

Violences gynécologiques et obstétricales : étude descriptive dans trois structures sanitaires publiques à Ouagadougou

Gynaecological and obstetric violence: descriptive study in three public health facilities in Ouagadougou

Sawadogo YA^{1,2*}, Ouattara A^{1,2}, Ouédraogo I³, Ouedraogo E¹, Kiemtoré S^{2,4}, Ouedraogo A^{2,5}

¹ Service de Gynécologie Obstétrique du CHU de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso

² Unité de Formation et de Recherche en Science de la Santé, Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso

³ Service de Gynécologie Obstétrique du CHU Régional de Ouahigouya, Burkina Faso

⁴ Département de Gynécologie Obstétrique du CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

⁵ Service de Gynécologie Obstétrique du CHU de Tengandogo, Ouagadougou, Burkina Faso

*Correspondances : Sawadogo Yobi Alexis, CHU de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso, 06 BP 10631 Ouagadougou 06 Burkina Faso. Tél : +226 70251858 ; Email : sawalexis@yahoo.fr

Reçu le 15 août 2023 - Accepté le 30 octobre 2023 - Publié le 3 décembre 2023

RESUME

Introduction : Selon certains auteurs, en Afrique de l'ouest, les malades sont maltraités dans les services publics. L'objectif de cette étude était de décrire les violences faites aux femmes lors des soins en gynécologie obstétrique au Burkina Faso.

Patientes et méthodes : c'est une étude transversale à visée descriptive auprès de 450 femmes dans trois établissements publics de santé de la ville de Ouagadougou.

Résultats : Les participantes étaient, âgées de 15 ans à 49 ans. La prévalence globale des violences rapportées était de 38,9%. Les violences verbales (cris, injures, expressions péjoratives) représentaient 36 % et les violences physiques (giffes, tapes, pincements, sutures sans anesthésie) étaient de 19,3%. Selon les femmes, les violences seraient liées dans 61,1% à l'inadéquation entre la charge du travail et l'effectif des praticiens, dans 14,6% au fait que les praticiens sont mal formés sur la relation soignant /soigné. Peu d'impact sur la poursuite des soins a été noté. Ainsi 69,3% envisageaient de poursuivre les soins dans le même centre au besoin mais souvent avec des appréhensions. Néanmoins, 28% des femmes avaient décidé d'arrêter tout suivi avec le praticien concerné et 2,7% avaient décidé d'un arrêt total des soins dans le centre.

Conclusion : Les violences liées aux soins sont assez fréquentes. Elles ont un impact modéré sur la poursuite des soins. Il y a nécessité de se pencher sur le problème.

Mots clés : violence, soins, obstétrique, services publics, Ouagadougou.

SUMMARY

Introduction: According to some authors, patients in West Africa are mistreated in public services. The aim of this study was to describe violence against women during obstetric and gynaecological care in Burkina Faso.

Patients and Methods: This was a descriptive cross-sectional study of 450 women in three public health facilities in the city of Ouagadougou.

Results: Participants were aged between 15 and 49 years. The overall prevalence of reported violence was 38.9%. Verbal violence (shouting, insults, derogatory language) accounted for 36% and physical violence (slapping, hitting, pinching, stitches without anaesthetic) for 19.3%. According to the women, 61.1% of the violence was related to an imbalance between the workload and the number of practitioners, and 14.6% to the fact that practitioners were poorly trained in the nurse-patient relationship. There was little effect on continuation of care. For example, 69.3% planned to continue treatment at the same centre if necessary, but often with reservations. However, 28% of women had decided to stop all follow-up with that practitioner and 2.7% had decided to stop all treatment at the centre.

Conclusion: Care related violence is relatively common. It has a moderate impact on the continuation of care. The problem needs to be addressed.

Key words: violence, care, obstetrics, public services, Ouagadougou.

INTRODUCTION

Les violences obstétricales et gynécologiques sont « un ensemble de gestes, de paroles et d'actes médicaux qui vont toucher à l'intégrité physique et mentale des femmes ». Il s'agit essentiellement de tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente [1].

Selon Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan, dans les centres de santé publics d'Afrique de l'Ouest les malades sont trop souvent mal reçus, mal traités, mal soignés par les personnels de santé [2]. En effet, la qualité de la prise en charge dans les maternités est citée comme une préoccupation par les autorités sanitaires de tous les pays à l'échelle mondiale.

