

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

2018

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 8 novembre 2018 à Poitiers
par **Audrey Bigot**

Impact d'un dépliant pédagogique sur les violences conjugales à destination des internes de médecine générale.
Une étude comparative en Poitou-Charentes.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha

Membres : Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha
Monsieur le Docteur Yann Brabant
Madame le Docteur Marine Andrieux-Mesnier
Monsieur le Docteur Michel Sapanet

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Yann Brabant



Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (**mission 09/2017 à 03/2018**)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité de 10/2017 à 01/2018**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- SIMMONDS Kevin, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Je tiens en premier lieu à remercier le Dr Yann Brabant pour avoir accepté de diriger cette thèse, pour avoir su me guider au cours de ce travail. Merci pour tes relectures et tes conseils avisés. Merci aussi pour les pauses déjeuner pendant mon SASPAS à Pont l'Abbé, et pour le Côte d'Or caché dans ton placard !

Merci au Pr José Gomes d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Merci aussi au Dr Marine Andrieux-Mesnier et au Dr Michel Sapanet pour avoir bien voulu en faire partie et apporter votre expertise à mon travail.

Merci aux médecins généralistes qui ont su me transmettre leur passion pour ce métier. Merci au Dr Baudin, médecin de mon grand-père, qui m'a donné le déclic' pour choisir cette spécialité. Merci à mes maîtres de stages ambulatoires, et tout particulièrement à Cécile, Pierre et Marc. Le groupe de paires me manque déjà.

Merci à l'équipe de choc du Planning familial de la Vienne pour nos échanges enrichissants qui m'ont mené à ce sujet de thèse. Encore bravo pour vos actions !

Merci à ma famille, et surtout à mes parents qui me soutiennent depuis toujours. La vie nous joue parfois de jolis tours puisque je suis dans la même situation que toi, maman, lorsque tu soutenais ta thèse il y a quelques années...

Merci à mes amis qui m'ont apporté tellement de bonheur tout au long de mon parcours. Ceux avec qui j'ai passé de longues heures à la BU Droit d'Amiens, au RU, aux réunions Solimeda, au Club ou à Fort-Manoir, et surtout, dans nos appartements respectifs... avec qui j'ai ri, pleuré, dansé, joué, révisé, partagé... En vrac Paul, Julia, Sami, Aline, Antoine, Elo, Jordy, Clara, Marion, Mahaut, Flore, Nono et toutes les Amazones, Margot, toi qui a plus que tous partagé mes joies et mes galères, Aude, qui m'a accompagnée dans l'aventure du 17, Max, Oli, Hélène, Tiennou, Claire, Mathilde. Merci à mes co-internes successifs qui ont souvent apporté joie et folie à nos journées. Merci aussi aux amis d'enfance qui ne m'ont jamais quitté et qui seront toujours là, M&N, Ju, Chouchou, Marine, Grégou, Marco, Audrey... Merci aux amis que j'ai rencontré à La Rochelle, Margaux, Antoine, Max, Capucine, Guillaume, Stef. Je vous aime, venez-vite nous voir à Lille !

Enfin, merci à mon mari, merci pour ta patience pendant les heures carrées de révisions de l'ECN, ton soutien pendant les coups durs de l'internat, et surtout, merci pour tous les petits et les grands moments de bonheur. Si toutes les femmes avaient un mari comme le mien, cette thèse n'aurait pas lieu d'être.

PLAN DE LA THESE

Remerciements.....	page 4
Introduction.....	page 6
Matériel et Méthode.....	page 7
Résultats.....	page 12
Discussion.....	page 17
Conclusion.....	page 22
Annexes.....	page 23
Références bibliographiques.....	page 27
Résumé et mots clefs.....	page 30
Serment d'Hippocrate.....	page 31

INTRODUCTION

Les violences conjugales sont définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination¹. » Elles reposent toujours sur un rapport de prise de pouvoir de l'agresseur sur sa victime par le mécanisme de l'emprise. Dans le monde, presque un tiers de toutes les femmes ayant eu une relation de couple ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime¹. En France, les violences conjugales concernent une femme sur dix². Chaque année en France, 225 000 femmes sont victimes de violences conjugales physiques et/ou sexuelles et plus de la moitié d'entre elles n'ont fait aucune démarche auprès d'un professionnel ou d'une association². On connaît aujourd'hui les lourdes conséquences qu'ont les violences conjugales sur la santé des victimes, que ce soit sur le plan physique ou psychique, avec des coûts socio-économiques élevés^{1,3,4}. C'est pourquoi l'OMS en a fait un problème de santé publique¹. Le médecin généraliste (MG) est concerné de près par cette problématique puisqu'il est l'interlocuteur privilégié des victimes, et l'un des professionnels les mieux placés pour les dépister et les orienter^{3,5,6}. L'un des principaux freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales par le MG est le manque de formation^{7,8,9}. Plusieurs études ont ainsi démontré qu'améliorer la formation des médecins généralistes avait un impact positif à la fois sur le dépistage et sur la prise en charge des victimes^{10,11}. En Poitou-Charentes, les Internes de médecine générales (IMG) sont sensibilisés au sujet via un Groupe d'Echange de Pratiques entre internes (GEP) intitulé « Le patient vivant dans un contexte de violence : entourage, profession ». Le GEP est une méthode reconnue de formation des IMG préconisée par l'arrêté du 21 avril 2017^{12,13,14}. Dans le cadre de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales, le conseil pédagogique du département de médecine générale de Poitiers proposait d'ajouter un support physique à chaque GEP. Cette étude avait pour objectif principal d'évaluer l'impact d'un support physique (dépliant 3 volets) sur l'acquisition de compétences des IMG de Poitou-Charentes à propos du dépistage et de la prise en charge des personnes victimes de violences conjugales. L'objectif secondaire de l'étude était d'évaluer la satisfaction des IMG vis-à-vis de l'utilité du dépliant.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une étude interventionnelle contrôlée randomisée, de supériorité, a été réalisée entre novembre 2017 et mai 2018. L'étude concernait les IMG de la faculté de médecine de Poitiers de la promotion 2015.

Création du dépliant

Nous avons créé un dépliant pédagogique 3 volets à l'intention des praticiens en médecine générale (Annexe 1). Le dépliant définit les violences conjugales, explique pourquoi et comment les dépister, et donne les principaux éléments de leur prise en charge ainsi que les contacts utiles au praticien. Les sources principales utilisées pour sa création étaient une brochure du ministère des affaires familiales, un livret de formation réalisé par la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences faites aux femmes (MIPROF), et la plaquette du CHU d'Angers à usage des médecins^{2,15,16}. Les aspects médico-légaux ont été vérifiés sur www.legifrance.gouv.fr.

Elaboration du questionnaire

Les compétences des IMG ont été évaluées par un questionnaire inspiré du questionnaire américain PREMIS : *Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence*¹⁷. Ce dernier a été validé dans plusieurs études américaines ainsi que dans ses traductions grecque et espagnole^{17,18,19}. Il contient 67 items et demande environ 15 minutes de remplissage. Il est divisé en quatre catégories : « *Background* » correspondant à l'auto-évaluation du niveau de formation, « *Knowledge* » évaluant les connaissances théoriques, « *Opinions* » évaluant notamment les opinions concernant le rôle du MG dans le dépistage des violences conjugales et l'empathie vis à vis des victimes, et « *Practice issues* » qui concerne la pratique professionnelle des médecins et la politique de leur lieu de travail.

