



HAL
open science

Développement d'une échelle de satisfaction des victimes de violences sur leur prise en charge : étude pilote dans l'unité médico-judiciaire du CHU de Clermont-Ferrand

Anaïs Sahy

► To cite this version:

Anaïs Sahy. Développement d'une échelle de satisfaction des victimes de violences sur leur prise en charge : étude pilote dans l'unité médico-judiciaire du CHU de Clermont-Ferrand. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02079772

HAL Id: dumas-02079772

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02079772>

Submitted on 26 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE

THÈSE d'EXERCICE

N°

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

SAHY Anaïs

Présentée et soutenue publiquement le 6 Novembre 2018

DEVELOPPEMENT D'UNE ECHELLE DE SATISFACTION DES VICTIMES DE VIOLENCES SUR LEUR PRISE EN CHARGE :

ETUDE PILOTE DANS L'UNITE MEDICO-JUDICIAIRE DU CHU DE
CLERMONT-FERRAND.

Président : Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, Faculté de Médecine Clermont-
Ferrand

Membres du jury :

Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, Faculté de Médecine Clermont-Ferrand

Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, Faculté de Médecine Clermont-Ferrand

Madame BLANQUET Marie, Docteur, service de Santé Publique, CHU Clermont-Ferrand

Monsieur BOYER Baptiste, Docteur, service de Médecine Légale, CHU Clermont- Ferrand

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE
THÈSE d'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

N°

SAHY Anaïs

Présentée et soutenue publiquement le 6 Novembre 2018

DEVELOPPEMENT D'UNE ECHELLE DE
SATISFACTION DES VICTIMES DE
VIOLENCES SUR LEUR PRISE EN CHARGE :

ETUDE PILOTE DANS L'UNITE MEDICO-JUDICIAIRE DU CHU DE
CLERMONT-FERRAND.

Président : Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, Faculté de Médecine Clermont-
Ferrand

Membres du jury :

Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, Faculté de Médecine Clermont-Ferrand
Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, Faculté de Médecine Clermont-Ferrand
Madame BLANQUET Marie, Docteur, service de Santé Publique, CHU Clermont-Ferrand
Monsieur BOYER Baptiste, Docteur, service de Médecine Légale, CHU Clermont- Ferrand

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES

: **JOYON** Louis

UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **DOLY** Michel

: **TURPIN** Dominique

: **VEYRE** Annie

: **DULBECCO** Philippe

: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES

: **CABANES** Pierre

UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **FONTAINE** Jacques

: **BOUTIN** Christian

: **MONTEIL** Jean-Marc

: **ODOUARD** Albert

: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et

PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER

: **BERNARD** Mathias

PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT

: **DEQUIEDT** Vianney

VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

: **WILLIAMS** Benjamin

VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE

: **HENRARD** Pierre

VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA

FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE

: **PEYRARD** Françoise

DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **PAQUIS** François



**UFR DE MEDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES**

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice

: **CHAZAL** Jean

DOYEN

: **CLAVELOU** Pierre

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAL Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - Mme MOINADE Simone - MM. MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. RISTORI Jean-Michel - ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis – Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image

M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

PROFESSEURS DE

1ère CLASSE

M. DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M. CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires

M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénéréologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mlle BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne
M. SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. BERGER Marc	Hématologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

PROFESSEURS DE
2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles

Médecine Générale

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne

Nutrition Humaine

M. VORILHON Philippe

Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne

Médecine Générale

M. CAMBON Benoît

Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

MAITRES DE CONFERENCES

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine

Bactériologie Virologie

MAITRES DE CONFERENCES DE

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mlle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mlle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mlle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mlle COSTE Karen	Pédiatrie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
Mlle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie

MAITRES DE CONFERENCES DE

2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale

M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MASDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mlle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale

Remerciements et dédicaces

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur de Santé Publique, Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand, chef du Pôle Santé Publique

Merci d'avoir été l'instigateur secret de ce projet et d'avoir poussé à introduire dans ce questionnement la rigueur statistique et méthodologique propres aux médecins de santé publique et si obscures au commun des mortels.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur BROUSSE Georges, Professeur d'Addictologie, Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Merci pour cette présentation si passionnante au congrès de l'ISNAR-IMG de Strasbourg qui a contribué à faire de cet événement un élément fondateur de mon internat. Au plaisir de travailler avec vous dans le domaine de l'addictologie dans les années à venir.

Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Merci pour votre accompagnement et votre bienveillance pendant ces trois années qui m'ont fait grandir. Pour la qualité des échanges que l'on a pu avoir et du travail commun fourni. Le DMG ne m'accueillera peut-être pas en son sein à l'issue de mon DESC mais sachez que la qualité de la formation des internes (en particulier de Médecine Générale) reste parmi mes préoccupations. En espérant avoir encore de nombreuses occasions d'échanger sur le sujet.

Madame BLANQUET Marie, Docteur, CHU de Clermont-Ferrand et CH de Mauriac

Merci pour l'énorme travail fourni sur ce projet depuis 2016 qui m'a permis de rejoindre une barque déjà bien lancée et solide, pour l'encadrement et pour m'avoir redonné confiance face aux difficultés.

Monsieur BOYER Baptiste, Docteur, Chef du Service de Médecine Légale, CHU de Clermont-Ferrand

Baptiste, merci pour m'avoir fait confiance en me laissant gérer la poursuite de ce projet ambitieux et précieux pour le service tout comme pour mon inscription en DESC. Je poursuivrais le travail sans relâche et avec plaisir jusqu'à ce qu'on puisse le mener à bout pour rendre au service un peu de tout ce que ma présence en son sein m'a (et va) m'apporter. Au plaisir de rejoindre l'équipe très prochainement


DEDICACES PERSONELLES

Merci au **Professeur FANTON** et à toute l'équipe de Lyon pour ce semestre si riche dans leur service.

Merci à **ma mère** pour son soutien sans failles depuis tant d'années et ses leçons d'orthographe et de grammaire toujours bienvenues.

Merci à **Malou** pour la qualité de son travail en les perspectives qu'elle m'a laissées à explorer. Je ferais mon maximum pour me montrer à la hauteur.

Merci **aux potos** qui se reconnaîtront pour tout le reste, les Grenoblois, les Clermontois, le SARHA, l'ISNAR... C'est une sacrée page qui se tourne et c'était bien cool.



Je m'oppose à la violence
parce que lorsqu'elle semble
produire le bien, le bien qui
en résulte n'est que
transitoire, tandis que le mal
produit est permanent.

Gandhi, Homme politique, Philosophe
Révolutionnaire (1869 - 1948)

Table des matières

LISTE DES FIGURES	15
LISTE DES ABREVIATIONS	16
Résumé	17
Abstract.....	19
1 Introduction	21
1.1 Patient-victime : les spécificités de la victimologie.....	21
1.1.1 La notion de victime	21
1.1.2 Le vécu traumatique.....	22
1.1.3 La victimologie, discipline mal connue	24
1.1.4 Organisation de la Victimologie en France	24
1.2 Mesurer la satisfaction du patient : pourquoi, comment ?	27
1.2.1 Le concept de Satisfaction	27
1.2.2 Place de la satisfaction dans l'évaluation des pratiques en santé	28
1.3 La validation d'un questionnaire et ses enjeux.....	29
1.3.1 Questionnaire de satisfaction.....	29
1.3.2 La validation de l'outil.....	31
1.4 Problématique.....	33
1.5 Objectifs de l'étude	35
2 Patients et Méthode.....	36
2.1 UMJ du CHU	36
2.2 Patients.....	36
2.3 Méthode.....	37

2.4	Questionnaire.....	40
2.5	Analyse statistique	41
2.5.1	Sujets nécessaires.....	43
2.5.2	Collecte et saisie des données	43
2.6	Considérations éthiques.....	44
2.6.1	CPP.....	44
2.6.2	CNIL	45
3	Résultats préliminaires en date du 1 ^{er} octobre 2018.....	46
4	Discussion.....	47
4.1	Résultats principaux	47
4.2	Forces et limites de l'étude	48
4.3	Perspectives	49
5	Conclusion.....	52
6	Références bibliographiques	55
	Annexe I FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION.....	57
	Annexe II QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES CONSULTATIONS DE VICTIMOLOGIE	60
	Annexe III LETTRE D'INFORMATION TEST (voie postale).....	66
	Annexe IV LETTRE D'INFORMATION TEST (voie informatique).....	67
	Annexe V LETTRE D'INFORMATION RE-TEST (voie postale)	68
	Annexe VI LETTRE D'INFORMATION RE-TEST (voie informatique)	69

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cartographie des centres pivots de Médecine Légale définis par la circulaire du 27 décembre 2010	26
---	----

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AVP : Accident de la Voie Publique

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

ETP : Equivalent temps Plein

HAS : Haute Autorité de Santé

IGA : Inspection Générale de l'Administration

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGF : Inspection Générale des Finances

IGGN : Inspection Générale de la Gendarmerie Nationale

IGPN : Inspection Générale de la Police Nationale

IGSJ : Inspection Générale des Services Judiciaires

IML : Institut Médico-Légal

ITT : Incapacité Totale de Travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QSH : Questionnaire de Satisfaction du patient Hospitalisé

TGI : Tribunal de Grande Instance

UMJ : Unité Médico Judiciaire

Résumé

Contexte : En France, une réforme d'envergure de la Médecine Légale a été mise en place en 2010. Celle-ci avait entre autres objectifs l'harmonisation et l'amélioration des pratiques, tant en médecine légale du mort que du vivant. Cette démarche s'inscrit dans le cadre des politiques publiques menées depuis les années 2000 en faveur d'une meilleure prise en charge des victimes d'infraction. La principale mesure de cette réforme a été la structuration de l'activité en la confiant à des structures publiques dédiées (IML et UMJ). Cette réforme a été évaluée en Décembre 2013. Le rapport interministériel remis en janvier 2014 montre que ses résultats sont insuffisants, en particulier dans le cadre de la victimologie. En 2016, le Dr Malou GUERANT a réalisé au sein du service de médecine légale du CHU de Clermont-Ferrand une étude qualitative afin d'identifier les déterminants de la satisfaction des patients reçus en consultation de victimologie. Les déterminants identifiés étaient : un délai court entre les faits et la consultation, la qualité de l'accueil dans le service, la capacité d'écoute du médecin, sa capacité à mettre en confiance, à répondre aux questions et sa qualité d'expert. Enfin la question de la prise en charge psychologique et son articulation avec la consultation médicale ressortait également. Les résultats de cette étude ont permis de proposer un modèle de questionnaire de satisfaction dédié aux patients pris en charge en victimologie comprenant 41 items construit sur la base d'un questionnaire antérieurement validé, le QSH (Questionnaire de Satisfaction du patient Hospitalisé) utilisé par la CHU de Clermont-Ferrand. S'il est validé, cet outil serait le premier questionnaire de satisfaction mis en place dans ce domaine et pourrait devenir un outil central dans l'évaluation des pratiques et une éventuelle réflexion à venir sur une réévaluation du fonctionnement de la prise en charge en Victimologie. **Objectifs :** Validation des propriétés métrologiques du Questionnaire de Satisfaction des Consultations de Victimologie. **Méthode :** La validation d'un tel questionnaire nécessite qu'il soit rempli par des patients test afin d'évaluer son acceptabilité, la validité de sa structure interne, sa validité contre critère externe et sa reproductibilité. Ce questionnaire est testé via deux modalités de remplissage : questionnaire informatisé et questionnaire papier. Il est nécessaire d'inclure 230 patients dans chaque branche pour valider ces deux modalités.

Le choix de la modalité de remplissage est laissé au patient. Celui-ci reçoit le questionnaire au moins 15 jours après sa consultation. La reproductibilité sera étudiée en soumettant 85 patients de chaque branche à un test-retest. **Résultats :** Depuis sa mise en place, notre étude a permis l'inclusion de 129 patients dans la branche informatique et 58 patients dans la branche du questionnaire papier. Nous avons recueilli respectivement 39 et 17 réponses. Cette étude n'a pas encore permis de réunir suffisamment de données pour pouvoir tester son critère de jugement principal mais sa poursuite dans les mois à venir permettra d'atteindre le nombre de sujets nécessaires. Une fois ce questionnaire validé, sa mise en application dans le service en routine sera discutée. **Conclusion :** La mesure de la satisfaction des patients est un élément incontournable d'une politique de qualité de la prise en charge. Se munir d'un outil permettant cette mesure en victimologie est une étape indispensable dans la mise en place d'une démarche d'évaluation des pratiques qui peut par la suite ouvrir la voie à leur amélioration et leur harmonisation.

