

INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE ET VIOLENCES : ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES D'ÎLE-DE-FRANCE

Mélanie Pelizzari *et al.*

ERES | *Cliniques méditerranéennes*

2013/2 - n° 88
pages 69 à 78

ISSN 0762-7491

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2013-2-page-69.htm>

Pour citer cet article :

Pelizzari Mélanie *et al.*, « Interruptions volontaires de grossesse et violences : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Île-de-France »,
Cliniques méditerranéennes, 2013/2 n° 88, p. 69-78.

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Mélanie Pelizzari
Gilles Lazimi
Gladys Ibanez

*Interruptions volontaires de grossesse
et violences :
étude qualitative auprès de médecins
généralistes d'Île-de-France*

Les violences à l'encontre des femmes ont des conséquences sur la santé physique et psychique (Ellsberg et coll., 2008). Les femmes qui subissent des violences, quel qu'en soit le type (physiques, sexuelles, psychologiques), utilisent moins de moyens contraceptifs, sont plus à risque d'avoir des infections sexuellement transmissibles, des fausses couches spontanées, des grossesses non désirées et ont recours à plus d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) (Coker, 2007). Ainsi, selon une étude menée en Nouvelle-Zélande en 2008 et portant sur 2 218 femmes, les femmes ayant été victimes de violences conjugales, physiques ou sexuelles, réalisaient 2,5 fois plus d'avortements que les autres femmes (Fanslow, Silva, Whitehead, Robinson, 2008).

De même, les femmes réalisant une ou plusieurs IVG sont plus à risque d'avoir subi des violences au cours de leur vie. Ce lien entre les violences et les IVG a été décrit dans plusieurs travaux canadiens, américains, néo-zélandais. Une étude réalisée au Canada en 2007 comprenant 1 003 femmes

Mélanie Pelizzari, médecin généraliste, 26, rue Félix-Mathieu, 94100 Saint-Maur ; département de médecine générale, faculté de médecine Pierre et Marie Curie, 27, rue de Chaligny, F-75012 Paris – melanie.pelizzari@gmail.com

Gilles Lazimi, médecin généraliste et enseignant à Paris 6 ; département de médecine générale, faculté de médecine Pierre et Marie Curie, 27, rue de Chaligny, F-75012 Paris – gilles.lazimi@upmc.fr

Gladys Ibanez, médecin généraliste et maître de conférences à Paris 6 ; département de médecine générale, faculté de médecine Pierre et Marie Curie, 27, rue de Chaligny, F-75012 Paris – gladys.ibanez@upmc.fr

a montré que les femmes ayant réalisé une ou des IVG avaient une probabilité trois fois plus élevée d'avoir été victimes de violences conjugales psychologiques, physiques et/ou sexuelles au cours de l'année précédente par rapport aux femmes n'ayant pas eu d'IVG (Bourassa, Bérurbé, 2007). Au cours d'une étude réalisée en Nouvelle-Zélande en 2005 sur 62 femmes, parmi les femmes qui avaient eu une ou des IVG, 50,8 % avaient été victimes de violences sexuelles ou physiques au cours de leur vie, 43,3 % avaient subi des violences physiques et 32,2 % des violences sexuelles. Parmi celles-ci, pour 69 % d'entre elles, l'auteur des violences était le partenaire, pour 42 % un membre de la famille et pour 15,4 % plusieurs personnes les violentaient (Whitehead, Fanslow, 2005).

À notre connaissance, très peu d'études françaises ont évoqué le lien existant entre IVG et violences faites aux femmes (Henrion, 2001 ; Sarafis, 2009). L'objectif de cette étude a été de vérifier si les médecins généralistes connaissaient ce lien, et si cette question des violences était abordée dans les cabinets médicaux lors de la demande d'IVG en ville et quelles en sont les raisons.

MÉTHODE

Type d'étude et participants

Une étude qualitative a été réalisée par des entretiens individuels semi-dirigés.

Les médecins ont été recrutés initialement au cours d'une réunion annuelle Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie (REVHO) qui est un réseau de médecins permettant la prise en charge des IVG réalisées en ville grâce à un réseau ville-hôpital. Les coordonnées des médecins acceptant de participer ont été récupérées au cours de cette réunion. Par la suite, ceux-ci ont été contactés soit par e-mail, soit par téléphone afin de fixer un rendez-vous. Certains médecins interrogés ont donné les coordonnées d'autres médecins qui, à leur tour, ont été contactés par l'enquêteur par e-mail ou téléphone. Enfin, d'autres médecins ne réalisant pas d'IVG ont été contactés pour participer à l'enquête.

