



# Rapport de solutions

Encourager le repérage systématique des violences chez les femmes parmi les médecins généralistes

2022

# Table des matières

---

|   |           |
|---|-----------|
|   | 2         |
| <b>Remerciements</b>  | <b>3</b>  |
| <b>1. Introduction</b>  | <b>4</b>  |
| Contexte et origine du projet   | 4         |
| <b>2. Ciblage</b>   | <b>6</b>  |
| La population-cible   | 6         |
| Le comportement-cible   | 7         |
| <b>3. Exploration</b>   | <b>8</b>  |
| Notre méthodologie  | 8         |
| Les freins au comportement désiré   | 10        |
| Barrières liées aux capacités   | 11        |
| Barrières liées à la motivation   | 15        |
| Barrières liées à l'environnement   | 17        |
| <b>4. Pistes de solutions</b>   | <b>18</b> |
| 1. Introduire une étape supplémentaire dans l'anamnèse  | 21        |
| 2. Introduire des rappels à des moments opportuns   | 24        |
| 3. Demander à la patiente de remplir un questionnaire avant ou pendant la consultation                    | 26        |
| 4. Améliorer la formation des médecins  | 28        |
| 5. Mettre en place des outils d'aide à l'accompagnement et aider le médecin à passer le relais            | 30        |
| 6. Fournir un résumé simple, attrayant et actionnable de la recommandation de la HAS                      | 33        |
| 7. Mettre en place une campagne d'information grand public valorisant et normalisant le rôle des médecins | 34        |
| 8. Introduire des incitations (ou compensations) financières  | 36        |
| <b>Prochaines étapes</b>  | <b>37</b> |
| <b>Bibliographie</b>  | <b>39</b> |

# Remerciements

Ce rapport se veut ambitieux et propose des solutions holistiques pour améliorer le repérage systématique des femmes victimes de violences par les médecins généralistes de France.

Les interventions proposées ici sont issues de nos échanges avec un certain nombre d'acteurs que nous souhaitons remercier pour leur temps et leur dévouement. Leurs conseils et leurs suggestions nous ont été d'une aide précieuse pour proposer et concevoir des solutions adaptées.

Merci à Agnès Bryn pour nous avoir ouvert les portes de son cabinet et pour son soutien continu et ses conseils avisés tout au long de l'étude ainsi que son interne ;

Merci aux médecins de la Maison des Femmes et en particulier Ghada Athem (médecin-chef), Laëtitia Lasne (médecin légiste), Noémie Rolland (médecin généraliste) et Tiphaine de Foucher de Careil (gynécologue) qui ont partagé leurs expériences et leurs idées avec générosité, bienveillance et honnêteté.

Merci à Karima Amazzough (médecin généraliste et entrepreneuse), Gilles Lazimi (médecin généraliste et responsable des actions de prévention de la ville de Romainville), Pierre-Louis Druais (professeur de médecine générale et médecin généraliste), Pascale Basset (sage-femme coordinatrice d'un réseau périnatal), Elodie Marchand (médecin légiste) et Alexia Lerond, Patricia Waltrigny (membres du CIDFF) qui ont contribué à la conception des solutions développées pour l'expérimentation.

# 1. Introduction

---

## Contexte et origine du projet

En décembre 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) a été saisie par le ministère des solidarités et de la santé afin d'élaborer des recommandations sur la question de la prise en charge des victimes de violences par les professionnels de santé dans le but d'homogénéiser, d'améliorer et de sécuriser les pratiques. Cette demande s'inscrit dans les suites du Plan 2014-2016 de lutte contre les violences faites aux femmes (1) et du rapport de l'IGAS de mai 2017 sur « la prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une modélisation » (2), qui mettent en lumière le rôle déterminant des établissements et professionnels de santé en la matière.

La HAS comprend huit commissions spécialisées chargées d'instruire les dossiers sur ses différents champs de compétence, dont la Commission Impact des Recommandations (CIR). Cette dernière a pour mission de soumettre au collège de la HAS des propositions pour améliorer et mesurer l'impact des recommandations adressées aux professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social dans l'objectif d'optimiser leurs pratiques professionnelles. La CIR a, entre autres, porté son attention sur la recommandation de repérage par les professionnels de santé des femmes victimes de violences au sein du couple, et choisi dans un premier temps de se concentrer sur la recommandation faite aux médecins généralistes (MG) de « questionner systématiquement toutes les femmes sur d'éventuelles violences subies dans la démarche diagnostique médicale (entretien, constitution du dossier médical, examens cliniques et paracliniques), même en l'absence de signe d'alerte ».

Sur proposition de la CIR, la HAS a sollicité l'appui de l'équipe sciences comportementales de la Direction interministérielle de la transformation publique (DITP) pour développer et tester des interventions permettant de lever les freins identifiés. La DITP a à son tour invité le Behavioural Insights Team (BIT) à soumettre une proposition pour appuyer ce projet d'application des sciences comportementales.

De nombreux travaux de diagnostic ont déjà été menés par la HAS, dont une première étude quantitative menée en 2019 auprès de médecins généralistes, complétée en 2020 par une enquête qualitative. Ces travaux ont permis d'identifier des freins à la mise en place du questionnement systématique, et de suggérer une liste de leviers potentiels pour améliorer la mise en place de cette recommandation. L'équipe du BIT s'est nourrie de ces travaux et d'un travail de terrain complémentaire pour proposer un ensemble de solutions holistiques, et parfois même ambitieuses dont nous avons discuté lors de l'atelier de co-création le 16 novembre 2021.

## **Les violences conjugales sont un problème de santé publique considérable aux conséquences profondes sur la santé des femmes (et de leurs enfants)**

En France, le ministère de la Justice et des Libertés (direction des affaires criminelles et des

grâces) définit la violence au sein du couple comme « un processus inscrit dans le temps au cours duquel, dans le cadre d'une relation de couple (mariage avec ou sans communauté de vie, concubinage, pacte civil de solidarité (Pacs)), un partenaire adopte à l'encontre de l'autre des comportements agressifs, violents et destructeurs » (Direction des Affaires criminelles et des Grâces, 2011).

Les violences au sein du couple sont un phénomène d'une grande ampleur, bien que les chiffres varient légèrement en fonction des enquêtes, de la représentativité de l'échantillon et de la population considérée. D'après l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France, près d'une femme sur 10 ayant vécu en couple pendant l'année écoulée a été en situation de violences conjugales au cours des 12 derniers mois (Jaspard et al., 2003)<sup>1</sup>. Ces études soulignent « l'ampleur du silence et l'occultation des violences par les femmes qui les subissent » (Haute Autorité de Santé, 2019).

Les violences faites aux femmes sont un problème de santé publique majeur qui ont des conséquences à court, moyen et long terme sur la vie des femmes. Selon la Banque mondiale, les viols et violences conjugales représentent un risque plus grand pour une femme de 15 à 44 ans que le cancer, les accidents de la route, la guerre et le paludisme réunis (Venis & Horton, 2002).

L'exposition à la violence entraîne des problèmes de santé physique (traumatismes physiques, risque accru de développer des maladies chroniques), neurologique (dysfonctionnements importants des circuits émotionnels et de la mémoire) et psychique (troubles anxieux, dépressions, troubles du sommeil, troubles cognitifs, troubles alimentaires, addictions, etc.). En effet, le fait d'avoir subi des violences sexuelles multiplie par 26 le risque de faire une tentative de suicide (Jaspard & Saurel-Cubizolles, 2003 cité dans HAS 2019). Les violences affectent également la santé sexuelle et reproductive, maternelle et périnatale des femmes. Les conséquences sur la santé des femmes perdurent, même après l'arrêt des violences. Enfin, les violences conjugales ont des répercussions considérables sur les enfants et le reste de la famille (World Health Organization 2013).

En France, le coût global des violences conjugales est estimé à 2,5 milliards d'euros par an, dont 20% sont alloués aux soins médicaux (consultations, consommation médicamenteuse), 9% à la police et la justice, 5% aux aides sociales, 22% au coût humain des viols et des préjudices (incapacité temporaire de travail, souffrance) et 44% à la perte de productivité (absentéisme, incarcérations, décès) (Nectoux et al., 2010).

### **Le repérage augmente considérablement les chances d'identifier les femmes victimes de violences et de les accompagner pour s'en sortir**

Le dépistage des femmes victimes de violences conjugales augmente l'identification des femmes victimes de violences de 133% mais ne conduit pas nécessairement à une réduction des violences, un meilleur engagement avec les services de soutien ou à une

---

<sup>1</sup> Réalisée par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs appartenant au Centre national de la recherche scientifique (CNRS), à l'Institut national d'études démographiques (Ined), à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et aux universités, cette enquête nationale sur les violences envers les femmes (Enveff) s'est déroulée au premier semestre 2000, par téléphone, auprès d'un échantillon représentatif de 6 970 femmes, âgées de 20 à 59 ans, résidant en métropole, et vivant hors institutions (Haute Autorité de Santé, 2019).

amélioration de l'état de santé des femmes (O'Doherty et al., 2015). Ces résultats expliquent pourquoi l'Organisation Mondiale de la Santé ou l'Institut National pour l'excellence en matière de santé et de soins du Royaume-Uni (NICE) ne recommandent pas le repérage systématique.

Cependant, il importe de préciser que ce repérage n'a pas d'effets négatifs (O'Doherty et al., 2015) ; au contraire, celui-ci permet de diagnostiquer des traumatismes majeurs liés à des violences et de repérer les femmes qui sont en besoin d'être « entendues et reconnues comme victimes de violences » (Lazimi, 2016), mais aussi d'orienter ces femmes vers d'autres professionnels (magistrats, policiers, gendarmes, travailleurs sociaux, associations d'aide aux victimes) et de leur proposer un suivi de santé. D'ailleurs l'identification fonctionne mieux lorsque la potentielle victime est informée qu'un programme de soutien peut être immédiatement mis en place (Feltner et al 2018).

Ce rapport porte sur l'implémentation de la recommandation de la HAS et non sur son bien-fondé. En effet, l'objet n'est pas de remettre en question la décision d'opérer un repérage systématique mais de proposer des solutions comportementales afin de faciliter le repérage des femmes en transformant le comportement des médecins.

Une recherche plus poussée sur les étapes suivant le repérage (telles que l'orientation vers des services spécialisés) est primordiale pour espérer réduire l'incidence des violences conjugales et améliorer l'état de santé physique et psychique des femmes. Nous espérons que des projets ultérieurs visant la réduction des violences elles-mêmes pourront être menés à la suite de ce projet.

## 2. Ciblage

### La population-cible

#### Les médecins généralistes

Les professionnels de santé (et en particulier les MG) sont les premiers professionnels auxquels les femmes victimes de violences au sein du couple et de violences sexuelles s'adressent, devant les forces de sécurité (commissariat ou gendarmerie) et les travailleurs sociaux ou associations (Haute Autorité de Santé, 2019). Cependant une étude portant sur 557 patientes en France montre que 93% d'entre elles n'avait jamais été questionnées à ce sujet par leur médecin alors que deux tiers d'entre elles l'auraient souhaité. Une grande majorité des patientes (83%) considère que le repérage relève du rôle du médecin généraliste et qu'il est normal d'aborder ces questions avec lui (Palisse, 2013).

Dans le cadre de ce projet, et suivant ainsi les recommandations de la CIR (Chevallier et al., 2021), nous avons décidé de nous concentrer sur la population des médecins généralistes

quel que soit leur mode d'exercice (libéral, salarié ou mixte). Néanmoins, nous sommes conscients des différences qui existent entre les médecins<sup>2</sup>.

## Leurs patientes

Dans le cadre de ce projet, nous nous focaliserons sur le repérage systématique de toutes les patientes femmes (y compris transgenres) puisqu'elles peuvent toutes être concernées, quel que soit leur âge ou situation sociale ou culturelle. L'enquête Virage de l'INED (2015) stipule que les violences conjugales sont le fait d'un homme dans 99% des cas et que les violences par un ex-conjoint se produisent pour plus de 98% des cas dans un contexte hétérosexuel. De plus, 3.4 à 11% des femmes enceintes sont victimes de violences dans les pays industrialisés (Gazmararian et al., 1996). Cependant, nous reconnaissons que les hommes subissent également des violences. Les enfants des victimes de violences conjugales, par ailleurs, peuvent aussi être victimes de violences.

## Le comportement-cible



Lors de l'anamnèse, les médecins généralistes questionnent systématiquement toutes les femmes sur d'éventuelles violences subies, même en l'absence de signe d'alerte.

## Identifier les femmes victimes de violences

Les médecins généralistes peuvent jouer un rôle considérable pour identifier les femmes victimes de violences, mais également pour les soigner, les accompagner et les orienter vers des partenaires locaux. En effet, il existe un certain nombre de comportements que les médecins pourraient adopter (rédaction de certificats médicaux, signalement, etc.). Cependant, dans le cadre de ce projet, nous avons choisi de nous focaliser principalement sur le questionnement des femmes victimes de violences.

## Définir le repérage et la façon dont il est opéré

Il existe plusieurs types de dépistage et de repérage chez les femmes victimes de violence, décrits dans le tableau ci-dessous (O'Doherty et al., 2015).

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>Le dépistage systématique</b><br>( <i>universal screening</i> ) | <b>Le repérage de routine</b><br>( <i>routine inquiry</i> ) | <b>Le dépistage sélectif</b><br>( <i>selective screening</i> ) | <b>La recherche de cas</b><br>( <i>case finding</i> ) |
|--|---|--|---|

<sup>2</sup> Les jeunes médecins (une population de médecins largement féminin (75%) avec un âge moyen de 38 ans) sont plus réceptifs aux recommandations de la HAS et les consultent plus souvent (75% de ceux qui exercent depuis moins de 10 ans ont consulté au moins une fois par mois les recommandations de la HAS). De plus, les femmes médecins en libéral (expérimentées ou non) sont plus à l'écoute des recommandations. À l'inverse, les médecins en libéral expérimentés et indépendants ont une moins bonne opinion de la HAS et utilisent moins ces recommandations (HAS & Mourre, 2021).

