

**UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE
(PARIS 6)**

FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE

ANNEE 2012

THESE N°2012PA06G039

DOCTORAT EN MEDECINE

SPECIALITE : Médecine Générale

PAR

Mélanie PELIZZARI

Née le 25 septembre 1984 à CRETEIL

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 05 SEPTEMBRE 2012

**INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE ET VIOLENCES : ETUDE
QUALITATIVE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES D'ILE-DE-FRANCE**

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Gilles LAZIMI

PRESIDENT DE THESE : Madame le Docteur Anne-Marie MAGNIER

**MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Alexandre DUGUET, Madame le
Docteur Sophie EYRAUD, Monsieur le Docteur Gilles LAZIMI, Monsieur le Professeur
Damien SENE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

1. ACAR Christophe	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
2. AGUT Henri	Virologie	PITIE SALPETRIERE
3. ALAMOWITCH Sonia	Neurologie	TENON
4. ALLILAIRE Jean-François (<i>surnombre</i>)	Psychiatrie adulte	PITIE SALPETRIERE
5. AMARENCO Gérard	Rééducation fonctionnelle	ROTSCHILD
6. AMOURA Zahir	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
7. AMSELEM Serge	Génétique	TROUSSEAU
8. ANDRE Thierry	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
9. ANDREELLI Fabrizio	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
10. ANTOINE Jean-Marie	Gynécologie obstétrique	TENON
11. ARACTINGI Serge	Dermatologie	TENON
12. ARLET Guillaume	Bactériologie	TENON
13. ARRIVE Lionel	Radiologie	SAINT ANTOINE
14. ASTAGNEAU Pascal	Epidémiologie/Santé publique	PITIE SALPETRIERE
15. AUCOUTURIER Pierre	Immunologie	SAINT ANTOINE
16. AUDRY George	Chirurgie viscérale infantile	TROUSSEAU
17. AURENGO André	Biophysique/Méd. nucléaire	PITIE SALPETRIERE
18. AUTRAN Brigitte	Immunologie/bio cellulaire	PITIE SALPETRIERE
19. BALLADUR Pierre	Chirurgie générale	SAINT ANTOINE
20. BARROU Benoît	Urologie	PITIE SALPETRIERE
21. BASDEVANT Arnaud	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
22. BAUD Laurent	Explorations fonctionnelles	TENON
23. BAULAC Michel	Anatomie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
24. BAUMELOU Alain	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
25. BAZOT Marc	Radiologie	TENON
26. BEAUGERIE Laurent	Gastro Entérologie/Nutrition	SAINT ANTOINE
27. BEAUSSIER Marc	Anesthésiologie/Réanimation	SAINT ANTOINE
28. BELMIN Joël	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
29. BENHAMOU Albert Claude (<i>surnombre</i>)	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
30. BENIFLA Jean-Louis	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
31. BENSMAN Albert (<i>surnombre</i>)	Néphrologie	TROUSSEAU
32. BENVENISTE Olivier	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
33. BERENBAUM Francis	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
34. BEREZIA Gilbert (<i>surnombre</i>)	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
35. BERNAUDIN Jean-François	Histologie	TENON
36. BILLETTE DE VILLEMEUR Thierry	Neuro pédiatre	TROUSSEAU
37. BITKER Marc Olivier	Urologie	PITIE SALPETRIERE
38. BODAGHI Bahram	Ophtalmologie	PITIE SALPETRIERE
39. BODDAERT Jacques	Médecine interne/Gériatrie	PITIE SALPETRIERE
40. BOFFA Jean-Jacques	Néphrologie	TENON
41. BONNET Francis	Anesthésiologie/Réanimation	TENON

42. BORDERIE Vincent	Ophthalmologie	CHNO 15/20
43. BOUCHARD Philippe	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
44. BOUDGHENE-STAMBOULI Frank	Radiologie	TENON
45. BOURGEOIS Pierre	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE
46. BREART Gérard	Epidémiologie/Gynécologie	TENON
47. BRICAIRE François	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
48. BRICE Alexis	Génétique	PITIE SALPETRIERE
49. BROCHERIOU Isabelle	Anatomie pathologique	TENON
50. BRUCKERT Eric	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
51. CABANE Jean	Médecine interne	SAINT ANTOINE
52. CABANIS Alain Emmanuel (<i>surnombre</i>)	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
53. CACOUB Patrice	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
54. CADRANEL Jacques	Pneumologie	TENON
55. CALLARD Patrice (<i>surnombre</i>)	Anatomie pathologique	TENON
56. CALVEZ Vincent	Virologie	PITIE SALPETRIERE
57. CAPEAU Jacqueline	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
58. CAPRON Frédérique	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
59. CARBAJAL-SANCHEZ Diomedes	Pédiatrie	TROUSSEAU
60. CARBONNE Bruno	Gynécologie obstétrique	SAINT ANTOINE
61. CARETTE Marie-France	Radiologie	TENON
62. CARPENTIER Alexandre	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
63. CARRAT Fabrice	Biostatistiques/inf médicale	SAINT ANTOINE
64. CASADEVALL Nicole (<i>surnombre</i>)	Immunologie/Hématologie	SAINT ANTOINE
65. CATALA Martin	Histologie et Cytologie	PITIE SALPETRIERE
66. CATONNE Yves	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
67. CAUMES Eric	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
68. CAYRE Yvon	Hématologie clinique	Robert DEBRE
69. CESSSELIN François	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
70. CHAMBAZ Jean	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
71. CHARTIER-KASTLER Emmanuel	Urologie	PITIE SALPETRIERE
72. CHASTRE Jean	Réanimation chirurgicale	PITIE SALPETRIERE
73. CHAZOILLERES Olivier	Hépatologie	TENON
74. CHERIN Patrick	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
75. CHICHE Laurent	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
76. CHIRAS Jacques	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
77. CHOUAID Christos	Pneumologie	SAINT ANTOINE
78. CHRISTIN-MAITRE Sophie	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
79. CLEMENT Annick	Pneumologie	TROUSSEAU
80. CLEMENT-LAUSCH Karine	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
81. CLUZEL Philippe	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
82. COHEN Aron	Cardiologie	SAINT ANTOINE
83. COHEN David	Pédo psychiatrie	PITIE SALPETRIERE
84. COHEN Laurent	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
85. COLLET Jean-Philippe	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
86. COMBES Alain	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
87. CONSTANT Isabelle	Anesthésiologie/réanimation	TROUSSEAU
88. COPPO Paul	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
89. CORIAI Pierre	Anesthésiologie/Réanimation	PITIE SALPETRIERE

90. CORNU Philippe	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE
91. COSNES Jacques	Gastro Entérologie/Nutrition	SAINT ANTOINE
92. COSTEDOAT Nathalie	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
93. COULOMB Aurore	Anatomie/cyto patho	TROUSSEAU
94. COURAUD François	Biochimie/Biologie moléculaire	PITIE SALPETRIERE
95. CUSSENOT Olivier	Anatomie/Urologie	TENON
96. DAMSIN Jean-Paul	Orthopédie	TROUSSEAU
97. DARAI Emile	Gynécologie obstétrique	TENON
98. DAUTZENBERG Bertrand	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
99. DAVI Frédéric	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
100. De GRAMONT Aimery	Oncologie médicale	SAINT ANTOINE
101. DEBRE Patrice	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
102. DELATTRE Jean-Yves	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
103. DENOYELLE Françoise	ORL	TROUSSEAU
104. DERAY Gilbert	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
105. DEVAUX Jean-Yves	Biophysique/méd nucléaire	SAINT ANTOINE
106. DOMMERGUES Marc	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPETRIERE
107. DORMONT Didier	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
108. DOUAY Luc	Hématologie biologique	TROUSSEAU
109. DOURSOUNIAN Levon	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
110. DUBOIS Bruno	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
111. DUCOU LE POINTE Hubert	Radiologie	TROUSSEAU
112. DUGUET Alexandre	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
113. DUSSAULE Jean-Claude	Physiologie	SAINT ANTOINE
114. DUYCKAERTS Charles	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIE SALPETRIERE
115. EL ALAMY Ismaël	Hématologie biologique	TENON
116. EYMARD Bruno	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
117. FAUROUX Brigitte	Pneumologie pédiatrique	TROUSSEAU
118. FAUTREL Bruno	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE
119. FERON Jean-Marc	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
120. FERRE Pascal	Biochimie/Biologie moléculaire	SAINT ANTOINE
121. FEVE Bruno	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
122. FLEJOU Jean-François	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
123. FLORENT Christian	Hépto Gastro Entérologie	SAINT ANTOINE
124. FONTAINE Bertrand	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
125. FOSSATI Philippe	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
126. FOURET Pierre	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIE SALPETRIERE
127. FOURNIER Emmanuel	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
128. FRANCES Camille	Dermatologie	TENON
129. FUNCK-BRENTANO Christian	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
130. GANDJBAKHCH Iradj	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
<i>(surnombre)</i>		
131. GARABEDIAN Eréa Noël	ORL	TROUSSEAU
132. GARBARG CHENON Antoine	Virologie	TROUSSEAU
133. GATTEGNO Bernard	Urologie	TENON
<i>(surnombre)</i>		
134. GIRARD Pierre Marie	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT ANTOINE
135. GIRARDET Jean-Philippe	Gastro Entérologie/Nutrition	TROUSSEAU
136. GIRERD Xavier	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
137. GIROT Robert	Hématologie clinique	TENON
<i>(surnombre)</i>		

138. GOLD Francis	Néonatalogie	TROUSSEAU
139. GORIN Norbert	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
140. GOROCHOV Guy	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
141. GOUDOT Patrick	Stomatologie	PITIE SALPETRIERE
142. GRATEAU Gilles	Médecine interne	TENON
143. GRENIER Philippe	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
144. GRIMALDI André (<i>surnombre</i>)	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
145. GRIMPEL Emmanuel	Urgences pédiatriques	TROUSSEAU
146. GRUNENWALD Dominique	Chirurgie thoracique	TENON
147. GUIDET Bertrand	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
148. HAAB François	Urologie	TENON
149. HAERTIG Alain	Médecine légale/Urologie	PITIE SALPETRIERE
150. HANNOUN Laurent	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
151. HARTMANN HEURTIER Agnès	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
152. HAUSFATER Pierre	Thérapeutique/ médecine d'urgence	PITIE SALPETRIERE
153. HAUW Jean-Jacques (<i>surnombre</i>)	Anatomie/ cytologie pathologique	PITIE SALPETRIERE
154. HELARDOT Pierre Georges (<i>surnombre</i>)	Chirurgie viscérale	TROUSSEAU
155. HELFT Gérard	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
156. HERSON Serge	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
157. HOANG XUAN Khê	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
158. HOURY Sydney	Chirurgie digestive/viscérale	TENON
159. HOUSSET Chantal	Biologie cellulaire	TENON
160. ISNARD-BAGNIS Corinne	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
161. ISNARD Richard	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
162. JAILLON Patrice (<i>surnombre</i>)	Pharmacologie	SAINT ANTOINE
163. JARLIER Vincent	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
164. JOUANNIC Jean-Marie	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
165. JOUVENT Roland	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
166. JUST Jocelyne	Pédiatrie	TROUSSEAU
167. KATLAMA Christine	Maladies infectieuses /tropicales	PITIE SALPETRIERE
168. KHAYAT David	Oncologie médicale	PITIE SALPETRIERE
169. KIEFFER Edouard (<i>surnombre</i>)	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
170. KLATZMANN David	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
171. KOMAJDA Michel	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
172. KOSKAS Fabien	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
173. LACAINE François	Chirurgie digestive	TENON
174. LACAU SAINT GUILY Jean	ORL	TENON
175. LACAVE Roger	Histologie et Cytologie	TENON
176. LAMAS Georges	ORL	PITIE SALPETRIERE
177. LANDMAN-PARKER Judith	Hématologie/ oncologie pédiatriques	TROUSSEAU
178. LANGERON Olivier	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE
179. LAROCHE Laurent	Ophthalmologie	CHNO 15/20
180. LAZENNEC Jean-Yves	Anatomie/Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
181. LE BOUC Yves	Physiologie/Explora fonction	TROUSSEAU

182. LE FEUVRE Claude	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
183. LE HOANG Phuc	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
184. LEBEAU Bernard	Pneumologie	SAINT ANTOINE
<i>retraite le 17.11.2010</i>		
185. LEBLOND Véronique	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
186. LEENHARDT Laurence	Endocrinologie/ Médecine nucléaire	PITIE SALPETRIERE
187. LEFRANC Jean-Pierre	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
188. LEGRAND Olivier	Hématologie clinique	HOTEL DIEU
189. LEHERICY Stéphane	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
190. LEMOINE François	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
191. LEPRINCE Pascal	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
192. LEVERGER Guy	Hématologie/ Oncologie pédiatriques	TROUSSEAU
193. LEVY Richard	Neurologie	SAINT ANTOINE
194. LIENHART André	Anesthésiologie/Réanimation	SAINT ANTOINE
195. LOTZ Jean-Pierre	Oncologie médicale	TENON
196. LUBETZKI Catherine	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
197. LUCIDARME Olivier	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
198. LYON-CAEN Olivier	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
199. MALLET Alain	Biostatistiques/ Informations médicales	PITIE SALPETRIERE
200. MARIANI Jean	Biologie cellulaire/ Médecine interne	Charles FOIX
201. MARIE Jean pierre	Hématologie/oncologie pédiatriques	HOTEL DIEU
202. MARSAULT Claude	Radiologie	TENON
<i>(surnombre)</i>		
203. MASLIAH Joëlle	Biochimie	SAINT ANTOINE
204. MAURY Eric	Réanimation médicale	TENON
205. MAYAUD Marie Yves	Pneumologie	TENON
206. MAZERON Jean-Jacques	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
207. MAZIER Dominique	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
208. MEININGER Vincent	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
209. MENEGAUX Fabrice	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
210. MENU Yves	Radiologie	SAINT ANTOINE
211. MERLE-BERAL Hélène	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
212. METZGER Jean-Philippe	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
<i>(surnombre)</i>		
213. MEYER Bernard	ORL	SAINT ANTOINE
214. MEYOHAS Marie Caroline	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT ANTOINE
215. MICHEL Pierre Louis	Cardiologie	TENON
216. MILLIEZ Jacques	Gynécologie obstétrique	SAINT ANTOINE
<i>(surnombre)</i>		
217. MITANCHEZ Delphine	Néonatalogie	TROUSSEAU
218. MONTALESCOT Gilles	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
219. MONTRAVERS Françoise	Biophysique/médecine nucléaire	TENON
220. MURAT Isabelle	Anesthésiologie/Réanimation	TROUSSEAU
221. NACCACHE Lionel	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
222. NICOLAS Jean-Claude	Virologie	TENON
223. OFFENSTDAT Georges	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
<i>(surnombre)</i>		

224. OPPERT Jean-Michel	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
225. PAQUES Michel	Ophthalmologie	CHNO 15/20
226. PARC Yann	Chirurgie digestive	SAINT ANTOINE
227. PASCAL-MOUSSELLARD Hugues	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
228. PATERON Dominique	Génétique/Accueil des urgences	SAINT ANTOINE
229. PAVIE Alain	Chirurgie thoracique/cardiaque	PITIE SALPETRIERE
230. PAYE François	Chirurgie générale/digestive	SAINT ANTOINE
231. PELISSOLO Antoine	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
232. PERETTI Charles	Psychiatrie d'adultes	SAINT ANTOINE
233. PERIE Sophie	ORL	TENON
234. PETIT Jean-Claude	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
235. PETITCLERC Thierry	Biophysique/néphrologie	PITIE SALPETRIERE
236. PIALOUX Gilles	Maladies infectieuses/tropicales	TENON
237. PICARD Arnaud	Stomatologie	TROUSSEAU
238. PIERROT-DESEILLIGNY Charles	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
239. PIETTE François	Médecine interne	Charles FOIX
240. POIROT Catherine	Cytologie et Histologie	PITIE SALPETRIERE
241. POUPON Raoul (surnombre)	Hépto Gastro Entérologie	SAINT ANTOINE
242. POYNARD Thierry	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
243. PRADAT Pascale	Rééducation fonctionnelle	PITIE SALPETRIERE
244. PUYBASSET Louis	Anesthésiologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
245. RATIU Vlad	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
246. RENOLLOEAU Sylvain	Réanimation néonatale	TROUSSEAU
247. RICHARD François (surnombre)	Urologie	PITIE SALPETRIERE
248. RIOU Bruno	Anesthésiologie/ Urgences médico chirurgicales	PITIE SALPETRIERE
249. ROBAIN Gilberte	Rééducation fonctionnelle	ROTSCHILD
250. ROBERT Jérôme	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
251. RODRIGUEZ Diana	Neurone pédiatrie	TROUSSEAU
252. RONCO Pierre Marie	Néphrologie/Dialyse	TENON
253. RONDEAU Eric	Néphrologie	TENON
254. ROSMORDUC Olivier	Hépto Gastro Entérologie	SAINT ANTOINE
255. ROUBY Jean-Jacques	Anesthésiologie/Réanimation	PITIE SALPETRIERE
256. ROUGER Philippe	Immunologie	INTS
257. ROUZIER Roman	Gynécologie obstétrique	TENON
258. ROZENBAUM Willy	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT LOUIS
259. SAHEL José-Alain	Ophthalmologie	CHNO 15/20
260. SAMSON Yves	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
261. SANSON Marc	Histologie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
262. SAUTET Alain	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
263. SEILHEAN Danielle	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
264. SEKSIK Philippe	Hépto Gastro Entérologie	SAINT ANTOINE
265. SEZER Alain	Chirurgie générale	DIACONNESSES
266. SIFFROI Jean-Pierre	Génétique	TROUSSEAU
267. SIMILOWSKI Thomas	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
268. SIMON Tabassome	Pharmacologie clinique	SAINT ANTOINE
269. SOUBRIER Florent	Génétique	PITIE SALPETRIERE
270. SPANO Jean-Philippe	Oncologie médicale	PITIE SALPETRIERE
271. TALBOT Jean-Noël	Médecine nucléaire	TENON

272. TANKERE Frédéric	ORL	PITIE SALPETRIERE
273. THIBAULT Philippe (surnombre)	Urologie	TENON
274. THOMAS Daniel	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
275. THOMAS Guy	Médecine légale/Psy d'adultes	SAINT ANTOINE
276. THOUMIE Philippe	Rééducation fonctionnelle	ROTSCHILD
277. TIRET Emmanuel	Chirurgie générale/digestive	SAINT ANTOINE
278. TOUBOUL Emmanuel	Radiothérapie	TENON
279. TOUNIAN Patrick	Gastro Entérologie/Nutrition	TROUSSEAU
280. TOURAINÉ Philippe	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
281. TRAXER Olivier	Urologie	TENON
282. TRUGNAN Germain	Biochimie	SAINT ANTOINE
283. TUBIANA Jean-Michel (surnombre)	Radiologie	SAINT ANTOINE
284. ULINSKI Tim	Pédiatrie	TROUSSEAU
285. UZAN Serge	Gynécologie obstétrique	TENON
286. VAILLANT Jean-Christophe	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
287. VALLERON Alain (surnombre)	Biostatistiques/Inf médicale	SAINT ANTOINE
288. VAN EFFENTERRE Rémy (surnombre)	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE
289. VAYSSAIRAT Michel (surnombre)	Cardiologie	TENON
290. VASQUEZ Marie-Paule	Stomatologie	TROUSSEAU
291. VERNANT Jean-Paul (surnombre)	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
292. VERNY Marc	Médecine interne/Gériatrie	PITIE SALPETRIERE
293. VIALLE Raphael	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
294. VIDAILHET Marie-José	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
295. VOIT Thomas	Pédiatrie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
296. WENDUM Dominique	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
297. WILLER Jean-Vincent (surnombre)	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
298. WISLEZ Marie	Pneumologie	TENON
299. ZELTER Marc	Physiologie	PITIE SALPETRIERE