Le guide d'entretien

L'entretien était constitué en cinq parties. La première partie comprenait des questions générales concernant la formation du médecin interrogé, son activité, le temps d'exercice, etc., ayant pour but de mettre à l'aise le médecin. La deuxième partie permettait d'introduire la question des IVG en parlant des

patientes qui les consultaient pour cette raison. La troisième partie permettait de remettre le médecin en situation de consultation avec une patiente ayant un antécédent d'IVG ou consultant pour la réalisation d'une IVG. Il s'agissait de questions ouvertes, ne mentionnant pas les violences, afin de permettre au médecin d'aborder spontanément le sujet. Si les violences n'étaient pas abordées, une question plus directe était ensuite posée. La quatrième partie était composée de questions ouvertes afin d'interroger le médecin sur les raisons de l'abord ou non de la violence avec les patientes consultant pour une IVG ou ayant un antécédent d'IVG. Enfin, la cinquième partie permettait de conclure la discussion en évoquant la place du médecin généraliste et de la nécessité ou non d'une formation sur ce sujet.

Déroulement des entretiens et analyse des données

Les entretiens ont été réalisés au cabinet médical des médecins interrogés entre octobre 2011 et avril 2012. Ils ont été enregistrés avec accord des participants et ont duré en moyenne 30 minutes. Le nombre d'entretiens n'a pas été fixé à l'avance et a été déterminé par la saturation des données. Ces entretiens ont été retranscrits mot à mot afin de permettre leur analyse. Plusieurs lectures de ces entretiens retranscrits ont permis de couper le texte en morceaux qui correspondaient à toutes les idées données par les médecins interrogés (unité minimale de signification ou UMS). Par la suite, ces UMS ont été classées, regroupées en sous-catégories, puis en catégories et thèmes. Plusieurs relectures du verbatim ont été nécessaires pour obtenir un codage pertinent selon une approche inductive par la théorisation ancrée. Toutes les idées des entretiens individuels ont été exploitées pour construire une grille d'analyse contrôlée et la plus reproductible possible.

RÉSULTATS

Les caractéristiques des médecins interrogés ont été représentées dans le tableau 1. Au total, 30 médecins ont été interrogés dont 27 médecins généralistes et 3 gynécologues. 22 médecins réalisaient des IVG.

Les IVG : un droit pour les femmes ou un acte à éviter

Au cours des entretiens réalisés, certaines réponses des médecins interrogés laissaient transparaître la représentation qu'ils avaient des IVG et des femmes y ayant recours.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins ayant participé aux entretiens

Caractéristiques		Nombre (%)
Sexe	Homme	11 (36,67)
	Femme	19 (63,33)
Secteur	1	26 (86,67)
	2	4 (13,33)
Activité	Cabinet	16 (53,33)
	Centre de santé	10 (33,33)
	Planification familiale	4 (13,33)
Durée d'exercice	< 5 ans	0 (0)
	6 - 19 ans	7 (23,33)
	> 20 ans	23 (76,67)
Réalisation d'IVG	Oui	22 (73,33)
	Non	8 (26,67)
Nombre d'IVG réalisées par an :	< 12	7 (31,8)
	12 - 24	3 (13,63)
	> 25	12 (54,54)
Formation	Médecin généraliste	19 (63,33)
	Médecin généraliste avec activité gynécologique exclusive	8 (26,67)
	Gynécologue	3 (10)

Certains médecins avaient une représentation favorable des IVG, considérant que c'était un droit pour les femmes et que le fait pour le médecin de réaliser des IVG était un acte militant. D'autres ne semblaient pas favorables à l'IVG en laissant entendre que garder une grossesse non désirée était mieux que la réalisation d'une IVG. Certains ne comprenaient pas cette demande de la part de leurs patientes. Un médecin admettait que son éducation et ses croyances allaient à l'encontre de l'IVG. D'autres médecins avaient une représentation mitigée de l'IVG, considérant que c'était une décision à un moment précis qui était justifiée mais que c'était aussi un événement évitable, douloureux, voire honteux.

Les médecins interrogés avaient une vision différente des femmes réalisant des IVG. Certains pensaient que l'IVG révélait un problème quelconque ou une vie particulière chez des patientes avec une vie dissolue, une situation psychosociale difficile. D'autres médecins considéraient que le recours à l'IVG pouvait survenir dans la vie de toute femme.

