tout » Verbatim 6*
Être rassurée par les soignants	*« Donc il y en a pas mal qui m'ont rassuré en disant ne vous inquiétez pas madame, faut pas dire ça. » Verbatim 1*
Se sentir accompagnée dans les soins	*« mais moi je l'adore ce docteur-là, il m'écoute, il sait mes problèmes » Verbatim 7*
Recevoir des soins adaptés à sa personne	*« On a pu trouver un contraceptif… enfin j'en ai tellement essayé quoi […] Mais ça se passe super bien depuis euh… 8 mois, je pense que je l'ai là » Verbatim 5*
Recevoir la confiance d'un soignant	*« Et le Dr [nom du médecin traitant] me fait confiance pour ça » Verbatim 6*
	Conséquences de la valorisation
Se déculpabiliser	*« ce muscle là… quand on est obligée de pousser, ben on peut pas… ne pas s'arrêter » Verbatim 5*
Faire confiance	*« j'avais été le voir et… Vu qu'il me connaît très bien, il connaît… bah mes antécédents, il m'avait dit de surtout pas arrêter d'un coup » Verbatim 1*
Être satisfaite	*« Après, il y en a qui sont sympas et qui relèvent pas » Verbatim 6*
S'investir dans le soin	*« Je vais y aller juste parce que j'ai besoin, un suivi gynécologique, pour les frottis, pour... voilà, parce que j'arrive à un âge où il faut faire attention aussi » Verbatim 7*
Se préparer à la maternité	*« Fin j'avais du mal à accepter au début que j'étais enceinte » Verbatim 7*
Ressentir de l'empathie pour les usagers	*« j'étais bénévole dans une clinique qui soignait des toxicomanes, justement pour s'en sortir après que j'ai arrêté » Verbatim 3*
Être rassurée par le savoir	*« Une fois, c'est quand j'avais mon traitement Méthadone, j'avais été euh comment… au planning familial et je m'étais renseignée, je voulais absolument un enfant, et puis on m'avait dit qu'il y avait pas de soucis » Verbatim 1*

La dévalorisation des usagères est secondaire au jugement des soignants et aux représentations qu'elles ont d'elles-mêmes. Elles se rabaissent et ce sentiment est aggravé par leur isolement et les réflexions qu'elles peuvent subir. Certaines décrivaient le sentiment de ne pas mériter des soins.

Du fait de l'appréhension qu'elles ont du soin, elles ressentent le besoin d'être mise à l'aise afin de pouvoir s'exprimer librement ou encore d'accepter un soin. Afin de limiter leur inquiétude, elles

expriment également leur besoin de réassurance de la part des soignants et soulignent encore l'importance d'être informée.

Leurs inquiétudes concernant la maternité et la toxicomanie vont motiver leur demande d'aide auprès des soignants, celle-ci est malheureusement limitée par l'appréhension du jugement.

Les femmes ont également décrit des expériences positives lors du soin, notamment lorsqu'elle se sont senties écoutées et soutenues. Les difficultés vécues par les usagères soulignent l'importance de l'empathie de la part des soignants.

Elles se sentent rassurées par des prises en charge ou par des soignants, notamment lorsque leurs inquiétudes ont été prises en compte. Certaines sont également apaisées par le fait de pouvoir bénéficier de soins.

Elles apprécient d'être accompagnées dans les soins, notamment lors du sevrage et de pouvoir recevoir des soins adaptés à leur personne, comme par exemple de bénéficier de l'écoute empathique d'un soignant menant à une contraception adaptée, ou encore certaines remarquaient l'accompagnement différent face à des professionnels formés à l'addictologie.

Recevoir la confiance de leur médecin les valorise et favorise leur implication dans leur suivi.

Cette revalorisation a des conséquences positives et permet notamment chez les usagères de se déculpabiliser.
La confiance envers les soignants est favorisée par leur comportement empathique et non jugeant et va permettre une implication dans le soin, également liée au sevrage et à la maternité.