Mots clés : Victimologie - Médecine Légale - Satisfaction – Questionnaire

Abstract

Context: In France, a major reform of Forensic Medicine was set up in 2010. One of its objectives was to harmonize and improve practices, both in the areas of thanatology and victimology. This approach is part of the public policies implemented since the 2000s in favor of better care for victims of infractions. The main change brought by this reform was the structuration of the forensic medical activity by entrusting it to dedicated public structures (Medico Legal Institutes and Forensic Units). This reform was assessed in December 2013 by an inter-ministerial commission. The interdepartmental report submitted in January 2014 showed that the results were insufficient, particularly in the field of victimology. In 2016, Dr. Malou GUERANT conducted a qualitative study to highlight the determinant of patient's satisfaction who be seen by a doctor in the forensic department of the university hospital of CF. The determinants identified were: a short time delay between the aggression or accident and the consultation, the quality of the welcome in the department, the doctor's ability to listen and make them feel confident, his ability to answer questions and his expert quality. The question of psychological care and the way it can be initiated after the medical consultation were also relevant. The results of this study allowed her to propose a version of satisfaction questionnaire dedicated to patients consulting in victimology. It comprises 41 items and is built based on a previously validated questionnaire, the QSH (Hospitalized patient Satisfaction Questionnaire), used by the University Hospital of Clermont-Ferrand. The validation of this questionnaire would make it the first one assessed in this area. It could become a central tool in the evaluation of practices and feed future reflection on a reassessment of the care system in victimology. **Objectives:** Validation of the metrological properties of the Questionnaire of Satisfaction about Victimology Consultations. **Method:** The validation of such a questionnaire requires it be completed by test patients in order to evaluate its acceptability, the validity of its internal structure, its validity against external criteria and its reproducibility. This questionnaire was tested via two filling methods: computerized and paper. We needed to include 230 patients in each arm to validate both modalities. The choice of filling mode was left to the patient. They received the questionnaire at least 15 days after their consultation. Reproducibility was studied by submitting 85 patients from each arm to a test-retest. **Results:** Since its beginning, our study has

allowed the inclusion of 129 patients in the computerized arm and 58 patients in the paper arm. We collected respectively 39 and 17 answers. This study has not yet generated enough data to test its primary endpoint, but its continuation in the coming months will help to reach the number of subjects needed. Once this questionnaire is validated, its implementation in the routine service will be discussed. **Conclusion:** The measurement of patient satisfaction is an essential element of a quality management policy. Providing a tool for this measurement in victimology is an essential step in the implementation of a practice evaluation process that can subsequently pave the way for their improvement and harmonization.

Key words: Victimology - Forensic Medicine - Satisfaction – Questionnaire

1 Introduction

1.1 Patient-victime : les spécificités de la victimologie

1.1.1 La notion de victime

Le terme de « victime », s'il est aisément compris par tous, recouvre un concept vaste de par la diversité des situations et phénomènes dont un individu peut être « victime ». Qu'il s'agisse d'une situation de violence, d'un accident, d'une catastrophe (naturelle ou secondaire à une activité humaine) ou même parfois pour certains de « la malchance », la constante qui fait naître ce statut de victime est l'existence d'un préjudice, objectif ou ressenti.

En 1985, l'ONU donnait, dans sa Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir, la définition suivante ⁽¹⁾:

"On entend par "victimes" des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux en raison d'actes ou d'omissions qui enfreignent les lois pénales en vigueur dans un Etat membre, y compris celles qui proscrivent les abus criminels de droits".

"Une personne peut être considérée comme victime dans le cadre de la présente déclaration, que l'auteur soit ou non identifié, arrêté, poursuivi ou déclaré coupable, et quels que soient les liens de parenté avec la victime. Le terme victime inclut aussi, le cas échéant, la famille proche ou les personnes à charge de la victime directe et les personnes qui ont subi un préjudice en intervenant pour venir en aide aux victimes en détresse ou pour empêcher la victimation."

Le statut de victime peut donc être reconnu à un sujet que le « responsable » de son préjudice soit identifié ou non, condamné ou non.

Dans notre travail, comme dans cette déclaration, nous nous intéresserons spécifiquement à une catégorie de victimes à savoir les victimes d'infractions pénales. Le terme sera donc appliqué ici à

des sujets ayant subi un préjudice du fait de l'action d'autrui, cette action étant constitutive d'une infraction.

Depuis la fin des années 90, les pouvoirs publics français ont engagé une politique publique d'aide aux victimes pour améliorer la reconnaissance, l'accompagnement et la prise en charge de ces victimes, parallèlement à l'action judiciaire visant elle à punir les coupables. Cette politique s'inscrit en continuité de celle de l'ONU en la matière et se veut un axe d'expression fort des valeurs de la République ⁽¹⁻³⁾.

1.1.2 Le vécu traumatique

La survenue d'un événement violent de quelque nature qu'il soit est générateur d'un stress intense pour la personne qui en est victime. Si les conséquences des traumatismes physiques peuvent être au premier plan et paraître évidents d'emblée à tout un chacun, la part du traumatisme psychique qui en résulte, souvent plus insidieuse, est une problématique majeure de la prise en charge des victimes. Du point de vue de la santé publique, le coût estimé des conséquences des violences est chiffré en milliards d'euros (3,6 milliards en France en 2012 pour les seules violences au sein du couple et leurs conséquences sur les enfants⁽⁴⁾). D'une façon qui peut surprendre, les coûts directs incluant les soins médicaux (en particulier somatiques) ne représentent que 21,4% de ce chiffre. Les coûts indirects quant à eux représentent 66,8% du poids financier de ces violences et englobent une multitude de paramètres dont l'absentéisme ou la baisse de productivité. Si les outils de mesure utilisés dans cette étude ne permettent pas d'identifier et de chiffrer de façon claire un « coût lié au traumatisme psychique », on peut percevoir en filigrane de ces indicateurs (consommation de soins, de médicament, absentéisme) le poids qu'il peut avoir. Cet impact psychique est un phénomène complexe mais qui est connu de longue date et a été largement décrit dans la littérature⁽⁵⁻⁷⁾. Il est donc indispensable de s'intéresser au vécu traumatique de la victime et aux conséquences sur elle du traumatisme psychique résultant des violences si l'on veut permettre une prise en charge globale et de qualité d'une part et réduire le poids des violences sur notre société d'autre part.

Lorsque l'événement violent survient, il fait irruption dans la réalité de la victime, souvent par surprise et la confronte à un danger, à un risque de blessure grave, à la réalité de la mort qui va venir ébranler son psychisme. La gestion de cet événement va conduire presque systématiquement à des manifestations de stress péri traumatique plus ou moins intenses en fonction de la violence de l'événement et de la façon dont la victime va le vivre. Ce traumatisme et sa gestion vont mobiliser une très grande partie des ressources psychiques du sujet qui peuvent être épuisées, dépassées. Dans la période qui suit, on constate généralement la persistance de symptômes dont l'amélioration va être progressive, à une vitesse plus ou moins grande. Le sujet est souvent dans cette période particulièrement vulnérable à la survenue d'un nouveau stress. Il lui faut d'une part continuer son travail d'assimilation de l'événement traumatisant et d'autre part reconstituer les ressources psychiques qui ont été affaiblies par celui-ci. La survenue d'un nouvel événement négatif qui aurait habituellement été considéré comme banal peut alors, dans cette période, être vécu comme une nouvelle agression, un nouveau traumatisme, qu'il ait ou non un lien avec le traumatisme initial. Cette particulière vulnérabilité liée à la période de stress aigu qui suit la survenue d'un traumatisme fait le lit de ce que l'on appelle la « victimisation secondaire ». Une victime ne recevant pas ce dont elle a besoin pour l'aider à reconstituer ses ressources psychique (écoute, attention, reconnaissance, soutien...) ou étant confronté à des traumatismes surajoutés par de mauvaises expériences (culpabilisation des proches, sentiment de ne pas être crue ou comprise...) aura plus de mal à surmonter son traumatisme et plus de risque d'évoluer vers un état de stress post traumatique chronique⁽⁸⁾.

Ce vécu traumatique sera très différent d'une victime à une autre, d'une situation à une autre et, si les mécanismes mis en jeu sont les mêmes, la gravité du retentissement et son évolution sont conditionnés par la nature et la gravité des faits de violence vécus et la capacité de résilience du sujet.

Dans la majorité des cas, face à un événement violent, la victime pourra être angoissée, stressée, bouleversée, mais ne sera pas traumatisée, notamment si elle n'a pas été confrontée à un sentiment de mort imminente et si elle a reçu un soutien adapté⁽⁹⁾. Une politique d'amélioration de la prise en charge des victimes telle que mise en place par les pouvoirs publics est donc un élément

indispensable dans la gestion de ce vécu traumatique, celle-ci étant l'un des meilleurs moyens de prévenir le syndrome de stress post traumatique et ses complications.

1.1.3 La victimologie, discipline mal connue

Le terme victimologie, lui paraît moins évident à aborder pour le profane. On peut en déduire en l'entendant pour la première fois qu'il s'agit de la science ou de la discipline qui s'occupe des victimes. Oui, mais comment et avec quels outils ? R. Cario professeur de sciences criminelles et auteur d'une « Introduction générale à la Victimologie » la définit comme « *discipline scientifique multidisciplinaire ayant pour objet l'analyse globale des victimisations, sous leur double dimension individuelle et sociale, dans leur émergence, leur processus, leurs conséquences et répercussions, afin de favoriser leur prévention et, le cas échéant, la réparation corporelle, psychologique et sociale de la victime et/ou de ses proches* »⁽¹⁰⁾. Il se dégage donc de cette définition plusieurs constats le premier étant que, plus qu'une discipline en soit, il s'agit d'un champ d'étude multidisciplinaire. Les sciences humaines et sociales y ont notamment une place prépondérante en ce qui concerne les axes de recherche fondamentale ou les considérations des conditions sociales législatives et judiciaires entourant les victimes qui sont deux des trois branches de la discipline décrites par Audet et Katz⁽¹¹⁾. L'aspect qui nous intéresse ici est celui de la victimologie clinique, troisième branche identifiée dans cette définition. Celle-ci a pour but d'une part de matérialiser le préjudice (corporel et psychique) et d'autre part de permettre sa prise en charge. C'est dans ce cadre que trouvent leur place les professionnels du milieu médical, médecin légiste et psychiatres en particulier. Il sera donc fait ici référence sous le terme de victimologie à cette pratique de la victimologie clinique qui est au contact direct de la victime et va marquer son parcours médical et judiciaire.

1.1.4 Organisation de la Victimologie en France

Les services de victimologie, ou Unités Médico Judiciaires (UMJ) sont des structures médicales faisant le lien avec la justice, situées au sein de certains hôpitaux. Depuis la réforme de la médecine

légale du 15 janvier 2011, 48 unités sont rattachées à une ou plusieurs juridictions, financées annuellement et forfaitairement par dotation budgétaire du ministère de la justice ⁽¹²⁾ (Figure 1 : *Cartographie des centres pivots de Médecine Légale définis par la circulaire du 27 décembre 2010*). Cette réforme a mis fin à un système établi empiriquement qui voyait les prestations de médecine légale réalisées à la demande de la justice (sur réquisition) payées à l'acte. Ce système avait pour résultat de générer, d'une part, des difficultés dans le contrôle des frais de justice et, d'autre part, une grande disparité territoriale concernant la fréquence et la qualité de réalisation des dites prestations. Pour répondre à ces deux problématiques, la réforme a donc fait le choix d'instaurer des structures dédiées de médecine légale implantées dans des établissements publics de santé⁽¹³⁾. Dans ces structures s'effectuent des examens de victimes d'agressions ou d'accidents. Ces consultations ont pour but la rédaction d'un certificat médical descriptif, qui servira à attester devant les juridictions des conséquences des violences subies. Dès lors qu'il est remis aux autorités judiciaires, il devient une pièce de procédure à part entière qui permet au magistrat de qualifier la gravité des faits de violence au regard de la gravité des blessures subies par la victime⁽¹⁴⁾.

La consultation est réalisée par un médecin légiste, qui va procéder à un recueil des informations pertinentes à son évaluation (circonstances des événements, mécanisme de survenue des blessures, doléances) et à un examen clinique (constatation des troubles fonctionnels et des lésions) en s'appuyant sur les éventuels examens préalables dont a bénéficié la victime, pour réaliser un certificat médical précis et complet ^(14,15). Cette consultation s'attache également à rechercher les signes d'impact psychologique dont on a vu qu'ils sont une part non négligeable des conséquences délétères à la suite d'un acte violent. Il est alors possible, en fonction des constatations, de proposer une aide sur le plan psychologique via une consultation spécialisée. Cet aspect des choses était envisagé dans le cadre de la réforme puisque celle-ci prévoyait de doter chaque structure dédiée d'un ETP psychologue, financé par la sécurité sociale⁽¹³⁾. L'élément central de cette consultation, pour le médecin, sera la fixation de l'Incapacité Totale de Travail (ITT), au regard de l'ensemble de ses constatations et des éléments à sa disposition. Il s'agit d'une notion médico juridique mal connue des

Réforme de la Médecine Légale Implantation des structures et organisation 15 janvier 2011

