

Les médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire face aux violences faites aux femmes

Les violences font partie intégrante des motifs de consultations des médecins généralistes, et ceux-ci occupent une place importante dans leur dépistage. Début 2020, 60 % des médecins généralistes des Pays de la Loire déclarent ainsi soupçonner au moins une fois par an le vécu de violences pour une femme. Les signes cliniques qui les amènent à suspecter une telle situation sont souvent multiples et aussi divers que des troubles psychologiques, des symptômes physiques chroniques, une addiction, des blessures physiques, une attitude fuyante, ou encore un problème de santé d'un enfant. Lorsqu'ils en ont la suspicion, les praticiens interrogent alors fréquemment la patiente, qui, généralement, se confie.

Les violences faites aux femmes repérées en médecine générale présentent des caractéristiques variées. Elles peuvent en effet concerner des situations actuelles, récentes (moins d'un an) ou anciennes, être de nature sexuelle, physique ou uniquement psychologique. Si les violences infligées par le conjoint ou ex-conjoint prédominent, les praticiens sont aussi amenés à repérer des violences subies dans le cadre familial voire dans un contexte professionnel. Face à ces situations, les médecins généralistes orientent et conseillent les victimes. L'orientation vers un psychologue, porter plainte et contacter une association d'aide, représentent les propositions les plus fréquentes.

Mais la prise en charge des victimes de violences peut être source de difficultés pour les médecins. Certaines patientes refusent ainsi de suivre leurs conseils, de consulter d'autres professionnels. En outre, lorsqu'ils doivent établir un certificat médical attestant les violences subies, il arrive assez fréquemment qu'ils prennent conseil auprès de tiers pour le rédiger.



Les données de la littérature montrent que les professionnels de santé, en particulier ceux du premier recours, occupent une place essentielle dans le repérage et la prise en charge des victimes de violences [1,2,3]. Les médecins généralistes, du fait notamment de la relation de confiance établie avec leurs patients sont tout particulièrement concernés. Toutefois, la fréquence avec laquelle ils voient en consultation des adultes ou enfants victimes de violences ou en suspectent l'existence, la manière dont ils les prennent en charge, et les caractéristiques des violences subies restent peu décrites.

Afin de mieux connaître le rôle joué par ces professionnels auprès des victimes, la Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité et l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire ont sollicité l'Observatoire régional de la santé et l'Union régionale des médecins libéraux pour réaliser une enquête sur le sujet. 427 médecins généralistes des Pays de la Loire participant au Panel en médecine générale ont été interrogés sur le repérage et la prise en charge des victimes. Les questions ont été circonscrites aux seuls cas des femmes majeures.

Le recueil s'est déroulé entre décembre 2019 et mars 2020, avant la publication de la loi visant à protéger les victimes de violences conjugales, permettant aux médecins de lever le secret médical dans certaines circonstances [4] [Encadré p.8].



Ce contexte historique et social au moment de l'enquête doit être pris en compte dans l'interprétation des résultats. Les débats avant la publication de cette loi du 30 juillet 2020 comme la parution récente des recommandations de la HAS sur le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [5] ont en effet pu influencer le regard des médecins sur leurs pratiques. De même que la tendance, observée ces dernières années, à la libération de la parole des femmes et l'augmentation du nombre de victimes recensées [6,7].

L'enquête décrit les violences subies par les femmes, telles qu'elles sont appréhendées par les médecins généralistes, et le rôle de ces professionnels dans leur repérage et prise en charge. L'ensemble des formes de violences interpersonnelles y ont été prises en compte, qu'elles soient verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles, qu'elles aient été subies dans l'espace public, au travail, dans un établissement scolaire, en institution, au sein d'une famille ou d'un couple, et qu'elles soient actuelles, récentes (datant de moins d'un an) ou anciennes. La définition de la violence a été laissée à l'appréciation du médecin.

Une large majorité de médecins généralistes confrontés à des femmes victimes de violences

Les violences subies font partie intégrante des motifs de consultations en médecine générale, et certains praticiens y sont même régulièrement confrontés. 73 % des médecins généralistes des Pays de la Loire déclarent ainsi, début 2020, avoir vu *au moins une fois par an, au cours de leurs trois dernières années d'exercice, une femme, majeure, venue en consultation pour des violences subies dans le cadre conjugal ou dans un autre contexte (familial, professionnel...), ces violences pouvant être physiques, sexuelles, psychologiques...* 11 % notamment y ont été confrontés *une à plusieurs fois par mois*, et 22 %, *une à plusieurs fois par trimestre*. 20 % des médecins mentionnent que cela leur est arrivé *une ou deux fois* en trois ans. 7 % seulement déclarent ne pas avoir été confrontés à la situation en trois ans.