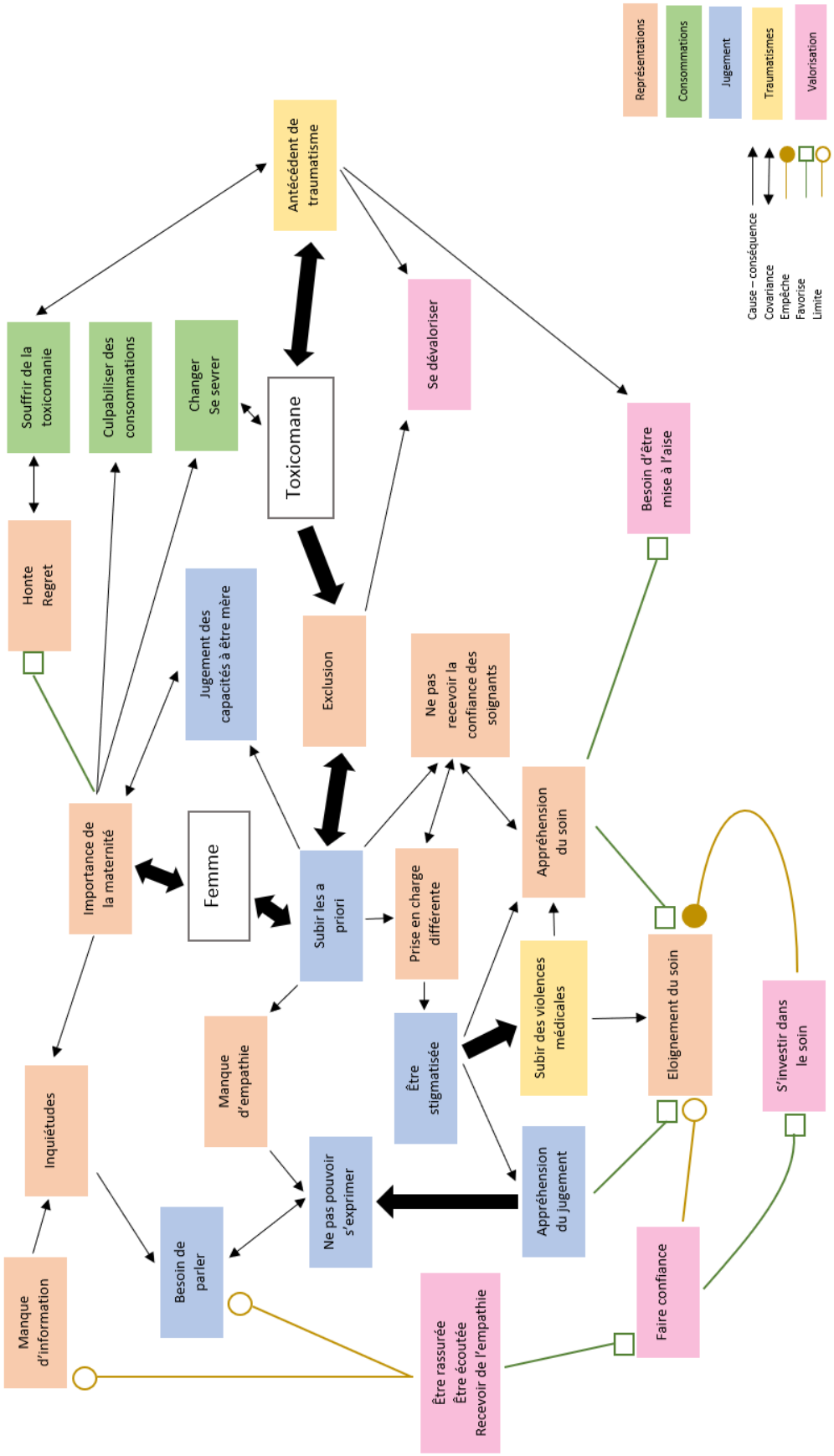
La notion de préparation, en particulier à la maternité est décrite à plusieurs reprises. L'information, la réflexion, la prise de conscience pendant la grossesse vont conduire à un changement de comportement, à la prise de conscience de la maternité.

L'information et le renseignement rassurent les usagères, notamment sur la grossesse associée à un médicament de substitution ou à des consommations non sevrées.

Également, certaines usagères, qui avaient réussi à se sevrer, ont ressenti le besoin de partager les difficultés de leur parcours auprès d'autres usagers, en travaillant bénévolement dans des centres dédiés.

IV. Discussion

A. Analyse des résultats principaux



Modèle explicatif du ressenti des femmes usagères de drogues auprès des professionnels de santé dans le cadre de leur suivi gynécologique et obstétrical

L'analyse des résultats a permis de montrer que le ressenti des usagères face aux professionnels de santé était marqué par les a priori qu'elles subissent de leur part.
Les a priori des soignants, guidés par l'image sociétale attendue de la femme et de la mère, engendre une souffrance chez les usagères et favorise la stigmatisation et le jugement de celles-ci.