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| La même question est posée à toutes les femmes par défaut. | La question est posée à toutes les femmes mais la méthode ou la façon dont la question est posée varie selon le professionnel ou la situation de la femme. | La question est posée à des femmes considérées comme étant à risque (par exemple les femmes enceintes ou les femmes souhaitant avorter). | La question est seulement posée si certains indicateurs ou risques sont présents. |
|--|--|--|---|

Nous définissons comme « repérage » le fait de questionner les femmes sur le fait qu'elles sont actuellement victimes ou aient été victimes de violences par le passé. Lors de notre atelier de solutions, nous avons discuté des modalités suivantes :

- **Choisir d'encourager un outil de diagnostic particulier ou pas** : il existe des outils de diagnostic particulièrement efficaces tels que le questionnaire HITS<sup>3</sup> qui consiste à poser quatre questions simples (Feder et al., 2006) ou encore le WASP (Women Abuse Screening Tool) qui existe en version française (Guiguet-Auclair et al., 2021). Cependant, les médecins généralistes sont très sensibles au ton des recommandations parfois perçues comme « trop agressives ou autoritaires » (Chevallier et al., 2021) et l'imposition d'un outil ou d'éléments de langage pourrait ainsi entraîner leur refus d'appliquer les préconisations et un rejet total de l'intervention.
- **Choisir de réaliser le repérage de manière directe ou indirecte** : soit la question est posée en personne lors de l'entretien, soit par le biais d'un questionnaire papier ou numérique à remplir qui est repris (ou non) par le médecin lors de la consultation.
- **Choisir de se focaliser sur un type de consultation particulière** (en face à face et/ou en ligne)<sup>4</sup>.

### 3. Exploration

#### Notre méthodologie

Lors de la phase d'Exploration, nous avons établi un diagnostic des obstacles à adresser et des leviers pouvant être exploités afin d'inciter les médecins généralistes à appliquer cette

<sup>3</sup> Acronyme pour « Hurts, Insults, Threatens and Screams » (Blessé, insulté, menacé et crié)

<sup>4</sup> Le recours à la télémédecine s'est généralisé depuis le début de la pandémie : durant le premier confinement, une consultation médicale sur quatre a eu lieu en ligne (Dumonteuil, 2021) contre moins de 1% avant le début de la crise sanitaire (Arama, 2020). Cependant, les patients bénéficiant de la téléconsultation ont un profil particulier. Ils sont plutôt jeunes et situés dans des zones densément peuplées (et principalement l'Île-de-France) (Vie publique, 2021). De plus, ce choix pourrait être risqué si les patientes sont dans la proximité de leur agresseur au moment de la téléconsultation. En effet, le dépistage marche mieux quand celui-ci est effectué dans un endroit calme et de confiance (Guiguet-Auclair et al 2021, Rinfret et al 2006, Todahl et al 2011). Lors d'une téléconsultation médicale, les gestes à adopter pour signaler une violence conjugale doivent être communiqués aux victimes potentielles (Bradley et al 2020).

recommandation à toutes leurs patientes. Pour ce faire, nous avons mené les activités suivantes :

- **Une revue des documents et études commissionnés et/ou dirigés par la HAS.** Nous avons revu ces documents pour mieux comprendre les barrières auxquelles les médecins font face, surtout en France.
- **Une revue de la littérature académique se focalisant sur les freins et leviers pour le repérage systématique** ainsi que les résultats d'autres expérimentations menées par le BIT qui pourraient apporter des apprentissages pertinents pour ce projet.
- **Une douzaine d'entretiens avec des expert.e.s et médecins généralistes.** Ces discussions nous ont permis de recueillir des retours sur les premières pistes de solutions afin d'avoir un début d'idée de leur acceptabilité et faisabilité.
- **Des observations en cabinet médical ou centre de santé.** Nous avons également observé des cabinets de médecins généralistes et un centre de santé spécialisé dans les violences conjugales afin de mieux comprendre l'environnement dans lequel les médecins et leurs patientes évoluent.

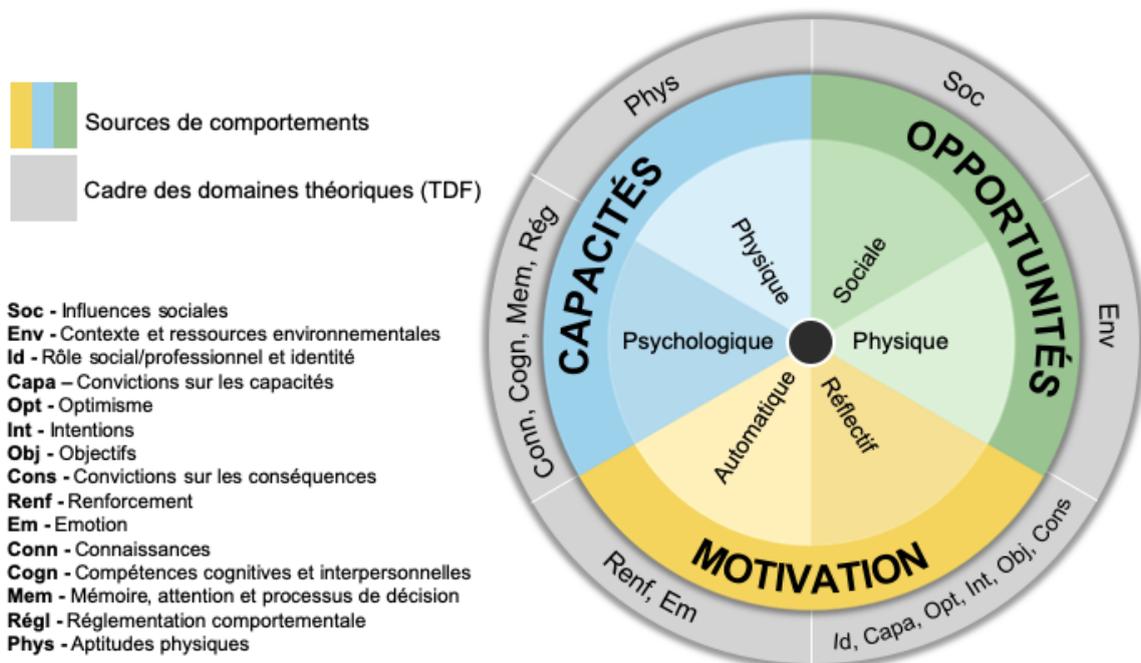


*Photo prise lors de la visite de la Maison des Femmes à Saint-Denis (93)*

## Les freins au comportement désiré

Dans cette partie, nous résumons les barrières que nous avons identifiées. Nous nous focalisons particulièrement sur les barrières comportementales et ne discuterons donc pas en profondeur des barrières structurelles ou des leviers réglementaires qui sont hors du champ de ce projet (par exemple donner plus de moyens aux médecins afin qu'ils aient un temps d'entretien plus long).

Nous avons catégorisé ces freins en utilisant le modèle COM-B (Mitchie et al, 2011). Ce modèle a été développé par un consensus de scientifiques spécialisés dans le changement de comportement (Michie et al, 2011). Il présente trois facteurs importants et susceptibles d'influencer le comportement d'un individu : ses capacités (C) (physiques et psychologiques), son environnement (O pour « opportunités ») et sa motivation (M). Un ensemble de barrières et de leviers intitulés « les domaines théoriques » (Atkins et al, 2014) correspondent à chacun de ces facteurs et sont présentés dans l'illustration ci-dessous.



Nous résumons les principaux obstacles identifiés dans le tableau ci-dessous :

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Capacités psychologiques</b></p>  | <p><i>Les MG ont-ils toutes les connaissances et compétences nécessaires pour questionner les femmes de manière systématique ?</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Un grand nombre de médecins ne connaissent pas la recommandation et/ou ne s'en rappellent pas</li><li>2. Les médecins sous-estiment parfois la prévalence des violences conjugales et méconnaissent l'éventail des violences</li><li>3. La grande majorité des médecins n'ont pas été formés et ne savent pas comment poser la question et/ou comment accompagner la femme en cas de violences</li></ol> |
| <p><b>Motivation</b></p>                | <p><i>Les MG sont-ils suffisamment motivés pour questionner les femmes de manière systématique ?</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. Certains médecins considèrent qu'ils n'ont pas de rôle à jouer dans le repérage</li><li>5. Certains médecins ont peur de dégrader leur relation avec leur patiente et/ou de faire des erreurs dans leur accompagnement</li><li>6. Certains médecins pensent qu'ils ne pourront changer la situation des femmes victimes de violences qu'ils identifient et/ou accompagnent</li></ol>   |
| <p><b>Environnement</b></p>           | <p><i>Est-ce que l'environnement physique et social du MG encourage le questionnement systématique ?</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>7. Les médecins n'ont pas assez de temps pour intégrer le questionnement (et l'accompagnement qui peut s'ensuivre) lors de l'anamnèse</li></ol>   |

## Barrières liées aux capacités

Un grand nombre de médecins généralistes ne questionnent pas leurs patientes car ils ne sont pas toujours armés des connaissances et compétences nécessaires pour réaliser ce repérage.

### 1. Un grand nombre de médecins ne connaissent pas la recommandation et/ou ne s'en rappellent pas

**Les médecins ne reçoivent pas la recommandation et sont peu à l'avoir lue.** D'après une étude réalisée sur un échantillon de 302 médecins généralistes, six médecins généralistes sur dix (59%) déclarent avoir entendu parler de la recommandation sur le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, et parmi eux, seuls 20% l'ont lue (soit 12% de l'échantillon total) (imago, 2019).

**Les médecins qui ont lu la recommandation ne se souviennent pas toujours du contenu précis de la recommandation et des informations les plus importantes.** Seuls

50% de ceux qui ont lu la recommandation (ou 6.5% de l'échantillon total) se rappellent du caractère systématique du questionnement. La recommandation sur le repérage systématique contient en effet beaucoup d'informations qui ne sont pas toujours prioritaires ou présentées de manière optimale<sup>5</sup>. Cette surcharge d'informations peut affecter la mémorisation : un médecin sur deux parcourt les recommandations rapidement et ne mémorise que ce qui l'intéresse (Ipsos Public Affairs, 2020) sans mettre de côté la recommandation pour une lecture approfondie plus tard.

Cela est problématique car un tiers des médecins (34%) qui n'appliquent pas les recommandations préconisées ne le font pas en raison de la surcharge d'informations, et beaucoup plus rarement car ils n'adhèrent pas à son contenu (19%) (Ipsos Public Affairs, 2020). La majorité des médecins interrogés souhaitent que la simplification et la hiérarchisation des informations présentées dans les recommandations de la HAS soit une priorité.

## 2. Les médecins sous-estiment parfois la prévalence des violences conjugales et méconnaissent l'éventail des violences

**Les médecins ont du mal à évaluer l'étendue des violences en général et chez leurs propres patientes.** Une étude portant sur 2,400 personnels de santé montre que tous les personnels sauf ceux en médecine d'urgence sous-estiment la prévalence des violences faites aux femmes dans leurs patientèles (Boismain & Gaudin, 2012). Leur biais d'optimisme (ou la tendance à croire que nous sommes moins susceptibles d'être affectés par des événements négatifs que les autres (O'sullivan, 2015)) peut les amener à penser que leur patientèle est moins concernée par les violences que le reste de la population. De plus, certains médecins ont parfois des préjugés et ont tendance à croire que les violences sont plus répandues dans les milieux défavorisés et/ou chez les migrants (Boismain & Gaudin, 2012; Pelizzari et al., 2013). Par conséquent, ils sont moins susceptibles d'interroger leurs patientes qu'ils considèrent comme n'étant pas à risque. Il convient d'adresser ces perceptions. En effet, une étude américaine portant sur 305 médecins montre que les médecins qui estiment qu'au moins 10% de leurs patientes ont subi des violences sont huit fois plus susceptibles de les avoir dépistées que les médecins qui pensent que ces violences concernent moins de 5% de leurs patientes (Chamberlain & Perham-Hester, 2002).

**Certains médecins méconnaissent l'éventail des violences faites aux femmes et la diversité des symptômes associés aux violences conjugales.** Les médecins généralistes sont plutôt familiers avec les violences physiques (coups, séquestrations) et/ou sexuelles (relations sexuelles forcées, agressions sexuelles, viols) mais moins avec les violences verbales (injures, insultes, menaces), psychologiques (humiliations, chantage affectif et actions de contrôle) et économiques (contrôle des biens, interdiction de travailler) (Direction des Affaires criminelles et des Grâces, 2011).

**L'invisibilité de certains symptômes et le fait qu'ils ne soient pas spécifiques aux violences conjugales peuvent rendre les signes d'alertes moins saillants dans l'esprit**

---

<sup>5</sup> Cela concerne également d'autres ressources liées au repérage telles que le kit d'action créé par la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences faites aux femmes et la lutte contre la traite des êtres humains), qui présente des défauts similaires.