Les praticiens sont aussi amenés, devant certains signes ou symptômes, leur récurrence, leur cumul, à émettre l'hypothèse du vécu de violences, sans que celui-ci ne

soit exprimé par leurs patientes [1]. 60 % des médecins généralistes déclarent ainsi qu'il leur est arrivé *au moins une fois par an, au cours de leurs trois dernières années d'exercice, de soupçonner une situation de violences subies, actuelle ou passée, pour une femme majeure qui ne les consulte pas pour ce motif*. 16 % notamment y sont confrontés *une à plusieurs fois par mois*. 30 % des médecins mentionnent que cela leur est arrivé *une ou deux fois* en trois ans. 10 % n'ont pas avoir été confrontés à la situation en trois ans.

L'analyse des caractéristiques des médecins généralistes déclarant voir en consultation des femmes pour motif de violences subies (au moins une fois par mois), ou soupçonner ce type de situation (au moins une fois par trimestre), montre que ces praticiens sont plus souvent :

- des femmes ;
- installés dans une commune où les indicateurs sociaux des habitants sont, globalement, moins favorables (Fig1).

Les médecins qui suspectent des situations de violences sont aussi plus nombreux parmi ceux

- étant installés en groupe ou dans une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ;
- ayant indiqué, dans une précédente enquête du Panel, que *l'évolution de l'offre de soins les avaient amenés à se spécialiser en psychiatrie* ¹.

La spécificité de ces situations a amené 23 % des médecins généralistes à suivre *une session de formation sur le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences (dans le cadre d'une formation continue, d'un DU, ou dans un autre cadre)*. Ces formations, souvent centrées sur les violences conjugales, portent sur les signes cliniques et fonctionnels, la conduite des entretiens, le repérage et l'orientation des victimes. 62 % des praticiens n'ont pas suivi une formation de ce type mais disent être intéressés pour le faire. 15 % indiquent ne pas être intéressés.

Le taux de médecins ayant suivi une formation est plus élevé parmi les praticiens déclarant soupçonner une telle situation au moins une fois par mois (42 %), et parmi ceux voyant des patientes pour ce motif au moins une fois par trimestre (32 %) que parmi leurs confrères moins souvent confrontés à chacune de ces deux situations (19 %) ².

1. L'écart, retrouvé chez les hommes comme chez les femmes, n'est pas statistiquement significatif en analyse multivariée, en raison de la faiblesse des effectifs concernés.

2. C'est-à-dire une à deux fois par an ou une à deux fois au cours des trois dernières années (n=195). Aucun des 8 médecins ayant déclaré ne pas avoir rencontré l'une ou l'autre de ces situations en trois ans n'a suivi de session de formation.

FIG. 1 Facteurs associés aux consultations pour motif de violences subies et aux suspicions de vécus de violences

Analyses bivariées et multivariées (régressions logistiques)

	Médecins généralistes déclarant voir au moins une fois par trimestre une femme majeure les consultant pour motif de violences subies		Médecins généralistes déclarant suspecter au moins une fois par mois une situation de violences, actuelle ou passée, pour une femme majeure ⁽¹⁾	
	% ⁽²⁾	OR ajustés ⁽³⁾	% ⁽²⁾	OR ajustés ⁽³⁾
Ensemble des médecins généralistes	33 %		16 %	
Sexe du médecin				
Homme (207) (Réf.)	27 %	Réf.	10 %	Réf.
Femme (220)	41 %	2,0 p<0,05	23 %	1,9 p<0,10
Âge du médecin				
Moins de 50 ans (244) (Réf.)	-		20 %	
50-59 ans (105)	-		15 %	
60 ans et plus (78)	-		11 %	
Modalités d'exercice du médecin				
Exercice seul (84) (Réf.)	26 %		6 %	Réf.
Exercice en groupe dans le cadre d'une MSP ⁽⁴⁾ (82)	33 %		20 %	4,7 p<0,05
Exercice en groupe hors MSP (259)	37 %		20 %	3,9 p<0,05
Volume annuel d'activité ⁽⁵⁾ du médecin				
Inférieur au 1 ^{er} quartile (activité faible) (129) (Réf.)	-		23 %	Réf.
Entre le 1 ^{er} et le 3 ^{ème} quartile (233)	-		14 %	0,5 p<0,05
Supérieur au 3 ^{ème} quartile (activité élevée) (65)	-		13 %	0,7 p<0,05
Médecins ayant déclaré que l'évolution de l'offre de soins ⁽⁶⁾ les avait amenés à se spécialiser en GYNECOLOGIE				
Non (335) (Réf.)	30 %	Réf.	13 %	
Oui (92)	46 %	1,8 p<0,10	28 %	
Médecins ayant déclaré que l'évolution de l'offre de soins ⁽⁶⁾ les avait amenés à se spécialiser en PSYCHIATRIE				
Non (390) (Réf.)	-		15 %	
Oui (37)	-		30 %	
APL2017 du territoire de vie santé ⁽⁷⁾ d'exercice du médecin				
Inférieur au 1 ^{er} quartile (accessibilité faible) (118) (Réf.)	-		-	
Entre le 1 ^{er} et le 2 ^{ème} / Entre le 2 ^{ème} et le 3 ^{ème} / Supérieur au 3 ^{ème}	-		-	
Indice de défavorisation sociale ⁽⁸⁾ de la commune d'exercice du médecin				
Inférieur au 1 ^{er} tercile (commune favorisée) (125) (Réf.)	27 %	Réf.	14 %	Réf.
Supérieur au 1 ^{er} tercile (277)	36 %	1,8 p<0,05	18 %	2,0 p<0,05

Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (déc. 2019-mars 2020). ORS et URML des Pays de la Loire.

Champ : Ensemble des médecins généralistes de l'échantillon Pays de la Loire du Panel (n=427).

(1) Qui ne consulte pas pour ce motif.

(2) Taux de médecins déclarant « voir au moins une fois par trimestre une femme, majeure, venue en consultation, pour des violences subies » (respectivement « soupçonner une situation de violences ; actuelle ou passée, au moins une fois par mois pour une femme majeure ⁽¹⁾ »). Seuls sont mentionnés les taux pour lesquels un écart significatif est observé entre les groupes de praticiens définis par les modalités de la variable caractérisant les médecins et leur activité (sexe, âge, modalités d'exercice...) en analyse bivariée (seuil de significativité statistique de 5 %, p<0,05).

(3) OR ajusté : odds-ratio ajusté sur les caractéristiques du médecin et de son activité prises en compte dans le modèle de régression logistique (la liste de ces huit variables est celle du tableau). Seuls sont mentionnés les OR ajustés des variables dont au moins une des modalités est significativement associée à la variable d'intérêt (« voir au moins une fois par trimestre une femme, majeure, venue en consultation, pour des violences subies » / « soupçonner une situation de violences, actuelle ou passée ; au moins une fois par mois pour une femme majeure ⁽¹⁾ ») (OR différent de la valeur 1, seuil de significativité statistique de 10 %, p<0,10).

(4) MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle.

(5) Nombre de consultations et visites effectuées en 2017 / Quartiles définis par rapport à la population nationale des médecins généralistes ; un médecin appartient au 1^{er} sous-groupe s'il fait partie des 25 % de médecins généralistes exerçant en France ayant les plus faibles volumes annuels d'activité.

(6) Sur leur territoire d'exercice.

(7) APL (Accessibilité potentielle localisée) : mesure d'accessibilité au médecin généraliste tenant compte de l'offre et de la demande de soins locales [8] / Territoires de vie-santé : maille territoriale (ensemble de communes) de référence utilisée par l'ARS pour identifier les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante de médecins ou des difficultés dans l'accès aux soins [9] / Quartiles définis par rapport à la population nationale des habitants (un médecin appartient au 1^{er} sous-groupe s'il exerce dans un territoire de vie-santé pour lequel la population fait partie des 25 % des habitants ayant les plus faibles accès aux médecins généralistes, tels que définis par l'APL).

(8) Indicateur contextuel calculé au niveau communal à partir du revenu fiscal médian par unité de consommation, de la part des diplômés de niveau baccalauréat (minimum) dans la population de 15 ans ou plus non scolarisée, de la part des ouvriers et de la part des chômeurs dans la population active de 15 à 64 ans, 2015 (Insee, Inserm CépiDC) / Terciles définis par rapport à la population de l'échantillon national de médecins généralistes ayant participé à la Vague 3 du Panel (un médecin appartient au 1^{er} sous-groupe s'il fait partie des 33 % de praticiens exerçant dans les communes ayant les plus faibles indices de défavorisation sociale).

Lecture : 41 % des médecins généralistes femmes déclarent voir au moins une fois par trimestre une femme majeure venue en consultation pour un problème de violence subie contre 27 % des médecins hommes. Déclarer « voir au moins une fois par trimestre une femme majeure venue en consultation pour un problème de violence » est significativement plus fréquent parmi les médecins femmes que parmi les hommes, après ajustement sur les sept autres variables (âge, modalités d'exercice...) caractérisant les praticiens et leur activité introduites listées dans le tableau et prises en compte (OR significativement supérieur à 1, au seuil de 5 %).