Le questionnaire a été traduit en français par la chercheuse principale et adapté au protocole. Le PREMIS s'adresse aux MG installés ; certaines questions n'étaient donc pas adaptées aux internes. Le groupe de pilotage de l'étude a décidé de le réduire afin qu'il ne prenne pas plus de 7 minutes de remplissage. Les questions les plus pertinentes ont été sélectionnées en se basant sur les modèles d'évaluation de formation de Kirkpatrick et de Kraiger²⁰. L'enjeu était de conserver les catégories d'objet d'apprentissage de Kraiger qui sont les résultats cognitifs (évaluation des connaissances), les résultats affectifs (changements motivationnels et sentiment

d'efficacité personnelle) et les résultats conatifs (changements de comportements). De nouveaux items ont été ajoutés au PREMIS : soit des questions médico-légales, qui ne pouvaient être présentes telles quelles dans le PREMIS étant donné la différence de législation entre les deux pays ; soit des questions absentes du PREMIS mais qui nous semblaient importantes de par leur présence dans la majorité des documents français d'informations sur les violences conjugales (ex : le cycle de la violence). Le nouveau questionnaire a été testé sur une dizaine d'IMG n'appartenant pas à la promotion 2015 et leurs remarques ont été prises en compte pour l'élaboration du questionnaire final.

Le questionnaire final contenait 45 items dont 34 directement issus du questionnaire PREMIS (Annexe 2). Les quatre catégories du PREMIS (*Opinions, Background, Knowledge, Practice issues*) ont été conservées et sont devenues respectivement « Représentations », « Sentiment d'efficacité personnelle », « Connaissances » et « Comportement ». La catégorie « Représentations » correspondait aux représentations des IMG quant au rôle du MG dans le dépistage et la prise en charge des personnes victimes de violences conjugales. Elle contenait cinq items dont les réponses étaient présentées sous forme d'une échelle de Likert entre 1 « Pas d'accord du tout » et 5 « Tout à fait d'accord ». La catégorie « Sentiment d'efficacité personnelle » comportait une auto-évaluation des compétences des IMG. Elle contenait dix items avec échelle de type Likert entre 0 « Je ne maîtrise pas du tout » et 5 « Je maîtrise totalement », ou entre 1 « Pas d'accord du tout » et 5 « Tout à fait d'accord ». La catégorie « Connaissances » regroupait des questions plus théoriques. Elle contenait 13 items : deux questions à choix multiples, dix questions type « vrai ou faux » et une question ouverte demandant de rappeler le numéro vert à donner aux femmes victimes de violences conjugales. La catégorie « Comportement » évaluait la pratique professionnelle des IMG sur les six mois précédents. Une question portait sur le nombre estimé de victimes dépistées, une autre sur la fréquence de leur dépistage dans différentes situations et une dernière sur leur mode de prise en charge des personnes dépistées.

Des exemples de questions pour chaque catégorie sont présentés dans le tableau I. Le questionnaire comprenait également des questions sur le profil des répondants (âge, sexe, stage effectué durant les six mois précédents).

Protocole d'étude

Les cours théoriques et GEP en Poitou-Charentes sont dispensés pour chacun d'eux dans quatre groupes répartis dans les quatre départements de Poitou-Charentes. Ceci permet à la totalité des internes de s'y rendre, leur participation étant obligatoire pour la validation de leur diplôme. Le dépliant a été distribué à deux groupes sur les quatre à la fin du GEP intitulé « Le patient vivant dans un contexte de violence : entourage, profession » qui a eu lieu en novembre 2017. Le GEP comportait un temps d'échange entre internes ainsi qu'un cours théorique en fin de séance. Ce dernier avait été harmonisé par la responsable pédagogique du GEP et il avait été demandé aux différents intervenants de s'en tenir aux diapositives fournies afin de diminuer le risque de biais de confusion. Un groupe a été choisi aléatoirement parmi les deux plus grands (Charente-Maritime et Vienne) et un groupe parmi les deux plus petits (Charente et Deux-Sèvres) via à un logiciel en ligne de randomisation (www.dCode.fr). Les groupes qui ont reçu le dépliant étaient Charente-Maritime et Charente. Tous les IMG de la promotion 2015 qui participaient au GEP devaient remplir le questionnaire papier de façon anonyme en début de GEP. Il leur était également demandé s'ils avaient déjà bénéficié d'une formation aux violences conjugales. Les mêmes internes ont rempli à nouveau le questionnaire au début du séminaire 8 qui a eu lieu six mois après, en mai 2018. Il leur était alors demandé dans quel département ils avaient participé au GEP sur les violences et s'ils avaient reçu le dépliant. Il s'ajoutait au questionnaire initial trois questions leur demandant s'ils avaient lu le dépliant, s'ils l'avaient gardé, et s'ils l'avaient jugé utile (ils devaient choisir entre « totalement inutile », « plutôt inutile », « plutôt utile », et « tout à fait utile ») répondant ainsi au critère « satisfaction » de Kirkpatrick²⁰. Il était dit aux IMG que le questionnaire visait à évaluer leur progression après le GEP sur les violences. Il ne leur était pas précisé que c'était le dépliant qui était évalué, afin d'éviter que les internes qui ne l'avaient pas reçu ne se sentent moins impliqués dans l'étude.

Les données recueillies via les questionnaires ont été analysées par l'investigatrice selon un barème prédéfini. Chacune des quatre catégories était divisée en deux sous-catégories : « Dépistage » et « Prise en charge ». Une note moyenne sur 10 a été calculée pour chacune des huit sous-catégories obtenues. Il a également été calculé une moyenne globale pour les catégories « Représentations », « Sentiment d'efficacité personnelle » et « Connaissances ». Il n'était pas possible de faire de même pour la catégorie « Comportement » car les internes qui n'avaient dépisté

aucune victime ne pouvaient pas répondre aux questions « Prise en charge ». Afin de vérifier la validité du regroupement des items, nous avons calculé le coefficient alpha de Cronbach de chaque sous-catégorie pour « Représentations », « Sentiment d'efficacité personnelle », et « Comportement ». Ce n'était pas possible pour « Connaissances » car les réponses étaient dichotomiques.

Tableau I : Exemples de questions issues du questionnaire final.

REPRÉSENTATIONS	DÉPISTAGE	« Dépister systématiquement les violences conjugales risque d'être mal perçu par les patient·e·s »	De 1 « Pas d'accord du tout » à 5 « tout à fait d'accord »
	PRISE EN CHARGE	« Si une victime de violence conjugale ne reconnaît pas les faits, je ne peux pas faire grand chose pour elle »	
SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE	DÉPISTAGE	« Poser les questions adéquates pour dépister les violences conjugales »	De 0 « Je ne maîtrise pas du tout » à 5 « Je maîtrise parfaitement »
	PRISE EN CHARGE	« Orienter les patient·e·s victimes de violences conjugales »	
CONNAISSANCES	DÉPISTAGE	« La grossesse et la naissance d'un enfant sont des situations particulièrement à risque de violence conjugale »	Vrai / Faux / Ne sait pas
	PRISE EN CHARGE	« Je rédige un certificat médical initial même si la victime ne souhaite pas porter plainte et le conserve dans le dossier médical »	
COMPORTEMENT	DÉPISTAGE	« À quelle fréquence avez-vous recherché les violences conjugales dans les situations suivantes: - douleurs pelviennes chroniques - anxiété/dépression »	Durant les 6 derniers mois : De 0 « Jamais » à 5 « Toujours »
	PRISE EN CHARGE	« Pour les victimes dépistées, à quelle fréquence avez-vous : - expliqué à la victime le cycle de la violence - rédigé un certificat médical initial »	

Population

La population étudiée était les IMG de la promotion 2015 qui étaient présents en mai 2018 au séminaire 8 et qui avaient assisté au GEP sur les violences en novembre 2017. Les IMG qui avaient déclaré avoir assisté au GEP en Charente-Maritime ou en Charente et qui avaient reçu le dépliant ont été inclus dans le groupe DÉPLIANT. Les IMG qui avaient déclaré avoir assisté au GEP en Vienne ou dans les Deux-Sèvres et qui n'avaient pas reçu le dépliant ont été inclus dans le groupe TÉMOIN.