En gras : PU-PH chefs de service

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

1. ABUAF Nisen	Hématologie/Immunologie	TENON
2. <u>AIT OUFELLA Hafid</u> Stagiaire	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
3. AMIEL Corinne	Virologie	TENON
4. ANCEL Pierre Yves	Epidémiologie/Santé Publique	TENON
5. ANKRI Annick	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
6. APARTIS Emmanuelle	Physiologie	SAINT-ANTOINE
7. AUBRY Alexandra	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
8. <u>AUDO Stagiaire Isabelle</u>	Ophthalmologie	CHNO 15/20
9. AXELRAD Herbert	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
10. BACHELOT Anne	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
11. BARBU Véronique	Biologie cellulaire	SAINT-ANTOINE
12. BELLANNE-CHANTELOT Christine	Génétique	PITIE SALPETRIERE
13. BELLOCQ Agnès	Physiologie/Explo fonction	TENON
14. BENOLIEL Jean-Jacques	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
15. BENSIMON Gilbert	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
16. BERLIN Ivan	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
17. BERTHOLON Jean François	Physiologie	SAINT-ANTOINE
18. BIOUR Michel	Pharmacologie	SAINT-ANTOINE
19. BOELLE Pierre Yves	Biostatistiques et Info médicale	SAINT-ANTOINE
20. BORSOS Anne-Marie	Biochimie	A.PARE
21. BOULE Michèle	Physiologie	TROUSSEAU
22. BOUTOLLEAU David	Virologie	PITIE SALPETRIERE
23. BROUSSE Geneviève	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
24. BUFFET Pierre	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
25. CARCELAIN-BEBIN Guislaine	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
26. CARRIE Alain	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
27. CERVERA Pascale	Anatomie pathologique	SAINT-ANTOINE
28. CHABBERT BUFFET Nathalie	Endocrinologie/Gynécologie	TENON
29. <u>CHARBIT Stagiaire Benny</u>	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
30. CHARLOTTE Frédéric	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
31. CHARRON Philippe	Génétique/Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
32. COLOMBAT Magali	Anatomie pathologique	TENON
33. COMPERAT Eva	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
34. CORVOL Jean-Christophe	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
35. COULET Florence	Génétique	PITIE SALPETRIERE
36. COUSSIEU Christiane	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
37. COUVERT Philippe	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
38. DALOZ Madeleine	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE
39. DANZIGER Nicolas	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
40. DATRY Annick	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
41. DECRE Dominique	Bactériologie virologie	SAINT-ANTOINE
42. DELERS Francisco	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
43. DELHOMMEAU François	Hématologie	SAINT-ANTOINE

44. <u>DEMOULE Alexandre</u> Stagiaire	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
45. DEPIENNE Christel	Génétique	PITIE SALPETRIERE
46. DEVAUX Aviva	Histologie/Bio de la reproduct	PITIE SALPETRIERE
47. DEVELOUX Michel	Parasitologie	SAINT-ANTOINE
48. DUPONT-DUFRESNE Sophie	Anatomie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
49. ESCUDIER Estelle	Histologie/Génétique	TROUSSEAU
50. FAJAC-CALVET Anne	Histologie embryologie	TENON
51. <u>FARDET Laurence</u> Stagiaire	Médecine interne	SAINT-ANTOINE
52. FERRERI Florian	Psychiatrie d'Adultes	SAINT-ANTOINE
53. FLEURY Jocelyne	Histologie embryologie	TENON
54. FOLLEZOU Jean-Yves	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
55. FRANCOIS Thierry	Pneumologie/Réanimation	TENON
56. FRIJA Elisabeth	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
57. GALANAUD Damien	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
58. GARDERET Laurent	Hématologie	SAINT-ANTOINE
59. GAY Frederick	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
60. GAYMARD Bertrand	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
61. GEROTZAFAS Grigoris	Hématologie clinique	TENON
62. GIRAL Philippe	Endocrinologie/Métabolisme	PITIE SALPETRIERE
63. GOLMARD Jean-Louis	Biostatistiques/Info médicale	PITIE SALPETRIERE
64. GONZALES Marie	Génétique/Embryo médicales	TROUSSEAU
65. GOZLAN Joël	Bactériologie virologie	SAINT-ANTOINE
66. HABERT Marie-Odile	Biophysique/Médecine nucléaire	PITIE SALPETRIERE
67. HALLEY DESFONTAINES Virginie	Epidémiologie/Santé publique	PITIE SALPETRIERE
68. HAYMANN Jean Philippe	Physiologie/Expl fonctionnelles	TENON
69. HENNEQUIN Christophe	Parasitologie	SAINT-ANTOINE
70. <u>HENNO Stagiaire Priscilla</u>	Physiologie	SAINT-ANTOINE
71. <u>HERTIG Stagiaire Alexandre</u>	Néphrologie	TENON
72. HOANG VAN Catherine	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
73. <u>HUBERFELD Stagiaire Gilles</u>	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
74. HULOT Jean-Sébastien	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
75. <u>JERU Stagiaire Isabelle</u>	Génétique	TROUSSEAU
76. JOHANET Catherine	Immunologie	SAINT-ANTOINE
77. JOSSET Patrice	Anatomie pathologique	TROUSSEAU
78. JOYE Nicole	Génétique	TROUSSEAU
79. KAHN Jean-François	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
80. <u>KARACHI AGID Camille</u> Stagiaire	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
81. KIFFEL Thierry	Biophysique/Méd nucléaire	SAINT-ANTOINE
82. LACOMBE Catherine	Biophysique/Méd nucléaire	PITIE SALPETRIERE
83. LACOMBE Karine	Maladies infectieuses	SAINT-ANTOINE
84. LACOMBLEZ Lucette	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
85. LACORTE Jean-Marc	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
86. LAPILLONNE Hélène	Hématologie biologique	TROUSSEAU
87. LASCOLS Olivier	Biologie cellulaire	SAINT-ANTOINE
88. LAURENT Claudine	Pédopsychiatrie	PITIE SALPETRIERE
89. LE BIHAN Johanne	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
90. LE GUERN Eric	Génétique	PITIE SALPETRIERE

91. <u>LETAVERNIER Emmanuel</u> Stagiaire	Physiologie	TENON
92. MAKSUD Philippe	Biophysique/Méd nucléaire	PITIE SALPETRIERE
93. MANDELBAUM Jacqueline	Histologie/Bio de la reproduct	TENON
94. MARCELIN-HELIOT Anne-Geneviève	Virologie	PITIE SALPETRIERE
95. MAUREL Gérard	Biophysique/Méd nucléaire	SAINT-ANTOINE
96. MAURIN Nicole	Histologie	TENON
97. MAZIERES Léonore	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
98. MOHAND-SAID Saddek	Ophthalmologie	CHNO des 15/20
99. MORAND-JOUBERT Laurence	Bactériologie virologie	SAINT-ANTOINE
100. MORICE Vincent	Biostatistiques/Info médicales	PITIE SALPETRIERE
101. <u>MOZER</u> Stagiaire <u>Pierre</u>	Urologie	PITIE SALPETRIERE
102. NETCHINE Irène	Physiologie/Explor fonction	TROUSSEAU
103. NGUYEN-KHAC Florence	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
104. NIZARD Jacky	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPETRIERE
105. PARISSET Claude	Biochimie/Explor fonction	TROUSSEAU
106. PIDOUX Bernard	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
107. PLAISIER Emmanuel	Néphrologie	TENON
108. POIRIER Jean Marie	Pharmacologie clinique	SAINT-ANTOINE
109. POIROT Jean Louis	Parasitologie	SAINT-ANTOINE
110. POITOU-BERNERT Christine	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
111. PORTNOI Marie France	Génétique	SAINT-ANTOINE
112. RAINTEAU Dominique	Biologie cellulaire	SAINT-ANTOINE
113. RAVEL DARRAGI Nadège	Histologie/Bio de la reprod	TENON
114. ROBERT Annie	Hématologie biologique	SAINT-ANTOINE
115. ROSENHEIM Michel	Epidémiologie/Santé publique	PITIE SALPETRIERE
116. ROSENZWAJG Michelle	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
117. ROSSIGNOL Sylvie	Physiologie/Explo fonction	TROUSSEAU
118. ROUSSEAU Géraldine	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
119. ROUX Patricia	Parasitologie	SAINT-ANTOINE
120. SEBE Philippe	Urologie	TENON
121. SEBILLE Alain	Physiologie	SAINT-ANTOINE
122. SELLAM Jérémy	Rhumatologie	SAINT-ANTOINE
123. SEROUSSI FREDEAU Brigitte	Santé Publique	SAINT-ANTOINE
124. SIBONY Mathilde	Anatomie pathologique	TENON
125. SIMON Dominique	Epidémiologie/Santé publique	PITIE SALPETRIERE
126. SOUGAKOFF Wladimir	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
127. SOUSSAN Patrick	Virologie	TENON
128. STANKOFF Bruno	Neurologie	TENON
129. STRAUS Christian	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
130. SVRCEK Magali	Anatomie/cytologie patho	SAINT-ANTOINE
131. TANKOVIC Jacques	Bactériologie virologie	SAINT-ANTOINE
132. THELLIER Marc	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
133. THOMAS Ginette	Biochimie	SAINT-ANTOINE
134. THOMASSIN Isabelle	Radiologie	TENON
135. TRESKA Jean-Pierre	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
136. URIOS Paul	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
137. VAYLET Claire	Biophysique/Méd nucléaire	TROUSSEAU
138. VEZIRIS Nicolas	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
139. VIGOUROUX Corinne	Biologie cellulaire	SAINT-ANTOINE
140. VIMONT BILLARANT Sophie	Bactériologie	TENON

141. WAROT Dominique	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
142. WEISSENBURGER Jacques	Pharmacologie	SAINT-ANTOINE
143. WOLF Claude	Biochimie	SAINT-ANTOINE
retraite le 16.10.2010		

En gras MCUPH chefs de service

Détachement et autres positions

144. CARAYON Alain	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
Détaché 01.12.2007 au 30.11.2011		
145. FILLET Anne-Marie	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
Détachée AFSA 01.09.2009 au 31.08.2011		
146. GARCON Loïc	Hématologie biologique	SAINT ANTOINE
Délégation aux USA 01.07.2012		
147. KHOSROTEHRANI Kiarash	Dermatologie	TENON
Disponibilité pour convenances personnelles 31.12.2010		
148. TEZENAS DU MONTCEL Sophie	Biostatistiques	PITIE SALPETRIERE
et Informatique médicale		
Délégation auprès de l'unité INSERM 669 30.04.2011		

Remerciements

Je tenais à remercier madame le Professeur Anne Marie MAGNIER d'avoir accepté de présider le jury.

Je voulais également remercier tous les membres du jury : le Professeur Alexandre DUGUET, madame le Docteur Sophie EYRAUD, le Professeur Damien SENE.

Un grand merci à mon directeur de thèse, le Docteur Gilles LAZIMI.

Je remercie tous les médecins ayant participé à l'étude.

Merci au Docteur Gladys IBANEZ pour ses conseils.

Je remercie le Docteur Sophie GAUDU de son aide.

Merci à mes parents, mon frère, ma famille, mes amis pour leur soutien et leur aide.

Je remercie Rémy pour son aide.

Abréviations utilisées

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé

ANCIC : Association nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

AVFT : Association européenne contre les Violences faites aux Femmes au Travail

BIUM : Bibliothèque interuniversitaire de médecine

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CNIDFF : Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

DES : Diplôme d'Etudes Supérieures

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

FCS : Fausse Couche Spontanée

FNSF : Fédération Nationale Solidarité des Femmes

INAVEM : Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MFPPF : Mouvement français pour le Planning Familial

MLAC : Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : Procréation Médicalement Assistée

REVHO : Réseau entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie

SA : Semaine d'Aménorrhée

TR : Toucher Rectal

UMJ : Urgence Médico-Judiciaire

UMS : Unité Minimale de Signification

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 ni dans les livres destinés aux médecins généralistes et aux gynécologues. Le but de cette étude est de savoir si le lien est connu et abordé par les médecins généralistes. Si oui ou non pour quelles raisons. Il s'agit d'une étude qualitative où 30 médecins ont été interrogés par des entretiens semi dirigés dont 27 médecins généralistes. Peu de médecins de l'échantillon connaissent ce lien et posent la question des violences systématiquement à une patiente désirant une IVG. Ceux qui posent la question systématiquement l'ont fait suite à une formation ou à la participation à une étude. Ceux ne posant pas la question systématiquement ont donné diverses raisons : présence d'autres signes, nécessité d'une bonne relation médecin-malade, méconnaissance de la prise en charge ultérieure, retombées négatives pour la patiente, isolement du médecin généraliste, manque de formation, ce n'est pas le rôle du médecin, intrusion dans la vie privée de la patiente, manque de temps, pas de confrontation aux violences, difficultés pour aborder la sexualité, peur d'induire une représentation des femmes réalisant des IVG... Ils 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. Les médecins interrogés se sentent concernés par le sujet et sont prêts à suivre une formation. Ces résultats pourront aider à mettre en place une formation adaptée aux médecins généralistes.

Mots-clés :

Violence chez la femme
Victime d'abus sexuels
Violence familiale
Avortement
Entretien
Médecins généralistes

Sommaire

Remerciements	13
Abréviations utilisées.....	14
Résumé.....	15
Sommaire	16
I) Introduction	18
II) Contexte et objectifs	19
1) IVG médicamenteuse : législation et déroulement pratique	19
I/ Légalisation de l'IVG médicamenteuse en France.....	19
II/ Déroulement d'une IVG médicamenteuse en ville	21
2) Les violences : définition et conséquences	24
I/ Définition des violences.....	24
II/ Conséquences sur la santé	28
3) Lien entre IVG et violences	31
4) Objectifs de la thèse.....	34
III) Méthode	35
1) Recherche bibliographique	35
2) Type d'étude.....	35
3) Guide d'entretien	35
4) Recrutement des médecins.....	36
5) Déroulement des entretiens	37
6) Analyse des entretiens	37
IV) Résultats.....	38
1) Caractéristiques des médecins de notre échantillon ayant participé aux entretiens	38
2) Représentation des médecins de l'échantillon	39
I/ Représentation par les médecins des IVG	39
II/ Représentation par les médecins des femmes réalisant des IVG.....	46
III/ Représentation par les médecins des femmes violentées	53
3) Abord des violences par les médecins interrogés.....	55
4) Raisons des médecins qui abordent ou pas les violences	60
I/ Question non posée de manière systématique.....	60
II/ Question posée de manière systématique	84
5) La place du médecin généraliste	88
6) La formation.....	90
V) Discussion	93
1) Biais de l'étude.....	93
I. Biais de recrutement	93
II. Biais de l'enquêteur : biais d'intervention.....	93
III. Biais d'interprétation.....	94
2) Principaux résultats.....	94
3) Discussion des résultats suite à une comparaison avec la littérature.....	95
VI) Conclusion	99
VII) Bibliographie	101
VIII) Annexes.....	105
Annexe 1 : guide d'entretien	105

Annexe 2 : ouvrages consultés destinés aux gynécologues et aux médecins généralistes	107
Annexe 3 : liste des associations avec leurs coordonnées	109

1) Introduction

Les violences subies par les femmes ont des conséquences en matière de santé. De nombreuses études font état de ces conséquences tant sur le plan de la santé physique que psychologique (1, 2, 3).

Une femme qui subit des violences au cours de sa vie et quelque soit le type de violences (physiques, sexuelles, psychologiques), utilise moins de moyens contraceptifs (4), moins de préservatifs, est plus à risque d'avoir des infections sexuellement transmissibles (IST), a plus de fausses couches spontanées, de grossesses non désirées et d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) (5, 6).

Le lien entre les IVG et les violences est évoqué dans très peu d'études françaises (7, 2). Mais dans diverses études canadiennes, américaines, néo-zélandaises ce lien est mis en évidence (8, 9, 10, 11, 12, 13).

Dans mon cursus, ce lien n'a été évoqué, qu'une fois en fin d'études lors d'un cours s'intitulant « les violences faites aux femmes » en deuxième année de DES de médecine générale à l'Université Paris VI.

Compte tenu du faible nombre d'études ou d'articles et du peu de formation sur le lien entre les IVG et les violences, je me suis interrogée sur la pratique des médecins généralistes accueillant des femmes désirant une IVG.

Dans un premier temps j'ai réalisé une revue de littérature concernant le lien entre les IVG et les violences et étudié les livres de formation médicale, afin de vérifier si cette question était abordée et pour mettre en évidence l'éventuel rôle du médecin généraliste.

Parallèlement j'ai réalisé une étude qualitative auprès de 19 médecins généralistes, 3 gynécologues pratiquant des IVG médicamenteuses en ville et auprès de 8 médecins généralistes accueillant des demandes d'IVG.

Les questions étudiées concernent la connaissance de ce lien par les médecins, l'éventuel abord de la question des violences auprès de leurs patientes en demande d'IVG, et les représentations des médecins concernant les violences et l'IVG.

II) Contexte et objectifs

Dans un premier temps je me suis intéressée au contexte légal des IVG, ainsi qu'au déroulement pratique des consultations réalisées pour les IVG médicamenteuses en ville.

Dans un second temps, après un rappel des définitions des violences, et de leurs conséquences en matière de santé, je m'intéresserai à la littérature évoquant le lien existant entre IVG et violences.

1) IVG médicamenteuse : législation et déroulement pratique

L'IVG est un avortement provoqué au tout début de la grossesse pour des raisons non exclusivement médicales (14).

Une autre définition est : l'action d'interrompre une grossesse à la demande d'une femme non désireuse de sa grossesse (15).

I/ Légalisation de l'IVG médicamenteuse en France

Quelques dates historiques (16) :

- Sous Henri II, l'avortement était puni de peine de mort.
- La loi du 23 juillet 1920 réprime la contraception au même titre que l'avortement, exception faite du préservatif en raison des maladies vénériennes (16).

Les femmes revendiquent le fait de ne pas être seulement des procréatrices.

- En 1960, le Mouvement français pour le Planning Familial (MFPF) est créé.
- En 1967, la loi Neuwirth autorise la vente de contraceptifs. Cependant, ceux-ci restent difficiles d'accès.
- En 1973 le Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception (MLAC) apparaît qui regroupe des associations féministes, des syndicats et des partis politiques (16).

- La loi Veil du 17 janvier 1975 est créée suite à la pression des mouvements féministes et au nombre important d'IVG clandestines et leurs lourdes conséquences. Cette loi a été votée suite à des débats houleux (17).

Cette loi autorise les IVG chez les femmes avant 12 semaines d'aménorrhée (SA) (18). Elle prévoit une obligation pour toutes les femmes désirant une IVG d'avoir un entretien social systématique auprès d'une conseillère conjugale. La demande d'IVG doit être confirmée par une deuxième consultation médicale au moins une semaine après la première. Pour les patientes mineures, le consentement parental ou du représentant légal est obligatoire. Les IVG doivent être réalisées dans un centre hospitalier public ou privé. Le nombre d'IVG ne doit pas dépasser le quart des interventions chirurgicales de l'établissement. Enfin, toutes les IVG doivent être déclarées.

La loi crée une clause de conscience permettant au personnel médical de refuser de réaliser l'IVG. Dans ce cas, la patiente doit être adressée à une autre équipe (16).

- En 1979, la loi Veil est reconduite avec quelques modifications. Le personnel soignant doit être formé à la contraception. Le délai de réflexion peut être raccourci à 2 jours si le terme est proche du terme légal. L'IVG n'est pas remboursée par la sécurité sociale (16).

- En 1982, les IVG sont remboursées à 80% par la sécurité sociale.

- La loi du 4 juillet 2001 du code de santé publique a apporté des modifications à la pratique de l'IVG avec un allongement du délai d'IVG à 14 SA, une consultation sociale préalable devenant facultative pour les majeures, et pour les mineures la possibilité de se faire accompagner par une personne majeure de leur choix (15,18).

- Le décret du 1^{er} juillet 2004 définit les grands principes du dispositif (article R.2212-9 à R.2212-19 du code de la santé publique) et autorise les praticiens à réaliser des IVG en cabinet de ville dans le cadre d'une convention conclue avec un établissement de santé (article L.2212-2 du code de la santé publique) (19).

- La circulaire du 26 novembre 2004 définit les modalités de mise en œuvre du dispositif IVG

médicamenteuse en ville. Elle précise à l'intention des établissements de santé et des médecins susceptibles de pratiquer des IVG en cabinet de ville, les modalités concrètes de mise en œuvre concernant la signature des conventions, l'approvisionnement des médecins en médicaments, les règles à retenir en matière de qualification des médecins (19)

- La circulaire du 9 novembre 2005 relative aux médicaments utilisés dans l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse procède à un rappel des spécialités autorisées dans l'indication de l'IVG (19).

- La circulaire du 18 janvier 2005 précise les modalités de facturation du forfait.

- La lettre aux professionnels de santé de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé (AFSSAPS), en date du 18 octobre 2005, rappelle les conditions d'utilisation de la mifépristone et du misoprostol au cours de l'IVG (19).

II/ Déroulement d'une IVG médicamenteuse en ville

Les médecins autorisés à pratiquer des IVG médicamenteuses en ville sont soit les spécialistes en gynécologie médicale ou en gynécologie obstétrique, soit les médecins ayant une pratique régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé attestée par le directeur de l'établissement de santé sur justificatif présenté par le responsable médical concerné, soit les spécialistes en médecine générale pouvant justifier d'une formation à l'IVG médicamenteuse en ville (20, 21).

Les médecins pratiquant des IVG médicamenteuses en ville passent une convention avec un établissement de santé autorisé à pratiquer des IVG (établissement comportant un service de gynéco-obstétrique ou de chirurgie). Cet établissement s'engage à accueillir et à prendre en charge la femme à tout moment au cas de survenue d'une complication ou d'un échec. Il a un rôle également de formation et d'information envers les médecins de ville concernés par cette convention (20).

Les médecins doivent réaliser 4 consultations :

- 1 consultation préalable à la demande d'IVG
- 2 consultations pour la prise des médicaments
- 1 consultation de contrôle.

Une consultation psycho-sociale doit être proposée avant (obligatoire pour les mineures) et après la réalisation de l'IVG.

Consultation n°1 : c'est la consultation préalable.

C'est au cours de cette consultation que la patiente demande une IVG.

