FEMME MEDECIN LIBERAL

Compte-rendu

4èmes Assises de la Femme, Médecin Libéral

La Femme en santé : un enjeu pour la société

du 11 et 12 janvier 2013

Hôtel Concorde Lafayette
3 Pl. du G[al] Koenig - 75017 PARIS

Avec le soutien de :

Les 4èmes Assises de la Femme, Médecin Libéral du SML se sont déroulées les 11 et 12 janvier dernier à Paris sur le thème :

« la femme en santé : un enjeu pour la société ».

Au cours de ces deux journées, deux sujets restés trop longtemps tabous ont été abordés :

- **La santé au travail du médecin : un bénéfice pour la population ?**
- **L'implication de la médecine libérale dans le repérage des victimes de violence.**

Vendredi 11 janvier 2013

Corinne Godenir Françoise Roudil

› Atelier n° 1 :

La santé au travail du médecin : un bénéfice pour la population ?

Animé par le Dr Françoise Roudil (dermatologue) et le Dr Corinne Godenir (médecin nutritionniste), membres de l'association FML

FML promeut un exercice libéral innovant, viable, capable d'intégrer les nouvelles donnes sociétales. Elle se positionne comme une force de proposition dans le but d'améliorer la qualité de vie du médecin.

Présentation d'une enquête de la région Centre

De haut en bas : Martine Darchy Parvine Bardon

menée par la commission « Amélioration des conditions d'exercice professionnel »: les généralistes et les jeunes femmes en particulier demandent de l'aide !

Intervenantes : Dr Parvine Bardon, gynécologue et Dr Martine Darchy, dermatologue (membres du bureau de l'URPS des médecins de la région Centre et de la commission amélioration des conditions d'exercice professionnel et membres de l'association FML)

Le constat : des paradoxes

Le mauvais état moral de la communauté médicale est marqué, en particulier, par plusieurs cas de suicides. Une situation dramatique à l'origine de l'initiative de la commission ad hoc de l'URPS de la région Centre, qui a décidé d'adresser un questionnaire

« de terrain » sur 8 items auprès des 2 086 médecins généralistes en exercice.

Objectif : cerner les attentes des praticiens au plus près de leurs réalités vécues.

Le questionnaire a été diffusé, mi-octobre 2012, dans la région Centre dont la particularité est d'être, avec la Picardie, l'une de celle qui connaît **la plus faible densité médicale de France.** Ce qui soulève des problèmes spécifiques. *« Il n'y avait aucune mesure concrète pour y remédier, a expliqué Parvine Bardon. Nous étions dans un tabou sur le burn out médical et donc dans les incantations. Nous avons voulu réfléchir aux actions à mener ».* Le questionnaire cherche à apporter les éclairages nécessaires pour contribuer à améliorer la gestion « de nos petites entreprises qui connaissent la crise » souligne la commission dans sa présentation :

Atelier 1 : session de travail

Item 1 : Prévention de l'épuisement professionnel.
Item 2 : Améliorer l'organisation du cabinet médical.
Item 3 : S'adapter aux nouveaux modes d'exercice.
Item 4 : S'adapter aux nouveaux comportements des patients.
Item 5 : Intégrer les nouveaux outils informatiques.
Item 6 : Protection sociale.
Item 7 : Prévention et gestion de l'erreur médicale.
Item 8 : Les relations avec les caisses primaires

L'impact a été immédiat. En atteste, le recueil de 396 réponses de médecins obtenues sans relance dès le 1er novembre. Le taux de 19% de retours en quinze jours traduit une spontanéité inédite.

Formé par un tiers de femmes et deux tiers d'hommes, l'échantillon se révèle représentatif de la structure démographique régionale, même si les femmes de moins de 50 ans ont été les plus nombreuses à se manifester. Parmi les modes d'exercices, ceux qui travaillent en cabinet de groupe (53%) sont prépondérants par rapport à ceux qui ont un exercice isolé (47%). Globalement, les répondants sont plus implantés en milieu rural qu'en milieu urbain.

Qu'ont-ils voulu exprimer en classant les items par ordre de préférence ? Que leurs priorités résident dans la prévention de l'épuisement professionnel, dans son diagnostic précoce et dans l'amélioration de l'organisation du cabinet médical et de sa mise aux normes. Les médecins sont en effet 51 % à placer largement en tête les items 1 et 2. Il est notable que ce sont les femmes jeunes qui ont plus particulièrement réclamé les réunions sur la prévention de l'épuisement professionnel. *« La plupart d'entre elles, exerçant en milieu rural et semi rural, sont apparues parmi les plus inquiètes et les plus demandeuses de formation »,* souligne Parvine Bardon.

« Ce que je retiens de ce questionnaire, c'est qu'il montre que le monde médical va mal, en dépit de toutes les formations, malgré tout l'entourage dont il dispose. Et cela que l'on soit homme ou femme, médecin généraliste ou d'autres spécialités » indique pour sa part Martine Darchy.

Parvine Bardon en déduit que l'exercice en groupe ne répond pas à toutes les préoccupations. Que le concept de **la maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ne saurait être cette panacée universelle** que prétendent l'ARS et les instances publiques.

L'autre paradoxe c'est que, malgré le fort taux de ceux qui possèdent un secrétariat médical (72 %) et qui disposent d'un logiciel médical (92 %), les **réunions sur l'organisation matérielle** du cabinet figurent parmi les plus demandées. Si plus de 25 % des répondants ne peuvent ou ne veulent pas s'offrir un secrétariat, il apparaît que l'existence d'un **secrétariat et de l'informatique sont inopérants pour résoudre les problèmes de stress.**

Bien que nombreuses à être déjà proposées, **les formations informatiques ne répondent pas aux attentes.**

Faut-il les améliorer sur les chapitres de l'organisation et de la bonne utilisation ?

Pour satisfaire les attentes, 72% souhaitent les réunions inter actives et présentielles. La majorité plébiscite les échanges confraternels en petits groupes de pairs, loin de toute évaluation et de tout jugement.

Que leur URPS organise des réunions départementales ? Cela répond à la demande d'une aide indépendante des syndicats et des organismes de développement professionnel continue (DPC). Ces orientations ont commencé à se concrétiser **le 7 février 2013 avec les premières réunions thématiques.** Soit « moins de 4 mois après le recueil et l'analyse de l'enquête » fait valoir Parvine Bardon.

L'URPS Centre prévoit de produire ces réunions dans chacun des six départements de la région, en les accompagnant d'une seconde réunion à distance. **But : vérifier l'efficience et les changements positifs qu'elles ont induits dans les 3 mois qui ont suivi.**

L'état de santé des médecins, est-il un risque professionnel ?

PRÉVOYANCE : LE CONTRAT A REVISITER TOUS LES ANS

Intervenant : Dominique Morel, du groupe pasteur mutualité (GPM)

L'exercice de la médecine libérale, fait que le médecin, qu'il soit isolé ou en groupe, devient chef d'entreprise avec des contraintes inhérentes à la profession et d'autres à toute entreprise. **Étant Indépendant il est seul garant de ses revenus et charges, le seul interlocuteur de ses « clients », et le seul responsable du développement de son activité.**

Face à des tâches de gestion qui deviennent trop lourdes, mieux vaut essayer de les maîtriser, de les anticiper pour qu'elles n'envahissent pas le quotidien et qu'elles ne participent pas à l'épuisement professionnel. Car **ces difficultés, associées à d'autres facteurs de risque participent à un mauvais suivi de la santé et de l'hygiène de vie du praticien.**

Comment anticiper ?

En instaurant un cadre : organiser le travail, gérer les priorités et préserver sa vie familiale et sociale. Une vie familiale épanouie et des engagements dans d'autres activités sociales, sportives ou culturelles, réduisent les risques d'épuisement professionnel. Tout, comme, **planifier un temps de réflexion sur son activité.** Et, choisir le mode d'exercice, individuel ou collectif, qui convient pour la prise en charge de ces responsabilités.

En mettant en place des outils assurant sa sécurité financière : **bien s'assurer s'impose.** Ainsi, les revenus sont préservés en cas d'arrêt de travail ou de cessation d'activité. Et les charges professionnelles se révèlent maîtrisées par le contrat qui y supplée (assurance de prévoyance, épargne retraite.).

Pour le libéral l'un des risques professionnels réside dans sa propre santé. Les problèmes surviennent lors des baisses d'activité, d'efficacité voire de qualité du travail. Ce qui impacte directement les niveaux de revenus.

MEMO

› Indemnités d'arrêt de travail : revoir son contrat.

En cas d'arrêt de travail temporaire, la CARMF n'indemnise pas les 90 premiers jours, période où aucun revenu n'est versé. La caisse ayant l'an dernier modifié ses règles de protection il est souhaitable de vérifier que les garanties restent adéquates.
La réforme est censée mieux corréler les cotisations et les prestations avec les revenus. Ainsi, la cotisation, de celui qui a des revenus en dessous du plafond de la Sécurité sociale (36 372 euros), baisse de 16 %.
En fait **les cotisations sont désormais scindées en trois classes** (A, B et C) qui s'appliquent en fonction des revenus professionnels non-salariés de l'avant-dernière année (2010) par référence au Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) en vigueur au 1er janvier 2012 (36 372 euros).

Qu'en est-il dorénavant ?

› **La classe A** correspond à des revenus non-salariés sur 2010, inférieurs à une fois le PASS (la cotisation appelée en 2012 est de 604 euros) .

› **La classe B** s'entend pour des revenus compris entre une à trois fois le PASS, soit 109 116 euros. (La cotisation appelée est de 720 euros).

› **La classe C** concerne les revenus supérieurs à trois fois le PASS (la cotisation appelée est de 836 euros).

Ce principe se reflète dans les prestations versées :

- En cas **d'incapacité temporaire,** la CARMF verse, à ce titre, après 90 jours d'arrêt, une indemnité, qui peut respectivement être par jour, d'un montant de 62,15 euros, de 93,20 euros, ou de 124,30 euros.