**des médecins.** Le biais de disponibilité (ou la facilité avec laquelle une idée ou une représentation nous vient à l'esprit) peut conduire certains médecins à occulter des symptômes qui ne sont pas associés aux violences conjugales (la représentation la plus commune des femmes victimes de violences étant celle d'une femme avec des bleus et/ou des lésions physiques). Ceci est problématique dans la mesure où les pressions psychologiques constituent 37% des cas de violences conjugales et que ces violences psychologiques et verbales s'avèrent plus destructrices que les agressions physiques dans le temps (Jaspard et al., 2003). Enfin, la diversité des symptômes et des situations à risque rendent le repérage difficile. Concentrés sur le motif principal de la consultation, qui est souvent éloigné du sujet des violences conjugales (Boismain & Gaudin, 2012), les médecins généralistes ne pensent pas à poser la question.

« Bien souvent, il y a des demandes multiples. On a affaire à un bouquet de choses assez importantes, donc c'est sûr, ça [les violences conjugales] ne viendra pas à l'esprit » (Médecin généraliste cité dans Boismain & Gaudin, 2012)

### **3. La grande majorité des médecins n'ont pas été formés et ne savent pas comment repérer les violences, poser la question et/ou comment accompagner la femme en cas de violences**

« Pour être à l'aise avec le sujet, il faut qu'on vous l'ait enseigné. » (Entretien MG n°2)

**La grande majorité des médecins n'a pas été formé (que ce soit en formation initiale ou continue) au repérage systématique et ne savent donc pas pourquoi et comment réaliser le questionnement et comment référer ou accompagner les femmes victimes.**

La formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux sur les violences faites aux femmes a été rendue obligatoire en 2014 (Légifrance, 2014).

Pour la formation initiale, il existe notamment un module dans le cadre du Diplôme d'Études Spécialisées de médecine générale développé en 3ème cycle et un module spécifique sur les violences conjugales et intrafamiliales et sur la maltraitance faites aux enfants et aux personnes âgées et handicapées dans le cadre de la loi encadrant le signalement. Cependant, notre travail d'exploration a révélé que les formations disponibles ne sont pas toujours connues par les étudiants et/ou médecins (Barroso-Debel et al 2014, Roger 2021) et sont très hétérogènes car les universités de formation et de recherche (UFR) en médecine disposent d'une large autonomie concernant les contenus pédagogiques des formations dispensées.

« On a eu zéro cours (...). de plus en plus de gens se rendent compte qu'ils sont seuls face au dépistage systématique. » (Entretien MG n°3)

« L'autonomie des facs fait que chacun fait ce qu'il veut et qu'il n'y a pas de cohérence nationale dans les contenus. Au niveau des tutelles et du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche, il faut s'inquiéter de ce qui se passe dans les 35 facs de France. Il y a 35 facs, il y a 35 programmes. On doit une offre de soins et une qualité et pertinence des soins homogène et harmonieuse à la population. » (Entretien MG n°9)

Pour la formation continue, les formations existent<sup>6</sup> mais sont mal connues des médecins (Boismain & Gaudin, 2012). De plus, elles sont relativement peu nombreuses par rapport à d'autres pathologies<sup>7</sup>. Par conséquent, **les médecins manquent d'informations concernant les étapes suivant le repérage, ce qui peut représenter un vrai frein au dépistage des violences (Roger 2021).**

« Il faut qu'ils prennent le temps et qu'ils savent quoi faire des réponses. Peu de médecins sont à l'aise avec le sujet des violences. Je risque de ne pas savoir quoi faire avec les réponses qu'on me donne. » (Entretien MG n°1)

« Ils ne savent pas quoi faire et que lui [la femme victime de violences] proposer derrière » (Entretien MG n°3)

En effet, le repérage de violences faites aux femmes ne se limite pas au domaine médical mais relève également du domaine juridique : du dépistage, à l'orientation, en passant par la rédaction du certificat médical attestant de violences, et le signalement. Face à la complexité (perçue ou réelle) de ces démarches, certains médecins peuvent préférer ne pas poser la question et laisser le rôle de repérage, d'orientation et de prise en charge aux médecins légistes (Brusq, 2017). Cette préférence pour l'inertie en cas de situation difficile est aussi appelée la préférence pour le statu quo (Kahneman et al., 1991). Alors que pour d'autres types de soins, les médecins ont su développer leur réseaux et référer leurs patients à des spécialistes (pour du diabète, des troubles pulmonaires, etc.), ce n'est pas le cas pour les femmes victimes de violences ; les médecins semblent avoir « du mal à intégrer le fait que la violence, c'est du soin » (entretien MG n°3).

Cela est problématique dans la mesure où le dépistage est mieux réalisé quand les médecins sont formés (Fawole et al., 2019). Un grand nombre de médecins (surtout les femmes et les jeunes médecins) souhaiteraient d'ailleurs être mieux formés à cet enjeu lors de la formation initiale et complémentaire (Roger, 2021) afin de développer leurs compétences interpersonnelles. En effet, la capacité à créer un climat de confiance et de respect avec la patiente (Guiguet-Auclair et al., 2021), la qualité de l'écoute et la façon dont les questions sont posées peuvent impacter la réussite du repérage (Todahl & Walters, 2011).

---

<sup>6</sup> MOOC, ou des [diplômes d'université](#) ; des formations ponctuelles faites par les institutions publiques telles que le [centre national de la fonction publique territoriale](#) aussi, ou encore les [organismes privés](#).

<sup>7</sup> En 2021, 289 actions de développement professionnel continu étaient liées au diabète tandis que seulement 48 actions étaient liées aux violences conjugales (Agence DPC 2021)

## Barrières liées à la motivation

La grande majorité des médecins généralistes qui ont lu la recommandation ont l'intention de l'appliquer (88%) (imago, 2019), mais en pratique, très peu le font (Ipsos Public Affairs, 2020). Cette section vise à mieux expliciter les raisons, plus ou moins conscientes, qui influencent la motivation des médecins et les empêchent de questionner leurs patientes.

### 4. Certains médecins considèrent qu'ils n'ont pas de rôle à jouer dans le repérage

D'après la recommandation, les médecins devraient repérer, relater et référer (les trois « R ») (Haute Autorité de Santé, 2019). Cependant, **certains médecins (souvent plus âgés) considèrent leur rôle comme étant principalement « curatif » et non préventif**. Ils estiment que leur rôle est avant tout celui d'une prise en charge (ou une intervention en réaction). Ils sont mal à l'aise avec le fait d'aborder des sujets liés à l'intime tels que la sexualité, le couple et enfin les violences (Ifop, 2020) et considèrent que c'est à la femme d'aborder ces sujets si elle le souhaite.

Ces perceptions s'opposent aux perceptions des femmes elles-mêmes qui sont favorables au repérage systématique. En effet, au niveau mondial, les études portant sur l'acceptabilité du dépistage systématique montrent qu'une majorité de femmes y sont favorables (entre 43 et 98%) (Feder et al., 2006; Todahl & Walters, 2011) et la France ne fait pas exception (Brown et al 2001, Guiguet-Auclair et al 2021).

La façon dont les médecins généralistes perçoivent leur identité et leur rôle peut avoir des conséquences importantes sur le repérage : les médecins qui pensent qu'il est de leur responsabilité de dépister les abus dont leurs patientes sont victimes sont deux fois plus susceptibles de réaliser un repérage lors de la première consultation, comparé aux médecins neutres ou en désaccord avec cette affirmation (Chamberlain & Perham-Hester, 2002).

### 5. Certains médecins ont peur de dégrader leur relation avec leur patiente et/ou de faire des erreurs dans leur accompagnement

**La littérature suggère que les médecins ressentent parfois de la peur ou de la gêne par rapport au repérage systématique car ils craignent de froisser leurs nouvelles patientes (Thurston & Eisener, 2006) et de dégrader leur relation avec elles.**

« Je pense que ça peut faire fuir des gens. Et qu'on peut perdre des patients comme ça [...] Je ne serais pas étonné qu'il y ait des gens que ça effraie. » (Entretien avec un médecin cité dans Boismain & Gaudin, 2012)

S'ils ont fait face à des situations difficiles par le passé (des patientes qui se braquent, dénie des violences suspectées, qui choisissent de ne rien faire ou qui ne reviennent pas), les médecins généralistes peuvent penser que d'autres patientes réagiront de la même manière et arrêter de leur poser la question. Ces expériences, particulièrement mémorables (Vaish et al., 2008) peuvent entraîner un sentiment d'impuissance et de dévalorisation qui est en opposition avec le rôle attendu d'un médecin (Boismain & Gaudin, 2012).

« Je me rappelle d'une patiente qui depuis n'est jamais revenue ! Alors je ne sais pas si du coup ça a été trop. Ça m'a questionnée par rapport à ça, est-ce que c'était trop de poser la question tout de suite ou pas ? » (Entretien avec un médecin cité dans Boismain & Gaudin, 2012)

**Ils ont peur de mettre la femme en danger, ou d'être eux-mêmes en danger.** Il peut être délicat pour le médecin d'évincer un compagnon qui veut participer à la consultation ou de parler à la femme lorsque les enfants sont présents. Dans ces situations d'incertitude, ils préfèrent ne pas aborder la question (de par leur préférence pour le statu quo) plutôt que de se mettre dans une situation qu'ils considèrent comme compliquée et même risquée (Boismain & Gaudin, 2012; Ellsberg, 1961). En effet, certains médecins, en particulier les femmes médecins ou médecins exerçant en milieu isolé, ont peur des répercussions négatives du repérage pour eux-mêmes et pour les femmes qu'ils ou elles accompagnent. En particulier, ils craignent des actes de violences à leur égard et ne se sentent pas protégés (Ifop, 2020; Rinfret-Raynor et al., 2006).

**Ils ont peur de faire des erreurs juridiques qui auraient des conséquences lourdes pour leur carrière.** Comme nous l'avons vu ci-dessus, les médecins ont peur de faire des erreurs juridiques dans la rédaction de certificats médicaux et dans la mise en place du signalement. Ils risquent une amende et une suspension (entretien MG n°3) et ils peuvent être mis en cause par l'avocat.e de l'agresseur en cas d'erreur ou de faute.

« Les médecins généralistes ont peur de mal remplir les certificats. Il y a des règles très importantes à suivre. On apprend à les faire mais la peur reste et la responsabilité du médecin peut être engagée. » (Entretien MG n°3)

« Prenons la problématique du certificat. Si le médecin avait des outils rédactionnels en ligne ou pouvait passer un coup de fil à un médecin référent ("j'ai un certificat est-ce que tu peux le valider ?"), ça changerait tout. Il faut [...] sécuriser le professionnel pour l'aider, le valoriser, le rendre plus efficient. » (Entretien MG n°9)

De plus, un grand nombre d'entre eux ne sont pas au courant des nouvelles lois concernant la levée du secret médical en cas de danger et de leur devoir d'ingérence si la femme se trouve en danger. Ils craignent d'être poursuivis pour non-respect du secret professionnel s'ils dénoncent les faits aux autorités (entretien MG n°1).

« Beaucoup [de médecins généralistes] ont l'impression et l'appréhension qu'ils risquent quelque chose s'ils ne font pas les choses bien en tant que médecins. Ils ont peur d'être poursuivis pour non-respect du secret professionnel s'ils dénoncent les faits aux autorités. » (Entretien MG n°1)

## **6. Certains MG pensent qu'ils ne pourront pas changer la situation des femmes victimes de violences qu'ils identifient et/ou accompagnent**

La probabilité qu'un individu adopte un comportement dépend en partie du fait qu'il soit conscient des conséquences de son action (Schwartz, 1977). Or le cycle des violences peut être long et les femmes peuvent subir un certain nombre d'épisodes de violences avant de décider de se faire accompagner. **Certains médecins peuvent perdre patience face à ce phénomène et se décourager face au manque de « résultats »** (Boismain & Gaudin, 2012).

« Je lui ai dit tous les conseils que je pouvais lui donner. Elle n'a rien fait, ça fait dix-huit ans que ça dure. Bon, je me dis que, quelque part, on ne peut pas aider les gens qui ne veulent pas se faire aider. » (Entretien réalisé par Boismain & Gaudin 2012)

En outre, les médecins qui ont une faible confiance dans la capacité des autorités et des services sociaux à accompagner les femmes à la suite du repérage sont beaucoup moins susceptibles de les questionner car ils ne pensent pas que ces organisations pourront les accompagner adéquatement à la suite du repérage (Dowd et al., 2002; Kirk & Bezzant, 2020; Todahl & Walters, 2011). Enfin, les médecins ne sont pas toujours tenus au courant des suites du repérage (ou même des signalements) et se démotivent. Un médecin généraliste interrogé nous a confié avoir activé une « information préoccupante »<sup>8</sup> (ou IP) dans le cas d'un enfant maltraité et exposé aux violences et n'avoir reçu aucune réponse des autorités.

« Vous faites cette IP et vous n'avez pas de nouvelles de l'IP, jamais. Vous faites les vaccins du petit et vous n'osez plus en reparler. Ils [les autorités] n'ont pas d'obligation de nous tenir au courant mais vous devriez être intégrés. Vous êtes la dernière personne à le savoir. C'est la patiente qui finit par vous le dire, ce qui est gênant. Il faudrait savoir qui prend en charge le dossier derrière. Les médecins ne voient pas les conséquences [de leurs actions]. On pense que ça ne sert à rien ce qu'on a fait. » (Entretien MG n°2)

## Barrières liées à l'environnement

### 8. Les MG n'ont pas assez de temps pour intégrer le questionnement (et l'accompagnement qui peut s'en suivre) lors de l'anamnèse

**Une des principales barrières mentionnées par les médecins est celle du manque de temps** afin de questionner des patientes qui viennent souvent pour quelque chose d'autre que les violences qu'elles subissent (Minsky-Kelly et al., 2005; Thurston & Eisener, 2006) et pour l'accompagnement qu'ils devraient réaliser si la réponse est positive.

