UNIVERSITÉ DE POITIERS
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE SUR LA MALTRAITANCE DANS LE CADRE DE LA GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE À PARTIR DU VÉCU DES PATIENTES

Mémoire soutenu le 23 Juin 2020

Par Melle Elsa MICHEL

née le 13/12/1993

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

Année 2017-2018

COMPOSITION DU JURY :

Présidente du jury : Mme Sylvie GUINOT-BUJON, directrice de l'école de sage-femme

Membres : Mme Julia Deparis, sage femme enseignante

Mme Celine Dabert, sage-femme

Directeur de mémoire : Pr Roger GIL, directeur de l'espace éthique de la Nouvelle-Aquitaine

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie

École de Sages-femmes de Poitiers

Mémoire en vue du

diplôme d'état de sage-femme

Questionnement éthique sur la maltraitance dans le cadre de la gynécologie obstétrique à partir du vécu des patientes

Juin 2020

Elsa MICHEL

Directeur de mémoire : Pr GIL

Tutrice de mémoire : Sonia PAPIN

• Table des matières

1. Introduction....8
2. Méthodologie....10
2.1. Objectifs de l'étude :....10
2.2. Type d'étude :....10
2.3. Population étudiée....10
2.3.1. Critères d'inclusion....10
2.3.2. Critères de non-inclusion....10
2.3.3. Critères d'exclusion....11
2.3.4. Critères de description de la population....11
2.3.5. Critères de jugement et de description des maltraitances....11
2.3.6. Critères de jugement secondaires....12
2.4. Durée de l'étude....13
2.5. Déroulement de l'étude....13
2.5.1. Circonstances des entretiens et déroulement de l'étude....13
2.5.2. Outil utilisé....13
2.6. Statistiques :....14
3. Résultats....15
3.1. Caractéristiques de la population....15
3.2. Catégorisation des situations qualifiables de maltraitance....17
3.3. Niveau de satisfaction du suivi gynécologique et obstétrical....18
3.4. Fréquence des évènements et suivi gynécologique....19
3.5. Les champs lexicaux utilisés pour décrire les situations vécues....19
4. Discussion....24
4.1. Les principaux résultats :....24
4.2. Validité interne de l'étude :....25
4.3. Validité externe de l'étude :....28
4.3.1. Catégorisation des types de maltraitance....28
Les violences morales....28
Les violences verbales....28
Les violences psychologiques....29
Les violences sociologiques....30
Les violences physiques....31
Les violences physiques passives....31
Les violences physiques actives....32
Les soins non conformes aux standards de la médecine....33
La violence institutionnelle....33
La violence à caractère sexuel....34
4.3.2. Existence de la maltraitance en gynécologie-obstétrique....35
4.3.3. Échelle de satisfaction....37
4.3.4. Répercussions de la maltraitance sur le suivi gynécologique....39
4.3.5. Caractéristiques des femmes victimes de maltraitance....40
4.3.6. Les champs lexicaux et la posture des femmes....40
4.4. La maltraitance d'un point de vue éthique....42
5. Conclusion....49
Bibliographie....51
Annexe 1 : guide d'entretien....57
Annexe 2....58
Annexe 3....59

Remerciements :
Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réussite de mes études et qui m'ont aidée lors de la rédaction de ce mémoire.

Je voudrais dans un premier temps remercier mon directeur de mémoire, Mr Roger Gil, Enseignant – Chercheur, Professeur émérite de neurologie à l'Université de Poitiers et Directeur de l'Espace de réflexion éthique de Nouvelle-Aquitaine, pour sa patience, sa disponibilité et surtout son regard éthique, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma tutrice de mémoire, Mme Sonia Papin. Je la remercie de m'avoir encadrée, soutenue, aidée et conseillée.
Je remercie également la directrice de l'école de sage-femme de Poitiers, Mme Sylvie Guinot-Bujon, ainsi que toute l'équipe de l'école pour avoir assuré ma formation et permis mon évolution vers la profession de sage-femme.

Je remercie les professionnels que j'ai pu rencontré au cours de ma formation et lors de mes stages pour leur enseignement et leurs conseils.

Je souhaite remercier Mr Didier Schwint, sociologue formateur à l'Institut Régional des Travailleurs Sociaux de Poitiers, pour son enseignement et son partage d'expérience.

Je voudrais remercier toutes les femmes qui ont accepté de répondre à mon étude.

Enfin, je tiens à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes suivantes, pour leur aide dans la réalisation de ce mémoire :
Ma mère et ma sœur, tous mes amis et mes proches pour leur soutien inconditionnel, dans la réalisation de ce mémoire comme dans la réussite de mes études. Sans vous, je ne serais pas la sage-femme que je suis aujourd'hui.
Mr Francis Letellier, pour son aide, sa patience et sa persévérance à pousser ma réflexion dans la réalisation de ce travail.
Mme Nicole Bizos et Mme Agnès Faulcon, pour leur écoute, leur amitié et leur soutien, qui m'ont apporté des éclairages fondamentaux sur notre monde.

Glossaire :

ANESM : Agence Nationale de l'Education et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

CDM : Code de Déontologie Médicale

CDSF : Code de Déontologie de la Sage-Femme

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France

CSP : Code de Santé Publique

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EBM : Evidence Based Medecine

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IRTS : Institut Régional des Travailleurs Sociaux

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

1. INTRODUCTION

La pratique de la gynécologie concerne les 33 millions de femmes qui vivent actuellement en France, tandis que l'obstétrique s'occupe des 800 000 naissances chaque année (1). 75% des consultations de gynécologie - obstétrique ont pour motifs des causes « physiologiques » comme la contraception, la grossesse et la ménopause (2). En moyenne 85 % des femmes de la population française déclarent avoir un suivi gynécologique (3). Le nombre de consultations gynécologiques s'élèverait donc à plus de 28 millions par an (2).

Des pratiques médicales aussi généralisées doivent être appliquées par tous selon un cadre précis afin de s'assurer de la qualité des soins. D'ailleurs, les gestes qui sont pratiqués lors de ces consultations sont encadrés par des recommandations : de la Haute autorité de Santé (HAS) (4), de l'Agence Nationale de l'Education et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ANESM) (5), et par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF) (6), afin d'améliorer la qualité des soins et d'éviter des dérives. De plus, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a modifié la relation soignant-soigné. (7) Le patient doit être informé (8) et le soignant doit obtenir son consentement (9). Le patient est alors acteur dans le soin qui le concerne. Le soignant respecte son autonomie. A cela s'ajoute qu'il faut être d'autant plus attentif au respect de ces devoirs lorsque le patient se trouve dans une position de potentielle vulnérabilité.

Se questionner sur la qualité des soins nécessite de s'interroger sur de potentielles manifestations de maltraitance. La notion de « maltraitance » a été définie par le conseil de l'Europe comme : « tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, volontairement ou involontairement, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité, ou au bien-être général d'une personne vulnérable » (10). Historiquement, la littérature a révélé de nombreux cas de maltraitance sur des personnes dont la vulnérabilité semble évidente : personnes âgées dépendantes, personnes à mobilité réduite et/ou déficientes mentales (11). Cependant, il serait intéressant de se demander si la maltraitance n'existe qu'auprès de ce type de patients. Peut-être pourrions-nous parler de vulnérabilité à propos d'une femme nue, ou à demi-nue, sur une table d'examen lors d'une consultation gynécologique. Par delà même cette nudité, l'asymétrie de savoir entre le soignant et la patiente pourrait être suffisante en soi pour rendre cette dernière potentiellement vulnérable. D'ailleurs, Levinas nous explique que le corps n'est pas nu uniquement par

l'absence de vêtement, mais par la révélation d'une vulnérabilité (11). Cela peut particulièrement s'appliquer en gynécologie-obstétrique. Les examens propres à ces spécialités amènent des personnes inconnues à examiner, palper, toucher, pour des raisons médicales, des parties du corps qui se rapportent à l'intime. N'importe quelle patiente de gynécologie-obstétrique pourrait donc ressentir une forme de vulnérabilité. D'ailleurs, le code pénal reconnaît en la femme enceinte un état de vulnérabilité qui lui fait bénéficier d'une protection légale particulière.(12) Bien qu'il n'existe aucune définition de la maltraitance dans le domaine de la gynécologie-obstétrique, nous faisons l'hypothèse de son existence. Et ce, d'autant plus que de telles situations de maltraitances pourraient amener des femmes à interrompre leur suivi gynécologique. Or du point de vue de la santé publique, ces consultations ont un rôle de dépistage primordial. (13) Il serait donc intéressant de s'interroger sur le ressenti des patientes lors de leurs prises en charge en gynécologie-obstétrique.

Nous nous intéresserons donc aux questions suivantes : Les femmes se sentent-elles vulnérables lors de prises en charge en gynécologie-obstétrique ? De quelle manière ? Ont-elles déjà subi des examens qu'elles ont jugés inappropriés voire ressentis comme violents ? Une gêne occasionnée par la position du soignant ou des paroles maladroites ont–elles amené certaines patientes à éviter tout examen gynécologique ? Ces questions ont rarement été réfléchies sur le plan éthique dans le domaine de la gynécologie-obstétrique. Nous tenterons donc, au travers d'un recueil de témoignages de femmes, de mettre en évidence l'existence de la maltraitance en gynécologie-obstétrique.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de cette étude était de mettre en évidence l'existence potentielle de situations maltraitantes, dans le domaine de la gynécologie obstétrique.

Les objectifs secondaires étaient :
- d'évaluer le degré de satisfaction des femmes interrogées sur leur suivi gynécologique et obstétrical,
- d'évaluer l'impact de ces situations de maltraitance sur le suivi gynécologique et obstétrical des femmes,

… In fine : le but de ce travail serait d'entrapercevoir s'il existerait un impact d'un point de vue de la santé publique.
- de développer une réflexion éthique à propos de la maltraitance dans ce domaine.

2.2. Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-structurés (micro-trottoir).

2.3. Population étudiée

La population étudiée a concerné des femmes ayant déjà participé à au moins une consultation gynécologique et/ou obstétricale dans leur vie. L'échantillon de femmes interrogées était constitué de femmes de la population générale française, principalement dans le Poitou-Charentes, mais aussi dans les départements d' Ile de France et de Haute-Garonne.

2.3.1. Critères d'inclusion

- Femmes majeures ayant déjà participé à une consultation gynécologique et/ou obstétricale,
- Femmes ayant accepté de répondre à l'étude,
- Femmes comprenant et parlant le français.

2.3.2. Critères de non-inclusion

- Femmes mineures
- Femmes qui n'ont jamais vécu de consultation gynécologique ou obstétricale,

- Femmes refusant de répondre à l'étude,
- Femmes sous protection juridique,
- Femmes sourdes ou muettes,
- Femmes ne parlant pas français.

2.3.3. Critères d'exclusion

- Femmes qui, en cours ou suite à l'entretien, souhaitaient sortir de l'étude.

2.3.4. Critères de description de la population

Pour décrire la population, les critères suivants ont été recueillis:
- Âge,
- Niveau d'études, selon la catégorisation du niveau d'études utilisée dans les dernières études démographiques de l' INSEE de 2019 (14),
- Catégorie socio-professionnelle, selon la catégorisation des catégories socioprofessionnelles utilisée dans les dernières études démographiques de l'INSEE de 2003 (15),
- Existence ou non d'un suivi gynécologique en cours, et par quel type de soignant,
- Existence ou non d'une intervention chirurgicale relevant de la gynécologie ou de l'obstétrique,
- Ayant ou n'ayant pas d'enfant.

2.3.5. Critères de jugement et de description des maltraitances

Pour analyser les entretiens, les éléments qui répondaient au premier objectif de l'étude, sont les différentes catégories de maltraitance que nous avons identifiées au travers : des textes de lois (16, 17, 18) , des codes de déontologie médicale (CDM) (19) et des sages-femmes (CDSF) (20), des recommandations internationales de bonnes pratiques antérieures à 2004 (21), et des classifications construites dans des travaux de recherche (22, 23).
La catégorisation des maltraitances que nous avons construite et utilisée était donc :

- Violences morales :

  - Violences verbales :

- paroles inappropriées contrevenant à la finalité de la médecine,
- manquements au devoir d'écoute et de sollicitude de la part du professionnel de santé,

  - Violences psychologiques :

- manquements à l'obligation d'obtention du consentement explicite du soigné,
- manquements au devoir d'information du patient,

- comportements du soignant jugés inadaptés à la situation,

  - Violences sociologiques :

- préjugés et discriminations.

➢ Violences physiques :

  - Violences actives :

- gestes inappropriés contrevenant à la finalité de la médecine,

  - Violences passives :

- absences de prise en charge adaptée de la douleur,
- soins pratiqués sans obtention du consentement.

➢ Soins non conformes aux standards de la médecine (Evidence Based Medecine) : Manquements aux règles d'hygiène de base (port de gants lors de l'inspection des muqueuses), refus de prescription sans preuve de la littérature scientifique justifiant ce refus, patiente reçue mais non orientée vers un autre professionnel de santé plus adapté à sa demande, etc... selon des recommandations de bonnes pratiques antérieures à 2004 (21),

➢ Violences institutionnelles :

  - abandon de soin,

  - absence de prise en charge avec impact physique et/ou psychologique.

➢ Violences à caractère sexuel sans intérêt médical :

  - violences verbales,

  - violences physiques

Cette classification nous a permis d'identifier les épisodes jugés inappropriés par les femmes, à travers l'emploi de champs lexicaux utilisés lors de la description de ces évènements, afin de mettre en évidence leurs réactions.

Puis nous avons lors de l'étape suivante organisé ces champs lexicaux en catégories homogènes afin d'analyser les maltraitances les plus fréquemment exprimées.

2.3.6. Critères de jugement secondaires

Pour évaluer la satisfaction des femmes de leur suivi gynécologique et obstétrical, nous avons utilisé une échelle de satisfaction, graduée de 0 (aucune satisfaction) à 10 (très grande satisfaction) (24). Nous avons scindé cette échelle selon 3 catégories (25) :

- strictement inférieur à 5 : faible satisfaction,
- de 5 inclus à 7 inclus : moyennement satisfaisant,

- strictement supérieur à 7 : satisfaisant à très satisfaisant.

De plus, nous avons recherché les éléments qui, dans le discours de femmes interrogées, étaient symptomatiques de l'impact sur la santé globale que ces situations de maltraitance pouvaient avoir. Pour cela, nous avons recueilli leur historique de suivi gynécologique et obstétrical ainsi que la régularité de celui-ci, afin d'étudier l'impact physique de ces occurrences. Nous avons aussi étudié les champs lexicaux employés par les femmes pour décrire ces évènements, afin de refléter l'impact psychique que ces situations de maltraitances pouvaient avoir.

2.4. Durée de l'étude

L'étude a débuté en septembre 2017 et s'est achevée en décembre 2018.

2.5. Déroulement de l'étude

2.5.1. Circonstances des entretiens et déroulement de l'étude

Nous avons interpellé les femmes dans des lieux publics comme des centres-villes, devant des collèges ou des lycées, des centres commerciaux.
Lors du recrutement des femmes interrogées, nous avons présenté notre recherche comme étant une étude du vécu des femmes de leur suivi gynécologique et obstétrical. Nous avons systématiquement expliqué ce que ce suivi englobait dans l'histoire génésique des femmes, afin de s'assurer de la compréhension du sujet de notre étude par la personne interrogée.
Nous avons ensuite précisé que le but de notre étude n'était pas de savoir ni où, ni quand, ni qui était concerné par les épisodes rapportés. S'il était fait mention d'un lieu, d'une date ou du nom d'une personne, cette information a été ultérieurement anonymisée lors de la retranscription écrite des entretiens.
Lors des entretiens, les réponses aux questions ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone, après consentement explicite de la personne interrogée, puis retranscrites mot à mot par écrit.
Enfin, nous avons rappelé qu'il était possible, et ce, à tout moment sans aucune question supplémentaire, d'arrêter l'entretien et de sortir de l'étude.

2.5.2. Outil utilisé

Afin de donner un cadre strict à nos entretiens et d'en faciliter l'analyse, nous avons réalisé un guide d'entretien (Annexe1).