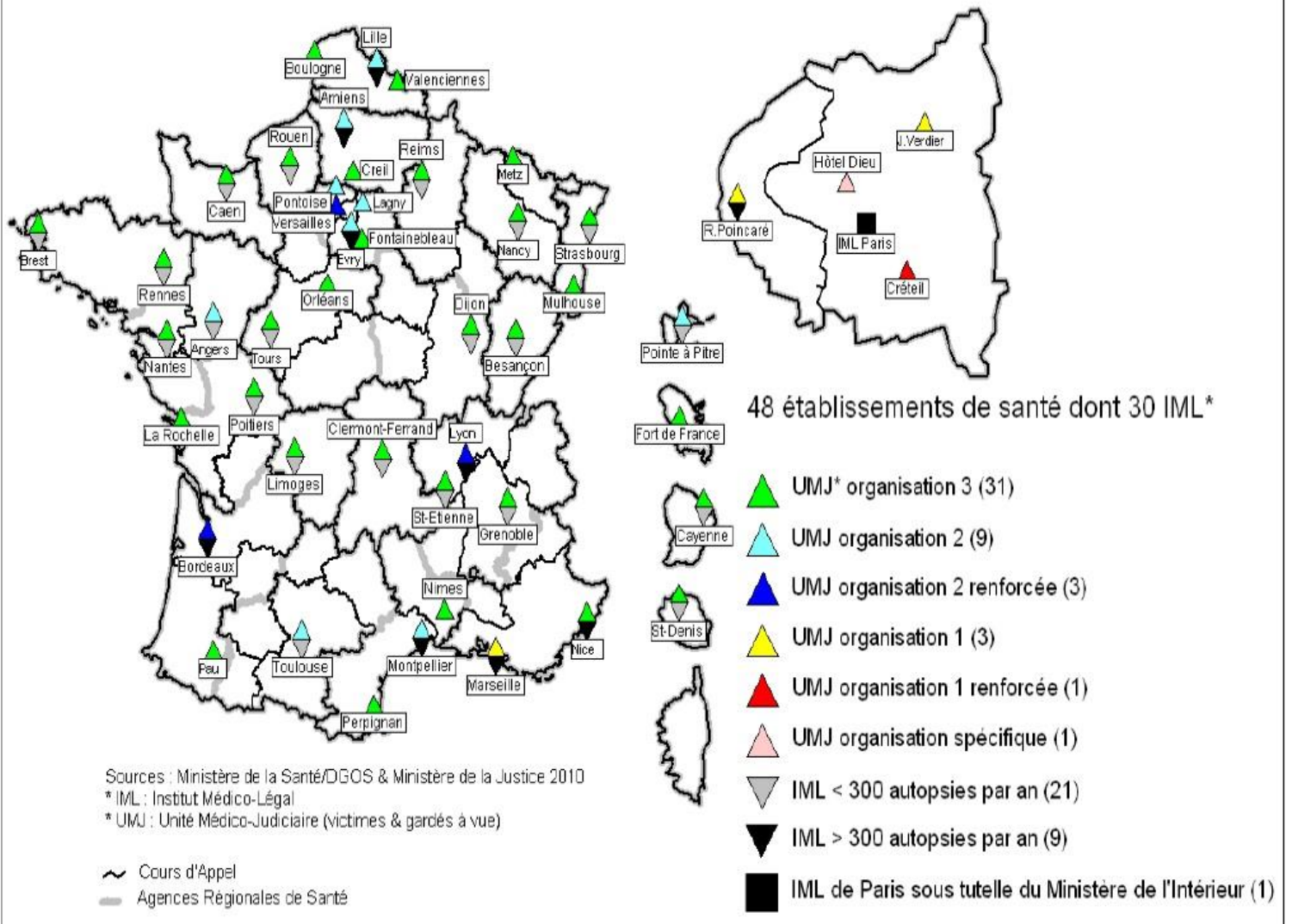


Figure 1 : Cartographie des centres pivots de Médecine Légale définis par la circulaire du 27 décembre 2010

patients, et de certains médecins, qui va renseigner le magistrat sur la gravité des lésions constatées. L'ITT est la durée, exprimée en jour, pendant laquelle la victime va avoir une gêne réelle et globale pour effectuer des gestes de la vie courante.

Ce nouveau schéma d'organisation de la médecine légale a été évalué dans un rapport interministériel de janvier 2014. Celui-ci a été corédigé par l'ensemble des acteurs institutionnels impliqués dans le fonctionnement de la Médecine Légale (IGSJ, IGF, IGAS, IGA, IGPN et IGGN). Ses conclusions sont mitigées. Si la réforme est jugée comme ayant été une réelle nécessité, ses résultats sont considérés comme insuffisants et sa mise en place critiquable. Sur le point spécifique de la prise en charge des victimes, le rapport note une amélioration nette de la qualité et de la fluidité de celle-ci. Il regrette toutefois que la prise en charge psychologique des victimes soit encore insuffisamment généralisée. D'une manière générale, il met en avant le fait que les performances des structures hospitalières dédiées apparaissent hétérogènes entre elles dans la gestion de leurs diverses missions sans parvenir à en évaluer les causes ⁽¹⁶⁾.

1.2 Mesurer la satisfaction du patient : pourquoi, comment ?

1.2.1 Le concept de Satisfaction

Le rapport de septembre 1996 de la Haute Autorité de Santé (HAS), sur la satisfaction des patients sur leur prise en charge dans les établissements de santé, explique la difficulté qui peut exister à mesurer la satisfaction. « *C'est une mesure de la différence entre ce qu'une personne attend d'un service à ce qu'elle en reçoit. Pour dépasser le simple constat de l'écart et envisager de le réduire, il est donc indispensable de connaître les attentes des patients* » ⁽¹⁷⁾. Il apparaît donc indispensable de connaître les attentes des patients pour évaluer leur satisfaction et de ne pas présupposer de points qui seront importants pour eux et vont jouer sur leur ressenti et leur vécu du soin. Les déterminants qui vont jouer sur la satisfaction du patient sont à la fois personnel et dépendants de la situation. C'est pourquoi un travail préliminaire permettant d'identifier auprès de la population cible ces déterminants est nécessaire lors de la création d'un questionnaire de satisfaction.

1.2.2 Place de la satisfaction dans l'évaluation des pratiques en santé

En 1948, l'OMS définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition large étant donc la notion de santé quelques peu au-delà du seul domaine de la médecine avec la prise en compte du bien-être physique mental et social. Cette définition donne de ce fait une place importante au ressenti de l'individu et à ce que l'on appelle la « santé perceptuelle ». Dans les questionnements sur les outils d'évaluation de la qualité des soins, des notions subjectives tournant notamment autour de la qualité de vie ressentie sont donc apparues progressivement pour devenir de plus en plus présentes⁽¹⁸⁻²¹⁾. Ainsi bon nombre d'échelles et de questionnaires intègrent des paramètres dont la mesure est subjective et retranscrite par le patient comme la douleur, la fatigue, l'anxiété ou la satisfaction.

La satisfaction des patients est donc un volet primordial de la qualité des soins en fournissant des informations sur les capacités de la structure de soins à rencontrer les attentes des patients⁽¹⁸⁾. Elle a été inscrite depuis longtemps, par les prédécesseurs de la HAS, parmi les procédures à valider dans la démarche d'accréditation des hôpitaux.

Dans son Manuel de certification des établissements de santé V2010, la HAS, aborde la mesure de la satisfaction des patients au chapitre 1, partie 3, référence 9, critère 9.b : « *Évaluation de la satisfaction des usagers* »⁽²²⁾. Il y est précisé que l'étude de la satisfaction des usagers d'une institution et le dispositif qui vise leur écoute sont des éléments essentiels de tout système de la politique qualité. Depuis 1996, les établissements de santé ont pour obligation de réaliser des enquêtes de satisfaction auprès de leurs usagers, enquêtes dont les résultats ont d'emblée été pris en compte dans la procédure de certification.

Par ailleurs, cette dimension de la satisfaction des usagers du système de santé est amenée à l'avenir à devenir plus que jamais réglementaire. En effet le 18 Septembre 2018, le Président de la République Emmanuel Macron a annoncé le plan « *Ma Santé 2022* », vaste projet de réforme du Système

de Santé Français. Parmi les nombreuses propositions faites tout un volet tourne autour de la qualité et de la pertinence des soins⁽²³⁾. Il est ainsi évoqué la mise en place de mesures de la satisfaction systématiques au décours des prises en charges. Les « *indicateurs d'expérience patient* » feront partis des multiples paramètres d'évaluation de la pertinence et de la qualité dont les retombées seront multiples, allant jusqu'à impacter les financements des structures.

1.3 La validation d'un questionnaire et ses enjeux

1.3.1 Questionnaire de satisfaction

L'évaluation de la satisfaction des patients repose sur des méthodes validées :

- les questionnaires de sortie permettent d'identifier la perception des patients qui ont souhaité s'exprimer. Cependant, cette approche ne permet une mesure précise de la satisfaction qu'en cas de taux de retour important ;
- la conduite d'enquêtes sur échantillon représentatif, répétées dans le temps, fournit des indicateurs pouvant être suivis et donc servir d'outils de pilotage. Il s'agit notamment d'enquêtes à distance des épisodes d'hospitalisation.

La condition *sine qua non* pour la mise en place de l'une ou l'autre de ces méthodes est l'existence d'un outil de mesure : le questionnaire de satisfaction. Celui-ci peut se présenter sous deux formes différentes ayant chacune des avantages et inconvénients : l'auto-questionnaire et le questionnaire passé par un évaluateur.

L'auto-questionnaire est jugé pratique, peu coûteux et simple pour les investigateurs puisqu'il suffit de donner au sujet les moyens de le remplir. Cela permet aux investigateurs de se consacrer au traitement des données rendant possible la constitution et l'exploitation de volumineuses bases de données par des équipes relativement restreintes là où un recueil par un évaluateur va nécessiter de mobiliser beaucoup plus de personnes pour la collecte de la même somme de données. Cette forme facilite les passations répétées chez le même patient pour suivre une évolution des réponses au fil du

temps. Enfin cela laisse la possibilité au sujet de ne pas répondre à certains items s'ils lui posent problème. En revanche leur fiabilité va se heurter à des limites en fonction de la capacité de compréhension des patients face à chaque item et à leur bonne volonté ou leur motivation à remplir correctement le questionnaire (notamment à aller jusqu'au bout de celui-ci s'il comprend un grand nombre d'item⁽²⁴⁾). Le patient seul face au questionnaire peut, s'il le désire, travestir la réalité en ne répondant pas de manière honnête aux questions. Enfin selon le type de questionnaire, il peut y avoir une tendance à systématiser ses réponses. Par exemple face à un questionnaire comprenant des items regroupés par dimension dont la modalité de réponse est une échelle. Il arrive que certains patients dans ce cas aient une tendance à apporter la même réponse à l'ensemble des items d'une dimension sans considérer de façon indépendante la sous dimension explorée par chacun d'entre eux.

L'autre option est une passation du questionnaire par un évaluateur. Celle-ci a pour avantage de permettre une évaluation de tous les patients qui ont accepté d'être inclus et de limiter le nombre de données manquantes. Elle s'adapte bien à certaines échelles de satisfaction ou d'indicateurs de qualité de vie⁽¹⁹⁾. En revanche cette méthode est coûteuse en termes de temps-investigateur. Par ailleurs elle nécessite un investigateur expérimenté pour un recueil de qualité. Il est en effet délicat de mener un tel recueil sans induire ou influencer sur les réponses si l'on ne maîtrise pas les techniques pour poser correctement les questions. L'interaction enquêteur enquêté qui se crée lors du recueil peut être source de biais et, selon le type de questionnaire, il faut savoir rester prudent dans l'interprétation des résultats si l'on n'a pas la possibilité d'évaluer son impact.

Dans notre étude, le choix s'est porté sans équivoque sur un format d'auto-questionnaire. D'un point de vue pratique celui-ci est beaucoup plus adapté pour permettre aux patients d'évaluer « à froid » leur consultation dans le service en répondant seuls de chez eux au moins 15 jours après la consultation. Une passation par investigateur dans cette configuration aurait été logiquement impossible à mettre en place. Par ailleurs elle n'aurait pas été souhaitable puisque l'on imagine bien pour un tel questionnaire que le fait de le remplir avec un enquêteur du service aurait eu un impact sur les réponses avec une difficulté pour les patients à exprimer des réponses à tendance négative.

En ce qui concerne le format de réponses à un questionnaire de satisfaction, il existe plusieurs possibilités ayant chacune des caractéristiques propres les rendant plus ou moins adaptées selon l'objet du questionnaire. Les réponses ouvertes vont offrir une liberté d'expression au sujet interrogé mais ne permettront pas de quantifier un paramètre. Elles ne seront adaptées que dans le cadre d'une étude qualitative et leur analyse sera très différente de celle des questions fermées. Ces dernières au contraire vont permettre d'étudier une dimension par une approche quantitative en limitant le nombre de réponses possibles et en observant la répartition des répondants selon les diverses modalités proposées. Celles-ci ne se limitent pas forcément à une simple dichotomie (oui/non, vrai/faux, d'accord/pas d'accord) mais peuvent prendre la forme d'échelles à propositions graduelles comme les échelles de Likert. On parle alors de réponses qualitatives ordonnées⁽²⁴⁾. Le nombre de réponses possibles est variable et peut être paire ou impaire, comprenant ou non une proposition neutre. L'échelle de réponse peut être unipolaire ou bipolaire selon que la réponse « neutre » ou « normale » se situe à l'extrémité ou au centre de l'échelle. Le modèle de Likert propose une échelle ayant un nombre de propositions impaires (classiquement 5 ou 7), bipolaire. Le fait de disposer d'une proposition neutre centrale permet de ne pas forcer la réponse du sujet. En effet dans les échelles ayant un nombre pair de proposition sans proposition neutre, les sujets indécis sont obligés de choisir entre deux propositions légèrement positive ou légèrement négative. Ils ont alors tendance à le faire de façon aléatoire.

1.3.2 La validation de l'outil

Avec l'évolution des pratiques qui a amené à utiliser de plus en plus de questionnaires psychométriques dans le domaine de la santé et donc à devoir élaborer des questionnaires variés, la question s'est posée des méthodes de conception et d'évaluation de ces outils pour en garantir la qualité et la pertinence. Les premiers auteurs à avoir proposé une réflexion de fond sur le sujet ont retenu 8 attributs définissant la qualité d'un tel questionnaire⁽²⁵⁾ : Le model conceptuel, la fiabilité, la validité, la sensibilité au changement, l'interprétabilité, la charge pour le répondant ou l'enquêteur, les formes alternatives et les adaptations culturelles et la traduction.

Ces concepts ont été depuis rediscutés de nombreuses fois et remaniés pour certains. Ils ne sont pas tous de même importance selon la situation et le type de questionnaires analysés. Nous allons nous attarder en particulier sur 2 d'entre eux qui sont primordiaux pour tous les types de questionnaires : la validité et la fiabilité.