Les signes qui amènent les médecins à suspecter un vécu de violences sont très variés et généralement multiples

L'enquête s'est plus particulièrement intéressée au repérage de situations de violences. Les médecins généralistes concernés³ ont pour cela été invités à décrire le cas de *la dernière femme pour laquelle ils ont soupçonné une situation de violences et qui ne les consultait pas, du moins pas directement, pour ce motif*. Un échantillon de 388 patientes a ainsi été constitué⁴.

Les signes amenant les médecins généralistes à suspecter un vécu de violences pour une patiente sont de nature extrêmement variée, troubles psychologiques, lésions, symptômes physiques chroniques, attitude particulière...

Les professionnels mentionnent ainsi des *symptômes de dépression ou d'anxiété* (dans 72 % des cas de l'échantillon de femmes concernées⁴), des *troubles du sommeil* (54 %), une *attitude fuyante, craintive* (40 %) et des *troubles de santé récurrents* (39 %) (Fig2).

Il peut s'agir aussi d'un *problème d'addiction (alcoolisme ou autres, 29 %)*, ou de *blessures corporelles, hématomes, ecchymoses* (26 %).

D'autres indices évocateurs, même s'ils concernent un moins grand nombre de cas, sont mentionnés, comme la *présence systématique d'un accompagnant en consultation* (17 %), et des *troubles de santé récurrents chez un enfant* (13 %).

Les signes amenant les médecins généralistes à suspecter une situation de violences sont par ailleurs généralement multiples. Pour 79 % des cas de l'échantillon de femmes concernées, les médecins en ont mentionné au moins deux, et pour 59 %, au moins trois.

Certains signes sont ainsi fréquemment associés⁵. C'est le cas :

- d'une *attitude fuyante, craintive* avec la *présence systématique d'un accompagnant* ;
- des *blessures corporelles, hématomes, ecchymoses* avec des *troubles de santé récurrents d'un enfant* ;
- des *troubles du sommeil* avec des *symptômes de dépression ou d'anxiété*.

3. Médecins ayant déclaré qu'il leur est arrivé au moins une fois au cours des trois dernières années de soupçonner une situation de violences, actuelle ou passée, pour une femme majeure qui ne les consultait pas pour ce motif.

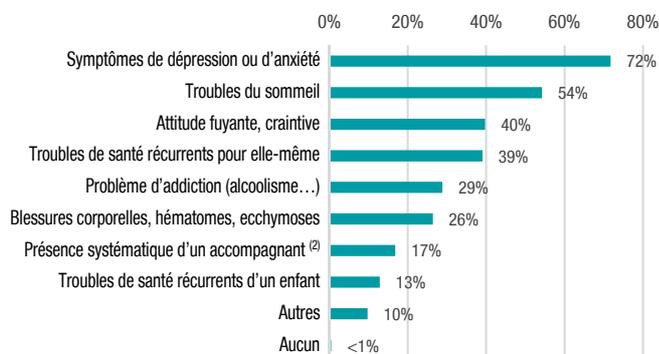
4. Échantillon de femmes majeures pour lesquelles le médecin généraliste a soupçonné une situation de violences, alors qu'elles ne les consultaient pas pour ce motif (n=388).

5. Avec une association statistiquement significative entre les deux signes, en analyse multivariée.

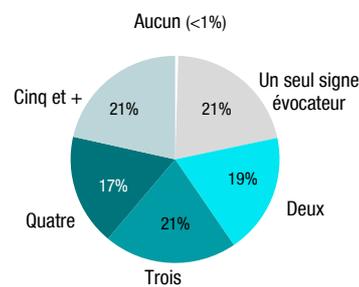
FIG. 2 Signes évocateurs des situations de violence suspectées par les médecins généralistes

Femmes majeures pour lesquelles le médecin généraliste a soupçonné une situation de violence, alors qu'elles ne les consultaient pas, du moins pas directement pour ce motif

Proportion de femmes de l'échantillon⁽¹⁾ pour lesquelles, les médecins retiennent comme signes évocateurs les ayant amené à soupçonner le vécu d'une situation de violences... (parmi la liste proposée dans le questionnaire)



Répartition (en %) des femmes de l'échantillon⁽¹⁾ selon le nombre de signes évocateurs cités par le médecin



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (déc. 2019-mars 2020). ORS et URML des Pays de la Loire.

Champ : Échantillon des cas de la dernière femme majeure, pour laquelle le médecin a soupçonné une situation de violences, femme qui ne les consultait pas, du moins pas directement pour ce motif. Le questionnaire précisait que la situation de violence pouvait être avérée ou pas ; actuelle, récente ou ancienne ; physique, sexuelle, psychologique ou verbale (n=388).

(1) Voir rubrique champ ci-dessus pour leur description.

(2) En consultation.

Le plus souvent, lorsqu'ils suspectent une situation de violences, les médecins questionnent les femmes à ce propos...