Critères de jugements

Les critères de jugements principaux étaient les notes moyennes obtenues par les IMG au questionnaire de mai 2018 dans chaque sous-catégorie. Afin de répondre à l'objectif secondaire, qui était la mesure de la satisfaction des IMG vis à vis de l'utilité du dépliant, nous avons mesuré la proportion d'internes qui déclaraient avoir lu le dépliant, l'avoir gardé, ainsi que le pourcentage d'internes ayant jugé le dépliant « utile » ou « tout à fait utile » parmi ceux qui l'avaient lu.

Méthode statistique

Il a été réalisé sur le questionnaire de novembre 2017, pour chaque sous-catégorie, une analyse univariée par un test bilatéral de t-student afin de s'assurer de la comparabilité des deux groupes avant la distribution du dépliant. Un test bilatéral de t-student a vérifié la comparabilité des deux groupes sur l'âge, un test de Chi² avec correction de Yates sur le sexe, et un test exact de Fisher sur le stage effectué le semestre précédent. Sur le questionnaire de mai 2018, il a été utilisé un test unilatéral de supériorité de t-student afin de vérifier l'hypothèse de la supériorité du groupe DÉPLIANT sur le groupe TÉMOIN. Toutes ces statistiques ont été réalisées avec l'outil Biostatgv®, logiciel de statistiques en ligne (www.biostatgv.sentiweb.fr) avec un risque alpha de 5%. Les coefficients alpha de Cronbach ont été calculés sur Excel®.

Ethique

La recherche a respecté la Déclaration d'Helsinki.

RÉSULTATS

Caractéristiques de la population

Sur une promotion de 115 IMG, 105 ont répondu au questionnaire de novembre 2017 et 95 au questionnaire de mai 2018. Soixante-dix-huit IMG ont été inclus dans l'étude soit 67,8% de la promotion : 38 dans le groupe DÉPLIANT et 40 dans le groupe TÉMOIN. Dix-sept IMG avaient déclaré avoir participé au GEP en Charente ou en Charente-Maritime mais ne pas avoir reçu le dépliant. Ils ont été exclus de l'étude car il était impossible de savoir s'ils s'étaient trompés de département ou s'ils n'avaient pas pris le dépliant qui leur avait été distribué.

Dans le groupe DÉPLIANT, 14 avaient assisté au GEP en Charente et 24 en Charente-Maritime. Dans le groupe TÉMOIN, 15 avaient assisté au GEP dans les Deux-Sèvres et 25 dans la Vienne. Leurs caractéristiques sont décrites dans le tableau II. Les groupes étaient comparables au niveau de l'âge (en moyenne 27,7 \pm 1,6 ans) et du stage effectué entre novembre 2017 et mai 2018 ($p=0,84$). Le groupe TÉMOIN comportait plus de femmes que le groupe DÉPLIANT mais cette différence n'était pas statistiquement significative ($p=0,26$). Sur les 105 IMG interrogés en novembre, seulement quatre internes avaient déjà bénéficié d'une formation spécifique aux violences conjugales : deux sous forme de cours magistraux durant l'externat, un en formation médicale continue, et un au cours d'un bénévolat au SAMU social. Il y en avait trois dans les Deux Sèvres, et un dans la Vienne.

Tableau II : Caractéristiques de la population.

Caractéristiques	Groupe DÉPLIANT	Groupe TÉMOIN	p
Effectif	38	40	
Moyenne d'âge			
Moyenne d'âge*	27,6 (\pm 1,2)	27,9 (\pm 1,8)	0,37 ^a IC95% [-1,03 ; 0,39]
Genre			
Féminin	18 (47,4%)	25 (62,5%)	0,26 ^b
Masculin	20 (52,6%)	15 (37,5%)	
Stage effectué entre novembre 2017 et mai 2018			
Cabinet libéral de médecine générale	10 (26,3%)	11 (27,5%)	0,84 ^c
Stage hospitalier de médecine adulte	17 (44,7%)	17 (42,5%)	
Stage mère-enfant	2 (5,3%)	4 (10%)	
Urgences	6 (15,8%)	7 (17,5%)	
Disponibilité	3 (7,9%)	1 (2,5%)	

*La moyenne d'âge est donnée en années avec son écart-type.

p : degré de significativité. IC95% : intervalle de confiance à 95%.

^a test de t-student bilatéral. ^b test de Chi² avec correction de Yates. ^c test exact de Fisher.

L'analyse t-student bilatérale des réponses au questionnaire de novembre 2017 a montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes avant la distribution du dépliant, et ce pour toutes les sous-catégories (cf tableau III).

Tableau III : Comparaison des moyennes obtenues par les IMG au questionnaire de novembre 2017.

Résultats des IMG au questionnaire Novembre 2017		GRUPE DÉPLIANT	GRUPE TÉMOIN	p	IC 95%
		Moyenne sur 10			
REPRÉSENTATIONS	Dépistage	7,1 ±2,7	6,8 ±1,6	0,55	[-0,30 ; 0,56]
	Prise en Charge	7,8 ±2,5	7,9 ±1,3	0,88	[-0,41 ; 0,35]
	Global	7,3 ±1,1	7,5 ±1,1	0,32	[-0,33 ; 0,11]
SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE	Dépistage	4,8 ±1,5	4,6 ±1,6	0,60	[-0,23 ; 0,39]
	Prise en Charge	3,9 ±1,4	4,1 ±1,6	0,42	[-0,41 ; 0,17]
	Global	4,1 ±1,3	4,2 ±1,4	0,62	[-0,33 ; 0,20]
CONNAISSANCES	Dépistage	6,9 ±1,7	6,9 ±1,7	0,90	[-0,57 ; 0,50]
	Prise en Charge	4,8 ±1,4	5,0 ±1,4	0,54	[-0,58 ; 0,31]
	Global	5,9 ±1,2	6,0 ±1,3	0,66	[-0,95 ; 0,60]
COMPORTEMENT	Dépistage	2,5 ±1,7	2,3 ±1,8	0,68	[-0,47 ; 0,71]
	Prise en Charge	3,2 ±2,0	3,8 ±1,9	0,26	[-0,90 ; 0,25]

Loi de t-student bilatérale.

p : degré de significativité. IC 95% : Intervalle de confiance à 95% bilatéral.

Les moyennes sont données avec leur écart-type.

Validité interne du questionnaire

En ce qui concerne l'évaluation du questionnaire, le coefficient alpha de Cronbach était limite pour la catégorie « Représentations » (Dépistage : 0,64 ; Prise en charge : 0,50 ; Global : 0,59) et pour la catégorie « Comportement » (Dépistage : 0,59 ; Prise en charge : 0,63). Il était élevé pour la catégorie « Sentiment d'efficacité personnelle » (Dépistage : 0,73 ; Prise en charge : 0,79 ; Global : 0,84). Il fallait en conclure que le questionnaire avait une bonne cohérence interne pour cette dernière catégorie puisque le seuil de fiabilité est généralement placé à 0,70.

Résultats des critères de jugement principaux

Les résultats concernant les critères de jugement principaux (réponses au questionnaire de mai 2018) sont récapitulés dans le tableau IV. Les IMG du groupe DÉPLIANT avaient obtenu un meilleur score que ceux du groupe TÉMOIN dans la sous-catégorie « Représentations – Dépistage » ($p=0,02$), ce qui nous permettait de conclure que les internes qui avaient reçu le dépliant avaient, plus que les autres, la conviction que le MG avait un rôle important à jouer dans le dépistage des violences conjugales. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant leurs représentations du rôle du MG dans la prise en charge des victimes. Si les IMG du groupe DÉPLIANT n'avaient pas de meilleures connaissances théoriques, ils avaient en revanche un sentiment d'efficacité personnelle global supérieur au groupe TÉMOIN ($p=0,02$). La supériorité du groupe DÉPLIANT sur le groupe TÉMOIN dans les questions de « Sentiment d'efficacité personnelle » était notable dans les questions de prise en charge ($p=0,03$) et approchait la significativité dans les questions de dépistage ($p=0,06$). Les questions concernant la pratique des internes sur les six mois précédents (« Comportement ») n'ont pas montré de différence significative entre les deux groupes.