La validité est l'aptitude du questionnaire à mesurer ce qu'il est censé mesurer, sa pertinence pour répondre à la question posée. Elle repose sur un ensemble d'éléments que sont la validité de son contenu, la validité de sa structure interne et la validité de sa structure externe.

La validité interne du questionnaire repose sur la logique de sa construction et sur sa décomposition en dimensions pertinentes. On procède pour examiner cette validité à une analyse de la distribution des réponses et à l'étude de matrices de corrélation inter-items, item-dimensions et inter-dimensions. L'outil statistique permettant une bonne évaluation de ces paramètres est la mesure de consistance interne (α de Cronbach)⁽²⁶⁾. Cet outil permet de vérifier si les items forment un tout cohérent. Il est appliqué pour chaque dimension du questionnaire avec pour objectif un score compris entre 0,70 et 0,90^(27,28). Un score $\alpha < 0,70$ indique que la dimension est dispersée et certaines questions perturbent son homogénéité. Un score $\alpha > 0,90$ indique que la dimension est sur représentée et certaines questions sont considérées comme redondantes. Cela permet donc de s'assurer que la mesure est suffisamment concise (pas de questions redondantes, chaque item apporte une information) et correctement ordonnée (les items d'une même dimension sont plus liés entre eux qu'avec les items d'autres dimensions, les différentes dimensions sont respectées). Cette construction adaptée des différentes dimensions du questionnaire est un prérequis lors de la construction des scores des échelles de Likert. En effet, dans cette méthode de recueil, le score de la dimension correspond à l'addition ou à la moyenne des scores des items, sans pondération. Il est donc indispensable que les items soient corrélés de façon linéaire à leur dimension (validité convergente) et mieux corrélés avec leur dimension qu'avec les autres dimensions (validité discriminante). Ils doivent avoir une variance similaire au sein d'une dimension et contenir la même quantité d'information afin d'obtenir des scores fiables.

La validité externe repose sur la comparaison des résultats obtenus via le questionnaire avec ceux obtenus par une autre méthode, déjà validée et reconnue comme fiable pour explorer la même question (Gold standard).

La fiabilité du questionnaire représente sa capacité à mesurer effectivement le paramètre étudié sans subir d'erreur statistique, sa capacité à atteindre ce qu'il est censé mesurer avec précision⁽²⁹⁾. On parle aussi de reproductibilité. Pour être fiable, l'échelle ne doit pas rendre des résultats soumis à un aléa statistique. Afin d'évaluer ce paramètre, il faut se poser la question : La mesure donne-t-elle des résultats comparables lorsqu'elle est répétée dans les mêmes conditions, le concept mesuré n'ayant subi aucun changement réel ? La preuve de cette fiabilité est un prérequis indispensable à toute interprétation des résultats lors de l'exploitation du questionnaire. Deux situations sont à même d'éprouver cette reproductibilité : le test-retest et le test de fiabilité inter-observateur. Dans le premier cas, il s'agit de faire passer 2 fois au même sujet un auto-questionnaire avec un intervalle suffisamment long pour qu'il n'y ait pas d'effet de mémorisation et suffisamment rapprochée pour qu'il n'y ait pas d'évolution du paramètre mesuré (usuellement 15 jours). Cela permet de vérifier la stabilité du score obtenu alors que l'état de santé est resté stable et devrait donc amener au même score. Le contrôle de la fiabilité inter observateur concerne quant à lui les hétéro-questionnaires. Il s'agit de réaliser les mesures au même moment et dans les mêmes conditions par 2 évaluateurs et de comparer les résultats obtenus.

1.4 Problématique

Il n'existe à l'heure actuelle aucun outil ni aucune démarche permettant de mesurer la satisfaction des patients suite aux consultations de victimologie dans les CHU français. Pourtant, ces consultations, réalisées dans un contexte médico-juridique particulier, dont l'objectif est le constat, et non le soin, sont susceptibles d'avoir un impact particulier sur les victimes, la prise en charge médico-légale étant une étape essentielle dans leur parcours juridique. Une bonne compréhension et une adhésion de leur part est indispensable à une prise en charge de qualité, aussi bien pour la victime, en

tant que personne, que pour la procédure judiciaire en elle-même. Cette consultation peut être le point de départ d'un accompagnement aussi bien médical et psychologique, que juridique et social. Une appréhension et une incompréhension de la part des patients peuvent être observées. Il s'agit aussi de ne pas rajouter une expérience traumatisante à la première subie.

Une équipe suisse a réalisé en 2008 une étude de la satisfaction des patients victimes vis-à-vis de leur prise en charge hospitalière ⁽³⁰⁾. Cette enquête, menée par téléphone, montrait un fort taux de satisfaction avec une note moyenne de 8.7/10. Toutefois le questionnaire utilisé se limitait à 6 questions dont 5 fermées et sa méthode de conception n'était pas précisée.

Devant ce constat, les médecins légistes du CHU de Clermont-Ferrand se sont posé la question de la création d'un outil adapté à l'évaluation de la satisfaction de ces patients-victimes vis à vis de leur prise en charge en consultation dans le service. En 2016, le Dr Malou GUERANT a réalisé dans le cadre de son travail de thèse une étude qualitative dans le but d'identifier les déterminants de satisfaction spécifiques à ces patients et à ce contexte⁽³¹⁾. Notre étude consiste en la passation d'un auto-questionnaire aux victimes ayant été prises en charge à l'UMJ créé à partir de ses observations. Ce questionnaire a été construit sur le modèle du Questionnaire de Satisfaction du patient Hospitalisé (QSH). Le QSH, dont la validation a fait l'objet d'une publication en 2009 par Antoniotti et al⁽³²⁾, est un questionnaire français qui a été utilisé au CHU de Clermont-Ferrand jusqu'en 2013. Le QSH explore la satisfaction des patients ayant été pris en charge en hospitalisation complète. Différents aspects du séjour sont explorés : arrivée à l'hôpital, arrivée dans le service, prise en charge par les médecins, les infirmières, les délais d'attente, la chambre, la nourriture. Des affirmations sont énoncées, par exemple : « Sur le plan physique, le médecin a répondu à mes questions », et une échelle de type Likert à 5 modalités est proposée : « extrêmement moins que souhaité », « beaucoup moins que souhaité », « un peu moins que souhaité », « comme souhaité », « mieux que souhaité ». Son développement a été supervisé par un comité de pilotage et s'est déroulé selon trois étapes standard. La génération d'items a fait suite à 95 entretiens en face-à-face, réalisées chez des patients hospitalisés et chez des patients devant être admis. Le processus de validation était basé sur la validité interne, la fiabilité et certains aspects de la validité externe. La version finale du QSH contient 45 items décrivant 9

dimensions, conduisant à 2 scores composites. La disponibilité d'un tel questionnaire fiable et valide sur la satisfaction des patients hospitalisés, issu exclusivement des entretiens avec les patients, permet d'intégrer les retours des patients dans une stratégie d'amélioration continue de la qualité des soins. Ce modèle ayant fait la preuve de son efficacité et de sa pertinence, nous avons souhaité nous en inspirer pour construire notre outil.

1.5 Objectifs de l'étude

Objectif principal : Validation d'un questionnaire de satisfaction destiné aux victimes majeures ayant été prises en charge à l'UMJ du CHU Gabriel Montpied de Clermont-Ferrand.

Ce questionnaire serait le premier outil validé en langue française explorant la satisfaction des patients pris en charge dans le cadre de consultations de victimologie.

2 Patients et Méthode

2.1 UMJ du CHU

L'UMJ du CHU Gabriel Montpied de Clermont-Ferrand est située au sein du service de Médecine Légale qui comprend également un Institut Médico Légal (IML). Il s'agit de l'un des 48 centres identifiés par la réforme de janvier 2011. Cette unité avait pour mission de recevoir les victimes dont les plaintes étaient traitées par le Tribunal de Grande Instance (TGI) de Clermont-Ferrand⁽¹³⁾.

L'unité accueillait les victimes d'agressions, d'accidents de la circulation ou du travail, de plus de 16 ans et à partir de 18 ans en cas d'agression sexuelle. Cela représentait en moyenne 1800 patients par an. Le sex-ratio et l'âge des patients vus en consultation n'étaient pas étudiés dans le service. Une classification des consultations selon le type de violence était en revanche réalisée pour permettre le suivi de l'activité. En 2016, le service avait accueilli 1691 victimes, avec une moyenne de 141 par mois. Les violences conjugales avaient représenté 17% du total des motifs de consultations, les accidents de la voie publique (AVP) 13%, les violences au travail 11% et les violences sexuelles environ 4%. En 2017, le nombre de consultation avait été de 1842 soit une moyenne de 153 par mois, la hiérarchisation des types de violence et leur pourcentage était comparable : violences conjugales 16%, AVP 14%, violences au travail 11% et violences sexuelles 4%.

Le choix avait été fait au sein du CHU de Clermont-Ferrand de scinder l'activité de victimologie avec la mise en place d'un Pôle Violences sur le site du CHU Estaing qui accueillait les mineurs jusqu'à 16 ans (jusqu'à 18 ans en cas de violences sexuelles) et femmes enceintes victimes de violences

2.2 Patients

Notre étude avait pour but de valider l'utilisation de ce questionnaire, dans un premier temps, auprès de la population des patients victimes de violence consultant au sein de l'UMJ du CHU Gabriel Montpied de Clermont-Ferrand.

L'étude était systématiquement présentée aux patients majeurs consultant au service de Victimologie du CHU de Clermont-Ferrand jusqu'à atteindre le nombre de sujets nécessaires pour la validation du questionnaire.

2.3 Méthode

Notre travail consistait en une étude exploratoire transversale de validation d'échelle. Les inclusions ont débuté le 20 juin 2018. La table des correspondances avait été préparée en amont sur un fichier Excel protégé par mot de passe. Les critères d'inclusion étaient : tous patients majeurs consultant dans le service de victimologie du CHU de Clermont-Ferrand pour une consultation médicale. Les critères de non inclusion suivants étaient appliqués : refus du patient de participer à l'étude, ou incapacité à signer le formulaire de non opposition ; les patients ne comprenant pas, ne parlant pas ou ne lisant pas le français ; les patients mineurs ; Les patients ayant bénéficié d'une consultation alors qu'ils étaient hospitalisés ; les patients se présentant pour un certificat médical produit dans le cadre d'une demande d'asile ; les patients sous tutelle ou curatelle ; un contexte inapproprié après avis du médecin responsable de la consultation (exemple : trouble cognitif ou psychiatrique sévère).

D'un point de vue pratique la mise en place de cette étude nécessitait que les médecins réalisant les consultations procèdent aux inclusions au décours de celles-ci en les traçant sur la table des correspondances prévue à cet effet. Ensuite, pour la branche papier, il fallait préparer pour chaque patient une enveloppe à son adresse contenant le questionnaire avec le numéro correspondant à son numéro d'inclusion, la lettre d'information (cf. Annexe III) et une enveloppe préimprimée pour le retour du questionnaire dans le service. L'obtention d'enveloppes préimprimées au nom du service s'est révélée plus complexe qu'escomptée. La possibilité de faire transiter les réponses par le service de santé publique (qui dispose de telles enveloppes) avait un temps été évoquée mais nous avons finalement pu obtenir des enveloppes adressées au service de médecine légale, évitant ainsi d'impliquer un transit par un autre service avec le risque inhérent de perte des réponses. Enfin il fallait

programmer son envoi 15 jours après la consultation. Un fois le questionnaire reçu en réponse, il fallait alors de nouveau préparer une enveloppe contenant le questionnaire de retest au numéro correspondant, une nouvelle lettre d'information (cf. Annexe V) et une autre enveloppe retour à expédier 15 jours après réception du questionnaire.

Le protocole prévoyait le recueil des coordonnées des sujets sur le fichier Excel par les secrétaires du service après réalisation de la consultation médicale. Lors de la mise en place nous avons identifié plusieurs problèmes posés par ce fonctionnement. D'une part, cela risquait de créer un chassé-croisé de patients auprès des secrétaires (qui sont déjà en charge de l'accueil de ces derniers dans le service) pouvant nuire à la confidentialité des informations. Nous nous étions également rendu compte que l'ajout de cette étape après la fin de la consultation pouvait créer un nouveau temps d'attente post consultation pour les patients si la secrétaire n'était pas disponible immédiatement pour prendre leurs coordonnées, augmentant le risque qu'ils renoncent finalement à prendre part à l'étude. Par ailleurs cela représentait une charge de travail supplémentaire pour les secrétaires du service qui aurait pu être difficile à gérer selon l'activité du jour.

Nous avons donc décidé de revenir sur ce point en faisant réaliser le recueil des coordonnées par le médecin en charge de la consultation à l'issue de celle-ci. Cette décision avait également pour résultat de limiter le nombre d'intervenants manipulant la table des correspondances. Les médecins étaient donc les seuls à implémenter la table avec les noms et coordonnées des patients acceptant de participer à l'étude dans un fichier unique utilisant différentes feuilles de calcul pour les deux branches de l'étude. Le médecin ayant réalisé les consultations se chargeait ensuite, à la fin de la journée ou de la demi-journée, de reporter les adresses sur les enveloppes contenant le questionnaire, la lettre d'information et l'enveloppe retour pour la branche papier. Nous avons mis en place un système simple d'agenda à intercalaire pour permettre au médecin de déposer les enveloppes ainsi préparées de façon à ce que les secrétaires puissent réaliser l'envoi à la date prévue sans avoir besoin de consulter la table de correspondance. Leur seule intervention sur le fichier consistait à reporter la date de réponse lors de la réception d'un questionnaire papier retourné par un patient. Le médecin était chargé de s'assurer que celle-ci a bien été reçue et de prévoir le rappel à 15 jours en absence de

réponse. Il devait également préparer l'enveloppe contenant le questionnaire re test après réception d'une réponse.