Elles décrivent un sentiment d'exclusion, lié à ces préjugés. Ce sentiment est renforcé par la perception d'être prises en charge différemment des autres femmes et d'être jugées sur leurs capacités à être mère. Il est rapporté également une impression que les soignants ne leur font pas confiance et décrivent une surveillance et insistance inappropriées de leur part.
Les représentations des soignants et leurs a priori semblent donc influencer la prise en charge des usagères de drogues.

La maternité occupe une place importante chez les participantes, cependant responsable de sentiments négatifs tels que la honte, le regret ou encore la culpabilité de consommer durant la grossesse ou en étant mère. Les événements tels que le syndrome de sevrage du nouveau-né sont culpabilisants pour les femmes, sentiment accentué par les réflexions des soignants, soumis à leurs représentations normatives de la maternité.
L'importance de la maternité est également soulignée dans le discours des femmes par l'expression de leurs inquiétudes. La toxicomanie et ses conséquences sont sources d'inquiétude, notamment concernant les répercussions sur la grossesse.
Il est important de noter la place de la maternité comme moteur de changement. En effet, la connaissance d'une grossesse, la naissance d'un enfant, ont amené certaines femmes à prendre la décision d'initier un sevrage. On peut imaginer ici l'importance de la place des soignants et de la revalorisation des femmes afin de les accompagner dans cette démarche.

En plus de l'inquiétude qui caractérise cette population, les participantes expriment un besoin de parler, de se confier. Les difficultés de vie racontées, la souffrance liée à la toxicomanie, l'exclusion, motivent le besoin d'être écoutées. Cependant, elles se sentent limitées dans leur parole, conséquence de l'appréhension du jugement des soignants. De plus, elles expriment un manque d'empathie et de soutien, souvent ressenti dès l'abord d'antécédents addictologiques.
C'est en partie les raisons pour lesquelles les usagères n'abordent pas spontanément leurs consommations auprès des soignants. La recherche d'empathie engendre également un nomadisme médical des usagères.

Ce travail a permis de mettre en évidence des témoignages de violences médicales, vécues comme traumatisantes par les usagères.
Nous avons remarqué que les femmes étaient renseignées sur les violences gynécologiques et obstétricales, notamment grâce aux réseaux sociaux. L'intérêt pour les mouvements sociaux concernant ces violences pourrait être favorisé par leurs propres antécédents de violence [19], plusieurs participantes ayant déclaré avoir été victimes de violences sexuelles au cours de leur vie. Ces antécédents renforcent leur appréhension du soin et justifient leur besoin d'être mises à l'aise notamment lors d'examens gynécologiques ou de l'accouchement.
Les violences et la stigmatisation ont été banalisées par certaines usagères. Cette réaction pourrait être en lien avec l'image dévalorisante qu'elles ont d'elles-mêmes.

L'appréhension du soin secondaire aux représentations des usagères, à la stigmatisation, au jugement et aux violences subies favorise donc l'éloignement de celui-ci.

Par conséquent, on peut souligner l'importance de la valorisation. L'écoute des besoins des usagères, une attitude empathique et non jugeante, permettent de mettre en place un lien de confiance, primordial dans la relation médecin-patient.

La confiance conditionne les représentations du soin et leur adhésion. Une relation de confiance avec les soignants favorise donc l'investissement dans le soin des usagères.

B. Comparaison avec la littérature

La stigmatisation des usagers est bien connue [20], [21] et guide les pratiques des soignants.[10] Dans notre travail, les usagères décrivent des différences de prises en charge, des rejets de soins, allant jusqu'aux violences médicales.
Cette stigmatisation serait cependant limitée par la formation à l'addictologie.[22] Les participantes évoquent d'ailleurs une différence de regard et dans les soins auprès de professionnels formés.

La maternité correspond à une période de changements psychoaffectifs chez les usagères, dont les antécédents traumatiques vont influencer leurs représentations, avec, entre autres, un vécu anxiogène de la grossesse. [23]
Elle influence aussi la pathologie addictive, engendrant un investissement et des conséquences différentes selon les femmes.[24] Dans notre travail, celle-ci est décrite par quelques participantes comme initiatrice d'entrée dans le soin ou encore permettant d'amorcer un sevrage.