Avant de démarrer la phase active, nous avons effectué des entretiens « tests » afin de consolider la position de l'investigateur dans le déroulement des entretiens, et d'apporter les ajustements nécessaires à la grille d'entretien afin que cette dernière soit comprise des participantes.

2.6. Statistiques :

La base de données et les graphiques ont été élaborés à partir de Microsoft Excel et OpenOffice Calc. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne, l'écart-type, les minimums et maximums. Les variables nominales ont été décrites avec les fréquences de chacune des classes. L'analyse statistique pour les variables catégorielles par comparaison de pourcentages a été réalisée par le test de Chi2 puisque les effectifs théoriques étaient ≥ 5. La significativité a été retenue lorsque $p<0,05$.

Les champs lexicaux ont fait l'objet d'une analyse par comptage d'occurrences de mots employés par les femmes sur ce qu'elles considéraient comme maltraitants.

3. RÉSULTATS

La **figure 1** nous présente le schéma de recrutement des femmes inclues dans notre étude. Nous avons pu réaliser 26 entretiens, d'une durée moyenne de 25 minutes. L'entretien le plus court a duré 5 minutes, et le plus long 1 heure 20.

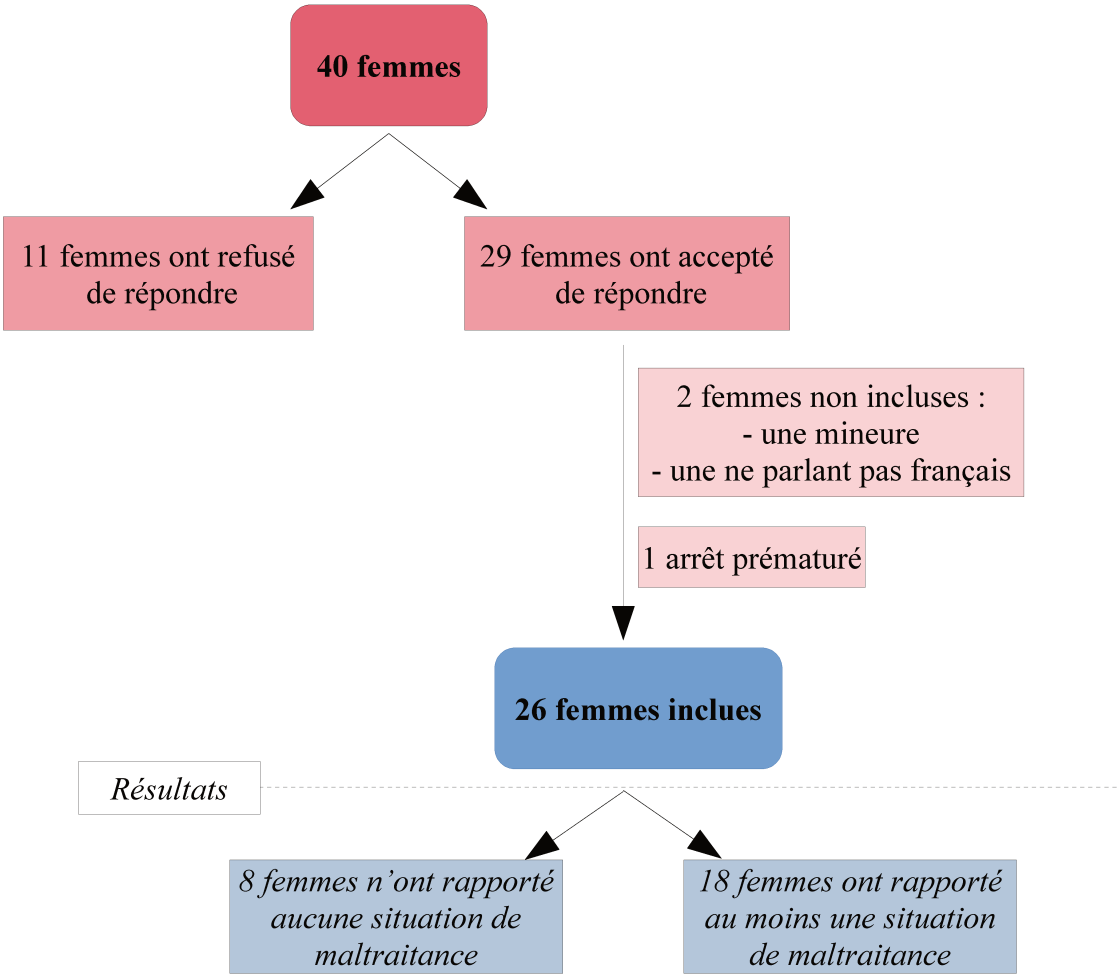

Figure 1 : Flow-chart de la collecte des données

3.1. Caractéristiques de la population

Les caractéristiques d'âge, de niveau d'étude et de catégorie socio-professionnelle de notre population ont été présenté en **annexe 2**. Ainsi, notre échantillon présentait une moyenne d'âge de 41 ans (±12.73) [19-59].

De plus, nous avons constaté qu'aucune femme ayant un niveau d'étude inférieur ou égal au brevet des collèges n'a été inclue dans l'étude. Parmi notre échantillon, 22 femmes sur les 26 interrogées disposaient au moins d'un diplôme du baccalauréat, ou son équivalent, soit 84,6 %

de notre population. Enfin, l'échantillon de femmes interrogées était composé de 23 femmes actives et de 3 femmes sans activité professionnelle.

Le **tableau I** rassemble les caractéristiques du suivi gynécologique et obstétrical des femmes de notre échantillon avec, le type de professionnel de santé choisi pour ce suivi, l'exposition potentielle à une intervention chirurgicale en lien avec ces spécialités, et le nombre d'enfant par femme. La moyenne de la parité était de 1,61.

Tableau I : Caractéristiques gynécologiques et obstétricales de la population de l'étude

Caractéristiques gynécologiques et obstétricales	nombre de femmes n = 26
suivi gynécologique en cours	
non	3
oui	23
- par sage femme	3
- par gynécologue	16
- par médecin traitant	4
Intervention chirurgicale	
non	15
oui	11
- césarienne	4
- IVG	3
- autre opération*	6
Parité	
0	6
1	5
>2	15

* l'appellation « opération autre » rassemblait les interventions chirurgicales à type de kystectomie, fibromectomie, hystérectomie, etc.

3.2. Catégorisation des situations qualifiables de maltraitance

Dans notre échantillon de 26 femmes, 18 ont décrit 80 situations qualifiables de maltraitance. Parmi les 18 femmes qui ont rapporté des situations qualifiables de maltraitance, nous avons retrouvé une moyenne de 4,44 [1;15] occurrences par femme. Le **tableau II** nous présente le résultat des occurrences de situations qualifiables de maltraitance, selon la catégorisation que nous avons construites préalablement.

Tableau II : Occurrences des situations qualifiables de maltraitance pour les 18 femmes concernées

Grandes catégories de maltraitances	n = 80	en %
Violences Morales	**48**	**60,00 %**
Violences verbales	15	18,75 %
- paroles inappropriées	11	13,75 %
- devoir d'écoute et de sollicitude	4	5,00 %
Violences psychologiques	32	40,00 %
- obligation de consentement	5	6,25 %
- devoir d'information	17	21,25 %
- devoir de comportement adapté	10	12,50 %
Violences sociologiques	1	1,25 %
- préjugés/ discrimination	1	1,25 %
Violences Physiques	**17**	**21,25 %**
Violences Actives	2	2,50 %
- gestes inappropriés	2	2,50 %
Violences Passives	15	18,75 %
- absence de prise en charge adaptée de la douleur	12	14,50 %
- soins pratiqués sans consentement	3	3,75 %
Soins non conformes à l'EBM	**3**	**3,75 %**
Violences Institutionnelles	**9**	**11,25 %**
- abandon de soin	1	1,25 %
- absence de prise en charge ayant un impact	8	10,00 %
Violences à caractère sexuel sans intérêt médical	**3**	**3,75 %**
- Violence verbales	3	3,75 %
Total	**n = 80**	**100,00 %**

Nous n'avons pas répertorié d'occurrence de violence physique à caractère sexuel sans intérêt médical. Aucune femme n'a rapporté avoir vécu une telle situation.

3.3. Niveau de satisfaction du suivi gynécologique et obstétrical

Parmi ces 18 femmes, 3 ont évalué la satisfaction de leur suivi gynécologique et obstétrical comme faible (<5), 8 comme moyennement satisfaisant (5 inclus à 7 inclus) et 7 comme très satisfaisant (>7). Le **tableau III** nous présente les occurrences de situations qualifiables de maltraitance rapportées, selon leur niveau de satisfaction de leur suivi gynécologique et obstétrical.

Tableau III : Niveau de satisfaction des femmes de leur suivi gynécologique et obstétrical en fonction des occurrences de situations qualifiables de maltraitance

Le niveau de satisfaction du suivi gynécologique et obstétrical selon les catégories de maltraitances	80	<5	5 à 7	>7
Violences Morales	**48**	**20**	**15**	**13**
Violences verbales	**15**	**9**	**4**	**2**
- paroles inappropriées	11	8	2	1
- devoir d'écoute et de sollicitude	4	1	2	1
Violences psychologiques	**32**	**11**	**10**	**11**
- obligation de consentement	5	3	1	1
- devoir d'information	17	7	4	6
- devoir de comportement adapté	10	1	5	4
Violences sociologiques	**1**	**-**	**1**	**-**
- préjugés/ discrimination	1	-	1	-
Violences Physiques	**17**	**8**	**6**	**3**
Violences Actives	**2**	**1**	**1**	**-**
- gestes inappropriés	2	1	1	-
Violences Passives	**15**	**7**	**5**	**3**
- absence de prise en charge adaptée de la douleur	12	4	5	3
- soins pratiqués sans consentement	3	3	-	-
Soins non conformes à l'EBM	**3**	**1**	**1**	**1**
Violences Institutionnelles	**9**	**4**	**5**	**-**
- abandon de soin	1	1	-	-
- absence de prise en charge ayant un impact	8	3	5	-
Violences à caractère sexuel sans intérêt médical	**3**	**2**	**1**	**-**
- Violences verbales	3	2	1	-
total	**80**	**35**	**28**	**17**

Il y avait donc : 35 (43,75%) des occurrences chez les 18 femmes ayant une insatisfaction de leur suivi, 28 (35%) occurrences pour celles moyennement satisfaites et 17 (21,25%) pour celles satisfaites.

Nous avons comparé deux à deux les résultats totaux par niveau de satisfaction. Les femmes qui se sont dîtes « insatisfaites » (<5) rapportaient significativement plus de situations qualifiables de maltraitance que celles qui se sont dîtes « très satisfaites » (>7) ($p<0,05$). Celles qui se sont dîtes « moyennement satisfaites » de leur suivi (entre 5 et 7) comparées au groupe « très satisfaites », étaient très proches de rapporter significativement plus de tels

évènements : p=0,053. Enfin, la comparaison entre les femmes « moyennement satisfaites » et les « insatisfaites » n'étaient pas significatif (p=0,257).

3.4. Fréquence des évènements et suivi gynécologique

Lors de nos entretiens,nous avons interrogé les femmes à propos de la régularité de leur suivi gynécologique et obstétrical et de l'impact des situations qu'elles auraient mal vécues au cours de celui-ci. Les 8 femmes qui n'ont rapportés aucune situation qualifiable de maltraitance n'ont jamais rapporté de modification dans l'observance de leur suivi.

Le **tableau IV** présente les répercussions retrouvées parmi les 18 femmes qui ont rapporté avoir vécu des situations qualifiables de maltraitance. Ainsi, 12 ont décrit une répercussion sur leur suivi dont la manifestation a été un changement de professionnel pour ce suivi et/ou un arrêt temporaire voire définitif.

Tableau IV : Historiques gynécologiques des femmes de notre étude et occurrences d'évènements

Évènement dans l'historique du suivi gynécologique	nombre de femmes concernées
Changement de professionnel de santé pour le suivi	9
Arrêt temporaire du suivi >ou= à 3 ans	5
Arrêt définitif du suivi	3
Femmes ayant rapporté des situations de maltraitances avec n=18	12

3.5. Les champs lexicaux utilisés pour décrire les situations vécues

Parmi les situations qualifiables de maltraitance, cinq ont été retrouvées plus fréquemment. Les figures suivantes présentent les champs lexicaux utilisés par les femmes, lors de leur témoignage, pour décrire ces évènements. Cette présentation montre aussi l'état émotionnel des femmes lorsqu'elles nous ont décrit ces situations.

Parmi ces cinq situations, des mots se retrouvaient dans plusieurs cas. Nous avons donc créé un code couleur afin de rendre plus lisible la présentation de ces résultats. Le code de lecture est le suivant :

- en rose : la pudeur,
- en jaune : la moquerie,

- en gris : les insultes envers le soigné,
- en vert : la culpabilisation, l'abus de pouvoir, l'infantilisation, la perte de contrôle sur soi,
- en bleu : le dégoût, la guerre, l'horreur, la colère, l'incompréhension.

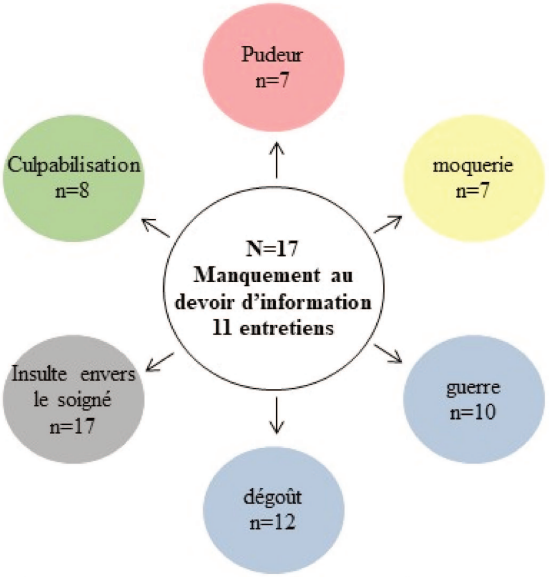

Figure 2 : Champs lexicaux les plus fréquents dans les descriptions de manquement au devoir d'information

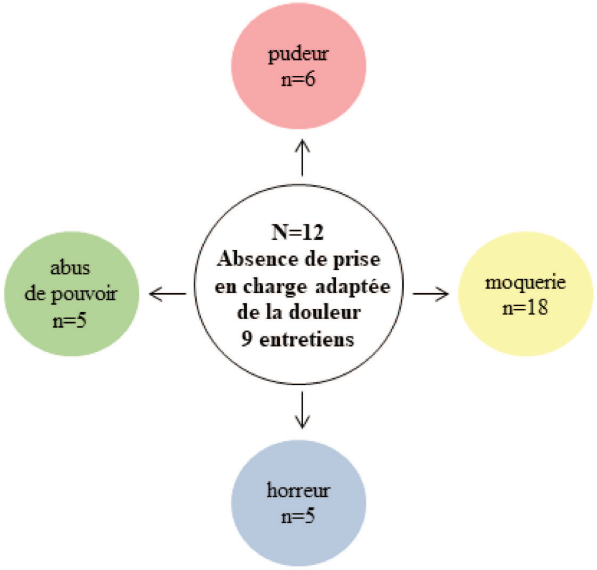

Figure 3 : Champs lexicaux les plus fréquents dans les descriptions d'absence de prise en charge adaptée de la douleur