En moyenne, les médecins généralistes voient 143 patients par semaine, et passent 17 minutes avec eux (Ipsos Public Affairs, 2020)<sup>9</sup>. Les « nouvelles consultations » (anamnèse) sont plus longues que les consultations normales dans la mesure où il faut faire connaissance avec la patiente, poser un certain nombre de questions liées à l'environnement et enregistrer la patiente dans la base de données (Ifop, 2020). De plus, certains médecins préfèrent utiliser leur temps pour adresser les « ordres du jour » et demandes de la patiente plutôt que de poser des questions sur les violences.

Cependant, cette barrière perd en importance une fois que les médecins ont développé une stratégie d'interrogatoire avec laquelle ils sont à l'aise. Celle-ci est même contestée par les médecins qui ont l'habitude de poser la question par défaut.

---

<sup>8</sup>Un courrier envoyé à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) du département de résidence de l'enfant

<sup>9</sup>L'étude imago pour la HAS montre que les médecins de petites agglomérations ou ceux qui voient moins de 100 patients par semaine sont plus nombreux à ne pas vouloir mettre en pratique la recommandation de la HAS bien qu'ils aient plus de temps que les autres médecins (imago, 2019), suggérant que cette barrière n'est pas forcément la plus importante pour ce groupe

« C'est pas forcément plus long et c'est du temps de gagné pour les consultations d'après. » (Entretien MG n°11)

La stratégie la plus adoptée pour faire face au manque de temps consiste à proposer à la patiente de reprendre rendez-vous pour une consultation dédiée.

## 4. Pistes de solutions

---

Dans le tableau ci-dessous, nous listons une première longue liste de solutions potentielles organisées selon quatre catégories d'intervention : restructuration de l'environnement et de l'architecture des choix, formation et accompagnement des médecins généralistes, communications à destination des médecins et incitations financières. Celles-ci sont présentées en parallèle des barrières qu'elles visent à lever.

Nous avons utilisé notre travail d'exploration, la littérature, et notre expertise en sciences comportementales pour proposer des pistes de solutions. Nous avons ensuite confronté ces idées à la réalité du terrain et interrogé treize médecins et/ou experts pour solliciter leurs avis sur le contenu et la mise en place de ces interventions. Leurs réflexions nous ont permis d'améliorer et d'enrichir notre liste initiale, et de proposer des solutions plus adaptées à leurs environnements et contraintes.

Les solutions proposées ci-dessous sont parfois ambitieuses et varient dans leur potentiel d'impact et de faisabilité. Nous espérons qu'elles pourront nourrir des réflexions futures si elles ne sont pas choisies pour être développées dans le cadre de ce projet.

L'atelier de co-création ayant eu lieu le 16 novembre 2021 avait comme objectif de :

1. Prioriser ces solutions et en choisir une (ou plusieurs) à tester, selon son potentiel d'impact, de faisabilité et la facilité à l'évaluer.
2. Considérer et comparer les possibilités d'évaluation proposées par le BIT (notamment en ce qui concerne le recrutement des médecins participant à l'intervention et la collecte des données).
3. Discuter des prochaines étapes pour développer le format et le contenu des maquettes.

| Barrières adressées par chaque solution  |  |   |  |  |   |   |   |
|--|--|---|--|--|---|---|---|
| Capacités  |  |   | Motivation   |  |   | Environnement   |   |
| <i>Un grand nombre de médecins ne connaissent pas la recommandation et/ou ne s'en rappellent pas</i>   | <i>Les médecins sous-estiment parfois la prévalence des violences conjugales et méconnaissent l'éventail des violences</i> | <i>La grande majorité des médecins n'ont pas été formés et ne savent pas comment poser la question et/ou comment accompagner la femme</i> | <i>Certains médecins considèrent qu'ils n'ont pas de rôle à jouer dans le repérage</i> | <i>Certains médecins ont peur de dégrader leur relation avec leur patiente et/ou de faire des erreurs dans leur accompagnement</i> | <i>Certains médecins pensent qu'ils ne pourront pas changer la situation des femmes victimes de violences qu'ils identifient et/ou accompagnent</i> | <i>Les médecins n'ont pas assez de temps pour intégrer le questionnaire (et l'accompagnement qui peut s'en suivre) lors de l'anamnèse</i> |   |
| Restructuration de l'environnement et de l'architecture des choix  |  |   |  |  |   |   |   |
| 1. Introduire une étape supplémentaire dans l'anamnèse   | ✓  | ✓   |  | ✓  |   | ✓   |   |
| 2. Introduire des rappels à des moments opportuns  | ✓  | ✓   |  | ✓  |   |   | ✓ |
| 3. Demander à la patiente de remplir un questionnaire avant ou pendant la consultation et/ou transformer l'environnement physique du cabinet | ✓  | ✓   | ✓  | ✓  |   |   | ✓ |
| Formation et accompagnement  |  |   |  |  |   |   |   |
| 4. Améliorer la formation des  | ✓  | ✓   | ✓  | ✓  | ✓   | ✓   | ✓ |

|  |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| médecins   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>5.</b> Mettre en place des outils d'aide à l'accompagnement et aider le médecin à passer le relais            |   |   |   | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| <b>Communications</b>  |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>6.</b> Fournir un résumé simple, attrayant et actionnable de la recommandation de la HAS                      | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |   | ✓ |   |
| <b>7.</b> Mettre en place une campagne d'information grand public valorisant et normalisant le rôle des médecins | ✓ | ✓ |   | ✓ | ✓ | ✓ |   |
| <b>Incitations financières</b>   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>8.</b> Introduire des incitations (ou compensations) financières  | ✓ | ✓ |   | ✓ |   |   | ✓ |

# 1. Introduire une étape supplémentaire dans l'anamnèse

## Suggestions et leviers inspirés de nos recherches

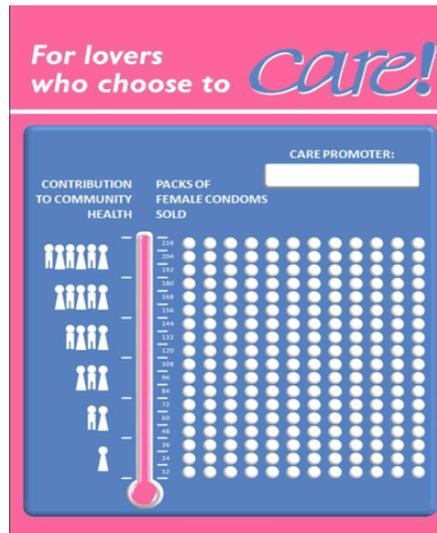
**Faire du comportement désiré le choix par défaut est une des interventions les plus efficaces** pour encourager l'adoption d'un comportement. En effet, face à des décisions complexes, nous avons tendance à accepter les choix pré-sélectionnés, parce qu'ils requièrent moins d'effort, ou parce que nous présumons qu'ils ont été choisis pour nous par des personnes mieux informées (Kahneman et al., 1991). Changer l'architecture des choix pour faire du repérage systématique le choix par défaut pourrait alors permettre d'impacter le comportement des médecins.

**Créer de la friction et demander des efforts supplémentaires pour ne pas adopter le comportement désiré peut également être efficace.** Ainsi, la modification de l'emballage du paracétamol, qui est passée d'un emballage en vrac à un emballage-coque (assurant la présentation et la protection d'une pilule individuelle) a entraîné une réduction de 43 % des suicides par surdose de paracétamol au cours des 11 années qui ont suivi l'adoption de la législation en Angleterre et au Pays de Galles (Hawton et al., 2013). Ici, cela pourrait prendre la forme d'une section réservée à l'historique des violences dans leur logiciel métier, associée à une fenêtre pop-up qui s'afficherait lorsque les médecins n'ont pas rempli cette section.

Une autre façon (potentiellement complémentaire) de transformer l'architecture du choix des médecins pourrait être de leur envoyer un questionnaire ou une feuille de suivi à renvoyer à la HAS ou à une autre entité et sur laquelle il pourrait indiquer le nombre de patientes questionnées (comme lors des évaluations de la ROSP sur d'autres sujets).

En effet le **sentiment d'être observé** nous pousse à agir de manière désirable et accroît la perception que la non-conformité au comportement désiré sera détectée (et potentiellement pénalisée). Cette injonction à adopter un comportement désirable est liée à notre volonté d'être perçus comme étant « des gens bien » (Bateson et al., 2015). Une étude du BIT visant à encourager les auto entrepreneurs à payer leurs cotisations en ligne et non par chèque montre que l'ajout d'une simple phrase indiquant au lecteur qu'il est observé (« vous avez payé vos cotisations sociales par chèque en juillet 2019. Payer en ligne est obligatoire depuis le 1er janvier 2019 ») augmente de 60% le taux de dématérialisation par rapport au groupe de contrôle. Introduire **une forme de monitoring** en demandant aux médecins de renvoyer le questionnaire pourrait augmenter leur motivation (Ariely et al., 2008).

De plus, l'outil pourrait leur permettre de visualiser les efforts fournis et leur procurer **un sentiment de progression et de satisfaction personnelle** (Ariely et al., 2008). Une étude réalisée en Zambie montre en effet que l'introduction d'un outil permettant aux participants de mesurer leur progression et illustrant leur contribution personnelle à la santé de leur communauté par le biais d'une jauge et d'objectifs est plus efficace que des incitations financières pour les motiver à vendre des préservatifs (Ashraf et al., 2014).



Exemple de fiche de suivi utilisée par Ashraf et al (2014)

## La solution proposée

### Sur un logiciel métier

Une section portant sur l'historique des violences pourrait être ajoutée aux logiciels métiers. Celle-ci s'afficherait de manière automatique pour toutes les patientes, mais pas les patientes actuelles, afin d'éviter un problème d'habitude ou que l'intervention n'agace pas les médecins dans leur pratique quotidienne.

Capture d'écran du logiciel Médimust et ajout d'un encadré portant sur l'historique des violences

### **Fournir une feuille de suivi aux médecins**

Une feuille de suivi pourrait permettre au médecin de visualiser sa progression, par exemple en lui demandant de cocher des cases à chaque fois qu'il a :

- Reçu une patiente ;
- Questionné les femmes sur des violences présentes ou passées ;
- Ou encore orienté les femmes suite à un repérage positif.

Cet outil servirait de rappel pour le médecin s'il se trouve dans son environnement physique (par exemple son bureau) et lui donnerait l'impression d'être observé, ou du moins que quelqu'un va consulter ses résultats.

Un code QR renvoyant vers la recommandation ou un outil d'aide à la décision pourrait être intégré à cette feuille de suivi pour le guider en cas de violences avérées (voir les solutions « fournir un résumé simple, attrayant et actionnable de la recommandation » ou « mettre en place des outils d'aide à la décision »).

Cette solution aurait l'avantage supplémentaire de permettre de collecter des données sur les patientes vues / interrogées.

### **Des retours personnalisés pour encourager le passage à l'acte**

Si l'une de ces mesures est mise en place et qu'il est possible de suivre le repérage effectué par les médecins de manière individuelle, on pourrait également leur fournir **des retours personnalisés**. Donner du **feedback** aux médecins sur leurs pratiques peut être efficace pour encourager un nouveau comportement, comme une réduction des prescriptions d'antibiotiques (Last et al., 2021). Ces retours peuvent en effet permettre aux médecins d'évaluer leur performance, et ainsi être à l'origine d'une nouvelle motivation pour le changement et l'apprentissage (Tonkin-Crine et al., 2015).

En Angleterre, le BIT a ainsi envoyé une lettre aux plus gros prescripteurs d'antibiotiques afin de leur montrer que leur cabinet prescrivait relativement plus d'antibiotiques que des cabinets similaires de leur région (utilisant ainsi le levier de la **norme sociale**). Cette lettre a réduit le taux de prescription d'antibiotiques de 3,3% (Hallsworth et al., 2016). En France, la DITP et le BIT ont ensemble créé un feuille de route afin d'améliorer les retours faits aux médecins sur leur prescriptions d'antibiotiques, qui contient des recommandations et bonnes pratiques qui pourraient être appliquées au repérage systématique (DITP & BIT, 2021).

Un retour personnalisé comme celui présenté ci-dessous pourrait être envoyé aux médecins par email. Celui-ci pourrait souligner les pratiques des autres médecins de la région (**norme descriptive**) ou souligner une tendance en France par exemple le fait que « de plus en plus de médecins réalisent le repérage lors de l'anamnèse » (**norme dynamique**).

## PROFIL REPÉRAGE 2021-2022

Votre score de repérage des violences cette année ...

Cette année vous avez posé la question des violences à  
**3 patientes sur 5**

L'objectif de santé publique est d'atteindre 100% des valeurs cibles sur l'ensemble des indicateurs (5/5).



*Exemple fictif d'une partie de retour personnalisé*

## 2. Introduire des rappels à des moments opportuns

### Suggestions et leviers inspirés de nos recherches

**Des rappels fournis à des moments opportuns peuvent être efficaces et renforcer l'efficacité d'autres interventions**, d'autant plus s'ils s'appuient sur des messages comportant d'autres leviers comportementaux tels que :

- **Un rappel de la norme descriptive** : la croyance que nos confrères/soeurs adoptent des comportements de prévention prédit l'adhésion à ces comportements (Goldberg et al., 2020). Les messages pourraient souligner combien de médecins posent la question autour des violences ou connaissent la recommandation, par exemple : « six médecins sur dix ont entendu parler de la recommandation ». Néanmoins, l'utilisation des normes sociales peut également avoir un effet rebond si les participants pensent que le comportement désiré est peu fréquent chez leurs pairs (Kuang et al., 2020).
- **Le fait de souligner les conséquences négatives de l'inaction** : les messages pourraient aussi souligner les désavantages économiques, sociétaux et personnels liés à l'absence d'un dépistage systématique des patientes. Ce levier a été employé avec succès par des campagnes<sup>10</sup> sur les antibiotiques par le passé qui ont souligné clairement les effets secondaires néfastes avec des messages tels que : « la plupart des antibiotiques ont des effets secondaires, par exemple des diarrhées, des éruptions cutanées et des maux d'estomac » (Francis et al., 2009).