Concernant le rappel, il avait été décidé de ne pas ré imprimer et renvoyer le questionnaire et l'enveloppe pré affranchie mais simplement la lettre d'information avec la mention rappel. Nous avons supposé que les patients non répondants à 15 jours disposaient toujours chez eux du questionnaire et de l'enveloppe mais n'avaient pas pris le temps de répondre. Dans le cas contraire le fait d'avoir jeté le premier courrier pouvait être interprété comme une décision de retrait de l'étude.

Concernant le test de validité contre critère externe, il consistait, en la comparaison du score global issu de l'ensemble des réponses au questionnaire avec un indicateur de satisfaction global. Le patient devait donc répondre à la question « *Globalement, êtes-vous satisfait(e) de votre prise en charge dans le service de victimologie du CHU de Clermont-Ferrand ?* » sur une échelle de 5 réponses allant de « *Très satisfait(e)* » à « *Très insatisfait(e)* ». Cette question ne faisait par définition pas partie des items du questionnaire et ne sera pas présente sur la version définitive une fois celui-ci validé. Suite à un oubli, elle n'avait pas été rajoutée sur les questionnaires à l'initiation de l'étude. Elle a été rajoutée depuis sur les questionnaires papier qui ont pu être ré imprimés et sur le masque de saisie du logiciel REDCAP. Toutefois l'étude de ce critère de validité externe ne pourra pas être réalisée sur les premières réponses recueillies.

En ce qui concerne la gestion des envois électroniques, ceux-ci étaient générés automatiquement par le logiciel REDCAP une fois les adresses mails et date du premier envoi configuré par un des investigateurs. Celui-ci récupérait de façon itératives les adresses mails référencées dans la table des correspondances par les médecins du service afin de configurer les envois.

Enfin, afin de s'assurer de la représentativité de l'échantillon, le recrutement étant consécutif, le protocole envisageait la tenue d'une liste de tous les patients éligibles afin de permettre une vérification *a posteriori*. Des contraintes géographiques n'ont pas permis la tenue de cette liste au fil de l'étude. Celle-ci sera réalisée par l'investigateur de façon rétrospective pour la période déjà écoulée

puis de façon prospective pour la suite de l'étude jusqu'à ce que nous ayons atteint le nombre de sujets nécessaires.

Les patients avaient été informés de façon complète et loyale, en des termes compréhensibles, des objectifs de l'étude et de la nature des informations recueillies, et de leur droit de s'opposer à tout moment à l'exploitation des données recueillies. L'investigateur devait également informer les sujets de l'avis rendu par le Comité de Protection des Personnes. Toutes ces informations figuraient sur un formulaire d'information remis au patient. La non-opposition du patient était recueillie par l'investigateur. Ce document (Cf. Annexe I) était approuvé par le Comité de Protection des Personnes et était à utiliser pour l'étude concernée, à l'exclusion de tout autre document. Deux exemplaires originaux étaient cosignés par le médecin investigateur et le patient. Un exemplaire était remis au patient, le second exemplaire était conservé dans le dossier médical du patient.

2.4 Questionnaire

Pour la réalisation de notre questionnaire, nous étions passés par une étape qualitative de recueil des déterminants de la satisfaction, via 15 entretiens semi directifs (atteinte de la saturation des données)⁽³¹⁾. Le sujet de la satisfaction des victimes en consultation n'ayant été que très peu abordé dans la littérature, cette étape qualitative était méthodologiquement essentielle pour faire un premier état des lieux et cerner les composants de la satisfaction de ces patients. Elle avait permis de préciser les informations à recueillir et leurs modalités d'expression. Le vocabulaire utilisé par les enquêtés avait permis de retenir les énoncés et les mots clés les plus employés. Ce travail avait permis de mettre en avant plusieurs thématiques : le délai entre les faits et la consultation (que les patients souhaitaient le plus bref possible par peur que les lésions ne disparaissent ou ne s'atténuent), la qualité de l'accueil dans le service, la capacité du médecin à faire preuve d'écoute vis-à-vis du patient, à le mettre en confiance et à répondre à ses questions, sa qualité d'expert apportant un point de vue neutre et enfin l'articulation d'une prise en charge psychologique au décours de la consultation médicale.

Dans un second temps, la conception du questionnaire avait pu débuter. Elle avait été réalisée par deux investigateurs différents, selon une méthodologie validée : élaboration des questions à partir de l'exploitation des entretiens, choix des modalités de réponse, soumission à un groupe d'expert pour validation de contenu (médecins légistes du CHU et acteurs en santé publique formés à la conception de questionnaires). Notre questionnaire était basé sur la même échelle de satisfaction que le QSH, à plusieurs modalités croissantes, un classement en dimensions, et la même mise en page. Une réponse « non concerné », jugée indispensable au vu du contexte, avait été d'abord proposée sur certains items uniquement puis ajoutée pour chaque question à la suite des retours des prétests. L'exploitation des entretiens avait abouti à une liste de 41 questions. Un en-tête expliquait à la victime le but du questionnaire. Une première question permettait de s'assurer que la victime avait rempli le questionnaire elle-même. Les questionnaires remplis par des proches avaient été écartés des analyses. Deux questions relatives à la situation de la victime étaient posées : son sexe et le type de violence qui l'avait conduite dans le service, les possibilités étant : violences intra familiales, conjugales, entre personnes sans lien de parenté, sexuelles, au travail, accident de la voie publique, accident du travail, ou autres violences. Ces données avaient été déterminées comme étant les plus pertinentes pour les analyses ultérieures. Le questionnaire suivait le cheminement de la prise en charge des victimes dans le service : prise de rendez-vous, arrivée dans le service, prise en charge médicale. Un espace de commentaire libre était laissé à la fin du questionnaire pour les remarques éventuelles, qui pourront être analysées qualitativement.

2.5 Analyse statistique

Notre critère d'évaluation principal était la validation des propriétés métrologiques du questionnaire. A savoir son acceptabilité, la validité de sa structure interne, la validité de sa structure contre critère externe et sa reproductibilité.

Une acceptabilité du questionnaire était considérée comme satisfaisante si le taux de remplissage complet du questionnaire et les taux de réponse à chacun des items étaient supérieurs à

85%. La présence d'effet plafond ou plancher (ceiling/floor effect) était recherchée afin de vérifier que l'outil était bien adapté à la population cible. Nous avons recherché à savoir si les items du questionnaire étaient discriminants. Pour chaque sous-échelle (ou dimension), le pourcentage de patients avec la modalité de réponse la plus élevée et le pourcentage de patients avec la modalité de réponse la plus faible étaient calculés.

La validité de structure interne du questionnaire était appréciée par une analyse factorielle exploratoire à la recherche de sous-échelles. Nous avons vérifié la consistance interne de chacune des sous-échelles du questionnaire par le calcul du coefficient α de Cronbach. Un coefficient α compris entre 0,70 et 0,90 était considérée comme acceptable pour chaque dimension. Les corrélations items-dimensions et inter-dimensions étaient estimées par des coefficients de corrélation de Spearman. La validité de structure était également recherchée en calculant les coefficients de corrélation de Spearman entre différentes sous-échelles du questionnaire.

La validité de structure contre critère externe du questionnaire était recherchée en comparant les scores de satisfaction aux différentes sous-échelles du questionnaire selon la réponse à l'item « Globalement, êtes-vous satisfaits de votre prise en charge dans le service de ». Des tests de Student (ou tests de comparaison de moyennes non paramétriques de Mann-Whitney en cas de variables non gaussiennes) pour comparer les variables quantitatives (scores de satisfaction) entre groupes étaient réalisés.

La reproductibilité (stabilité des scores au cours du temps chez un même individu, à des temps différents) était appréciée par « test-retest » chez un même individu. La période entre le test et le retest était de 15 jours. Des coefficients Kappa de Cohen pour les items et des coefficients de corrélation intra-classe (ICC) pour chaque sous-échelle étaient calculés. Des valeurs supérieures à 0,70 étaient attendues.

Les données manquantes et invalides étaient traitées comme des données manquantes et exclues des analyses.

2.5.1 Sujets nécessaires

Nous avons déterminé le nombre de sujets nécessaires pour une validité raisonnable des résultats de l'analyse factorielle exploratoire des items du questionnaire, en accord avec les recommandations de Terwee et al⁽²⁶⁾. Le nombre minimum de sujets était fonction du nombre d'items composant ce domaine, soit 5 sujets / item = $5 \times 41 = 205$. En tenant compte qu'environ 90% des patients allaient remplir tous les items, le nombre de sujets nécessaires était ainsi fixé à 230 pour chacun des deux modes de remplissage : voie postale et voie électronique.

Par ailleurs, 50 sujets étaient nécessaires pour étudier la reproductibilité du questionnaire ⁽²⁶⁾. En estimant le taux de réponse à 60%, 85 patients devaient être sollicités pour participer au test-retest. Un 2ème envoi du questionnaire de satisfaction à valider à ces patients avait lieu 15 jours plus tard (principe du retest).

Le nombre de sujet nécessaire est de 230 par branche. Le taux de participation avait été estimé de 50 à 80% sur la base de ce qui est habituellement observé dans les enquêtes de satisfaction, le fait de s'intéresser au ressenti des patients ayant pour effet de susciter leur intérêt. En considérant que la fréquentation moyenne du service de victimologie adulte était de 140 consultations par mois (moyenne année 2016), une durée d'étude de respectivement 7 mois et 4 mois avait été estimée comme nécessaire pour atteindre le nombre de sujets requis dans chaque groupe (voie postale et voie électronique).

2.5.2 Collecte et saisie des données

Les données de réponse au questionnaire étaient collectées sur le logiciel REDCAP. Elles étaient saisies directement par le répondant dans le cas de la branche informatique. Le patient n'avait qu'à suivre le lien hypertexte généré et envoyé par mail par le logiciel pour accéder au masque de saisie lié à son questionnaire. Les données étaient directement enregistrées dans la base de données et liées à son numéro de questionnaire attribué lors de l'inclusion sans nécessité d'intervention d'un opérateur. Le logiciel se chargeait également de générer et d'envoyer 15 jours après la réponse un lien

vers le questionnaire de retest dont les données étaient ensuite enregistrées de la même façon, également liées à l'identifiant de ce patient. En ce qui concerne la branche papier, une seconde base de données indépendante avait été créée sur REDCAP et l'investigateur avait cette fois la charge de saisir manuellement via le même masque de saisie les réponses en veillant à la correspondance entre les données saisies et le numéro d'identification du questionnaire. La saisie des retests se faisait de la même façon avec l'utilisation d'une numérotation permettant d'identifier les questionnaires correspondant à un même patient. Par exemple, le patient ayant répondu au questionnaire P005 recevait pour son retest le questionnaire RP005.

Deux bases de données indépendantes (une pour chaque branche) étaient ainsi générées via le logiciel REDCAP et ensuite analysées par une équipe de statisticiens du service de santé publique du CHU de Clermont-Ferrand.

2.6 Considérations éthiques

Cette étude étant un projet de recherche impliquant la personne humaine de catégorie 3, il était nécessaire avant sa mise en place d'obtenir l'accord d'un CPP. Il était prévu de soumettre le protocole pour un examen auprès d'un CPP en février 2018 afin d'avoir un délai suffisant pour qu'il puisse être validé avant le mois de juin 2018, qui était la date prévue de début des inclusions. Compte tenu des délais qui étaient considérés comme nécessaires pour permettre l'inclusion des sujets et du temps d'analyse, la date de fin de l'étude était prévue pour juin 2019.

2.6.1 CPP

Le protocole, le formulaire d'information et de non-opposition ainsi que le cahier d'observation de l'étude ont été soumis pour avis au Comité de Protection des Personnes Ile de France VII. Celui-ci avait procédé à son examen le 7 mars 2018 et avait alors formulé plusieurs remarques et questions. Celles-ci avaient été prises en compte et nous avons pu proposer une nouvelle version du

protocole qui avait été examinée le 4 avril 2018. Le CPP avait alors délivré un avis favorable sans restriction (ID-RDCB : 2018-A00203-52).

Le résumé de l'étude et l'avis favorable du CPP avaient été adressés pour information par le Promoteur à l'ANSM avant le début de l'étude, conformément aux textes régissant les recherches impliquant la personne humaine de catégorie 3.

2.6.2 CNIL

Cette étude entrait dans le cadre de la « Méthodologie de Référence » (MR-003) en application des dispositions de la loi du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Ce changement avait été homologué par décision du 5 janvier 2006. Le CHU de Clermont-Ferrand, promoteur de l'étude, avait signé un engagement de conformité à cette « Méthodologie de Référence » en date du 18/11/2016.