- En cas **d'invalidité totale et définitive,** la rente annuelle s'établit respectivement à 11 405 euros, 17 108 euros ou 22 810 euros (plus majoration pour conjoint et les enfants à charge).

À partir de cette année, **la garantie de base n'est donc plus de 93 euros par jour, mais de 63 euros.** Ceux dont le niveau de BNC se situe entre 1 et 3 PASS peuvent continuer à tabler sur 93 euros. Pour ceux qui ont un revenu qui dépasse 3 fois le plafond annuel de la sécu depuis plus de 2 ans, l'indemnité passe à 124 euros. En regard, les cotisations CARMF ont augmenté en conséquence.
Une telle modification impose d'ajuster cette année le delta entre l'indemnité CARMF et les besoins du souscripteur du contrat de prévoyance. **À chacun de vérifier à combien était son BNC,** il y a 2 ans après déduction des amortissements. S'il était inférieur au plafond annuel de la sécu (36 000 euros) les garanties Carmf ont bougé à la baisse. Pour ceux qui se situent entre 1 et 3 P annuel de la sécu (soit 109 116 euros), le montant n'a pas bougé. Quant à ceux qui ont un BNC supérieur à 3P les garanties CARMF sont plus importantes. À partir du 90ème jour d'arrêt de travail, les indemnités sont majorées.

Les innovations dans le régime de base appellent des remises à niveau des garanties du contrat de prévoyance complémentaire. A cette occasion , soit il se fait jour qu'en cas d'accident du travail il y a en l'état du contrat un déficit de couvertures, soit la cotisation peut, à l'inverse, se révéler excessive au regard des besoins réels.

> **› Dans les deux cas la remise à niveau des garanties s'impose, en mai 2013, au moment de faire votre déclaration 2012.**

Dans le cas de cessation d'activité définitive anticipée, avec ou sans reconversion, l'indemnisation très faible du régime obligatoire est peu sécurisante. Mieux vaut prévoir une rente d'invalidité professionnelle auprès d'un intervenant (assureur, mutuelle) sous peine, sinon, de se retrouver sans revenu de remplacement sachant que la CARMF n'intervient que pour les invalidités égales ou supérieures à 66%. La mise en invalidité se fait sur 36 mois. Et survient au moment de la consolidation à la suite d'un accident ou d'une maladie.
La cessation d'activité ou la disparition du médecin peut avoir des conséquences très importantes sur le devenir de la famille s'il y a des enfants, s'il y a beaucoup de biens, des droits de succession, s'il y a des soldes d'impôts ou de cotisations importants à prévoir. Trouver un remplaçant et payer les charges ? Cela aussi peut s'anticiper par un contrat d'assurance. Mais aucun ne couvre la reprise d'activité. Là, il s'agit de reconquérir la patientèle.

La santé exposée dans le cadre de l'exercice médical : une étude du Groupe Pasteur Mutualité

« **Un médecin généraliste sur 10 est en détresse psychologique** (troubles dépressifs, psycho pathologiques, psychiatriques jusqu'à l'épuisement professionnel « burn out »). »

Ces situations représentent 40% des motifs de versement de la rente d'invalidité par la CARMF. **La proportion de médecins généralistes se jugeant régulièrement fatigués est deux fois plus nombreuse que celle des cadres et des professions intellectuelles,** a souligné l'étude sur « la santé physique et psychique des médecins généralistes » menée par la DREES en 2010 sur 5 régions.
Spécifiquement, s'observent aussi des pratiques addictives (alcool, médicaments, produits stupéfiants). En revanche comme dans n'importe quelle autre profession surviennent les fameux troubles musculo-squelettiques (TMS) et autres troubles cardio-vasculaires.
Dans la plupart des cas, **le médecin est adepte de l'autodiagnostic** : seuls 20% désignent un médecin traitant autre qu'eux-mêmes. Est-ce un manque de confiance dans les confrères ? Ou trop confiance en soi ? Plus simplement, un choix qui se veut pratique. Sauf que, dans de telle démarche, il n'est pas rare de passer à côté d'une pathologie.
Ne serait-ce que par refus, par déni de la maladie.
À ce stade, **nombreux sont les médecins qui diffèrent la sollicitation d'une aide d'autrui pour leur santé physique ou psychique.** Là, la compétence médicale devient alors un obstacle pour le suivi de sa santé.

Ni la minimisation, ni la dramatisation, ni la contestation du traitement d'un confrère, ne permettent de mettre en place les bonnes réponses. La lucidité du diagnostic est brouillée.
Quelque part il n'est donc pas inutile de **voir un confrère : cela permet de parler.** La parole a beaucoup d'importance pour les médecins. *« Devenez patients de votre confrère »* recommande d'expérience M. Morel.

Attention à l'automédication : risque d'addictions, auto-prescription de psychotropes, somnifères, calmants…

Attention à la négligence du suivi de sa santé et de son hygiène de vie. Cela est d'autant plus patent que le médecin n'est pas soumis au contrôle de la médecine du travail.
Or, l'exercice médical présente des contraintes qui retentissent sur l'état de santé du praticien :
- les contraintes administratives de plus en plus envahissantes et contraignantes qui empiètent sur la pratique médicale ;
- les mises en cause et la judiciarisation de l'exercice médical. *« Quel que soit le mode d'exercice, on constate une dérive américaine de la RCP »* insiste M. Morel.
Les patients deviennent de plus en plus exigeants, consuméristes. Ils vivent des situations sociales, économiques et psychologiques difficiles qui retentissent dans leurs demandes.
- la démographie médicale déclinante recèle aussi sa part dans les contraintes qui pèsent sur les médecins surtout dans les zones sous-médicalisées entraînant une surcharge de travail. Un poids qu'accentue le double vieillissement de la population et des médecins.

Et que n'arrange pas le sentiment de passer pour des prestataires de service. D'où le ratio effort / récompense qui, exprimant la reconnaissance sociale du médecin, est ressenti comme étant moins fort. Ce sont autant de facteurs qui amplifient le stress.
Ce qui ne fait qu'aggraver l'état de santé du médecin quand il s'impose une charge de travail trop importante, en voulant mettre « la barre trop haut ».

Il lui faut apprendre à dire non aux demandes insistantes de médication, de consultations, de rendez-vous, à gérer son temps, à respecter des pauses, à gérer son planning à gérer le stress face à l'erreur médicale. À résoudre un conflit plus important entre la vie professionnelle et la vie privée.
La femme médecin a 3 vies, sachant qu'elle assume 80% des tâches domestiques et que l'occupation des enfants est deux fois plus importante que pour les pères. Les médecins généralistes femmes se déclarent en détresse psychologique, deux fois plus que les hommes. Elles sont nettement plus nombreuses à s'adonner à l'auto prescription de psychotropes. À faire preuve d'une sur - exigence pour être à la hauteur, et d'un dévouement plus important. Tendance qui ne peut que croître avec une féminisation de la profession.

Que faire ? Prévenir

La prévention commence par la **vigilance** sur les signes d'alerte : il faut alors rompre l'isolement, en parler, dépasser le sentiment de honte et de culpabilité.

Organiser et ménager son temps de travail : mettre des garde-fous, ne recevoir que sur rendez-vous, se faire assister dans les tâches administratives, organiser sa sécurité financière.

Les symptômes de l'épuisement professionnel en quatre phases :

1/ L'enthousiasme :
le médecin est d'abord porté par un enthousiasme débordant qui lui fait tout voir en rose et lui donne le sentiment qu'il va faire de grandes choses. Il se dépense sans compter pour les patients et s'en trouve profondément gratifié.

2/ La stagnation : quelques obstacles commencent à freiner cet enthousiasme. Le soignant déçu par certains patients et fatigué de devoir se battre face à l'administration compense ce déficit de plaisir par un surinvestissement qui s'avère contreproductif : sa santé s'altère, il dort mal, crée des tensions au sein de sa famille, néglige sa vie intime

3/ La désillusion, la frustration : Le soignant commence à douter du sens de son travail, de ses jugements et de ses compétences. Les patients lui apparaissent ingrats et pénibles, les collègues indifférents. Il se sent déconsidéré et devient irritable pour ses proches. Sa santé se dégrade. Il a recours à des médicaments ou des pratiques addictives.

4/ L'apathie, la démoralisation : Le soignant est dans l'impasse, il n'a plus aucune considération ni pour lui-même, ni pour les patients qui l'indiffèrent ou qu'il méprise. Son travail n'est plus qu'alimentaire et il s'y soumet avec un cynisme qui se retourne contre lui : il songe à tout arrêter, voire à se suicider. La dépression est grave et l'issue passe par des soins spécialisés.

Les risques psycho sociaux pour la santé au travail des médecins : comment les identifier ? les évaluer ? les prévenir ?

Intervenante : Dr Isabelle Sauvegrain, médecin du travail, RPP. Co-auteur, avec le Dr Christophe Massin, psychiatre, de la démarche « Résolu stress » d'identification et de la prévention des risques psycho sociaux.

Isabelle Sauvegrain

Site : http://www.resolustress.fr

« Si on ne prévient pas les risques professionnels, il s'en suit des dégâts de santé dont la prise en charge met les dépenses d'assurance maladie à rude contribution. Ne pas prévenir les risques professionnels et ne pas les gérer, cela peut donc coûter cher à l'entreprise »

L'évaluation des risques est déterminante dans la mise en œuvre des moyens de prévention. Le médecin n'est pas invulnérable.