Lorsque les médecins généralistes suspectent au cours d'une consultation un vécu de violences pour une patiente, la majorité l'interrogent à ce propos. Cette initiative concerne ainsi 77 % des cas de l'échantillon de femmes concernées⁶. La question est posée le plus souvent *sur le moment, au cours de la consultation* (sept fois sur dix). Mais les praticiens peuvent préférer procéder par étape, et interroger la femme à *l'occasion d'une consultation ultérieure* (trois fois sur dix).

Il arrive aussi que la femme se confie d'emblée au médecin, sans qu'il n'ait à évoquer la question. Cette situation concerne 15 % des cas de l'échantillon de femmes concernées⁶.

Dans 8 % des cas, le sujet n'a pas été abordé explicitement, ni par la femme, ni par le médecin⁷.

La manière de procéder des praticiens (interrogation ou non, sur le moment de la consultation ou ultérieurement) est associée au nombre et à la nature des signes évocateurs. Le questionnement est ainsi plus fréquent lorsque le médecin a mentionné au moins quatre signes (87 %) que s'il n'en a cité que deux ou trois (79 %) ou un seul (62 %).

Et, lorsque la *présence systématique d'un accompagnant* fait partie de la liste des signes mentionnés, la question est, en proportion, plus souvent posée à l'occasion d'une

consultation ultérieure (une fois sur deux⁸) que dans les autres situations (trois fois sur dix) ; en particulier si le médecin constate des blessures corporelles, hématomes, ecchymoses (deux fois sur dix).

Les signes évocateurs ne sont bien sûr pas les seuls paramètres pris en compte par le médecin dans sa décision d'interroger ou non la femme, et de le faire au cours de la consultation ou plus tard. Les médecins généralistes du groupe de travail chargé de l'enquête disent prendre aussi en considération la disponibilité psychique de la personne, ou encore le temps qu'il peut de son côté consacrer à la consultation ce jour-là...

...une initiative qui semble bien acceptée

Le questionnement des médecins généralistes quant à un éventuel vécu de violences semble bien accepté par les patientes. Dans 76 % des cas de l'échantillon de femmes ayant été interrogées⁹, celles-ci se sont confiées.

Le taux élevé de confidences peut s'expliquer, du moins en partie, par la relation de confiance que les médecins ont instaurée avec leurs patientes et le savoir-faire de ces professionnels dans l'abord des questions intimes. Il invite en outre à considérer que les médecins généralistes occupent une place privilégiée pour le repérage des situations de violences, et notamment le repérage systématique [Encadré ci-contre].

Les données doivent néanmoins être considérées avec précaution du fait de la méthodologie adoptée dans l'enquête. Les médecins interrogés ont pu avoir eu tendance, même inconsciemment, à privilégier la description d'une patiente pour laquelle les violences suspectées ont été confirmées (et non la dernière patiente pour qui ils ont suspecté un vécu de violences, que celles-ci aient été confirmées ou non).

> Les médecins généralistes et le repérage systématique des violences

Le rôle des médecins généralistes dans le repérage des situations de violences est reconnu, et la question de l'intérêt d'un dépistage systématique a fréquemment été souligné [1]. Afin de mieux appréhender le regard des généralistes sur le sujet, une question générale sur la perception de leur rôle dans ce domaine a été posée à la fin du questionnaire.

Les médecins généralistes des Pays de la Loire apparaissent majoritairement favorables au repérage systématique. 61 % d'entre eux considèrent ainsi qu'*il fait tout à fait partie du rôle du médecin généraliste de repérer de façon systématique le vécu de violences chez leurs patientes*, et 34 % plutôt.

Le taux élevé d'adhésion à cette opinion reste à interpréter avec précaution, dans la mesure où aucune précision sur la notion de repérage systématique, ses contours et la manière de procéder, n'a été apportée lors de l'enquête.

6. Voir note 4 (p.4) pour sa description.

7. NB: situation au moment de l'enquête, ce qui n'exclue pas que le sujet a pu être abordé après la période de recueil des données.

8. Parmi les cas où la femme a été interrogée par le médecin.

9. Échantillon de femmes pour lesquelles les médecins généralistes ont suspecté une situation de violences et les ont interrogées à ce propos (n=292).

FIG. 3 Caractéristiques des violences subies identifiées par les médecins généralistes

Femmes majeures pour lesquelles le médecin généraliste a soupçonné une situation de violences, alors qu'elles ne consultaient pas, du moins pas directement, pour ce motif, et qui se sont confiées à lui

Répartition (en %) des femmes de l'échantillon ⁽¹⁾ selon l'antériorité, le contexte et la nature des violences



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (déc. 2019-mars 2020). ORS et URML des Pays de la Loire.