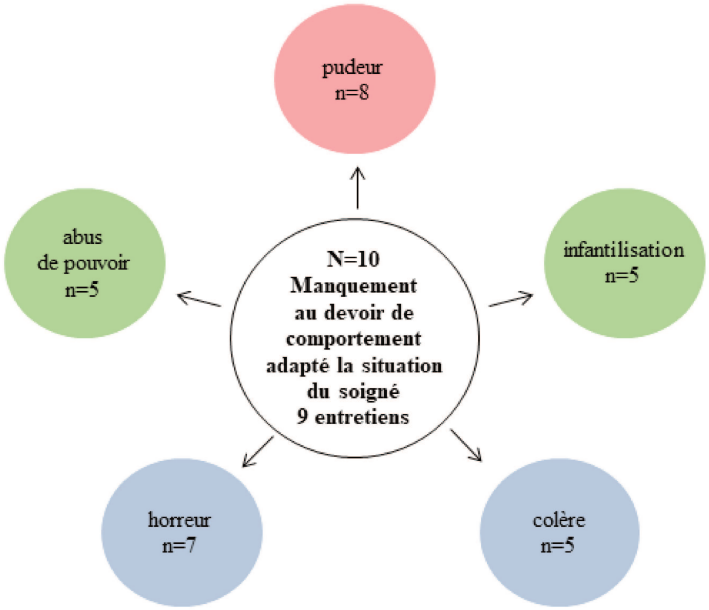

Figure 4 : Champs lexicaux les plus fréquents dans les descriptions de manquement au devoir de comportement adapté à la situation du soigné

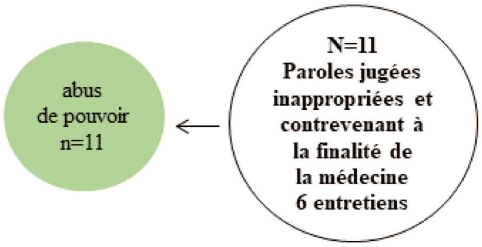

Figure 5 : Champs lexicaux les plus fréquents dans les descriptions de paroles jugées inappropriées et contrevenant à la finalité de la médecine

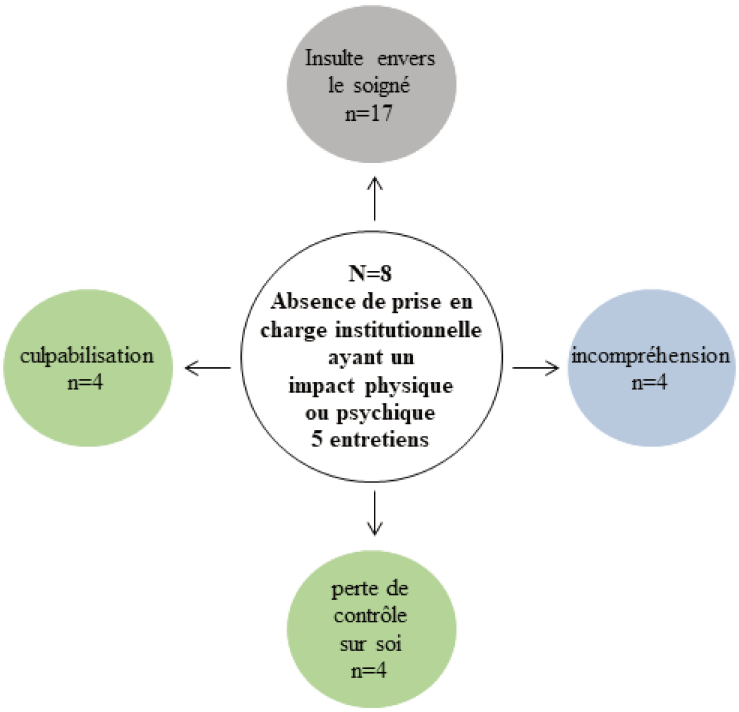

Figure 6 : Champs lexicaux les plus fréquents dans les descriptions d'absence de prise en charge institutionnelle ayant un impact physique ou psychique

Lors de l'analyse du comportement des femmes, dans les descriptions de leurs réactions face aux situations de maltraitances qu'elles auraient vécues, nous avons identifié 2 grandes catégories de postures : la posture de reproche envers le soignant et celle de repli sur soi face à ces situations. Ils sont présentés dans les deux figures suivantes :

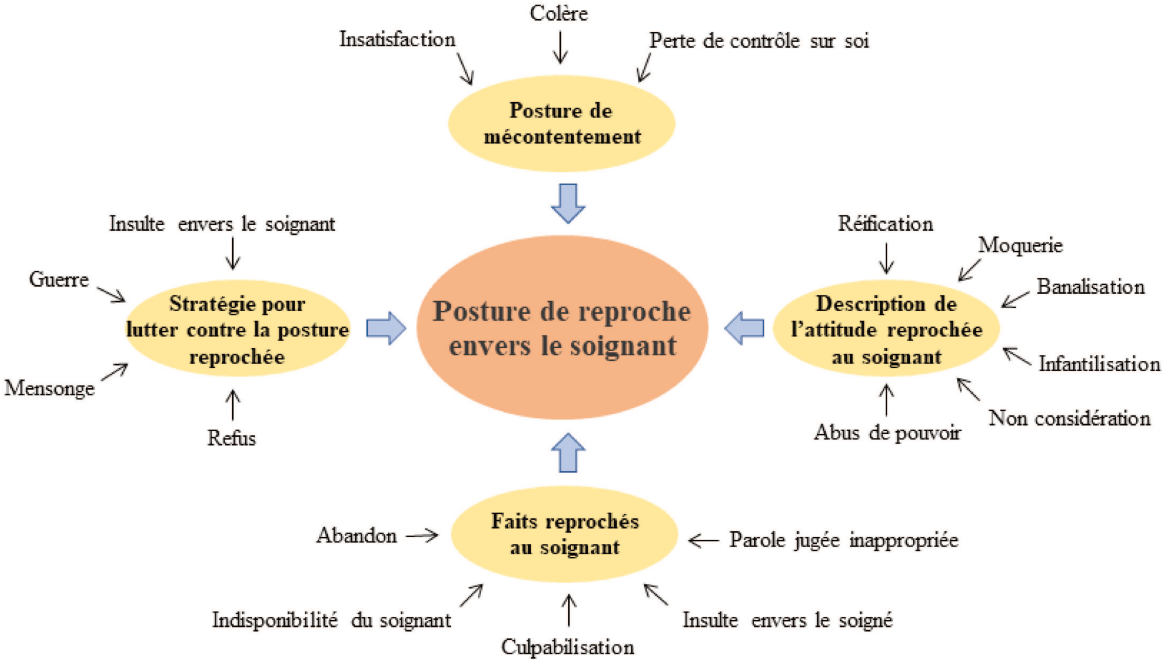

Figure 7 : Champs lexicaux correspondant à la posture de reproche envers le soignant

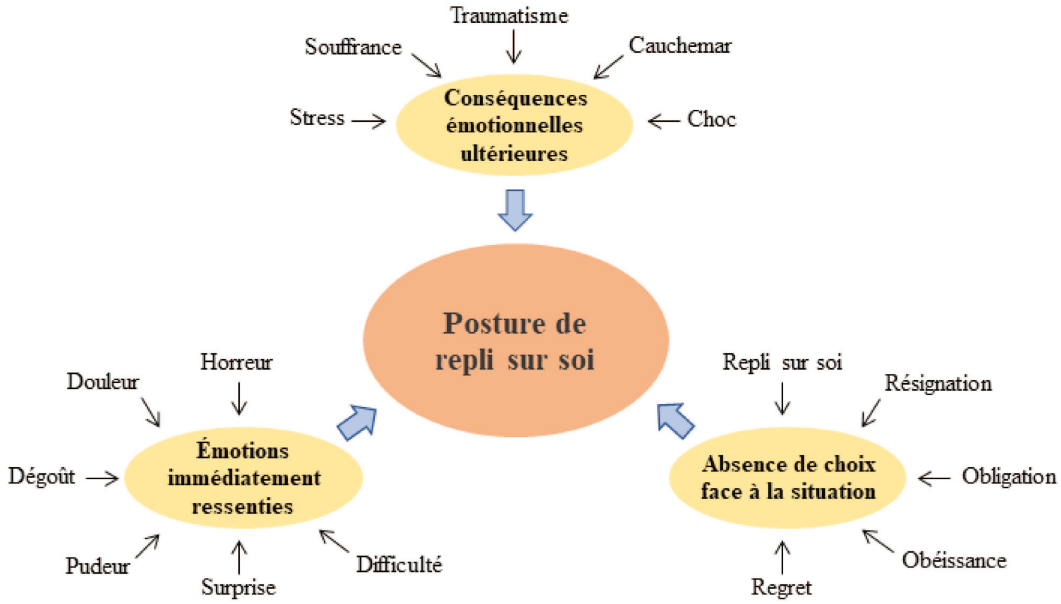

Figure 8 : Champs lexicaux correspondant à la posture de repli sur soi

4. DISCUSSION

4.1. Les principaux résultats :

Il est ressorti de nos résultats que 18 femmes, parmi les 26 femmes interviewées, auraient vécu au moins une situation que l'on pourrait qualifier de maltraitance. Seules 8 d'entre elles n'en ont rapporté aucune. Au total, nous avons comptabilisé 80 occurrences de situations qui pouvaient être qualifiées de maltraitantes en gynécologie-obstétrique.

Les maltraitances les plus fréquemment retrouvées dans notre étude étaient :

- Les manquements au devoir d'information,
- Des absences de prise en charge adaptée de la douleur,
- Des paroles jugées inappropriées et contrevenant à la finalité de la médecine,
- Des comportements du soignant jugés inadaptés,
- Des absences de prise en charge institutionnelle ayant un impact psychique ou physique sur le soigné.

Sur le total des 80 situations rapportées, 48 étaient des violences morales dont 32 dites « psychologiques », comprenant très majoritairement les manquements au devoir d'information et au devoir de comportement adapté à la situation du soigné.

Les femmes qui se sont dites « insatisfaites » [<5], rapportaient significativement plus de situations qualifiables de maltraitance que celles qui se sont dites « très satisfaites » [>7] ($p<0,05$). Celles qui se sont dites « moyennement satisfaites » [5-7] comparées au groupe « très satisfaites » [>7] étaient très proche de rapporter significativement plus de tels évènements ($p=0,053$).

Par ailleurs, les huit femmes qui ne nous avaient pas rapporté de situation qualifiable de maltraitance ne présentaient aucun changement de professionnel de santé ou d'interruption dans leur historique de suivi gynécologique. Au contraire, parmi les 18 femmes qui auraient été concernées par au moins une telle situation, deux tiers d'entre elles ont rapporté une répercussion sur leur suivi tels qu'un arrêt plus ou moins long, voire définitif, ou un changement de professionnel de santé. Huit auraient interrompu leur suivi selon une durée variable, voire définitive.

Enfin, l'analyse lexicale des témoignages des femmes interrogées a mis en évidence ce que certaines auraient ressenti lors de situations qualifiables de maltraitance. Elles présentaient deux types de postures : celle du reproche envers le soignant et celle du repli sur soi.

4.2. Validité interne de l'étude :

Sur le plan méthodologique, notre sujet d'étude étant un sujet peu décrit et pas encore défini internationalement, mais s'intéressant à un phénomène relatif aux relations interhumaines, nous avons décidé de mener une étude qualitative. (26) Celle-ci a donc consisté en une exploration de la notion de « maltraitance en gynécologie-obstétrique », afin, peut-être, de participer à un consensus sur son existence. Notre idée serait qu'elle pourrait participer à favoriser la mise en place d'une réflexion à ce sujet en vue d'une définition. Cependant, une étude quantitative aurait pu être préférable si le sujet avait porté sur la prévalence de ce phénomène. Il nous a paru très probable que rechercher sa prévalence sans définition précise serait une étape ultérieure, qui nécessitait d'abord la réalisation d'une étude qualitative.

Nous avons réalisé nos entretiens dans la rue ou dans des lieux de passages, à distance d'établissements de soin. Cette attention particulière au cadre des entretiens a été choisi afin d'éviter que l'investigateur ne soit associé à une appartenance médicale spécifique. Nous avons souhaité, par ce principe, recruter des personnes « tout venant », afin de décontextualiser l'entretien.

Cependant, cette méthode a ses limites. Nous avions conscience que ce choix augmentait le risque d'avoir une population non représentative. Nous avons constaté, lors de la recherche de la population cible dans ces lieux publics, que certains types de population étaient plus difficiles à recruter. (27)

- Les femmes de plus de 60 ans ont systématiquement refusé de répondre, exprimant la crainte d'un démarchage financier.
- Les femmes jeunes avec des enfants dans les centres villes, par exemple dans les parcs, ont peu répondu à l'étude, étant concentrées à la surveillance de leurs enfants.
- Les femmes de passage dans les lieux commerciaux, qui ont accepté de répondre, étaient majoritairement seules au moment de la rencontre.
- Certaines femmes ont souhaité nous donner un rendez-vous ultérieur en dehors des horaires de travail pour celles approchées dans ce cadre.

À cela s'ajoute que le cadre de la rue présentait peu d'intimité au vu du sujet abordé ici, et que certaines femmes pouvaient avoir plus de réticences à se rendre disponibles.

Enregistrer le discours des femmes rencontrées par dictaphone n'a pas été un frein à notre étude. Aucune femme ne s'est opposée à cette méthode, alors que les sujets abordés traitaient

de l'intimité. Cela peut s'expliquer par l'étude de S. Tisseron en 2018 sur le concept d'extimité, où il aborde les modifications apportées par l'univers du numérique et des réseaux sociaux, selon une nouvelle forme d'interaction interhumaine. (28) Cette nouvelle forme d'interaction pourrait avoir eu une influence sur la facilité des femmes à répondre à notre étude.

De plus, nous avons fait le choix de réaliser des entretiens de type : « semi-dirigés » car ils nous ont permis de poser le cadre précis du domaine concerné par notre étude. Il est recommandé dans ce cadre de construire un guide d'entretien, comme l'explique aussi S. Beaud dans sa réflexion sur les techniques d'entretiens. (29) Afin de construire ce guide, nous avons fait appel à Mr Schwint, Sociologue à l'IRTS du Poitou-Charentes.
Ainsi, une fois les critères populationnels de la personne recrutée recueillis, l'investigateur mettait dans un premier temps différentes techniques en œuvre pour permettre la plus grande liberté de parole possible à l'interviewée : des attitudes verbales de type « je vous écoute », « prenez votre temps », etc... et des postures physiques d'écoute et d'attention.
Puis, dans un second temps, l'intervieweur reprenait la main sur la direction de l'entretien afin de revenir sur les points qu'il avait jugés pertinents au regard du sujet de l'étude, mais que la personne interrogée avait évoqué de manière allusive. Ce procédé a été appliqué au travers de phrases telles que : « Vous avez parlé de cette situation précédemment, dans quel contexte s'est-elle déroulée ? », « Quel(le) a été le/la geste/parole/comportement qui vous a conduit à estimer que la situation que vous venez de me décrire ne vous convenait pas ? », Etc… (29)
Cependant, si le guide d'entretien apporte une garantie d'homogénéité, il comporte tout de même un risque : la personne interrogée peut être tentée de chercher à répondre positivement à ce qu'elle pense être une attente de l'investigateur (biais d'information). Aussi, nous avons tenté de limiter ce biais en évitant de prononcer le mot « maltraitance » et ceux de son champ lexical dans notre guide d'entretien.

Eu égard à la petite taille de notre échantillon et à la méthodologie mise en œuvre, nous renonçons par avance à toute revendication de représentativité sociologique de notre population. Cela concerne les facteurs d'âge, de catégorie socio-professionnelle, de niveau d'études, de suivi gynécologique et de parité.
Nous avons catégorisé le niveau d'études de la même manière que les dernières études démographiques de l'INSEE (2019) (14). Nous avons constaté qu'aucune femme ayant un niveau d'études inférieur ou égal au brevet des collèges n'a été inclus dans l'étude. Pourtant,

selon les chiffres de l'INSEE sur le niveau d'éducation de la population française, 19,8 % des femmes de 25 à 64 ans en 2018 entreraient dans cette catégorie. (30) Une étude menée par le sociologue JP Payet, consacrée au type de population acceptant de se prêter à l'exercice du micro-trottoir dans la rue, apporte une hypothèse explicative de ce biais : les personnes ayant un faible niveau d'étude, appelées « acteurs faibles », estiment ne pas avoir la légitimité de répondre à ce type d'entretien. (31) Cela constitue cependant un biais de sélection dans notre étude qui mériterait d'être résorbé dans des recherches ultérieures.
Nous ne retrouvons qu'une seule femme parmi les 26 en situation de retraite, probablement lié à l'absence de femmes de plus de 60 ans, ce qui entraîne un autre biais de sélection.