L'exercice médical expose de surcroît au risque physique, accidentel, et plus particulièrement, au risque chimique, en radiologie au risque nucléaire. Pour le commun des mortels des médecins, il y a le risque biologique, le risque infectieux (bien identifié, évalué et pris en compte, notamment pour le personnel de soins en milieu hospitalier) risque ergonomique, aux troubles musculosquelettiques… « Petits derniers » des risques professionnels identifiés les risques psycho sociaux recouvrent trois catégories : le stress ; le harcèlement moral et le harcèlement sexuel ; la violence physique et la violence verbale.

La première règle :

- Identifier les risques auxquels on est exposé et leurs mécanismes.
- Evaluer leur degré respectif.
- Agir pour les prévenir ou pour les gérer.

« Essayez de solliciter pour vous-même la bienveillance que vous avez pour vos patients, encourage Isabelle Sauvegrain. Puisque, pour la plupart d'entre vous, vous vous êtes choisis comme médecin traitant soyez ici, votre médecin traitant bienveillant vis-à-vis de vous-même. Et exercez à votre égard la politique de prévention que les pouvoirs publics vous demandent de mettre en œuvre pour vos patients. Si vous en serez les premiers bénéficiaires les patients aussi. Car contagieuse cette démarche préventive aura une incidence sur la santé de la population » assure-t-elle.

Qu'est-ce que le stress ?

- L'accord national interprofessionnel de juillet 2008, sur le stress au travail, le définit ainsi : l'état de stress survient si un individu perçoit qu'il y a un déséquilibre entre le poids des contraintes et sa capacité à faire face. Nombreuses sont les approches du stress.

Comment se pencher sur la façon dont on se sent en équilibre ou en déséquilibre ?

La physiologie du stress se décompose en trois phases : **les signes d'alerte, la résistance, la phase d'installation.**

Lorsque les symptômes perdurent survient une phase qui peut aller jusqu'à l'épuisement.

Il appartient à chaque individu, à l'occasion d'un changement, de se pencher sur la façon dont il réagit au regard des trois phases. Et de scruter chacun des trois pôles que sont la tête, le cœur (siège des émotions), et le cor-

porel. Chacun doit découvrir ses signes d'alerte et de résistance pour ne pas craquer et ne pas en arriver au bout du rouleau.
Généralement la déprime résulte d'une succession de gouttes d'eau qui fait qu'à un moment donné le vase déborde. *« Soyez attentifs au niveau de votre vase, n'attendez pas qu'il déborde »* insiste Isabelle Sauvegrain.

De quoi a-t-on besoin pour sauver sa peau ?

■ De mobiliser son intelligence pour prendre la bonne décision. Oppose-t-on au stress une réponse stéréotypée ou une réaction adaptée ?
Se faire sa propre consultation permanente, faire le point, et de se prendre en charge : *« Nos études médicales ne nous ont pas préparés à ce genre d'exercice qui est une nécessité au bénéfice de soi-même et de ses patients ».*

Comment faire la différence entre le stress positif et le stress négatif ?

■ Préserver sa **« zone de confort »** : elle varie d'un individu à l'autre, d'une période à l'autre.
Le stress positif est ainsi caractérisé : on connaît sa cause, il est motivé, il est limité dans le temps. Et s'il s'inscrit dans un cycle d'identification du facteur déclenchant qui permet de prendre une décision adaptée, donc d'une action, et de récupérer. Lorsque le cycle est respecté, «on sauve sa peau ». La réaction de stress est certes coûteuse, mais en y faisant face, cela débouche sur un sentiment de sécurité et renforce le sentiment de confiance en soi. Le stress négatif se définit par sa chronicité. Il est celui auquel nous sommes le plus exposé. Différent en intensité de stress aigu traumatique, il n'en est pas moins nocif.

Le fait d'avoir réussi les études de médecine, franchi le pas de l'installation en libéral, signifie que l'on dispose d'une bonne zone de confort. Et laisse supposer que l'on dispose du punch nécessaire pour accomplir cette phase de vie. Mais, au fil du temps, les sollicitations s'accroissent. Non seulement, celles de la patientelle mais aussi d'autres contraintes sur l'exercice comme celles que font peser les caisses d'assurance maladie, les associations de patients, la judiciarisation, etc.

Qu'est-ce qui se passe quand de fil en aiguille, de stimulation en stimulation, on ne parvient pas à redescendre dans sa zone de confort et encore moins dans celle de récupération ?

■ *« C'est comme si vous dépensiez de l'argent sans en faire rentrer. A un moment donné, vous pouvez chuter sous la zone de confort et atteindre l'épuisement, voir le burn out ».*
L'accumulation de tensions a un coût péjoratif. Si l'individu ne se protège pas, ne prend pas soin de lui en mettant certaines actions en œuvre, il se produira à un moment donné un effet délétère sur sa santé qui se détériorera.
À chacun d'estimer où se situe sa zone de confort. Est-elle épaisse ? Est-elle faible ? La franchit-on régulièrement au-dessus par moment, en dessous dans d'autres ? Dans ce cas, on se ménage des temps de récupérations.
L'addition risque un jour d'être lourde lorsque l'on ne parvient pas à endiguer

les sollicitations sur lesquelles on estime ne plus avoir prise.

Qu'est-ce qui permet de faire le point, et de s'ajuster, entre les contraintes de l'environnement professionnel et les capacités à faire face ?

Atelier 1

■ Sachant que la spécificité de l'être humain est d'être doté d'une conscience réfléchie dans le sens du miroir, l'outil est là. La conscience réfléchie permet, à un moment donné, de faire le point entre l'état d'équilibre ou de déséquilibre.
Généralement, ce sont les notions de souffrance au travail, qui sont mises en avant. La souffrance étant plurifactorielle, se cumulent des difficultés dans le domaine personnel. Il faut jouer au détective pour savoir ou mettre en œuvre les actions correctrices.

Il y a **trois niveaux de facteurs de stress :** Les possibilités d'action, de gestion ou de prévention existent pour chacun d'eux.

• **Niveau Individuel,** celui inhérent au parcours de vie de l'individu :

■ Citons le cas conflictuel du souci, d'une part, de recevoir un patient plus longtemps et de l'autre, les nécessités économiques de la gestion d'un cabinet médical dans un contexte démographique où le carnet de rendez-vous se remplit sans fin. Pour traiter sur les facteurs individuels de stress, on peut commencer par s'interroger : sont-ils toujours de rigueur ?

■ Les formations à la gestion du stress permettent d'entretenir des capacités à faire face, de développer la zone de confort, de remettre en cause des modalités de fonctionnement.

• **Niveau relationnel,** mettant en jeu les relations à autrui :

Le cas typique est celui du rôle des patients avec la mise en avant de leurs droits. Le contexte de judiciarisation fait que la dimension relationnelle a été entamée.
Là aussi il y a des possibilités d'améliorer sa capacité à entrer en relation avec les autres, en sollicitant plus le respect, en mettant des limites. Et non en avalant tout sans broncher jusqu'à *« mort s'en suive »* !!
Allons-nous ainsi un peu plus développer le droit des médecins afin qu'ils soient mieux respectés comme tout professionnel qui fait de son mieux ?

• **Niveau organisationnel,** tributaire de l'environnement professionnel ou des conditions de vie :

■ Sur l'environnement et ses facteurs de stress, là aussi il y a des réponses possibles. Notamment par la mobilisation des organisations professionnelles, des syndicats de médecins, qui cherchent à faire émerger des réponses face aux difficultés. On n'est pas démuni à condition d'identifier le risque.

■ Au-delà chaque individu est le siège de trois pôles qui inter réagissent en permanence. Ils sont le siège de fonctions particulières : **la tête pour le discernement, le cœur pour l'intuition et les émotions, le corps pour l'instinct.**
« Toute la journée, vous traitez avec les émotions et les pensées de vos patients. Mais qu'en est-il de vos propres émotions ? Quel soin prenez-vous de votre corps ? Agir à ce niveau ne dispense pas de travailler sur l'organisationnel, sur la prévoyance, etc. pour ménager sa zone de confort »

Restitution des ateliers corporels sur l'impact du stress : 30 minutes de «soi», atelier «miroir»

Rapporteurs : Parvine Bardon, Corinne Godenir, Martine Darchy (Association FML)

Chacun se met la barre très haut, et s'impose une surcharge de travail.
L'informatique, quand cela bug n'est pas forcément un gain de temps !
La perte de crédibilité est liée à la désinformation des médias, aux blog sur le web. Cela entraîne une perte de reconnaissance et de confiance dans le médecin. Le statut médical est dévalorisé.
Le stress prioritaire résulte de la pression des patients et de l'entourage. Pour le gérer un participant a mis en place le barrage d'un secrétariat.

- L'échange inter professionnel est de nature à rompre l'isolement. Les formations inter actives proposées nécessitent d'être maintenu et renforcées. Elles permettent de souffler, sortir du cabinet
Globalement il ressort que le stress est attribué à notre fonctionnement professionnel, à notre façon de travailler. On en accepte trop. On ne sait pas dire non.
- Il faut développer la notion de vigilance et de bienveillance vis-à-vis de soi-même pour être attentif à ce qui se passe dans nos trois pôles pour pouvoir être capitaine à bord de nos vies. Ce n'est pas du temps perdu que de se réajuster.
- Lorsque l'on exerce seul en cabinet le problème réside dans le management. Et là, dès lors où l'on n'a pas posé les limites au préalable de la relation avec sa secrétaire, nous ne sommes pas professionnels. Qui commande ? Certaines d'entre nous ont des secrétaires qui font barrage dans les rendez-vous, d'autres qui chargent leurs consultations parce qu'elles ne sont pas capables de dire non.

Propositions :

- canal 33 Informer les patients dans la salle d'attente.
Canal 33 peut être une solution pour éduquer. L'échange inter professionnel est de nature à rompre l'isolement.
- Les formations inter actives proposées nécessitent d'être maintenues et renforcées. Elles permettent de souffler, sortir du cabinet.