Champ : Échantillon des cas de la dernière femme majeure, pour laquelle le médecin a suspecté une situation de violences, qui ne le consultait pas, du moins pas directement pour ce motif, et qui s'est confiée à lui (spontanément ou parce que le médecin l'a interrogée) (n=258).

(1) Voir rubrique champ ci-dessus pour leur description.

Les violences repérées par les médecins généralistes ont des caractéristiques très diverses

L'enquête s'est ensuite intéressée aux caractéristiques des violences repérées par les médecins généralistes au cours d'une consultation, c'est-à-dire leur antériorité, le contexte dans lequel elles sont subies, et leur nature. Cette description est restée catégorielle, il n'a notamment pas été demandé aux médecins de préciser en quoi consistaient les violences, ni d'en évaluer la gravité ¹⁰.

Ces violences peuvent être des violences subies actuellement (24 % des cas de l'échantillon de femmes concernées ¹¹), il y a moins d'un an (35 %), ou il y a plus longtemps (41 %) (Fig3). Les situations où les femmes sont victimes de violences, à la fois actuellement et par le passé, sont assez rarement décrites.

Dans la majorité des situations (77 % des cas de l'échantillon de femmes concernées), les actes de violences sont, ou ont été, infligés par un conjoint ou ex-conjoint. Parfois (une fois sur dix), ces femmes victimes de violences conjugales sont également victimes de violences de la part d'un autre membre de la famille que le conjoint ou ex-conjoint ou de violences subies dans un contexte professionnel.

Les violences infligées par un autre membre de la famille que le conjoint représentent 14 % des cas et celles subies au travail, 6 %. 3 % ont été subies dans un autre cadre.

Les situations de violences repérées par les médecins peuvent être tout aussi bien de nature sexuelle, physique, que psychologique (dénigrement, mépris, harcèlement, isolement), ou autre (insulte, menace...) ¹². Dans la mesure où ces différentes formes se cumulent souvent – la dimension psychologique est ainsi retrouvée dans plus de la moitié des cas de violences sexuelles et des cas de violences physiques – et afin d'en présenter une vision plus synthétique, les situations ont été réparties au sein de quatre catégories, que sont :

- ▶ les violences sexuelles, qui représentent 24 % des cas de l'échantillon de femmes concernées ¹¹;
- ▶ les violences physiques (non sexuelles), qui regroupent 31 % des cas ;
- ▶ les violences purement psychologiques (sans mention de formes physiques ou sexuelles), qui totalisent 41 % des cas ;
- ▶ et les autres formes, qui regroupent 4 % des cas.

10. La question de la volonté de nuire de l'agresseur n'a pas, non plus, été abordée.

11. Échantillon de femmes qui se sont confiées à leur médecin, soit spontanément, soit parce qu'il les a interrogées (situations de violences révélées, n=258).

12. Les précisions entre parenthèses pour les violences psychologiques et les autres formes de violences sont celles proposées par la Fédération nationale Solidarité Femmes (<https://www.solidaritefemmes.org>). Elles ont été mentionnées dans le questionnaire

Des violences sexuelles plus fréquentes parmi les situations anciennes

Les violences anciennes identifiées en médecine générale présentent certaines spécificités comparativement aux situations actuelles. Il s'agit, en proportion, plus souvent de violences infligées par un membre de la famille autre que le conjoint ou ex-conjoint (24 % vs 4 %), même si les violences conjugales restent prédominantes. Les violences anciennes sont plus souvent décrites comme de nature sexuelle (36 % vs 18 %) et moins physique (19 % vs 47 %) – les formes psychologiques étant retrouvées avec une fréquence assez comparable (41 et 32 %).

Les médecins généralistes orientent les victimes vers des acteurs référents...

Concernant la prise en charge apportée aux victimes de violences, les médecins généralistes déclarent assurer eux-mêmes un soutien psychologique dans 65 % des cas de l'échantillon de femmes concernées¹³.

Mais leur rôle consiste aussi à les conseiller et orienter vers d'autres professionnels, associations, structures judiciaires, pour une aide plus spécialisée, les patientes restant libres de suivre ou non leurs conseils.

L'orientation vers un psychologue représente, avec le conseil de déposer une plainte à la police ou la gendarmerie, et celui de contacter une association d'aide¹⁴ [Encadré ci-contre], les propositions les plus fréquentes (dans environ deux tiers des cas) (Fig4). Viennent ensuite les orientations vers un psychiatre (41 %) et vers un assistant social (40 %).

Les orientations vers un service d'urgence et un médecin du travail sont moins souvent observées (22 % et 11 %).

Les médecins généralistes proposent des prises en charge différentes selon la situation de violences.