Tableau IV : Comparaison des moyennes obtenues par les IMG au questionnaire de mai 2018.

Résultats des IMG au questionnaire Mai 2018		GROUPE DÉPLIANT	GROUPE TÉMOIN	p	IC 95%
		Moyenne sur 10			
REPRÉSENTATIONS	Dépistage	8,1 ±1,3	7,4 ±1,7	0,02*	[0,09 ; INF]
	Prise en Charge	7,8 ±1,4	7,8 ±1,4	0,45	[-0,25 ; INF]
	Global	7,9 ±1,1	8,0 ±1,6	0,56	[-0,29 ; INF]
SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE	Dépistage	6,4 ±1,4	5,9 ±1,6	0,06	[-0,02 ; INF]
	Prise en Charge	6,3 ±1,6	5,6 ±1,4	0,03*	[0,05 ; INF]
	Global	6,3 ±1,4	5,7 ±1,3	0,02*	[0,05 ; INF]
CONNAISSANCES	Dépistage	7,6 ±1,3	7,8 ±1,6	0,64	[-0,55 ; INF]
	Prise en Charge	6,5 ±2,3	6,1 ±1,6	0,22	[-0,32 ; INF]
	Global	7,1 ±1,5	6,9 ±1,2	0,35	[-0,65 ; INF]
COMPORTEMENT	Dépistage	3,9 ±1,8	3,3 ±2,2	0,13	[-0,21 ; INF]
	Prise en Charge	5,5 ±1,3	4,6 ±2,0	0,11	[-0,15 ; INF]

Loi de t-student unilatérale : hypothèse de la supériorité du groupe DÉPLIANT sur le groupe TÉMOIN.

p : degré de significativité. IC 95% : Intervalle de confiance à 95% unilatéral.

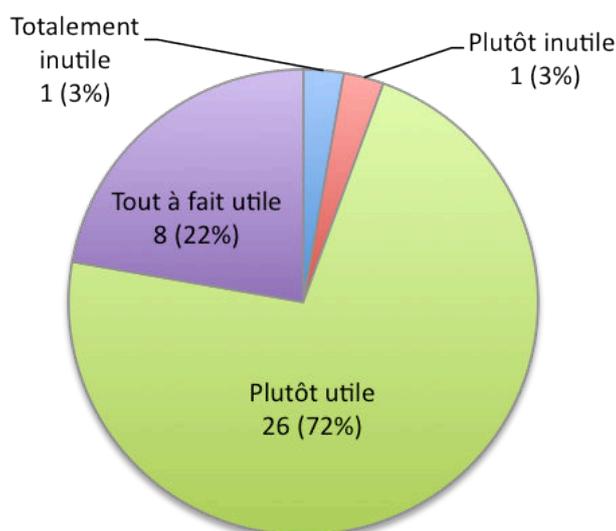
Les moyennes sont données avec leur écart-type.

***supériorité significative du groupe dépliant ($p < 0,05$)**

Résultats des critères de jugement secondaires

Sur les 38 internes qui avaient reçu le dépliant, 36 (94,7%) avaient déclaré l'avoir lu et 26 (68,4%) l'avoir gardé. La figure I illustre les réponses des IMG à la question d'évaluation du dépliant : « L'avez-vous trouvé utile ? ». Trente-quatre internes sur 36 l'avaient trouvé utile soit 94,4% des IMG qui avaient déclaré l'avoir lu.

Figure I : Réponses des IMG à la question « Avez-vous trouvé le dépliant utile ? »



Autres résultats

Le tableau V reprend les moyennes de chaque groupe aux deux sessions : novembre 2017 et mai 2018. Le pourcentage de progression à six mois a été calculé pour chaque sous-catégorie et figure dans le tableau. Il n'a pas pu être réalisé de statistique sur la progression des internes car, les questionnaires étant anonymes, il était impossible de calculer la progression de chaque individu. On peut toutefois constater à la lecture du tableau V que les internes du groupe DÉPLIANT semblaient avoir plus progressé que les internes du groupe TÉMOIN, les pourcentages de progression étant supérieurs dans quasiment toutes les catégories. On retrouvait une meilleure progression du groupe DÉPLIANT dans les représentations des IMG sur le rôle du MG dans le dépistage des violences conjugales (+14,2% vs +7,5%), et dans leur sentiment d'efficacité personnelle (+35,3% vs +28,3% pour le dépistage, +62,9% vs +37,1% pour la prise en charge et +53,9% vs +34,4% pour la note globale). Il

semblait y avoir également une meilleure progression du groupe DÉPLIANT dans les questions de connaissances théoriques concernant la prise en charge des violences conjugales (+34,2% vs +22,5%), ainsi que dans la catégorie « Comportement » (+57,4% vs +41,6% pour le dépistage et +72,7% vs +20,3% pour la prise en charge).

Tableau V : Résultats des IMG des deux groupes dans chaque catégorie avant distribution du dépliant (novembre 2017) et à 6 mois (mai 2018).

		GROUPE DÉPLIANT		GROUPE TÉMOIN	
		NOV. 2017	MAI 2018	NOV. 2017	MAI 2018
EFFECTIF		51	38	54	40
REPRÉSENTATIONS	Dépistage	7,1	8,1 (+14,2%)	6,8	7,4 (+7,5%)
	Prise en charge	7,8	7,8 (+0%)	7,9	7,8 (-1,7%)
	Global	7,3	7,9 (+9,1%)	7,5	8 (+6,7%)
SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE	Dépistage	4,8	6,4 (+35,3%)	4,6	5,9 (+28,3%)
	Prise en charge	3,9	6,3 (+62,9%)	4,1	5,6 (+37,1%)
	Global	4,1	6,3 (+53,9%)	4,2	5,7 (+34,4%)
CONNAISSANCES	Dépistage	6,9	7,6 (+10,8%)	6,9	7,8 (+11,8%)
	Prise en charge	4,8	6,5 (+34,2%)	5,0	6,1 (+22,5%)
	Global	5,9	7,1 (+20,5%)	6,0	6,9 (+16,3%)
COMPORTEMENT	Dépistage	2,5	3,9 (+57,4%)	2,3	3,3 (+41,6%)
	Prise en charge	3,2	5,5 (+72,7%)	3,8	4,6 (+20,3%)

Les moyennes sont données sur 10 points. Celles de la session de mai 2018 sont données avec le pourcentage de progression par rapport à novembre 2017.

DISCUSSION

Cette étude comparative a permis d'évaluer l'impact d'un dépliant pédagogique distribué à des IMG de Poitou-Charentes au cours d'un GEP sur les violences sur leurs compétences dans le dépistage et la prise en charge des personnes victimes de violences conjugales. Six mois après le début de l'étude, les internes qui avaient reçu le dépliant accordaient une plus grande importance au rôle du médecin généraliste dans le dépistage des violences conjugales. Le dépliant n'avait pas apporté de plus-value au GEP sur l'acquisition de connaissances théoriques. Cependant, les internes qui l'avaient reçu se sentaient mieux armés que les autres pour prendre en charge les victimes. L'étude a aussi permis de constater que la grande majorité des étudiants qui avaient reçu le dépliant l'avaient lu et l'avaient trouvé utile, et plus de la moitié d'entre eux l'avaient gardé.