Après analyse de nos résultats, nous avons remarqué que cinq catégories de maltraitances étaient plus fréquemment retrouvées, puisqu'elles rassemblent à elles seules 72,5 % du total des occurrences de notre étude.
Cependant, comme le souligne Zeidan J, dans son article sur les différentes mesures du bien-être subjectif, cette évaluation repose sur le souvenir d'évènements passés. C'est donc la mémoire la plus récente qui risque d'influer la réponse de l'interrogée, que ce soit pour le niveau de satisfaction que pour les témoignages de situations mal vécues. L'auteure écrit que cette technique pourrait avoir tendance à « mésestimer les vrais effets des épisodes de maladie ou de peine ». (32) Il existe donc un biais d'information probable, provenant originellement d'un biais de mémorisation, dans leurs utilisations. Ainsi, les femmes que nous avons interrogées ont pu ne nous rapporter que les situations qui les auraient le plus marquées ou qui seraient les plus récentes. Il est donc possible que des situations qualifiables de maltraitance, appartenant à d'autres catégories, ait été jugées comme moins difficiles à vivre. Celles-ci ont pu être moins fréquemment décrites mais tout autant fréquentes. Nous ne pouvons pas estimer l'impact de ce biais sur les résultats.

Enfin, nous n'avons pas comparé les situations qui se seraient déroulées dans un contexte relevant de la gynécologie par rapport à celles qui relèveraient de l'obstétrique. En effet, il est méthodiquement irrecevable de comparer deux groupes qui comportent pour un certain nombre d'entretiens les deux domaines. Cela serait possible dans une étude qui comparerait deux groupes indépendants, ce qui n'est pas le cas ici.

4.3. Validité externe de l'étude :

Nous n'avons trouvé que peu de recherches menées sur la maltraitance sans distinction entre la gynécologie et l'obstétrique tel que nous l'avons fait.

4.3.1. Catégorisation des types de maltraitance

Nous avons volontairement souhaité ne pas hiérarchiser les différents types de maltraitances identifiées. Comme E.Corbet l'explique dans son article sur les concepts de violence et de maltraitance, cela reviendrait à banaliser certains d'entre eux. Elle ajoute que cette tendance participerait à l'obligation de « justification » que ressentent les femmes face à ces abus, ce qui sous-entend une potentielle non-reconnaissance de ceux-ci.(33) Le but de cette étude étant de chercher l'existence éventuelle de la maltraitance en gynécologie-obstétrique, nous ne pouvions pas risquer de participer à ce processus, qui reviendrait à remettre en cause la parole des femmes.

- **Les violences morales**

Nous avons différencié cinq grandes catégories de maltraitance dans notre étude. La première concerne les violences morales. Elle rassemble les violences verbales, psychologiques et sociologiques. Une réflexion sur ce type de violence a été menée par M. Mallier en 1997, dans son étude à propos des violences institutionnelles envers les personnes âgées. Elle décrit les violences morales de la manière suivante : violences verbales (ordres, interdictions, reproches), psychologiques (manque d'écoute, non-respect de l'intimité, indifférence, manquement au respect de la dignité..), et sociologiques. (23) Cette classification fut reprise en 2004 par K. Lefeuvre-Darnajou dans son étude à propos de la violence en milieu hospitalier regardée sous le prisme du droit français. Elle reprend cette catégorisation dans son analyse des violences institutionnelles et l'applique de manière théorique à l'ensemble du soin en établissement de santé. Se basant en parallèle sur le droit français, principalement sur la loi du 4 mars 2002, elle considère que le soignant se doit de connaître l'existence des violences hospitalières sous toutes ses formes, y compris morales. Le but de son travail est de placer la réflexion sur ces formes de violence dans le soin en prévention de leurs survenues. (22)

- **Les violences verbales**

Parmi les violences verbales, nous avons identifié deux types de situations : les paroles jugées inappropriées et contrevenant à la finalité de la médecine, ainsi que les manquements, de la part du soignant, au devoir d'écoute et de sollicitude, comme dans l'étude de M.A. Bohren et

L.P. Vogel en 2015 sur les critères de maltraitance au cours de l'accouchement où ils distinguent notamment : la violence verbale et le manque d'information. (34)

Le verbatim suivant, extrait de l'entretien n°7, a été considéré dans notre étude comme une parole inappropriée :

> *« - [...] c'était une brute de décoffrage. Mon père était mourant, j'étais en train de le perdre, donc je vivais très mal ma grossesse. Et que sa parole a été : « les femmes accouchent dans les boats-people ». Sa parole a été rude quoi [...], c'était inapproprié. »* (sic)

L'article 1112 du Code Civil définit le terme de violence de la manière suivante : « il y a violence lorsqu'elle est de nature à faire impression sur une personne raisonnable, et qu'elle peut lui inspirer la crainte de s'exposer à un mal considérable et présent. ». (12) Cette définition est appliquée par les juges en considération de la personne qui en est victime, et elle reconnaît les différentes formes que peuvent prendre les actes de violences : physiques, morales, matérielles, etc. (22). Elle est appliquée en fonction des circonstances des faits, c'est à dire, en fonction des caractéristiques de la victime, de l'agresseur, du contexte de survenue, et des conséquences de l'acte. Dans l'exemple cité précédemment, nous avons considéré ces paroles comme étant survenues dans un contexte de grossesse connue du soignant.

- **Les violences psychologiques**

Dans notre étude, les violences psychologiques rassemblaient les situations de manquements, de la part du soignant, à l'obligation d'obtention préalable du consentement, au devoir d'information, et au devoir de comportement adapté à la situation du soigné.

L'entretien n°1 contient la description d'une situation considérée comme un manquement à l'obligation d'obtention préalable du consentement, dont voici l'extrait :

> *« Donc, sans me demander mon avis, quand j'étais sur le billard là, elle est allée téléphoner pour me faire directement hospitaliser jusqu'à la fin de la grossesse pour être sous surveillance [...]. Et donc elle est revenue me dire ça, elle m'a dit : « Il y a une ambulance qui va venir vous chercher » [...] Je lui ai dit : « Il n'en est pas question, je trouve ça scandaleux que vous ne m'en ayez pas parlé. » Je me suis rhabillée, et je lui ai dit : « Vous ne me reverrez pas. ». »*(sic)

Or, nous avons retrouvé dans la loi Kouchner du 4 mars 2002, à l'article L1111-4 référencé dans le code de la Santé Publique, la législation qui encadre la pratique du soin en termes de consentement du patient. Celui-ci indique que le patient a le droit de donner ou de refuser son consentement, de manière libre et éclairée, lors de la réalisation d'un acte médical ou de l'administration d'un traitement, y compris dans le cadre d'un enseignement clinique. (9)

Cette obligation est aussi inscrite dans les Codes de déontologie des Médecins et des Sages-Femmes. (19,20)

Cet entretien contient aussi la description de touchers vaginaux pratiqués dans le cadre d'un suivi de début de travail chez une primipare. Cette situation a été considérée comme un manquement au devoir d'information du soigné, puisque clairement explicité ainsi par la femme interrogée :

« Enfin quand c'est la première fois que tu accouches, tu ne sais pas trop ce qu'il faut que tu fasses, et ce que tu peux accepter ou pas ! [...] surtout qu'elle a fait ça sans m'expliquer à quoi ça servait. » (sic)

Ce type de manquement est de la même manière retrouvé dans la loi Kouchner, à l'article L1111-2 du CSP, comme un non-respect des droits du patient. Il y écrit que l'usager a le droit à une information claire, loyale et appropriée, à propos de son état de santé, des gestes pratiqués par les soignants et des traitements qui lui sont possibles. (8)

- **Les violences sociologiques**

Les violences sociologiques concernent les préjugés et les discriminations. Ce type de violence n'a été retrouvé qu'une seule fois dans nos entretiens. Elle apparaît dans le verbatim suivant, extrait de l'entretien n°2 :

« - Moi, euh... bah voilà j'ai une surcharge pondérale donc [...] bah elle vient me tacler là-dessus quoi, et pas gentiment. [...] bah oui, j'en suis bien consciente [...]. Quand j'arrive chez elle, j'ai toujours une appréhension. Parce que parfois,[...] je ne sais pas pourquoi. Elle s'est mal levée ce jour-là, et du coup, déjà que ce n'est pas agréable, mais alors la [...] Et parfois j'ai même mis, enfin ces dernières années, j'ai mis un blanc de 3 ans avant d'y retourner quoi. Parce que vraiment [...] je savais que je n'avais pas perdu de poids et je savais qu'elle allait me revenir là-dessus. [...] Elle me disait qu'il faudrait faire des efforts, enfin des choses peu agréables, qui vous culpabilisent bien. »

Cette violence est cependant condamnée par les codes de déontologie des médecins et des sages-femmes, en tant que manquement au devoir de pratique non discriminatoire, respectivement aux articles 7 du CDM et 5 du CDSF. (19, 20) Cette catégorie de maltraitance est aussi présente parmi la typologie des maltraitances obstétricales élaborée par M.A.Bohren et L.P. Vogel qui distinguent les formes de discriminations basées sur la race, l'origine ethnique ou la capacité financière. (34)

- **Les violences physiques**

Dans notre étude, nous avons retrouvé deux sous-groupes dans ce type de maltraitance :

La première est la violence physique passive, qui englobe les absences de prises en charge adaptées de la douleur et les soins qui auraient été pratiqués sans obtention du consentement. Cette violence par négligence n'est pas systématiquement abusive de par l'acte pratiqué par le soignant, mais par l'absence de respect des droits du patient.

La deuxième est la violence physique active. Cette catégorie de violence portait en son sein la circonstance de l'intentionnalité du geste, comme par exemple, les gestes qui auraient été pratiqués de manière inappropriée et qui contrevenaient à la finalité de la médecine.

- **Les violences physiques passives**

L'entretien n°16 nous présente un exemple de situation où le soignant n'aurait pas pris en compte la douleur de la patiente malgré la connaissance d'une possible prise en charge thérapeutique de cette douleur :

« - [...], j'ai fait une fausse couche. [...] Je vivais un moment très difficile. Elle a été très dure, je trouve. Et elle n'a pas pris en compte ma douleur. En gros, elle considérait que j'étais un peu chochotte. [...]

- [...] Qu'auriez-vous voulu qu'elle fasse pour que la situation soit moins difficile pour vous ?

- Qu'elle prenne en compte le fait que j'éprouvais de la douleur à ce moment-là. »(sic)

L'article L1111-5 de la loi « Kouchner » précise que toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur. Celle-ci se doit alors d'être prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. (35) De plus, dans l'étude sur les violences institutionnelles que nous avons citée précédemment, M. Mallier considère les violences physiques d'une manière similaire, en y inscrivant spécifiquement cette absence de soin. Elle écrit que les violences physiques peuvent être notamment des violences par excès et négligences, qu'elle considère comme passives (absence de prise en compte des capacités de compréhension et de communication, absence de prise en charge de la douleur, etc.…). (23)

L'existence de ces formes de violences a été reconnu par l'Organisation Mondiale de la Santé dans son appel, lancé en 2014, à prévenir et éliminer le manque de respect et les mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de santé. Cette déclaration affirme que les sévices identifiés dans ce cadre incluent notamment : des agressions verbales et physiques, des humiliations graves, des procédures médicales imposées de manière coercitive ou effectuées sans l'obtention d'un consentement, des refus d'administration de médicaments

contre la douleur, des négligences entraînant des complications évitables et qui constituent une menace pour la vie de la mère comme de l'enfant. (36)

Par ailleurs, les soins qui auraient été pratiqués sans obtention du consentement n'ont pas été considérés comme des situations de violences dites « actives », mais « passives ». Un tel évènement a été rapporté par une femme interrogée, qui avait précisé être mineure et vierge à ce moment-là ; en voici l'extrait (entretien n°25) :

« - Il a commencé à faire ses trucs là, à toucher en bas avec ses doigts, il disait rien. A un moment j'ai senti un truc froid qu'il a essayé d'enfoncer à l'intérieur de moi. J'ai hurlé, ça m'a fait trop trop mal, c'était vraiment horrible. Je me suis mise à pleurer. »

Dans ce cas précis, nous avons considéré que la violence du geste médical pratiqué ici relevait de l'absence de consentement de la patiente et n'était pas un acte de nature à porter volontairement atteinte à l'intégrité corporelle de cette patiente. Au regard de la définition de la violence donnée par le droit français, cette analyse est critiquable puisqu'elle y est décrite comme un acte d'agression de nature à porter atteinte à l'intégrité corporelle de la personne contre laquelle il est dirigé. (22, 37)

- **Les violences physiques actives**

Nous avons identifié dans nos entretiens de telles situations lors de témoignages de gestes qui auraient été pratiqués de manière inappropriée et qui contrevenaient à la finalité de la médecine, comme par exemple dans le verbatim suivant, extrait de l'entretien n°1 :

« - […] j'ai fait un peu de préparation à l'accouchement aussi. J'ai trouvé ça lamentable. C'était une espèce de vieille gourou, une sage-femme. […] Et elle culpabilisait les femmes qui n'arrivaient pas à se détendre. Elle tapait sur leurs ventres et elle disait : « oh bah dis donc, ça va être beau votre accouchement vous allez souffrir si vous n'arrivez pas à vous détendre plus que ça ». Je l'ai trouvée odieuse franchement […]. Elle, elle abusait encore une fois de son pouvoir ! Parce que j'ai vu des jeunes femmes, super dominées par elle et vachement stressées quoi. »

D'ailleurs, M. Mallier présente les violences physiques actives dans son étude sur les violences institutionnelles que nous avons citée précédemment, comme des actes abusifs (absence d'aide en cas d'autonomie limitée, gestes déplacés, toilette imposée, excès de calmants, coups, etc…). (23)

- **Les soins non conformes aux standards de la médecine**

La troisième de nos cinq grandes catégories de maltraitance est la pratique de soins non conformes aux standards de la médecine (basée sur le principe de l'Evidence Based Medecine). C'est ce que nous avons retrouvé dans l'extrait suivant de l'entretien n°21, lors d'un prélèvement effectué sans les précautions d'hygiène de base d'inspection des muqueuses :

« - [...] Une fois je suis allée voir quelqu'un dans un laboratoire. Je ne sais pas trop qui c'était. Il m'a traumatisée.[...] Il m'a fait mal, il n'a pas mis de gants [...] bah comme pour un frottis quoi. [...]

- Avec un spéculum ?

- Oui c'est ça. » (sic)

A ce sujet, la loi Kouchner spécifie que le respect de la dignité du soigné passe par l'obligation de prodiguer les soins les plus appropriés au regard des connaissances médicales avérées (art L 1110-5 CSP). (35) Ils se doivent donc de pratiquer selon les recommandations nationales, corporatistes et basées sur la preuve scientifique la plus récente. Cependant, même si les soignants se doivent d'être en perpétuelle formation au sujet de leur savoir médical, (38), nous avons considéré que les recommandations qui avaient moins de 15 ans par rapport au début de l'étude, pouvaient ne pas être connues de tous. Aussi, nous n'avons pris en compte que des situations qui ne seraient pas conformes à celles antérieures à 2004. (21)

- **La violence institutionnelle**

La quatrième grande catégorie de maltraitance identifiée dans notre étude rassemble, d'une part, les situations d'abandon de soin et, d'autre part, les absences de prise en charge ayant un impact physique ou psychique. Cette catégorie a été nommée comme violence institutionnelle car c'était l'organisation du soin qui aboutissait directement à la survenue de ce type d'évènements. Le témoignage suivant, extrait de l'entretien n°22, a été considéré comme un abandon de soin :

« - [...] je n'avais pas expulsé l'embryon. Du coup, ils m'ont donné un autre cachet abortif. En me disant que, de toute façon, je ne pouvais plus rester à l'hôpital. Donc j'ai avorté dans la voiture. Ils ne m'ont pas gardée plus longtemps alors que je leur avais dit que je n'avais pas beaucoup saigné. » (sic),

Nous avons relevé que c'était l'absence de lit d'hospitalisation qui avait amené le personnel à renvoyer la patiente à domicile.