IVG et violences faites aux femmes

Au cours de l'entretien, la moitié des médecins interrogés ont abordé spontanément les violences. Parmi ceux-ci, la majorité d'entre eux n'ont mentionné que les viols. Au cours d'une consultation avec une patiente en demande d'IVG, peu de médecins posaient la question des violences à leurs patientes de manière systématique, la plupart d'entre eux ne posaient jamais la question ou bien occasionnellement (respectivement 17 %, 27 % et 56 % des médecins interrogés). Au cours des entretiens, peu de médecins connaissaient le lien entre les IVG et les violences.

Déterminants de l'abord de la question par les médecins

Certains médecins posaient la question des violences de manière systématique, d'autres non pour différentes raisons.

Ceux qui posaient la question de manière non systématique avançaient diverses raisons. Certains considéraient qu'il fallait la présence d'autres signes cliniques ou psychologiques pour poser la question. « Puis on voit les marques, pas les marques », « Parce que psychologiquement elles sont pas bien ». D'autres avaient besoin d'une certaine relation médecin-malade pour poser la question, soit une relation de confiance, soit une connaissance de longue date de la patiente. Certains médecins avaient peur que la patiente les juge en posant cette question ou qu'elle se sente jugée par lui. « C'est des choses qui apparaissent petit à petit... euh... parce qu'il faut une relation de confiance. » Certains ne posaient pas cette question car ils méconnaissaient la prise en charge des violences, et pensaient que c'était inutile pour la patiente. « Sans compter que lui en parler ne va pas nécessairement changer le problème pour elle... En général ça ne le change pas d'ailleurs. » D'autres médecins considéraient que parler des violences entraînait des retombées négatives pour la patiente et aggravait les choses pour elle. Parler des violences serait une violence faite à la patiente, et réactiverait une souffrance. « Moi, maintenant, je ne leur conseille même plus de porter plainte, j'ai l'impression que ça leur pourrait plus la vie qu'autre chose », « Je ne veux pas faire de violences au patient ». D'autres avaient besoin d'un ressenti pour poser la question. Certains considéraient que ce n'était pas leur rôle d'aborder ce sujet, mais plutôt celui du gynécologue ou d'autres personnes qui connaissaient mieux ce domaine. D'autres avaient des difficultés pour aborder la question suite à un manque de formation. « Je n'ai pas eu de formation spécifique là-dessus. » Certains se sentaient isolés pour repérer et prendre en charge les violences. D'autres posaient la question en fonction des circonstances de l'IVG, du motif de consultation ou des circonstances de la consultation. « Je ne la pose pas

systématiquement parce que des fois, le cadre fait que... » D'autres considéraient que cette question faisait partie de la vie privée de la patiente, qu'elle pouvait le ressentir comme une intrusion. De plus, la femme en parlerait spontanément au médecin. « Si la personne n'aborde pas, euh, le sujet, elle a sûrement ses raisons, bonnes ou mauvaises. » Certains ne se sentaient pas confrontés à cette situation car les violences sont rares et touchent des milieux socio-économiques défavorisés qu'ils n'avaient pas dans leur patientèle. « Je n'en vois pas. » Certains manquaient de temps pour aborder cette question. « Il faudrait qu'on soit plus disponible. Il faut qu'on ait plus de temps. » D'autres pensaient que le sujet était difficilement abordable au moment d'une consultation IVG car les consultations étaient déjà longues, et le temps pour réaliser une IVG était court. « Dans le déroulement pratique des choses parce que c'est déjà assez compliqué. » Certains médecins pensaient que les IVG n'étaient pas un indicateur de violences car elles étaient trop fréquentes et liées à des erreurs de contraception. « Quelle femme n'a pas eu d'IVG dans sa vie », « Parce que c'est un problème très compliqué la contraception ». D'autres avaient des difficultés pour aborder la sexualité. Enfin, certains avaient peur d'induire une représentation des femmes réalisant une IVG en posant la question de violences de manière systématique chez celles-ci. « Je n'ai pas envie non plus de stigmatiser l'IVG comme un truc de filles paumées qui se sont fait taper. »

Les médecins interrogés qui posaient la question de manière systématique l'avaient fait pour la plupart suite à une formation, à la réalisation ou à la lecture d'études sur ce sujet. Certains considéraient que ça faisait partie de la prise en charge globale de la patiente et que ça la soulageait. Enfin pour certains les violences étaient cachées et les patientes n'abordaient pas de manière spontanée ce sujet. « À un moment donné on censure... toujours sur ces sujets-là, et là ça m'a un petit peu, ça m'a totalement libéré par rapport à ça », « Si on ne parle pas de la violence directement, les femmes se taisent ».