Forces et faiblesses de l'étude

La méthode de recueil des données (auto-questionnaires anonymes remplis en début de cours) a permis de toucher une part satisfaisante de la promotion (78 internes sur 115). On peut regretter l'exclusion des 17 internes qui avaient répondu avoir passé le GEP sur les violences en Charente ou Charente-Maritime mais ne pas avoir reçu le dépliant. On pourrait considérer que ces internes auraient dû être inclus dans l'étude, ce qui serait revenu à analyser les résultats « en intention de traiter ». En effet, lorsque l'on distribue un document lors d'un GEP, une petite partie des étudiants ne le reçoit pas, par inattention ou par oubli. Ceci constitue un biais d'attrition pouvant surestimer un peu les résultats. Le choix d'exclure ces internes s'est expliqué par le fait que, les questionnaires étant anonymes, il était impossible de vérifier dans quel groupe les internes avaient assisté au GEP de novembre 2017. Si l'on additionnait ces 17 étudiants, aux 38 étudiants du groupe DÉPLIANT, on obtenait un total de 55 internes. Or, en novembre 2017, il y avait 51 internes dans le groupe DÉPLIANT ; ce qui prouve qu'au moins quatre d'entre eux s'étaient trompés. L'équipe de recherche a donc fait le choix de les exclure, afin de n'avoir dans le groupe DÉPLIANT que les internes qui l'avaient effectivement reçu.

L'anonymat des répondants a posé un autre problème : l'impossibilité de faire de statistique sur la progression de chaque individu. Ceci est à déplorer car le tableau V laisse entrevoir une supériorité du groupe DÉPLIANT dans plusieurs catégories, mais cela n'a pas pu être scientifiquement prouvé. Mais si lever l'anonymat des

internes aurait permis de suivre leur progression et de vérifier dans quel groupe ils étaient initialement, cela aurait majoré le biais de désirabilité sociale lié à la subjectivité des répondants. Celui-ci était d'autant plus présent que les IMG étaient interrogés au début d'un cours de faculté. Peut-être aurait-il fallu trouver un moyen de les pseudonymiser en leur demandant de s'identifier par exemple, par 3 dernières lettres du nom de naissance suivi des 3 dernières lettres du prénom.

On peut supposer dans cette étude la présence d'un biais de classement, dû à la qualité du questionnaire. Celui-ci était inspiré d'un questionnaire américain plusieurs fois validé dans des études mais pas dans une étude française. Le questionnaire a été adapté au mieux en se basant sur des références pédagogiques solides que sont les modèles de Kirkpatrick et de Kraiger. Il peut résulter un biais quant aux problèmes liés à la traduction ou aux différences culturelles entre les deux pays. Celui-ci a été diminué au maximum par une relecture minutieuse et un test intermédiaire par des internes non impliqués dans l'étude. Le calcul du coefficient de Cronbach a servi à vérifier la validité du regroupement des items. Il est à souligner que la catégorie « Sentiment d'efficacité personnelle », qui montre les résultats les plus significatifs était justement celle qui bénéficiait des coefficients les plus élevés, signant une bonne validité interne du questionnaire pour cette catégorie.

Le risque de biais de confusion a été traité avec attention. Les internes choisissaient leur groupe en fonction du département dans lequel ils vivaient à ce moment-là. Il ne devait donc pas y avoir de rapport avec leurs pré-requis sur les violences conjugales. De plus, les groupes sélectionnés pour recevoir le dépliant ont été choisis au hasard. L'analyse des résultats au questionnaire de novembre 2017 montre qu'il n'y avait pas de différence entre les deux groupes avant le GEP sur les violences. On peut constater également l'absence de différence significative quant au stage réalisé entre novembre 2017 et mai 2018. Les facteurs de confusion qui ne pouvaient être complètement maîtrisés étaient la qualité des animateurs du GEP (il leur avait toutefois été demandé de suivre scrupuleusement le plan de cours) ainsi que l'expérience professionnelle des internes durant les six mois de l'étude, ayant pu influencer leur intérêt pour le sujet.

Evaluation pédagogique du dépliant : Modèles de Kirkpatrick et de Kraiger

Le modèle de Kirkpatrick (1959) est celui le plus utilisé par les professionnels de formation et par les chercheurs travaillant sur les évaluations d'actions de formation²⁰. Il comprend quatre niveaux d'impact de formation : Le premier niveau concerne la satisfaction du stagiaire, le second, son apprentissage (acquisition de connaissances et de compétences), le troisième, ses changements comportementaux. Le dernier niveau correspond à l'impact externe au stagiaire : ici il pourrait correspondre au nombre de victimes dépistées en Poitou-Charentes et à la qualité de leur prise en charge. Kraiger a complété ce modèle en 1993 en précisant les différents objets d'apprentissage, classés en trois catégories : cognitifs, conatifs, affectifs. Sur le premier niveau de Kirkpatrick, le dépliant obtenait de bons résultats : les internes étaient globalement satisfaits (94,4% des IMG qui avaient déclaré avoir lu le dépliant l'ont considéré utile). Concernant l'apprentissage, le dépliant avait un impact sur les résultats affectifs (sentiment d'efficacité personnelle et représentations) mais pas sur les résultats cognitifs (connaissances acquises). En matière de changements comportementaux, les résultats n'étaient pas significatifs. Évaluer le dernier niveau de Kirkpatrick n'était pas réalisable dans notre étude. Il était peu probable que la formation d'une seule promotion d'IMG puisse avoir en six mois un impact sur la société, par exemple sur le nombre de victimes adressées aux associations spécialisées en Poitou-Charentes.

Une ressource qui améliore les représentations et le sentiment d'efficacité personnelle

Il est intéressant de noter que le dépliant apporte une plus-value au GEP sur le sentiment d'efficacité personnelle des internes mais pas sur leurs connaissances théoriques. Le dépliant avait été rédigé de façon la plus synthétique possible, afin de marquer les esprits pour inciter les médecins à dépister plus souvent les violences conjugales et pour leur donner des repères précis quant à leur prise en charge. L'important n'est pas que le MG connaisse par cœur le numéro d'écoute national dédié aux femmes victimes de violences (3919), mais qu'il connaisse son existence et sache où le trouver en cas de besoin. Ceux qui avaient reçu le dépliant avaient de meilleures représentations de leur rôle dans le dépistage des victimes et se sentaient plus efficaces que les autres dans leur prise en charge. On peut en conclure que le dépliant les avait plus sensibilisés à la problématique que le GEP seul, et les avait

aidés à savoir où trouver les ressources pour venir en aide aux victimes de violences.

La catégorie « changements de comportements » était la plus difficile à évaluer. Les questions « Comportements » du questionnaire auraient pu être déterminantes dans un questionnaire adressé à des médecins généralistes installés, elles l'étaient moins s'agissant d'internes qui changent de stage tous les six mois. Si l'on peut probablement dépister les violences conjugales aussi bien à l'hôpital qu'en ambulatoire, on peut toutefois admettre qu'il soit plus difficile pour les internes d'y penser au cours d'un stage hospitalier où l'aspect psycho-social passe le plus souvent au second plan. Seulement 30% des internes interrogés venaient de passer leur semestre en ambulatoire. Ceci peut expliquer le manque important de données dans cette catégorie et donc le manque de significativité des résultats. Il faudrait réitérer cette étude sur les IMG de plusieurs facultés françaises afin de vérifier la généralisation des résultats aux IMG français, et de voir si l'augmentation de puissance de l'étude influe sur la significativité des résultats.

Le dépliant, une ressource pédagogique parmi d'autres

Les principes pédagogiques utilisés à l'heure actuelle dans la formation des IMG reposent sur l'apprentissage par compétences. Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) définit la compétence comme « un savoir agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison de ressources internes et externes pour répondre à un ensemble de situations professionnelles données »²¹. L'objectif de l'enseignement est de former des médecins réflexifs, capable de mobiliser leurs connaissances, savoir-faire, savoir-être, pour engager une action pertinente adaptée au contexte²². Pour ce faire, l'enseignant peut mettre à disposition des IMG des ressources variées, afin qu'ils puissent choisir celles qu'ils trouvent pertinentes pour leur pratique. Dans le cadre de la formation aux violences conjugales, ce dépliant peut être l'une d'entre-elles, mais il peut y en avoir d'autres : des vidéos de sensibilisation comme celles mises à disposition par la MIPROF, des sites Internet tels que www.stop-violences-femmes.gouv.fr ou www.decliviolence.fr.