Témoignage :

l'histoire de Nina, médecin généraliste en Zone franche urbaine

«Médecin généraliste en banlieue dans la zone franche urbaine (ZFU) d'Hérouville près de Caen, j'ai fait l'an dernier un burn out qui m'a valu un arrêt de travail de six mois. J'avais à l'époque de multiples activités : l'organisation de nombreuses formations pour les médecins et une participation active à la vie du SML et de la FML.

Ma difficulté était de dire *« non »*. Extrêmement curieuse j'ai du mal à refuser ce que l'on me propose. Je me lance avec plaisir et sans compter.

Que s'est-il produit ? Dans mon quartier, constitué d'une population multi culturelle, deux médecins, dont une femme, qui ont déplaqué. Non pas pour des raisons de départ à la retraite mais à cause d'une mésentente entre eux. **Je me suis ainsi retrouvée être la seule femme médecin en exercice** dans le bassin de vie. Dans le quartier les femmes avec enfants en bas âge, ont été nombreuses à devenir à mon cabinet me demander si je pouvais devenir leur médecin traitant. Il y avait toujours chez moi cette difficulté à refuser. J'y étais d'autant plus encline qu'il n'y avait plus d'autres médecins aux alentours.

Au bout d'un moment j'ai pris des vacances. À mon retour, **je me suis sentie épuisée**. J'ai minimisé en me disant que ce n'était pas grave. Les symptômes ont débuté par des troubles amnésiques. Ce qui dans notre profession devient embêtant quand on se sent contraint de consulter le Vidal à tout bout de champ.

D'ordinaire je n'ai aucun problème pour gérer les dossiers de mes patients. Mais, là, je ne parvenais plus à faire la différence entre l'important et ce qui l'est moins. Je me perdais. J'ai alors commencé à réaliser que je n'allais pas très bien. Ces sensations ont été les premiers signaux. Je les ressentais physiquement mais toujours en les minimisant. Un beau matin, je me suis réveillée avec d'importantes crises d'angoisse. J'ai téléphoné à l'un de mes associés, qui est aussi un ami, que je ne viendrais pas. Étant aussi mon médecin traitant, personne n'avait rien vu venir. C'était insidieux. Car on se cache les problèmes à soi-même et aux autres. Il est difficile de ne pas apparaître en forme et encore bien plus de l'avouer éventuellement à son entourage. Donc **je me suis arrêtée pendant six mois.**

Je m'étais fixée une date de reprise. C'était nécessaire parce que je m'étais dit soit je reprends, soit je ne reprends pas. J'adore travailler, mais j'adore aussi être chez moi. **Je me suis ainsi fixée une date limite** en me disant que si je n'y allais pas là, je n'irai plus du tout. Cela a été efficace.

À la reprise, je ne dis pas que les premiers mois ont été faciles. L'enthousiasme n'était guère présent. J'enchaînais les consultations en me demandant ce que je faisais là. Si je rendais correctement le service que l'on doit aux patients, moi, en revanche je ne m'y retrouvais pas totalement satisfaite.

Toutefois, je me suis retrouvée plongée dans une nouvelle organisation. Je n'étais pour rien dans sa mise en place. Le cercle amical, comme le cercle professionnel m'ont été d'une grande aide.

Certes, nous avons une relation différente de management avec nos secrétaires, mais, parfois aussi des liens un peu plus profonds. Tel est le cas avec la mienne qui a mis en place mes journées en me fixant « d'autorité » des

horaires. Résultat : ma dernière consultation se termine à 17 h 30 actuellement. « Si vous pensez que cela est mieux, je vais faire comme vous dites » lui ai-je dit.

Lorsque mon associé m'avait, pour sa part, demandé comment j'avais l'intention de reprendre et à quel rythme, j'avoue avoir eu du mal à me décider. J'ai fini par envisager 4 journées sur 5 par semaines. Mais en ajoutant mes formations, cela revenait à réaliser 6 journées de travail par semaine. Ce qui ne collait pas. « Ce n'est pas possible tu ne vas travailler que 3 jours par semaine ». J'ai repris sur cette base, tout en reprenant les à côtés que sont la vie syndicale, l'organisation des formations de médecins. Depuis, **j'ai une jeune collaboratrice à mes côtés.** Elle a l'avantage d'être mère de deux enfants en bas âge ce qui l'incite à estimer qu'un nombre déterminé de consultations par jour lui suffit amplement. Ainsi là où, si je m'écoutai, je repartirais très vite sur un programme de 45 actes par jour, elle, se limite à 20 ou 25, et, pas un de plus. Son exemple m'a quelque peu freiné. Je me suis dit qu'après tout si elle la jouait ainsi, pourquoi pas, moi aussi. À côté de notre travail, nous avons chacune nos vies privées. Elle avait la sienne largement occupé avec ses jeunes enfants. Elle était en train de réaliser ce que je n'avais pu faire à savoir m'occuper des miens lorsqu'ils étaient en bas âges.

Je dois dire que l'aide extérieure, de mes amis et de mes confrères, a été précieuse pour mon rétablissement. Et aussi je veux faire part du changement bénéfique qui s'est produit. Non seulement mes journées sont plus courtes, mais, ce que je ne faisais jamais auparavant, je rentre chez moi pour déjeuner avec mon mari. Nous faisons une pause ensemble et je m'accorde aussi quelques instants pour me remaquiller. C'est sans doute bête, mais c'est pour soi-même du soin de tous les jours qui aide. Et puis on se trouve plus jolie lorsque quand on retourne au travail.»

Femmes et patrimoine : prenez les choses en main

Intervenantes : Gwénaelle Peyraud, Ingénieur patrimonial
Murielle Crichton, Ingénieur patrimonial
Véronique Cutard, Ingénieur patrimonial et social

Au cours de cet atelier ont été abordés, grâce à l'expertise de trois femmes ingénieur patrimonial de la banque HSBC, différents aspects de la gestion des comptes bancaires en fonction des situations familiales.

1. Comment s'unir ?

Avantages et limites du…

- Mariage
- PACS
- Union libre

2. Impact en cas de divorce / séparation

Analyse comparée selon les différents statuts…

- Calcul de la dissolution : qui récupère quoi ?
- Conséquences financières de la séparation
- Conséquences bancaires de la séparation

3. Impacts en cas de décès

Analyse comparée selon les différents statuts…

- La succession
- La pension de réversion
- Impacts bancaires

Nos experts nous ont rappelé que la gestion financière a souvent été par le passé une histoire d'hommes…Ce n'est qu'en 1965 qu'a été réformé le régime matrimonial de 1804 : la femme peut alors gérer ses biens, ouvrir un compte en banque, exercer une profession sans l'autorisation de son mari !

L'association FML propose chaque année une approche pour la sécurisation financière du cabinet.

Il s'agissait cette fois ci de proposer une réflexion à chacune selon les situations familiales .Ainsi informée, chacune pourra prendre conseil auprès de ses conseillers habituels (banquier, avocat, notaire, fiscaliste…) afin de conforter les décisions d'optimisation financière de son patrimoine.

› Atelier n°2 : Implication de la médecine libérale dans le repérage des victimes de violence

Animé par le Dr Sophie Bauer (chirurgienne) et le Dr Marie-Agnès Tchodibia (médecin généraliste), membres de l'association FML

M.A. Tchodibia *S. Bauer*

Les chiffres parlent d'eux-mêmes : 20 à 60% des femmes ont subi des violences verbales, tous les deux jours et demi une femme meurt sous les coups de son conjoint ou ex conjoint, plus de 10 000 viols déclarés chaque année ne représentent que 10% des cas, 10 000 jeunes filles ou femmes ont été excisées sur le sol français, moins de 1% des femmes qui subissent des violences entrent dans le système de prise en charge…
Les violences faites aux femmes sont un véritable enjeu de santé publique.
Mais aujourd'hui, notre système social n'est pas à la hauteur des enjeux et les médecins libéraux ne sont pas formés à la prévention, à la détection et à la prise en charge de ces violences. Or, ils sont en première ligne : près de 7 femmes sur dix qui subissent des violences consultent leur médecin généraliste. C'est pourquoi il est urgent de former tous les médecins libéraux à recueillir la parole de ces femmes et de les inscrire dans des réseaux structurés de prise en charge.

Comment reconnaître cette pathologie sournoise ?

J.M. Ben Kemoun

Intervenant : Dr Jean Marc Ben Kemoun, psychiatre, médecin légiste et expert près de la cour d'appel de Versailles et coordinateur du pôle médico-psychologique à l'U.M.L des Yvelines.

Cette pathologie commence sournoisement par l'installation progressive d'une emprise de l'agresseur sur la victime. Les symptômes source de la consultation, sont souvent multiples et variés et la seule bonne pratique est de poser systématiquement la question. Une question que bien peu de médecins osent poser car si la réponse est positive, ils ne savent pas quoi faire, à qui relayer l'information, comment prendre en charge sur le plan médical et quelle aide recevoir sur le plan juridique. Le médecin se retrouve rapidement devant le dilemme du secret médical d'un côté et l'évaluation du danger couru par sa patiente de l'autre.
Les violences faites aux femmes ont été définies par l'Onu en 1993 comme *« Tout acte de violence fondé sur l'appartenance au sexe féminin causant ou susceptible de causer aux femmes des dommages ou souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques et comprenant 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. »* **Il s'agit bien d'une violence de genre.**

Il existe différents types d'agressions mais elles ont un seul objectif : **conserver le pouvoir.**

Les violences peuvent être :

- **psychologiques :** avec des propos dénigrants : « tu es une bonne à rien », « regarde de quoi t'a l'air », « si tu me quittes je te fais la peau »...
- **verbales :** hurlements et vociférations, silence, chuchotement inaudible, insultes, grossièretés, obscénités, injures sexuelles..
- **physiques :** atteinte à l'intégrité du corps (crachats , bousculades...) ; blessures...
- **sexuelles :** sévices sexuels et viols, pornographie, exploitation sexuelle...
- **économiques :** ne plus donner d'argent, exiger des comptes aux centimes près, interdire de travailler...