Place du médecin généraliste

Tous les médecins considéraient que cette place était essentielle, importante, et centrale. D'une part parce que c'est le médecin généraliste qui est consulté en premier recours et qui fait le diagnostic : « Le découvreur ». D'autre part le rôle du médecin généraliste est la prise en charge globale des patients : « Je pense que la place du médecin [...], c'est un continuum aussi. » Cette place est d'autant plus importante que les gynécologues médicaux sont de moins en moins nombreux, et que les centres d'orthogénie et hospitaliers ferment : « En plus on va disparaître. »

Cependant, le médecin ne prendra cette place que s'il le désire, et pour cela, certains médecins considéraient qu'il fallait être militant. Enfin, le médecin généraliste étant le premier médecin à être consulté, certains médecins s'accordaient à dire que leur formation était donc nécessaire afin de permettre de dépister les violences dans le cadre des IVG : « On ne va pas voir ce qu'on ne connaît pas. »

Cette formation pourrait alors se faire sous différentes modalités (séminaires, groupes de parole ou cursus initial) mais elle devrait s'intégrer à un autre module de formation, par exemple sur les IVG médicamenteuses, ou bien lors d'une formation sur les violences : « Alors peut-être pas une formation IVG violences, etc., mais dans une formation sur les violences conjugales, les violences en général. »

DISCUSSION

Synthèse des résultats

Dans cette étude, peu de médecins connaissaient le lien entre les violences et les IVG et posaient la question des violences de manière systématique à une femme consultant pour une IVG. Les médecins qui posaient cette question de manière systématique le faisaient pour la plupart suite à une formation, à la lecture ou à la participation à une étude. Les médecins qui ne posaient pas la question de manière systématique avaient une certaine représentation des IVG et des femmes les réalisant. Ils avaient diverses raisons qui révélaient un manque de connaissance sur la fréquence, la gravité, le dépistage et la prise en charge des violences. Les médecins interrogés se sont sentis concernés par le sujet. Ils pensent qu'ils ont une place importante et centrale dans cette prise en charge en tant que médecin généraliste. La majorité des médecins de l'échantillon était favorable à une formation sur ce sujet sous différentes modalités.

Forces et limites de l'étude

À notre connaissance, aucune étude n'a cherché à explorer les représentations des médecins généralistes concernant le lien entre IVG et violences. La méthode qualitative par entretiens individuels a été choisie pour ses capacités à faire émerger les raisons des médecins concernant l'abord du thème en consultation.

Cette étude présente cependant plusieurs biais. Les entretiens ont été réalisés avec des médecins motivés et allant de temps en temps à des formations médicales continues. De plus, au cours du recueil des données, un biais

a pu intervenir au moment des entretiens par l'attitude de l'enquêteur. En effet, bien que formé au déroulement des entretiens, celui-ci pouvait avoir une attitude, même inconsciente, qui modifiait les réponses des médecins interrogés. Un biais d'interprétation peut également être présent : la réalisation des entretiens, leur retranscription et leur analyse ont été effectuées par la même personne, l'enquêteur. Cependant, une relecture des résultats a été effectuée par deux médecins formés aux méthodes qualitatives afin de limiter ce biais et de valider les UMS et les verbatim retenus.

Comparaison avec les travaux de la littérature

À notre connaissance, il n'existe pas d'étude qualitative sur le lien entre IVG et violences. Les études réalisées sur ce sujet sont quantitatives aussi bien en France qu'au Canada, États-Unis, et Nouvelle-Zélande (Fanslow, Silva, Whitehead, Robinson, 2008 ; Bourassa, Bérubé, 2007 ; Witehead, Fanslow, 2005 ; Sarafis, 2009 ; Bibi, 2011) et montrent que les femmes réalisant une ou plusieurs IVG sont plus à risque d'avoir subi des violences au cours de leur vie. Une étude transversale réalisée auprès d'internes de médecine générale sur les mutilations sexuelles féminines a retrouvé certains freins à l'abord de ce thème : connaissances insuffisantes théoriques et pratiques, freins relationnels, considérations éthiques pouvant limiter les actions à mener en pratique (notamment impression d'intrusion dans les coutumes des patientes) (Bibi, 2011). Ces freins retrouvés sont similaires aux raisons évoquées par les médecins de notre étude pour le non-abord des violences. Ainsi, on pourrait penser que ces freins sont reproductibles pour certains sujets sensibles à aborder dans l'exercice de la médecine générale.