- Déposer une plainte à la police ou la gendarmerie est un conseil ainsi donné dans la majorité des cas de violences actuelles et celles de moins d'un an, lorsqu'elles sont de nature sexuelle (90 %) ou physique (76 %), moins si elles sont uniquement psychologiques (66 %). Il est moins souvent donné dans les cas de violences anciennes (57 %), du fait, peut-être, parce qu'il y a alors prescription.

- Ces constats sont retrouvés de façon similaire pour le conseil de prendre contact avec une association d'aide.

- L'orientation vers un psychologue concerne la majorité des violences uniquement psychologiques (79 %) et des violences sexuelles (72 %), moins souvent les violences physiques (53 %), quelle que soit l'antériorité des faits.

- Consulter un psychiatre est plus souvent proposé aux cas de violences passées (datant de moins d'un an ou plus anciennes, 46 %), qu'à celles subies actuellement (27 %¹⁵), du fait, peut-être, du degré d'urgence et des délais d'attente importants pour les rendez-vous [10].

- L'orientation vers un service d'urgence est plus souvent décrite pour les violences actuelles ou datant de moins d'un an (33 % si elles sont de nature sexuelle ou physique, 22 % si elles sont uniquement psychologiques) que pour les situations anciennes (13 %).

- L'orientation vers un médecin du travail concerne 11 des 19 cas de violences professionnelles de l'échantillon¹⁶.

Certaines propositions sont fréquemment associées¹⁷. C'est le cas de :

- l'orientation vers un service d'urgence avec le conseil de déposer une plainte à la police ou la gendarmerie ;

- l'orientation vers un assistant social avec le conseil de porter plainte à la police ou la gendarmerie et celui de contacter une association d'aide ;

- l'orientation vers un médecin du travail avec l'orientation vers un psychiatre.

13. Voir note 11 (p.6) pour sa description.

14. Centre d'information des droits des femmes et de la famille, planning familial, SOS femmes...

15. L'écart est retrouvé pour les violences de nature sexuelle (41% vs 55 %), physique (26 % vs 38 %) et uniquement psychologique (21 % vs 44 %).

16. Pour la rencontre avec un assistant social, aucune spécificité n'est observée.

17. Avec une association statistiquement significative entre les deux propositions en analyse multivariée.

FIG. 4 Orientation des victimes de violences

Femmes majeures pour lesquelles le médecin généraliste a soupçonné une situation de violences, et qui se sont confiées à lui

Proportion de femmes de l'échantillon⁽¹⁾ que (à qui), les médecins ont ...



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (déc. 2019-mars 2020). ORS et URML des Pays de la Loire.

Champ : Échantillon des cas de la dernière femme majeure, pour laquelle le médecin a soupçonné une situation de violences, qui ne le consultait pas, du moins pas directement pour ce motif, et qui s'est confiée à lui (spontanément ou parce que le médecin l'a interrogée (n=262).

(1) Voir rubrique champ ci-dessus pour leur description. / (2) Ou la gendarmerie.

(3) Centre d'information des droits des femmes et de la famille, planning familial, SOS Femmes...

> Supports d'informations des associations d'aides

59 % des médecins généralistes des Pays de la Loire, disent avoir dans leur salle d'attente ou dans leur cabinet des flyers, affiches ou autres supports d'informations sur les associations ou structures pouvant venir en aide aux femmes victimes de violences.



... mais sont confrontés à certains freins de la part des patientes

Lorsqu'ils orientent et conseillent les femmes victimes de violences, les médecins généralistes peuvent faire face à des freins, voire des refus. La majorité des praticiens déclarent ainsi avoir été, au cours des trois dernières années, confrontés au cas d'une femme, victime de violences qui leur a dit ne pas vouloir ...

- déposer une plainte à la police ou la gendarmerie (78 %),
- consulter un psychiatre, un psychologue (69 %),
- se rendre dans un service d'urgence (60 %),
- contacter une association d'aide (55 %).

La rédaction des certificats médicaux peut également être source de difficultés

86 % des médecins généralistes ayant pris en charge des femmes victimes de violences ou ayant suspecté cette situation au cours des trois dernières années d'exercice, déclarent avoir rempli des certificats médicaux pour au moins l'une d'entre elles.

Sur ces documents, les médecins doivent indiquer les signes cliniques, lésions, signes neurologiques, sensoriels, psycho-comportementaux, l'état psychique et la durée d'Incapacité totale de travail (ITT), notion pénale utilisée

pour qualifier les faits (contravention, délits ou crimes), orienter la procédure et la peine encourue [1].

La rédaction des certificats médicaux peut être source de difficultés pour les praticiens du fait de leur manque de formation dans ce domaine, et les conseils de tiers, plus spécialisés, peuvent alors leur être précieux. 41 % des médecins ayant établi un certificat médical déclarent ainsi avoir rencontré des difficultés pour en rédiger. Trois sur quatre d'entre eux précisent alors avoir demandé des conseils et/ou s'être renseignés auprès de tiers, notamment auprès du Conseil de l'Ordre des médecins (58 % des praticiens concernés), un confrère (42 %), voire, un autre professionnel (28 %).