<sup>10</sup> Campagne *When Should I Worry*

## Les solutions proposées

Nous appuyant sur les leviers ci-dessus, nous proposons d'introduire des rappels sous forme de pop-up permettant de rappeler aux médecins l'existence de la recommandation à un moment opportun. Ces rappels pourraient être introduits dans les logiciels métier, sur Doctolib ou encore sur le site de la HAS.

### Sur un logiciel métier

En complément de l'introduction d'une nouvelle section sur les violences mentionnée dans la solution 1, un pop-up pourrait être introduit si le médecin décide de fermer le dossier sans avoir rempli cette section.



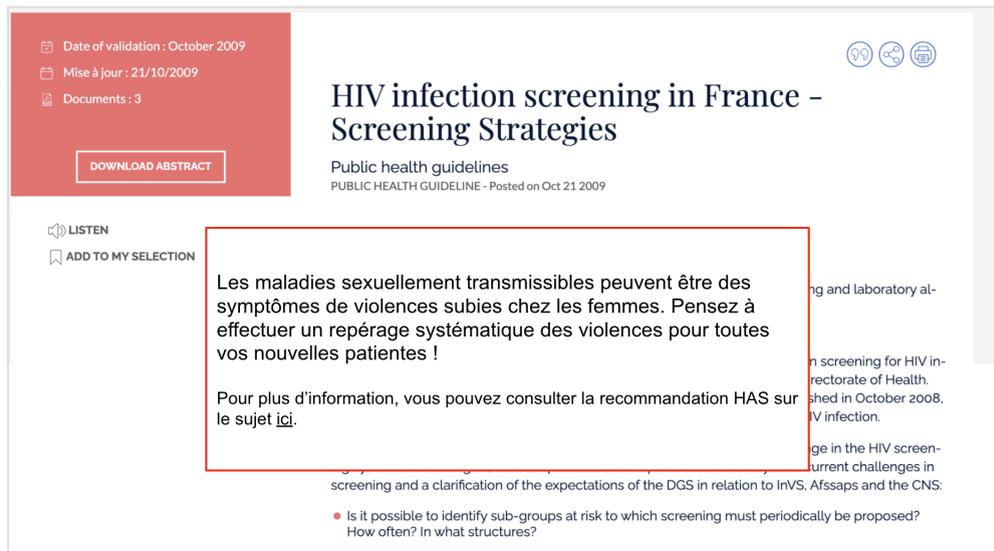
Exemple d'une fenêtre de pop-up sur un logiciel métier

### Sur Doctolib

Sur Doctolib, une fenêtre pop-up similaire pourrait être introduite juste avant un rendez-vous rappelant aux médecins de poser cette question à leur patiente. Le fait que le rappel vienne d'une entité externe permettrait de signaler encore davantage l'importance de ce comportement.

### Sur le site de la HAS

Enfin, une fenêtre pop-up pourrait être introduite sur le site de la HAS de façon à ce que toutes les personnes connectées la voient, ou à un moment opportun tel que la consultation d'une autre recommandation liée (ou non) aux violences conjugales. Faire le lien entre la recommandation qui les intéresse et les violences faites aux femmes permettrait de rendre la recommandation encore plus **pertinente** et adaptée à la situation à laquelle les médecins font face, et de s'assurer que **les médecins se sentent concernés** par la recommandation de repérage systématique.



*Exemple de pop-up sur le site de la HAS*

### 3. Demander à la patiente de remplir un questionnaire avant ou pendant la consultation

#### Suggestions et leviers inspirés de nos recherches

Pour réduire la gêne ressentie par les médecins et le temps passé au repérage, le médecin pourrait demander aux patientes de remplir un questionnaire avant ou pendant le rendez-vous, permettant ainsi de ne traiter la question des violences passées ou subies qu'en cas de besoin. Certaines études semblent indiquer que les femmes préfèrent remplir le questionnaire elles-mêmes plutôt que de se voir poser la question (O'Doherty et al., 2015; Phelan, 2007).

Notre travail d'exploration a révélé l'existence de plusieurs questionnaires qui sont déjà utilisés en France ou qui pourraient l'être dans le cadre de notre intervention :

- Le questionnaire WAST (Woman Abuse Screening Tool) est un questionnaire déjà utilisé dans d'autres pays comme le Canada. Une analyse menée au CHU de Clermont-Ferrand sur 361 femmes adultes montre que le questionnaire peut être adapté en France et que les participantes le trouvent simple, rapide et acceptable (Guiguet-Auclair et al., 2021). Une évaluation plus approfondie sur l'opinion des médecins par rapport au questionnaire serait judicieuse avant de suggérer sa plus grande adoption.
- Le questionnaire d'auto-repérage intitulé TRAQUE dans l'Unité Médico-Judiciaire du Grand Hôpital de l'Est Francilien (sous l'égide du Docteur Marc) à destination des femmes enceintes et contenant un protocole d'orientation et de prise en charge pour les patientes. Ce questionnaire anonyme a été repris et adapté au sein du Centre Hospitalier de Gonesse pour les patientes des urgences générales, gynécologiques

et obstétricales. Une fois complété (de manière anonyme ou non), la patiente peut détacher une partie comportant des numéros d'urgence, le commissariat, etc. et déposer le questionnaire rempli dans une boîte anonyme. Si la patiente a laissé ses coordonnées, elle sera rappelée (voir l'illustration ci-dessous). Ce questionnaire a l'avantage de permettre un dépistage de violences potentielles tout en fournissant des informations cruciales aux victimes (numéros d'urgence et d'associations de soutien, etc).

|  |   |  |
|--|---|--|
| Date :   | Service : Gynéco-Obstétrique                              | <h2 style="text-align: center;">COUPON A DÉTACHER</h2> <p>Si vous avez répondu oui à l'une des questions 3, 4, 5, 6 ou 7, il s'agit de violences et vous pouvez vous faire aider. Pour cela :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous pouvez vous adresser directement auprès du personnel soignant du service consulté</li> <li>• Vous pouvez contacter, quand vous le souhaitez, l'assistante sociale au 01.34.53.23.95</li> <li>• Vous pouvez consulter les assistantes sociales de l'association "Du Côté Des femmes" tous les jeudis matin, sans rendez-vous, à la Maison Des Usagers de l'hôpital de Gonesse (prospectus joint) ou contacter l'association à Sarcelles au 01 39 92 42 09</li> <li>• Si vous préférez être recontacté(e), veuillez nous laisser un numéro ou une adresse mail</li> </ul> <p>Merci de déposer ce questionnaire dans la boîte dédiée à cet effet ou auprès du personnel.</p> <p style="text-align: right;"><i>Merci pour votre participation.</i></p> |
| 1. Sexe ?  | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F     |  |
| 2. Quel est votre âge  | ans   |  |
| 3. Avez-vous déjà subi des violences (verbales, physiques ou sexuelles) de la part de votre partenaire ?   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |  |
| 4. Votre partenaire actuel vous a-t-il déjà menacé(e), humilié(e), rabalssé(e), insulté(e) ?   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |  |
| 5. Votre partenaire actuel vous interdit-il l'accès à certaines activités ou autres (téléphone, argent, travail, sport, consultations médicales...)? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |  |
| Si oui, précisez : .....   |   |  |
| 6. Votre partenaire actuel vous a t'il déjà frappé(e) ?  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |  |
| Si oui, vous a t'il déjà étranglé(e) ?   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |  |
| Date des derniers faits : .....  |   |  |
| 7. Votre partenaire actuel vous a-t-il déjà forcé(e) à avoir des rapports sexuels (force ou menace) ?  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |  |
| 8. Avez-vous un ou des enfant(s) ?   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |  |
| Si oui, a (ont)-il(s) déjà assisté(s) aux violences subies ?   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |  |
| 9. Avez-vous déposé une main courante ou porté plainte pour les violences de votre partenaire ?  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |  |
| Numéro de téléphone ou e-mail (facultatif) :   |   |  |

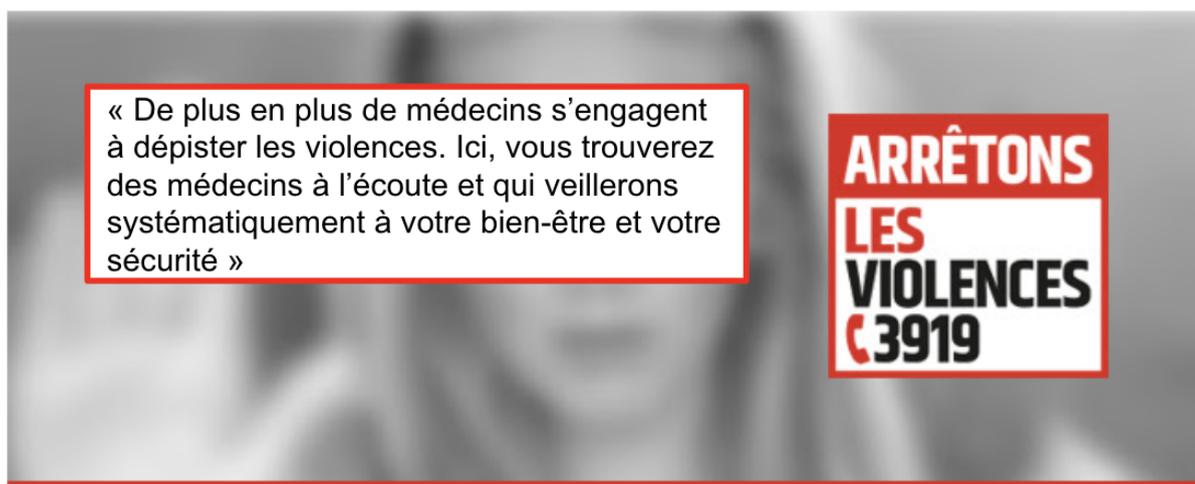
*Questionnaire anonyme repris au sein du Centre Hospitalier de Gonesse*

## La solution proposée

Si la consultation a lieu au cabinet, ce questionnaire pourrait se trouver dans la salle d'attente et dans le cabinet du médecin si les patientes ne peuvent pas ou ne veulent pas le remplir en salle d'attente (dans le cas où elles seraient accompagnées par leur agresseur ou leurs enfants par exemple). Si la consultation a lieu en ligne, les patientes pourraient recevoir une notification ou un message les encourageant à remplir un questionnaire avant leur rendez-vous.

Au cabinet, cette solution pourrait être accompagnée par l'introduction de supports d'information (posters, affiches ou flyers) dans la salle d'attente et/ou dans les toilettes qui indiqueraient de manière publique que les médecins sont engagés et permettraient de libérer la parole. En effet, une étude belge et certains de nos entretiens montrent que la présence de supports d'information (flyers, affiches, posters, badges physiques ou virtuels,

etc.) peut favoriser la démarche de révélation (Société scientifique de médecine générale & Agence pour une meilleure qualité de vie, 2018).



*Exemple d'affiche à mettre dans le cabinet d'un médecin*

## 4. Améliorer la formation des médecins

### Suggestions et leviers inspirés de nos recherches

Notre travail de terrain a montré que la grande majorité des médecins sont en faveur d'une meilleure formation et pensent que cette intervention pourrait avoir un impact important. Certains médecins interrogés ont comparé les questions liées au repérage des violences conjugales à l'introduction de questions sur le tabac ou l'alcoolisme qui ont d'abord fait débat, et entraîné de la gêne, avant d'être intégrées à part entière dans la démarche diagnostique et de devenir une habitude pour les médecins.

Mieux former les médecins permettrait d'adresser leur manque de connaissances sur les violences elles-mêmes, sur la façon de questionner les femmes et sur l'accompagnement à proposer. La formation permettrait également d'augmenter leur sentiment d'efficacité personnelle (les croyances qu'ils ont en leur capacité à réaliser des performances particulières), et leur confiance en leurs capacités (Bandura et al., 1999; O'Campo et al., 2011).

### Solution proposée

#### Formation initiale

Les médecins interrogés lors de notre étude de terrain suggèrent d'inclure un enseignement sur les violences faites aux femmes dans le cursus initial et dans les cursus de spécialités. Un module intégré à la formation initiale dès le cours sur l'anamnèse permettrait aux étudiants d'apprendre les bonnes pratiques et de créer de bonnes habitudes qu'ils garderont toute leur carrière. Lors du service sanitaire obligatoire de 6 semaines en 3ème année d'études (DFGSM3), les facultés pourraient également mettre en avant des centres de prise

en charge des violences afin de valoriser leur travail auprès des étudiants en médecine. La formation devrait ensuite se poursuivre lors de la spécialisation avec un enseignement adapté à chaque spécialité.

« Il faut en parler dans le cursus initial et les DES (cursus de spécialité) (...) : [parler] des trigger zones dans chaque spécialité. Si une patiente dit: « je suis terrorisée d'accoucher», elle a peut-être subi de l'inceste. » (Entretien MG n°2)

« Si depuis la deuxième année on était formés, on serait beaucoup plus à l'aise avec la question (...) c'est bien d'avoir des piqûres de rappel pendant tout le parcours. » (Entretien MG n°8)

Une solution alternative suggérée par les expert.e.s que nous avons interrogé.e.s serait d'inclure un module de formation à l'échelle nationale sur les violences faites aux femmes et de réserver quelques questions ayant un coefficient élevé à ce sujet lors des Épreuves Classantes Nationales (l'examen donnant accès au 3ème cycle des études de médecine). Une des personnes interrogées à ce sujet suggère notamment d'inclure les items suivants dans le module de formation : les bases du psychotrauma, les effets des violences conjugales sur la santé des victimes et un cours pratique (comment poser la question, comment réagir en cas de dépistage positif et comment réagir en cas de décompression de la patiente).