3 Résultats préliminaires en date du 1^{er} octobre 2018

Sur une période d'inclusion de 103 jours (du 20 juin 2018 au 1^{er} octobre 2018), 578 patients ont été vus en consultation. La participation à cette étude a été proposée à toutes les patientes et tous les patients remplissant les critères d'inclusion et ne présentant pas de critère d'exclusion. Sur l'ensemble de ces patients, 129 ont souhaité être inclus dans la branche « informatisé » de l'étude et 58 dans la branche « papier » soit un taux de participation de 32,35%. Sur l'ensemble de ces inclusions, en date du 1^{er} octobre 2018, 119 patients ont reçu le questionnaire par voie informatique et 55 par voie postale, les derniers inclus ayant réalisé leur consultation moins de 15 jours avant cette date. Pour la branche informatisée, les réponses reçues sont au nombre de 39, ce qui représente un taux de réponse de 32,77%. Pour la branche papier, les réponses reçues sont au nombre de 17, ce qui représente un taux de réponse de 30,91%. Concernant les retest, nous avons reçu 12 réponses pour la branche informatisée et aucune pour la branche papier.

Les réponses recueillies au 1^{er} octobre 2018 ne permettent pas de réaliser une analyse, même partielle, concernant le critère de jugement principal, à savoir la validité des propriétés métrologiques du questionnaire. Il est nécessaire pour cela d'atteindre un nombre d'inclusions et de réponses plus élevé.

4 Discussion

4.1 Résultats principaux

Comme expliqué précédemment, l'étude est en cours et la phase d'inclusion se poursuit, le nombre de sujets nécessaires n'ayant pas encore été atteint. Il n'est donc pas possible à l'heure actuelle d'obtenir des résultats concernant le critère de jugement principal.

Comme évoqué en introduction, la victimologie clinique est une discipline médicale qui présente plusieurs aspects particuliers. En premier lieu celui de ne pas être une pratique de soin. Le rôle du médecin légiste au décours de la consultation n'est pas de soigner la victime mais de réaliser un constat neutre des lésions et des symptômes d'un retentissement psychologique des faits. Les victimes ne reçoivent donc pas de soin, pas de prescription et ne repartent pas non plus avec le certificat produit puisque celui-ci est adressé directement à l'autorité requérante. L'intérêt et le bénéfice pour eux peut donc ne pas leur apparaître de façon évidente, en particulier en l'absence d'explications suffisantes. Par ailleurs nous avons également évoqué en introduction le contexte psychologique très particulier dans lequel se trouvent les patients lorsqu'ils sont adressés dans notre service. Ils sont généralement, à des degrés variables, en proie à cette période de stress aiguë qui suit le traumatisme et ne sont donc pas dans des dispositions d'esprit « habituelles ». Leur proposer, en marge de cette consultation, une évaluation de leur satisfaction alors qu'ils sont focalisés sur les conséquences judiciaires ou au contraire en demande de « se débarrasser de cette histoire » et ne plus en parler peut paraître incongru à certains patients. Enfin les patients ne seront normalement pas amenés à être revus dans le service pour une consultation médicale. Leur sentiment d'implication est donc moindre par rapport à un patient vu en consultation plusieurs fois par an par un spécialiste pour le suivi d'une pathologie chronique. L'ensemble de ces raisons peuvent expliquer un taux de participation moins important que celui observé habituellement pour ce type de questionnaires de satisfaction lorsqu'ils sont proposés dans un contexte de soins plus classique.

4.2 Forces et limites de l'étude

L'étude est présentée après la consultation afin de ne pas influencer l'opinion du patient sur son déroulement.

Le questionnaire s'est basé sur un questionnaire de satisfaction général hospitalier validé⁽³²⁾, utilisé pendant plusieurs années au CHU de Clermont-Ferrand, le QSH, afin de s'assurer que la forme est adaptée à ce type d'outil et qu'aucune erreur de conception ou de mise en page ne gêne sa compréhension et son remplissage par les patients.

Notre questionnaire a été adapté au service de médecine légale après recueil des déterminants de la satisfaction des victimes lors d'une étude qualitative par entretiens semi directif⁽³¹⁾. Il a ensuite subi une étape de pré test (vérification de la compréhension des questions, acceptabilité du temps de remplissage, exhaustivité du questionnaire...) à la suite duquel les modifications nécessaires ont été réalisées. Cette étape avait pour but d'améliorer sa compréhension.

Pour éviter tout biais d'information, les questionnaires exploités seront uniquement ceux remplis par le patient lui-même (cf Annexe II, première question).

Le recrutement étant consécutif, une liste de tous les patients possiblement éligibles (avec données démographiques), sera tenue, afin de vérifier *a posteriori* la représentativité de l'échantillon.

La participation à cette étude nécessite de la part des patients qu'ils disposent des ressources matérielles nécessaires (accès internet, boîte mail, adresse postale...). De ce fait la question peut se poser de savoir s'il existe une limite dans le processus d'inclusion des sujets amenant à une sous-représentation des patients issus de milieux défavorisés. Ce phénomène peut amener à une évaluation biaisée de l'accessibilité (ou la compréhension) du questionnaire pour ce type de patients. Ce paramètre est un élément important parmi ceux que doit tester cette étude puisqu'une mauvaise compréhension du questionnaire par les patients amènerait à une problématique de validité des réponses apportées.

Les personnes victimes qui viennent en consultation à l'UMJ ne sont pas toujours dans la possibilité de recevoir le questionnaire par voie postale (violences conjugales et intrafamiliale par exemple) aussi ne valider que le format papier conduirait à un biais de sélection lors de son utilisation future pour évaluer la satisfaction des patients. Deux formats, électronique et papier seront donc évalués afin de disposer des outils adaptés à la mesure de la satisfaction de l'ensemble des victimes consultant à l'UMJ. Par ailleurs, le courrier électronique est un moyen de plus en plus utilisé pour le recueil de la satisfaction, toute population confondue (rapide, simple, écologique).

Par ailleurs il existe une inégalité certaine dans la répartition des patients entre les deux branches puisque le choix leur est laissé concernant la modalité de remplissage du questionnaire et l'on constate un plus fort taux d'inclusion dans la branche informatique. La comparaison a posteriori des données démographiques des deux groupes permettra de savoir si ce phénomène a engendré des différences significatives. Cela ne devrait cependant pas gêner à la validation des propriétés métrologiques de l'outil.

Le fait de mettre en place cette étude qui va amener les patients à évaluer la consultation peut inciter les médecins à modifier leur pratique en cherchant à être « plus performants » sur les points de satisfaction qu'habituellement. Cela pourrait avoir un impact si l'étude visait à évaluer la qualité des consultations et le niveau de satisfaction des patients mais ne devrait pas avoir de conséquences sur l'évaluation des propriétés métrologiques.

Enfin on peut se poser la question d'une limite de sélection poussant les patients particulièrement satisfaits ou, au contraire, mécontents à s'exprimer plus que les autres via ce questionnaire.

4.3 Perspectives

Une fois l'inclusion terminée, l'analyse des questionnaires de satisfaction pourra débuter en vue de sa validation. L'objectif de cette validation est de posséder dans le service un outil nouveau

d'amélioration durable et efficace de la qualité des soins et donc de la prise en charge des patients du service, et ce, sur le long terme. Mieux connaître le ressenti, et les opinions des victimes sur le déroulement de leur consultation permet une meilleure prise en compte de la dimension humaine, et une prise en charge par le service davantage en adéquation.

Une fois validé, ce questionnaire pourra donc être institutionnalisé, et mis en place dans le service de manière pérenne. La distribution des questionnaires pourra être soit permanente (proposée à tous les patients tout au long de l'année), soit réalisée de manière ponctuelle durant une certaine période chaque année. Ce point sera décidé en staff après validation du questionnaire. Avec cet outil, les points de satisfaction et d'insatisfaction des patients dans leur prise en charge pourront être repérés et évalués. Un retour de résultats à l'ensemble du service sera réalisé en staff avec discussion et mise en place d'actions d'amélioration concrètes et ciblées (amélioration de l'accès au service, de l'accueil, des conditions d'attente, de prise en charge médicale, ajout d'informations...). Au long terme une comparaison pourra être faite année par année et permettra d'évaluer les retombées des mesures d'amélioration mise en place.

En l'absence de tout outil comparable dans le domaine de la victimologie, nous proposerons ce travail pour une publication scientifique. Nous espérons ainsi pouvoir proposer un outil validé utilisable par d'autres services ayant la même activité ou pouvant servir de base à la création de nouveaux questionnaires dans ce domaine afin d'ouvrir la porte à l'évaluation des prises en charge en victimologie. Une telle approche sera enrichissante afin de nourrir les réflexions sur le fonctionnement de la Médecine Légale en France et les améliorations envisageable dans le cadre du suivi de la réforme.

La transposition de ce questionnaire de satisfaction dans d'autres UMJ, notamment celles accueillant indifféremment majeurs et mineurs pourrait donc nécessiter au préalable une nouvelle démarche de validation auprès de la population des patients mineurs.

Nous avons constaté durant ces premiers mois d'inclusion une tendance des patients à choisir préférentiellement de remplir le questionnaire sous sa forme informatisée. Cette solution permet en effet un remplissage plus rapide et simplifie les choses en remplaçant la démarche de renvoi du

questionnaire par un simple clic. A l'époque actuelle où la majorité des gens utilisent les nouvelles technologies de l'information et de la communication, cette constatation n'est pas très surprenante. La tendance actuelle est en effet à l'informatisation de ce type de questionnaires. Une hypothèse pour expliquer ce différentiel pourrait être un effet générationnel avec une préférence pour le format numérique des patients d'âge actif qui représentent une part importante des consultants. Cette hypothèse n'est pour le moment pas vérifiable en raison des inclusions insuffisantes dans la branche papier mais pourra être testée lorsque nous aurons des effectifs plus importants après la récupération des données démographiques qui sera nécessaire au contrôle de la représentativité de l'échantillon. Si cette tendance se poursuit, le nombre de sujets nécessaires sera atteint pour la branche informatisée plusieurs mois avant la branche papier. La question pourra donc se poser, en fonction du nombre d'inclusions manquante et du taux de réponse constaté dans cette branche, de poursuivre ou non les inclusions pour cette branche. Au vu des taux d'inclusion actuels, on peut estimer à environ 6 mois supplémentaires le délai nécessaire pour terminer les inclusions de la branche papier après avoir atteint le nombre de sujets nécessaires pour la branche informatique. Le principal argument pour un abandon des inclusions s'il vient à être discuté serait de considérer que face à un si faible taux de sollicitation du format papier durant l'étude, il est probable que ce format ne soit finalement pas, ou très peu, sollicité à l'avenir par les patients lorsque le questionnaire validé leur sera proposé.

A contrario on peut argumenter que l'abandon du format papier peut mener à une sélection des profils de patients qui répondront plus tard à notre questionnaire en les privant d'alternative au mail. Cela peut limiter le taux de réponse parmi les personnes n'ayant pas d'accès internet fixe ou parmi les patients les plus âgés et nuire à la représentativité des réponses obtenues. La validation de ce format est donc un enjeu tout aussi important que celui du format informatique pour garantir une meilleure adaptabilité de l'outil lors de futures campagnes d'évaluation de la satisfaction des patients reçus dans le service.

5 Conclusion

L'exposition à un événement violent quel qu'il soit est un facteur de stress intense pour celui qui en est victime et peut conduire dans de nombreux cas à un traumatisme du psychisme plus ou moins grave. La façon dont sont traitées ces victimes dans les suites de l'événement a une influence capitale dans leur gestion de ce stress et l'évolution de leur psychisme en réaction aux événements. Les pouvoirs publics ont depuis plusieurs années compris l'importance de l'impact des phénomènes de victimisation secondaire et l'importance de leur prévention afin de contrôler l'ampleur des conséquences des violences sur les individus et au sein de la société. Une réelle politique publique d'amélioration de la prise en charge des victimes d'infractions a été mise en place avec des formations et des directives à l'adresse des acteurs du monde judiciaire qui interagissent avec les victimes.

En ce qui concerne les médecins amenés à prendre en charge ces victimes, peu d'actions ont été menées pour évaluer et tenter d'améliorer les pratiques sur ce volet spécifique. Les recommandations de l'HAS dans ce domaine se cantonnent pour l'heure à des indications de rédaction du certificat. Le médecin étant supposé par nature baigné d'une culture de bienveillance à l'égard du patient, la question de définir des règles de bonnes pratiques dans la prise en charge des victimes de violences ne semble pas se poser en dehors de la survenue d'actes d'une particulière gravité comme les attentats ou les catastrophes (naturelles, industrielles, chimiques). Pour ces derniers cas de figure, les Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques (CUMP), créées en 1995 et travaillant en étroite collaboration avec les acteurs de terrain du SAMU assurent une prise en charge des victimes. Pourtant ces événements ne sont ni les seuls ni les principaux pourvoyeurs de psycho traumatisme. Les violences « banales », les violences du quotidien, de par leur prévalence ont un impact majeur sur la société. Dans ces cas, la consultation avec le médecin légiste est souvent le seul moment du parcours de la victime où une évaluation plus ou moins poussée des conséquences psychiques et une orientation vers une prise en charge adaptée peuvent être réalisés. Le bon déroulement de cette consultation est donc primordial, d'une part pour permettre cette évaluation et cette orientation et d'autre part pour ne pas rajouter une autre expérience négative au vécu traumatique de la victime.

Si la réforme de la médecine légale de 2010 affichait parmi ses objectifs l'amélioration des pratiques en thanatologie et en victimologie, son principal but restait une restructuration et une pérennisation du model financier. Son évaluation, dont le rapport a été rendu en janvier 2014, concluait à des améliorations incontestables du standard de qualité en ce qui concerne les autopsies. En revanche les résultats étaient plus mitigés en ce qui concerne la médecine légale du sujet vivant avec des progrès dans l'examen des victimes mais la persistance de grandes disparités entre les différentes structures hospitalière dédiées. Ce rapport regrette également l'absence d'outils de mesure et d'analyse afin de comprendre ces disparités et de les corriger.