> Violences conjugales : levée du secret professionnel pour les médecins en 2020

La réforme de l'article 226-14 du Code pénal en 2020 permet aux médecins d'émettre un signalement au Procureur de la République sans accord de la victime, dans certaines circonstances strictement encadrées par la loi (lorsque les violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat, et que cette dernière se trouve sous l'emprise de l'auteur des violences). Le texte stipule que le médecin doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime ou, en cas de refus, l'informer du signalement [4].

Pour accompagner les professionnels de santé dans la mise en œuvre de cette nouvelle disposition, l'Ordre des médecins a publié, avec le ministère de la Justice et la Haute Autorité de Santé, un vade-mecum [11].

SOURCE DES DONNÉES

Les données ont été recueillies via un questionnaire administré par téléphone et par internet auprès de l'échantillon de médecins généralistes des Pays de la Loire du 4^{ème} Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

L'échantillon se compose de 427 médecins généralistes ligériens, installés au 1^{er} janvier 2018, ayant au moins 200 patients en tant que médecin traitant, et sans mode d'exercice particulier exclusif.

L'anonymat et le respect de la confidentialité des données recueillies sont garantis, conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD).

Le dispositif du Panel est porté, dans la région, par l'Observatoire régional de la santé (ORS) et l'Union régionale des professions de santé-médecins libéraux (URML). Il est mis en œuvre en partenariat avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère chargé de la santé, l'ORS et l'URML PACA.

Des précisions sur le dispositif du Panel et la représentativité des résultats présentés sont disponibles sur le site internet de la Drees, rubrique Open data, sous-rubrique Professions de santé et du social et sur <https://panel-mg.org>.

Les publications nationales et régionales sont téléchargeables sur www.orspaysdelaloire.com et www.urml-paysdelaloire.org.

► **Merci** aux médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire du Panel qui, à travers le temps qu'ils consacrent aux enquêtes, contribuent à la connaissance des pratiques et des conditions d'exercice de leur profession.

COMMANDITAIRES ET FINANCEMENT

Cette étude a été commanditée par l'Agence régionale de santé (ARS) et la Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) des Pays de la Loire.

Elle a été financée par l'ARS, l'URML des Pays de la Loire et la Drees.

AUTEURS

Le questionnaire et l'analyse des résultats ont été réalisés par les équipes et membres élus de l'ORS¹ et l'URML² des Pays de la Loire. Ils s'appuient sur l'expérience professionnelle de médecins généralistes actuellement en activité.

NB. Le questionnaire a été finalisé avant la mise en ligne de la première version du texte des recommandations de la HAS sur le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [5].

1. Marie-Christine Bournot, Jean-François Buyck, Marie-Cécile Goupil, Anne Jolivet
2. Jean-Gérald Bertet, Thomas Héroult, Marie Rocheteau

CITATION SUGGÉRÉE

ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2021). Les médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire face aux violences faites aux femmes. N° 27. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 8 p.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] HAS. (2019). Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Recommandation de bonne pratique. Argumentaire scientifique. 164 p.
- [2] Jaspard M. (2001). Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. *Population & Sociétés*. Ined. n° 364. 4 p.
- [3] Lebas J, Morvant C, Chauvin P. (2002). Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. vol. 186, n° 6. pp. 949-961.
- [4] Loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales.
- [5] HAS. (2020). Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Texte des recommandations. 53 p.
- Ce document, dont la première version datée de juin 2019 a été mise en ligne en octobre 2019, a fait l'objet d'une actualisation en octobre 2020.*
- [6] SSMSI (Service statistique ministériel de la sécurité intérieure). (2020). Insécurité et délinquance 2019 : bilan statistique. Ministère de l'intérieur. 192 p.
- [7] Ministère de l'intérieur. (2021). Insécurité et délinquance en 2020 : une première photographie. *Interstats Analyse*. n° 32. 27 p.
- [8] Vergier N, Chaput H, Lefebvre-Hoang I. (2017). Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? *Les Dossiers de la Drees*. Drees. n° 17. 62 p.
- [9] Ministère des solidarités et de la santé. (2018). Territoire de vie-santé. Zonage médecin. [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin>.
- [10] ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2020). Les médecins généralistes libéraux face aux évolutions de la démographie des professionnels de santé. Perceptions et pratiques dans les Pays de la Loire. N° 23. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 11 p.
- [11] Ministère de la justice, Conseil national de l'Ordre des médecins. (2020). Secret médical et violences au sein du couple. Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal. 39 p.