Il existe un cycle de la violence :
Cela commence toujours par une agression psychologique avec une dévalorisation de la femme, l'isolement de la victime par rapport à son entourage,des violences verbales avec dénigrement systématique et injures,la victime est culpabilisée, un contrôle stricte de ses finances et de ses agissements est mis en place par l'agresseur c'est à ce stade qu'il faut intervenir, avant l'explosion de la violence physique ; après les agressions physiques suit une période de rémission pendant laquelle l'homme essaie de culpabiliser la femme, c'est elle qui est responsable vient ensuite la période de lune de miel pendant laquelle il jure de ne jamais recommencer....C'est pourquoi il est primordial de briser ce cercle le plus rapidement possible et d'apprendre à dépister les signes de violences.

Parfois, il suffit que la patiente prenne conscience que ce qu'elle subit n'est pas normal pour qu'elle y mette fin.

10% des femmes victimes de violences conjugales

Selon l'enquête descriptive : Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France (Enveff) réalisée en 2000 : **une femme sur 10 âgée de plus de 20 ans serait victime de violences conjugales chaque année en France** (9,7 %).

Les facteurs favorisants sont :

- l'âge : les violences sont deux fois plus fréquentes chez les 20-24 ans ; toute période de changement de la vie génitale de la femme est une période à risque.
- le climat conjugal : les violences sont trois fois plus fréquentes chez les femmes qui n'entretiennent pas de relation sereine avec leur partenaire ;
- les antécédents personnels de violence ;
- les critères socio-économiques (CSP - niveau d'étude) sont peu significatifs, mais les violences sont plus fréquentes chez les chômeuses et les étudiantes ;
- la grossesse est une situation de vulnérabilité ;
- l'alcoolisme et l'instabilité professionnelle du conjoint ;
- l'immigration ...

Le rôle du médecin

Intervenant : Dr Thierry Gaches, médecin légiste, médecin de santé publique, unité médico-judiciaire au CH de Versailles.

Thierry Gaches

Le médecin est un des acteurs principaux pour dépister ces violences.

Mais il faut savoir que si votre patiente ne vient pas vous voir suite au dépôt d'une plainte, ou en vue d'un dépôt de plainte, elle évoquera rarement spontanément les violences dont elle est victime.

- C'est pourquoi, il important de repérer les indices comportementaux tels que : l'hypersensibilité au moindre bruit, les réactions psychologiques (anxiété, agressivité, dépression, culpabilisation, inquiétude exagérée, incohérence dans le récit des faits, réticence à expliquer les lésions), les lésions physiques, mais également des rendez vous non tenus sans explication ou des reports fréquents de rendez vous Cette violence a aussi de nombreuses répercussions sur les enfants avec des troubles du sommeil, de l'alimentation, un stress post traumatique, de l'anxiété, un état dépressif…
- mais aussi, savoir repérer les marques suspectes sur le corps telles que les ecchymoses provoquées par la préhension d'un bras ou les marques dues aux gestes de protection. Il faut faire déshabiller les patientes pour déceler des marques cachées par les vêtements : il faut lister l'ensemble des lésions, leur taille, leur forme et leur topographie et les noter sur le dossier.

L'écoute est primordiale pour apprécier l'ampleur et la gravité de la situation.

Le médecin va évaluer les lésions et le risque de récidive et organiser éventuellement une prise en charge.

C'est à lui que revient éventuellement la charge d'effectuer un signalement.
Car si le secret médical s'impose aux médecins, il en est relevé *« dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable : … Point 2 : Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques sexuelles de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est mineure ou si cette personne n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire »*

Atelier 2

La rédaction du certificat médical

« C'est au médecin que revient la rédaction du certificat médical qui pourra éventuellement être présenté en cas de poursuites judiciaires. » *Thierry Gaches*

Le certificat est une attestation écrite dans laquelle le médecin relate les observations faites ou les actes pratiqués chez un patient à l'occasion d'un acte médical. C'est la matérialité des faits et il engage la responsabilité du médecin. L'article 50 du code de déontologie rappelle que « *Le médecin doit s'efforcer de faciliter l'obtention par son malade des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit sans céder à aucune demande abusive* ».

Le certificat médical est un acte médical authentique, il établit la réalité des violences, leur gravité. Il doit être lisible, précis, écrit en termes simples et compréhensibles, et ne pas faire état de diagnostic, mais de symptômes (indiquer par exemple : tristesse plutôt que dépression). Le médecin doit faire une description objective des lésions physiques et de leur retentissement psychologique.

Le nombre d'ITT doit être explicite. L'ITT est la photographie de l'état traumatique d'une personne victime de violences. L'ITT ne correspond pas à l'arrêt de travail, mais à la période pendant laquelle la victime ne pourra accomplir ou subira une gêne importante dans l'accomplissement des actes usuels de la vie (se laver, manger, s'habiller...).

La durée de l'ITT est importante sur le plan pénal car elle conditionne l'incrimination de l'agresseur. En cas de blessures volontaires, si l'ITT est strictement supérieure à huit jours, les faits seront qualifiés de délit et relèveront de l'appréciation du tribunal correctionnel. En cas de blessures involontaires, c'est un délit si l'ITT est supérieure à trois mois.

Si la victime ne demande pas de certificat il pourra néanmoins être rédigé et gardé dans le dossier pour une utilisation ultérieure, sinon la rédaction du dossier médical doit être suffisamment détaillée et précise pour que ce certificat puisse être établi à postériori de façon fiable. Si la victime ne souhaite pas immédiatement déposer plainte, lui remettre un certificat qui pourrait être découvert par son agresseur peut augmenter le risque dans lequel elle se trouve.

Les règles de rédaction

Identification du rédacteur et de la personne examinée (cette identité a pu être vérifiée par des documents ou non, il faut alors signaler qu'elle est déclarative) / **date de l 'examen**

Commémoratifs :

- précis : date des faits, violences subies
- chronicité
- rédaction au conditionnel des explications données par la patiente
- faut-il citer l'auteur désigné par la victime suite aux faits ?
- documents communiqués : les lister et indiquer leurs compte rendus
- doléances : symptômes allégués par la victime suite aux faits
- déterminer une ITT

Orienter les victimes

C'est certainement le plus difficile pour les médecins. Les réseaux de prise en charge ne sont pas véritablement organisés et leur efficacité varie d'un département à l'autre.

Il convient de mailler le territoire avec des réseaux centrés sur le médecin qui recueille la parole de ces femmes.

Les pathologies génitales

Pierre Foldes

Intervenant : Dr Pierre Foldes, Chirurgien Urologue, chirurgien des Hôpitaux Poissy Saint-Germain-en-Laye.

Le cadre juridique

- Article 222-22 du code pénal : L'agression sexuelle est définie comme toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise
- Article 222-23 du code pénal : Le viol est un crime, constitué par tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise
- Article 222-24 du code pénal :

circonstances aggravantes reconnues

- Minorité – personne vulnérable
- Lien entre victime et agresseur
- Caractéristiques de l'agression sexuelle : en réunion/avec arme/ internet
- Résultats de la violence : mutilation ou infirmité permanente

L'infraction est constituée par trois éléments :

- Matérialité des faits
- Élément intentionnel
- Élément légal

La problématique du « Viol conjugal » :
acte sexuel entre conjoints
Dans le cadre de l'art. 215, alinéa 1er du code civil « *Les époux s'obligent mutuel lement à une communauté de vie* »

➡accomplissement du devoir dit conjugal en consommant initialement le mariage et en pratiquant ensuite des relations sexuelles normales et régulières.

Le rôle du médecin

Il est rappelé son rôle essentiel dans le dépistage, l'évaluation de la gravité des lésions et le risque de récidive.

Le Dépistage
Importance des indices comportementaux :

- hypersensibilité au bruit
- réactions psychologiques, anxiété, inquiétude, agressivité, dépression

Le tableau des lesions physiques

L'évaluation de la gravité des lésions et le risque de récidive :

- recours à l'hospitalisation
- inciter à un éloignement du domicile conjugal
- exploration du contexte familial

La prise en charge médicale :

- Traitement symptomatique
- Bilan et contrôle des lésions traumatiques ...

L'examen gynécologique

- Matérialisation = Constat médical:
- Établir la matérialité des faits dans
- une logique de constatation et non d'interprétation
- Doit être :
  - méthodique
  - rigoureux
  - complet

L'examen général de la victime
En présence d'une tierce personne
Recherche de traces traumatiques :
– Récentes :
- Stigmate de lutte et de défense
- Marques de prise

Autres...
– Anciennes
- Retentissement psychologique :

Attitude lors de l'examen

La présentation des signes particuliers est souvent discrètes :
Ecchymoses, signes de prises, hématomes, lacérations

Détail de l'examen périnéal et pelvien

Les lésions les plus fréquentes sont les atteintes de la fourchette, des petites lèvres et de l'hymen.
Un tableau des différentes lésions est exposé.
Cas particulier de l'examen de l'hymen
Conduite à tenir chez la petite fille

Examen de l'anus et de la cavité buccale

Prévention des MST / Grossesse

Prélèvements médicaux
(Bhcg, Sérologies, P. Locaux)

Traitements remis
(anticonceptionnels, antiretroviraux)

Protocole antirétroviral et prise en charge programmée

Conséquences Obstétricales

- La grossesse favorise ou aggrave les violences conjugales
- Graves retentissements sur la mère et le fœtus
- La grossesse peut survenir dans le cadre
  - d'un viol conjugal
  - de relations consenties dans un climat d'accalmie
  - de l'impossibilité de contraception
  - La grossesse entraîne :
  - des interruptions
  - des déclarations tardives
  - elle est souvent mal surveillée, avec risque d'accouchement prématuré, de retard de croissance in utéro
- Souvent associée à des facteurs de risques : tabac, alcool, drogue, anémie maternelle, infection urinaire...