Comparaison à la littérature

Plusieurs études ont montré l'intérêt de former les IMG aux violences conjugales. Une étude américaine contrôlée randomisée a montré que former les internes par une brève intervention pédagogique comprenant une vidéo sensibilisant au sujet et des jeux de rôle, avait amélioré significativement leurs connaissances à un an²³. Leur comportement, évalué par le nombre de femmes qu'ils déclaraient avoir dépistées, avait été amélioré de façon non significative. Une autre étude américaine contrôlée randomisée qui formait un groupe d'IMG par un séminaire comprenant vidéo, jeux de rôles, discussions autour de cas cliniques, a montré une amélioration significative de leur faculté à dépister les victimes de violences conjugales¹¹. Une étude grecque évaluait l'effet de la formation sur les violences conjugales dans deux populations différentes : les MG, et les IMG²⁴. La formation avait amélioré le sentiment d'efficacité personnelle de tous les participants à un an. Les connaissances étaient améliorées dans les deux groupes juste après la formation. Par contre uniquement le groupe des IMG conservait une amélioration des connaissances à un an. Ceci laissait penser qu'il était plus efficace de former les IMG que les médecins installés, et que la formation des MG devait être répétée dans le temps.

D'autres études ont montré l'intérêt de l'apport d'outils physiques dans le cadre d'une formation aux violences conjugales. Une étude canadienne de 2014 constituait en une révision systématique de neuf études randomisées et contrôlées qui évaluaient différentes méthodes de formations de MG ou d'IMG sur les violences conjugales en s'appuyant sur les critères de Kirkpatrick¹⁰. Les ateliers pédagogiques à destination des IMG augmentaient leurs connaissances sans améliorer leurs attitudes et comportements. La formation des MG combinée à d'autres mesures, comme une sensibilisation accrue à la violence conjugale par des brochures ou affiches dans les salles d'attente, des aide-mémoires pour l'identification des victimes et un meilleur accès aux services ressources, semblait avoir un effet bénéfique non seulement sur les connaissances et attitudes des MG, mais aussi sur les victimes de violence conjugale (augmentation du nombre de femmes dépistées et orientées aux organismes spécialisés, ou augmentation de la satisfaction des patientes). Une prochaine étude pourrait s'attacher à évaluer le dépliant dans le cadre de la formation médicale continue des MG installés.

CONCLUSION

L'impact positif du dépliant distribué en cours de GEP sur le sentiment d'efficacité personnelle et les représentations des IMG est en faveur d'une généralisation de ce support physique lors des GEP. Il serait néanmoins souhaitable de confirmer l'impact positif d'un dépliant pédagogique pour d'autres thématiques de GEP ; voire de le comparer à l'impact d'autres types de supports pédagogiques. Dans le paradigme français actuel de l'enseignement en 3^o cycle du DES, la mission donnée à l'enseignant est celle de facilitateur d'apprentissage et non de dispensateur de connaissances. Cette étude souligne l'intérêt que peuvent représenter la distribution de ressources physiques lors des GEP des IMG, c'est-à-dire à l'issue d'une démarche réflexive en groupe. Cependant, elle doit amener l'enseignant à se poser la question des limites à donner à sa fonction d'aide à trouver les ressources dont l'IMG a besoin, puisqu'il ne sera pas toujours là pour fournir la bonne ressource au moment opportun.

POURQUOI DEPISTER ?

Chaque année, en France, 216 000 femmes sont victimes de violences conjugales physiques.¹

Une femme est tuée tous les 3 jours par son partenaire.²

En 2016, 123 femmes et 25 hommes sont décédés, victime de leur partenaire ou ex-partenaire, 34 enfants sont décédés au cours de violence conjugale.²

DE QUOI PARLE-T-ON ?

Les violences conjugales reposent sur un rapport de domination et de prise de pouvoir de l'agresseur sur sa victime par le mécanisme de l'**emprise**.

Les différents types de violence :

Physique : Penser à examiner les zones saillantes.

Verbale : Souvent banalisées par la victime.

Sexuelle : Rappeler à la victime que forcer son conjoint à avoir un rapport sexuel constitue un viol.

Psychologique : Humiliation, dévalorisation...

Economiques : Priver la victime de toute autonomie financière pour accentuer son isolement.

Le cycle de la violence

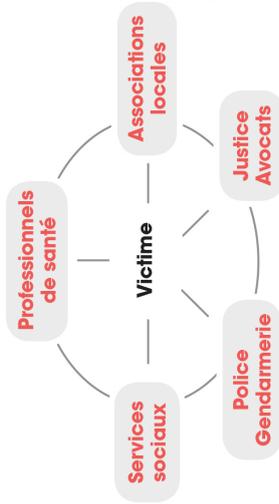
Le cycle de la violence se répète et s'accélère avec le temps, permettant à l'agresseur de maintenir sa domination sur la victime.



Le chemin peut être long pour se libérer de l'emprise.

TRAVAILLER EN PARTENARIAT

Seul un accompagnement **pluridisciplinaire** permettra à la victime de sortir du cycle de la violence et de se reconstruire.



Conception : Laurent Cousin - www.laurent-cousin.fr

Les contacts utiles

3919

Numéro gratuit et anonyme d'écoute et d'information. Non repérable sur la facture de téléphone.

CIDFF

Centre d'information sur les droits de femmes et des familles. Présente dans chaque département. Permanence juridique et psychologique.

CHRS

Centres d'hébergement et de réinsertion sociale. Il en existe plusieurs dans chaque département.

www.stop-violences-femmes.gouv.fr

Pour retrouver tous les contacts utiles dans votre région.

Ce guide a été réalisé par Audrey Pignat dans le cadre de sa thèse visant à améliorer la formation des internes en médecine générale sur le dépistage et la prise en charge des violences conjugales. Département de Médecine Générale - Faculté de Médecine de Poitiers.

¹ Enquête « Cadre de vie et sécurité » 2010-2015 - INSEE-ONDIP.

² Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple. Année 2016. Ministère de l'Intérieur.

DEPISTAGE

Il n'y a pas de profil type de victime de violence conjugale !

Facteurs de risque :

- Antécédent de maltraitance dans l'enfance ou dans une autre relation.
- Absence d'emploi ou instabilité professionnelle.
- Précarité, situation d'exclusion.
- Jeune âge (pour les femmes).
- Consommation excessive d'alcool chez le conjoint.

1 La grossesse, la naissance d'un enfant, la séparation du couple sont des situations particulièrement à risque de recrudescence des violences.

Dans quelles situations y penser ?

- Grossesse mal suivie, déclarée tardivement, demande d'IVG.
 - Troubles psychiques chez l'enfant.
 - Comportement craintif, refus de se déshabiller.
 - Partenaire « trop prévenant », répondant à la place de l'autre, contrôlant ses faits et gestes par le regard...
- ### Clinique :
- Lésions traumatiques diverses, d'âges différents.
 - Troubles gynécologiques : douleurs pelviennes chroniques, lésions périnéales, dyspareunies...
 - Troubles psychologiques : anxiété, dépression, troubles du sommeil, troubles alimentaires, troubles psycho-somatiques, état de stress post-traumatique...
 - Abus de substance à visée anxiolytique.

Oser poser la question

- Comment ça va à la maison ?
- Avez-vous déjà subi des violences dans votre vie ?
- Ce genre de symptômes peut être le reflet de problèmes conjugaux. Est-ce votre cas ?

PRISE EN CHARGE

ECOUTER :

- Instaurer un climat de **confiance**.
- Voir la victime **seule** : sans conjoint ni enfant.
- **Respecter son rythme**, sauf danger imminent.
- Recueillir les éléments factuels.
- L'aider à discerner les différents types de violence.