Concernant les caractéristiques des participantes, l'âge moyen est plus élevé que l'âge des consommateurs d'héroïnes dans la population générale (24-36 ans).[25] Ceci pouvant s'expliquer en partie par le contexte gynécologique et obstétrical de l'étude.

Également, il est intéressant de noter que la consommation d'héroïne est banalisée par une des participantes, ne se considérant pas « toxicomane » car n'ayant pas une consommation quotidienne. Dans un rapport de 2021, il est rapporté que la perception de la dangerosité de l'héroïne s'est modifiée ces dernières années avec une augmentation du nombre de personnes voyant l'héroïne dangereuse seulement si consommée quotidiennement. [25]

C. Forces et limites

Cette étude présentait plusieurs biais.

Un biais de sélection, inévitable, caractérisé par le fait que les patientes étaient volontaires, donc intéressées par l'étude. Toutefois, le flyer restait assez flou et n'abordait pas les thématiques de la violence médicale ou de la stigmatisation afin de limiter ce biais.

Un autre biais présent était le biais de recrutement. En effet, le recrutement était initialement prévu dans les CSAPA et CAARUD permettant d'atteindre des profils précaires et marginalisés, mais les difficultés de recrutement nous ont amené à inclure les cabinets de médecine générale. Ceux-ci ont été choisis en fonction de leur patientèle comportant des usagers de drogues, mais sur les 5 patientes recrutées en cabinet, 2 étaient suivies par le même médecin généraliste.

Le faible effectif était expliqué en partie par les difficultés de recrutement (rendez-vous non honorés, absence de réponse au téléphone, changement d'avis pour participer à l'étude). Sur les 22 femmes volontaires initialement, seulement 8 entretiens ont pu être menés. Également, le profil des participantes, leur éloignement de la société, leur représentation des soignants ont pu limiter le

recrutement.
En dépit du nombre de participantes, la saturation des données a été atteinte.

Deux entretiens ont été de durée courte (inférieure à 15 minutes), ce sont ceux réalisés dans un centre d'addictologie. Malgré que ce soit le souhait des participantes, le climat du lieu a possiblement limité le dialogue et l'abord de sujets sensibles.

Ce travail présentait également plusieurs atouts.

Le choix de la méthodologie qualitative permettait une approche plus concrète. [26] [27] Les entretiens semi-dirigés ont permis aux femmes de parler librement, d'aborder plus facilement des sujets sensibles.

Une force de l'étude résidait dans son originalité. En effet, les usagers de drogue illicites sont une population peu étudiée en médecine générale.
Le choix s'est porté sur ces consommations car nous avons fait l'hypothèse que le regard des professionnels de santé serait différent par rapport aux substances licites comme le tabac et l'alcool. De plus, les populations consommatrices de drogues illicites sont difficiles à étudier, du fait de leur faible prévalence dans la population générale et de la précarisation qui les caractérise parfois. Cette différence de population est susceptible d'engendrer des représentations différentes chez les professionnels de santé. [28]

Le choix du lieu d'entretien était libre par les participantes, afin de favoriser un environnement propice au dialogue. Tous les entretiens ont été menés par l'investigatrice principale, limitant le biais d'investigation.

Cette étude complète également les études sur les violences gynécologiques et obstétricales, dont le nombre de travaux augmente depuis quelques années.

Le questionnaire a été modifié en ajoutant la présence d'un MSO devant les représentations qu'elles ont évoquées concernant celui-ci. La contrainte et la dépendance engendrées par le MSO amènent les usagères à le comparer à une drogue et donc à refuser la mise en place d'un traitement pour aider au sevrage.

V. Conclusion et perspectives

Le ressenti des usagères de drogues auprès des professionnels de santé est complexe. Leur histoire de vie et leurs représentations influencent leur vision et adhésion au soin. La stigmatisation et les violences médicales qui en découlent ont une place importante dans le rapport au soin.
Le processus de revalorisation des usagères permet de limiter l'appréhension et l'éloignement du soin.

En pratique, en médecine générale, seule une faible proportion des usagères consulte ou bénéficie d'un suivi, celui-ci étant le plus souvent lié la présence d'un MSO. Ces consultations sont relativement fréquentes, car au minimum mensuelles, et ne doivent pas se limiter à la seule prescription de MSO.[29] Il est important d'encourager les médecins généralistes à ne pas banaliser ces consultations. L'exploration et la compréhension des représentations des usagères lors de ces occasions permet de les accompagner au mieux dans le soin.