Le médecin délivre alors des informations sur les méthodes médicamenteuse et chirurgicale avec leurs risques et leurs effets secondaires potentiels. Il renseigne également la patiente sur la possibilité d'avoir un entretien psycho social.

Il lui remet également le dossier - guide.

Le médecin doit vérifier que l'âge gestationnel, l'état médical et psychosocial de la patiente permettent la réalisation d'une IVG par mode médicamenteux et que l'intéressée pourra se rendre dans l'établissement de santé signataire de la convention dans un délai raisonnable (de l'ordre d'une heure).

Il s'assure également que la grossesse est bien intra-utérine. L'âge gestationnel de la grossesse est précisé par l'interrogatoire et l'examen clinique. En médecine de ville, le recours à une échographie doit être possible dans un délai rapide soit sur place, soit chez un échographiste correspondant habituel du médecin. Toutes les patientes doivent disposer d'un groupage sanguin ABO-D (22). Des -hCG sont également prescrits.

Le médecin explique à la patiente la procédure « IVG en ville » et remet un document explicatif du protocole que l'intéressée devra respecter. Il lui indique qu'elle peut se faire accompagner par la personne de son choix, notamment à l'occasion des consultations au cours desquelles sont administrés les médicaments.

Ensuite, les dates des deux consultations suivantes, comportant la prise de médicaments sont fixées.

Cette consultation constitue un moment privilégié pour proposer à la femme de choisir la méthode contraceptive à mettre en place après l'IVG. Elle peut être l'occasion, selon le contexte clinique, de proposer un dépistage des infections sexuellement transmissibles.

Ensuite la patiente doit respecter un délai légal de 7 jours de réflexion.

Consultation n°2 : c'est la 1^{ère} consultation de prise de médicament (mifépristone : Mifégyne®) par la patiente, en présence du médecin.

Au cours de cette consultation, la patiente confirme la demande d'IVG et remet son consentement écrit ainsi que l'attestation de la consultation préalable.

Le médecin délivre à la femme toutes les informations sur les mesures à prendre en cas de survenue d'effets secondaires. Il indique les coordonnées précises du service de l'établissement dans lequel elle peut se rendre si nécessaire ainsi que la possibilité d'être accueillie à tout moment par cet établissement (le numéro de téléphone du service à contacter est notamment mentionné).

Il remet à la patiente une fiche de liaison contenant les éléments essentiels de son dossier médical, qu'elle remettra au médecin de ce service si nécessaire. Il en transmet une copie à l'établissement de santé.

Le médecin prescrit également à la femme un traitement antalgique et assure la prévention de l'incompatibilité Rhésus chez toutes les femmes Rhésus négatif par la prescription et l'administration d'une dose standard de gamma-globulines anti-D.

Enfin, il remplit la déclaration « anonymisée » de l'IVG et la transmet à l'établissement de santé.

Cette consultation constitue la première étape de réalisation effective de l'IVG pour laquelle la patiente a donné son consentement.

Consultation n°3 : c'est la 2^{ème} consultation de prise de médicament (misoprostol : Gymiso®) par la patiente, de 36 à 48 heures plus tard, elle peut prendre ce médicament au cabinet ou chez elle [9].

La patiente apporte la fiche de liaison que le médecin met à jour et lui restitue.

Elle est alors informée des suites normales de l'IVG, des troubles qui peuvent survenir et notamment de la conduite à tenir en cas d'hémorragie importante.

La patiente est également informée de la possibilité de bénéficier d'une consultation psychosociale après l'IVG si elle l'estime nécessaire.

Enfin, elle est sensibilisée à la nécessité de la visite de contrôle.

Le médecin doit alors transmettre une copie de la fiche de liaison actualisée à l'établissement de santé.

Une méthode contraceptive est prescrite lors de cette consultation. Il s'agit le plus souvent d'une contraception hormonale, oestroprogestative ou progestative, elle est débutée le jour même. La pose d'un dispositif intra utérin (cuivre ou lévonorgestrel) est possible à la visite post IVG après contrôle de la vacuité utérine et en l'absence de complications infectieuses. L'implant peut être posé en post-IVG. Le patch peut être débuté le jour du misoprostol (23). La discussion et la prescription d'une méthode contraceptive est vivement recommandée.

Consultation n°4 : c'est la consultation de contrôle.

Elle est effectuée au minimum dans les 14 jours et au maximum dans les 21 jours suivant la prise de mifépristone (Mifégyne®) au cabinet du médecin qui a remis les médicaments.

Le but est de vérifier la vacuité utérine (β -hCG, échographie), l'arrêt des saignements et l'absence d'infection.

La fiche de liaison est mise à jour : un exemplaire est remis à la patiente, une copie est transmise à l'établissement de santé (18, 24).

2) Les violences : définition et conséquences

I/ Définition des violences

L'Organisation mondiale de la Santé définit la violence comme suit :

« l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence. »

Ainsi, la définition comprend aussi bien la violence interpersonnelle que les comportements suicidaires et les conflits armés. Elle couvre également toute une série d'actes qui vont au-

delà des actes de violence physique, incluant menaces et intimidation.

Outre la mort et les traumatismes, elle englobe la multiplicité des conséquences souvent moins évidentes des comportements violents, comme les atteintes psychologiques et les problèmes de carence et de développement affectifs qui compromettent le bien-être individuel, familial et communautaire (25).

Nous nous intéresserons dans notre étude, uniquement à la violence faite aux femmes par autrui.

Les Nations Unies définissent la violence à l'égard des femmes de la façon suivante :

« Tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ».

La violence d'un partenaire intime, est selon l'OMS un comportement dans une relation intime ayant des effets préjudiciables sur le plan physique, sexuel ou psychologique, comme les agressions sexuelles, la contrainte sexuelle, les sévices psychologiques et des comportements de contrôle.

Les violences sexuelles, sont selon l'OMS tout acte sexuel, tentative d'acte sexuel, commentaires ou avances d'ordre sexuel non voulus, ou actes de trafic à l'encontre de la sexualité d'une personne par usage de la force, par toute personne, quelle que soit sa relation à la victime, dans tout contexte. Cela englobe le viol, défini comme une pénétration par la force physique ou par tout autre moyen de coercition de la vulve ou de l'anus, au moyen du pénis, d'autres parties du corps ou d'un objet (1).

Le viol est défini par le code pénal article 222.23 comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise » (26).

Chaque terme a son importance :

- pénétration sexuelle : c'est ce qui distingue le viol des autres agressions sexuelles
- de quelque nature qu'il soit : ceci désigne toute pénétration sexuelle, quelle soit vaginale,

anale (sodomie) ou orale (fellation), ou pénétration sexuelle par la main ou des objets
- commis sur la personne d'autrui : ceci désigne soit une femme, soit un homme, soit un enfant, fille ou garçon, que la victime soit connue ou inconnue de l'agresseur. L'agresseur peut être extérieur à la famille ou lui appartenir (viol incestueux, viol conjugal).

Le code pénal définit les autres agressions sexuelles dans les articles 222.22 et 222.27.
« Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. » (27).

Ce sont des atteintes sexuelles autres que le viol avec ou sans contact physique, commises avec violence, contrainte, menace ou surprise. Elles ne sont pas toutes définies avec précision dans le Code pénal, mais regroupent par exemple les attouchements, la masturbation imposée, la prise de photos ou le visionnage pornographique sous contrainte, que ce soient des actes que l'agresseur pratique sur sa victime ou bien qu'il contraigne sa victime à les pratiquer sur lui.

Les parties du corps considérées comme sexuelles ou à connotation sexuelle sont : le sexe, les fesses, les seins, la bouche et les cuisses

L'exhibition sexuelle, imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public, est également un délit d'agression sexuelle.

Article 222-32 du code pénal : le délit « d'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible au regard du public est puni d'un an d'emprisonnement et de 100.000 francs d'amende ».

Le harcèlement dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle en abusant de l'autorité conférée par une fonction est aussi puni par la loi.

Article 222-33 du Code pénal : « Le fait de harceler autrui dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende. »

Le bizutage se définit par le fait d'amener autrui, contre son gré ou non, à subir ou à commettre des actes humiliants ou dégradants, notamment à connotation sexuelle, lors de manifestations ou de réunions liées au milieu scolaire et socio-éducatif : par exemple, mettre en scène ou représenter un rapport sexuel, une fellation, un acte de sodomie, etc. Selon la loi n° 98-468 du 17 juin 1998, le bizutage est un délit, même en l'absence d'atteintes sexuelles caractérisées (28).

Le viol et les agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans

les circonstances prévues, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage.

Les définitions des violences faites aux femmes englobent tous les types de violences allant de la menace ou injure verbale pouvant compromettre l'intégrité psychologique, à l'atteinte de l'intégrité physique de la personne. Ces définitions montrent qu'une personne peut subir des violences par différentes personnes c'est-à-dire par la famille ou le conjoint ou encore, une personne inconnue.

Quelques chiffres de violences faites aux femmes :

L'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) a établi que dans les 12 mois précédant l'enquête, 1 femme sur 10 avait subi des violences exercées par son compagnon (29, 30).

Selon l'enquête de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) 2005-2006, 3,4% des femmes âgées de 18 à 59 ans ont déclaré avoir subi en 2005 ou 2006 au moins une agression physique ou sexuelle en dehors de leur ménage et 3,3% par une personne vivant avec elle. En 2005 ou 2006, 1,5 % des femmes entre 18 et 59 ans ont subi un viol ou une tentative de viol : soit 120 000 femmes en une seule année. Les jeunes femmes sont plus exposées (30, 31).

Selon l'enquête contexte de sexualité en France en 2006, une personne sur cinq déclare avoir été victime au cours de sa vie de tentative de viol ou de viol. Parmi les femmes de 18 à 39 ans, 11 % ont été victimes d'une tentative de viol, ou d'un viol avant 18 ans (30).

Une étude en consultation médicale faite en 2007 par le Dr Gilles Lazimi, avec la participation de cinquante et un médecins généralistes et de deux sages-femmes montre que sur 557 patientes interrogées de manière systématique sur les violences subies, 63 % ont déclaré avoir été victimes de violences : 62,8 % étaient verbales, 42,7 % physiques et 17,8 % sexuelles (32).

Selon une étude nationale des décès au sein du couple, une femme décède tous les 3 jours sous les coups de son compagnon (33).

II/ Conséquences sur la santé

Les conséquences sur la santé en général sont multiples quelque soit le type de violences subies.

Selon l'OMS, la violence d'un partenaire intime et la violence sexuelle entraînent à court et long terme de graves problèmes de santé physique, mentale et sexuelle.

Les effets sur la santé physique peuvent être :

- des céphalées,
- des douleurs dorsales,
- des douleurs abdominales,
- des fibromyalgies,
- des troubles digestifs,
- une mobilité réduite,
- un mauvais état de santé général.

Dans certains cas, il peut en résulter des traumatismes plus ou moins graves, parfois mortels.

Au niveau gynécologique, elles peuvent entraîner :

- des grossesses non désirées,
- des problèmes gynécologiques,
- des avortements,
- des infections sexuellement transmissibles.

La violence d'un partenaire intime pendant une grossesse augmente aussi :

- la probabilité de fausses couches,
- de naissance d'enfants mort-nés,
- d'accouchements prématurés,
- de déficit pondéral à la naissance.

Ces formes de violence peuvent entraîner au niveau psychologique :

- des dépressions,
- des états de stress post-traumatique,
- des troubles du sommeil,
- des troubles de l'alimentation,

- des perturbations émotionnelles,
- des tentatives de suicide.

La violence sexuelle, en particulier pendant l'enfance, peut entraîner :

- une augmentation du tabagisme,
- l'usage abusif de drogues et d'alcool,
- des comportements sexuels à risque à un stade ultérieur de la vie.
- On l'associe aussi à une tendance à recourir à la violence (pour les hommes) ou à être victime de violences (pour les femmes) (1).

Selon le rapport Henrion, les violences conjugales peuvent être compliquées de traumatismes physiques, d'un déséquilibre ou d'une aggravation d'une pathologie chronique, de décès, de troubles psychiatriques, de problèmes gynécologiques notamment les IST, et au niveau obstétrical des IVG ou des déclarations tardives de grossesse non désirée (2).

Les femmes violées ont également des conséquences psychiques. Elles peuvent avoir un état de stress aigu, un syndrome post traumatique, des symptômes de dissociation, des idées suicidaires, réaliser des tentatives de suicide et des suicides. Les troubles somatiques sont chroniques et variés. Il peut s'agir de douleurs musculo-squelettiques chroniques, de troubles cardio-vasculaires, pulmonaires, neurologiques, endocriniens, allergiques, gastro-intestinaux, dermatologiques. Au niveau gynécologique, les symptômes sont variés avec troubles de la sexualité, ou des troubles gynécologiques (3).

Au niveau gynécologique, les violences ont également des conséquences importantes.

Une étude réalisée aux Etats-Unis en 2007, révèle que les femmes ayant subi des violences conjugales utilisaient moins de moyens contraceptifs que celles n'en ayant pas subi. Cette étude a été réalisée avec 1463 femmes dont 21% avaient subi des violences conjugales, 71% des femmes ayant subi des violences n'avaient pas utilisé de moyen contraceptif dans les 4 derniers mois contre 64% des femmes n'ayant pas subi de violences (4).

Une méta-analyse réalisée en 2007 aux Etats-Unis montre que les femmes ayant subi des

violences conjugales aussi bien physiques, que psychologiques, que sexuelles, par rapport à celles n'ayant pas subi de violences, ont :

- des comportements sexuels à risque plus importants, avec une moindre utilisation des préservatifs et un plus grand nombre de partenaires sexuels dans 23 des 27 études de la méta-analyse,
- un taux d'IST significativement plus important dans 13 études des 16 études analysées,
- un nombre de grossesse dans l'adolescence plus élevé, avec plus de fausses couches spontanées et d'avortements dans 17 études sur les 24 analysées,
- plus de douleurs abdominales, pelviennes et de dyspareunies dans 17 études sur 18 analysées (5).

En Nouvelle-Zélande en 2009, une étude réalisée concernant le comportement sexuel et la santé des personnes ayant subi des agressions sexuelles dans l'enfance, retrouve 30% de femmes (sur 465) et 9% d'hommes (sur 471) ayant été victimes d'agressions sexuelles dans leur enfance. Ceux-ci, ont par rapport à ceux n'ayant pas eu de violences sexuelles dans l'enfance :

- un nombre de partenaires sexuels plus important (OR ajusté à 1,3 pour les femmes et 1,2 pour les hommes),
- des grossesses non désirées plus fréquentes (OR ajusté à 1,6 pour les femmes et 1,7 pour les hommes),
- une augmentation du taux d'IST notamment chez les 18 - 21 ans (OR ajusté à 2,4 pour les femmes et 2,1 pour les hommes),
- la réalisation d'avortements plus fréquemment notamment chez les 18 - 21 ans (OR ajusté à 2 pour les femmes et 1,8 pour les hommes) (6).

A la lecture de ces études nous constatons que le fait de subir des violences, à un moment ou à un autre de sa vie et quelque soit le type de violences, a des conséquences importantes ultérieures notamment sur les comportements sexuels et l'usage ou non de moyens de contraception. Ceci peut donc expliquer le lien qui existe entre les IVG et les violences.

3) Lien entre IVG et violences

Dans de nombreux pays, la littérature montre un lien entre la pratique d'IVG et les violences subies ou ayant été subies par les femmes.

Une étude américaine réalisée en 1996 portant sur 51 femmes révèle que 31% des femmes réalisant une IVG avaient été victimes à un moment dans leur vie de violences physiques. Parmi celles-ci, 22% avaient subi des violences physiques au cours de la précédente année, 8% des violences pendant la grossesse et 4% des violences sexuelles au cours de la précédente année (8).

Un lien également existe entre les violences subies dans l'enfance et la réalisation d'IVG. Au cours d'une analyse multi-variée en Nouvelle-Zélande en 2009 réalisée sur 492 femmes, l'existence de violences sexuelles dans l'enfance augmente de 2 fois le taux d'avortements chez les femmes âgées de 15 à 25 ans (9).

Aux Etats-Unis, une étude réalisée en 2011 sur 259 femmes concernant les avortements à répétition montre que les femmes ayant eu 2 ou plus avortements avaient subi 2,56 fois plus d'agression sexuelle ou physique dans l'enfance par rapport à celles n'ayant pas réalisé d'avortements (10).

Plusieurs articles montrent une corrélation entre les violences conjugales et les avortements. En Nouvelle-Zélande en 2008, une étude réalisée sur 2218 femmes révèle que les femmes ayant été victimes de violences conjugales, physiques ou sexuelles, réalisaient 2,5 fois plus d'avortements que les autres femmes (11).

Une étude réalisée au Canada en 2007 comprenant 1003 femmes montre que les femmes ayant réalisé une ou des IVG avait une probabilité trois fois plus élevée d'avoir été victime de violences conjugales psychologique, physique et/ou sexuelle au cours de l'année précédente par rapport aux femmes n'ayant pas eu d'IVG. Les femmes ayant réalisé une ou des IVG avaient également été plus souvent victimes de violence au cours de leur vie (12).

Enfin, le lien entre les violences au sens large par différents auteurs et les IVG a également

été montré.

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 (13).

Cependant, en Europe, peu d'articles existent sur ce sujet.

La seule étude réalisée était en Italie en 2009. Il s'agit d'une analyse multi-variée comptant 883 femmes qui révèle l'existence, chez les femmes de moins de 30 ans qui avaient eu une ou des IVG, d'un taux plus important de violences dans leur enfance (OR ajusté à 1,68), ainsi qu'un taux plus important de violences familiales (OR ajusté à 15) et de violences psychologiques conjugales (OR ajusté à 15) par rapport à celles n'ayant jamais réalisées d'IVG (34).

Enfin en France, le mémoire de Cécile Sarafis, conseillère conjugale et familiale au MFPPF en 2009 réalisé sur 100 femmes, met en évidence que l'avortement peut être la conséquence d'une situation de violence subie par les femmes chez 23% d'entre elles, dans 6 % des cas, il s'agit de viols, dans 14 % de violences conjugales, dans 3 % de violences familiales graves. Parmi ces femmes, 68 % ont été victimes de violences verbales, 56 % de violences physiques et 30 % de violences sexuelles (7).

De même, le rapport Henrion en 2000, précise dans les conséquences des violences que certaines grossesses peuvent ne pas être désirées du fait d'un viol conjugal ou l'impossibilité pour la femme d'utiliser une contraception ou encore une décision prise pendant une période d'accalmie, et donc aboutir à une IVG (2).

Le lien existe entre les violences subies et la réalisation d'IVG par ces femmes, mais aucun article médical n'a été réalisé en France sur ce sujet, hormis le mémoire de Cécile Sarafis et le rapport Henrion. Dans les manuels destinés aux médecins généralistes et aux gynécologues, nous sommes très loin de la réalité.

J'ai consulté 23 ouvrages, seulement 6 mentionnent le lien entre les IVG et les violences mais dans des conditions très précises.

Un livre de 2009 « 120 questions en gynécologie obstétrique » (35), au sein du chapitre intitulé : « Elle est mineure, enceinte et veut une IVG. Quand, comment, où? », il est précisé que : « il ne faut pas sous-estimer les possibilités d'agression sexuelle chez ces jeunes filles ».

Dans un ouvrage de 2007 publié à Londres « Obstetric and gynecology » (36), il est mentionné que les violences conjugales avec agressions sexuelles ont pour conséquences l'apparition de grossesses inattendues, et l'augmentation des demandes d'IVG.

Dans un livre datant de 2004 « L'IVG et sa prévention » (37), au sein d'un chapitre dédié aux IVG répétées, il est conseillé de rechercher des antécédents familiaux « déstructurants » cités entre parenthèses : « divorce des parents, violences familiales, agressions, décès, ruptures, isolement ».

Dans 2 ouvrages différents « Pelvi - péri néologie » et « Mises à jour en gynécologie médicale. L'adolescence. » (38, 39), la même phrase est utilisée dans les chapitres dédiés aux sévices sexuels chez l'enfant et l'adolescent : « Une IST, une demande de contraception chez une très jeune fille, d'IVG ou de grossesse chez une adolescente peut éveiller un doute si l'adolescente est accompagnée d'un adulte « inattendu » ou si elle refuse d'évoquer le géniteur présumé ».

Enfin, dans un livre datant de 2005 « Traité de gynécologie » (40), dans le chapitre « Violences sexuelles », pour les auteurs, en ce qui concerne les grossesses issues d'un viol, « l'IVG peut se discuter ».

Dans les autres ouvrages consultés aux chapitres concernant les IVG, aucune mention de violences n'est faite. De même, dans les chapitres concernant les violences, les IVG ne sont pas mentionnées. La liste des ouvrages consultés est en annexe 2.

Maud Gelly dans son livre « Avortement et contraception dans les études médicales » (41) montre que les enseignements théoriques ou les stages hospitaliers transmettent essentiellement un savoir portant sur les sujets légaux, les contre-indications, les complications et répercussions de l'IVG.