EXPLIQUER

- Le **cycle de la violence** et le mécanisme de l'**emprise**.
- **Revaloriser, déculpabiliser**.

EVALUER LE DANGER

Evaluer le risque vital pour elle et ses enfants : menaces de mort ? Présence d'une arme ? Risque suicidaire ?

CONSEILS PRATIQUES A PRODIGER

- Identifier les personnes pouvant lui venir en aide.
- Informer les enfants sur la conduite à tenir.
- Scanner les documents importants (papiers d'identité, de sécurité sociale, permis de conduire, bail, certificats médicaux...) et les enregistrer sur une boîte mail connue d'elle seule.
- Ouvrir un compte bancaire à son nom de naissance.
- Préparer un **sac d'urgence** (papiers, double des clés, argent, chéquier...)
- Signaler, le cas échéant, son départ du domicile conjugal à la police ou à la gendarmerie.

ORIENTER

Toujours lui rappeler la possibilité de **porter plainte**. Si elle ne veut pas porter plainte, elle peut déposer une main courante à la police, ou un procès verbal de renseignement judiciaire à la gendarmerie (si possible sur rendez-vous).

Il y a un intérêt à déclarer tout nouvel épisode violent, même si les plaintes précédentes n'ont pas donné suite.

Orienter la patiente vers des **associations locales**.

Appelez le 3919

7 phrases à dire à la patiente

- La loi interdit et punit les violences conjugales.
- Vous n'y êtes pour rien.
- L'agresseur est le seul responsable.
- Vous pouvez être aidée.
- Appelez le 3919 pour être informée de vos droits et connaître les associations près de chez vous.
- N'hésitez pas à reconsulter pour en parler.
- Je vous donne un nouveau rendez-vous.

ASPECTS MEDICO-LEGAUX

LE CERTIFICAT MEDICAL

Il doit comporter :

- Les dires de la victime entre guillemets.
- Une description objective des lésions physiques (avec schéma corporel ou photographie), et du retentissement fonctionnel et psychologique.
- La **détermination de l'ITT**.

Toujours préciser "sous réserve de complication ultérieure" :

ITT = Incapacité totale de travail = durée pendant laquelle la victime éprouve une gêne notable dans les actes de la vie courante (manger, se laver, faire ses courses, se déplacer...)

Même sans demande, le certificat doit être établi et conservé dans le **dossier médical**.

1 La violence intra-familiale est au minimum un délit quelque soit la durée de l'ITT. Le lien affectif entre l'agresseur et la victime constitue une circonstance aggravante.

LE SIGNALEMENT AU PROCUREUR

- Avec l'accord du patient majeur en cas de péril imminent.
- Sans son accord, si la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (*article 226-14 du code pénal*).

La loi reconnaît la grossesse comme état de vulnérabilité.

ANNEXE 2 : Questionnaire de Mai 2018

2. Évaluez votre niveau de compétence dans le dépistage et la prise en charge des violences conjugales. Attribuez-vous ainsi une note entre 0 et 5

0 : Je ne maîtrise pas du tout ==> 5 : Je maîtrise parfaitement	0	1	2	3	4	5
Identifier, à l'interrogatoire ou à l'examen clinique, les signes devant faire suspecter une situation de violence conjugale						
Poser les questions adéquates pour dépister les violences conjugales						
Expliquer à la victime le cycle de la violence						
Évaluer la gravité de la situation à court terme pour la victime et pour ses enfants						
Aider la victime à élaborer un plan d'action						
Orienter les patients victimes de violences conjugales						
Établir le certificat médical initial						
Déterminer la durée de l'ITT (Incapacité totale de travail)						

QUESTIONNAIRE DE THESE DE MEDECINE GENERALE SUR LES VIOLENCES CONJUGALES

Dans le cadre de ma thèse, je souhaite évaluer l'impact du GEP N°7 sur les violences, sur la formation des internes de médecine générale au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales.

Le questionnaire s'adresse aux internes de la promotion 2015 qui ont bénéficié du GEP 7 sur les violences en octobre-novembre 2017 et qui ont rempli ce même questionnaire en début de GEP.

Il a pour but d'évaluer votre progression à 6 mois. Merci de ne le remplir que si vous êtes dans cette situation.

Merci encore pour votre aide,

Audrey Bigot, médecin généraliste remplaçant

Profil de l'interne :

- Âge : _____
- Sexe : _____
- Stage précédent : Cabinet libéral de médecine générale Stage hospitalier de médecine adulte Stage mère-enfant Urgences Disponibilité
- Dans quel département avez-vous passé le GEP N°7 sur les violences en octobre-novembre dernier ? _____
- Avez-vous reçu un **dépliant 3 volets sur les violences conjugales** à l'issu du GEP ? OUI NON

- Si oui,
- l'avez-vous lu ? OUI NON
 - l'avez-vous gardé ? OUI NON
 - l'avez-vous trouvé utile ? TOTALEMENT INUTILE PLUTOT INUTILE PLUTOT UTILE TOUT A FAIT UTILE

- Vos remarques concernant le dépliant :

1. Donnez votre opinion personnelle

	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Les professionnels de santé ont la responsabilité de rechercher les violences conjugales chez tous leurs patients.					
Les personnes victimes de violences conjugales pourraient quitter leur agresseur si elles le voulaient vraiment.					
Si une victime de violence conjugale ne reconnaît pas les faits, je ne peux pas faire grand chose pour elle.					
Dépister systématiquement les violences conjugales risque d'être mal perçu par les patients.					
Les professionnels de santé n'ont pas le temps d'aider les patients à résoudre les problèmes de violences conjugales.					

	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Je m'estime suffisamment formé(e) pour aider mes patients victimes de violences conjugales.					
Je me sens assez à l'aise pour discuter de violences conjugales avec mes patients.					

3. Laquelle de ces propositions décrit le mieux les agresseurs dans les situations de violence conjugale ? (entourez la bonne réponse)

- A. Ils ont des difficultés à contrôler leur colère.
- B. Ils utilisent la violence comme moyen de contrôler leur partenaire.
- C. Ils sont violents car ils sont sous l'emprise d'alcool/ drogues.
- D. Ils sont violents avec tout le monde.

4. Lesquelles de ces symptômes sont des signes d'alerte d'une possible situation de violences conjugales ? (entourez toutes les réponses qui vous semblent justes)

- A. Douleurs chroniques inexplicables
- B. Anxiété
- C. Abus de substances
- D. Dépression

5. Pour chaque proposition, cochez VRAI, FAUX, ou NE SAIT PAS

	VRAI	FAUX	NE SAIT PAS
L'alcoolisme est l'une des premières causes de violence conjugale.			
Une personne ayant déjà subi des violences conjugales a plus de risque d'être à nouveau victime de violence dans une prochaine relation.			
La grossesse et la naissance d'un enfant sont des situations particulièrement à risque de violences conjugales.			
Poser directement la question à la victime est susceptible de la bloquer et de rendre impossible toute nouvelle tentative de discussion.			
Les personnes victimes de violences conjugales ont toujours de bonnes raisons pour ne pas partir.			
Soutenir une victime dans son choix de rester revient à approuver la violence conjugale.			
La période de séparation est une période à risque de redoublement des violences.			
Je rédige un certificat médical initial même si la victime ne souhaite pas porter plainte et le conserve dans le dossier médical.			

	VRAI	FAUX	NE SAIT PAS
Le retentissement psychologique est à prendre en compte dans le calcul de l'ITT.			
En ce qui concerne les violences conjugales, le palier faisant passer juridiquement l'infraction du stade de « contravention » au stade de « délit » est déterminé par une ITT supérieure à 8 jours.			

6. Donnez, si vous le connaissez, le numéro vert à donner aux femmes victimes de violences ? _____

7. Combien de nouveaux diagnostics de violence conjugale actuelle ou passée avez-vous fait au cours des 6 derniers mois ?