Parallèlement, la formation à la toxicomanie des professionnels semble favoriser l'acceptation du soin chez les usagères, celles-ci se sentant plus à l'aise et moins stigmatisées. Se former à l'addictologie pourrait permettre de travailler sur nos propres représentations et ainsi limiter nos a priori envers les usagères.

Bibliographie

[1] I. Michot et J. Maurel d'Arleux, « Drogues, Chiffres Clés », *Obs. Fr. Drogue Toxicom. OFDT*, p. 8, 2019.

[2] J. Morel d'Arleux, « Drogues et Addiction, Chiffres Clés », *Obs. Fr. Drogue Tend. Addict. OFDT*, p. 8, 2022.

[3] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, « Differences in patterns of drug use between women and men », 2005.

[4] L. Simmat-Durant, « La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions », *Déviance et société*, vol. 31, n° 3, p. 305-330, mars 2007.

[5] C. Mutatayi, « Publics féminins : les approches en matière de prévention et de soins ». 2014.

[6] L. Guerrero (épouse Vanhille), « Suivi gynécologique des femmes usagères de drogues : étude observationnelle de patientes prises en charge dans les centres d'addictologie du Loir-et-Cher en 2018 », Thèse de médecine générale, Faculté de médecine de Tours, Tours, 2019.

[7] O. Thomas, « Toxicomanie féminine », in *Toxicomanie féminine*, 2006, p. 17-20.

[8] Fédération addiction, « Femmes et addictions ». décembre 2012.

[9] CSAPA 37, « Dépistage de lésions précancéreuses/cancéreuses et papillomavirus par frottis cervico utérin au csapa », 2012.

[10] C. Luttenbacher, « La maternité chez les femmes toxicomanes: l'impact des dimensions normatives et de la culture professionnelle chez les professionnels de la santé », *Déviance Société*, vol. 23, n° 3, p. 313-340, 1999, doi: 10.3406/ds.1999.1699.

[11] N. Ben Chamack, « La relation médecin-malade : expériences et point de vue des patients toxicomanes suivis en médecine générale », Thèse de médecine générale, Faculté de médecine d'Angers, Angers, 2014.

[12] ANESM, « Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile », avr. 2009.

[13] C. Compagnon et V. Ghadi, « La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé ». octobre 2009.

[14] « Maltraitance gynécologique : quand les femmes racontent leur souffrance », *www.rtl.fr*, 14 octobre 2015. [En ligne]. Disponible sur: https://www.rtl.fr/actu/debats-societe/maltraitance-gynecologique-quand-les-femmes-racontent-leur-souffrance-7780068104

[15] K. Swahnberg *et al.*, « Patients' experiences of abuse in health care: a Nordic study on prevalence and associated factors in gynecological patients », *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, vol. 86, n° 3, p. 349-356, 2007, doi: 10.1080/00016340601185368.

[16] A. F. P. L. d'Oliveira, S. G. Diniz, et L. B. Schraiber, « Violence against women in health-care institutions: an emerging problem », *The Lancet*, vol. 359, n° 9318, p. 1681-1685, mai 2002, doi: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6.