4) Objectifs de la thèse

L'objet de cette étude est de vérifier si les médecins généralistes connaissent ce lien, et si cette question des violences est abordée dans les cabinets médicaux lors de la demande d'AVG en ville. Si elle est abordée, dans quelles situations et avec quels objectifs. Si elle ne l'est pas, quelles sont les raisons et les explications des médecins.

Cette étude a pour objectif de répondre à ces questions. Dans un premier temps nous reviendrons sur la méthode utilisée, puis les résultats obtenus seront présentés, enfin ceux-ci seront discutés.

III) Méthode

1) Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée à partir du moteur de recherche Pubmed. Les mots clés utilisés étaient en langue anglaise.

Ceux-ci étaient les suivants : « abortion + violence », « abortion + rape », « abortion + sexual violence », « spontaneous abortion + violence », « spontaneous abortion + rape », « pregnancy + violence ».

Une recherche documentaire a également été réalisée à la bibliothèque interuniversitaire de médecine, dans les ouvrages de médecine destinés aux gynécologues et aux médecins généralistes.

2) Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée avec des entretiens individuels semi-dirigés, dont la méthodologie est décrite dans la littérature (42). Ces entretiens étaient enregistrés puis ont été retranscrits mot à mot afin de permettre leur analyse.

3) Guide d'entretien

L'entretien était constitué de 5 parties. La première partie était 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 était des questions permettant 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. De même, cette partie permettait de recueillir les opinions et les représentations des médecins concernant les IVG et les patientes y recourant.

Si les violences n'étaient pas abordées, une question plus directe était 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 parlant de la place du médecin généraliste et de la nécessité ou non d'une formation sur ce sujet.

Cet entretien a été testé sur 3 médecins généralistes initialement afin de savoir si des modifications étaient à apporter. Aucune modification n'a été réalisée.

Le guide d'entretien est en annexe 1.

4) Recrutement des médecins

Initialement, les médecins ont été recrutés au cours d'une réunion annuelle Réseau entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO) qui est un organisme permettant la prise en charge des IVG réalisées en ville grâce à un réseau ville - hôpital. Le sujet de thèse était présenté de manière évasive, afin de ne pas influencer l'entretien ultérieur, sans mentionner les violences mais en précisant que le sujet portait sur les IVG et qu'il s'agissait d'une étude qualitative avec des entretiens individuels et anonymes. Les coordonnées des médecins voulant bien participer ont été récupérées au cours de cette réunion. Par la suite, ceux-ci ont été contactés soit par mail, soit par téléphone afin de fixer un rendez-vous. Par la suite, certains médecins interrogés ont donné les coordonnées de médecins de leur connaissance, qui à leur tour, ont été contactés par l'enquêteur par mail ou téléphone. Enfin, les derniers médecins recrutés étaient des maîtres de stages de Paris VI contactés par téléphone.

Au total, 30 médecins ont été interrogés exerçant à Paris ou en Ile-de-France d'octobre 2011 à avril 2012.

5) Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été enregistrés, après l'accord des participants. Ceux-ci étaient réalisés au cabinet du médecin interrogé. La durée des entretiens étaient de 15 à 45 min, mais en moyenne les entretiens duraient entre 20 et 25 min.

Avant le début de l'entretien, l'enquêteur présentait au médecin le déroulement de l'entretien, en précisant qu'initialement les questions qui allaient être posées seraient plutôt générales permettant de préciser son activité, puis dans un deuxième temps, qu'il faudrait qu'il s' imagine en consultation face à une patiente ayant un antécédent d'IVG ou voulant réaliser une IVG.

6) Analyse des entretiens

Une fois les entretiens enregistrés, ceux-ci ont été retranscrits mot à mot à l'aide d'un logiciel Word, pour permettre une analyse horizontale et verticale.

La retranscription a été réalisée par l'enquêteur, en respectant les silences, les hésitations, les rires, ou en faisant des annotations si une interruption survenait au cours de l'entretien (comme une communication téléphonique ou l'entrée d'une personne dans la pièce).

Plusieurs lectures de ses entretiens retranscrits ont permis de couper le texte en morceaux qui correspondaient à plusieurs phrases représentant toutes les idées données par les médecins interrogés.

Ces phrases ont été ensuite découpées afin de garder uniquement les mots clés permettant de représenter l'idée émise par le médecin interrogé (unité minimale de signification ou UMS).

Par la suite, ces UMS ont été classées, regroupées et thématiques.

Une relecture a été effectuée par le directeur de thèse et un autre maître de stage afin d'apporter une validité interne à l'étude.

Les résultats sont présentés avec des extraits des entretiens qui sont cités entre guillemets (verbatim).

IV) Résultats

Nous nous intéresserons tout d'abord aux caractéristiques des médecins ayant participé aux entretiens. Puis nous transcrivons les perceptions des médecins concernant les IVG, les femmes les réalisant et les violences. Ensuite, nous verrons si les médecins interrogés ont parlé de manière spontanée des violences au cours de l'entretien et s'ils les abordent de manière systématique au cours d'une consultation chez une patiente en demande ou ayant un antécédent d'IVG. Par ailleurs, nous analyserons les raisons des médecins d'aborder ou pas les violences dans cette situation. Enfin, nous verrons leur point de vue sur la place du médecin généraliste dans cette problématique et sur la nécessité d'une formation à ce sujet.

1) Caractéristiques des médecins de notre échantillon 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)

2) Représentation des médecins de l'échantillon

Au cours des entretiens réalisés, certaines réponses des médecins interrogés laissaient transparaître une certaine représentation qu'ils avaient des IVG, des femmes réalisant des IVG, et des femmes violentées.

On peut définir une représentation par une image, une figure, un symbole, un signe qui représente un phénomène ou une idée (14).

I/ Représentation par les médecins des IVG

Au cours des entretiens, on peut distinguer plusieurs représentations des IVG par les médecins. Certains étaient favorables à l'IVG, d'autres plutôt défavorables et enfin certains avaient un avis plus mitigé.

1. Représentation favorable

> Droit des femmes / acte militant

Certains sont favorables aux IVG. Ils considèrent que les IVG font partie du droit des femmes et que le fait de réaliser des IVG est un acte militant :

« le droit des femmes, ça passe par la maîtrise de sa fertilité ».

> Progression historique

Parfois, ils ont le sentiment que le fait de participer à la réalisation des IVG médicamenteuses en ville leur permet de contribuer à la progression historique récente de la législation des IVG°:

« un sentiment d'appartenance à l'histoire, à l'avancée ».

> Moyen de contraception

Certains considèrent également que les IVG peuvent être utilisées comme moyen de

contraception :

« l'avortement tous les 3 mois si tu préfères ».

Les médecins qui pensent cela se considèrent comme militants pour la réalisation des IVG. Certains en ont pratiqué clandestinement lorsque l'IVG n'était pas légale et ont milité pour que les IVG deviennent légales et accessibles pour toutes les femmes. Ces médecins sont des femmes d'âges variables, qui sont médecins généralistes mais ayant exclusivement une activité gynécologique et qui travaillent en centre médical de santé ou en centre de planification familiale, donc en secteur 1.

UMS	Verbatim
Droit des femmes / acte militant	<i>« le droit des femmes, ça passe par la maîtrise de sa fertilité ».</i>
Progression historique	<i>« un sentiment d'appartenance à l'histoire, à l'avancée ».</i>
Moyen de contraception	<i>« l'avortement tous les 3 mois si tu préfères ».</i>

2. Représentation défavorable

A contrario, d'autres ne semblent pas favorables à l'IVG sans que ce soit dit explicitement au cours de l'entretien.

> Tentative de faire réfléchir la patiente sur son choix

Ils laissent entendre que garder une grossesse même si la femme considère qu'elle n'est pas prête à avoir des enfants est mieux que la réalisation d'une IVG :

« tester la décision quoi, savoir si c'est quelque chose qui est mur, muri quoi ou si c'est simplement tout d'un coup on décide, on se retrouve enceinte et on va interrompre la

grossesse ».

> Tentative d'influencer la patiente

Parfois, au cours de l'entretien on a l'impression que le médecin de manière inconsciente, influence ses patientes pour qu'elles ne réalisent pas cette IVG :

« quand une femme pourrait mener à terme une grossesse, je lui fais remarquer, parfois ça fait réfléchir ».

> Incompréhension de la demande

Par ailleurs on a l'impression que certains médecins ne comprennent pas pourquoi les femmes réalisent des IVG notamment quand celles-ci sont dans des circonstances où elles pourraient garder l'enfant :

*« c'est pas le moment, pas le moment, mais qu'est-ce que ça veut dire pas le moment »,
« mais quand vous avez des couples, le couple il est fait. Le moment de la grossesse il vaut mieux le choisir mais si il y a un accident, bah faut peut-être prendre ça comme étant quelque chose à accepter. »*

> Poids des croyances et de l'éducation du médecin

Un médecin avoue que son éducation et ses croyances vont à l'encontre du principe de l'IVG. Il admet qu'il est difficile de proposer une pratique pour laquelle il n'est pas d'accord :

« on est motivé soi-même par des concepts religieux ou autre qui fait que bon l'IVG ce n'est pas quelque chose qui est simple à proposer, à accepter dans tous les cas. »

> Moyen non contraceptif

De même, certains médecins pensent que l'IVG ne doit pas être utilisée comme un moyen de contraception et que même, c'est un moyen qui normalement ne devrait pas être utilisé du tout° :

« c'est quelque chose d'accidentel et ça ne doit pas être un moyen contraceptif ».

> Faute de la patiente

Dans la même idée, la répétition des IVG est très mal vue par certains médecins qui

considèrent que la patiente est fautive dans cette situation :

« de temps en temps je les sermonne quand je les connais bien. En disant c'est quoi ce bordel, ça fait 4 IVG, où on en est là, qu'est-ce qui se passe, qu'est-ce que vous foutez quoi. ».

Ces médecins-là sont des hommes, avec une activité de médecine générale, qui ne pratiquent pas d'IVG médicamenteuses en ville pour la plupart. Un seul en réalise. Ils travaillent en secteur 1 soit en cabinet, soit en centre médical de santé.

UMS	Verbatim
Tentative de faire réfléchir la patiente	<i>« tester la décision quoi, savoir si c'est quelque chose qui est mur, muri quoi ou si c'est simplement tout d'un coup on décide, on se retrouve enceinte et on va interrompre la grossesse ».</i>
Tentative d'influencer la patiente	<i>« quand une femme pourrait mener à terme une grossesse, je lui fais remarquer, parfois ça fait réfléchir ».</i>
Incompréhension de la demande	<i>« c'est pas le moment, pas le moment, mais qu'est-ce que ça veut dire pas le moment », « mais quand vous avez des couples, le couple il est fait. Le moment de la grossesse il vaut mieux le choisir mais si il y a un accident, bah faut peut-être prendre ça comme étant quelque chose à accepter. »</i>
Poids des croyances et de l'éducation du médecin	<i>« on est motivé soi-même par des concepts religieux ou autre qui fait que bon l'IVG ce n'est pas quelque chose qui est simple à proposer, à accepter dans tous les cas. »</i>
Moyen non contraceptif	<i>« c'est quelque chose d'accidentel et ça ne doit pas être un moyen contraceptif ».</i>
Faute de la patiente	<i>« de temps en temps je les sermonne quand je les connais bien. En disant c'est quoi ce bordel, ça fait 4 IVG, où on en est là, qu'est-ce qui se passe, qu'est-ce que vous foutez quoi. ».</i>

3. Représentation mitigée

Enfin, d'autres médecins sont plus mitigés sur la représentation des IVG.

> Evènement évitable

Pour eux, le droit à l'IVG est incontestable, cependant si celle-ci peut être évitée ça contribuerait au bien être de la patiente :

« je leur explique que c'est évitable et qu'il faut trouver le moyen que ça ne se reproduise plus, parce que c'est une douleur, parce que il vaut mieux éviter ».

> Evènement douloureux

En effet, la plupart des médecins considèrent que l'IVG est un évènement douloureux pour la femme qui la réalise aussi bien physiquement que moralement, et que c'est un traumatisme que la femme n'oubliera pas facilement, voire pas du tout :

« c'est une douleur »,

« la souffrance »,

« c'est un drame »,

« geste traumatisant ».

> Evènement honteux

Certains conseillent à leur patiente de jeter tous les documents relatifs à cet épisode pour oublier le plus vite possible cet évènement, et pour éviter que d'autres personnes les découvrent, un peu comme si l'IVG était quelque chose de honteux qui devait rester cachée :

« personne ne veut en discuter, on veut se débarrasser de la chose »

« une fois qu'elle est réalisée on ne veut plus en parler »,

« si une autre personne que leur compagnon actuel tombe dessus, ou une mère aussi qui peut tomber dessus ».

> Echéec du médecin

Par ailleurs, certains médecins ressentent les IVG comme un échec personnel parce qu'ils se

sentent fautifs de ne pas avoir réussi à trouver une autre solution pour leurs patientes, à cerner les difficultés et à analyser les obstacles de la contraception et de la sexualité des femmes :

« des fois c'est moi qui fait la deuxième, même la troisième IVG. C'est horrible, ça fait 2 ans que je le fais, il y en a une c'est la 3^{ème} ».

> Décision à un moment donné

Enfin d'autres médecins considèrent que c'est une décision à ce moment précis qui est justifiée, que ça ne doit pas retentir sur la vie future de la patiente qui la réalise.

« une interruption de grossesse c'est quelque chose de ponctuel, il ne faut pas que ce soit une catastrophe sur toute la vie quoi. ».

En ce qui concerne les médecins qui sont un peu plus mitigés sur les IVG, certains en pratiquent, d'autres non.

Ceux qui ont décidé de proposer des IVG médicamenteuses à leurs patientes avaient diverses raisons. Certains le font parce qu'ils considèrent l'IVG comme un acte de militantisme pour le droit des femmes. D'autres ont commencé à en faire car un médecin plus haut placé hiérarchiquement leur a demandé. Par ailleurs, certains médecins considèrent que cela permet une prise en charge globale de la patiente, et qu'ils répondent à une demande de leur patientèle. Enfin d'autres ont commencé car ils trouvent que l'accès aux IVG est de plus en plus difficile pour les femmes devant la disparition progressive des gynécologues médicaux, et des centres d'orthogénie.

UMS	Verbatim
Evènement évitable	« je leur explique que c'est évitable et qu'il faut trouver le moyen que ça ne se reproduise plus, parce que c'est une douleur, parce que il vaut mieux éviter ».
Evènement douloureux	« c'est une douleur », « la souffrance », « c'est un drame », « geste traumatisant ».
Evènement honteux	« personne ne veut en discuter, on veut se débarrasser de la chose » « une fois qu'elle est réalisée on ne veut plus en parler », « si une autre personne que leur compagnon actuel tombe dessus, ou une mère aussi qui peut tomber dessus ».
Echec du médecin	« des fois c'est moi qui fait la deuxième, même la troisième IVG. C'est horrible, ça fait 2 ans que je le fais, il y en a une c'est la 3 ^{ème} ».
Décision à un moment donné	« une interruption de grossesse c'est quelque chose de ponctuel, il ne faut pas que ce soit une catastrophe sur toute la vie quoi. ».

Les avis des médecins sur les IVG sont assez divergents, ainsi que les raisons qui les ont poussés à commencer à en pratiquer pour ceux qui en pratiquent. Maintenant ces mêmes médecins ont aussi une représentation des femmes réalisant des IVG.

II/ Représentation par les médecins des femmes réalisant des IVG

Parmi les médecins interrogés, certains ont une représentation assez différente des femmes réalisant des IVG. On peut distinguer deux visions différentes. Ceux pour qui l'IVG révèle un problème quelconque ou une vie particulière, et ceux pour qui l'IVG peut arriver à tout le monde.

1. L'IVG révèle un problème quelconque ou une vie particulière

> Problème sous-jacent

Certains considèrent que si une IVG est demandée, c'est qu'il y a forcément un problème sous-jacent pour la patiente :

« les problèmes qui ont amené la mise en route ».

> L'IVG est un symptôme

Pour un des médecins interrogés, l'IVG est un symptôme qui doit faire réfléchir à ce qui peut se cacher derrière :

« Moi je considère que l'IVG est un symptôme, comme l'alcool, comme la toxicomanie qui doit attirer l'attention mais qui ouvre d'autres champs que seulement se polariser sur le symptôme ».

> Femmes frivoles avec vie dissolue

Pour certains les IVG sont faites plutôt par des femmes un peu frivoles avec une vie assez dissolue :

« Souvent des filles un peu qui sortent beaucoup ou qui sont un peu tête en l'air quoi, tout simplement »,

« elles ne savent pas quand elles ont eu des rapports ou elles en ont eu tellement qu'elle ne sait plus lequel ».

> Ambiguïté

Pour d'autres le fait d'avoir une grossesse non désirée révèle une ambiguïté quant au désir d'avoir un enfant :

« parfois j'ai une franche hilarité en me disant mais qu'est-ce qu'elle est con c'est pas possible et elle va recommencer, ça elle va recommencer, 5-10 fois. ».

> Reniement de la féminité

Selon d'autres médecins, une femme réalisant une IVG est une femme qui renie sa féminité, car le fait d'être enceinte, de pouvoir engendrer la vie, est le paroxysme de la féminité :

« un refus et la négation de la féminité »,

« Il y a des tas de circonstances en relation avec sa féminité ».

> Interaction avec la féminité ultérieure

D'autant plus que réaliser une IVG retentit sur la relation de la patiente avec sa féminité ultérieure :

« arriver à faire des liens entre ce qu'il leur arrive là et comment elles vont vivre leur féminité après ».

> Problème de contraception

Pour la majorité des médecins, l'IVG est en rapport avec des difficultés liées à la contraception. Soit parce qu'il existe un problème sous-jacent avec leur contraception ou leur sexualité :

« c'est voir pourquoi et quelle va être sa contraception après »,

« Mais ça (l'IVG) ne résout pas du tout le problème de la contraception ou de la sexualité ou des rapports humains, c'est, c'est pareil. ».

> Phénomène de génération

Soit parce qu'il existe un phénomène de génération. La génération actuelle considère que la contraception est une contrainte et non une liberté comme la génération précédente. L'idée pour les jeunes filles de ne pas faire la même chose que leur mère, en ne prenant pas de contraception leur permet d'accéder à une certaine forme de liberté :

« c'est plus un phénomène de socioculturel par rapport à la pilule qu'elles vivent comme ».

une espèce de de contraintes que leur imposent les générations précédentes ».

> Pas de lien familial

Pour d'autres au contraire, les femmes qui ont des difficultés avec leur contraception se sont celles qui ont eu un manque d'information sur la sexualité et la contraception, en partie parce qu'elles n'avaient pas de lien avec la famille :

« c'est quand même très souvent qu'une femme ou jeune fille n'ont pas de lien avec leur mère ou leur parents avec pour parler de ça ».

> Femmes isolées

D'ailleurs certains médecins considèrent que les femmes qui réalisent des IVG sont assez isolées :

« c'est un acte où on est très seule quand même hein. ».

> Situation psychosociale difficile

De plus pour certains, il s'agit essentiellement de femmes qui ont une situation sociale difficile et qui intellectuellement sont un peu limitées :

« grand classique à la Zola »,

« la majorité du temps ce sont des femmes qui sont soit en situation de précarité sociale »,

« à priori c'est qu'elles n'ont pas tout compris ».

> Rupture de suivi médical

D'ailleurs pour certains, la majorité des femmes qui réalisent des IVG sont en rupture de suivi médical :

« en général ce sont des filles qui ne sont pas très bien suivies ».

> Pressions des proches

Cependant, certaines femmes au lieu d'être isolées subiraient des pressions de la part de leurs proches :

« beaucoup de pressions familiales, il y a les pressions des mecs. La première des causes c'est quand même la pression des mecs, la pression des amants. »

> Violence de transmission

De même, certaines femmes subiraient une « violence de transmission » de la part de leur mère, c'est-à-dire que la mère de la femme qui a une grossesse n'est pas prête à être grand-mère et à accepter que sa fille devienne elle-même mère :

« il y a des femmes qui vont à l'AVG parce que inconsciemment, c'est Freud qui dit ça, la mère n'a pas fait le relai ».

UMS	Verbatim
Problème sous-jacent	« les problèmes qui ont amené la mise en route ».
L'AVG est un symptôme	« Moi je considère que l'AVG est un symptôme, comme l'alcool, comme la toxicomanie qui doit attirer l'attention mais qui ouvre d'autres champs que seulement se polariser sur le symptôme ».
Femmes frivoles avec vie dissolue	« Souvent des filles un peu qui sortent beaucoup ou qui sont un peu tête en l'air quoi, tout simplement », « elles ne savent pas quand elles ont eu des rapports ou elles en ont eu tellement qu'elle ne sait plus lequel ».
Ambiguïté	« parfois j'ai une franche hilarité en me disant mais qu'est-ce qu'elle est con c'est pas possible et elle va recommencer, ça elle va recommencer, 5-10 fois. ».
Renierement de la féminité	« un refus et la négation de la féminité », « Il y a des tas de circonstances en relation avec sa féminité ».
Interaction avec la féminité ultérieure	« arriver à faire des liens entre ce qu'il leur arrive là et comment elles vont vivre leur féminité après ».
Problème de contraception	« c'est voir pourquoi et quelle va être sa contraception après », « Mais ça (l'AVG) ne résout pas du tout le problème de la contraception ou de la sexualité ou des rapports humains, c'est, c'est pareil. ».

UMS	Verbatim
Phénomène de génération	« c'est plus un phénomène de socioculturel par rapport à la pilule qu'elles vivent comme une espèce de contraintes que leur imposent les générations précédentes ».
Pas de lien familial	« c'est quand même très souvent qu'une femme ou jeune fille n'ont pas de lien avec leur mère ou leur parents avec pour parler de ça ».
Femmes isolées	« c'est un acte où on est très seule quand même hein. ».
Situation psychosociale difficile	« grand classique à la Zola », « la majorité du temps ce sont des femmes qui sont soit en situation de précarité sociale », « à priori c'est qu'elles n'ont pas tout compris ».
Rupture de suivi médical	« en général ce sont des filles qui ne sont pas très bien suivies »..
Pressions des proches	« beaucoup de pressions familiales, il y a les pressions des mecs. La première des causes c'est quand même la pression des mecs, la pression des amants. »
Violence de transmission	« il y a des femmes qui vont à l'IVG parce que inconsciemment, c'est Freud qui dit ça, la mère n'a pas fait le relai ».

Cependant, certains médecins ont une vision différente des femmes réalisant les IVG.

2. L'IVG peut survenir dans la vie de toute femme

> Circonstances variables

Pour eux, les circonstances peuvent être très variables et ne se limitent pas à un problème de contraception :

« c'est parce que elle ne se voit pas ni d'être enceinte, ou bien ni d'élever un enfant, avoir la responsabilité d'un enfant à ce moment-là ».

> Décision prise

Par ailleurs, la plupart des femmes qui réalisent une IVG sont décidées et cette décision est claire et sans appel :

« la plupart du temps celles que je vois c'est déjà très clair dans leur tête. C'est pas du tout ambivalent comme décision ».

> Choix personnel

Pour d'autres femmes, il s'agit d'un choix personnel de ne pas avoir d'enfant, et ce à aucun moment dans leur vie :

« c'est un choix de vie de ne pas avoir d'enfant de leur vie. ».

> Peut survenir dans la vie de toute femme

Enfin, c'est une situation dans laquelle n'importe quelle femme peut se retrouver, quel que soit son niveau socioculturel ou socioéconomique, et qui arrive très fréquemment sans pour autant que les femmes aient eu leur vie brisée par la suite :

« c'est pas des, c'est pas des milieux sous informés ou économiquement démunis, pas du tout »,

« quelle femme n'a pas eu d'IVG dans sa vie »,

« c'est tellement banal, banalisé que ça peut arriver à tout le monde à n'importe quel moment »,

« ça fait partie de la vie d'une femme ».

UMS	Verbatim
Circonstances variables	<i>« cøst parce que elle ne se voit pas ni d'être enceinte, ou bien ni d'élève un enfant, avoir la responsabilité d'un enfant à ce moment-là ».</i>
Décision prise	<i>« la plupart du temps celles que je vois cøst déjà très clair dans leur tête. Cøst pas du tout ambivalent comme décision ».</i>
Choix personnel	<i>« cøst un choix de vie de ne pas avoir d'enfant de leur vie. ».</i>
Peut survenir dans la vie de toute femme	<i>« cøst pas des, cøst pas des milieux sous informés ou économiquement démunis, pas du tout », « quelle femme n'a pas eu d'IVG dans sa vie », « cøst tellement banal, banalisé que ça peut arriver à tout le monde à n'importe quel moment », « ça fait partie de la vie d'une femme ».</i>

Les médecins qui considèrent que l'IVG peut arriver survenir dans la vie de toute femme sont les mêmes qui sont favorables à l'IVG. Pour la plupart de ceux qui pensent que l'IVG révèle un problème sous-jacent ou une vie particulière, ce sont les médecins qui ont un avis plus mitigé sur les IVG.

Cependant, les questions traitaient des femmes réalisant des IVG mais également de la violence avec le lien existant entre les violences et les IVG. En parlant des femmes violentées.

III/ Représentation par les médecins des femmes violentées

Encore une fois, il existe plusieurs représentations des femmes violentées.

> Milieu socioéconomique défavorisé

Certains médecins pensent que ces femmes proviennent forcément d'un milieu socioéconomique défavorisé :

« dans le 10ème à Paris on n'a pas ce côté hyper violent qu'on a dans certaines banlieues où les jeunes filles peuvent être agressées ».

> Pas de stéréotypes

A contrario, certains médecins considèrent que les femmes violentées ne sont pas stéréotypées :

« ça ne se voit pas sur la tête. Elles ne sont pas forcément plus déprimées avec un cocard sur la tête. ».

> Changement de regard suite à une formation

Par ailleurs, le regard de certains médecins a changé depuis qu'ils ont réalisé une formation, ou participé à une étude :

« Là ou avant en gros je ne voyais que les femmes qui venaient pour certificat de coups et blessure »,

« je manquais de formation, de sensibilisation à ce sujet-là ».

> Pas de croyances dans les violences

Enfin, parfois au cours des entretiens on a l'impression que certains médecins ne croient pas beaucoup à l'existence des violences :

« Même si on ne connaît que la femme parce que le mari vous ne l'avez jamais vu, on écoute ce qu'elle dit mais on ne prend pas parti () Mais je ne dis pas qu'il n'y a pas de femmes qui souffrent de viols ou peut-être les maris. ».

UMS	Verbatim
Milieu socioéconomique défavorisé	« dans le 10ème à Paris on n'a pas ce côté hyper violent qu'on a dans certaines banlieues où les jeunes filles peuvent être agressées ».
Pas de stéréotypes	« ça ne se voit pas sur la tête. Elles ne sont pas forcément plus déprimées avec un cocard sur la tête. ».
Changement de regard suite à une formation	« Là ou avant en gros je ne voyais que les femmes qui venaient pour certificat de coups et blessure », « je manquais de formation, de sensibilisation à ce sujet-là ».
Pas de croyances dans les violences	« Même si on ne connaît que la femme parce que le mari vous ne l'avez jamais vu, on écoute ce qu'elle dit mais on ne prend pas parti () Mais je ne dis pas qu'il n'y a pas de femmes qui souffrent de viols ou peut-être les maris. ».

Ainsi, chaque médecin a sa représentation des IVG, des femmes réalisant des IVG, et des femmes violentées, qui peut influencer sa prise en charge des patientes les consultant pour la réalisation d'une IVG, notamment son abord ou non des violences avec ces patientes-là. Maintenant nous allons voir si les violences sont abordées par les médecins chez des patientes pratiquant ou ayant pratiqué une ou des IVG.

3) Abord des violences par les médecins interrogés

Certaines questions de l'entretien ont été réalisées afin de permettre aux médecins interrogés de parler spontanément des violences. Cette partie de l'entretien comprenait 6 questions ouvertes qui étaient les suivantes :

- 1) Quelles questions vous vous posez face à une patiente ayant un antécédent d'IVG ou vous consultant pour une IVG?
- 2) Quelles questions lui posez-vous?
- 3) Pour vous, quelles circonstances amènent une femme à réaliser une IVG?
- 4) Les patientes amènent-elles d'autres circonstances pour la réalisation de leur IVG?
- 5) Les patientes parlent-elles spontanément des circonstances ou leur posez-vous la question?
- 6) Est-ce qu'il y aurait d'autres circonstances à la pratique d'une IVG hormis celles dont on a parlé précédemment?

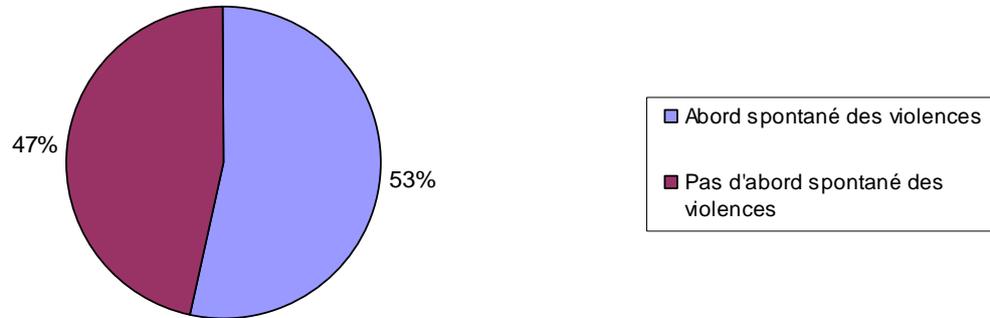
Si les violences n'étaient pas abordées, la question était posée directement, afin de savoir si le médecin l'abordait avec la patiente ou pas :

Avez-vous déjà posé la question à une femme vous consultant pour une IVG, ou ayant un antécédent d'IVG, si elle avait déjà subi des violences?

Au cours des différents entretiens, les réactions ont été diverses.

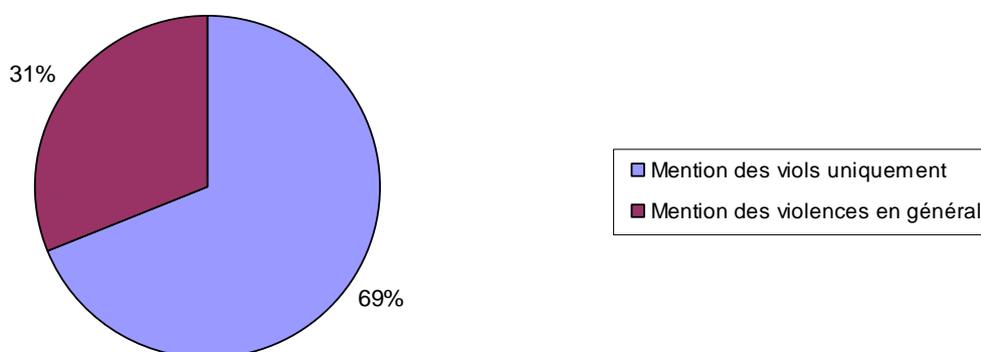
Quatorze médecins (soit 46.67%) n'ont pas abordé spontanément les violences au cours des 6 premières questions. Parmi ceux-ci, 3 d'entre eux (21.43%) disaient poser la question de manière systématique aux patientes.

Proportion des médecins de l'échantillon ayant abordé de manière spontanée ou pas les violences lors de notre entretien

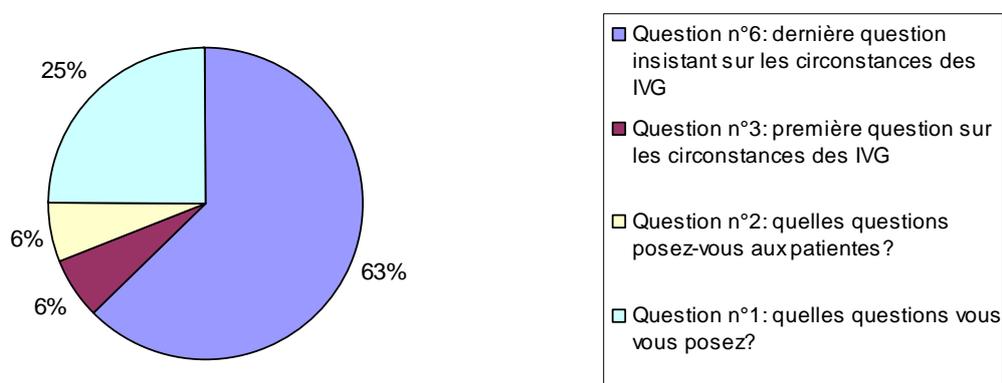


Ainsi, 16 médecins (soit 53.33%) ont abordé spontanément les violences au cours des 6 premières questions. Cependant, la plupart des médecins (10 soit 62.5%) ont parlé des violences au moment de la question n°6 qui insiste sur les circonstances des IVG, en évoquant les viols uniquement, sans évoquer les autres types de violences, ni les violences passées. En ce qui concerne les autres médecins ayant abordé les violences, 1 (6.25%) les a abordées au moment de la première question concernant les circonstances (question n°3) mais en relatant l'histoire d'une patiente violée, un autre (6.25%) en a parlé à la question n°2, et 4 (25%) l'ont abordé dès la première question. Parmi ces 4 médecins, un en a parlé concernant le contexte de la patiente, et les 3 autres parce que la question est posée systématiquement à toutes les femmes les consultant.

Parmi les médecins qui ont abordé les violences lors de notre entretien, quels types de violences sont abordés?

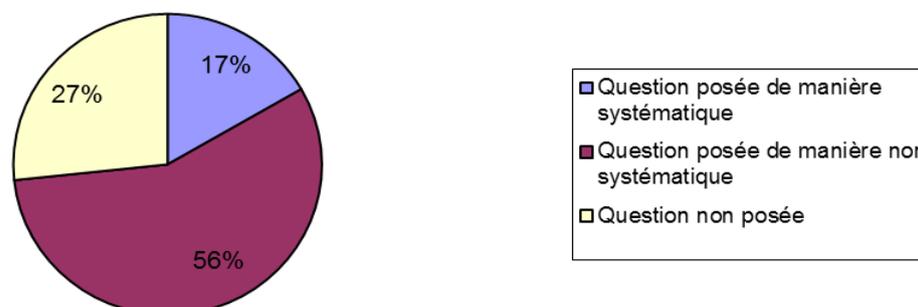


Au cours de notre entretien, à quel moment les médecins de l'échantillon ont-ils abordé spontanément les violences?



De même, parmi tous les médecins interrogés, 5 (16.67%) posent de manière systématique la question de violences aux femmes consultant pour une IVG ou ayant un antécédent d'IVG, 17 médecins (56.67%) la posent de manière non systématique, et 8 médecins (26.67%) ne la posent jamais.

Lors de la consultation, la question des violences est-elle posée par les médecins de l'échantillon?

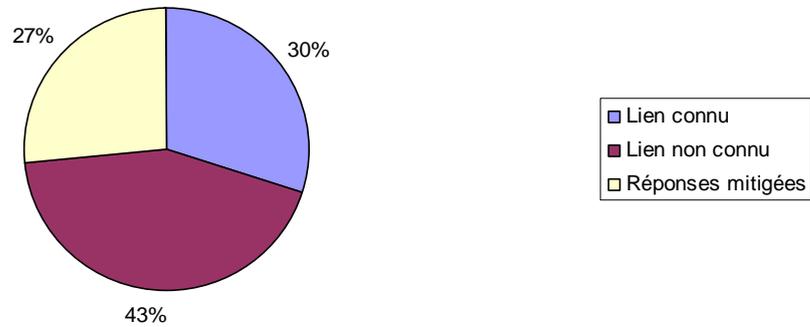


Les médecins qui ne posent pas la question relative aux violences subies chez leurs patientes se présentant pour une IVG ou ayant un antécédent d'IVG, sont ceux qui ont une vision assez mitigée de l'IVG voir défavorable pour certains. Ils ont également pour la plupart une certaine vision des femmes réalisant des IVG et des femmes violentées. Les médecins qui posent cette question de manière systématique sont ceux qui sont favorables à l'IVG, et qui se disent militants pour le droit des femmes. Il s'agit de femmes étant médecins généralistes mais avec une activité exclusivement gynécologique, travaillant en centre de santé ou en centre de planification familiale, donc en secteur 1.

En ce qui concerne le lien entre IVG et violences, une question au cours de l'entretien était posée au médecin pour savoir s'il avait connaissance de ce lien.

Parmi les médecins interrogés, 13 (43.33%) ne le connaissaient absolument pas, 9 (30%) en avaient connaissance suite à la lecture d'études le montrant ou suite à une réunion ou à une formation, et 8 (26.67%) avaient une réponse plus mitigée. Certains en avaient entendu vaguement parler sans savoir où, d'autres pensaient l'avoir lu pour des IVG répétées, d'autres l'avaient appris en formation mais ne semblaient pas convaincus de son existence, et enfin les derniers pensaient qu'un lien existait bien mais qu'ils n'avaient pas pu le constater dans leur pratique.

Connaissance du lien entre violences et IVG par les médecins de l'échantillon



Ainsi, suite à ces résultats, nous pouvons constater que la plupart des médecins interrogés ne connaissent pas le lien entre les IVG et les violences, et peu de médecins posent la question de manière systématique à leurs patientes.

Pour essayer de comprendre pourquoi les violences sont abordées systématiquement par certains médecins et pas par d'autres, d'autres questions ont été posées au cours de l'entretien.

4) Raisons des médecins qui abordent ou pas les violences

Ainsi, certains médecins posent la question des violences de manière systématique, et d'autres non. Cette partie permet de comprendre les raisons de chacun.

I/ Question non posée de manière systématique

La majorité des médecins interrogés ne posaient pas la question des violences dans un contexte d'AVG de manière systématique pour des raisons diverses et variées que voici.

1. Autres signes

Certains médecins ne posent la question des violences que lors de la présence d'autres signes car pour eux, les violences se manifestent obligatoirement par un état particulier de la patiente.

> Symptômes psychologiques

Ces signes peuvent être des symptômes psychologiques comme une dépression mineure ou majeure :

« parce que psychologiquement elles sont pas bien ».

> Souffrance

Il peut s'agir également d'une souffrance quelle, quelle soit, c'est-à-dire aussi bien psychologique que physique :

« une souffrance corporelle, une souffrance somatique, une souffrance apparemment organique ».

> Examen clinique difficilement réalisable

Parfois, c'est sur un examen clinique difficilement réalisable avec une peur de la patiente au moment de l'examen que le médecin s'interroge :

« plus une inquiétude par rapport à l'examen, il des difficultés par rapport à l'examen d'une manière générale ».

> Présence de signes cliniques

Pour d'autres, il est évident que des signes cliniques de violences sont forcément visibles dans ce contexte :

« puis on voit les marques, pas les marques ».

> Maladies psychosomatiques

Où alors, la présence de maladies psychosomatiques avec une plainte des patientes, des symptômes ressentis et des examens complémentaires normaux provoque un doute :

« des symptômes divers et variés avec des choses, on fait des examens on trouve rien ».

> Plaintes multiples

Par extension la question sera également posée à une patiente qui présente des plaintes multiples, avec des douleurs évocatrices et une multiplication des consultations :

« c'est des gens qui reviennent et qui reviennent, qu'on des enfin il des plaintes multiples ».

> Histoire sociale

De même, l'histoire sociale de la patiente comme le placement, l'incarcération, permet de supposer qu'elle a subi des violences :

« le parcours de vie ».

> Attitude des enfants

L'attitude des enfants présents est également un signe de violences conjugales, dans le sens où il reproduit ce qu'il a vu précédemment :

« un môme de 2/3 ans qui tape sa mère ».

> Mauvaise qualité des rapports sexuels

Par ailleurs en cas de mauvaise qualité des rapports sexuels, la question sera posée :

« rapports sexuels difficiles avec leur compagnon ».

> Rapports sexuels sans contraception

De même, des rapports sexuels sans contraception utilisée peuvent être suspects de violence, soit parce que le rapport sexuel n'était pas prévu comme dans le cadre d'un viol, soit parce que la femme n'a pas accès à la contraception comme dans le cadre des violences conjugales :

« si une personne a des rapports et pas de contraception ».

> Ambiguïté

Enfin, la présence d'une ambiguïté concernant la réalisation de l'IVG est un signe pour certains médecins :

« on voit qu'il y a beaucoup d'ambiguïté et alors là on commence à poser des questions bien sûr. ».

UMS	Verbatim
Symptômes psychologiques	<i>« parce que psychologiquement elles sont pas bien ».</i>
Souffrance	<i>« une souffrance corporelle, une souffrance somatique, une souffrance apparemment organique ».</i>
Examen clinique difficilement réalisable	<i>« plus une inquiétude par rapport à l'examen, il y a des difficultés par rapport à l'examen d'une manière générale ».</i>
Présence de signes cliniques	<i>« puis on voit les marques, pas les marques ».</i>
Maladies psychosomatiques	<i>« des symptômes divers et variés avec des choses, on fait des examens on trouve rien ».</i>
Plaintes multiples	<i>« c'est des gens qui reviennent et qui reviennent, qu'on des enfin il y a des plaintes multiples ».</i>
Histoire sociale	<i>« le parcours de vie ».</i>
Attitude des enfants	<i>« un même de 2/3 ans qui tape sa mère ».</i>
Mauvaise qualité des rapports sexuels	<i>« rapports sexuels difficiles avec leur compagnon ».</i>
Rapports sexuels sans contraception	<i>« si une personne a des rapports et pas de contraception ».</i>
Ambiguïté	<i>« on voit qu'il y a beaucoup d'ambiguïté et alors là on commence à poser des questions bien sûr. ».</i>

Ainsi, si aucun de ces signes n'est présent au cours des consultations, la question n'est pas posée par certains médecins.

2. Relation médecin - malade

La notion de relation médecin - malade est importante pour certains médecins afin de poser la question des violences.

> Relation de confiance

Cette notion concerne tout d'abord une relation de confiance installée entre le médecin et la patiente, qui est nécessaire pour parler de violences, à la fois pour le médecin qui ne saurait pas réagir sans cette relation, et à la fois pour la patiente qui ne le dirait pas sans celle-ci :

« je ne saurais pas quoi trop quoi lui dire »,

« c'est des choses qui apparaissent petit à petit euh parce que il faut une relation de confiance ».

> Connaissance de longue date

De même, certains médecins ont le sentiment de devoir connaître depuis longtemps la patiente pour pouvoir aborder le sujet :

« que je connais bien ».

> Connaît la vie privée des patientes

De plus, le médecin généraliste connaît beaucoup de choses sur la vie privée des patientes, et donc par extension il saurait si une de ses patientes était victime de violences :

« surtout pas pour mes patientes où je sais quand même beaucoup de choses de leur vie ».

> Médecin de famille

Par ailleurs, la relation médecin - malade peut être altérée par le fait que le médecin généraliste a des relations avec toute la famille, et que, notamment chez les jeunes patientes, il existe une peur du non-respect du secret médical perturbant la discussion autour des violences :

« la notion de secret médical est pas toujours bien vécu, c'est-à-dire qu'ils ont un peu de mal à admettre qu'on dise jamais rien à personne ».

> Connaissance de l'agresseur

Dans la même idée, le médecin généraliste peut connaître l'agresseur ce qui complique la prise en charge :

« ils s'occupent d'une éuhí d'une famille en plus eux sont connus enfin les différents membres de la famille eux ont à gérer après les relations avec le conjoint si c'est le même médecin traitant en particulierí donc je pense que pour eux c'est moins simple ».

> Peur du jugement du médecin par la patiente

De plus, cette relation peut compromettre la discussion sur les violences car la patiente peut avoir peur de la représentation que le médecin va se faire d'elle, c'est-à-dire qu'elle peut se sentir jugée par le médecin ou avoir un sentiment de honte vis-à-vis de lui :

*« elle n'ose même plus en parler. Elle se dit comment on va me juger. »,
« qui ont honte ».*

> Peur du jugement de la patiente par le médecin

A contrario, le médecin peut avoir peur lui-même qu'en posant cette question la patiente se sente jugée par lui :

« je ne voudrais surtout pas que mes patientes aient l'impression au-delà de leur mésaventure d'être quelque part jugée ou de devoir se justifier ».

> Rupture d'une relation existante avec un autre confrère pour les patientes adressées

Enfin, pour les médecins consultés seulement pour l'IVG, qui ne suivent pas habituellement la patiente, qu'un confrère leur a adressé, il est délicat pour eux d'aborder ce sujet afin de ne pas rompre la relation déjà existante entre le médecin habituel et la patiente :

« on ne casse pas la relation qui existe entre le femme et son médecin qui vous l'a envoyé ».

UMS	Verbatim
Relation de confiance	« je ne saurais pas quoi trop quoi lui dire», « c'est des choses qui apparaissent petit à petit euh parce que il faut une relation de confiance ».
Connaissance de longue date	« que je connais bien ».
Connait la vie privée des patientes	« surtout pas pour mes patientes où je sais quand même beaucoup de choses de leur vie ».
Médecin de famille	« la notion de secret médical est pas toujours bien vécu, c'est-à-dire qu'ils ont un peu de mal à admettre qu'on dise jamais rien à personne ».
Connaissance de l'agresseur	« ils s'occupent d'une euh d'une famille en plus eux sont connus enfin les différents membres de la famille eux ont à gérer après les relations avec le conjoint si c'est le même médecin traitant en particulier donc je pense que pour eux c'est moins simple ».
Peur du jugement du médecin par la patiente	« elle n'ose même plus en parler. Elle se dit comment on va me juger. », « qui ont honte ».
Peur du jugement de la patiente par le médecin	« je ne voudrais surtout pas que mes patientes aient l'impression au-delà de leur mésaventure d'être quelque part jugée ou de devoir se justifier ».
Rupture d'une relation existante avec un autre confrère pour les patientes adressées	« on ne casse pas la relation qui existe entre le femme et son médecin qui vous l'a envoyé ».

Ainsi, le problème de la relation médecin - malade peut recouvrir plusieurs domaines qui empêchent certains médecins de poser la question des violences.

3. Prise en charge ultérieure

La prise en charge ultérieure de la patiente une fois que le médecin sait qu'elle subit des violences reste un frein pour poser la question chez certains, pour différentes raisons.

> Méconnaissance de la prise en charge ultérieure

Tout d'abord, la plupart méconnaît totalement la prise en charge des violences. Ils ne savent pas comment les prendre en charge, vers qui les orienter éventuellement, ce qui les bloque pour poser la question :

« on n'a pas tellement d'armes derrière en fait c'est-à-dire que ok elles ont subi des violences mais maintenant qu'est-ce qu'on fait ».

> Méconnaissance de la prise en charge psychiatrique

De même, certains ne se sentent pas capable de prendre en charge la patiente sur le plan psychiatrique :

« sur le plan psychiatrique moi je pense que c'est un peu compliqué ».

> La prise en charge est inutile

Enfin, certains médecins pensent que malgré une prise en charge adaptée, le problème ne va pas être réglé pour autant :

« Sans compter que lui en parler ne va pas nécessairement changer le problème pour elle . En général ça ne le change pas d'ailleurs. »

UMS	Verbatim
Méconnaissance de la prise en charge ultérieure	<i>« on n'a pas tellement d'armes derrière en fait c'est-à-dire que ok elles ont subi des violences mais maintenant qu'est-ce qu'on fait ».</i>
Méconnaissance de la prise en charge psychiatrique	<i>« sur le plan psychiatrique moi je pense que c'est un peu compliqué ».</i>
La prise en charge est inutile	<i>« Sans compter que lui en parler ne va pas nécessairement changer le problème pour elle . En général ça ne le change pas d'ailleurs. »</i>

4. Retombées négatives pour la patiente

Certains médecins considèrent également que parler de violences à une patiente engendre des retombées négatives pour elle.

> La prise en charge des violences aggrave les choses pour la patiente

D'une part parce que la prise en charge des violences au lieu de soulager la patiente aggrave les choses pour elle car l'agresseur peut se venger en faisant des représailles, et la prise en charge judiciaire n'est pas satisfaisante. La patiente se retrouve ainsi acculée :

« si c'est pour enclencher un cercle infernal, pire que la plainte, c'est pas forcément rendre service à la patiente »,

« moi maintenant je ne leur conseille même plus de porter plainte, j'ai l'impression que ça leur pourri plus la vie qu'autre chose ».

> L'IVG est une violence

D'autre part, quelques médecins considèrent que l'IVG en elle-même est une violence pour la patiente, et ils ne veulent pas augmenter ce sentiment de violence en leur posant la question :

« on a déjà tellement de, de, de souffrances dans la décision d'interruption de grossesse avec

*tout ce que ça comporte etc., que aller questionner plus avant »,
« l'IVG est quelque chose de violent ».*

> Parler de violences est une violence faite à la patiente

De même, pour d'autres médecins, le fait de parler de violences à la patiente est une violence supplémentaire qu'on lui fait subir :

« je ne veux pas faire de violences au patient ».

> Réactivation d'une souffrance

Enfin, le fait de parler de violences à une patiente peut réactiver une souffrance que la patiente essaie d'oublier :

« aller réveiller des trucs qui sont souvent enfouis et qu'elle n'a sûrement pas envie de vous évoquer le jour où vous la voyez ».

UMS	Verbatim
La prise en charge des violences aggrave les choses pour la patiente	<i>« si c'est pour enclencher un cercle infernal, pire que la plainte, c'est pas forcément rendre service à la patiente », « moi maintenant je ne leur conseille même plus de porter plainte, j'ai l'impression que ça leur pourri plus la vie qu'autre chose ».</i>
L'IVG est une violence	<i>« on a déjà tellement de, de, de souffrances dans la décision d'interruption de grossesse avec tout ce que ça comporte etc., que aller questionner plus avant », « l'IVG est quelque chose de violent ».</i>
Parler de violences est une violence faite à la patiente	<i>« je ne veux pas faire de violences au patient ».</i>
Réactivation d'une souffrance	<i>« aller réveiller des trucs qui sont souvent enfouis et qu'elle n'a sûrement pas envie de vous évoquer le jour où vous la voyez ».</i>

5. Ressenti du médecin

> Besoin de ressentir l'envie de poser la question

Pour certains médecins, la question ne peut être abordée que si eux-mêmes ressentent le besoin de la poser :

« Il faut que je sente des choses ».

> Expérience dans la communication médecin - malade

Soit parce que le médecin grâce à son expérience dans la communication médecin - malade ressent que la patiente a besoin de communiquer quelque chose :

« avec l'expérience je sens ce genre de choses »

« L'interaction ça s'installe et la communication ça passe par des canaux euh qui ne sont pas toujours explicites ».

> Sentiment général

Soit parce que le médecin le ressent de manière générale sans avoir d'éléments concrets :

« Une sensation de il y a autre chose en plus quoi. ».

> Interaction avec la patiente

De même, le médecin ressent des choses vis-à-vis de la patiente, et en fonction de cette interaction aura une attitude qui peut être différente :

« ça dépend toujours de la patiente parce que parfois vous êtes agressé ».

UMS	Verbatim
Besoin de ressentir l'envie de poser la question	<i>« Il faut que je sente des choses ».</i>
Expérience dans la communication médecin - malade	<i>« avec l'expérience je sens ce genre de choses » « L'interaction ça s'installe et la communication ça passe par des canaux euh qui ne sont pas toujours explicites ».</i>
Sentiment général	<i>« Une sensation de il y a autre chose en plus quoi. ».</i>
Interaction avec la patiente	<i>« ça dépend toujours de la patiente parce que parfois vous êtes agressé ».</i>

Ainsi, le ressenti du médecin aussi bien d'une manière générale que dans la communication et son interaction avec la patiente peut intervenir dans la décision de poser la question des violences.

6. Rôle du médecin

Pour certains médecins, ce n'est pas leur rôle de poser la question et de prendre en charge les violences.

> Pas d'activité gynécologique

Certains considèrent que comme ils n'ont pas du tout d'activité gynécologique, la question n'est jamais abordée car ce n'est pas son domaine :

« je ne fais pas de gynéco ».

> Rôle du gynécologue

Par extension d'autres médecins pensent que parler de sexualité est le rôle du gynécologue et non du médecin généraliste :

« elles sont là pour ça, pour s'occuper de là. ».

> Orientation des patientes

De même certains considèrent que le rôle du médecin généraliste est avant tout d'orienter les patientes, sans forcément aborder la question :

« notre boulot c'est de s'arranger pour que à chaque fois qu'il y a quelque chose entre guillemet suspecte et bien qu'il y ait une orientation qui soit faite. ».

> D'autres personnes connaissent mieux ce domaine

Enfin, d'autres pensent que leur rôle n'est pas du tout celui d'aborder la question car ils s'occupent avant tout du problème médical concret actuel, et pour le reste, d'autres savent mieux s'en occuper :

« on est d'abord des techniciens »,

« elle (la conseillère conjugale) est beaucoup mieux formée que nous ».

UMS	Verbatim
Pas d'activité gynécologique	<i>« je ne fais pas de gynéco ».</i>
Rôle du gynécologue	<i>« elles sont là pour ça, pour s'occuper de là. ».</i>
Orientation des patientes	<i>« notre boulot c'est de s'arranger pour que à chaque fois qu'il y a quelque chose entre guillemet suspecte et bien qu'il y ait une orientation qui soit faite. ».</i>
D'autres personnes connaissent mieux ce domaine	<i>« on est d'abord des techniciens », « elle (la conseillère conjugale) est beaucoup mieux formée que nous ».</i>

7. Manque de formation

Certains médecins n'abordent pas la question des violences au cours des IVG car ils n'ont jamais eu de formation sur ce sujet pour diverses raisons.

> Génération du médecin

La première serait en rapport avec la génération du médecin. Certains médecins pensent qu'à leur époque la violence n'existait pas, donc par la suite ils n'ont pas pensé à la rechercher chez les autres patientes :

« je suis d'une génération où les relations enfin sexuelles, je préfère dire les relations intimes, sont plutôt quelque chose de favorable ».

> Difficulté pour aborder la question

La deuxième est la difficulté ressentie chez certains médecins de savoir quand et comment aborder ce sujet :

« comment amener la chose? ».

> Pas de formation sur le dépistage des violences

Enfin, d'autres médecins n'ont jamais eu de formation à ce sujet, notamment concernant la manière de dépister des violences qui ne seraient pas visibles facilement :

« une mauvaise vision de la réalité des choses. »,

« je n'ai pas eu de formation spécifique là-dessus ».

UMS	Verbatim
Génération du médecin	<i>« je suis d'une génération où les relations enfin sexuelles, je préfère dire les relations intimes, sont plutôt quelque chose de favorable ».</i>
Difficulté pour aborder la question	<i>« comment amener la chose? ».</i>
Pas de formation sur le dépistage des violences	<i>« une mauvaise vision de la réalité des choses. », « je n'ai pas eu de formation spécifique là-dessus ».</i>

8. Isolement du médecin généraliste

> Isolement

Certains médecins généralistes se sentent isolés, seuls, ce qui complique la prise en charge des violences :

« ça c'est l'isolement ».

> Le travail en groupe permet de repérer les violences plus facilement

Par contre, le travail en groupe est considéré comme une grande aide pour les médecins, car plusieurs médecins voient la patiente, et une discussion peut se faire autour d'elle, ce qui permet de repérer plus facilement les violences :

« il y a quelque chose qui peut émerger chezí avec un médecin et qui aura butté dessus pendant des années avec quelqu'un d'autre. Vous voyezí ce que vous n'avez pas quand vous êtes seul. »

> Prise en charge au sein d'une équipe

Enfin, le travail en groupe permet d'orienter la patiente vers des personnes connues par le médecin, plus compétentes pour aborder le sujet, ce qui peut manquer aux médecins généralistes qui travaillent seuls :

« c'est l'avantage aussi de travailler en équipe. ».

UMS	Verbatim
Isolement	<i>« ça c'est l'isolement ».</i>
Le travail en groupe permet de repérer les violences plus facilement	<i>« il y a quelque chose qui peut émerger chezí avec un médecin et qui aura butté dessus pendant des années avec quelqu'un d'autre. Vous voyezí ce que vous n'avez pas quand vous êtes seul. »</i>
Prise en charge au sein d'une équipe	<i>« c'est l'avantage aussi de travailler en équipe. ».</i>

9. Circonstances

Les circonstances jouent un grand rôle pour l'abord de la question pour certains médecins, que ce soit les circonstances amenées par les patientes au cours de la consultation ou les circonstances de la consultation en elle-même.

> Circonstances de l'IVG claires

En effet, certains médecins ne voient pas l'utilité de poser la question de violences au cours d'une IVG, si les circonstances avancées par la patiente concernant cette grossesse non désirée sont claires et ne sont pas en rapport avec des violences :

« il n'y avait pas nécessité de demander. »

> Circonstances de l'IVG suspectes

De même, en fonction des circonstances avancées par la patiente concernant son IVG, la question sera posée si celles-ci sont suspectes :

« je ne la pose pas systématiquement parce que des fois, le cadre fait que »,

« si on me dit voilà c'est quelqu'un, voilà j'ai truci ça s'est fait dans une cage d'escalier, etc., je vais demander si le rapport était voulu ».

> Motif de consultation

Par ailleurs certains médecins posent la question en fonction du motif de consultation de la patiente :

« si quelqu'un fait des violences aux enfants de savoir si elle-même elle a subi des violences, dans ces rapports lài Ou quand quelqu'un vient pour des problèmes conjugaux etc. ».

> Circonstances de la consultation

Enfin, d'autres médecins aimeraient poser la question à certains moments, mais les circonstances de la consultation font que c'est impossible, soit parce que la consultation n'a aucun rapport avec ce sujet, soit parce que la patiente est accompagnée par un proche :

« comme ça abrupte au milieu d'une consultation pour autre chose »,

« on a la maman qu'est là ».

UMS	Verbatim
Circonstances de l'AVG claires	« il n'oy avait pas nécessité de demander. »
Circonstances de l'AVG suspectes	« je ne la pose pas systématiquement parce que des fois, le cadre fait que », « si on me dit voilà c'est quelqu'un, voilà j'ai truci ça s'est fait dans une cage d'escalier, etc., je vais demander si le rapport était voulu ».
Motif de consultation	« si quelqu'un fait des violences aux enfants de savoir si elle-même elle a subi des violences, dans ces rapports là Ou quand quelqu'un vient pour des problèmes conjugaux etc. ».
Circonstances de la consultation	« comme ça abrupte au milieu d'une consultation pour autre chose », « on a la maman qu'est là ».

10. Vie privée de la patiente

Certains médecins considèrent que parler des violences est de l'ordre de la vie privée de la patiente.

> Intrusion

Ils ont peur d'être intrusif vis-à-vis de la patiente :

« si la personne n'aborde pas euh le sujet, elle a sûrement ses raisons bonnes ou mauvaises »

> Préserver la vie privée de la patiente

De même certains médecins pensent qu'une femme peut vouloir préserver sa vie privée, et donc qu'ils n'ont pas à leur poser la question :

« *est-ce que la dame a envie d'en parler* ».

> Les femmes en parleraient spontanément

Dans la même idée, si une femme est victime de violence, la question n'a pas à être posée car elle le dirait spontanément au médecin :

« *je ne vois pas l'utilité de poser la question. Je pense que les femmes me le diraient* ».

> Interrogation de la patiente face à cette question

Enfin pour la même raison, les femmes vont se demander pourquoi cette question de la part d'un médecin :

« *ça va paraître excessivement bizarre que je pose la question* ».

UMS	Verbatim
Intrusion	« <i>si la personne n'aborde pas euh le sujet, elle a sûrement ses raisons bonnes ou mauvaises</i> »
Préserver la vie privée de la patiente	« <i>est-ce que la dame a envie d'en parler</i> ».
Les femmes en parleraient spontanément	« <i>je ne vois pas l'utilité de poser la question. Je pense que les femmes me le diraient</i> ».
Interrogation de la patiente face à cette question	« <i>ça va paraître excessivement bizarre que je pose la question</i> ».

11. Pas de confrontation à cette situation

> Pas de violences dans la patientèle

Certains médecins n'ont jamais été amenés à poser la question de violences car ils n'ont pas de femmes dans leur patientèle qui auraient pu subir des violences :

« je n'en vois pas ».

> Les violences sont rares

Notamment parce qu'ils considèrent que les violences sont rares donc statistiquement leur patientes n'en ont probablement pas subies :

« il n'y en n'a pas beaucoup ».

> Milieu socio-économique défavorisé

D'autre part parce que les violences proviennent d'un milieu socio-économique défavorisé dont leurs patientes ne font pas partie :

« je vois des gens de milieu plutôt favorisé ».

> Phénomène de mode

Enfin, certains médecins ont l'impression que parler des violences est devenu une mode, mais qu'en réalité elles ne sont pas si fréquentes que ça :

« depuis une décennie la mode est aux violences corporelles, j'ai un peu l'impression qu'on le sert à toutes les sauces ».

UMS	Verbatim
Pas de violences dans la patientèle	<i>« je n'en vois pas ».</i>
Les violences sont rares	<i>« il n'y en n'a pas beaucoup ».</i>
Milieu socio-économique défavorisé	<i>« je vois des gens de milieu plutôt favorisé ».</i>
Phénomène de mode	<i>« depuis une décennie la mode est aux violences corporelles, j'ai un peu l'impression qu'on le sert à toutes les sauces ».</i>

12. Manque de temps

Certains médecins ne posent pas la question devant un manque de temps au cours des consultations. En effet, certains médecins se sentent débordés avec des salles d'attente surchargées, et donc, comme la prise en charge des violences nécessite une consultation plus longue, la question n'est pas abordée :

« on a une salle d'attente pleine »,

« on peut pas dire bon bah d'accord et puis au bout de 5 minutes les mettre dehors »

« Il faudrait qu'on soit plus disponible. Il faut qu'on ait plus de temps. ».

UMS	Verbatim
Manque de temps	<i>« on a une salle d'attente pleine », « on peut pas dire bon bah d'accord et puis au bout de 5 minutes les mettre dehors » « Il faudrait qu'on soit plus disponible. Il faut qu'on ait plus de temps. ».</i>

13. Difficultés à aborder les violences au moment d'une IVG

Certains médecins éprouvent des difficultés à aborder les violences au moment d'une consultation pour la réalisation d'une IVG.

> Peu de temps pour la réalisation d'une IVG

D'une part parce que les consultations pour les IVG sont déjà longues, et également parce que le délai pour réaliser l'IVG est assez court, donc les médecins sont pressés par le temps :

« surtout une IVG médicamenteuse on a quand même un temps court »,

« on n'a pas le temps de chercher dans l'enfance là ».

> L'urgence c'est l'IVG

D'autre part certains médecins pensent que la patiente n'aura pas envie de parler d'autres choses que de son IVG à ce moment-là, car pour elles le plus important c'est l'IVG, pas le reste :

« l'urgence pour elle c'est la fin de la grossesse. ».

> Consultation IVG surchargée en questions

Par ailleurs, au cours d'une consultation IVG, il existe déjà trop de choses à demander pour en rajouter une de plus :

« dans le déroulement pratique des choses parce que c'est déjà assez compliqué ».

> Pas précisé dans le protocole

Enfin, certains médecins ne pensent pas à poser cette question à ce moment-là, car ils suivent un protocole écrit qui ne rappelle pas ce sujet :

« il y a un protocole tellement précis à suivre qu'il faut juste mettre cette question dans le protocole. ».

UMS	Verbatim
Peu de temps pour la réalisation d'une IVG	<i>« surtout une IVG médicamenteuse on a quand même un temps court », « on n'a pas le temps de chercher dans l'enfance là ».</i>
L'urgence c'est l'IVG	<i>« l'urgence pour elle c'est la fin de la grossesse. ».</i>
Consultation IVG surchargée en questions	<i>« dans le déroulement pratique des choses parce que c'est déjà assez compliqué ».</i>
Pas précisé dans le protocole	<i>« il y a un protocole tellement précis à suivre qu'il faut juste mettre cette question dans le protocole. ».</i>

14. L'IVG n'est pas un indicateur de violences

En effet pour certains médecins la réalisation d'une IVG ne peut pas être un indicateur de violences.

> Les IVG sont trop fréquentes

Tout d'abord parce que les IVG sont trop fréquentes pour détecter les femmes qui ont subi des violences, dans le sens où la majorité des femmes, pour ne pas dire toutes les femmes, feront au moins une IVG dans leur vie, or toutes les femmes n'ont pas été victimes de violences dans leur vie :

« quelle femme n'a pas eu d'IVG dans sa vie ».

> Erreur de contraception

Par ailleurs, pour d'autres médecins, les IVG sont liées à des erreurs de contraception donc il n'y a pas besoin de chercher plus loin :

« parce que c'est un problème très compliqué la contraception ».

> Lien non connu entre les IVG et les violences

D'autre part, certains médecins ne connaissent pas le lien existant entre les IVG et les violences :

« le lien IVG violence je le fais pas spontanément ».

> L'IVG est un service

Enfin, d'autres médecins considèrent que l'IVG est un service rendu à la patiente, mais ne fait pas partie de sa prise en charge globale :

« je n'ai pas conçu l'IVG comme étant un élément d'analyse de la réalité médico-psycho-sociale de la population que je soigne donc je n'ai pas regardé cela mais comme un service que je rendais à mes patientes ».

UMS	Verbatim
Les IVG sont trop fréquentes	<i>« quelle femme n'a pas eu d'IVG dans sa vie ».</i>
Erreur de contraception	<i>« parce que c'est un problème très compliqué la contraception ».</i>
Lien non connu entre les IVG et les violences	<i>« le lien IVG violence je le fais pas spontanément ».</i>
L'IVG est un service	<i>« je n'ai pas conçu l'IVG comme étant un élément d'analyse de la réalité médico-psycho-sociale de la population que je soigne donc je n'ai pas regardé cela mais comme un service que je rendais à mes patientes ».</i>

15. Difficultés d'aborder la sexualité

Certains médecins ont des difficultés à parler de sexualité avec leurs patientes soit parce que les médecins sont des hommes, il peut donc exister une gêne de la part de la patiente mais également de la part du médecin, soit parce qu'il existe un problème générationnel vis-à-vis de certains médecins qui n'ont pas été habitués à parler de sexualité à leurs patients :

« je pense que si c'était une femme, il y a des choses qui pourraient mieux se passer. »,

« Quand j'en parle à des médecins de ma génération hommes il y en a d'ailleurs très peu qui font de la gynéco ».

UMS	Verbatim
Difficultés d'aborder la sexualité	« je pense que si c'était une femme, il y a des choses qui pourraient mieux se passer. », « Quand j'en parle à des médecins de ma génération hommes il y en a d'ailleurs très peu qui font de la gynéco ».

16. Peur d'induire une représentation des femmes réalisant une IVG

Certains médecins ne souhaitent pas par leurs questions systématiques induisent une certaine représentation des femmes réalisant des IVG. C'est-à dire que d'une part ils ont peur de les stigmatiser avec une image négative, et d'autre part il existe une forme de sexisme à penser systématiquement qu'une femme ait pu être violente :

« je n'ai pas envie non plus de stigmatiser l'IVG comme un truc de filles paumées qui se sont faites tapées »,

« c'est aussi une forme de sexisme de poser cette question ».

UMS	Verbatim
Stigmatisation	« je n'ai pas envie non plus de stigmatiser l'IVG comme un truc de filles paumées qui se sont faites tapées »,
Sexisme	« c'est aussi une forme de sexisme de poser cette question ».

II/ Question posée de manière systématique

Les médecins interrogés posant la question de violences de manière systématique le faisaient pour différentes raisons.

1. Formation

Certains ont abordé la question de manière systématique suite à une formation.

> Sensibilisation

En effet, avant cette formation, les médecins n'étaient pas sensibilisés à ce problème de violences, une fois que les médecins ont été au courant de cette situation, les questions ont été posées :

« 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. ».

> Question posée plus facilement

De même, la formation a permis de poser la question plus facilement, car elle aide les médecins à aborder le sujet et à décomplexifier la situation :

« elle est nécessaire parce qu'en fait c'est pas compliqué mais avant de le faire, ça paraît ça paraît compliqué ».

UMS	Verbatim
Sensibilisation	<i>« 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. ».</i>
Question posée plus facilement	<i>« elle est nécessaire parce qu'en fait c'est pas compliqué mais avant de le faire, ça paraît ça paraît compliqué ».</i>

2. Etudes

Suite à la connaissance d'études montrant un nombre important de violences chez les patientes se présentant pour une IVG, certains médecins ont décidé de poser la question de manière systématique à ces femmes-là afin de dépister les violences :

«on a fait plusieurs études avec les conseillères conjugales du département et on avait 23% des IVG qui avaient à voir avec de la violence. »,

« parce que il y a eu beaucoup, beaucoup de choses qui ont été dites ».

UMS	Verbatim
Etudes	<i>«on a fait plusieurs études avec les conseillères conjugales du département et on avait 23% des IVG qui avaient à voir avec de la violence. », « parce que il y a eu beaucoup, beaucoup de choses qui ont été dites ».</i>

3. Prise en charge globale de la patiente

> Prise en charge globale

Pour certains médecins, parler et prendre en charge les violences chez les patientes fait partie de la prise en charge globale de la patiente au même titre que ses autres antécédents :

« absolument, tout le monde, systématiquement, ça fait partie bien sûr ».

> Prise en charge de la santé de la femme et de sa contraception

D'une part parce que le rôle du médecin généraliste est de prendre en charge de manière globale la patiente et de l'aider quel que soit le problème ressenti, d'autre part, les violences retentissent sur la santé de la femme en général, mais également sur l'utilisation de sa contraception, dans le sens où prendre en charge les violences chez une femme, permet de prendre en charge également l'aspect gynécologique et son accès à la contraception :

« c'est utile d'une manière générale pour la santé des femmes mais euh c'est utile pour la

contraception ensuite ».

> Soulagement de la patiente

Enfin, parler des violences à une femme permet de soulager la patiente :

« elles sont plutôt soulagées plutôt de pouvoir en parler. ».

UMS	Verbatim
Prise en charge globale	<i>« absolument, tout le monde, systématiquement, ça fait parti bien sûr ».</i>
Prise en charge de la santé de la femme et de sa contraception	<i>« c'est utile d'une manière générale pour la santé des femmes mais euh c'est utile pour la contraception ensuite ».</i>
Soulagement de la patiente	<i>« elles sont plutôt soulagées plutôt de pouvoir en parler. ».</i>

4. Violences cachées

Pour certains médecins les violences sont cachées de deux manières différentes, et les médecins doivent en faire abstraction pour pouvoir les dépister.

> Pas de signes cliniques visibles

La première chose, c'est que les femmes qui subissent des violences ne présentent pas forcément de signes cliniques visibles. Ainsi les violences ne peuvent pas être soupçonnées chez ces patientes-là :

« elles ne sont pas forcément plus déprimées avec un cocard sur l'œil ».

> Pas d'abord spontané des violences par les patientes

La deuxième chose, c'est que si la question n'est pas posée clairement et directement à la patiente, celle-ci n'abordera pas le sujet de manière spontanée :

« si on ne parle pas de la violence directement, les femmes se taisent ».

UMS	Verbatim
Pas de signes cliniques visibles	<i>« elles ne sont pas forcément plus déprimées avec un cocard sur l'œil ».</i>
Pas d'abord spontané des violences par les patientes	<i>« si on ne parle pas de la violence directement, les femmes se taisent ».</i>

Les médecins qui abordent les violences de manière systématique avec leurs patientes dans le cadre d'une IVG sont des femmes, d'âges différents, médecins généralistes mais avec une activité uniquement gynécologique pratiquant des IVG, qui exercent soit en centre de santé, soit en centre de planification familiale, donc en secteur 1.

Ainsi, on a vu que les médecins abordent ou n'abordent pas la question des violences chez les patientes réalisant une ou des IVG pour diverses raisons. Maintenant, on peut se demander quelle place ils pensent avoir dans cette prise en charge.

5) La place du médecin généraliste

A la fin de l'entretien, une question était posée afin d'avoir l'avis des médecins interrogés sur la place du médecin généraliste dans la prise en charge des IVG et des violences.

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, enfin c'est un continuum aussi ».

De plus, il est là pour aider la patiente quelque soit sa demande, et répondre à cette demande :

« répondre à la demande qui est formulée »,

« donner la possibilité aux femmes de se faire aider ».

Enfin, le rôle du médecin généraliste est aussi d'orienter les patients afin d'avoir une prise en charge optimale :

« le truc c'est de savoir jusqu'où on peut aller. »

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 »,

« la fermeture des centres d'orthogénie, des centres hospitaliers fait que en plus que l'accès aux centres d'orthogénie se resserre et est de plus en plus difficile. ».

Cependant, le médecin ne prendra cette place que s'il le désire, et pour ça certains médecins considèrent qu'il faut être militant :

« il faudrait qu'ils soient un peu plus motivés, un peu plus formés, il y en a beaucoup qui ne sont pas du tout intéressés par la question »,

« moi je dirais que la place elle est proportionnelle à sa volonté de la prendre. Si il veut prendre sa place il la trouvera »,

« il faut être militant ».

De plus le gros handicap des médecins généralistes est le manque de temps et leur débordement :

« c'est ça qui va manquer aux généralistes, ça va être du temps »,

« je regrette simplement que le temps qui nous est imparti avec chaque patient soit de plus en plus dévolu à faire de l'administratif. »,

« on nous fait faire trop de choses ».

Enfin, le médecin généraliste étant le premier médecin à être consulté, certains médecins s'accordent à dire que leur formation est donc nécessaire afin de permettre de dépister les violences dans le cadre des IVG :

« ce qu'on ne connaît pas on ne va pas voir »,

« ils doivent être averti que les IVG ça peut être un indicateur de peut-être de violences dans le couple. ».

Ainsi, tous les médecins considèrent qu'ils ont une place primordiale dans cette prise en charge de la patiente. Cependant, devant le lien entre IVG et violences pas forcément connu par les médecins, et l'abord non systématique des violences dans le cadre des IVG pour des raisons diverses et variées, on peut se demander si ces médecins considèrent qu'une formation sur ce sujet serait bénéfique pour eux.

6) La formation

Une des dernières questions de l'entretien était si le médecin interrogé considérait qu'une formation sur le lien entre IVG et violences était nécessaire.

Hormis un médecin qui considérait que grâce à son expérience, une formation ne lui serait pas utile, tous les médecins s'accordaient à dire qu'une formation était nécessaire :

« vous savez je suis installé depuis 30 ans je ne pense pas avoir besoin d'une formation violence-IVG ».

La médecine étant un métier compliqué, une aide n'est pas de refus :

« la médecine c'est pas simple quoi, c'est bien d'avoir une aide ».

De plus, une formation permet d'apprendre à poser la question, à dépister les violences, puis à les prendre en charge :

« enfin en y pensant, on se dit oh la, la, je ne pourrais jamais poser la question et après qu'est-ce que je fais, donc je pense que c'est important de donner des pistes aux médecins généralistes pour les dépister puis pour savoir quoi faire après ».

Surtout que le médecin généraliste peut être amené à traiter la personne agressée ainsi que l'agresseur lui-même :

« enfin ces personnes là sont des patients donc à un moment donné, on est amené à les traiter, s'occuper d'eux, dans le cadre de la violence, de l'agression, de tout ce qu'on voudra ».

Mais cette formation ne doit pas concerner uniquement les médecins généralistes, car d'autres personnes peuvent dépister les violences :

« donc une formation oui bien sûr, mais aux médecins généralistes, enfin dans la formation initiale des médecins, et des sages femmes et des infirmières et de tout professionnel qui peut être amené à repérer. ».

Concernant les modalités de la formation, certains médecins préfèrent des séminaires :

« je me passerais bien une après-midi ou une journée entière à, dans des séminaires ».

D'autres les préfèrent sous forme de groupe de parole en échangeant avec des confrères sur leurs différentes expériences :

« je pense qu'il faudrait plus qu'on ait une discussion »,

« moi je crois à la formation de l'écoute et du travail. ».

Enfin, certains médecins pensent que cette formation devrait s'intégrer dans les études de médecines initiales :

« ça devrait faire partie du cursus dans (í) l'apprentissage de la gynécologie en général »,

« je pense que la violence, si je m'en souviens, mais ça fait í on ne l'aborde pratiquement pas dans les études ».

Un des médecins interrogés considère que les médecins ne sont pas assez formés sur la médecine psychosomatique, ce qui les fait passer à côté de pleins de choses et les angoissent :

« Moi ce que je voudrais c'est que les médecins en finissent avec la médecine symptomatique qui ne cherche jamais à comprendre derrière le symptôme ».

Concernant la formation sur le lien entre les IVG et les violences, plusieurs médecins précisent qu'une formation uniquement sur ce sujet n'est pas imaginable, mais qu'elle pourrait s'intégrer lors de la formation sur les IVG médicamenteuses, ou lors d'une formation sur les violences :

« elle devrait s'intégrer dans certains, lors de certains modules de formation, absolument, mais faire 2 jours là-dessus »,

« alors peut-être pas une formation IVG violences, etc. mais dans une formation sur les violences conjugales, les violences en général »,

« on ne va pas faire une formation violences, IVG médicamenteuses, mais par contre dans toutes les formations autour de l'IVG médicamenteuses, on pourrait avoir un point violences. ».

Cependant si les médecins considèrent qu'une formation sur ce sujet est nécessaire, parfois elle n'est pas réalisable car beaucoup de formations sont importantes et intéressantes en médecine générale et le système de formation est mal organisé pour les médecins :

« en médecine générale, on ne peut pas avoir tout le temps des formations sur tout. »,

« dans toutes les formations on découvre des choses, donc après la difficulté c'est entre nécessaire et faisable quoi »,

« pour faire des formations, il faudrait que le système de formation des médecins qui sont installés soit quand même mieux géré ».

De plus, des médecins considèrent que les formations sur ce sujet sont faites par des médecins qui s'y intéressent et non par les autres qui restent dans l'ignorance :

« c'est des formations qui s'adressent à des gens convaincus que c'est important. ».

Enfin, parfois des médecins assistent aux formations, mais ne mettent pas en pratique derrière suite à une différence de point de vue :

« il n'y a pas que la formation, il faut être volontaire et militant ».

Donc, une formation est nécessaire pour la majorité des médecins interrogés, mais difficilement réalisable. Cette formation pourrait se faire sous différentes modalités (séminaires, groupes de parole ou cursus initial) mais doit s'intégrer à un autre module de formation.

V) Discussion

1) Biais de l'étude

En effet, cette étude peut présenter plusieurs biais.

I. Biais de recrutement

Les médecins étaient soit des médecins réalisant des IVG, membres du réseau REVHO, réseau ville - hôpital pour la réalisation des IVG, soit des maîtres de stage de Paris VI. Ainsi, ces entretiens ont été réalisés avec des médecins motivés et allant à des formations médicales continues régulièrement.

Dans cette étude, 19 médecins généralistes sur 118 réalisant des IVG et membres du réseau REVHO ont été interrogés, soit 1/6^{ème}.

Le lieu d'exercice des médecins interrogés était urbain, l'exercice en milieu rural ou semi-rural n'a pas été représenté au cours de cette étude.

II. Biais de l'enquêteur : biais d'intervention

La réalisation des entretiens, leur retranscription et leur analyse ont été effectuées par la même personne, l'enquêteur. Dans le cadre d'une étude qualitative, il aurait fallu une personne différente pour chaque partie soit 3 personnes en tout pour augmenter la validité interne de l'étude. Cette condition n'était pas réalisable au cours de cette étude. Cependant, une relecture des résultats a été effectuée par 2 membres du département de médecine générale de Paris VI afin de limiter ce biais et de valider les UMS et les verbatim retenus.

De même, au cours du recueil des données, un biais a pu intervenir au moment des entretiens

par l'attitude de l'enquêteur. En effet, celui-ci pouvait avoir une attitude, même inconsciente qui modifiait les réponses des médecins interrogés.

III. Biais d'interprétation

Un biais d'interprétation a pu intervenir dans l'analyse des résultats car la personne les ayant analysés a elle-même une représentation et des avis sur le sujet de l'étude. Ainsi, son interprétation a pu en être modifiée.

2) Principaux résultats

On a vu au cours de cette étude que la majorité des médecins interrogés ne posent pas la question de violences subies à leurs patientes en demande d'IVG ou ayant un antécédent d'IVG et qu'ils ne connaissent pas le lien qui existe entre les IVG et les violences.

La représentation qu'ils ont des IVG, des femmes réalisant les IVG et des violences peuvent influencer ceux-ci.

En effet, nous avons pu constater que les médecins qui abordent systématiquement les violences avec leurs patientes sont ceux qui pensent que l'IVG est un droit pour les femmes, un acte militant, et que c'est un événement qui peut arriver à toutes les femmes quelque soit son milieu socio-économique.

Certains de ces médecins ont modifié leur pratique suite à des formations ou à la participation ou à la lecture d'études montrant le lien fort existant entre les IVG et les violences.

Les médecins qui n'abordent pas systématiquement les violences avec leurs patientes ont une représentation différente des IVG, des femmes les réalisant et des violences. En effet pour eux, l'IVG est une souffrance pour la femme, un événement à oublier rapidement. Certains sont même défavorables à l'IVG. Certains ont également une représentation différente des

femmes les réalisant, pensant que ces femmes font partie d'une catégorie socio-économique défavorisée et en rupture de suivi.

Les principales raisons données par les médecins pour leur non abord systématique des violences au cours des consultations des femmes demandant une IVG ou ayant un antécédent d'IVG étaient les suivantes :

- présence d'autres signes cliniques à l'examen,
- nécessité d'une bonne relation médecin - malade,
- méconnaissance de la prise en charge ultérieure,
- éventuelles retombées négatives pour la patiente,
- nécessité d'un ressenti de la part du médecin,
- isolement du médecin généraliste,
- manque de formation,
- ne concerne pas le rôle du médecin,
- intrusion dans la vie privée de la patiente,
- manque de temps,
- pas de confrontation aux violences car celles-ci sont rares et touchent des milieux socio-économiques défavorisés qu'ils n'ont pas dans leur patientèle,
- question posée en fonction des circonstances de l'IVG ou de la consultation,
- difficultés pour aborder la sexualité,
- peur d'induire une représentation négative des femmes réalisant des IVG,
- l'IVG n'est pas un indicateur de violences car elles sont trop fréquentes et le lien entre les IVG et les violences n'est pas connu.

Ainsi nous allons voir si dans la littérature ces représentations sont fondées ou pas.

3) Discussion des résultats suite à une comparaison avec la littérature

Concernant la fréquence des violences, et les milieux socio-économiques touchés par ce problème, l'enquête ENVEFF (29) réalisée en France en 1999-2000 révèle que plus d'un million et demi de femmes ont subi des violences verbales, sexuelles ou physiques (30). Des violences conjugales au cours des 12 derniers mois ont été subies par 10% des femmes âgées

de 20 à 59 ans. Le taux de femmes ayant été victimes d'agressions sexuelles allant de l'attouchement au viol est de 1,2%, ce chiffre passe à 2,2% dans la tranche d'âge des 20-24 ans. La majorité des violences se produisent dans la sphère familiale ou privée. Les violences conjugales concernent toutes les classes sociales.

Selon une étude nationale des décès au sein du couple, une femme décède tous les 3 jours sous les coups de son compagnon et un homme décède tous les 13 jours sous les coups de sa compagne (33).

Selon l'enquête contexte de sexualité en France en 2006, une personne sur cinq déclare avoir été victime au cours de sa vie de tentative de viol ou de viol. Parmi les femmes de 18 à 39 ans, 11 % ont été victimes d'une tentative de viol, ou d'un viol avant 18 ans (30).

Selon le rapport Henrion, les femmes victimes d'agressions physiques au cours des douze derniers mois se confient en premier lieu au médecin (24 % des cas), avant la police et la gendarmerie (13 % des cas), la justice ou les associations (2).

Concernant les IVG, leur nombre est resté stable de 2000 à 2009. De plus en 2009, une IVG sur 10 est réalisée en ville, une IVG sur 2 est médicamenteuse (43).

Les IVG sont réalisées par toutes les catégories socioprofessionnelles (16, 44).

Concernant la représentation des IVG par certains médecins qu'ils considèrent comme un événement dramatique pour la femme, une méta-analyse réalisée en 2008 sur 21 articles comparant les femmes ayant réalisé une IVG et celles n'en ayant pas fait, montre qu'il n'y a pas de répercussions mentales au long cours chez les femmes aux antécédents d'IVG (45).

Ainsi, les violences ne sont pas rares, touchent toutes les catégories socio-économiques et les femmes peuvent en parler prioritairement à leur médecin traitant. De même, le taux d'IVG reste stable, un nombre non négligeable s'effectue en ville et les femmes les réalisant sont de tous milieux socio-économiques.

Le médecin généraliste a donc un rôle primordial pour le repérage des violences en général mais également dans le cadre des IVG. D'ailleurs, tous les participants de cette étude étaient d'accord sur ce sujet, même si certains reconnaissent qu'ils auraient des difficultés pour jouer ce rôle.

Certains médecins arguaient du manque de temps. Cependant nous avons vu précédemment que les violences subies ont des conséquences multiples et variées au niveau psychiatrique et organique. Ainsi, en connaissant la cause de ces multiples maladies et en la prenant en charge, ceci permettrait de résoudre les symptômes découlant de celle-ci. Le temps du médecin est contraint, mais n'est-ce pas au final un gain de temps pour lui?

Certains médecins pensent que les femmes victimes de violences leur diraient spontanément. Au cours des entretiens, plusieurs médecins interrogés qui avaient demandé systématiquement à leurs patientes si elles avaient été victimes de violences dans le but de la réalisation d'une étude ou suite à une formation ont été étonnés de la réponse positive de certaines de leurs patientes. Ceci montre que les violences ne sont pas forcément visibles, et que les femmes ne s'expriment pas forcément sur ce sujet si on ne leur pose pas la question.

Le repérage peut être facile devant des lésions visibles, nombreuses et de topographie suggestives. Il est beaucoup plus difficile lorsque la femme consulte pour d'autres troubles d'ordre psychosomatique. En l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de découvrir les violences est le dépistage systématique, essentiel pour les auteurs américains et canadiens et très peu fait par les médecins français (2).

D'ailleurs, la plupart des femmes n'osent pas ou ne souhaitent pas parler de ce qu'elles subissent. D'après les études canadiennes, 25 % seulement en parleraient spontanément à leur médecin (2).

Une étude sur le dépistage systématique des violences faites aux femmes dans la pratique des sages femmes rappelle que les femmes victimes sont le plus souvent isolées et ont de grandes difficultés à en parler spontanément. Par ailleurs, la plupart des femmes accueillent très favorablement ce dépistage, qu'elles soient victimes ou non (46).

Ainsi, les violences peuvent être difficilement repérables. L'IVG pourrait être un indicateur supplémentaire pour pouvoir les repérer. De plus, les femmes semblent favorables à ce dépistage.

Certains médecins se sentent isolés pour la prise en charge des violences. Cependant, plusieurs personnes peuvent aider les femmes victimes de violences : la justice, la police, les associations spécialisées, les travailleurs sociaux, les autres professionnels de santé, les

psychologues, les centres de santé de proximité, les services d'urgence médicales, chirurgicales et médico-judiciaires.

Il existe de nombreuses associations pour aider les femmes victimes de violences. Pour ne citer que quelques unes :

- Fédération Nationale Solidarité des Femmes (FNSF) qui regroupe plus de 60 associations engagées dans la lutte de toutes les violences faites aux femmes
- Collectif féministe contre le viol (CFCV)
- Mouvement Français pour le Planning familial (MFPF)
- Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation (INAVEM)
- Association européenne contre les Violences faites aux Femmes au Travail (AVFT).

Il existe un site internet pour les professionnels de santé sur les violences conjugales : www.violences.fr.

Une liste de ces associations avec leurs coordonnées est disponible en annexe 3.

A la lumière de la littérature, nous pouvons constater que toutes les raisons données par les médecins interrogés au cours de l'étude pour ne pas aborder les violences avec leurs patientes en demande ou ayant déjà réalisé une IVG, révèlent une méconnaissance de la fréquence, de la gravité, du repérage des violences et du lien qui existe entre les violences et les IVG. Il existe un manque de formation des médecins à ce sujet.

Nous avons vu également que la plupart des médecins interrogés étaient favorables à une formation sous plusieurs formes si celle-ci s'intégrait à un autre module de formation.

Cette étude en révélant les obstacles, les difficultés de certains médecins à aborder cette question permettra peut-être d'adapter les formations initiales et continues réalisées sur ce sujet pour les médecins.

VI) Conclusion

Les violences ont de lourdes conséquences sur la santé physique et psychique des femmes. Le lien entre les IVG et les violences n'est pas négligeable, il a été montré par diverses études canadiennes, néo-zélandaises, américaines. Ce lien est très peu évoqué dans les études françaises et dans les ouvrages destinés aux médecins généralistes et aux gynécologues.

Cette étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés a été réalisée afin de savoir si ce lien est connu par les médecins généralistes et si ceux-ci posent la question de violences aux femmes réalisant des IVG. Le but était de comprendre leurs éventuelles difficultés à aborder cette question. Les 30 entretiens réalisés ont permis de montrer les nombreuses raisons du non abord des violences dans un contexte d'IVG chez les médecins de l'échantillon. Ils ont permis également de montrer les raisons de ceux qui posent la question de manière systématique.

Nous avons vu que la plupart des médecins de notre échantillon ne connaissaient pas le lien entre les IVG et les violences.

Il existe également plusieurs freins rapportés par les médecins de notre étude concernant l'abord des violences auprès des patientes en demande d'IVG ou ayant réalisé une IVG :

- présence d'autres signes cliniques à l'examen,
- nécessité d'une bonne relation médecin - malade,
- méconnaissance de la prise en charge ultérieure,
- éventuelles retombées négatives pour la patiente,
- nécessité d'un ressenti de la part du médecin,
- isolement du médecin généraliste,
- manque de formation,
- ne concerne pas le rôle du médecin,
- intrusion dans la vie privée de la patiente,
- manque de temps,
- pas de confrontation aux violences car celles-ci sont rares et touchent des milieux socio-économiques défavorisés qu'ils n'ont pas dans leur patientèle,

- question posée en fonction des circonstances de l'IVG ou de la consultation,
- difficultés pour aborder la sexualité,
- peur d'induire une représentation négative des femmes réalisant des IVG,
- l'IVG n'est pas un indicateur de violences car elles sont trop fréquentes et le lien entre les IVG et les violences n'est pas connu.

Cependant nous avons vu que ces freins révélaient un manque de connaissance de la part des médecins de l'échantillon sur le lien entre les violences et les IVG, ainsi que sur la fréquence, la gravité des conséquences et la prise en charge des violences chez les femmes. D'ailleurs, les médecins posant de manière systématique cette question, ont commencé à l'aborder suite à une formation ou à la participation à une étude.

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.

Ces résultats peuvent nous permettre d'adapter l'enseignement initial et les formations médicales continues, en s'aidant des représentations des médecins, et en s'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.

VII) Bibliographie

1. La violence à l'encontre des femmes - Organisation mondiale de la santé [Internet]. [cité 2012 juin 12]. Available de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/index.html>
2. Henrion R. 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; 2001
3. Piet M. Le viol un problème de société, un problème de santé publique. Bull. Acad. Natle Méd., 2010, 194, no 8, 1535-1543, séance du 23 novembre 2010.
4. Gee RE, Mitra N, Wan F, Chavkin DE, Long JA. Power over parity : intimate Partner violence and issues of fertility control. Am. J. Obstet. Gynecol. 2009 août; 201(2) : 148.e1-7
5. Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. Trauma Violence Abuse. 2007 avr;8(2) :149-77
6. Van Roode T, Dickson S, Herbison P, Paul C. Child sexual abuse and persistence of risky sexual behaviors and negative sexual outcomes over adulthood : findings from a birth cohort. Child Abuse Negl. 2009 mars;33(3) : 161-72
7. Sarafis C. Mémoire octobre 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 [Internet]. [cité 2012 juin 12]. Available de : <http://www.scribd.com/patlegat/d/22896527-MEMOIRE-octobre-2009>
8. Gigi Evins MD, Nancy Chescheir MD. Prevalence of domestic violence among women seeking abortion services. The Jacobs Institute of Women's Health. 1996 août;6(4) :204-210
9. Boden JM, Bergusson DM, Horwood LJ. Experience of sexual abuse in childhood and abortion in adolescence and early adulthood. Child Abuse Negl. 2009 déc;33(12) :870-6
10. Bleil ME, Adler NE, Pasch LA, Sternfeld B, Reijo-Pera RA. Adverse childhood experiences and repeat induced abortion. Am. J. Obstet. Gynecol. 2011 févr;204(2) :122.e1-6
11. Fanslow J, Silva M, Whitehead A, Robinson E. pregnancy outcomes and intimate Partner violence in new Zealand. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2008 août;48(4) :391-7
12. Bourassa D, Bérubé J. The prevalence of intimate partner violence among women and teenagers seeking abortion compared with those continuing pregnancy. J Obstet Gynaecol Can. 2007 mai;29(5) :415-23

13. Whitehead A, Fanslow J. Prevalence of family violence amongst women attending an abortion clinic in New Zealand. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2005 août;45(4) :321-4
14. Le petit Larousse illustré. Dictionnaire encyclopédique. Paris : Larousse, 1993 : 1783p
15. Abbara A. Interruption volontaire de grossesse (IVG) [Internet]. [cité 2012 juin 12]. Available de http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/ivg.html
16. Nisand I, Merg-Essadi D. Aspects éthiques et médico-légaux de l'interruption volontaire de grossesse. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). Gynécologie. 738-B-80, 2009.
17. ANCIC association nationales des centres d'interruption de grossesse et de contraception. Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement en France [Internet]. [cité 2012 juin 12]. Available de http://www.ancic.asso.fr/textes/ressources/historique_ivg-veil.html
18. Courbiere B, Carcopino X. Gynécologie obstétrique. Paris : Vernazobres-Grego, 2006/2007 : 449p.
19. Livret d'information sur l'IVG en ville à l'intention des médecins - Ministère en charge de la santé [Internet.] [cité 2012 juin 12]. Available de http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Livret_d_information_sur_l_IVG_en_ville_a_l_intention_des_medecins-2.pdf
20. Fiche d'information à l'intention des médecins pratiquant des IVG en médecine de ville - Ministère en charge de la santé [internet]. [cité 2012 juin 12]. Available de <http://www.sante.gouv.fr/fiche-d-information-a-l-intention-des-medecins-pratiquant-des-ivg-en-medecine-de-ville.html>
21. L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG). Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale. [Internet]. [Cité 2012 juin 12]. Available de http://www.femmes-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_IVG_GT_2_CSIS_2011-2.pdf
22. Recommandations de bonnes pratiques. Interruption de grossesse par méthode médicamenteuse. 2010 décembre : 12p.
23. ANCIC association nationales des centres d'interruption de grossesse et de contraception. Contraception post-IVG médicamenteuse [Internet]. [cité 2012 juin 12]. Available de <http://www.ancic.asso.fr/contrapost.php>
24. Etapes d'une IVG en ville - Ministère en charge de la santé [Internet]. [cité 2012 juin 12].

Available de <http://www.sante.gouv.fr/etapes-d-une-ivg-en-ville.html>

25. Summary_fr.pdf (Objet/application pdf) [Internet]. [cité 2012 juin 12]. Available de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_fr.pdf

26. Code pénal article 222-23. [Internet]. [cité 2012 juin 12]. Available de <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417678&cidTexte=LEGITEXT000006070719>

27. Code pénal article 222-22. [Internet]. [cité 2012 juin 12]. Available de <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417677&cidTexte=LEGITEXT000006070719>

28. SOS Viols Femmes Informations. Ce que dit la loi. [Internet]. [Cité 2012 juin 12]. Available de <http://www.cfcv.asso.fr/viol-femmes-informations/c2,ce-que-dit-la-loi.php>

29. L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff) [Internet]. [cité 2012 juin 12]. Available de http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/enveff_1_pdf

30. Lazimi G, Piet E, Casalis MF. Violences faites aux femmes en France & rôles des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique. Les cahiers de santé publique et de protection sociale. 2011 : 9-18

31. Les violences faites aux femmes - Institut national de la statistique et des études économiques. [Internet]. [cité 2012 juin 12]. Available de http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1180®_id=0

32. Lazimi G. Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant ? Etude réalisée par 51 médecins et 2 sages-femmes. 557 patientes interrogées. Intérêt et faisabilité. Mémoire dans le cadre du diplôme universitaire « Stress, traumatisme et pathologies » : université Paris VI, 2007.

33. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple de l'année 2010- Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration [Internet]. [cité 2012 juin 12]. Available de http://www.interieur.gouv.fr/sections/a_votre_service/aide_aux_victimes/violence-couple/downloadFile/attachedFile/morts_violentes_au_sein_couples.pdf

34. Romito P, Escribà-Agüir V, Pomicino L, Lucchetta C, Scrimin F, Molzan Turan J. Violence in the lives of women in Italy who have an elective abortion. Womens Health Issues.

2009 oct;19(5) :335-43

35. Marret H, Wagner-Ballon J, Guyot H, [et al.]. 120 questions en gynécologie obstétrique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2009 : 466p

36. Keith Edmonds D. Obstetric and gynecology. Londres : Blackwell Publishing 7^{ème} édition, 2007 : 692p

37. Pons JC, Vendittelli F, Lachcar P. L'AVG et sa prévention. Paris : Masson, 2004 :335p

38. Blanc B, Siproudhis L. Pelvi - péri néologie. France : Springer, 2005 : 619p

39. Blanc B, Monnier P, Barbarine, Carbonne B. Mises à jour en gynécologie médicale. L'adolescence. Paris : Vigot, 2003 : 224p.

40. Fernandez H, Chapron C, Pouly JL. Traité de gynécologie. Paris : Flammarion médecine-sciences, 2005 : 571p

41. Gelly M. Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée. Paris : L'Harmattan, 2006 : 244p.

42. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19) :142-5.

43. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009 - Drees - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - Ministère des affaires sociales et de la santé. Études et résultats. 2011 juin. N°765 : 6p.

44. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans? Population et sociétés. 2004décembre;407 :38-40

45. Charles VE, Polis CB, Sridhara SK, Blum RW. Abortion and long-term mental health outcomes : a systematic review of the evidence. Contraception. 2008 déc;78(6) :436-50

46. Delespine M. Le dépistage systématique des violences faites aux femmes dans la pratique des sages femmes. Femme : Médecine : Paris 5 : 2009; 2009.

VIII) Annexes

Annexe 1 : guide d'entretien

I. Connaissance du médecin

- Homme / Femme?
- Exercice en secteur 1 ou 2?
- Depuis combien de temps exercez-vous?
- Pratiquez-vous des IVG? Si oui depuis combien de temps?
- Quelle a été votre formation?
- Qu'est-ce qui vous a motivé à pratiquer des IVG?
- Combien d'IVG réalisez-vous par an?

II. Les patientes

- Les femmes vous consultant pour la réalisation d'une IVG sont des patientes que vous connaissez ou vous consultent-elles pour la première fois?
- En moyenne quel est leur âge?
- S'agit-il d'IVG répétées ou non?

III. Les motifs / circonstances des IVG

- Quelles questions vous posez-vous face à une patiente consultant pour la réalisation d'une IVG ou ayant pratiqué une IVG?
- Quelles questions posez-vous à ces patientes?
- Pour vous, quelles circonstances amènent une femme à réaliser une IVG?
- Savez-vous pour quelles raisons ou dans quelles circonstances vos patientes pratiquent ou ont pratiqué une IVG?

- Le disent-elles spontanément ou leur posez-vous la question?
- Selon vous existe-t-il d'autres motifs à la pratique d'une IVG?

Si le médecin n'aborde pas le thème de la violence :

- Avez-vous déjà posé la question à une femme consultant pour une IVG si elle subissait des violences?

=> Si oui pourquoi et combien de fois? Dans quelles situations? Que s'est-il passé par la suite?

=> Si non pourquoi?

- Avez-vous connaissance de l'existence d'un lien entre les violences subies chez les femmes et la pratique d'IVG?

IV. Les difficultés pouvant être rencontrées par le médecin au sujet de la violence subie chez une femme consultant pour IVG

- Vous sentez-vous bien préparé à poser la question de violence subie aux femmes vous consultant pour la réalisation d'une IVG ou chez les femmes ayant déjà réalisé une IVG?
- Quelles difficultés pourriez-vous rencontrer en abordant le sujet?
- Quels obstacles pensez-vous rencontrer?
- Que ressentez-vous face à ces patientes?
- Qu'est-ce que cela provoque selon vous?

V. La place du médecin généraliste dans la prise en charge

- Quels sont les facteurs qui pourraient influencer votre prise en charge?
- Que pensez-vous de la place du médecin généraliste dans la prise en charge?
- Pensez-vous qu'une formation particulière est nécessaire?

Annexe 2 : ouvrages consultés destinés aux gynécologues et aux médecins généralistes

1. Collège national des gynécologues et obstétriciens français et de la conférence nationale des PU-PH en gynécologie-obstétrique, Philippe HJ, Body G, Mares P. Gynécologie, obstétrique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson 2^{ème} édition, 2010 : 509p
2. Collège national des gynécologues et obstétriciens français et de la conférence nationale des PU-PH en gynécologie-obstétrique. Gynécologie, obstétrique. Paris : Elsevier Masson, 2006 : 473p
3. Thibaud E, Drapier-Faure E, Audebert A, Audran F, Bachelot A, [et al.]. Gynécologie de l'adolescente. Paris : Masson, 2005 : 284p
4. Lansac J, Lecomte P, Marret H. Gynécologie pour le praticien. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson 7^{ème} édition, 2007 : 574p
5. Blanc B, Jamin C, Sultan C. Traité de gynécologie médicale. Paris : Springer, 2004 : 608p
6. Evans MI, Dombrowski MP, Ginsburg KA. Contemporary therapy in obstetrics and gynecology. Philadelphie : W.B. Saunders, 2002 : 558p
7. Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard I. Danforth's obstetrics and gynecology. Philadelphie : Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins, 2008 : 1136p
8. Hacker NF, Moore JG, Gambone JC. Essentials of obstetrics and gynecology. Philadelphie : Elsevier Saunders 4^{ème} édition, 2004 : 520p
9. Ling FW, Duff P. Obstetrics and gynecology : principles for practice. New York : McGraw-Hill, 2001 : 1387p
10. Schorge JO, Scheffer JI, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham FG. Williams gynecology. New York : McGraw-Hill Medical, 2008 : 1189p
11. Pearlman MD, Tintinalli JE, Dyne PL. Obstetric & gynecologic emergencies : diagnosis and management. New York : McGraw-Hill, Health Professions Division, 2004 : 590p
12. Shaw RN, Luesley D, Mong A. Gynaecology. Churchill Livingstone : Elsevier 4^{ème} édition, 2011 : 1063p
13. Langer B. Urgences en gynécologie-obstétrique. Paris : Masson, 2004 : 273p
14. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Lansac J, Blanc B, Carbonne B. Gynécologie et obstétrique pour les médecins généralistes. Paris : Vigot, 2005 : 150p

15. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Puech F, Daraï E, Luton D. mise à jour en gynécologie et obstétrique et techniques chirurgicales. Paris : Vigot, 2010 : 774p
16. Oats J, Abraham S. Fundamentals of obstetrics and gynaecology. Australie : Elsevier Mosby 8^{ème} édition, 2005 : 365p
17. Cunningham FG, Levene KJ, Bloom SL, Harth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics. New York : McGraw-Hill Medical 23^{ème} édition, 2010 : 1385p
18. Campus National de Gynécologie Obstétrique. I.V.G. [Internet]. [cité 2012 juillet 02]. Available de [http ://www.fascicules.fr/data/consulter/gynecologie-polycopie-interruption-grossesse.pdf](http://www.fascicules.fr/data/consulter/gynecologie-polycopie-interruption-grossesse.pdf)

Annexe 3 : liste des associations avec leurs coordonnées

- Association Nationale des centres d'Interruption de grossesse et de Contraception (ANCIC)
www.ancic.asso.fr

- Association européenne contre les Violences faites aux Femmes au Travail (AVFT).
01 45 84 24 24
www.avft.org

- Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CNIDFF)
01 42 17 12 00
www.infofemmes.com

- Collectif féministe contre le viol
0800 05 95 95
www.cfcv.asso.fr

- Fédération Nationale Solidarité des Femmes (FNSF)
3919
www.solidaritefemmes.org

- Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation (INAVEM)
08 842 846 37
www.inavem.org

- Institut de victimologie
www.institutdevictimologie.fr

- Mouvement Français pour le Planning familial (MFPF)
www.planning-familial.org

- Site pour les professionnels de santé sur les violences conjugales
www.violences.fr