Perspectives

Les violences ne sont pas rares et touchent tous les milieux socio-économiques (Jaspard, Enveff, 2001). Le repérage des violences peut se faire devant des signes cliniques visibles, mais en l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de découvrir les violences est le dépistage systématique (Henrion, 2001). La plupart des femmes n'osent pas ou ne souhaitent pas spontanément parler de ce qu'elles subissent. D'après les études canadiennes, 25 % seulement en parleraient spontanément à leur médecin (Henrion, 2001). La plupart des femmes accueillent très favorablement ce dépistage, qu'elles soient victimes ou non (Delespine, 2009). Certains médecins se sentent isolés pour la prise en charge des violences. Les médecins généralistes sont au premier plan. Ils peuvent aider à libérer la parole des femmes victimes de violences et ainsi mieux les accompagner au même titre que de nombreux

professionnels de la justice, de la police, et du champ médico-social. Il existe également de nombreuses associations pour aider les femmes victimes de violences.

CONCLUSION

Ces résultats peuvent nous aider à adapter l'enseignement initial et les formations médicales continues, en nous aidant des représentations des médecins, et en nous appuyant sur les difficultés qu'ils rencontrent pour aborder les violences avec leurs patientes. Il semble tout aussi nécessaire de créer des réseaux afin d'éviter l'isolement du médecin généraliste et de permettre une prise en charge adaptée de la patiente.

BIBLIOGRAPHIE

- BIBI, S. 2011. « Mutilations sexuelles féminines : connaissances, pratiques et déterminants de l'abord du thème en consultation chez les étudiants en médecine générale », thèse de doctorat en médecine, Université Paris 6.
- BOURASSA, D. ; BÉRUBÉ, J. 2007. « The prevalence of intimate partner violence among women and teenagers seeking abortion compared with those continuing pregnancy », *J. Obstet Gynaecol Can.*, 29 (5), mai, p. 415-423.
- COKER, A. 2007. « Does physical intimate partner violence affect sexual health ? A systematic review », *Trauma Violence Abuse*, 8 (2), p. 149-177.
- DELESPINE, M. 2009. « Le dépistage systématique des violences faites aux femmes dans la pratique des sages-femmes », mémoire sage-femme, Paris 5.
- ELLSBERG, M. et coll. 2008. « Multi-country study on women's health and domestic violence against women study team collaborators », « Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence : An observational study », *Lancet*, p. 371, p. 1165-1172.
- FANSLAW, J. ; SILVA, M. ; WHITEHEAD, A. ; ROBINSON, E. 2008. « Pregnancy outcomes and intimate partner violence in New Zealand », *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48 (4), août, p. 391-397.
- HENRION, R. 2001. « Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé », rapport au ministre chargé de la Santé, ministère de la Santé, Paris, La Documentation française.
- JASPARD, M. ; ENVEFF 2001. « L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France », www.social-sante.gouv.fr
- MUHLSTEIN, J. et coll. 2013. « La grossesse après le viol », dans *Gynécologie, obstétrique & fertilité*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2012.12.009>
- SARAFIS, C. 2009. « L'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours de l'entretien préalable à un avortement dans la pratique des

conseillères conjugales et familiales », mémoire DU de victimologie, université Paris 5, www.scribd.com/patlegat/d/22896527-memoire-octobre-2009.

WHITEHEAD, A. ; FANSLAW, J. 2005. « Prevalence of family violence amongst women attending an abortion clinic in New Zealand », *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 45 (4), août, p. 321-324.

Résumé

Le lien entre les interruptions volontaires de grossesse (IVG) et les violences est connu dans la littérature étrangère. En France il n'est pratiquement pas mentionné dans la littérature. Le but de cette étude est de savoir si le lien est connu et abordé par les médecins généralistes et quelles en sont les raisons. Les médecins interrogés ont une représentation des IVG et des femmes les réalisant révélant une méconnaissance de la fréquence, de la gravité, et de la prise en charge des violences. Ils se sentent concernés par le sujet et sont prêts à suivre une formation.

Mots-clés

Violences physiques, psychologiques, sexuelles ; interruption volontaire de grossesse, étude qualitative, médecins généralistes.

ABORTIONS AND VIOLENCE, A QUALITATIVE STUDY

Summary

Link between abortions and violence is known in the foreign literature. In France it is not practically mentioned in the literature. This study's purpose is to know if the link is known and approached by general practitioners and which are the reasons.

Qualitative study by individual interviews semi-managed by 30 doctors in the region of Ile-de-France. The questioned doctors have a representation of abortions and of women doing them that reveals a misunderstanding of frequency, gravity, and care of violence. They feel concerned by the subject and are ready to do a training course.

Keywords

Physical, psychological and sexual violences ; abortion, qualitative research, general practitioners.