[17] HAS, « Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ». 27 janvier 2020.
[18] « La réduction des risques et des dommages dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) », Haute Autorité de Santé, Recommandation de Bonne Pratique, sept. 2017.
[19] S. Sigurdardottir et S. Halldorsdottir, « Persistent Suffering: The Serious Consequences of Sexual Violence against Women and Girls, Their Search for Inner Healing and the Significance of the #MeToo Movement », *Int. J. Environ. Res. Public. Health*, vol. 18, n° 4, p. 1849, févr. 2021, doi: 10.3390/ijerph18041849.
[20] K. Goodyear, C. L. Haass-Koffler, et D. Chavanne, « Opioid use and stigma: The role of gender, language and precipitating events », *Drug Alcohol Depend.*, vol. 185, p. 339-346, avr. 2018, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.12.037.
[21] P. Stocco, « Les femmes toxicomanes et la dimension familiale : traitement et questions éthiques », *Psychotropes*, vol. 13, p. 251-265, 2007.
[22] « Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GPs, mental health and addiction specialists and clients », *Int J Soc Psychiatry*, vol. 61, n° 6, sept. 2015.
[23] A. Bazire, « Toxicomanie et maternité: qualité du processus de maternalité chez la femme toxicomane », 2017.
[24] A. Bazire, « Maternité et toxicomanie : influence des problématiques maternelles et du syndrome de sevrage néonatal sur l'investissement de l'enfant », *Psychotropes*, vol. 24, p. 73-99, févr. 2018.
[25] J. Morel d'Arleux, « Rapport national 2021 (données 2020) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox », 2021.
[26] J.-P. Leabeau *et al.*, *Initiation à la recherche qualitative en santé*. 2021.
[27] I. Aubin-Auger, A. Mercier, et L. Baumann, « Introduction à la recherche qualitative », *Exercer*, vol. 19, n° 84, p. 142-5, 2008.
[28] P.-Y. Bello, C. Ben Lakhdar, et M. P. Carrieri, « Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues ». INSERM, 2010.
[29] J.-F. Perdrieau, F. Bâcle, M. Lalande, et A. Fontaine, « Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale », OFDT, 1998.

Annexes

Annexe 1 : Formulaire d'autorisation d'utilisation des données

Université de Poitiers

Déléguée à la protection des données

Christelle Souil
Déléguée à la protection des données
dpo@univ-poitiers.fr
05-49-36-60-05

Thèse en médecine générale de Mme Charlotte Philippart

Ressenti des femmes usagères de drogues auprès des professionnels de santé dans le cadre de leur suivi gynécologique et obstétrical

Déclaration de traitement et application du cadre de la MR004 « recherches n'impliquant pas la personne humaine »

AVIS DPO

Le traitement effectué par Mme Philippart collecte des données sensibles et notamment auprès d'une population dite vulnérable (femmes usagères de drogue). Des données sensibles personnelles seront collectées (examen de dépistage, consommations anciennes, actuelles, antécédents de violence dans l'enfance ou la vie de femme, etc). À ce titre, la DPO recommande d'entrer dans une MR004 conformément à la LIL et au décret de 2018. Ces formalités ont été réalisées par l'investigateur en lien avec la DPO.

Selon l'article 35 du RGDP, une AIPD peut concerner une opération de traitement de données unique. **Cependant, ce même article, paragraphe 1 dispose qu'une « *seule et même analyse peut porter sur un ensemble d'opérations de traitements similaires qui présentent des risques élevés similaires* ».** Se basant sur cet article et après évaluation du dossier, la DPO conseille de s'appuyer sur l'article en question pour alléger la procédure. En effet, une AIPD portant sur un traitement similaire à celui réalisé par Mme Philippart a été dernièrement signée par Mme Virginie Laval, présidente de l'université.

Le traitement, après accord, sera enregistré au registre de l'université. Une déclaration sur la plateforme HDH sera également réalisée.

Un travail a été fait avec l'investigateur pour appliquer le principe de minimisation des données collectées. Les données collectées sont pertinentes au regard de la finalité traitée. Le traitement entre dans une mission d'intérêt public. L'investigateur s'engage à détruire les données identifiantes à l'issue de sa thèse.

Conformément à la MR004 :

- Une notice d'information et de consentement est fournie à chaque participante. L'information est conforme à l'article 12 du RGDP.
- Un schéma de flux des données a été réalisé pour identifier les flux d'entrée et de sortie.
- Les mesures de sécurité mises en place par l'investigateur permettent de limiter autant que possible les risques portant sur les données collectées. Sachant que les données sont stockées sur des appareils personnels et qu'il est bien entendu impossible de vérifier la sécurité des terminaux utilisés.
- Les risques résiduels semblent limités et acceptables.

Validation du responsable de traitement, la présidente de l'université de Poitiers

Article 35.2 du RGDP « Lorsqu'il effectue une analyse d'impact relative à la protection des données, le responsable de l'université demande conseil au délégué à la protection des données. »

Traitement autorisé Oui ☒ Non ☐

Signature de Mme la présidente

Annexe 2 : Document d'aide au recrutement pour les soignants

Bonjour,

Je termine actuellement mes études de médecine et réalise, dans ce contexte, un travail de thèse.

Je m'intéresse aux femmes usagères de drogues et à leur suivi gynécologique et obstétrical.

Pour cela, j'aimerais m'entretenir avec elles lors d'entretiens individuels et bien sûr, confidentiels.