La violence physique peut entraîner
L'avortement spontané
- La rupture prématurée des membranes
- L'accouchement prématuré
- Les souffrances ou mort fœtale
- Des hémorragies
- Des ruptures utérines(stérilité)
- La mort maternelle par homicide ou complications de la grossesse

L'angoisse et le malaise maternel peut entraîner :
- Des carences ou absence de soins maternels
- Un allaitement déficient ou absent

L'enfant à naître
- Mort fœtale in utéro
- Mort né
- Retard de croissance in utéro
- Lésions fœtales, fractures, plaies par armes...

L'articulation médico légale

Prélèvements à visée médico-légale :

- Recherche de spermatozoïdes par
  - écouvillonnage : Multiplier les prélèvements (écouvillonnage sec)
  - Vagin / endocol : de 72 h à 6 jours
  - Anus : de 24 h à 72 h (sans émission de selles)
  - Bouche : 12 h environ
- Autres prélèvements :
  - Prélèvements sur le corps : Écouvillonnage humide
    Poils / cheveux ….
  - Sous les ongles
  - Vêtements…
- Prélèvements toxicologiques :
  - Sang
  - Urine
  - Cheveux …

Le cas particulier des mutilations génitales féminines

Prévalence

- 145 millions dans le monde
- 60.000 en France, encore pratiqué sur notre sol

Gravité :

- Destruction de la vulve
- Conséquences obstétricales
- Conséquences psychologiques et identitaires

Prise en charge possible

- Reconstruction
- Suivi sexologique / Psychologique

Criminalisé et réprimé en France

- Dépistage
- Conduite à tenir et protocole

Vers une prévention des violences conjugales

Rapport Henrion

1° Sensibiliser les médecins et les professionnels de santé
2° Évaluer dans des sites déterminés des stratégies de dépistage lors des consultations
3° Inciter les personnels des services de gynécologie-obstétrique + PMI + planning familial au dépistage
5° Encourager la formation de réseaux
6° Etablir dans chaque hôpital la rédaction de protocoles
7° Organiser à l'échelon local des rencontres entre médecins et intervenants
8° Assurer la participation des médecins à la Commission départementale de lutte contre les violences faites aux femmes
9° Assurer la mise à l'abri des victimes
10° Recenser les homicides pour violences conjugales

Le point de vue juridique

Michelle Liccioni

Intervenante : Maitre Michelle Liccioni, avocat en droit de la famille, des victimes - barreau de Versailles

Les violences faites aux femmes, ce sont les violences conjugales mais également, le mariage forcé, la traite des femmes, les mutilations, le harcèlement sexuel et moral.

L'évolution législative tend à renforcer la prévention et la lutte contre les violences faites aux femmes.

1/ La répression

La Loi du 23 décembre 1980 réprimant le viol, a eu pour mérite de donner une définition précise du viol, qualifié de crime et jugé pour cela devant la cour d'assises.

Le viol est passible de quinze ans de réclusion criminelle. Pour le viol et les agressions sexuelles, la loi relative à la prescription de l'infraction a considérablement évolué, lorsqu'ils sont commis sur des mineurs.

En matière criminelle, la prescription est de dix ans à compter des faits ou du dernier acte de poursuite. S'agissant d'un viol commis sur un mineur, la prescription est portée à 20 ans à compter de la majorité de la victime.

S'agissant d'un délit, la prescription est en principe de trois ans à compter des faits ou du dernier acte de poursuite. En matière d'agression sexuelle sur mineur, la prescription est portée à 20 ans et court à compter de la majorité de la victime.

La Loi du 22 juillet 1992 a prévu le principe que la qualité de conjoint ou de concubin de la victime constitue une circonstance aggravante des atteintes volontaires à la personne et même s'ils n'ont entraîné aucune incapacité totale de travail.

La loi du 4 avril 2006 a renforcé la présomption et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs.

2/ Les mesures d'éloignement de l'auteur des violences

La Loi du 26 mai 2004 relative au divorce instaure la possibilité pour les couples mariés de demander la mise en place de mesures urgentes comme l'autorisation de résider séparément.

Le Procureur de la République peut imposer dans le cadre des mesures alternatives aux poursuites (médiation et composition pénale) à l'auteur des violences de résider hors du domicile du couple et même de l'empêcher de paraître à ses abords immédiats.

Les violences faites aux femmes ont été déclarées par François Fillon, premier ministre, *« grande cause nationale pour l'année 2010 »*.

La loi du 9 juillet 2010 prévoit, outre un important élargissement du pouvoir du juge aux affaires familiales, un délit pénal qui inclut le délit de harcèlement

psychologique au sein du couple ainsi que diverses mesures avec notamment l'ordonnance de protection qui peut être rendue par le Juge qui a la possibilité de l'appliquer aux concubins et pacsés jusqu'alors oubliés des mesures mises en place.

3/ Les femmes immigrées

En cas de violences conjugales commises avant la délivrance du premier titre de séjour (Loi du 20 novembre 2007), les femmes se voient délivrer une carte de séjour temporaire. Si les violences ont été commises à son égard après la délivrance du titre de séjour, la rupture de la communauté de vie en raison de violences conjugales n'entraînera pas le retrait du titre de séjour.

4/ Mariage forcé, traite des femmes et mutilations

Plusieurs dispositions ont été prises afin de prévenir le mariage forcé.

Notamment, la loi du 4 avril 2006 a aligné l'âge légal du mariage pour les filles sur celui des garçons, c'est-à-dire 18 ans, a porté de un à cinq ans le délai de demande de nullité du mariage.

En ce qui concerne les mutilations sexuelles féminines, elles sont désormais sanctionnées en tant **qu'action criminelle.**

La violence faite aux femmes / Place des associations

Intervenante : Association Alternative 78- Nathalie Graham/Catherine Melkon

C. Melkon et N. Graham

L'association Alternative présente son expérience de lieu d'écoute violence. Les conseillères conjugales sont à même de recevoir les femmes et leurs conjoints séparément de façon à évaluer le stade du cycle de violence où se trouve le couple. En moyenne 7 aller/retours sont nécessaires avant que la femme victime de violence quitte son conjoint pour de bon. Ces associations articulent leurs efforts avec les médecins, les policiers, la justice. Elles tentent de travailler en réseau en plaçant la victime au centre du réseau. Elles précisent qu'elles sont souvent obligées de prendre le rendez vous pour les victimes, qu'il faut les contacter en cas de rendez vous manqué (il peut s'agir d'une aggravation des violences empêchant les femmes de venir).

Témoignage :

Témoignage du Dr Tchodibia Marie-Agnès, médecin généraliste, association femme, médecin libéral.

« J'exerce comme Médecin Généraliste en milieu rural à Vimoutiers dans l'Orne depuis 5 ans, et après 12 ans d'activités en zone urbaine.

Depuis plusieurs années, je suis assez sensible à la prise en charge des personnes fragiles et surtout des violences faites aux femmes. Pour cela j'ai participé à différentes formations sur ce thème via des formations OGC et des journées du CIDFF (centre d'information sur le droit des femmes et des familles)

Dans cette perspective, avec le CIDFF d'Argentan, nous avons ouvert une antenne à Vimoutiers puisque les femmes ont beaucoup de mal à se déplacer vers Argentan qui est à 30 kms.

Les permanences étaient organisées 2 fois par mois. J'étais identifiée comme le médecin référent pour le CIDFF.

Alors que j'avais le sentiment, que les femmes de Vimoutiers étaient souvent confrontées à cette problématique de violences intra familiales, nous avons eu la surprise de voir que les femmes consultaient peu. Après quelques semaines de fonctionnement, nous avons diminué les permanences à une fois par mois et malgré cela, les résultats sont toujours décevants.

Devant ce constat d'échec, il fallait comprendre pourquoi je n'arrivais pas à faire fonctionner cette structure en laquelle je croyais.

Mon constat était le suivant : je pense n'avoir suffisamment bien intégrée le rôle du réseau. J'étais un maillon dans une structure dans laquelle je n'étais pas bien identifiée.

Je crois qu'il serait préférable pour moi de fonctionner autrement. L'idée serait que le médecin soit au centre du réseau et communique ensuite avec les différents intervenants (police, psychologues, avocat, gynéco, expert, ...) d'où mon intérêt pour cet atelier 2 qui m'apportera des éléments pour repenser autrement ce travail de réseau. »

Conception d'un réseau inter professionnel

Intervenants : Dr Pierre Foldès, Dr Jean Marc Ben Kemoun

Jusqu'à présent les réseaux existants ont placé la victime au cœur des réseaux, mais cette victime est bien souvent incapable de prendre ses rendez vous, de gérer les priorités de sa prise en charge et même d'évaluer le degré de danger dans lequel elle se situe. Partant de ce constat un nouveau réseau est proposé, avec au centre le médecin libéral qui recueille la parole de la victime parce qu'il a su la provoquer, qui est en relation avec des confrères spécialistes de médecine légale, des juristes, des associations.

Les aspects économiques des violences faites aux femmes

Intervenants : Dr Pierre Foldès, chirurgien urologue, chirurgien des Hôpitaux Poissy-Saint Germain en Laye

- Rappel des études d'incidence et de prévalence
- Importance de l'impact en santé publique
- Statistiques
- Rapport OMS
- Chiffres CDC Atlanta
- Enquête ENVEFF

- La dramatique sous-évaluation de la prévalence
- L'extraordinaire insuffisance du taux de prise en charge et ce, dans quasiment tous les pays.

- Chiffres publiés de viols déclarés, viols par partenaires.
- Résultats de l'enquête française ENVEFF sur les chiffres des violences en France

- Evaluation de la répercussion économique bien établie pour les violences du couple avec une estimation annuelle de 1093,5 millions d'Euros répartis grossièrement en trois tiers :
  - coûts médicaux directs (hospitalisation, natalité, soins ambulatoires)
  - coûts non médicaux (police, justice, hébergement, socila et handicap)
  - coûts sociaux (pertes d'activité, de production, incarcérations, décès)

Rappel du chiffre aux USA 450 billions USD annuels

Conclusion sur la gravité en terme de santé publique

Atelier :
cas cliniques interactifs et rédaction du certificat médical

Se scindant en deux groupes, l'assistance travaille sur des dossiers cliniques, sur l'interrogatoire et l'examen des victimes. Les règles de rédaction du certificat médical sont rappelées et illustrées ; ensuite les eux groupes se rejoignent et les experts commentent et précisent les impératifs de la prise en charge.

Les violences faites aux femmes dans le monde

Intervenant : Dr Pierre Foldes

Dans de nombreux pays, la vulve est un enjeu sociétal, religieux, militaire, un moyen de contrôle ou de domination, un vecteur d'esclavage ou de soumission, une priorité de santé publique ; un défi pour le développement. On estime à deux cent à trois cent millions, le nombre de victimes de traumatismes vulvaires: traumatismes provoqués aussi bien par les femmes que les hommes.

Un exemple : la République Démocratique du Congo. Dans ce pays, le viol est une arme de guerre: 21% des enfants, 56% des jeunes femmes, 23% des vieilles femmes et les hommes également sont violés.

Samedi 12 janvier 2013

La journée du samedi a laissé une large part aux débats et aux propositions de l'association Femme, médecin libéral du SML, aussi bien sur la santé des médecins que sur les violences faites aux femmes

La politique de santé actuelle ne risque t'elle pas d'aggraver l'état de santé des médecins eux-mêmes ?

Intervenant : Frédéric Bizard, économiste de la Santé, maître de conférence à Sciences Po

Pour cet économiste de la santé, notre système de santé à bout de souffle et les politiques de santé actuelles ne peuvent qu'accentuer le burn out des médecins.

« Notre système de santé est à bout de souffle : nos résultats sanitaires sont moyens. Ainsi en Europe, nous sommes à la 14ème place pour les hommes et à la 12ème place pour les femmes pour l'espérance de vie sans incapacité. 70% des français seulement estiment être en bonne santé (12ème place en Europe), nous sommes 4ème pour la consommation d'alcool… La défaillance de la prévention sanitaire est notre véritable talon d'achille. Il faudrait transversaliser la gouvernance de la santé et aller dans les entreprises, les écoles… »

De plus, notre système souffre d'un hospitalo centrisme, unique au monde. Ainsi en France 36% des dépenses de santé se font à l'hôpital pour une moyenne de 29% dans les pays de l'OCDE. Cet hospitalo centrisme entraîne un sous investissement sur la médecine de ville alors qu'elle a un rapport coût efficacité le meilleur au monde.

Frédéric Bizard

Le système est également sous pression avec une explosion des maladies chroniques. Les ALD représentent 63% des dépenses en 2010 et pèseront pour 75% des dépenses en 2020 ! Ce poids se fait au détriment du petit risque avec un désengagement des soins de ville.

Une relation médecin patient déterminante et complexe

Il existe une défiance originelle entre le médecin et l'Etat car la médecine libérale s'est fondée sur un conflit avec l'Etat. Les médecins libéraux ont combattu dans les années 20 pour conserver leur indépendance face à la montée des assurances sociales.

Les femmes en médecine

Aujourd'hui 42% des médecins sont des femmes. Elles seront majoritaires en médecine dans une dizaine d'années. Leur durée de carrière est identique à celle des hommes. Elles sont 46% en médecine générale et 54% spécialistes. Elles sont cependant sous représentées dans les spécialités à haut revenu. Et il y a peu de femmes médecins dans la gouvernance de santé. Ainsi, aucune femme n'est à la tête des syndicats de médecins, la HAS compte 1 femme pour 8 postes clefs… Pourtant les femmes sont condamnées à prendre le pouvoir.

Le burn out des médecins

Selon une récente étude américaine 46% des médecins ont au moins un symptôme de burn out. Un taux qui est plus élevé chez les médecins de premier recours. Le médecin se sent piégé dans le système de santé. Il doit sans arrêt répondre à des injonctions paradoxales.

Ce burn out entraîne une hausse des erreurs médicales : manque d'empathie, défaillance dans la relation ; un taux de suicide 1,4 fois plus élevé chez les hommes médecins ; une aggravation du déficit de médecins : départ à la retraite anticipé, dépôt de plaques, réduction du nombre d'heures ; un déficit démographique aggravé en médecine de premiers recours.

Mais, doit-on incriminer dans le burn out uniquement les facteurs externes (pression fiscale, administrative, judiciaire, charge de travail) ? Les attentes des médecins envers eux-mêmes sont-elles à leur juste niveau ? La relation avec les patients est une source de stress (savoir dire non). Il faut savoir accepter ses erreurs et les analyser, gérer son temps de travail, préserver sa vie familiale, optimiser sa protection sociale…

Valérie Griselle - membre FML

Quelle influence a la politique de santé actuelle sur la santé des médecins ?

La Ministre, s'appuyant sur des contre-vérités, rend les médecins libéraux responsables des difficultés d'accès aux soins. Pour elle, il existe un lien entre les compléments d'honoraires (donc pratique tarifaire des médecins) et difficultés d'accès aux soins et il existe un lien entre les soins de ville (comportements des médecins) et la hausse excessive des dépenses de santé. Or, c'est le désengagement de l'Assurance maladie depuis 30 ans et la mauvaise couverture des complémentaires des soins de ville qui sont les causes majeures des difficultés financières d'accès aux soins, réelles uniquement en optique et en dentaire. Tout comme le poste des soins de ville est le poste de dépenses qui a le moins progressé ces dernières années alors le pays devrait investir massivement dans le dévelop-

pement des soins ambulatoires.

Résultat de ces contre vérités : le statut de médecin est dévalorisé aux yeux des patients. Les médecins incompris expriment un fort ressentiment…
Avec un avenant 8 qui vient ajouter à ce sentiment d'incompréhension.

Il est plus que temps que les autorités politiques prennent conscience des conséquences de leurs décisions sur l'état de santé des soignants et des conséquences de la dégradation de cet état de santé sur la prise en charge des patients.

Table ronde 1 : Préserver la santé du médecin libéral : une urgence !

Intervenants : Dr Parvine Bardon (URPS Centre), Dr Bruno Gaudeau (Président du Groupe Pasteur Mutualité), Mme Catherine Lemorton (Présidente de la Commission Sociale à l'Assemblée Nationale et députée PS), Dr Françoise Roudil (association Femme, Médecin Libéral), Dr Isabelle Sauvegrain (Médecin du travail), Mme Monique Weber (HAS- OG DPC)

Lors du débat qui a suivi cette présentation, le Dr Parvine Bardon a rappelé que la priorité des médecins en matière de formation, réside dans la prévention de l'épuisement professionnel, dans son diagnostic précoce et dans l'amélioration de l'organisation du cabinet médical et de sa mise aux normes, notamment, chez les femmes jeunes. **Le burn out est donc bien une réalité qu'affrontent les libéraux.** Et pourtant, la FPC offre une formation sur le burn out qui n'est pas forcément très demandée, explique Monique Weber, aujourd'hui à la tête de l'OG-DPC. Plus spontanément, les médecins suivent les formations qui concernent la prise

en charge des patients. Ce qui est normal car, comme l'explique le Dr Isabelle Sauvegrain, le médecin ne prend pas le temps de se regarder lui-même. Or, il doit apprendre à identifier les facteurs de risques, à s'écouter. Alors comment mettre en place des stratégies efficaces pour le prévenir ? Bruno Godeau, président du Groupe Pasteur Mutualité a rappelé que son réseau mettait en place un réseau de consultation de prévention.

Catherine Lemorton a avancé comme solution la délégation de tâches et les coopérations interprofessionelles. Un concept dont se méfie Frédéric Bizard économiste de la santé, car l'Etat cherche à l'organiser.

La santé au travail des médecins : Propositions d'actions de l'association Femme, Médecin Libéral :

Rapporteur : Corinne Godenir

Lutter contre le harcèlement du médecin

- **Reconnaitre la santé des médecins** par tous les institutionnels **comme indicateur de qualité** de notre système de soins.
- **Créer un indicateur de qualité :** prévention santé du médecin dans le paiement à la performance
- **Besoin de réunions de DPC** (en présentiel) avec des thèmes sur la prévention de l'épuisement professionnel et sur l'organisation du cabinet
- **Retrouver des conditions d'exercice sereines et sécuritaires**
- **Obtenir des institutions** (ordinales, caisses, CARMF…) une meilleure communication et collaboration

Pour retrouver l'honneur et le bonheur d'être médecin

Les préconisations du FML du côté institutionnel

- **Reconnaître le burn out** comme maladie professionnelle.
- **Réduire le délai de carence** de la CARMF de 90 jours
- Réfléchir à une **médecine préventive** pour tous les médecins
- Mieux **définir la nature et les limites de la responsabilité médicale**

Les préconisations du FML du côté de la formation initiale

- Au cours du cursus initial de formation des étudiants en médecine inclure des **formations en droit médical , en gestion , en informatique .**
- **Réfléchir sur les causes de l'épuisement des internes** et y remédier : respecter le repos compensateur

Les préconisations des FML pour les médecins

- **Rompre l'isolement** et redonner du lien par des formations présentielles

Thèmes de formation :

- prévention de l'épuisement professionnel
- formation sos medecin libéral ou stratégie d'organisation de bonne santé
- formation à la sécurisation financière de son cabinet médical en cas de maladie (gestion patrimoine prévoyance)

Table ronde 2 :
Les violences faites aux femmes :
Le médecin, acteur incontournable de leur prévention. Priorité médicale et acte politique.

Dr Sophie Bauer (association Femme, Médecin Libéral), Dr Jean-Marc Ben Kemoun (Psychiatre, Médecin légiste, expert près la Cour d'appel de Versailles, Unité médico-judiciaire des Yvelines), Dr Pierre Foldes (Chirurgien Urologue, chirurgien des Hôpitaux Poissy-Saint-Germain-en-Laye), M. Guy Lefrand (ancien député et secrétaire national chargé des professions médicales à l'UMP), Mme Catherine Lemorton, (Présidente de la Commission Sociale à l'Assemblée Nationale et députée PS), Dr Emmanuelle Piet (Présidente du collectif féministe contre le viol), Dr Frédéric Prudhomme (Président du Conseil de l'Ordre 78)

La lutte contre les violences faites aux femmes fût la grande cause nationale en 2010.

Mais qu'est ce qu'une « *grande cause nationale* » ? Pour quelles actions ? Pour quels résultats ?

> « *le médecin ne sait pas quoi faire car à l'heure actuelle, les réseaux ne sont pas pérennes et plutôt désorganisés.* »

Pierre Foldes rappelait que les violences faites aux femmes représentent deux fois et demi le coût du cancer du sein, alors que moins de 1% des femmes victimes entrent dans le système de prise en charge.

Or 66% de ces femmes consultent leur médecin généraliste, c'est pourquoi la mobilisation des libéraux est nécessaire.

« *Il faut poser la question systématiquement* », insiste le Dr Emmanuelle Piet. « *Il n'a pas le droit de faire ça, ce n'est pas normal et nous pouvons vous aider* », sont des phrases que le médecin doit prononcer. L'ordonnance de protection doit être généralisée dans son utilisation. Le téléphone portable d'urgence a été une mesure efficace et doit être généralisé.

Mais la question est encore trop rarement posée car le médecin ne sait ensuite pas quoi faire, souligne le Dr Jean-Marc BenKemoun, car à l'heure actuelle, les réseaux ne sont pas pérennes et plutôt désorganisés.

Pour Guy Lefrand, les acteurs de terrain doivent s'approprier cet enjeu de santé publique et plus particulièrement les professionnels de santé, c'est indispensable. **Les violences faites aux femmes doivent être considérées comme une pathologie** comme les autres.

Ce qui signifie que dans ce cas comme pour les autres pathologies, « *le secret médical s'impose au médecin* », rappelle le Dr Frédéric Prudhomme, président du conseil de l'ordre des Yvelines. En cas de rédaction d'un certificat médical, les mots comptent, le médecin doit décrire ce qu'il a constaté et ne pas interpréter. Le médecin est dispensé du secret médical face à une personne vulnérable.

Madame Lemorton confirme que les violences verbales envers les femmes se rencontrent dans tous les milieux.

Témoignages :

Groupe «Parole de femmes» de l'Institut en Santé Génésique des Yvelines

Témoignage Hada :

La PAROLE DES FEMMES est un remède universel, le refus de devenir ou de rester une victime.
La femme, c'est la moitié de l'humanité, c'est la mère qui porte l'enfant à venir, c'est la transmission de l'amour, l'éducation.
La femme a des obligations, des devoirs, mais avant tout des droits,
Le droit de dire sa différence dans sa sexualité, de se définir par rapport à sa féminité,
Le droit à prendre sa place dans la société, sans devoir la revendiquer.
Toutes les violences sont à combattre, quels que soient le motif, l'origine, la culture,
il n'y a pas de raisons tangibles pour les rendre légales, voire justifiées.
La parole a été donnée aux femmes excisées dans le colloque singulier avec le Dr Foldes.
Aujourd'hui ses patientes sont les témoins d'une violence faite à la femme,
elles veulent maintenant transmettre cette force pour se battre, à toutes celles qui continuent à la subir, à l'assumer et à penser que ça passera avec le temps.
Le temps ne fait que confronter et conforter celui qui fait subir cette violence.
Le droit et la place de la femme dans la société, dans la famille, sont non négociables.
Aujourd'hui, mon témoignage…
Un cri, la vie, une petite fille…. Une petite fille à qui on enlèvera une partie d'elle, des morceaux de sa chair. Elle ne l'a pas choisi. C'est le poids des traditions, justifiera t'on.
Violée dans son âme, sa dignité, son intégrité. Elle ne le sait pas encore.
Et puis, viendra s'installer le sentiment qu'il lui manque une partie de soi.
Un jour peut-être viendra le temps des questions et des solutions.
Une psychothérapie? Une réparation?
Qu'elle que soit sa décision, cette petite fille devenue femme a subi une violence.

Témoignage Maimouna :

Les VFF sont présentent dans le monde entier, touchent tous les milieux sociaux et présentent des caractères divers et variés.
Cependant, elles ne sont pas une fatalité.
Les efforts faits ici et et là-bas, nous permettent d'appréhender le Futur positivement.
Le printemps arabe et la mobilisation liée aux derniers évènements en Inde, nous montrent qu'à partir du moment où un peuple prend en main sa destinée et dit NON à des souffrances ou violences insoutenables, les choses avancent, évoluent.
Il en est de même pour les VFF. L'une d'entre elles, l'excision, sévit en Afrique, au Sénégal notamment et plus particulièrement dans les zones rurales.
Les campagnes d'éducation et de sensibilisation portent leurs fruits mais gagneraient en efficacité en étant mieux pensées.
Ici comme là-bas, on admet mal la souffrance d'un proche, d'une connaissance, d'un patient
Ici comme là-bas, il est important :
d'éduquer, de sensibiliser, de nommer les choses pour les faire exister,
de mettre des mots sur les maux pour faire avancer la lutte.
Ici comme là-bas, l'éducation et la sensibilisation porteront de très beaux fruits avec une bonne connaissance sociologique des Femmes victimes de violences.

Témoignage Fatou :

Face à toutes ces violences et à la nécessité d'agir, quelle est la place du corps médical ?
Elle est cruciale, elle est primordiale.
Face à la détresse physique et psychologique, elles sont hélas encore trop nombreuses à rester dans le silence.
J'ai mis de longues années à sortir de cette honte, de mon mal être, à trouver une écoute, premier pas vers les mots.
C'est une sage femme, que je ne remercierai jamais assez qui me permettra de briser ce silence et prendre la bonne direction.
C'est un médecin, le docteur Foldès qui me redonnera ma dignité, mon intégrité. Une fierté.
C'est une reconstruction sur tous les plans et dans le temps ; un accompagnement auprès d'un psychologue, d'une sexologue. C'est le chemin vers la libération de la parole.
Quel que soit le type de violence qu'elle aura subit, une victime a nécessairement besoin de vous.

Prise en charge des violences faites aux femmes : Propositions d'actions de l'association Femme, Médecin Libéral

Rapporteur : Sophie Bauer

La reconnaissance des violences faites aux femmes par la société passe par la loi.

- **Une peine plancher de 15 ans** assortie d'une peine de sûreté de 15 ans **pour les viols.**
- **La généralisation du bracelet électronique** avec interdiction définitive d'approcher la victime en cas de violence physique.
- **La possibilité de divorce** en comparution immédiate en cas de violences conjugales
- Que **les mariages forcés consommés** soient clairement **identifiés comme des viols répétitifs**
- **La parité dans les jurys d'assises**

Des actions de médecine préventive

- Un examen génital obligatoire tous les deux ans jusqu'à la majorité pour prévenir le viol et l'excision.
- L'éducation obligatoire des futures mères des communautés à risque lors des examens prénataux leur expliquant les risques d'une excision avec engagement de ne jamais en faire subir et y soumettre le versement des allocations.
- L'éducation du respect au corps, par les médecins, dès l'école primaire.

Une éducation des médecins à un soutien spécialisé aux victimes de violences

- 1/ Dans la formation initiale
  Inclusion d'une formation spécifique dans le module initial de psychiatrie
  Ajout d'un objectif de dépistage et de prise en charge des victimes de violence faites aux femmes dans les stages d'internat libéral.
- 2/ Dans la formation continue
  Les violences faites aux femmes doit être un sujet de DPC.
- Son enseignement doit être assuré par un médecin spécialiste des violences.

Les violences faites aux femmes par la médecine

- Perte de chance dans l'IDM
- Perte de chance face à l'artérite des membres inférieurs
- Diktat des staffs vis-à-vis de la prise en charge des cancers sans rôle réel joué dans la décision par la patiente
  Scandale des prothèses PIP et inégalité de prise en charge du traitement
- Manque d'information des patientes sur les possibilités de réparation des incontinences urinaires
- Manque d'information sur la réparation des excisions
  Cependant la HAS prend enfin en compte le souhait des femmes dans ses recommandations pour la césarienne

Donnez nous les moyens d'agir :

- La solution est de former des réseaux centrés sur les médecins qui reçoivent la parole de ces femmes : s'entourant de juristes, associations, police et d'autres médecins.
- CCAM clinique : consultations longues et complexes
- Ne pas voler l'argent destiné à la formation des médecins.

Comité d'organisation :

Dr Parvine Bardon
Dr Sophie Bauer
Dr Christine Bertin Belot
Dr Corinne Godenir
Dr Françoise Roudil

Animatrices :

Dr Martine Darchy Gilliard
Dr Valérie Griselle Wiseler
Dr Nelly Isnardon
Dr Dominique Jeulin Flamme
Dr Nina Quedru
Dr Michèle Pujos
Dr Marie-Agnès Tchodibia

Contact :

Coordination et relations extérieures
Frédérique MARTZ - Tél. 06 15 70 92 39 - frederique.martz@gmail.com

Création graphique : inanutilecreation@yahoo.fr

FML - 4e Assises de la Femme, Médecin Libéral
22 rue de Vaugelas – 75015 Paris- frederique.martz@gmail.com

Avec le soutien de :