- A. Aucun
- B. Entre 1 et 5
- C. Entre 6 et 10
- D. Plus de 10
- E. Je ne suis pas concerné(e) ce semestre

8. Dans les 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous recherché une violence conjugale dans les situations suivantes :

	Jamais	Presque jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Non concerné(e)
blessures physiques							
douleurs pelviennes chroniques							
troubles fonctionnels intestinaux							
céphalées							
anxiété / dépression							
troubles du comportement alimentaire							

9. Pour les patients dépistés dans les 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous :

	Jamais	Presque jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Non concerné(e)
expliqué à la victime le cycle de la violence							
informé la victime sur la loi							
rédigé un certificat médical initial							
utilisé un schéma du corps pour documenter les blessures physiques							
photographié les blessures de la victime dans le dossier médical							
évalué le risque encouru par la victime							
évalué le risque encouru par ses enfants							
aidé la victime à mettre en oeuvre un plan d'action							
orienté la victime vers des associations locales							
donné à la victime le numéro vert « Violence Femmes Info »							

Merci beaucoup pour vos réponses et bon séminaire !

Audrey

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 : Organisation mondiale de la santé. La violence à l'encontre des femmes. Disponible sur : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> (Page consultée le 22 mars 2018).
- 2 : Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences faites aux femmes et la lutte contre la traite des humains (MIPROF). Violences au sein du couple et violences sexuelles en France : les principales données disponibles pour l'année 2016. La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes 2017;12:1-19.
- 3 : Cronholm PF, Fogarty CT, Ambuel B, Harrison SL. Intimate Partner Violence. Am Fam Physician 2011;83:1165-1172.
- 4 : Krantz G. Violence against women: a global public health issue! J Epidemiol Community Health 2002;56:242-3.
- 5 : Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé, rapport au Ministre chargé de la Santé. 2001. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000292/index.shtml> (Page consultée le 14 octobre 2018).
- 6 : Gerbert B, Moe J, Caspers N, et al. Simplifying physicians' response to domestic violence. West J Med 2000;172:329-31.
- 7 : Sprague S, Madden K, Simunovic N, et al. Barriers to screening for intimate partner violence. Women Health 2012;52:587-605.
- 8 : Yeung H, Chowdhury N, Malpass A, Feder GS. Responding to domestic violence in general practice : a qualitative study on perceptions and experiences. International Journal of Family Medicine 2012;2012:960523.
- 9 : Quenot M. Repérage, en médecine générale, des violences conjugales faites aux femmes. À propos d'une enquête en Haute-Garonne. Thèse de doctorat en médecine. Toulouse, 2016.
- 10 : Zaher E, Keogh K, Ratnapalan S. Effets de la formation sur la violence conjugale - Révision systématique d'études randomisées contrôlées. Can Fam Physician 2014; 60:e340-7.

11 : Kornstein D, Thomas DC, Foldes C, Ross J, Halm E, McGinn T. An evidence-based domestic violence education program for internal medicine residents. *Teach Learn Med* 2003;15:262–6.

12 : Chambe J, Maisonneuve H, Leruste S, Renoux C, Huas C. Etat des lieux des procédures de validation du DES de médecine générale en France. *exercer* 2014;113:123-31.

13 : Castelain E, Bouche P. Groupes d'échanges de pratiques et optimisation de la prise en charge en médecine générale. *La Revue du Praticien Médecine Générale* 2003;628:1370-4.

14 : Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. *J.O.* du 28/04/2017. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/4/21/MENS1712264A/jo> (Page consultée le 25 mars 2018).

15 : Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité. Lutter contre la violence au sein du couple, le rôle des professionnels. Brochure éditée en 2012. Disponible sur : <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/outil/lutter-contre-la-violence-au-sein-du-couple-le-role-des-professionnel-le-s> (Page consultée le 3 août 2018).

16 : Service de médecine légale du CHU d'Angers. Violences conjugales : aide à la prise en charge médicale à destination des médecins. Plaquette éditée en 2013. Disponible sur : <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/DÉPLIANTS-et-guides-308.html> (Page consultée le 3 août 2018).

17 : Short LM, Alpert E, Harris JM, Surprenant ZJ. PREMIS: A Comprehensive and Reliable Tool for Measuring Physician Readiness to Manage IPV. *Am J Prev Med* 2006;30:173-80.

18 : Papadakaki M, Prokopiadou D, Petridou E, Kogevinas M, Lionis C. Defining Physicians' Readiness to Screen and Manage Intimate Partner Violence in Greek Primary Care Settings. *Evaluation & The Health Profession* 2012;35:199–220.

19 : Vives Cases C, Torrubiano Dominguez J, Carrasco Portiño M, Espinar-Ruiz E, Gil-Gonzalez D, Goicolea I. Validación de la versión española del cuestionario

physician readiness to manage intimate partner violence survey (PREMIS). Rev Esp Salud Publica 2015;89:173-90.

20 : Gilibert D, Gillet I. Revue des modèles en évaluation de formation, approches conceptuelles individuelles et sociales. Pratiques psychologiques 2010;16:217-22.

21 : Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Concepts et principes pédagogiques. Disponible sur www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/ (Page consultée le 30 septembre 2018).

22 : Le Mauff P, Ball P. Comment réussir une évaluation formative des compétences des internes en étant centré sur leurs processus cognitifs d'apprentissage ? exercer 2008;82:77-81.

23 : Coonrod DV, Bay RC, Rowley BD et al. A randomized controlled study of brief interventions to teach residents about domestic violence. Acad Med 2000;75:55-7.

24 : Patakaki M, Petridou E, Kogevinas M, Lionis C. Measuring the effectiveness of an intensive IPV training program offered to Greek general practitioners and residents of general practice. BMC Med Educ 2013;13:46.

RÉSUMÉ et Mots clefs

Introduction : Les violences conjugales constituent un problème de santé publique, d'où l'intérêt d'améliorer la formation des médecins généralistes à ce sujet. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'un dépliant pédagogique sur l'acquisition de compétences des internes de médecine générale (IMG) à propos du dépistage et de la prise en charge des personnes victimes de violences conjugales.

Méthode : Étude interventionnelle contrôlée randomisée réalisée entre novembre 2017 et mai 2018 auprès d'une promotion d'IMG de Poitou-Charentes. Les IMG qui avaient participé au Groupe d'Echange de Pratiques (GEP) sur les violences en novembre répondaient à un questionnaire avant le GEP et six mois après. Le questionnaire évaluait leurs représentations, leur sentiment d'efficacité personnelle, leurs connaissances, et leur comportement. Un dépliant pédagogique sur les violences conjugales a été distribué à deux groupes de GEP sur les quatre. Les critères de jugements principaux étaient les notes moyennes obtenues par les IMG au questionnaire de mai 2018.

Résultats : Nous avons inclus 78 IMG : 38 dans le groupe DÉPLIANT et 40 dans le groupe TÉMOIN. Les réponses des IMG au questionnaire de novembre étaient comparables dans les deux groupes. En mai, les IMG du groupe DÉPLIANT avaient de meilleures représentations de leur rôle dans le dépistage des victimes de violences conjugales ($p=0,02$ IC95%[0,09 ; INF]). Ils n'avaient pas de meilleures connaissances théoriques mais avaient un sentiment d'efficacité personnelle supérieur au groupe TÉMOIN ($p=0,02$ IC95%[0,05 ; INF]). Il n'y avait pas de différence dans leur comportement.

Conclusion : Dans le cadre de la formation des IMG au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales, l'apport d'un dépliant pédagogique apporte une plus-value au GEP. Il serait intéressant d'évaluer l'impact d'autres supports pédagogiques à distribuer au cours de GEP de différentes thématiques.

Mots clefs MeSH : *Violence conjugale, médecine générale, enseignement et éducation, internat et résidence*



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