Ainsi, en 2011, l'Alliance du Ruban Blanc en collaboration avec plusieurs organisations internationales a développé une Charte intitulée « Le respect dans les soins de maternité ». Cette charte expose 10 articles soulignant les droits universels des femmes lorsqu'elles reçoivent des soins maternels pendant la grossesse, l'accouchement et après la naissance du nouveau-né.

Le respect de cette charte est d'une importance incontestable pour la promotion d'une maternité sans risque.

De nombreuses initiatives ont été prises au Burkina Faso pour améliorer la qualité de la prise en charge dans les maternités. On retiendra de ces initiatives, la subvention en 2006 puis la gratuité des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) en 2016.

Malgré ces actions, le niveau de respect de la charte des droits universels en maternité ne serait pas satisfaisant [3]. En effet certaines patientes se plaignent de violences subies au cours de leurs soins. Pourtant la satisfaction des patientes est un des indicateurs majeurs de la qualité des soins [4]. De ce fait, elle devrait constituer une préoccupation constante des professionnels et responsables de la santé.

C'est pourquoi nous nous sommes proposés d'étudier les violences obstétricales et

gynécologiques dans les centres publics à Ouagadougou en vue de proposer une meilleure approche pour leur réduction.

PATIENTES ET METHODES

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive qui a été réalisée dans trois établissements publics de santé de la ville de Ouagadougou à savoir, le Centre de Santé et de Promotion Sociale du secteur 29, l'Hôpital de District de Boulmiougou (HD), le Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo (CHU-B).

Les données ont été collectées par entretien direct à l'aide d'un questionnaire semi-structuré auprès de 450 femmes (150 par structure) consécutivement incluses dans l'étude immédiatement avant la sortie dans les trois formations sanitaires. L'étude a concerné les femmes admises dans les services de maternité pour des soins prénataux, accouchement, ou suivi dans le post-partum et qui ont donné leur consentement verbal.

Le choix des centres de santé a été fait de façon raisonnée. L'inclusion des femmes était de type accidentel jusqu'à atteindre le nombre fixé de 150 par centre.

La taille de l'échantillon a été calculé en utilisant la formule de Schwartz $n = \frac{Z^2 PQ}{i^2}$ qui donnait un effectif théorique de 384 femmes (p par défaut = 50%).

Les variables étudiées étaient les caractéristiques sociodémographiques (âge, état matrimonial, niveau de scolarité, profession), la parité, le geste, la qualification et sexe du prestataire de santé, le lieu de consultation, le type de prestation, la prévalence des violences, le type de violence, les raisons des violences, les conséquences des violences.

L'approbation de l'étude a été obtenue d'un comité d'examen institutionnel de la direction régionale de la santé du centre, de la direction du CHU de Bogodogo.

RESULTATS

L'âge moyen des femmes interrogées au niveau des trois structures sanitaires était de 29 ans avec des extrêmes de 15 ans et de 49 ans. La majorité était des femmes au foyer, mariées. Les caractéristiques des

Tableau I : Répartition des femmes selon les caractéristiques socio-démographiques.

Caractéristiques	Effectif	%
Age		
[15-24]	183	40,7
[25-34]	199	44,2
[35-44]	62	13,8
[45-49]	6	1,3%
Profession		
Femme au foyer	207	46
Elève/étudiante	127	28,2
Commerçante	105	23,3
Fonctionnaire	11	2,4
Statut matrimonial		
Vie maritale	432	96
Célibataire	18	4
Niveau d'instruction		
Primaire	236	52,4
Secondaire	84	18,7
Supérieur	17	3,8
Non scolarisé	113	25,1
Geste		
Primigeste	123	27,3
Paucigeste	210	46,7
Multigeste	117	26
Parité		
Primipare	112	24,9
Paucipare	234	52
Multipare	104	23,1

Les prestataires ayant été en contact avec les femmes étaient dans 64,22% des cas, des sage-femmes. Le tableau II montre la répartition des femmes selon la qualification du prestataire.

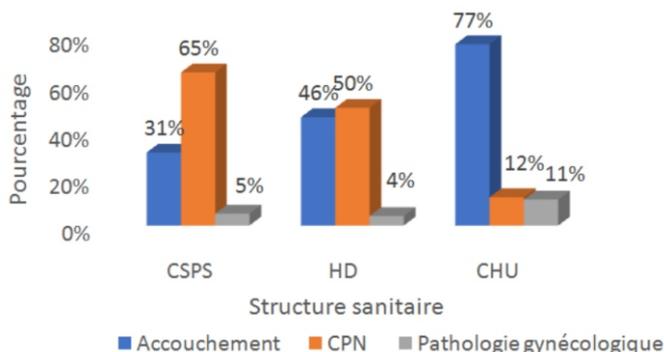
Tableau II : Répartition des femmes selon la qualification du prestataire ayant été en contact avec elles

Prestataire	Fréquence	%
Sage-femme	289	64,2
Maïeuticien	108	24
Gynécologue obstétricienne	84	27,9
Gynécologue obstétricien	37	12,3

Les femmes avaient une préférence pour le prestataire de sexe masculin dans 85,6% des cas.

Concernant les prestations de soins, la figure 1 présente la répartition des femmes selon la nature par structure sanitaire. Au cours de ces prestations, le nombre de cas de violences rapportées était de 175 soit une fréquence de 38,9%.

Figure 1 : Répartition des femmes selon la nature de la prestation de soins par structure sanitaire.



Le tableau III montre la fréquence des violences selon les établissements de santé. Au niveau des trois structures sanitaires 36% des patientes affirmaient avoir été victimes de violences verbales contre 19,3% de violences physiques.

Tableau III : Répartition des cas de violences selon les établissements.

Structures	Effectif	Cas de violences	Fréquence
CSPS du secteur 29	150	78	52,0%
HD de Boulmiougou	150	64	42,7%
CHU de Bogodogo	150	33	22,0%
Total	450	175	38,9%

Tableau IV : Répartition des types de violences par structure sanitaire.

Structures	Violences verbales		Violences physiques	
	Nombre	n	Nombre	n
CSPS du secteur 29	95	58,6%	30	34,5%
HD de Boulmiougou	50	30,9%	28	32,2%
CHU de Bogodogo	17	10,5%	29	33,3%
Total	162	100%	87	100%

NB : une patiente peut subir plusieurs types de violence

Les violences verbales rapportées étaient les cris et les injures dans respectivement 61,9% et 38,1% des cas au niveau des trois structures sanitaires.

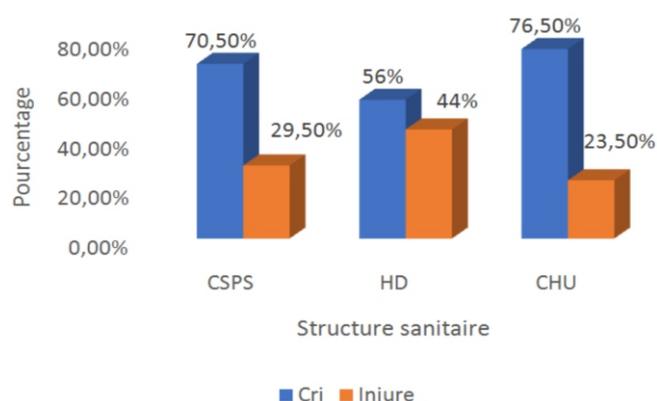
La figure 2 illustre la répartition des types de violences verbales au niveau de chaque établissement de soins.

Les types de violences physiques rapportés sont entre autres les gifles, les tapes, les pincements, les gestes brusques, la suture sans anesthésie et l'expression abdominale. Le tableau V répertorie la fréquence des types violences physiques par structure.

Les autres types de violences concernaient la

relation avec les praticiens. Plus de 9 femmes sur 10 (92,7%) affirmaient que les praticiens ne se présentaient pas aux patientes. Le tableau VI présente les autres types de violence rencontrés lors des soins en gynécologie obstétrique selon les femmes. Ces violences obstétricales ont eu des répercussions chez les femmes.

Figure 3 : Types de violences verbales par structure sanitaire.



Les répercussions psychologiques des mauvais traitements rapportés par les patientes étaient variées. Le tableau VII présente la fréquence ces différentes conséquences selon les femmes.

Parmi les patientes qui étaient victimes de violences, 4 femmes sur 10 (44%) avaient des appréhensions à reprendre les soins dans les établissements incriminés. Les conséquences sur la poursuite des soins sont présentées dans le tableau VIII.

S'agissant des sources de violences liées aux soins, pour les femmes, c'est l'inadéquation entre la charge du travail et l'effectif des praticiens et/ou la vétusté des plateaux techniques qui serait incriminée dans 61,1% des cas. La personnalité des praticiens et l'insuffisance de formation seraient en cause dans respectivement 12,6% et 14,6% des cas.

Tableau V : Répartition selon les types de violence physique par structure sanitaire.

Violences physiques	Gifle	Tapes	Pincements	Geste brusque	Expression abdominale	Suture sans anesthésie
Structures sanitaires						
CSPSsecteur 29	1	4	2	14	5	4
HD Boulmiougou	0	3	2	12	2	9
CHUde Bogodogo	0	2	1	10	5	11
Total	1	9	5	36	12	24

Tableau VI : Autres types de violences subies par les femmes

Type de violence	Nombre de cas	%
Anonymat du praticien (pas de présentation)	278	92,7
Non-respect de la pudeur et absence de consentement	233	77,4
Informations incomplètes et orientées	235	78,1
Banalisation de la situation de la patiente par le praticien	88	29,2
Négation des douleurs	89	29,6
Indifférence	98	32,6
Manque de tact	97	32,2
Mépris de la parole du patient	110	36,5
Infantilisation	94	31,2
Propos inappropriés	100	33,2
Arguments d'autorité	107	35,6
Refus de soins	64	21,3

Tableau VII : Fréquence des conséquences psychologiques selon les femmes.

Conséquences	Nombre	%
Culpabilisation	124	27,6
Déshumanisation	136	30,9
Sentiment d'humiliation	140	31,2
Réminiscence du traumatisme	127	28,2

DISCUSSION

La fréquence des violences lors des soins était de 38,9 %. Ce résultat est presque similaire à celui trouvé par l'OMS qui était de 41,6% [5]. Pour l'OMS, ces dernières années, les mauvais traitements et les violences subis par les femmes pendant l'accouchement dans des établissements de soins ou dans le cadre d'autres services de santé procréative ont eu un retentissement mondial [6].

Cette fréquence de 38,9% est largement inférieure à celles trouvées par Siraj A et al [7] et de Asefa A et al [8] en Ethiopie qui étaient respectivement de 91,7% et 81,8%. Par contre ce résultat est supérieur à ceux d'autres auteurs africains qui variaient entre 15 et 21% [9, 10]. Ces différences s'expliquent d'une part par la différence culturelle et d'autre part par le fait que n'avons pas intégré certains éléments tels que le non-respect de l'intimité et la divulgation de son identité aux patientes.

Par ailleurs la fréquence des cas de violences était de moins en moins élevée du CSPS au CHU, variant de 52% à 22%. En effet, plus le niveau de la structure sanitaire est bas, plus la prévalence des violences est élevée. Cela pourrait s'expliquer par la différence de qualité du personnel et du plateau technique au niveau des 3 structures de soins.

Dans notre série, les violences étaient aussi verbales et physiques respectivement dans 36% et 19,3 % des cas. Il s'agissait essentiellement des cris et des injures en ce qui concerne les violences verbales ; des gifles, des tapes, des pincements, des sutures sans anesthésie et des expressions abdominales pour les violences physiques. Ces mêmes types de violences ont été notées par Maya ET et al. au Ghana [11].

Nos résultats corroborent ceux de l'OMS qui étaient respectivement de 38 et 14%, dans son étude multicentrique au Ghana, en Guinée, au Myanmar et au Nigéria. Cependant le taux de violence physique dans notre étude était à celui de l'OMS [5]. Ces violences essentiellement verbales, pourraient s'expliquer d'une part, par une insuffisance de communication entre le soignant et le soigné, d'autre part par une méconnaissance non seulement des droits des femmes mais aussi de la portée de certains

actes réalisés par les prestataires de soins. De plus, le manque de vocation de certains prestataires expliquerait probablement ces mauvais agissements. Une bonne formation des agents sur la relation soignant-soigné et sur les droits des femmes, permettrait de limiter ces violences.

Par ailleurs, l'augmentation de la charge de travail due en partie à l'instauration de la gratuité des soins pourrait contribuer à l'augmentation des cas de violences au cours des soins. Une bonne description des tâches et une répartition équitable du travail contribuerait également à la réduction des cas de violences.

Pour la majorité des femmes, les violences au cours des soins étaient liées à la vétusté des plateaux techniques, à l'inadéquation entre la charge du travail et l'effectif des praticiens.

De plus, certaines estimaient que les praticiens sont mal formés sur la relation soignant /soignée et pour d'autres, elles relèveraient de la personnalité, propre à certains praticiens. Notre résultat concorde à celui d'un récent rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) en France qui établit un lien entre des mauvaises conditions de travail et le risque de maltraitance des patient(e)s [12]. L'insuffisance de temps consacré à chaque patient lors des consultations est responsable d'un sentiment de frustration pour certains patients [13]. Selon Haslam [14], la déshumanisation dans les soins serait associée à l'indifférence et au manque d'empathie. Or, l'empathie chez les étudiants en médecine aurait tendance à diminuer au fur et à mesure de leurs études [15]. En effet, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) remarquait à ce propos que certaines formations « [...] n'offrent pas les outils pour questionner les préjugés et amener les jeunes soignants à interroger leur pratique » [16].

Cependant dans l'étude de Maya ET et al au Ghana [11], la plupart des femmes affirmaient que gifler et pincer étaient des moyens acceptables de « corriger » les comportements désobéissants et d'encourager la poussée. L'incapacité de bien pousser pendant la période de l'accouchement, la désobéissance aux instructions des accoucheuses et le fait de ne pas apporter d'articles prescrits pour l'accouchement ont souvent précédé les mauvais traitements. Ces propos confirment le fait que le concept de violences obstétricales et gynécologiques est complexe et ne fait pas l'unanimité. Elles peuvent être appréhendées différemment d'une personne à une autre selon le lieu d'exercice et la culture.

Au plan psychosomatique, certaines avaient un certain mépris face à l'attitude et à l'agissement de

certain praticiens lors des soins. De façon générale les répercussions des mauvais traitements rapportées étaient les sentiments de culpabilisation, les sentiments d'humiliation, de deshumanisation et la réminiscence permanente du traumatisme.

Selon Rozée V et Schantz C [17], les violences peuvent entraîner un sentiment de culpabilité, une perte de l'estime de soi, et/ou entraîner un état de stress post-traumatique. Pour d'autres auteurs, la maltraitance liée aux soins est associée à une plus grande fréquence de comorbidités d'ordre physique (plaintes somatiques multiples) et d'ordre psychique (troubles du sommeil et syndromes de stress post-traumatique) [18, 19].

Par ailleurs, selon Amandine Marcilly et Mélissa Mauri en France, les femmes rapportaient une peur responsable d'une sidération au moment des faits, une impuissance à réagir qui les contraint au silence. Cet état de sidération paralyse les fonctions mentales supérieures et est responsable d'une anesthésie émotionnelle [20].

Le vécu de maltraitance demeure une situation difficile à supporter pour certaines femmes. En effet, certaines femmes vont adopter un comportement d'isolement, ce qui les conduira à la recherche d'autres alternatives non recommandées.

Parmi les patientes qui ont été victimes de violence lors des soins, plus de la moitié avait l'intention de reprendre un suivi au besoin même certaines ont des appréhensions. Les autres avaient décidé d'arrêter tout suivi ou avec le praticien concerné. La peur de revivre de mauvaises expériences similaires et la perte de confiance avec certains praticiens expliqueraient cette attitude des femmes. Pour Rozée et Shantz [17], les violences peuvent avoir un impact sur le suivi gynécologique, obstétrical et plus généralement médical conduisant certaines femmes à renoncer aux soins médicaux, voire à une errance médicale.

Pour la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH), le recours tardif aux soins engendre un parcours de soins plus complexe et long, un traitement plus coûteux, et un suivi plus contraignant pour le patient lorsqu'il accepte d'être soigné [16].

CONCLUSION

Les violences obstétricales sont une réalité au Burkina Faso. Sa prévalence reste importante. Ces violences sont essentiellement verbales. La genèse des violences obstétricales est complexe. Elles seraient liées à la surcharge de travail et l'insuffisance du plateau technique des structures de santé selon les patientes. Ces violences ont des

répercussions certaines sur les femmes notamment psychologiques. Cette maltraitance, qui est liée essentiellement aux faits et gestes du praticien doit être reconnue par les prestataires et les décideurs. Les femmes victimes souhaitent un meilleur respect de leurs droits, notamment la fourniture de l'information, le respect de leur corps ainsi qu'une meilleure considération. Une étude observationnelle complémentaire permettrait de mieux décrire ces violences en vue de proposer des actions adéquates pour leur réduction.

REFERENCES

1. **SOCUP**. Tout sur les violences gynécologiques et obstétricales, février 2022
Disponible sur <https://socup.fr/blogs/so-blog/violences-gynecologiques-et-obstetricals>
2. **Jaffré Y, De Sardan JPO**. Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Éditions KARTHALA, 2003 (464 pages)
3. **Ouédraogo A, Kientoré S, Zamané H, Bonané BT, Akotonga M, Lankoande J**. Respectful maternity care in three health facilities in Burkina Faso: the experience of the Society of Gynaecologists and Obstetricians of Burkina Faso. *Int J Gynaecol Obstet*, 2014 ;127 Suppl 1: 40-2. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.07.009. Epub 2014 Jul 18. PMID: 25087176.
4. **Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**. Les normes aujourd'hui dans les soins de santé. Genève 1993, disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/58644/WHO_SHS_DHS_93.2_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. **Meghan A Bohren, Hedieh Mehrdash, Bukola Fawole, Thae Maung Maung, Mamadou Dioulde Balde and al**. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet* 2019; 394 : 1750–63
6. **OMS**, Des données récentes révèlent que les femmes sont victimes de mauvais traitements lors de l'accouchement, 2019. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth>
7. **Siraj, A., Teka, W, Hebo, H**. Prevalence of disrespect and abuse during facility based child birth and associated factors, Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *BMC Pregnancy*

Childbirth, 2019; 19 : 185
<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2332-5>

8. Asefa A, Bekele D. Status of respectful and non-abusive care during facility-based childbirth in a hospital and health centers in Addis Ababa, Ethiopia. *Reprod Health* [Internet]. 2015, 16;12(1): 33. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0024-9>

9. Abuya T, Warren CE, Miller N, Njuki R, Ndwiga C, Maranga A, et al. Exploring the Prevalence of Disrespect and Abuse during Childbirth in Kenya. *PLOS ONE* [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 19];10(4): e0123606. Available from:

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123606>

10. Kruk ME, Kujawski S, Mbaruku G, Ramsey K, Moyo W, Freedman LP. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy Plan*. 2018;33:e26–33.

11. Maya ET, Adu-Bonsaffoh K, Dako-Gyeke P, Badzi C, Vogel JP, Bohren MA, Adanu R. Women's perspectives of mistreatment during childbirth at health facilities in Ghana: findings from a qualitative study. *Reprod Health Matters*, 2018; 26(53): 70–87. doi: 10.1080/09688080.2018.1502020. Epub 2018 Aug 28. PMID: 30152268

12. Kornig C, Levet P, Ghadi V. Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins [Internet]. HAS Haute Autorité de Santé, 2016. Available from: https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf

13. Sprenger C. La place de la médecine lente et temps de consultation en médecine générale vus par les internes de médecine générale : une étude qualitative par entretiens. Thèse de médecine, Université de Caen, UFR de médecine, France, 2013.

14. Haslam N. Dehumanization: an integrative review. *Personal Soc Psychol Rev Off J Soc Personal Soc Psychol Inc*. 2006;10(3):252–64.

15. Triffaux JM, Tisseron S, Nasello JA. Decline of empathy among medical students: Dehumanization or useful coping process? *Encephale*. 2019 Feb;45(1):3–8. doi: 10.1016/j.encep.2018.05.003. Epub 2018 Jun 28. PMID: 29960682.

16. CNCDH. Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux [Internet]; 2018. Disponible sur:

http://www.cncdh.fr/sites/default/files/180522_avis_maltraitances_systeme_de_sante.pdf

17. Rozée, Virginie, et Clémence Schantz. « Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique », *Santé Publique*, vol. 33, no. 5, 2021, pp. 629–634.

18. Swahnberg K, Schei B, Hilden M, Halmesmäki E, Sidenius K, Steingrimsdottir T, Wijma B. Patients' experiences of abuse in health care: a Nordic study on prevalence and associated factors in gynecological patients. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007; 86(3): 349–56. doi: 10.1080/00016340601185368. PMID: 17364312.

19. Kédia, M, Vanderlinden, J, Lopez, G, Saillet I, Brown D. Dissociation et mémoire traumatique, 2019. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.keddia.2019.01>

20. Amandine Marcilly, Mélissa Mauril. Maltraitance médicale dans la pratique gynécologique et obstétricale ambulatoire et conséquences pour le suivi : point de vue des patientes. *Médecine humaine et pathologie*, 2018. Ffdumas-01881279f. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01881279>