Une absence de prise en charge ayant un impact physique ou psychique a été retrouvé dans le verbatim suivant qui relaterait une prise en charge chirurgicale en urgence d'une complication de bartholinite (extrait de l'entretien n°17) :

« - Ils n'ont pas lu mon dossier. Enfin du moins, le chirurgien qui m'a opérée, qui était de garde de nuit aux urgences, n'a pas lu mon dossier. Résultat il n'a pas vu que j'étais hémophile. J'ai commencé à me vider de mon sang. […] Ça a été très dur. Une opération qui devait durer 30 minutes a duré 4 heures. Voilà. »

Les faits de violence ne peuvent être évalués sans prendre en compte les circonstances de la délivrance du soin. Or, les règles de ce cadre ne sont pas toujours expliquées aux patients lorsqu'ils se présentent pour une demande de soin. Ces personnes doivent pourtant s'adapter à l'organisation de l'institution, à ses réglementations et habitudes dès lors qu'ils sont considérés comme « patient ». (39)

A ce sujet, K. Lefeuvre-Darnajou, dans son étude sur la violence hospitalière, nous propose une définition de la violence institutionnelle : « Elle est constituée d'un ensemble de comportements, d'actes, de gestes et de paroles quotidiennes déplacés, inappropriés et répréhensibles du seul fait qu'ils contreviennent à la finalité de la médecine, aux règles déontologiques et simplement au devoir de respect réciproque entre chacun des protagonistes ». (22)

- **La violence à caractère sexuel**

Cette catégorie englobait deux types de violences possibles : celles verbales et celles physiques. Aucune violence physique à caractère sexuel n'a été identifiée dans notre étude.

Les commentaires dégradants à propos de la tenue, du corps de la patiente ou de sa vie sexuelle ont été identifiés comme des violences verbales à caractère sexuel, par exemple dans cet extrait de l'entretien n°25 :

«- Il finit d'écrire son truc et demande à ma mère de sortir. Et puis il vient me voir et il rigole. Il me dit : « Bah elle est jolie cette culotte, mais je ne vais rien pouvoir faire si vous ne l'enlevez pas. » Non mais là, moi, j'ai 15 ans et il faut que je me foute à poil devant un vieux gars que je n'ai jamais vu ! Il voit que je rougis. Il rigole encore et là, vous savez ce qu'il me dit ? « Ça va, vous inquiétez pas, j'en ai vu des jolies petites fesses comme les vôtres. Je ne suis pas le seul à qui elles doivent faire envie, ni le premier à les voir. Si votre mère vous a amenée me voir, il y a une raison. Allez enlevez-moi ça, vous me faites perdre mon temps, et je vais être en retard ». Moi je ne savais pas quoi dire, alors je l'ai fait. C'était horrible. […] ».

Au regard de la loi, les violences à caractère sexuel sont les violences qui résultent des agressions sexuelles. Elles peuvent être physiques ou morales, et sont définies dans le Code Pénal à l'article 222-22 comme : « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte ou surprise sur des organes sexuels ». (40)

Nous estimions, avant de commencer cette étude, que de tels propos seraient probablement rares dans les vécus des patientes. Or, rapporté au nombre des 18 femmes ayant rapporté des situations qualifiables de maltraitance, la description de trois situations de violence verbale à caractère sexuel nous pousse à nuancer cette idée préconçue. Nous ne pouvons pas conclure à propos de la fréquence de ce type de violence mais nous faisons l'hypothèse qu'elle existe dans la prise en charge des patientes en gynécologie-obstétrique. Dans son rapport sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, le Haut Conseil à l'Égalité entre les Hommes et les Femmes (HCE) reconnaît en tant que « violence faite aux femmes » les propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, la volonté ou non d'avoir un enfant. (41)

4.3.2. Existence de la maltraitance en gynécologie-obstétrique

Selon la catégorisation que nous venons de développer, nous avons récolté le résultat suivant : 18 femmes, parmi les 26 femmes rencontrées au hasard dans la rue, auraient vécu au moins une situation que l'on pourrait qualifier de maltraitance. Cette proportion représente 69,23 % de notre échantillon. Au total, nous avons comptabilisé 80 occurrences de situations qui pouvaient être qualifiées de maltraitance en gynécologie-obstétrique, rapportées par les 18 femmes qui ont répondu en avoir vécu au moins une. La moyenne du nombre de ces occurrences était de 4,44 [1;15] par femme. Par comparaison, l'étude, publiée en 2003 à propos de la maltraitance dans le soin par Swahnberg K et Wijma B, a retrouvé une prévalence de 64 % de femmes touchées au moins une fois dans leur vie par ce phénomène. Cette étude, ayant été menée auprès de 530 femmes, présente une sensibilité faible à 86 % mais une spécificité forte à 98 %. Cet article conclut que les maltraitances dans le soin existent et qu'elles ne sont pas des évènements rares du point de vue des femmes. (42)

La différence entre notre étude et celle-ci se retrouve en plusieurs points méthodologiques. Elles ont interrogé des femmes à propos de l'ensemble des soins qu'elles ont reçues au cours de la vie, par le moyen de questionnaires écrits. De plus, le contenu de leurs questions faisait directement le lien entre le souvenir d'une situation de soin et la notion de potentielle maltraitance. Des exemples, comme le chantage, la violence verbale ou physique, le manque de respect, étaient des mots qui faisaient partie de la question posée. La personne interrogée

était donc directement orientée vers l'objectif de raconter les situations qu'elle qualifiait elle-même de maltraitantes ou d'abusives (42). Dans notre étude, nous n'avons pas fait ce choix car nous souhaitions recueillir toutes les situations qu'elles auraient mal vécues. En effet, toutes les situations rapportées, qualifiables de maltraitance, n'auraient pas forcément été identifiées comme telles par les victimes. A ce sujet, nous avons retrouvé, dans le rapport Compagnon et Ghadi paru en 2009, que la notion de « maltraitance » dans une situation violente tendrait à être faiblement identifiée comme telle par la victime, surtout lorsqu'elle serait survenue dans un cadre dit « ordinaire » (43). Comme si l'ordinaire du contexte induisait la banalité du mal.

Notre résultat étant proche de cette étude de plus grande envergure, nous concluons que la maltraitance en gynécologie-obstétrique existe. Nous faisons aussi l'hypothèse que ce ne serait pas un phénomène rare. Nous souhaitons cependant modérer l'importance d'une plus grande fréquence de certaines catégories de maltraitance. En effet, nous devons prendre en compte que les femmes interrogées n'auraient probablement rapporté que les évènements les plus marquants : ce type d'évaluation reposant sur le souvenir d'évènements passés. C'est ce que J. Zeidan développe dans son article sur les différentes mesures du bien-être subjectif. (32)

Enfin, la temporalité de l'actualité sociale, dans laquelle ont eu lieu ces entretiens, se doit d'être prise en considération. Entre l'année de l'étude menée par Swahnberg et Wijma que nous citons précédemment, et celle pendant laquelle nos entretiens ont été menés, six ans se sont écoulés. (42) Au cours de cette période, certaines femmes ont pu se renseigner au sujet de la maltraitance en gynécologie-obstétrique. En effet, plusieurs évènements ont marqué l'opinion public au cours de cette période. Nous citerons notamment le scandale à propos de l'incitation faite aux étudiants en médecine de pratiquer des touchers vaginaux sur des patientes endormies dans certains hôpitaux universitaires parisiens. (44) De plus, M. Déchalotte a écrit un livre paru en octobre 2017 qui aborde, par une approche journalistique, le même sujet que celui de notre étude. (45) Ces deux évènements pourraient avoir été suffisamment présents sur la place publique française pour influer sur le discours des femmes que nous avons rencontrées. Enfin, une grande vague de dénonciations d'agressions sexuelles dans le milieu de la culture, mouvement appelé « me too » , qui a largement été relayé sur les réseaux sociaux, a pu favoriser la parole des femmes au sujet de tous les types de maltraitances qu'elles pourraient avoir subis au cours de leur vie. Ce mouvement a ouvert la porte à l'expression par les femmes de différentes formes d'oppression et de violence qu'elles ont ressenties. (46)

4.3.3. Échelle de satisfaction

Dans la construction méthodologique de notre étude, nous avons souhaité, avant de les interroger plus précisément sur ce qu'elles auraient mal vécu, jauger de manière globale l'appréciation des soins gynécologiques et obstétricaux dont les femmes avaient fait l'expérience. Nous avons donc demandé très tôt dans l'entretien leur degré de satisfaction de leur suivi gynécologique et obstétrical, classé spontanément sur une échelle numérique de 1 à 10. L'indice de satisfaction est un instrument de mesure qui est maintenant couramment utilisée en psychologie économique (à l'instar des questionnaires disponibles en sortie d'hospitalisation ou de consultations). (47)

Nous avons présenté les catégories de maltraitance identifiée dans les entretiens en fonction du niveau de satisfaction des femmes qui nous les ont rapportées.
Les trois femmes qui ont évalué leur satisfaction comme faible ont rapportées 43,75 % des situations identifiées comme des maltraitances. Cependant, celles qui se disaient satisfaites à très satisfaites de leurs suivis ne seraient pas exemptées d'avoir vécu de telles situations car ces sept femmes comptabilisaient 21,25 % du total des occurrences. La comparaison statistique de ces deux groupes d'échelle de satisfaction était significative avec $p<0,005$, dans le sens où la satisfaction des femmes de notre étude était inversement proportionnelle au nombre d'occurrences de maltraitances.

Cependant, le groupe des femmes les plus satisfaites ont rapporté 17 situations qualifiables de maltraitance, dont 11 concernent les violences psychologiques, sur le total des 80 de notre échantillon. D'ailleurs, les violences psychologiques ont été retrouvées de manière égale pour chaque groupe avec 11 occurrences par groupe. La maltraitance en gynécologie-obstétrique, au moins pour cette catégorie, serait donc vécue par les femmes quel que soit leur niveau de satisfaction. Or, les deux catégories les plus fréquemment rapportées dans ce contexte seraient les manquements au devoir d'information et au devoir de comportement adapté à la situation du soigné. Un résultat similaire a été retrouvé dans l'enquête menée auprès de 2656 femmes, par la DRESS en 2008, afin d'évaluer la satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. La proportion de femmes qui ont répondu être plutôt satisfaites à très satisfaites de leur suivi de grossesse était de 98 %, et de 94 % pour l'accompagnement lors de leur accouchement. Cependant, elles ont aussi rapporté avoir rencontré des difficultés à obtenir, de la part des soignants, les explications sur les actes

de soins pratiqués et leurs conséquences sur leur santé. Un peu moins de 60 % des femmes interrogées se sont dîtes très satisfaites de l'accompagnement lors de leur accouchement, notamment dans le cas de césarienne : 1 sur 10 déplore une insuffisance d'information dans ce cas et 1 sur 20 déclare ne pas en avoir reçu du tout. De plus, la période du séjour en suites de couches et post-natale retrouve une insatisfaction plus grande avec seulement 80 % de femmes plutôt satisfaites à très satisfaites, déplorant l'information sur l'alimentation du nouveau-né, les soins de cicatrisation des plaies périnéales et de césariennes, et les troubles physiologiques liés à cette période. (48)

Nous faisons l'hypothèse que les attentes des femmes en termes d'accompagnement et de prise en soin iraient au-delà d'une posture de soignant comme simple bon technicien. C'est aussi la conclusion faite par la DRESS dans l'article cité précédemment. En effet, dans ce que les femmes avaient trouvé le plus satisfaisant dans leur suivi, ils retrouvent d'abord les qualités humaines des professionnels de santé (l'écoute et l'accompagnement à 30 %, puis le dialogue à 22 %). Venaient seulement ensuite leur compétence technique comme la sécurité de la prise en charge (19 %) et la qualité des prestations techniques (13 %). (48) Nous pouvons probablement expliquer ce phénomène par la montée d'un souhait, de la part des usagers, d'une place active dans les soins qui les concernent. Cette posture de patiente passerait par une meilleure compréhension de ceux-ci, expliquant la demande croissante d'information des usagers de santé sur leur prise en charge. Cette modification de la relation soignant-soigné, basée sur un système plus proche d'une démocratie participative, tend à rééquilibrer cette relation, et rend aux usagers leur autonomie en termes de santé. (49)

Dans notre échantillon, les femmes qui se sont dîtes moyennement satisfaites de leur suivi comparées au groupe « très satisfaites », étaient très proches de rapporter significativement plus de tels évènements : $p=0,053$. Il pourrait être intéressant, dans le cadre d'une étude quantitative à plus large échantillon de préciser dans quel sens penche cette tendance.

Enfin, même si l'indice de satisfaction permet d'orienter directement l'investigateur sur l'appréciation générale de l'interrogée, il ne suffit pas à mettre en évidence les évènements qui l'auraient impactée, puisque cette mesure n'est que le « reflet » des événements les plus « perceptibles ». Nous avons donc poursuivi notre entretien avec des questions ouvertes. Cela a permis aux femmes incluses dans notre étude de spécifier les évènements qui auraient pu influencer leur niveau de satisfaction. C'est d'ailleurs ce que nous explique Williams B et

Coyle J, dans leur article à propos de la signification de la satisfaction des patients. En effet, utiliser les deux outils que sont l'indice de satisfaction et les questions ouvertes révèle la complexité de ce qui influe sur l'évaluation globale des patients. De plus, cette démarche permet de mettre en évidence les mauvaises expériences ayant pu être vécues par les interrogées évaluant leur niveau de satisfaction comme élevé. Ainsi, ce type d'évaluation pourrait permettre d'avancer plus facilement vers une meilleure satisfaction générale des patientes, lorsqu'il est analysé en comparaison à des pratiques décrites précisément. (47)

4.3.4. Répercussions de la maltraitance sur le suivi gynécologique

Nous avons constaté, dans notre échantillon, que les femmes incluses dans l'étude avaient très majoritairement un suivi gynécologique en cours. En effet, elles étaient 23, sur 26, à avoir déclaré se faire suivre régulièrement. Nous avons aussi interrogé les femmes sur leurs antécédents possibles en chirurgie gynécologique et obstétricale, et leur parité. Ainsi, parmi les 26 interrogées, 6 étaient nullipares, et 5 primipares. 15 femmes ont déclaré avoir eu au moins deux enfants.

Après avoir questionné ces femmes à propos d'expériences mal-vécues dans ce domaine, nous leur avons demandé si ces situations avaient eu une répercussion sur leur suivi. Nos résultats retrouvent les données suivantes : Les huit femmes qui ne nous avaient pas rapporté de situations qualifiables de maltraitance ne présentaient aucun changement de professionnel de santé ou d'interruption dans leur historique de suivi gynécologique. Au contraire, parmi les 18 femmes qui auraient été concernées par au moins une telle situation, deux tiers ont présenté un évènement dans leur historique de suivi tels qu'un arrêt plus ou moins long, voire définitif, ou un changement de professionnel de santé. Huit auraient interrompu leur suivi selon une durée variable, voire définitive. Nous n'avons répertorié aucune étude s'interrogeant sur la maltraitance dans le soin qui aurait recherché son impact sur l'observance du suivi des femmes en gynécologie-obstétrique.

Nous formulons cependant l'hypothèse explicative suivante : d'une part, dans notre échantillon, les femmes qui auraient vécu des situations qualifiables de « maltraitance » seraient plus à risque d'interrompre leur suivi gynécologique. D'autre part, celles qui ont rapporté n'avoir jamais vécu une telle situation seraient protégées d'une interruption dans leur suivi. Or, au regard de l'intérêt que nous portons à propos de la santé génésique des femmes et sous le spectre de la santé publique, nous souhaiterions diminuer les évènements qui amèneraient certaines femmes à interrompre leur suivi gynécologique. (13) Il pourrait donc

être intéressant de réaliser une étude de plus grande ampleur qui viendrait questionner un lien de causalité entre les occurrences de maltraitance et l'observance de ce suivi.