J'ai besoin de votre aide pour les rencontrer !

Pour participer à cette étude, les femmes doivent être :

- Majeures et sans mesure de protection (tutelle, curatelle)
- Comprenant et parlant couramment le français
- Ayant déjà bénéficié d'une prise en charge gynécologique ou obstétricale *(que ce soit dans le cadre d'une grossesse, une consultation pour un motif gynécologique chez une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue)*
- Présentant une consommation de drogues psychoactives illicites *(drogues par voie IV ou consommation régulière d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamine)*, sevrée ou non, sous médicament de substitution ou non
  (Les polyconsommatrices sont également acceptés si elles consomment ou ont consommé les substances citées ci-dessus)

Si vous rencontrez des femmes susceptibles d'être intéressées par ce projet, pouvez-vous :

- Leur proposer de **déposer leurs coordonnées téléphoniques** *(uniquement un numéro de téléphone où elles sont joignables, pas de nom ou prénom (l'étude est anonyme))* à l'accueil du centre afin que je puisse les contacter par la suite.
  Et
- Leur transmettre un **flyer** d'information.

Merci pour votre aide précieuse.

Charlotte PHILIPPART

*(Pour toute question complémentaire, je suis joignable au *numéro de téléphone*, ou par mail : *adresse mail*)*

Annexe 3 : Flyer à destination des patientes

Votre suivi gynécologique nous concerne !

Bonjour,

Je réalise un travail de recherche et m'intéresse aux femmes usagères de drogues et leur suivi gynécologique et obstétrical.

Votre histoire nous intéresse !

Nous aimerions recueillir votre ressenti sur ce suivi.

L'objectif de ce travail est d'évaluer votre ressenti afin d'améliorer nos pratiques (médecins et autres soignants) dans le cadre de votre prise en charge.

Comment cela se passe-t-il ?

Pour cela, j'organise des entretiens individuels, confidentiels et anonymes.
Ces entretiens sont enregistrés à l'aide d'un dictaphone dont le contenu sera effacé après la retranscription.

Ils se dérouleront dans le lieu de votre choix (votre centre d'addictologie, un cabinet de médecine générale à Poitiers, un autre lieu qui vous convient). La durée d'un entretien est de 30 minutes à 1 heure.

Etes-vous intéressées par ce projet ?

Si c'est le cas, merci de déposer vos coordonnées à l'accueil du centre, je vous contacterai par la suite.

Merci d'avance !

Charlotte PHILIPPART

Ce travail a pour finalité la réalisation d'une étude présentant un intérêt public, article 6 du RGPD. La participation ne donne pas lieu à une rémunération.

Annexe 4 : Formulaire de consentement

Fiche d'information et de consentement

Thèse d'exercice, faculté de médecine de Poitiers

Titre : Ressenti des femmes usagères de drogues auprès des professionnels de santé dans le cadre de leur suivi gynécologique et obstétrical.

Auteur : PHILIPPART Charlotte

Médecin encadrant la recherche : Dr BESNIER Marc

Description :

Le sujet de ce travail concerne votre ressenti, les sentiments et que vous avez pu éprouver lors d'un soin ou d'une consultation avec un professionnel de santé, que ce soit une sage-femme, un médecin généraliste, un gynécologue…

Votre histoire nous intéresse et nous vous proposons de participer à un entretien individuel afin de recueillir votre témoignage.

L'objectif de cette étude est de comprendre votre ressenti dans le cadre de ces expériences, afin de mieux appréhender leur prise en charge en médecine générale.

Participation à l'étude

Votre participation à ce travail se résume à cet entretien individuel.
Un entretien est de durée variable (1 heure en moyenne), et se déroule dans le lieu de votre choix.
Cet entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone puis retranscrit intégralement. Il restera anonyme et confidentiel. Des extraits pourront figurer dans la thèse.

Confidentialité

Toutes les informations délivrées lors de cette entrevue resteront confidentielles. Votre nom n'apparaîtra ni dans les retranscriptions, ni dans la thèse.
L'enregistrement audio sera détruit après retranscription écrite. Il se peut que la retranscription écrite soit relue par le directeur de thèse, le Dr BESNIER.
Vous pouvez consulter les résultats de la retranscription à n'importe quel moment.

Diffusion

La thèse sera présentée à la faculté de médecine de Poitiers et sera disponible en ligne sur le site internet de la faculté.