### **Formation continue**

Des formations sur les violences conjugales existent déjà<sup>11</sup>, mais elles manquent de visibilité et seuls les médecins déjà engagés sur le sujet des violences faites aux femmes ont tendance à s'y intéresser (Boismain & Gaudin, 2012). Pour accroître le nombre de médecins souhaitant se former, des options pourraient être de :

- Rendre la formation obligatoire, ou créer un module de sensibilisation ou de formation court que les médecins pourraient compléter à leur rythme et qui inclurait à la fois des connaissances théoriques, mais aussi des exercices pratiques et des moments de réflexion. Des leviers comportementaux pourraient être mobilisés pour renforcer l'efficacité de ce module, en utilisant une figure d'autorité reconnue par les médecins ou un pair reconnu (**effet messager**) ou encore en introduisant des **incitations symboliques** comme l'obtention d'un certificat (même s'il n'est pas officiellement reconnu) ou d'un badge à porter sur soi.
- Valoriser les formations sur ce sujet en les mettant en valeur sur le site de l'Agence nationale du Développement Professionnel Continu (DPC), en les proposant en premier choix ou en les certifiant.

---

<sup>11</sup> Un exemple de formation est le Diplôme Inter-Universitaire d'un maillon manquant <https://unmaillonmanquant.org/association/>



**Agence nationale du Développement Professionnel Continu**  
Engagée pour un DPC de qualité

Nous connaître ▾ Le DPC ▾ Actus & Presse ▾ Rejoignez l'Agence ▾ Aide

**Le DPC soutient le repérage des violences conjugales préconisé par la HAS**

Les violences conjugales touchent vos patientes. Apprenez à les repérer et à dépister les violences grâce à cette formation en ligne gratuite.

*Exemple possible de valorisation de la formation ou sensibilisation au repérage systématique sur le site du DPC*

## 5. Mettre en place des outils d'aide à l'accompagnement et aider le médecin à passer le relais

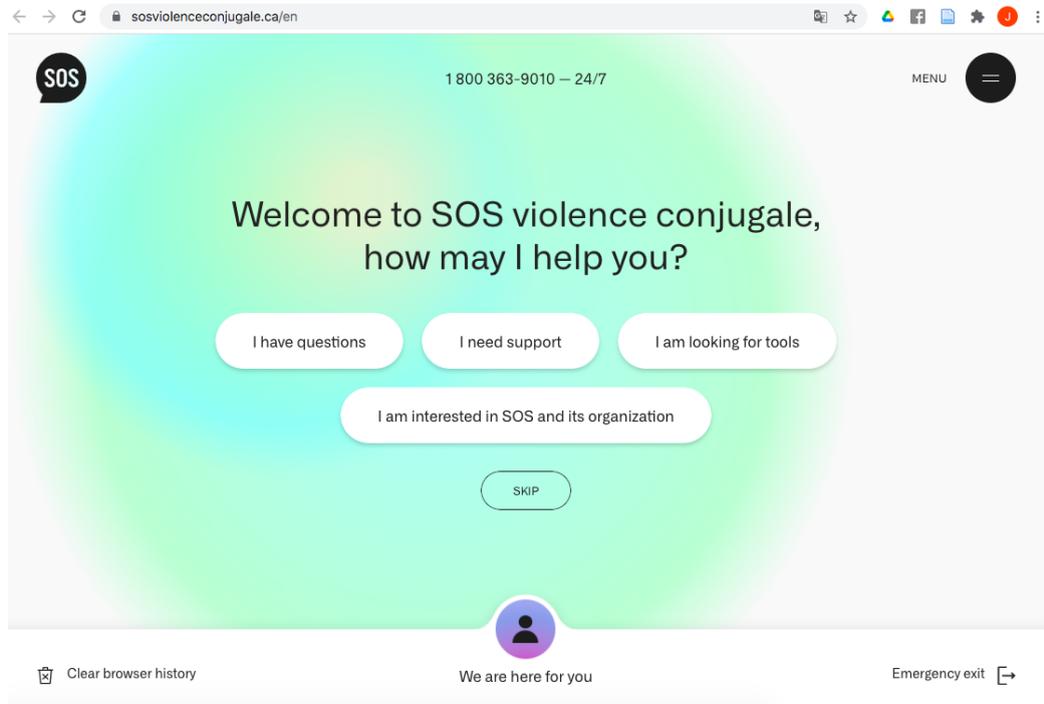
### Suggestions et leviers inspirés de nos recherches

De nombreuses initiatives ont été mises en place pour guider et aider les médecins à bien accompagner leurs patientes victimes de violences. Néanmoins, peu de médecins sont au courant des [protocoles d'actions](#) proposés par la HAS en cas de repérage positif ou de sites d'informations tels que [Déclic Violence](#), [Solidarités Femmes](#).

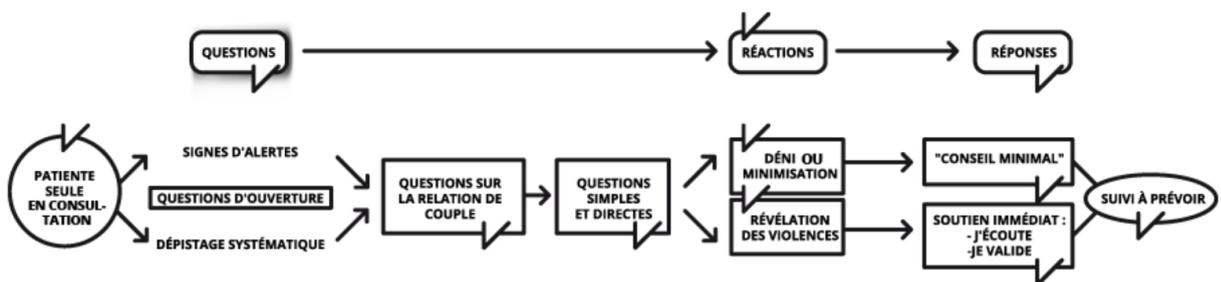
**Les outils d'aide à la décision** (arbres décisionnels, protocoles, ou encore heuristiques tels que [LIVES](#)<sup>12</sup>) peuvent aider à guider la prise de décisions complexes en réduisant la charge cognitive (Gigerenzer & Goldstein, 1996). Dans des situations tendues comme en médecine d'urgence, cette méthode a par exemple permis d'améliorer les décisions relatives à l'envoi des patients dans une unité de soins coronariens en utilisant un arbre décisionnel comprenant seulement trois questions auxquelles répondre par « oui » ou par « non » (Green & Mehr, 1997).

<sup>12</sup> LIVES (Listen, Inquire about needs and concerns, Validate, Enhance safety, Support) est un heuristique créé par l'Organisation Mondiale de la Santé et rappelle les cinq premières étapes à suivre lors d'un repérage positif.

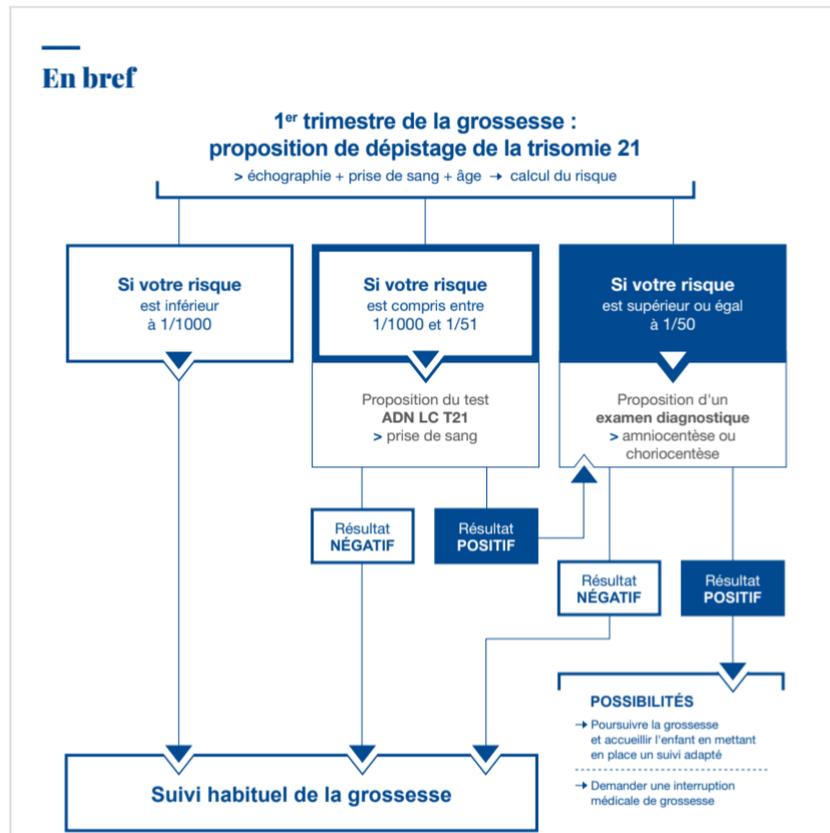
D'autres exemples d'outils, notamment développés au Canada et aux États-Unis, cherchent à faciliter le repérage systématique des violences grâce à la technique de l'entonnoir, qui consiste à créer une relation de confiance avec la patiente en posant des questions de plus en plus précises (Minnesota Department of Health 2021). Cette technique était souvent utilisée de manière spontanée par les médecins que nous avons interrogés et qui pratiquent le repérage systématique.



Exemple canadien de l'arbre décisionnel en ligne, sos violence, qui aide les médecins à dépister, s'informer et à passer le relais (en contactant des partenaires locaux)



Exemple sur Déclic Violences d'un arbre décisionnel concernant les actions à effectuer post-dépistage d'une patiente victime de violences



Exemple d'un arbre décisionnel publié par la HAS pour faciliter le dépistage de la trisomie 21

## Solutions proposées

Un arbre décisionnel ou un protocole d'action, virtuel ou sur papier, pourrait permettre de guider les médecins dans l'accompagnement des femmes victimes de violences et leur procurer les outils dont ils ont besoin en fonction de la situation de la patiente (numéros d'association, modèle de certificat médical et conseils pour le remplir, etc.). Cela permettrait de centraliser toutes les informations utiles à leur pratique en un seul endroit, afin de **diminuer la charge cognitive et les efforts requis** pour réaliser ces démarches.

« Nous sommes habitués à fonctionner avec des algorithmes (...) si accessible et bien référencé cet outil serait facile à utiliser » (Entretien MG n°5)

« Créer un annuaire de partenaires locaux, c'est très compliqué quand on est médecin. Ils ne savent pas vers qui orienter. Il faut leur mâcher le travail aux médecins et aux patientes. » (Entretien MF n°3)

Un arbre décisionnel existe déjà sur le site de déclic violence, dans le cas de ce projet, il s'agirait d'améliorer son ergonomie et d'y apporter les apprentissages des sciences comportementales autour de la simplification du design et de la priorisation des informations.

En complément ou à la place de cette solution, une ligne téléphonique spécialement conçue pour les professionnels de santé pourrait être proposée pour permettre aux médecins

d'obtenir des conseils personnalisés en fonction de la situation de la patiente et de leur localisation.

« Il faut qu'on aide les médecins à faire une prise en charge globale [...] avec des réseaux et des personnes référentes [comme pour] les réseaux cancers, diabètes, etc. Il faut pouvoir dire à quelqu'un qui a plus d'expérience ce qu'il ressent. Il faut aider [les médecins] à trouver des pistes car ils sont démunis et isolés. » (Entretien MG n°11)

S'inspirant du 3919, cette ligne téléphonique pourrait être gérée par des professionnels de santé car il est important que les médecins puissent s'identifier à leurs interlocuteurs.

« Les médecins ont besoin de confraternité et de personnes qui ont déjà vécu ces situations et qui comprennent. » (Entretien MG n°11)

Facile d'accès et immédiatement disponible, elle viserait à fournir des informations médico-légales (par exemple sur la rédaction des certificats) et à mettre les médecins en contact avec des partenaires locaux pouvant prendre en charge les victimes. Cette solution permettrait ainsi aux médecins de « passer la main » en confiance et de construire un réseau de soutien leur permettant de mieux accompagner les victimes et de renforcer leur confiance en eux et leur sentiment d'efficacité personnelle.

## 6. Fournir un résumé simple, attrayant et actionnable de la recommandation de la HAS

### Suggestions et leviers inspirés de nos recherches

La moitié des médecins généralistes (52%) disent consulter les recommandations et outils d'aide à la pratique au moins une fois par mois et consultent alors en moyenne huit sources d'informations différentes par mois pour les accompagner dans leur pratique médicale (Ipsos Public Affairs, 2020). Malgré cela, quatre médecins sur dix n'ont jamais entendu parler de la recommandation sur le repérage systématique - il importe donc d'améliorer le contenu de la recommandation d'une part et la façon dont elle est diffusée d'autre part. Le cadre « EAST » développé par le BIT (2014) fournit plusieurs pistes pour rendre une communication aussi efficace que possible.



**Easy** - rendre le message *simple* : le message doit être simple, facile à comprendre et adapté à la population cible. Par exemple, les communications devraient privilégier les schémas au texte. Notre travail de terrain a révélé que certaines des fiches les plus visitées de la HAS contiennent un arbre décisionnel. Dans le contexte de ce projet, nous nous inspirerons des recommandations de la HAS dont les médecins se souviennent le mieux (le diabète, la vaccination antigrippale et l'hypertension (Ipsos Public Affairs, 2020) afin d'en tirer des leçons.

Le travail récemment mené par le BIT autour des communications liées au coronavirus fournit un exemple de l'importance de communications simples (BIT, 2020). Parmi sept posters expliquant comment se laver les mains, le poster le plus efficace pour encourager

un lavage des mains régulier et minutieux était celui qui utilisait des infographies pour chaque étape sans trop de texte. Dans le cadre de ce projet, nous pourrions rassembler les deux fiches repères en un seul document (et non deux), réduire et prioriser les informations importantes et rendre celles-ci plus saillantes et actionnables.



**Attractive** - rendre le message *attrayant* : le message doit également attirer l'attention, non seulement grâce à des visuels et un format attrayant, mais aussi en suscitant une émotion, ou rappelant une raison motivante d'agir (que celle-ci soit individuelle ou prosociale).



**Social** - *relier* le message au rôle du médecin et à son identité positive : nous avons tendance à accorder plus d'importance à une cause lorsque nous nous sentons proches d'elle. Une manière de renforcer ce sentiment serait de souligner que réaliser ce repérage systématique est le rôle du médecin, car les violences faites aux femmes relèvent de la santé globale des femmes, et comportent des symptômes physiques et psychologiques qui méritent une prise en charge médicale. Lier le repérage systématique à l'identité positive des médecins et à leur devoir de soins curatifs pourrait les inciter à appliquer la recommandation plus systématiquement.

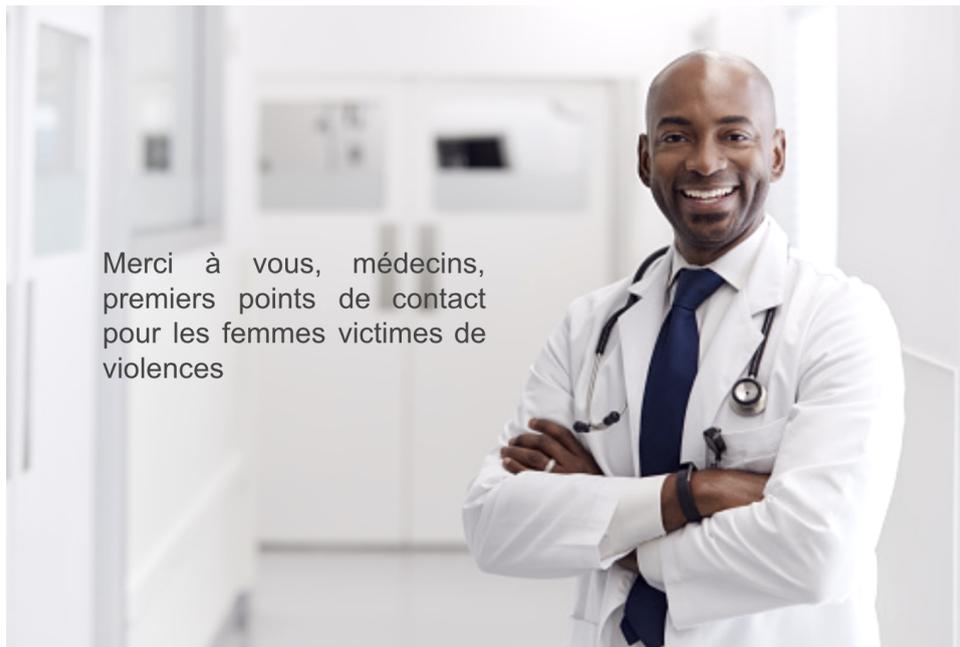


**Timely** - envoyer le message à un moment *opportun* : l'efficacité d'un message peut également dépendre du moment où il est délivré. Nous sommes en effet plus enclins à adopter un comportement s'il nous est rappelé à un moment opportun (Austin et al., 2006), par exemple lorsque les médecins se rendent sur le site de la HAS (voir l'idée de pop-up proposée plus haut). De plus, le message pourrait comporter une incitation à dépister pour la première fois dans le cas où les médecins n'ont jamais adopté cette pratique et changent leurs habitudes (« c'est toujours le bon moment pour dépister »).

## 7. Mettre en place une campagne d'information grand public valorisant et normalisant le rôle des médecins

### La solution proposée

Une campagne de communication grand public sous la forme d'une publicité audiovisuelle ou presse, d'un poster ou encore d'une affiche pourrait véhiculer plusieurs messages importants pour inciter les médecins à réaliser un dépistage systématique des violences faites aux femmes. Cette campagne pourrait rappeler le rôle important du médecin dans le repérage et le normaliser. Elle pourrait s'adresser aux médecins et/ou aux femmes en fonction de l'objectif privilégié. Certains leviers de communications qui ont prouvé leur efficacité dans d'autres domaines de la santé pourraient être utilisés pour renforcer l'efficacité de ces messages.



*Exemple fictif de campagne à proposer*

Cette campagne pourrait être couplée d'une campagne de communication digitale pour les médecins, contenant tous les outils et les informations dont ils auront besoin pour réaliser ce dépistage.

### **Suggestions et leviers inspirés de nos recherches**

La littérature montre que les médecins sont intrinsèquement motivés par le fait de **répondre aux attentes** de leurs patients (Kao, 2015). La communication pourrait informer les médecins qu'ils sont les premiers points de contact et des interlocuteurs privilégiés pour les femmes victimes de violences (Haute Autorité de Santé, 2019) et que les patientes trouvent le repérage non seulement acceptable mais également désirable. Un tel message indiquerait aux médecins que le dépistage des violences fait partie de leur rôle à part entière et qu'ils n'ont pas besoin d'être spécialistes pour poser la question à condition de référer la patiente de manière appropriée comme ils le font pour d'autres pathologies (**analogie** avec d'autres pathologies).

Il indiquerait également aux patientes que le questionnement est recommandé, voire normalisé et qu'il constitue **un signe de bonne pratique**, ce qui permettrait de diminuer la gêne ressentie par les médecins qui ont peur de dégrader la relation avec leur patiente et des réactions dites « négatives » de leurs patientes. Enfin la campagne de communication pourrait souligner les conséquences négatives liées à l'absence d'un dépistage.

Une campagne de communication qui **valoriserait** les médecins et le rôle qu'ils jouent dans le dépistage des violences pourrait résonner avec leur volonté d'aider les patients et leur besoin d'appartenance collective. Dans un contexte de surmenage et de « sursollicitation » (Chevallier et al., 2021), les médecins généralistes peuvent parfois se sentir dévalorisés et moins reconnus que d'autres spécialistes et sont donc particulièrement sensibles aux

**messages d'encouragement et de remerciement** (par exemple l'affiche remerciant les médecins durant la pandémie de COVID-19).

« Il faut donner ses lettres de noblesse à ce travail. [Dépister les violences conjugales] c'est aussi important que de greffer un foie. » (entretien MG n°2)

Pour communiquer ces messages, on pourrait faire appel à un pair, une figure d'autorité ou encore utiliser une histoire particulière d'une femme qui a été victime de violences et qui s'en est sortie grâce à son médecin. En effet, d'après le mécanisme de **l'effet de victime identifiable** (Jenni & Loewenstein, 1997), les individus ont plus tendance à apporter de l'aide à une personne spécifique et identifiable plutôt qu'à un large groupe qui a les mêmes besoins. Des récits de ce type sont souvent utilisés pour réduire la prise d'alcool au volant ou encore les violences faites aux enfants.

## 8. Introduire des incitations (ou compensations) financières

### Suggestions et leviers inspirés de nos recherches

**Les incitations financières sont des sources extrinsèques de motivation et permettent d'augmenter la valeur d'un comportement** (Flodgren et al., 2011; Vlaev et al., 2019). Lorsqu'elles sont mises en place, celles-ci peuvent souvent augmenter l'adoption d'un comportement (ibid). L'utilisation des incitations financières dans le domaine de la santé est déjà très répandue. Celles-ci sont déjà utilisées pour changer les comportements des professionnels de santé par rapport à la prévention (vaccination) et au traitement (antibiotiques, opioïdes), à travers la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) ou la codification des actes. Cette approche n'a néanmoins pas (encore) été étendue aux violences faites aux femmes.

Récompenser (ou compenser) financièrement le dépistage systématique des violences pourrait permettre d'augmenter sa fréquence. L'efficacité des incitations financières dépend néanmoins de nombreux facteurs, notamment la taille, la nature (récompense conditionnée ou non), et le moment de l'incitation, ainsi que les autres motivations à adopter le comportement souhaité. Il est donc essentiel de tester différentes versions d'une incitation financière avant de la déployer. Nous détaillons les avantages et les inconvénients de plusieurs incitations financières possibles ci-dessous.

### Solutions proposées

#### **Ajouter un critère d'évaluation dans la ROSP**

Une solution potentielle serait d'ajouter un critère d'évaluation dans la ROSP. Lier certaines rémunérations à la performance est en effet largement utilisé. Dans le contexte de la ROSP, cela voudrait dire créer un critère d'évaluation qui permettrait de rémunérer les médecins atteignant un objectif donné. Néanmoins, de plus en plus d'études démontrent que l'efficacité des récompenses basées sur la performance est mixte. Des études menées aux États-Unis (Jha et al., 2012) et au Royaume-Uni (Roland, 2004) ont révélé que les effets

positifs initiaux étaient de courte durée et nous sommes par ailleurs conscients qu'il est difficile d'introduire des critères dans la ROSP qui nécessitent un travail de définition et concertation lourd.

### Créer un acte pour le dépistage des violences

Une alternative plus accessible serait d'autoriser les médecins généralistes à coder un dépistage positif en acte (et celui-ci serait intégralement remboursé par la sécurité sociale). Nous savons que le fait de poser la question ne prend pas beaucoup plus de temps mais que l'idée seule de l'accompagnement complexe à apporter en cas de réponse positive suffit à décourager les médecins de suivre la recommandation. Une manière de contrer cela serait de reconnaître financièrement le temps qu'ils ont pris pour réaliser cette procédure. Cette solution a l'avantage de ne pas baser les récompenses financières sur un objectif et de simplement reconnaître l'effort humain qui a été investi dans le dépistage.

| ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin) |                       |           |               |              |  |                                      |         |                      |      |              |
|--|-----------------------|-----------|---------------|--------------|--|--------------------------------------|---------|----------------------|------|--------------|
| dates des actes                            | codes des actes       | activités | C.CS<br>CNPSY | VVS<br>VNPSY | autres actes<br>(K, CsC, P...)<br>éléments de tarification<br>CCAM | montant des honoraires facturés<br>1 | dépass. | frais de déplacement |      |              |
|  |                       |           |               |              |  |                                      |         | I.D.<br>2            | I.K. |              |
|  |                       |           |               |              |  |                                      |         |                      | nbre | montant<br>3 |
| J   J   M   M   A   A   A   A              | Première consultation |           |               |              |  | 25€                                  |         |                      |      |              |
| J   J   M   M   A   A   A   A              | Repérage violence     |           |               |              |  | 25€                                  |         |                      |      |              |

Exemple d'une fiche de soin avec acte codé pour le repérage systématique des violences

### Créer un parcours de soin spécialisé pour les femmes qui subissent des violences

Une solution plus ambitieuse consisterait à créer un « parcours contre les violences faites aux femmes » où le suivi des soins de la victime serait remboursé intégralement (par exemple une deuxième consultation de suivi d'une valeur de 40 € et l'ensemble des consultations psychologiques remboursées). Un tel parcours permettrait aux médecins de visualiser clairement le soutien institutionnel pour eux et pour les femmes victimes de violences et d'être valorisés pour le temps qu'ils investissent pour aider ces femmes. Enfin, rendre le soutien institutionnel plus visible pourrait changer positivement leurs croyances, mais aussi celles des patientes sur les conséquences du dépistage systématique.

## Prochaines étapes

Ce rapport présente les résultats des phases de ciblage et d'exploration. Il vise à résumer les barrières auxquelles les médecins font face et à fournir une liste de solutions variées qui s'appuient sur les apprentissages des sciences comportementales.

Un atelier de ciblage a eu lieu le 16 novembre 2021, avec comme but de présenter et prioriser les solutions proposées dans ce rapport selon leur potentiel d'impact, la faisabilité de leur mise en œuvre, et la possibilité de les évaluer. Ce travail a permis de déterminer les prochaines étapes à entreprendre pour créer des maquettes de la solution choisie.

Pour commencer ce travail de réflexion, nous proposons aux lecteurs d'entreprendre un exercice de catégorisation en réfléchissant, pour chaque solution, aux questions suivantes :

| Critères de sélection        | Questions à se poser pour chaque critère de sélection   |
|------------------------------|---|
| Impact                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Quelle est la magnitude de l'effet que nous pouvons attendre sur la population cible ?</li> <li>● Quelle proportion de notre population cible pensez-vous que nous pourrions atteindre avec cette intervention ?</li> <li>● L'intervention pourrait-elle avoir un effet pervers ou rebond sur certains ? Comment et pourquoi ?</li> </ul>  |
| Faisabilité de mise en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Quelles seraient les considérations principales à prendre en compte pour mettre en œuvre une intervention de ce genre ?</li> <li>● Quel investissement (temps et coût) est nécessaire pour mettre en œuvre cette solution ?</li> <li>● Potentiel de déploiement - l'intervention peut-elle être étendue au-delà d'un site pilote ou d'un site d'essai initial ?</li> <li>● A-t-on besoin de partenaires pour créer ces solutions ? Si oui, lesquels ?</li> </ul> |

# Bibliographie

---

- Arama, V. (2020, April 2). *Face au coronavirus, le boom des téléconsultations*. Le Point. [https://www.lepoint.fr/sante/face-au-coronavirus-le-boom-des-teleconsultations-02-04-2020-2369810\\_40.php](https://www.lepoint.fr/sante/face-au-coronavirus-le-boom-des-teleconsultations-02-04-2020-2369810_40.php)
- Ariely, D., Kamenica, E., & Prelec, D. (2008). Man's search for meaning: The case of Legos. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 67(3), 671–677. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2008.01.004>
- Ashraf, N., Bandiera, O., & Jack, B. K. (2014). No margin, no mission? A field experiment on incentives for public service delivery. *Journal of Public Economics*, 120, 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2014.06.014>
- Austin, J., Sigurdsson, S. O., & Rubin, Y. S. (2006). An Examination of the Effects of Delayed Versus Immediate Prompts on Safety Belt Use. *Environment and Behavior*, 38(1), 140–149. <https://doi.org/10.1177/0013916505276744>
- Bandura, A., Freeman, W. H., & Lightsey, R. (1999). Self-Efficacy: The Exercise of Control. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13(2), 158–166. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.13.2.158>
- Bateson, M., Robinson, R., Abayomi-Cole, T., Greenlees, J., O'Connor, A., & Nettle, D. (2015). Watching eyes on potential litter can reduce littering: Evidence from two field experiments. *PeerJ*, 3, e1443. <https://doi.org/10.7717/peerj.1443>
- BIT. (2014). *EAST: Four Simple Ways to Apply Behavioural Insights*.
- BIT. (2020). *Testing the efficacy of coronavirus messaging*. <https://www.bi.team/wp-content/uploads/2020/03/BIT-Experiment-results-How-to-wash-your-hands-international-comparison.pdf>
- Boismain, A., & Gaudin, M. (2012). *Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes: Étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère*. 325.
- Brusq, É. L. (2017). *Analyse des freins des médecins généralistes lors de la rédaction du certificat de coups et blessures en cas de violences conjugales*.
- Chamberlain, L., & Perham-Hester, K. A. (2002). The Impact of Perceived Barriers on Primary Care Physicians' Screening Practices for Female Partner Abuse. *Women & Health*, 35(2–3), 55–69. [https://doi.org/10.1300/J013v35n02\\_04](https://doi.org/10.1300/J013v35n02_04)
- Chevallier, C., Emmanuelli, J., Guidoni, D., Mourre, M.-L., & Commission Impact des recommandations. (2021). *Réflexion sur la recommandation « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple »*.

Direction des Affaires criminelles et des Grâces. (2011). *Guide de l'action publique. Les violences au sein du couple.*

[http://www.justice.gouv.fr/publication/guide\\_violences\\_conjugales.pdf](http://www.justice.gouv.fr/publication/guide_violences_conjugales.pdf)

DITP, & BIT. (2021). *Réduire la prescription d'antibiotiques en médecine ambulatoire—RAPPORT DE DIAGNOSTIC.*

[https://www.modernisation.gouv.fr/files/2021-10/Rapport%20de%20diagnostic\\_Antibiotiques.pdf](https://www.modernisation.gouv.fr/files/2021-10/Rapport%20de%20diagnostic_Antibiotiques.pdf)

Dowd, M. D., Kennedy, C., Knapp, J. F., & Stallbaumer-Rouyer, J. (2002). Mothers' and health care providers' perspectives on screening for intimate partner violence in a pediatric emergency department. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *156*(8), 794–799.

<https://doi.org/10.1001/archpedi.156.8.794>

Dumonteuil, P. (2021, January 13). *Covid: En 2020, l'Assurance-maladie a remboursé 19 millions de téléconsultations.* BFM BUSINESS.

[https://www.bfmtv.com/economie/covid-en-2020-l-assurance-maladie-a-rembourse-19-millions-de-teleconsultations\\_AV-202101130259.html](https://www.bfmtv.com/economie/covid-en-2020-l-assurance-maladie-a-rembourse-19-millions-de-teleconsultations_AV-202101130259.html)

Ellsberg, D. (1961). Risk, Ambiguity, and the Savage Axioms. *The Quarterly Journal of Economics*, *75*(4), 643–669. <https://doi.org/10.2307/1884324>

Fawole, O. I., Balogun, B. O., Adejimi, A. A., Akinsola, O. J., & Van Wyk, J. M. (2019). Training medical students: Victim's perceptions of selectively screening women for intimate partner violence in health care settings. *BMC Medical Education*, *19*(1), 196.

<https://doi.org/10.1186/s12909-019-1627-6>

Feder, G. S., Hutson, M., Ramsay, J., & Taket, A. R. (2006). Women exposed to intimate partner violence: Expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of Internal Medicine*, *166*(1), 22–37. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.1.22>

Flodgren, G., Eccles, M. P., Shepperd, S., Scott, A., Parmelli, E., & Beyer, F. R. (2011). An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2011*(7), CD009255. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009255>

Francis, N. A., Butler, C. C., Hood, K., Simpson, S., Wood, F., & Nuttall, J. (2009). Effect of using an interactive booklet about childhood respiratory tract infections in primary care consultations on reconsulting and antibiotic prescribing: A cluster randomised controlled trial. *BMJ*, *339*, b2885. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2885>

Gazmararian, J. A., Lazorick, S., Spitz, A. M., Ballard, T. J., Saltzman, L. E., & Marks, J. S. (1996). Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA*, *275*(24), 1915–1920.

Gigerenzer, G., & Goldstein, D. (1996). *Reasoning the fast and frugal way: Models of bounded rationality.* - *PsycNET*.

<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0033-295X.103.4.650>

Goldberg, M., Gustafson, A., Maibach, E., Linden, D. S. van der, Ballew, M. T., Bergquist, P., Kotcher, J., Marlon, J. R., Rosenthal, S., & Leiserowitz, A. (2020). *Social norms motivate COVID-19 preventive behaviors*. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/9whp4>

Green, L., & Mehr, D. R. (1997). What alters physicians' decisions to admit to the coronary care unit? *The Journal of Family Practice*, 45(3), 219–226.

Guiguet-Auclair, C., Boyer, B., Djabour, K., Ninert, M., Verneret-Bord, E., Vendittelli, F., & Debost-Légrand, A. (2021). Validation of the French Women Abuse Screening Tool to routinely identify intimate partner violence. *European Journal of Public Health*, ckab115. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab115>

Hallsworth, M., Chadborn, T., Sallis, A., Sanders, M., Berry, D., Greaves, F., Clements, L., & Davies, S. C. (2016). Provision of social norm feedback to high prescribers of antibiotics in general practice: A pragmatic national randomised controlled trial. *The Lancet*, 387(10029), 1743–1752. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00215-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00215-4)

HAS, & Mourre, M.-L. (2021). *Résultats de la segmentation effectuée à partir des données brutes de l'étude Ipsos-HAS (2017)*.

Haute Autorité de Santé. (2019). *Recommandation de bonne pratique. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple Méthode « Recommandations pour la pratique clinique ». Argumentaire scientifique*.

Hawton, K., Bergen, H., Simkin, S., Dodd, S., Pocock, P., Bernal, W., Gunnell, D., & Kapur, N. (2013). Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: Interrupted time series analyses. *BMJ*, 346. <https://doi.org/10.1136/bmj.f403>

Ifop. (2020). *Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple*.

imago. (2019). *Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple: Impact et perception de la recommandation HAS en médecine générale. Enquête auprès des médecins généralistes libéraux*.

Ipsos Public Affairs. (2020). *Résultats d'enquête. Enquête d'évaluation des recommandations de la HAS auprès des médecins généralistes*.

Jaspard, M., Demur, A., Equipe ENVEFF, & Institut de Démographie de l'Université Paris 1 (Idup). (2003). *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*. La Documentation française.

Jaspard, M., & Saurel-Cubizolles, M. (2003). *Violences envers les femmes et effets sur la santé. Présentation de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff)*. Jaspard M, ed. *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*. Paris, 229–266.

Jenni, K., & Loewenstein, G. (1997). Explaining the Identifiable Victim Effect. *Journal of Risk and Uncertainty*, 14(3), 235–257. <https://doi.org/10.1023/A:1007740225484>

- Jha, A. K., Joynt, K. E., Orav, E. J., & Epstein, A. M. (2012). The Long-Term Effect of Premier Pay for Performance on Patient Outcomes. *New England Journal of Medicine*, 366(17), 1606–1615. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1112351>
- Kahneman, D., Knetsch, J. L., & Thaler, R. H. (1991). Anomalies: The Endowment Effect, Loss Aversion, and Status Quo Bias. *Journal of Economic Perspectives*, 5(1), 193–206. <https://doi.org/10.1257/jep.5.1.193>
- Kao, A. C. (2015). Driven to Care: Aligning External Motivators with Intrinsic Motivation. *Health Services Research*, 50(Suppl 2), 2216–2222. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12422>
- Kirk, L., & Bezzant, K. (2020). What barriers prevent health professionals screening women for domestic abuse? A literature review. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 29(13), 754–760. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.13.754>
- Kuang, J., Delea, M. G., Thulin, E., & Bicchieri, C. (2020). Do descriptive norms messaging interventions backfire? Protocol for a systematic review of the boomerang effect. *Systematic Reviews*, 9(1), 267. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01533-0>
- Last, B. S., Buttenheim, A. M., Timon, C. E., Mitra, N., & Beidas, R. S. (2021). Systematic review of clinician-directed nudges in healthcare contexts. *BMJ Open*, 11(7), e048801. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048801>
- Lazimi, G. (2016). *Chapitre 6. Rôle des généralistes dans le repérage et l'accompagnement des femmes victimes de violences*. Dunod. <https://www.cairn.info/violences-conjugales-et-famille--9782100749386-page-52.htm>
- Légifrance. (2014). *LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes—Dossiers législatifs -*. <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000027654910/>
- Minsky-Kelly, D., Hamberger, L. K., Pape, D. A., & Wolff, M. (2005). We've Had Training, Now What?: Qualitative Analysis of Barriers to Domestic Violence Screening and Referral in a Health Care Setting. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(10), 1288–1309. <https://doi.org/10.1177/0886260505278861>
- Nectoux, M., Baffert, S., & Munier, C. (2010). *Coût des violences conjugales envers les femmes: Les apports de l'enquête EVS à un chiffre global pour la France, Violences et santé en France: État des lieux*, (Collection Etudes et Statistiques, pp. 221–234).
- O'Campo, P., Kirst, M., Tsamis, C., Chambers, C., & Ahmad, F. (2011). Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-informed systematic review. *Social Science & Medicine*, 72(6), 855–866. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.019>
- O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G., & Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of*

*Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007007.pub3>

O'sullivan, O. P. (2015). The Neural Basis of Always Looking on the Bright Side. *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, 8(1).

Palisse, M. (2013). *Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes: Le point de vue des patientes*. 100. <https://doi.org/10/document>

Pelizzari, M., Lazimi, G., & Ibanez, G. (2013). Interruptions volontaires de grossesse et violences: Étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Île-de-France. *Cliniques méditerranéennes*, n° 88(2), 69–78.

Phelan, M. B. (2007). Screening for Intimate Partner Violence in Medical Settings. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(2), 199–213. <https://doi.org/10.1177/1524838007301221>

Rinfret-Raynor, M., Dubé, M., & Drouin, C. (2006). Le dépistage de la violence conjugale dans les centres hospitaliers: Implantation et évaluation d'un ensemble d'outils. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(1), 72–90. <https://doi.org/10.7202/014786ar>

Roger, C. (2021). *Prise en charge et orientation des victimes de violences conjugales par les médecins généralistes*. 68.

Roland, M. (2004). Linking physicians' pay to the quality of care—A major experiment in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine*, 351(14), 1448–1454. <https://doi.org/10.1056/NEJMhpr041294>

Schwartz, S. H. (1977). Normative Influences on Altruism<sup>11</sup>This work was supported by NSF Grant SOC 72-05417. I am indebted to L. Berkowitz, R. Dienstbier, H. Schuman, R. Simmons, and R. Tessler for their thoughtful comments on an early draft of this chapter. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 10, pp. 221–279). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60358-5](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60358-5)

Société scientifique de médecine générale, & Agence pour une meilleure qualité de vie. (2018). *Détection des violences conjugales. Guide de pratique clinique*. SSMG.

Thurston, W., & Eisener, A. (2006). Successful Integration and Maintenance of Screening for Domestic Violence in the Health Sector Moving Beyond Individual Responsibility. *Trauma, Violence & Abuse*, 7, 83–92. <https://doi.org/10.1177/1524838005285915>

Todahl, J., & Walters, E. (2011). Universal screening for intimate partner violence: A systematic review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(3), 355–369. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00179.x>

Tonkin-Crine, S., Walker, A. S., & Butler, C. C. (2015). Contribution of behavioural science to antibiotic stewardship. *BMJ*, 350, h3413. <https://doi.org/10.1136/bmj.h3413>

Vaish, A., Grossmann, T., & Woodward, A. (2008). Not all emotions are created equal: The negativity bias in social-emotional development. *Psychological Bulletin*, 134(3), 383–403. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.3.383>

Venis, S., & Horton, R. (2002). Violence against women: A global burden. *The Lancet*, 359(9313), 1172–1172. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08251-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08251-X)

Vie publique. (2021, September 7). *La télémédecine, une pratique en voie de généralisation*. Vie publique.fr.

<https://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-la-telemedecine-une-pratique-en-voie-de-generalisation>

Vlaev, I., King, D., Darzi, A., & Dolan, P. (2019). Changing health behaviors using financial incentives: A review from behavioral economics. *BMC Public Health*, 19(1), 1059.

<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7407-8>

World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council., & WHO. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/978924\\_1564625\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/978924_1564625_eng.pdf)