4.3.5. Caractéristiques des femmes victimes de maltraitance

A la vue de la faible taille de notre échantillon, nous n'avons pas eu la démarche de corréler les caractéristiques de notre population d'étude avec les occurrences de situations de maltraitance rapportées. A l'inverse, la partie III de l'étude suédoise sur la maltraitance dans le soin, menée par Bruggemann AJ et Swahnberg K, a réalisé cette comparaison auprès de 293 femmes : elles trouvent que les femmes qui rapportent le plus de maltraitances dans le soin seraient des femmes plutôt jeunes (<30ans), avec un niveau de connaissance faible des droits des patients. (50)

Nous n'avons pas recueilli les caractéristiques populationnelles de capacité financière, de genre, d'orientation sexuelle, d'appartenance religieuse ou culturelle, ou d'origine géographique des femmes interrogées. Ainsi, certains types de discriminations n'ont pas pu être questionnées au cours de cette étude. A ce sujet, l'enquête de la DRESS sur la satisfaction des femmes de leur suivi obstétrical tend à montrer que les contraintes financières semblent jouer un rôle essentiel. Ils concluent que la part des insatisfaites s'avère sensiblement plus élevée parmi les femmes qui déclarent ne pas bénéficier de la Sécurité sociale (6,8 % contre 2,1 % pour l'ensemble de l'échantillon) ou qui bénéficient de la couverture maladie universelle (3,6 %). (48) Or, comme l'explique Miller et Lalonde dans leur article au sujet des abus et atteintes à la dignité des femmes lors de l'accouchement, ces formes de maltraitances obstétricales se situeraient à l'intersection des violences de genre et des violences systémiques. Certaines femmes pourraient alors, peut-être, être plus à risque de vivre de telles situations. (51)

4.3.6. Les champs lexicaux et la posture des femmes

Lors de l'analyse de nos entretiens, nous avons extrait les champs lexicaux utilisés par les femmes pour décrire les situations qu'elles ont vécues. Nous avons considéré que l'utilisation de ces champs lexicaux pourrait être le reflet de ce qu'elles ont ressenti lors de ces évènements.

Parmi les descriptions de situations qualifiables de maltraitances, nous avons par exemple retrouvé, lors des épisodes qui décrivaient des manquements au devoir d'information, 17 éléments de langage utilisés pour insulter le soigné. Les champs lexicaux du dégoût, de la

guerre, de la culpabilisation, de la moquerie et de la pudeur étaient aussi présents. Nous faisons l'hypothèse que, lorsqu'elles ont jugé ne pas avoir été correctement informées, elles ont exprimé la sensation de devoir batailler pour obtenir une explication et d'avoir subi des moqueries sur leurs questions ou leurs discours. En effet, cela pourrait rendre compte du besoin qu'elles ont ressenti de devoir se battre et marchander face à un déséquilibre dans la relation soignant-soigné. Cela révèle l'importance de comprendre, pour ces femmes, ce qui est mis en jeu à propos de leur santé, et donc de leur corps. Par cela, elles mettent en évidence le sentiment de ne pas avoir été considérées en tant que personnes aptes à comprendre la situation, voire insultées. Nous traduisons ce phénomène par la présence d'un climat de déséquilibre autour du partage des informations savantes, où les femmes se seraient senties sous estimées et discréditées par le soignant, les amenant alors à s'estimer dépossédées de leur pouvoir décisionnel en ce qui concerne leur propre santé. Cette analyse de champ lexical a aussi été réalisée chez un groupe de femmes, dans une étude parue en 2007, à propos de la maltraitance dans le soin, menée par Swahnberg S. et Bertero C. Ils ont notamment rapporté que ces femmes se seraient elles-mêmes perçues comme ayant été ignorées et négligées par le corps médical, décrivant un sentiment d'impuissance face aux soignants, de part des postures négligentes et par manque d'empathie de leur part. (52)

Nous avons retrouvé dans 9 entretiens, 12 situations de maltraitance correspondant à une absence de prise en charge adaptée de la douleur. Lors de la description de ces évènements, 18 mots relevant du champ lexical de la moquerie ont été relevées. Ces femmes rapporteraient ici avoir été discréditées et dénigrées par le personnel soignant dans l'expression de leur douleur. De plus, nous avons rencontré dans ces mêmes descriptions, le champ lexical de l'abus de pouvoir. Ce champ lexical était aussi présent dans les témoignages de paroles jugées inappropriées par les femmes, révélant de nouveau un sentiment d'impuissance. L'étude de Swahnberg S. et Bertero C. a retrouvé les mêmes sentiments de dénigrement et de discréditation du discours des femmes. (52)

Nous retrouvons donc les 4 mêmes ressentis que dans l'étude de Swahnberg S. et Bertero C. citée précédemment (ignorées, négligées, discréditées et dénigrées), que les auteures ont rassemblé sous un seul terme : le sentiment d'avoir été « nullified ». Nous pourrions le traduire par le fait d'être neutralisé ou invalidé dans la reconnaissance de son individualité. Cette analyse peut participer à la mise en lumière du ressenti des femmes lors d'une atteinte au respect de leur dignité et de leur autonomie lors de certaines circonstances de soin en gynécologie-obstétrique. (52)

Le dialogue a besoin d'être ré-ouvert, et cela pourrait passer par une plus grande place accordée à la parole habituellement tue. Dans les parties II et III de l'étude menée par Bruggemann, Swahnberg et Wijma sur la maltraitance dans le soin, la question du silence sur ce phénomène est relevée. En effet, ce ne serait pas l'existence de ce phénomène qui serait nouveau, mais son exposition publique. Ces auteures rapportent que 70 % de leur échantillon de 530 femmes seraient restées silencieuses au moins une fois après avoir vécu une situation qualifiable de maltraitance, et 50 % lors de toutes les situations vécues comme telles. De plus, elles retrouveraient de manière significative que les femmes jeunes (<30 ans) sont moins susceptibles de s'exprimer face à cet évènement. (42, 53) Les conclusions de cette étude concordent avec la posture de repli sur soi que nous avons relevée précédemment. Cependant, une étude auprès d'un plus grand nombre de femmes serait nécessaire pour établir un lien de causalité entre les caractéristiques populationnelles et l'opposition des femmes françaises face à une situation qualifiable de maltraitance.

Nous avons remarqué une dichotomie lors de la mise en évidence de deux grandes catégories de champs lexicaux. En effet, la posture de « reproche envers le soignant » était très présente dans les discours des femmes. Elle pourrait être interprétée comme traduisant les différentes expressions de l'agressivité que suscitent certaines attitudes de soignants. Lutter contre les situations de maltraitance, même « ordinaires », dans le milieu de la santé, serait une façon de diminuer les formes d'agressivité actuellement renvoyées par certains usagers. (43) Cependant, nous entendons clairement que les circonstances de soin, telles qu'elles sont pratiquées dans les établissements de santé, dépendent des conditions de travail dans lesquelles elles ont lieu. Cela peut amener certains soignants en difficulté à réagir de manière agressive lorsqu'un patient l'est envers le corps médical. (54) Aussi, nous recommanderions une modification générale dans la construction de l'accès aux soins de gynécologie et d'obstétrique en faveur d'une posture qui considère la bientraitance comme une priorité. Notre idée serait alors que chaque soignant puisse évoluer dans un environnement qui l'encourage à éviter les attitudes potentiellement maltraitantes.

4.4. La maltraitance d'un point de vue éthique

La bioéthique se base sur quatre principes fondamentaux (55) : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice, qui servent de repère pour mener à bien une réflexion éthique sur la pratique du soin. C'est de cette réflexion qu'est née la loi Kouchner. (7) Elle concerne les devoirs des soignants lors de la pratique de la médecine, et vient inscrire, dans la

législation française, la notion de droit du patient. Elle a pour but de modifier la place de l'usager dans les services de soin, et donc, la pratique de la médecine dans son ensemble afin de tendre vers une médecine française plus « bio-psycho-sociale », plutôt que paternaliste. Ce type de pratique médicale prend en compte la singularité de chaque patient dans son contexte, afin de s'assurer de la plus grande autonomie de décision possible pour celui-ci. Cette loi vient concrétiser ces quatre grands principes en écrivant à l'article L 1110-2 du CSP, le droit, pour la personne malade, au respect de sa dignité. Cela passe par le respect du consentement, donné par le soigné de manière libre et éclairée, après que le soignant l'ait informé de façon libre, claire et appropriée. (7, 8, 9) Elle spécifie que ce droit passe par la mise en place de différents procédés que le soignant et les institutions sanitaires se doivent d'appliquer.

La notion de maltraitance sous-tend celle de la vulnérabilité. Celle-ci est d'abord associée aux enfants, aux personnes âgées et aux personnes handicapées. (10) Dans ses écrits sociologiques sur l'apparition récente de cette notion, Brodiez-Dolino A. explique que « deux types d'acception émergent […] L'une est macroscopique : nous serions entrés […] dans une « anthropologie de la vulnérabilité » […] L'autre est microsociologique : la vulnérabilité, cette « potentialité à être blessé », doit être entendue comme une notion universelle (chacun est potentiellement exposé), relationnelle et contextuelle (nous ne sommes vulnérables que dans un contexte donné), structurelle (nous sommes inégalement exposés à la vulnérabilité en raison de notre position dans l'espace social), individuelle (face à une même exposition, certains seront plus touchés que d'autres), potentielle (la vulnérabilité est une blessure qui peut advenir), et enfin, réversible (sur laquelle on peut donc agir).». (56) Nous avons mené une réflexion, à partir de cette définition, sur la position des patientes dans la relation soignant-soigné propre à la pratique du soin en gynécologie-obstétrique. Selon le Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français dans son rapport sur la prise en charge des femmes françaises paru en 2000, plus de 80 % des actes relevant de ce domaine concernent des états de santé « physiologiques », notre étude montre que les femmes expriment subir de la maltraitance lors de leur prise en charge en gynécologie-obstétrique. (2) Celle-ci ne dépendrait donc pas nécessairement de la présence d'une pathologie chez le patient et serait en ce sens, circonstancielle.

Par exemple, lors d'une consultation en gynécologie-obstétrique, la position que prend la femme lors de l'examen de ses parties génitales pourrait être réfléchie sous l'angle de la vulnérabilité. Certes, l'exposition de sa poitrine ou de son sexe face à un soignant de

gynécologie est nécessaire lors du suivi de la patiente. Cependant, le regard, les paroles ou les gestes que ce soignant pose lors de cette consultation n'auront peut-être pas le même poids que s'ils étaient posés sur une partie du corps habituellement exposée au regard d'autrui en dehors de l'intime. Les actes en gynécologie sont des actes d'observation, de palpation et d'auscultation réalisés avec l'aide des doigts du soignant ou de divers instruments. Bien que nécessaire, ces interventions peuvent être reçues comme intrusives pour l'intimité de la patiente. En effet, les organes génitaux, ainsi observés et palpés, portent le poids d'une triple fragilité, qui peuvent relever, pour certaines, de :

- la peur de déroger à la norme anatomique attendue par le corps médical,
- la peur de déroger à la norme sociale attendue quant à leur identité féminine (vie affectivo-sexuelle, apparence physique, choix de vie, etc...)
- la peur de ne pas avoir identifié par elles-mêmes une anormalité concernant ces mêmes organes, fait de leur méconnaissance fréquente du fonctionnement de leur intimité.

Ainsi nous pouvons nous demander s'il est acceptable qu'un professionnel de santé, dans le cadre d'une telle consultation, introduise un spéculum sans avoir préalablement recueilli le consentement de la patiente. Certes, la patiente vient pour son suivi gynécologique et cet examen est souvent nécessaire. L'obligation inscrite dans la loi Kouchner d'obtention préalable de son consentement sous-entend que la patiente a le droit de refuser. (9) Le soignant ne peut pas contrecarrer cette décision malgré la difficulté de comprendre ce choix pour lui, puisque cet examen est dans l'intérêt du bon suivi de cette femme, donc de sa pleine santé. Peut-être une explication claire du déroulement de cette auscultation et de son objectif de dépistage de pathologies pourrait diminuer ce risque de refus.

Nous avons conscience que de nombreux soignants de gynécologie-obstétrique participent du mieux qu'ils peuvent au respect de la pleine autonomie de leurs patientes et travaillent dans le respect des bonnes pratiques. Néanmoins, les conditions de travail ne permettent pas souvent de prendre le temps nécessaire pour réaliser toutes ces étapes : information, consentement, examen, diagnostic. Cette attitude de soignant tend à favoriser la mise en confiance des patientes, permettant par la suite une probable meilleure acceptation et participation de celles-ci lors des prochaines rencontres. Cette posture bienveillante s'inscrit parfaitement dans une conduite professionnelle en accord avec les fondamentaux des droits des patientes, érigeant les principes de respect de l'autonomie donc de dignité de la personne humaine comme règle première.

Par ailleurs, est reconnue vulnérable par le Code Civil : « une personne dont la particulière vulnérabilité due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique, ou à un état de grossesse, apparente ou connue de l'auteur ». (12) Nous avons donc considéré qu'il existait, lors de la pratique de soin auprès d'une femme enceinte, une potentielle vulnérabilité, que le soignant se devait de considérer. Cependant, par-delà le cadre juridique, lorsqu'une femme expérimente la douleur ressentie lors des contractions de travail, il lui est moins aisé de prendre du recul sur les comportements qui l'entourent. En effet, son corps, physique comme psychique, est submergé par cet évènement. Elle ne peut que très difficilement trouver les ressources pour remettre en question les pratiques médicales qui pourraient lui être imposées. Cette douleur, accompagnée ensuite de la violence inhérente à la mise au monde que représente l'accouchement, devrait amener à considérer la parturiente comme une personne en potentielle position de vulnérabilité. La position en décubitus dorsal lors d'un travail sous anesthésie péridurale était prépondérante dans la prise en charge des femmes ces dernières années, aggravant symboliquement cette situation. (56) Cependant, la médecine est une science évolutive, au gré des publications de recherches qui imposent une amélioration permanente. Des recherches sur les positions d'accouchement ont été menées, prouvant notamment les effets bénéfiques de d'autres positions. (57) Elles sont de plus en plus mises en pratiques telles que le souhaitent certaines femmes, même si elles sont inhabituelles ou plus contraignantes pour le soignant.

Dans le cas d'une situation d'urgence, comme par exemple en obstétrique dans le cadre d'un accouchement présentant une complication mettant en jeu le pronostic vital de l'enfant à naître, nous pouvons nous demander si les gestes qui doivent être faits sont une mise en danger de la pleine autonomie de la patiente. Certaines pratiques peuvent être vécues comme violentes malgré leur nécessité. Tous les moyens sont-ils bons pour remédier à ses complications et sauver l'enfant ? Les professionnels sont alors confrontés au dilemme d'assistance à personne en danger face au respect de la volonté des patientes. A cette problématique, s'ajoutent les conséquences pour la société qui risquent de découler d'un retard de prise en charge. En effet, un refus de la patiente fait prendre à la société le risque de devoir subvenir aux besoins d'un enfant pouvant présenter des lésions cérébrales graves, nécessitant un accompagnement spécifique et coûteux. Devons-nous, afin d'éviter ce risque au maximum, imposer certains gestes brutaux ? Par exemple une extraction instrumentale nécessitant la section du périnée de la patiente par une épisiotomie, le choix de la patiente doit-il toujours être respecté, compte tenu de l'urgence de la situation ? Expliquer rapidement

l'intérêt de ce geste en diminuerait-il la violence ? Prendre conscience de la faible marge de manœuvre entre la mise en danger du couple mère-enfant et la vulnérabilité des femmes qui vivent la douleur de l'accouchement, n'étant pas en pleine possession de leur moyens, peut être difficile à mettre en pratique dans une posture bientraitante. Bien sûr, nous faisons tous le vœu de tendre un jour à ne plus avoir de gestes maltraitants. Cependant, certains gestes sont nécessaires : quels moyens pouvons-nous employer pour que ces gestes soient plus acceptables ? Nous proposons dans ce cadre de favoriser, avant l'imminence de la naissance, une discussion sur les limites acceptables par la patiente, cela n'étant bien sûr possible que si la patiente est suivie préalablement. Éduquer les patientes sur le déroulement de l'accouchement et les gestes qui pourraient être pratiqués en cas de complications tendrait alors à diminuer cette position de vulnérabilité. Il est aussi toujours possible de revenir à postériori sur les gestes pratiqués afin de les expliquer et favoriser une meilleure acceptation. Cependant, est-il recevable qu'un soignant, ayant été maltraitant involontairement et s'en rendant compte à postériori, tente ainsi de se dédouaner de l'impact que la violence de son geste pourrait avoir eu? Par ce moyen, nous sous-entendons que le soignant, prenant la décision d'un geste sans avoir demandé son autorisation à la patiente, se place dans la position où il saurait de toute évidence mieux qu'elle ce qui est bon. Non pas que le soignant pratique volontairement la malfaisance, mais plutôt qu'il tend, par des attitudes ou des actes qui semblent vertueux, à imposer au patient sa volonté. C'est ce que Blondel F. et Delzescaux S. ont abordé dans leurs travaux sur l'asymétrie de relation entre les polyhandicapés et leurs soignants. Ils expliquent que, face à ces personnes indubitablement vulnérables et en incapacité de se prendre en charge seules, la « bonne » société, celle des valides dont font partie les soignants, tendent à vouloir pour eux ce qu'ils estiment comme « bon », mais que ces souhaits sont totalement inadaptés aux attentes et besoins réels de ce type de patient. (58) Cette posture, infantilisante pour la patiente, révèle le déséquilibre souvent présent entre le soignant et le soigné et met en évidence la vulnérabilité de celle-ci.

Il nous faut cependant prendre en compte que chaque soignant dépend du cadre dans lequel il exerce. En effet, chaque lieu d'exercice est réfléchi dans le but d'une utilité précise aux soins qui y sont prodigués. Le cadre hospitalier tend à anticiper toutes les situations possibles qui pourraient survenir. Notamment en ce qui concerne la prise en charge des urgences, cependant 95% des grossesses ont une issue favorable et la crainte des 5% restants implique parfois des comportements iatrogènes, qui auront potentiellement un risque d'entraîner des situations vécues comme maltraitantes. (59) Il en est de même des établissements, que ce soit en lien

avec des raisons budgétaires, architecturales et/ou organisationnelles, qui ne permettent pas toujours aux personnels de respecter le bien-être des patientes.

La loi Kouchner, publiée il y a déjà 18 ans, a souhaité inscrire dans la loi le droit à l'information et le devoir d'obtention du consentement. (7) Est-elle mise en pratique ? Le cadre institutionnel et les dernières politiques d'organisation du système de santé permettent-ils son application concrète ? Face aux restrictions de personnels et budgétaires de l'hôpital français, les usagers ont-ils eu la possibilité de s'investir d'une place ayant un impact sur le fonctionnement de cette institution ?

Certes, les grandes instances qui régissent la santé en France publient des recommandations en faveur d'une posture bientraitante des soignants. Par exemple, l'HAS a distribué à tous les cadres hospitaliers un guide de bonnes pratiques : « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre » en 2008, afin d'éclairer la pratique quotidienne des soignants sur cette posture. (60) Cependant, une fois mise en application, évalue-t-on nos pratiques au regard de ce que le patient attend ou de ce que les processus et procédures médicaux attendent ? Cette question en soulève une autre : doit-on privilégier la compétence des professionnels ou développer leur empathie ? La seule connaissance clinico-technique, certes indispensable aux bons soins, ne prend pas en compte la globalité de la situation du patient. Cette posture pourrait, par exemple, être considérée en soi comme maltraitante par les usagers. Mais est-elle évitable ? au regard des évaluations qui sont réalisées pour les certifications des établissements de santé, il apparaît que ce sont surtout le respect des procédures et des processus qui sont évalués. (61) Non pas ce que le patient aurait lui-même souhaité. On entre alors dans le carré de la qualité qui est celui où la qualité attendue est différente de la qualité voulue elle-même différente de la qualité réalisée et encore différente de la qualité perçue. En effet le patient est sur la qualité attendue et perçue, il attend un service (ne pas attendre en arrivant aux urgences) et la qualité perçue (il a eu un temps d'attente de 1h), il n'est donc pas satisfait. Les établissements de santé se situent eux plus sur la qualité voulue (au vu des effectifs, des locaux et de la charge de travail, un temps d'attente inférieur à 2h pour une prise en charge en urgence est considéré comme une bonne prise en charge) et la qualité réalisée (si le temps d'attente est de 1h alors l'indicateur est respecté).

La loi Kouchner qui a mis le patient au cœur de sa prise en charge a été une évolution capitale, cependant 18 ans plus tard, ce patient a-t-il vraiment pu prendre la place qui lui a été donnée ? La formation des professionnels de santé a inscrit dans toutes ses composantes cette dimension du patient au cœur du soin. Des cours d'éthique sont aussi dispensés et le savoir-

être évalué au décours des parcours de formation, mais au regard de ce travail, il semble qu'il reste encore des progrès à faire.

Nous ne donnerons pas, ici, de définition précise de la maltraitance en gynécologie-obstétrique. Le but de notre démonstration est de mettre en évidence la complexité de ce qui pourrait être qualifié comme tel. Nous estimons que l'éthique ouvre la discussion mais qu'elle ne la clôture pas. Nous n'apporterons pas de réponse unique à nos questions afin d'ouvrir la discussion vers de nouvelles réflexions. Nous considérons cependant que de nouvelles études devraient être menées en rapport avec notre sujet afin de pouvoir rassembler un corpus de divers points de vue, avant de pouvoir envisager une définition pérenne.

5. CONCLUSION

Au cours des 10 dernières années, une modification sociétale importante de la position de patient, juridiquement explicitée par la loi Kouchner, a demandé une évolution de la pratique du soin en France. (7) La population a souhaité investir une place active dans l'organisation de notre système de santé, transformant la position passive et habituelle de « patient », en « usager ». Ils souhaitent s'impliquer dans les soins qui les concernent individuellement en tant que nouveaux acteurs, tout en agissant collectivement au sein d'associations d'usagers. (49) Certains témoignages de patients, comprenant le déséquilibre dans la relation soignant-soigné qu'ils ont ressenti lors de certaines prises en charge, décrivent leur insatisfaction face à ce qu'ils qualifient d'abus de pouvoir. Certaines pratiques auprès de patients dépendants ont pu être dénoncées par la suite, par eux-mêmes ou leurs proches. Les instances d'autorité de santé ont alors commencé à étudier la notion de maltraitance dans le soin, surtout chez les personnes vulnérables. (43)

Parallèlement à ce phénomène, la parole des femmes à propos des formes de maltraitances qu'elles subissent s'est libérée. Les échanges de témoignages dénonçant ces violences, invisibles mais normalisées au sein de notre société, sont de plus en plus présentes sur la place publique. (44, 45, 46) Nous avons souhaité savoir si les femmes rapportaient une telle forme de maltraitance lors de leur prise en charge en gynécologie-obstétrique.

Nous pouvons donc conclure que, du point de vue des patientes incluses dans notre étude, la maltraitance existe dans la pratique de la gynécologie-obstétrique. Tous les soignants de cette spécialité devraient en prendre conscience. D'après notre étude, la maltraitance a un impact sur la satisfaction des femmes à propos de leur suivi, ce qui pourraient amener certaines à le remettre en question, voire à le suspendre. Donc, grâce à cette étude qualitative, nous pouvons entrapercevoir les prémices d'un champ de recherche à plus grande échelle à propos d'un lien de causalité entre l'existence de maltraitance en gynécologie-obstétrique et l'observance du suivi des femmes en France. Or, d'un point de vue de santé publique, il est primordial que les soignants fassent tout ce qui est en leur pouvoir pour favoriser la régularité de ce suivi, puisqu'il concerne les 33 millions de femmes qui dépendent actuellement de notre système de santé. (2) Par exemple, parmi les cancers, celui du sein constitue la première cause de mortalité par cancer chez la femme. L'importance de son dépistage précoce favorise la survie, allège les traitements et leurs impacts, diminuant ainsi son coût humain et économique. (62)

Enfin, par-delà cet intérêt de santé publique, on peut gager que les soignants souhaitent toujours l'amélioration de leur pratique. Dans un domaine où la vulnérabilité de la patiente semble présente, lutter contre la maltraitance paraît évident, mais est insuffisant. Tendre vers une vision bientraitante du soin est une étape qui pourrait être co-dépendante de cette démarche. Par bientraitance, nous entendons une attention portée à la singularité de chacun. (60) Cette pratique s'inscrit dans une politique de santé proche de la notion de « care ». Une telle évolution des pratiques nécessite une réflexion collective des soignants afin de tendre vers un accompagnement global, plus humain et plus soucieux des attentes des usagers. (63) De grandes modifications sont encore à faire dans les habitudes des soignants et au cours de leur formation. Certes la bientraitance des patients devrait être considérée comme une priorité dans nos politiques de santé, néanmoins, elle dépend pour beaucoup de celle des professionnels de santé. Il paraît tout aussi important de limiter la maltraitance des soignés que celle des soignants, afin d'éviter leur reproduction et leurs conséquences néfastes pour la santé de toutes ces personnes. De nouvelles politiques sont déjà en cours, mais un long chemin reste encore à parcourir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Insee - Population - Bilan démographique 2015 - Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2016, France [Internet].]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&reg_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm. [cité 29 sept 2016]

2. CNGOF; La prise en charge des femmes françaises. Observatoire Thalès; In 2000; J. Cohen, P. Madelenat, R. Levy-Toledano. [cité 29 sept 2016].

3. Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale; Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique; Institut BVA; in 2008; [cité 30 sept 2016]

4. Haute Autorité de Santé - Tableau des recommandations ou travaux relatifs à la bonne pratique [Internet] Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_ 1101438/fr/tableau-des-recommandations-ou-travaux-relatifs-a-la-bonne-pratique .[cité 4 oct 2016].

5. ANESM (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux); Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : La bientraitance: définition et repères pour la mise en œuvre; in 2008. [cité 1 oct 2016]

6. CNGOF; Recommandation de Pratiques Cliniques ; Directive qualité; Contenu minimum obligatoire d'une consultation de gynécologie; in 2010; [Internet] Disponible sur: http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=DIRECTIVES%2BQUALITE%252Fdossier_gyneco.pdf&i=485.[cité 4 oct 2016]

7. Legifrance, Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative « aux droits des malades et à la qualité du système de santé », JORF du 5 mars 2002, page 4118, texte n°1, – base de données, France [internet] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015. [cité le 15 Janv 2019].

8. Legifrance, Art. L. 1111-2; Article N°11; Chapitre 1: Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté; LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé(1); [internet]; Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.docidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id [cité le 15 Janv 2019].

9. Legifrance, Art. L. 1111-4; Article N°11; Chapitre 1: Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté; LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé(1); [internet]; Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.docidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id [cité le 15 Janv 2019].

10. Orientations prioritaires de la politique nationale - Maltraitance des personnes vulnérables - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/maltraitance-des-personnes-vulnerables/article/orientations-prioritaires-de-la-politique-nationale [cité 4 oct 2016]

11. National Research Council (US) Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect; Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America; Editors: Richard J Bonnie and Robert B Wallace; Washington (DC): National Academies Press (US); in 2003; [cité 3 oct 2016]

12. Legifrance; Des atteintes volontaires à la vie section 1; Code pénal Loi n°2012-954 du 6 août 2012 article 221-4 N°3 [Internet] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.doidSectionTA=LEGISCTA000006165276&cidTexte=LEGITEXT000006070719.[cité 5 nov 2016]

13. HAS; Avis n° 2019.0033/AC/SEESP du 29 mai 2019 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à la place des consultations de prévention dans la stratégie nationale de santé. [Internet] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/avis_n_2019.0033.ac.seesp_du_29_mai_2019_du_college_de_la_has_relatif_a_la_place_des_consultations_de_prevention_dans_la_str.pdf [cité 10 août 2019]

14. INSEE; Définition, méthode et qualité-Niveau de diplôme (recensement de la population) au 21 Mai 2019, France. [internet] Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1785 .[cité le 27 juin 2019]

15. INSEE; Définition, méthode et qualité-Nomenclature des professions et catégories socio-professionnelle au 1er janvier 2003, France [internet] Disponible sur :https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregee/1?champRecherche=true [cité le 27 juin 2019].

16. Legifrance, Code Civil - Base de données, France [internet].Disponible sur :https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=46C0E6122F8E2662CCE1C46ADB42964.tplgfr41s_3?cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20200326. [cité le 15 Janv 2017]

17. Legifrance, Code pénal, - Base de données, France [internet].. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.docidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20170126 [cité le 17 Janv 2017]

18. Legifrance, Code de la Santé publique - Base de données, France [internet]. . Disponible sur :https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170126.[cité le 20 Janv 2017]

19. Code de déontologie médicale, version de Novembre 2019, France [internet] . Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf.[cité le 20 Fev 2020]
20. Code de déontologie de la sage femme, Conseil National de l'ordre des Sages-Femmes-Information juridique, version du 17 Juil 2012, France [internet].Disponible sur :http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf. [cité le 20 Fev 2020]
21. N° DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé. [internet] .Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_249_20_avril_1998.pdf. [cité le 19 Fev 2020]
22. La violence en milieu hospitalier : de la prévention à la sanction de la violence par le droit, 2004, Medecine et Droit, Elsevier, 54-66. K. Lefeuvre-Darnajou. [cité le 25 Nov 2018]
23. Les violences institutionnelles envers les personnes âgées : identifier les responsabilités pour mieux prévenir les risques, mémoire de Diplôme Universitaire de gérontologie Sociale publié dans la Revue de l'infirmière n°42, 1998, p 22.M. Mallier,[cité le 25 Nov 2018]
24. Étude des inconforts ressentis par les patientes évalués avant et après une consultation de gynécologie et facteurs associés : étude déclarative, descriptive et comparative. Gynécologie et obstétrique.Charlène Cuer. 2018. ffdumas-01878891ff. [cité le 5 Janv 2020]
25. :« Qualité de vie et bien-être vont souvent de pair », Marie-Hélène Amiel, Pascal Godefroy et Stéfan Lollivier, Insee, Janvier 2013, N° 1428.[cité le 3 Mars 2020]
26. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels,Wanlin P, Janvier 2007, sciences de l'éducation de l'université du Luxembourg.[cité le 6 Janv 2020]
27. 2 ème édition : L'indispensable de la sociologie. Gay T,. Studyrama, 2006, 87-88,[cité le 5 mars 2020]
28. Intimité et extimité, paru dans « Communications », n°88, pp. 83-91,Serge Tisseron, 2011, [internet] Disponible sur : https://www.persee.fr/doc/comm_0588-8018_2011_num_88_1_2588 [cité le 5 mars 2020]
29. L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l' « entretien ethnographique », article Politix, revue des sciences sociales du politique,n°35, pp.226-257,Stéphane Beaud,année 1996, [cité le 17 fév 2020]

30. Niveau d'éducation de la population selon l'âge :France, portrait social, édition 2016 - Insee Références [internet] [cité le 30 Mars 2020]

31., « L'enquête sociologique et les acteurs faibles », *SociologieS* , La recherche en actes, Champs de recherche et enjeux de terrain, Jean-Paul Payet, octobre 2011, [cité le 25 Mars 2020]

32. « Les différentes mesures du bien-être subjectif », *Revue française d'économie*, 2012/3 (Volume XXVII), p. 35-70. DOI : 10.3917/rfe.123.0035. Zeidan J,[internet].Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-francaise-d-economie-2012-3-page-35.htm.[cité le 6 mars 2020]

33. « Les concepts de violence et de maltraitance ». Actualité et dossier en santé publique,CORBET, Éliane. 2000, vol. 31, p. 20-25.[cité le 16 fev 2020]

34. The mistreatment of woemn during childbiorth in health facilities globally : a mixed-methods systematic review. Plos Med,Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, et al ;Juin 2015, 30;12(6):e1001847.[cité le 4 Juin 2018]

35. Legifrance, Code de la Santé Publique, Art L 1110-5, Loi n°2016-87 du 2 février 2016 – art 1, – base de données, France [internet]. . Disponible sur :https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do ?idArticle=LEGIARTI000031972245&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160204. [cité le 15 Janv 2019]