Par ailleurs la prise en compte de la satisfaction du patient est plus que jamais au cœur de l'actualité médicale avec l'annonce le 18 Septembre 2018 du plan « *Ma Santé 2022* » par le gouvernement qui prévoit notamment la prise en compte accrue des « *indicateurs d'expérience patient* » dans l'évaluation de la qualité et la pertinence des soins. Enfin, la création en 2017 d'un DES de spécialité « *Médecine Légale et Expertises Médicales* » va de facto entrainer une modification dans la formation des futurs praticiens de la discipline et la capacité à évaluer ses pratiques est un prérequis indispensable à toute démarche d'amélioration de la formation. Dans ce contexte, la création et la validation d'un questionnaire de satisfaction des patients pris en charge en consultation de victimologie nous apparait comme un axe d'étude enrichissant pour la discipline, ouvrant le champ à une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques.

La mise en place pratique du protocole de recherche tel que nous l'avions initialement imaginé s'est heurtée à plusieurs contraintes et difficultés ayant conduit à des adaptations mineures qui ont été évoquées en discussion. La principale modification apportée au protocole concerne l'implication des secrétaires qui a été diminuée avec le relevé des coordonnées et la préparation des enveloppes pour les envois postaux finalement gérés par le médecin qui réalise la consultation d'inclusion afin de ne pas multiplier les acteurs et de limiter le risque d'erreur dans la gestion des envois. Le taux d'inclusion est plus bas qu'espéré, nous conduisant à réévaluer à la hausse la durée de la période d'inclusion nécessaire pour atteindre le nombre de sujets nécessaires, en particulier en ce qui concerne le bras « questionnaire papier ». Compte tenu des taux constatés au 1^{er} octobre 2018, il faudra

compter 8 mois au total d'inclusion pour le bras informatisé et 15 mois pour le bras papier. Le taux de réponse est quant à lui correct, nous permettant d'espérer une validation du questionnaire avec le nombre de sujets prévus initialement. Les résultats finaux de cette étude seront soumis à publication afin de permettre la diffusion de cet outil et d'alimenter la réflexion au sein de la discipline sur l'évaluation et l'amélioration des pratiques en victimologie.

Clermont-Ferrand, le 12.10.18

Pierre CLAVELOU

Doyen - Directeur



Clermont-Ferrand, le 09.10.18

Le Président du Jury

6 Références bibliographiques

1. LIENEMANN M-N, MAGLIANO H, CALMETTES J. Pour une nouvelle politique publique d'aide aux victimes : rapport au Premier ministre. 1999 déc p. 230. (Collection des rapports officiels).
2. Ministère de la Justice. Circulaire relative à la politique pénale d'aide aux victimes d'infractions pénales. juill 13, 1998.
3. Krug EG, Weltgesundheitsorganisation, éditeurs. World report on violence and health. Geneva; 2002. 346 p.
4. Cavalin C. Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France en 2012 : synthèse de la troisième étude française de chiffrage. 2015;9.
5. Crocq L, Chidiac N. Traumatismes psychiques: prise en charge psychologique des victimes [Internet]. 2014 [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com.tlqprox.teluq.quebec.ca/science/book/9782294713811>
6. Morgan S. L'état de stress post-traumatique: diagnostic, prise en charge et réflexions sur les facteurs prédictifs. Paris: Mon Petit Éditeur; 2012.
7. Lebigot F. LE TRAUMATISME PSYCHIQUE. 2009;4.
8. Atain Kouadio-Zaffaroni C, Guillet-May F, Colas B, Martrille L. Enjeux symboliques et thérapeutiques de la rencontre du psychique et du judiciaire en médecine légale. Rev Médecine Légale. 1 sept 2014;5(3):100-4.
9. Damiani C. La réparation psychique. Médecine Droit. 1 janv 2010;2010(100):56-61.
10. Cario R. Introduction générale à la victimologie et à la réparation des victimes. Datatraitps37-58157 [Internet]. 6 juill 2011 [cité 12 oct 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/297829>
11. Précis de victimologie générale [Internet]. 2018 [cité 13 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/precis-victimologie-generale>
12. Circulaire du 28 décembre 2010 relative à la mise en oeuvre de la réforme de la médecine légale. BOMJL n° 2011-01 du 31 janvier 2011 déc 28, 2010.
13. Circulaire du 27 décembre 2010 relative à la mise en oeuvre de la réforme de la médecine légale. déc 27, 2010.
14. Haute Autorité de Santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences - Recommandations. 2011;32.
15. Guérant M, Leger S, Gerbaud L, Vendittelli F, Lemery D, Boyer B. Les certificats médicaux de victimes de violence: conformité aux recommandations. Rev Médecine Légale. 1 févr 2017;8(1):16-25.
16. SANSON G, BODON A, EMMANUELLI J, BARD C, BARTHET P, BEAU P, et al. Rapport sur l'évaluation du schéma d'organisation de la médecine légale. Inspection générale des services judiciaires; Inspection générale des finances; Inspection générale des affaires sociales; Inspection générale de l'administration; Inspection générale de la police nationale; Inspection générale de la gendarmerie nationale; 2014 oct. Report No.: 13074-13033-02.

17. Santé AN d'Accréditation et d'Évaluation en. La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé. Rev Litt Médicale Paris ANAES. 1996;
18. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 23 sept 1988;260(12):1743-8.
19. Bucquet D. L'indicateur de Santé Perceptuelle de Nottingham comme exemple d'instrument de mesure de la «Qualité de Vie liée à la Santé». Rev Médecine Interne. 1991;12:255–256.
20. Bucquet D. Qualité de vie, santé perceptuelle: définition, concept, évaluation. Éval Qual Vie Paris Masson Ed. 1993;1–8.
21. Leplège A, Coste J. Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie: méthodes et applications. De Boeck Secundair; 2002.
22. Haute Autorité de Santé. Manuel de Certification des établissements de Santé V2010. 2014.
23. LE GULUDEC D, CERETTI A-M, LYON-CAEN O, CARRICABURU J, FOUARD A, MOTYKA G, et al. Stratégie de transformation du Système de Santé. Rapport final : Inscire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 sept.
24. Bouletreau A, Chouanière D, Fontana JM. Concevoir, traduire et valider un questionnaire. A propos d'un exemple, EUROQUEST. INRS; 1999.
25. Aaronson N, Alonso J, Burnam A, Lorh K, Patrick D, Perrin E, et al. Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review criteria. 2002;13.
26. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. J Clin Epidemiol. janv 2007;60(1):34-42.
27. Mokkink LB, Terwee CB, Stratford PW, Alonso J, Patrick DL, Riphagen I, et al. Evaluation of the methodological quality of systematic reviews of health status measurement instruments. Qual Life Res. avr 2009;18(3):313-33.
28. Mokkink LB, Terwee CB, Knol DL, Stratford PW, Alonso J, Patrick DL, et al. The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: A clarification of its content. BMC Med Res Methodol [Internet]. déc 2010 [cité 28 sept 2018];10(1). Disponible sur: <http://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-10-22>
29. Jesús García de Yébenes Prous M, Salvanés FR, Ortells LC. Validation of questionnaires. Reumatol Clínica Engl Ed. janv 2009;5(4):171-7.
30. Romain-Glassey N, Gut M, Cathieni F, Hofner M-C, Mangin P. A satisfaction survey conducted on patients of a medico-legal consultation. J Forensic Leg Med. 1 mai 2011;18(4):158-61.
31. Guerant M. Analyse de la satisfaction des patients pris en charge par l'Unité Médico Judiciaire du CHU de Clermont-Ferrand A propos d'une étude qualitative. Université Clermont-Ferrand 1; 2016.
32. Antoniotti S, Baumstarck-Barrau K, Siméoni M-C, Sapin C, Labarère J, Gerbaud L, et al. Validation of a French hospitalized patients' satisfaction questionnaire: the QSH-45. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care. août 2009;21(4):243-52.



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION

Evaluation de la satisfaction des victimes de violences sur leur prise en charge par l'Unité

Médico Judiciaire du CHU de Clermont-Ferrand

➤ **Promoteur et gestionnaire des données**

C.H.U. de Clermont-Ferrand

58 Rue de Montalembert

63003 Clermont-Ferrand Cedex 1

➤ **Investigateur principal :**

Dr Baptiste BOYER, médecin légiste, praticien hospitalier, chef du Service de Médecine Légale,
Centre Hospitalo-Universitaire de Clermont-Ferrand, bboyer@chu-clermontferrand.fr, 04 73
75 49 00.

La satisfaction des patients est un volet primordial de la qualité des soins. Elle est inscrite par la Haute Autorité de Santé parmi les procédures à valider dans la démarche d'accréditation des hôpitaux.

La satisfaction des patients pris en charge en consultations de victimologie n'est pas évaluée dans les CHU français. Pourtant, ces consultations médico-juridique dont l'objectif est le constat des lésions sont susceptibles d'avoir un impact particulier sur les victimes. La prise en charge médico-légale étant une étape essentielle dans le parcours juridique, et une bonne compréhension et une adhésion du patient sont indispensables à une prise en charge de qualité, aussi bien pour la victime en tant que personne, que pour la procédure judiciaire en elle-même. Cette consultation peut être le point de départ d'un accompagnement aussi bien médical et psychologique, que juridique et social.

Cette étude a pour objectif la validation d'un questionnaire de mesure de la satisfaction des patients sur leur prise en charge en victimologie. Elle est systématiquement proposée à tous les patients consultant dans le service de victimologie du CHU de Clermont-Ferrand. Lorsque vous pouvez

être inclus et que vous acceptez de participer, votre participation consiste à remplir anonymement le questionnaire de satisfaction qui vous sera adressé selon vos préférences par voie postale ou par mail à l'adresse désignée dans un délai de 15 jours après la consultation. Il est possible que vous receviez ce même questionnaire une seconde fois, environ 15 jours après l'envoi du premier questionnaire. Nous vous demanderons de bien vouloir remplir à nouveau le questionnaire et de nous les retourner. Cette seconde passation est en effet indispensable à la validation de notre étude et à l'interprétation de nos résultats.

Paraphe du sujet

Votre participation à cette étude n'engendrera pour vous aucune modification par rapport à la prise en charge habituelle et aucun frais supplémentaire.

Toutefois, pour pouvoir participer à cette recherche vous devez être affilié(e) ou bénéficiaire d'un régime de sécurité sociale.

Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes *Ile de France VII* le 04/04/18. L'autorité compétente de santé est informée de sa mise en œuvre.

Dans le cadre de cette étude à laquelle le CHU de Clermont-Ferrand vous propose de participer, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats au regard de l'objectif de l'étude. A cette fin, les données vous concernant (réponses à l'auto-questionnaire, ne comportant aucune donnée médicales) seront transmises après anonymisation au Promoteur de la recherche ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte, en France ou à l'étranger. Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L. 1111-7 du code

de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Le fait de refuser de participer n'altère en rien la qualité des soins qui vous sont dispensés. De plus vous pouvez exercer à tout moment votre droit de retrait de cette recherche. **Le fait de ne plus participer à cette recherche ne modifiera pas la qualité des soins qui vous sont prodigués.** Vous pouvez demander à tout moment des explications complémentaires sur l'étude à l'équipe soignante.

Par ailleurs, vous pourrez être tenu informé des résultats globaux de cette étude à la fin de l'étude.

Lorsque vous aurez lu cette note d'information et obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant le médecin investigateur, vous avez la possibilité de vous opposer à participer à cette étude en le signalant au médecin. Vous pouvez vous rétracter à tout moment si vous changez d'avis y compris lors de la réception du questionnaire qui survient dans un délai d'au moins deux semaines.

Date :/...../.....

Signature du patient

Paraphe de l'investigateur

(Précédée de la mention « Lu et compris »)

Ce document est à réaliser en 2 exemplaires originaux, dont le premier doit être gardé 15 ans par l'investigateur, un autre remis à la personne donnant son consentement.

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES CONSULTATIONS DE VICTIMOLOGIE

Dans le but de mieux répondre à vos besoins, nous vous invitons à prendre quelques minutes pour nous commenter votre prise en charge dans le service de victimologie du CHU de Clermont-Ferrand, en remplissant l'enquête ci-dessous.

Cette enquête est totalement anonyme et les informations recueillies resteront confidentielles. Les questions qui suivent portent sur votre consultation de victimologie avec le médecin, telle que vous l'avez ressentie. Ces informations nous permettront de savoir comment vous percevez cette prise en charge afin de l'améliorer. Pour chaque question une seule case est à cocher, correspondant le plus à ce que vous pensez par rapport à ce que vous auriez souhaité. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation. Nous vous remercions par avance de votre participation.

