

**Représentations du phénomène de
« violences gynécologiques et
obstétricales » par les assistantes en
spécialisation de gynécologie-
obstétrique**

**Mémoire de recherche qualitative de Céline
Chomé,
sous la supervision du Pr. Alain Loute,
UCLouvain.**

**Master en Sciences de la Santé Publique 2022-
Mention spéciale Master Prox Maystadt 2023**
Présentation au Midi de l'ARES
23 avril 2024

Table des matières

- Définitions variées des violences gynécologiques et obstétricales (VGO)
- Présentation de la recherche
- Constats dans la formation des assistantes en GYN-OBS et pistes de prévention pour l'enseignement de demain



Recherche

Objectifs

- Comprendre ce que signifient les VGO pour les assistant·e·s en spécialisation de GYN-OBS
- Comprendre processus en jeu dans la formation et sur le terrain pour que des situations de VGO persistent

Méthode qualitative

Approche phénoménologique : accède aux représentations

- Rencontre pour un entretien individuel
- Posture à adopter
- Liste de points à aborder >< guide d'entretien semi-directif

Question de recherche

« Comment les assistantes, en spécialisation de gynécologie-obstétrique, se représentent-elles le phénomène décrit par le vocable « violences gynécologiques et obstétricales » ? »

Entretiens individuels

11 assistantes volontaires

Entre la 2^{ème} et 5^{ème} année d'assistantat

Durée : entre 43 minutes et 01 heure 07

Résultats

Les violences gynécologiques et obstétricales, pour les assistantes

Perspective des assistantes

Perspective de leurs patientes

Actes non indiqués
médicalement

Pas justifiés par la
médecine

Non recommandés

Délétères physiquement ou
psychologiquement

Actes non consentis par la
patiente

Pas de demande de
consentement

Outrepasser le refus
de la patiente

Mauvaise information

Pas d'information

Incomplète,
incomprise

Orientée

Attitude

Coercition

Non prise en compte de la
douleur / plaintes

Jugement,
culpabilisation

Facteurs individuels et structurels

Rentabilité, manque de budget, manque de personnel

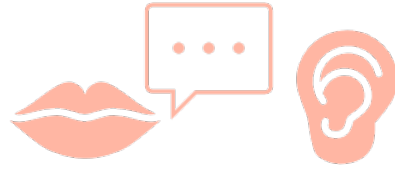
- Soins segmentés
- Travail à la chaîne
- Horaires éreintants
- Manque de temps

Conditions



institutionnelles

Difficultés dans



la communication

Manque d'outils

Manque de temps

Priorités différentes

Asymétrie



de relation

Asymétrie de connaissances

Pouvoir décisionnel

Paternalisme

Éléments participant à l'expérience de VGO

Habitudes des anciennes



générations

Paternalisme

Evolution médicale

Pratiques différentes

Consentement « check list »

Protocolisation

Médecine défensive

Craintes de poursuites



médico-légales

Rôle de la formation



universitaire et sur le terrain

Personnalité des



soignant·e·s

Capacité d'empathie

Sensibilité différente

Pratiques différentes

Sélection

Conformité

Normalisation

Hierarchie



Constat n°1 : lacunes dans la formation universitaire

Formation axée sur la **pathologie**

Manque d'outils en **communication**

Pas de sensibilisation aux VGO ni d'intégration de la loi relative aux droits du patient

Sélection basée sur des compétences scientifiques

Pas de développement de **compétences humaines** dans formation initiale des médecins

Pas de réels cours théoriques et séminaires

Demandes des assistantes :

- Retour sur les bancs d'école ;
- Apprentissage de pratiques sur base de l'EBM ;
- Formation à la physiologie ;
- Séminaires et simulations pour apprendre à informer, faire des annonces, recueillir le consentement, lire le non verbal, communiquer en urgence, ... ;
- Apprendre à appliquer la LDP en pratique & ateliers cliniques sur les VGO ;
- Ajouter des critères de sélection sur compétences humaines.



Constat n°2 : conformité au fonctionnement des équipes

Protocoles basés sur **pratiques routinières**

→ Pratiques pas systématiquement mises à jour

Stagnation dans un même réseau

→ Ne permet pas de voir une variété de pratiques et d'attitudes

Normalisation de pratiques et attitudes fréquemment observées

→ Invisibilisation des VGO

Demandes des assistantes :

- Varier les lieux de formation : sortir du réseau universitaire, milieu extrahospitalier (plannings familiaux, etc.).



Constat n°3 : manque d'encadrement sur le terrain

Manque de **pédagogie** des superviseur·se·s

→ Pas de feedback (superviseur·se = back up)

Assistants **pallient** à un manque de personnel

→ Manque de temps pour informer et anesthésier correctement

Demandes des assistantes :

- Former les superviseur·se·s à former ;
- Réel travail en binôme ;
- Accompagnement des gynécologues *en formation* et feedbacks réguliers sur leur pratique et approche des patientes.



Constat n°4 : manque de temps pour soigner

Dédoublage entre services et
segmentation des soins

Pratiques guidées par des **contraintes**
institutionnelles

Horaires éreintants & situations
humainement difficiles

- Consultations trop courtes pour informer et anesthésier correctement
- Travail à la chaîne = banalisation des actes
- Épuisement physique et psychologique des assistantes

Demandes des assistantes :

- Refinancer le secteur pour permettre aux assistant·e·s d'être réellement formé·e·s >< pallier à un manque de personnel ;
- Augmenter le temps de consultation ;
- Groupes de parole et accompagnement psychologique des assistant·e·s.

**En prenant soin des soignant·e·s,
nous prenons soin des patientes.**



Les recommandations du rapport du Sénat se rapprochent fortement des pistes de prévention tirées du discours des assistantes durant cette recherche.

Cf. rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales (S. 7-245) Sénat belge - 02 février 2024.