36. OMS - La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins WHO/RHR/14.23, 2014.[internet] Disponible sur:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134589/WHO_RHR_14.23_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.[cité le 2 Dec 2019]

37. Legifrance : Article 222-13 Modifié par LOI n°2010-769 du 9 juillet 2010 - art. 33. [internet].Disponible sur:https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=4EF47E3AD0F12A1B006A6BA2B64AAFC0.tplgfr31s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006181751&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20100711.[cité le 15 Dec 2019]

38. Art R. 4382-3 du décret 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux.[internet]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_2811693/fr/la-formation-professionnelle-tout-au-long-de-la-vie-des-professionnels-de-sante-paramedicaux.[cité le 4 Nov 2019]

39. Usagers, vos droits. Charte de la personne hospitalisée .Éditions Sicom 06042 - Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Direction générale de la santé Avril 2006. [internet]. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

40. Legifrance, Code pénal, article L 222-22, Loi n°2010-769 du 9 juillet 2010 art 36 - Base de données, France [internet]. .Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000022469961&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20100711[cité le 24 Avril 2019]

41. Rapport n°2018-06-26-SAN-037, voté le 26 juin 2018, « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme », Haut Conseil à l'Egalité entre les hommes et les femmes, présenté par M. Schiappa.[cité le 17 Juillet 2019]

42.. The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. European Journal of Public Health, Swahnberg K, Wijma B, 2003; 13:361-6.[cité le 4 Juin 2019]

43. : Haute Autorité de Santé, La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé : étude sur la base de témoignages, 2009,;Compagnon C. et Ghadi V , 2009; ;[internet] Disponible sur : http://www.serpsy.org/actualites_2010/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf. [cité 4 oct 2016]

44. « Des touchers vaginaux sur des patientes endormies: "C'était pour apprendre" », Hache C, l'Express, 28/10/2015.[cité 5 Mars 2020]

45., « Le livre noir de la gynécologie : maltraitances gyncologiques et obstétricales : libérer la parole des femmes », édition First, Déchalotte M, Octobre 2017 .[cité 17 oct 2016]

46. « Mee too » un an après : la parole est libérée et la conversation n'est pas libérée, émission Hashtag par Maxime Tellier, France culture le 5 Octobre 2018, France [internet]. Disponible sur : https://www.franceculture.fr/emissions/hashtag/me-too-un-apres-la-parole-est-liberee-et-la-conversation-nest-pas-terminee.[cité le 4 Mars 2020]

47.. : The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. Soc Sci Med. Williams B1, Coyle J, Healy D,1998 Nov; 47(9):1351-9.[cité le 5 Octobre 2018]

48., Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. DREES, Études et résultats, n°660, COLLET Marc, septembre 2008.[cité le 6 Mars 2020]

49. « Patients et usagers du système de santé : l'émergence progressive de voix qui commencent à compter », Revue française des affaires sociales,Berthod-Wurmser Marianne, Bousquet Frédéric, Legal Renaud, p. 5-19. DOI : 10.3917/rfas.171.0005. [internet].Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-5.htm.[cité le 5 Fev 2020]

50. Patients' experiences of abuse in health care: a Nordic study on prevalence and associated factors in gynecological patients. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica,Swahnberg K, Schei B, Hilden M, Halmesmaki E, Sidenius K, Steingrimsdottir T, et al. 2007; 86:349-56. [cité le 4 Avril 2019]

51. The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother−baby friendly birthing facilities initiative. Suellen miller and Andre Lalonde. 24 February 2015.[internet]. Disponible sur https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.005. [cité le 10 Mars 2020]

52. Women's perspections of being abuse in health care. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology,Swahnberg K, Thapar-Bjorkert S, Bertero C, Nullified, 2007 ; 28:161-7.[cité le 4 Avril 2018]

53. Patients' silence towards the health care system after ethical transgressions by staff:Associations with patient characteristics in a cross-sectionnal stufy among swedish female patients, Submitted, Brügemann AJ, Swahnberg K. 2012, 2012 Nov 29;2(6). pii: e001562. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001562,[internet],Disponible sur :https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23204076.[cité le 30 novembre 2019]

54. Obstetric violence according to obstetric nurses,MG Da Silva, MC Marcelino, LSP Rodrigues, et al, juillet 2014.[internet].Disponible sur: https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400020.[cité le 17 Janv 2019]

55. Dossier coordonné par D. Grimaud et I. Erny, Ethique et soins, Publication ADSP n° 77, décembre 2011, France [internet].Disponible sur : file:///C:/Users/Downloads/ad771165.pdf. [cité le 18 Avril 2020]

56.Enquête nationale périnatale : Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010 Rapport rédigé par l'INSERM et la DREES Enquête réalisée avec la participation des Services départementaux de Protection maternelle et infantile et des Réseaux de santé en périnatalité [internet].Disponible sur : drees.solidarite-sante.gouv.fr / www.epopé-inserm.fr Octobre 2017.[cité le 28 Mars 2019]

57. Ecole de sages-femmes Albert Fruhinsholz Nancy Université Henri Poincaré de Nancy Faculté de Médecine Incidence de l'accouchement en décubitus latéral sur les lésions périnéales. Réalisé sous la direction du Dr Bernard Maria. 2005.[internet]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2005_LEFRANC_ELISE.pdf.[cité le 5 Mai 2020]

58.. La tentation souveraine : ses fondements et ses déclinaisons », dans : F. Blondel, & S. Delzescaux (Dir), Aux confins de la grande dépendance. Le polyhandicap, entre

reconnaissance et déni d'altérité, (pp.99-122). Toulouse, France : ERES, Blondel, F. & Delzescaux,S,(2018),[internet],Disponible sur :[https://www.cairn.info/aux-confins-de-lagrande-dependance--9782749261409-page-99.htm], [cité le 4 Avril 2020]

59. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 Rapport rédigé par Béatrice Blondel, Morgane Kermarrec Unité de Recherche Epidémiologique en Santé Périnatale et Santé des Femmes et des Enfants, INSERM - U. 953.[internet].
Disponible sur http://www.xn—epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2015/01/Rapport-Naisances-ENP2010.pdf.[cité le 30 Avril 2020]

60. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.La bientraitance: définition et repères pour la mise en oeuvre. Anesm. Juin 2008.[internet]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf.[cité le 17 Janv 2020]

61. Guide méthodologique à destination des établissements de santé Certification V2014. Haute autorité de santé. Février 2008.[internet].Disponible sur https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-11/guide_methodologique_v2014.pdf..[cité le 13 Mai 2020]

62. Epidémiologie du cancer du sein par europa donna france. Association contre le cancer du sein 2016.[internet].Disponible sur http://www.europadonna.fr/le-cancer-du-sein /epidemiologie-cancer-du-sein/[cité le 20 Janv 2019]

63. « L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin », *Études*, 2010/12, Zielinski Agata, (Tome 413), p. 631-641. DOI : 10.3917/etu.4136.0631.[internet]. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-etudes-2010-12-page-631.htm [cité le 6 Mai 2020]

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour, je suis actuellement étudiante sage femme en 4 ème année et je réalise un mémoire de fin d'étude sur le vécu des femmes dans le cadre de leur prise en charge en gynécologie obstétrique. Auriez-vous quelques minutes à m'accorder afin de répondre à quelques questions sur ce sujet ? Le but final étant d'évaluer la potentielle gêne des femmes afin, si elle existe de faire évoluer les pratiques professionnelles. Vous n'avez pas l'obligation de me répondre. Notre échange ne doit avoir lieu qu'avec votre adhésion totale. Cet entretien se fait dans l'anonymat. Pour une interprétation la plus fidèle possible de mes entretiens, j'ai besoin d'enregistrer notre échange. Me donnez-vous votre accord pour participer à cette étude ?

<u>Questions relatives aux critères de jugement en lien avec la population :</u>

Quel âge avez-vous ?

Jusqu'où avez-vous été dans les études ?

Avez-vous une profession ? Si oui, laquelle ?

Seriez-vous éventuellement sous protection juridique ?

Avez-vous des enfants ?

Avez-vous actuellement un suivi gynécologique ? si non, pourquoi ? si oui, par quel type de professionnel ?

Avez-vous déjà eu une intervention sur le plan chirurgical ou médical qui touche la sphère de la gynécologie ou de l'obstétrique ?

Je vous précise à nouveau que si vous n'êtes pas à l'aise, vous n'êtes pas obligée de répondre.

<u>Questions relatives aux critères de jugement en lien avec l'objectif de l'étude :</u>

- Êtes - vous globalement satisfaite de votre prise en charge jusqu'à maintenant ? Échelle de satisfaction 0 à 10 (satisfaisant, moyennement satisfaisant, insatisfaisant)
- Vous est-il arrivé de ressentir une **sensation de gêne, d'incompréhension voire même de mal-être**, suite à un geste, un comportement ou à une parole d'une personne qui vous aurait prise en charge dans le cadre de votre suivi gynécologique ou obstétricale ?
- Selon votre point de vue actuel sur cet incident, qu'est ce vous auriez aimé qu'il soit fait pour éviter cette sensation ?
- Vous est-il cependant arrivé de repousser la prise d'un rendez vous pour une consultation de gynécologie-obstétrique suite à une **mauvaise expérience antérieure** ? si oui, quel expérience ?

ANNEXE 2

Tableau I : Caractéristiques de la population de l'étude

Critères de populations	nombre de femmes N = 26	Moyenne ± ET [Min-Max]
Âge		41 ± 12,73 [19-59]
18-25	5	
26-35	4	
36-50	9	
>51	8	
Niveau d'étude		
Agriculteurs/Exploitants	0	
Artisans/Commerçantes	1	
Employées	14	
prof intermédiaires	4	
Cadres/Professions Intellectuelles Supérieures	4	
Retraitées	1	
Sans activité professionnelle	2	
Catégorie Socio-professionnelle		
<brevet	0	
brevet	0	
Cap/bep/equi	4	
bac/equi	7	
Bac+2	4	

ANNEXE 3

Extrait d'un témoignage	Champ lexical correspondant aux mots surlignés	Critère de jugement principal identifié dans le témoignage
« Allez ! enlevez moi ça, vous me faites perdre mon temps et je vais en retard. Moi je ne savais pas quoi dire.. Alors je l'ai fais. C 'était horrible, j'étais toute nue. Il a commencé à faire ses trucs la, à toucher en bas avec ses doigts, il disait rien. »	Obligation indisponibilité du soignant indisponibilité du soignant / incompréhension résignation horreur / pudeur non considération	Manquement au devoir d'information
« A un moment j'ai senti un truc froid qu'il a essayé d'enfoncer à l'intérieur de moi. J'ai hurlé, ça m'avait fait trop trop mal, c'était vraiment horrible. (cri), je me suis mise à pleurer. Il a arrêté et il a dit : ha mais fallait le dire que vous étiez vierge !! en m'engueulant, allez descendez de la, vous me faites vraiment perdre mon temps! Il m'engueule le mec alors qu'il m'a fait super mal ! Je me suis rhabillée. Il m'a tendu une ordonnance après et je suis partie rejoindre ma mère dans la salle d'attente. j'ai rien dit, pas au revoir pas merci. Après ma mère, elle m'a demandé pourquoi je pleurais. Je lui ai dit qu'il m'avait fait super mal et que je ne voulais plus y retourner. Elle m'a dit que des fois il était un peu brusque mais qu'on était des femmes donc il fallait qu'on en passe par la. »	geste violent douleur douleur horreur souffrance infantilisation indisponibilité du soignant infantilisation douleur résignation douleur refus geste violent obligation	Soin pratiqué sans consentement

Résumé :

Devant l'émergence récente d'une parole des patients à propos de la maltraitance dans le soin, nous sommes intéressés à son occurrence dans le domaine de la gynécologie-obstétrique. Selon les femmes, la maltraitance en gynécologie-obstétrique existe-elle ?

Nous avons interrogé des femmes dans des lieux publics à propos de leur vécu de leur suivi gynécologique et obstétrical. Avant de réaliser ces entretiens semi-dirigés à type de micro-trottoir, nous avons construits une typologie de la maltraitance recherchée. Nous avons ensuite analysé les champs lexicaux employés par les femmes en fonction de cette catégorisation.

Ainsi, parmi les 26 femmes inclues, 18 ont rapporté des situations qualifiables de maltraitance. Les femmes les plus insatisfaites de leur suivi en ont significativement décrits plus que celles satisfaites ($p<0,05$). Nos résultats tendent à montrer que la survenue de maltraitance aurait un impact sur l'observance du suivi des patientes, sans pouvoir conclure sur un lien de causalité significatif. Enfin, celles qui ont rapportées des situations qualifiables de maltraitance ont exprimé s'être senties ignorées, négligées, discréditées et dénigrées dans leur discours par les soignants.

La maltraitance en gynécologie-obstétrique existe donc. Cependant, elle soulève de nombreuses questions éthiques, tend dans la posture du soignant que sur un plan plus large de santé publique. Une discussion nécessite d'être menée à ce sujet avec tous les acteurs de notre système de santé, soignants comme soignés, conjointement à la réalisation de nouvelles recherches plus approfondies.

Mots-clés : maltraitance, gynécologie-obstétrique, éthique, droit du patient, violence institutionnelle, droits femme

Summary

Viewing the recent emergence of patient's voices about abuse in healthcare, we are interested in its occurrence in the gynaecology-obstetric's field. According to women, does abuse in gynaecology-obstetric exist ?

We interviewed women in public spaces about their experiences of gynaecology and obstetrical care. Before carrying out these semi-directed interviews, we constructed a typology of Abuse in this specialty. Then, we analysed the vocabulary used by them according to this categorisation.

Thus, among the 26 women included, 18 described situations that could be qualified as abuse. The women who were most dissatisfied with their follow-up reported significantly more than those who where satisfied ($p<0,05$). Our results tend to show that occurrence of abuse would have an impact on patient's follow-up compliance, without being able to conclude on a significant link. Finally, women who reported situations that could be qualified as abuse expressed they felt ignored, neglect, discredited and nullified in their speech by caregivers.

Therefore, abuse in gynaecology-obstetrics exists. However, it raises many ethical issues, as much as in the posture of the caregivers than in public health. A discussion needs to be conducted on this subject with all the actors of our health system, both caregivers and patients, in conjunction with new in-depth research.

Key-words : abuse, gynaecology-obstetrics, ethics, patient's rights, institutional violence, women's rights

Résumé :

Devant l'émergence récente d'une parole des patients à propos de la maltraitance dans le soin, nous sommes intéressés à son occurrence dans le domaine de la gynécologie-obstétrique. Selon les femmes, la maltraitance en gynécologie-obstétrique existe-elle ?

Nous avons interrogé des femmes dans des lieux publics à propos de leur vécu de leur suivi gynécologique et obstétrical. Avant de réaliser ces entretiens semi-dirigés à type de micro-trottoir, nous avons construits une typologie de la maltraitance recherchée. Nous avons ensuite analysé les champs lexicaux employés par les femmes en fonction de cette catégorisation.

Ainsi, parmi les 26 femmes inclues, 18 ont rapporté des situations qualifiables de maltraitance. Les femmes les plus insatisfaites de leur suivi en ont significativement décrits plus que celles satisfaites ($p<0,05$). Nos résultats tendent à montrer que la survenue de maltraitance aurait un impact sur l'observance du suivi des patientes, sans pouvoir conclure sur un lien de causalité significatif. Enfin, celles qui ont rapportées des situations qualifiables de maltraitance ont exprimé s'être senties ignorées, négligées, discréditées et dénigrées dans leur discours par les soignants.

La maltraitance en gynécologie-obstétrique existe donc. Cependant, elle soulève de nombreuses questions éthiques, tend dans la posture du soignant que sur un plan plus large de santé publique. Une discussion nécessite d'être menée à ce sujet avec tous les acteurs de notre système de santé, soignants comme soignés, conjointement à la réalisation de nouvelles recherches plus approfondies.

Mots-clés : maltraitance, gynécologie-obstétrique, éthique, droit du patient, violence institutionnelle, droits femme