J'ai rempli moi-même ce questionnaire :	Oui	<input type="checkbox"/>
	Oui, avec l'aide d'un proche (ou un tiers)	<input type="checkbox"/>
	Ce questionnaire a été rempli par un proche	<input type="checkbox"/>

Sexe :	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme
Type de violence vous ayant amené dans le service :	<input type="checkbox"/> Violences intra familiales <input type="checkbox"/> Violences conjugales (conjoint ou ex-conjoint) <input type="checkbox"/> Violences entre personnes sans lien de parenté <input type="checkbox"/> Violences sexuelles	<input type="checkbox"/> Violences au travail <input type="checkbox"/> Accident du travail <input type="checkbox"/> Accident de la voie publique (voiture, cycle, piéton...) <input type="checkbox"/> Autre :

PRISE DE RENDEZ-VOUS

Lorsque l'officier de police (ou moi-même) a appelé le service pour prendre rendez-vous avec le médecin ...	Extrêmement moins que souhaité	Beaucoup moins que souhaité	Un peu moins que souhaité	Comme souhaité	Mieux que souhaité	Non concerné
1- le délai d'obtention du rendez-vous était satisfaisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- mes contraintes personnelles ont été prises en compte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- les secrétaires ont été aimables et serviables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lorsque j'ai appelé le service pour prendre rendez-vous avec le psychologue...	Extrêmement moins que souhaité	Beaucoup moins que souhaité	Un peu moins que souhaité	Comme souhaité	Mieux que souhaité	Non concerné
4- le délai d'obtention du rendez-vous était satisfaisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- mes contraintes personnelles ont été prises en compte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- les secrétaires ont été aimables et serviables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ARRIVÉE DANS LE SERVICE

A mon arrivée dans le service ...	Extrêmement moins que souhaité	Beaucoup moins que souhaité	Un peu moins que souhaité	Comme souhaité	Mieux que souhaité	Non concerné
7- j'ai trouvé facilement le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- la secrétaire m'a rapidement pris(e) en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- la secrétaire m'a spontanément pris en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- la secrétaire m'a accueilli(e) chaleureusement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- le délai d'attente pour le rendez-vous a été court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRISE EN CHARGE MÉDICALE

(Toutes les questions suivantes concernent **uniquement votre consultation avec le médecin**)

Lors de la consultation, le médecin ...	Extrêmement moins que souhaité	Beaucoup moins que souhaité	Un peu moins que souhaité	Comme souhaité	Mieux que souhaité	Non concerné
12- s'est présenté (nom et fonction)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- m'a expliqué les raisons de la consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- a apporté un avis professionnel neutre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- m'a considéré comme une personne à part entière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- a proposé de m'orienter vers d'autres professionnels (psychologue, juriste...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- a pris en compte mes proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sur le plan <u>physique</u>, le médecin ...	Extrêmement moins que souhaité	Beaucoup moins que souhaité	Un peu moins que souhaité	Comme souhaité	Mieux que souhaité	Non concerné
18- a pris en compte mes blessures physiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- a pris le temps de me donner des explications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20- m'a donné des informations claires et compréhensibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21- m'a mis(e) en confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22- a répondu à mes questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23- a pris suffisamment de temps pour échanger avec moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24- m'a rassuré(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25- a respecté ma pudeur, mon intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sur le plan <u>psychologique</u>, le médecin ...	Extrêmement moins que souhaité	Beaucoup moins que souhaité	Un peu moins que souhaité	Comme souhaité	Mieux que souhaité	Non concerné
26- a pris en compte l'impact psychologique des violences / de l'accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27- a pris le temps de me donner des explications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28- m'a donné des informations claires et compréhensibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29- m'a mis(e) en confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30- a répondu à mes questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sur le plan <u>psychologique</u>, le médecin ...	Extrêmement moins que souhaité	Beaucoup moins que souhaité	Un peu moins que souhaité	Comme souhaité	Mieux que souhaité	Non concerné
31- a pris suffisamment de temps pour échanger avec moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32- m'a rassuré(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sur le plan <u>juridique</u>, le médecin ...	Extrêmement moins que souhaité	Beaucoup moins que souhaité	Un peu moins que souhaité	Comme souhaité	Mieux que souhaité	Non concerné
33- a pris le temps de me donner des explications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34- m'a donné des informations claires et compréhensibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35- a répondu à mes questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36- a pris suffisamment de temps pour échanger avec moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37- m'a rassuré(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D'une manière générale...	Extrêmement moins que souhaité	Beaucoup moins que souhaité	Un peu moins que souhaité	Comme souhaité	Mieux que souhaité	Non concerné
38- la durée de la consultation avec le médecin était adaptée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39- la consultation avec le médecin m'a apporté un avis spécialisé utile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D'une manière générale...	Extrêmement moins que souhaité	Beaucoup moins que souhaité	Un peu moins que souhaité	Comme souhaité	Mieux que souhaité	Non concerné
40- j'ai senti que je pouvais rappeler le service en cas de besoin (informations complémentaires, rendez-vous psychologue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41- la consultation avec le médecin m'a conforté dans ma démarche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Globalement, êtes-vous satisfait(e) de votre prise en charge dans le service de victimologie du CHU de Clermont-Ferrand ?

- Très satisfait(e)
- Assez satisfait(e)
- Moyennement satisfait(e)
- Assez insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

Y-a-t-il des domaines qui vous paraissent importants et qui n'ont pas été abordés dans ce questionnaire ? Si oui, lesquels ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LETTRE D'INFORMATION TEST (voie postale)

Madame, Monsieur,

Le service de médecine légale du CHU de Clermont-Ferrand réalise une étude consacrée à la satisfaction des patients pris en charge en consultation dans le service de médecine légale.

Vous avez accepté de participer à cette enquête et de recevoir le questionnaire par voie postale lors de votre consultation dans le service.

Nous vous demandons donc de bien vouloir remplir le questionnaire de satisfaction ci-joint et de nous le retourner, dès que possible, à l'aide de l'enveloppe déjà affranchie jointe à cet envoi. Merci de bien vérifier que vous avez répondu à chacune des questions. Votre prise en charge ne sera pas modifiée si vous décidez de ne pas remplir ce questionnaire. Si vous faites partie des premiers patients à prendre part à l'étude, vous recevrez de nouveau le même questionnaire 15 jours après l'envoi du premier. Nous vous demanderons de remplir à nouveau le questionnaire et de nous le retourner (cette phase de l'étude est indispensable pour valider notre questionnaire de satisfaction) »

Si vous le souhaitez, vous pouvez obtenir des renseignements complémentaires par téléphone ou par e-mail auprès du Dr Baptiste BOYER, investigateur principal de l'enquête (04. 73. 75. 49. 00.) ou par e-mail (bboyer@chu-clermontferrand.fr). Nous vous rappelons que cette étude est strictement anonyme. Toutes les données vous concernant resteront confidentielles.

Vous pourrez être informé, si vous le souhaitez, des résultats globaux de la recherche à la fin de l'étude, en vous adressant au 7, place Henri Dunant, 63000 Clermont-Ferrand.

Nous vous remercions vivement pour votre participation. Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de toute notre considération.

Dr Baptiste BOYER

LETTRE D'INFORMATION TEST (voie informatique)

Madame, Monsieur,

Le service de médecine légale du CHU de Clermont-Ferrand réalise une étude consacrée à la satisfaction des patients pris en charge en consultation dans le service de médecine légale.

Vous avez accepté de participer à cette enquête et de recevoir le questionnaire par voie électronique lors de votre consultation dans le service.

Nous vous demandons donc de bien vouloir remplir le questionnaire de satisfaction en suivant le lien ci-dessous. Merci de bien vérifier que vous avez répondu à chacune des questions. Votre prise en charge ne sera pas modifiée si vous décidez de ne pas remplir ce questionnaire. Si vous faites partie des premiers patients à prendre part à l'étude, vous recevrez de nouveau le même questionnaire 15 jours après l'envoi du premier. Nous vous demanderons de remplir à nouveau le questionnaire en ligne (cette phase de l'étude est indispensable pour valider notre questionnaire de satisfaction).

Si vous le souhaitez, vous pouvez obtenir des renseignements complémentaires par téléphone ou par e-mail auprès du Dr Baptiste BOYER, investigateur principal de l'enquête (04. 73. 75. 49. 00.) ou par e-mail (bboyer@chu-clermontferrand.fr). Nous vous rappelons que cette étude est strictement anonyme. Toutes les données vous concernant resteront confidentielles.

Vous pourrez être informé, si vous le souhaitez, des résultats globaux de la recherche à la fin de l'étude, en vous adressant au 7, place Henri Dunant, 63000 Clermont-Ferrand.

Nous vous remercions vivement pour votre participation. Nous vous prions d'agrèer, Madame, l'expression de toute notre considération.

Dr Baptiste BOYER

LETTRE D'INFORMATION RE-TEST (voie postale)

Madame, Monsieur,

Le service de médecine légale du CHU de Clermont-Ferrand réalise une étude consacrée à la satisfaction des patients pris en charge en consultation dans le service de médecine légale.

Vous avez accepté de participer à cette enquête ayant pour objectif de valider la version écrite/électronique d'un questionnaire de satisfaction des patients.

D'un point de vue pratique, vous avez déjà complété une première fois un questionnaire adressé par voie postale/électronique il y a deux semaines environ. Nous vous remercions de cette première participation. Comme il vous a été mentionné lors de ce premier remplissage, vous recevez aujourd'hui une nouvelle fois le questionnaire de satisfaction à remplir.

Nous vous demandons donc de bien vouloir à nouveau remplir le questionnaire de satisfaction ci-joint et de nous le retourner, dès que possible, à l'aide de l'enveloppe déjà affranchie jointe à cet envoi/et de valider son envoi par voie électronique. Votre prise en charge ne sera pas modifiée si vous décidez de ne pas remplir à nouveau ce questionnaire. Cette seconde passation est toutefois indispensable à la validation de notre étude et à l'interprétation de nos résultats.

Si vous le souhaitez, vous pouvez obtenir des renseignements complémentaires par téléphone ou par e-mail auprès du Dr Baptiste BOYER, investigateur principal de l'enquête (04. 73. 75. 49. 00.) ou par e-mail (bboyer@chu-clermontferrand.fr). Nous vous rappelons que cette étude est strictement anonyme.

Vous pourrez être informé, si vous le souhaitez, des résultats globaux de la recherche à la fin de l'étude, en vous adressant au 7, place Henri Dunant, 63000 Clermont-Ferrand.

Nous vous remercions vivement pour votre collaboration. Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de toute notre considération.

Dr Baptiste BOYER

LETTRE D'INFORMATION RE-TEST (voie informatique)

Madame, Monsieur,

Le service de médecine légale du CHU de Clermont-Ferrand réalise une étude consacrée à la satisfaction des patients pris en charge en consultation dans le service de médecine légale.

Vous avez accepté de participer à cette enquête ayant pour objectif de valider la version électronique d'un questionnaire de satisfaction des patients.

D'un point de vue pratique, vous avez déjà complété une première fois un questionnaire adressé par voie électronique il y a deux semaines environ. Nous vous remercions de cette première participation. Comme il vous a été mentionné lors de ce premier remplissage, vous recevez aujourd'hui une nouvelle fois le questionnaire de satisfaction à remplir.

Nous vous demandons donc de bien vouloir à nouveau remplir le questionnaire de satisfaction en suivant le lien ci-dessous. Votre prise en charge ne sera pas modifiée si vous décidez de ne pas remplir à nouveau ce questionnaire. Cette seconde passation est toutefois indispensable à la validation de notre étude et à l'interprétation de nos résultats.

Si vous le souhaitez, vous pouvez obtenir des renseignements complémentaires par téléphone ou par e-mail auprès du Dr Baptiste BOYER, investigateur principal de l'enquête (04. 73. 75. 49. 00.) ou par e-mail (bboyer@chu-clermontferrand.fr). Nous vous rappelons que cette étude est strictement anonyme. Toutes les données vous concernant resteront confidentielles.

Vous pourrez être informé, si vous le souhaitez, des résultats globaux de la recherche à la fin de l'étude, en vous adressant au 7, place Henri Dunant, 63000 Clermont-Ferrand.

Nous vous remercions vivement pour votre collaboration. Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de toute notre considération.

Dr Baptiste BOYER

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISEIPLES, 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 je 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.

RESUME

Contexte : En 2016, le Dr Malou GUERANT a réalisé au sein du service de médecine légale du CHU de Clermont-Ferrand une étude qualitative afin d'identifier les déterminants de la satisfaction des patients reçus en consultation de victimologie. Les résultats de cette étude ont permis de proposer un modèle de questionnaire de satisfaction dédié aux patients pris en charge en victimologie comprenant 41 items construit sur la base d'un questionnaire antérieurement validé, le QSH (Questionnaire de Satisfaction du patient Hospitalisé) utilisé par la CHU de Clermont-Ferrand. S'il est validé, cet outil serait le premier questionnaire de satisfaction mis en place dans ce domaine et pourrait devenir un outil central dans l'évaluation des pratiques et une éventuelle réflexion à venir sur le fonctionnement de la prise en charge en Victimologie. **Objectifs :** Validation des propriétés métrologiques du Questionnaire de Satisfaction des Consultations de Victimologie. **Méthode :** Ce questionnaire est testé via deux modalités de remplissage : informatisé et papier. Il était nécessaire d'inclure 230 patients dans chaque branche pour valider ces deux modalités. Le choix de la modalité de remplissage était laissé au patient. Celui-ci recevait le questionnaire au moins 15 jours après sa consultation. La reproductibilité était étudiée en soumettant 85 patients de chaque branche à un test-retest. **Résultats :** Depuis sa mise en place, notre étude a permis l'inclusion de 129 patients dans la branche informatique et 58 patients dans la branche papier. Nous avons recueilli respectivement 39 et 17 réponses. Cette étude n'a pas encore permis de réunir suffisamment de données pour pouvoir tester son critère de jugement principal. Une fois ce questionnaire validé, sa mise en application dans le service en routine sera discutée. **Conclusion :** La mesure de la satisfaction des patients est un élément incontournable d'une politique de qualité de la prise en charge. Se munir d'un outil permettant cette mesure en victimologie est une étape indispensable dans la mise en place d'une démarche d'évaluation des pratiques qui peut par la suite ouvrir la voie à leur amélioration et leur harmonisation.

Mots clés : Victimologie - Médecine Légale - Satisfaction – Questionnaire