Votre consentement

J'accepte de participer à la thèse « Ressenti des femmes usagères de drogues auprès des professionnels de santé dans le cadre de leur suivi gynécologique et obstétrical ».
En signant, j'autorise l'enregistrement audio de cet entretien ainsi que sa transcription mot à mot.
Je confirme avoir lu et compris les informations ci-dessus et j'ai eu la possibilité de poser des questions.

Signature de l'investigateur :

Signature de la participante :

Date et lieu :

Annexe 5 : Canevas d'entretien

Bonjour,

Je me présente, je termine ma formation de médecin et réalise un travail de recherche sur le suivi gynécologique et obstétrical des femmes usagères de drogues.
Ce qui m'intéresse, c'est votre ressenti, vos sentiments par rapport à votre histoire gynécologique. Vous pouvez parler librement, il n'y a aucune mauvaise réponse.

Avec votre accord, j'aimerais enregistrer cet entretien afin de retranscrire fidèlement vos propos. L'entretien est entièrement anonyme et l'enregistrement sera écouté seulement par moi et ne sera pas conservé à la fin de l'étude.
À tout moment, vous pourrez avoir accès à la retranscription.

Avant de commencer, nous allons regarder ensemble le formulaire de consentement, que vous pouvez signer en cas d'accord.

Pouvez-vous vous présenter ? Votre tranche d'âge, nombre d'enfant(s), de grossesse(s), situation conjugale, niveau d'étude et profession, votre dernier FCU (+- mammographie selon l'âge), vos consommations (anciennes et actuelles) …

- Tranche d'âge (< 20 ans, 20-25 ans, 25-30, 30-35, 35-40 ans…)
- Parité
- Situation conjugale
- Niveau d'étude
- Profession
- Délai des FCU / mammographie (à jour donc < 3 ans/ < 2 ans)
- Consommations anciennes
- Consommations actuelles
- Antécédent de violence dans l'enfance ou dans votre vie de femme

Que pensez-vous de votre suivi gynécologique, de votre suivi de grossesse de façon globale ?

J'aimerais que nous abordions une situation qui vous as marqué dans le cadre de ce suivi, que vous avez peut-être vécu difficilement. Pensez-vous à une situation particulière ? Pouvez-vous m'en parler ?

Avez-vous l'impression que les professionnels de santé ont porté sur vous un regard différent, un jugement dans ce contexte ? Pouvez-vous m'en parler ?

Je vous remercie d'avoir participé à cette étude.

Si vous connaissez d'autres femmes intéressées par ce projet et souhaitant partager leur expérience à ce sujet, pourriez-vous me transmettre leurs coordonnées ?

Merci pour votre aide.

Résumé et mots clés

Introduction : La maltraitance médicale se fait entendre depuis quelques années. Ce travail s'intéresse au ressenti d'une population particulièrement stigmatisée, les femmes toxicomanes, dont l'accès au soin est limité. L'appréhension du monde médical semble favoriser cet éloignement du soin. L'objectif de cette étude était de recueillir le ressenti des femmes usagères de drogues auprès des professionnels de santé, dans un contexte gynécologique et obstétrical.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés, réalisés entre novembre 2021 et mai 2022, auprès de femmes usagères de drogues illicites, sevrées ou non. La méthode s'inspirait de la théorisation ancrée. L'analyse des résultats a été réalisé manuellement, confortée par un double codage.

Résultats : Le ressenti des usagères est marqué par les a priori des soignants, responsables d'une appréhension d'être jugées. Les représentations des femmes, la souffrance engendrée par la toxicomanie, les traumatismes vécus, ainsi que la stigmatisation et les violences médicales favorisent l'éloignement du soin.
Le processus de revalorisation des usagères permet d'établir un lien de confiance avec les soignants et encourage donc l'investissement dans le soin.

Discussion/Conclusion : Le ressenti des usagères auprès des professionnels de santé est complexe. Leur adhésion au soin est influencée par leurs représentations et leur histoire de vie. La revalorisation des usagères et la compréhension de leurs représentations permet de les accompagner au mieux dans le soin.
La formation des soignants à l'addictologie semble limiter l'appréhension des usagères et contribue à limiter leurs propres a priori.

Mots clés : femme, toxicomanie, stigmatisation, gynécologique, obstétrical, violence médicale

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. Admise 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. Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !