



**HAL**  
open science

# Évaluation d'une formation hybride portant sur les violences faites aux enfants et dispensée aux internes de Médecine générale de la Faculté de Nantes

Albane Jegou

► **To cite this version:**

Albane Jegou. Évaluation d'une formation hybride portant sur les violences faites aux enfants et dispensée aux internes de Médecine générale de la Faculté de Nantes. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04572392

**HAL Id: dumas-04572392**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04572392>**

Submitted on 10 May 2024

**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.

#### IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

---

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

**NANTES UNIVERSITÉ**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2024

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

(DES de Médecine Générale)

Par

**Albane JEGOU**

---

Présentée et soutenue publiquement le 08/02/2024

---

**Évaluation d'une formation hybride portant sur les violences faites aux enfants  
et dispensée aux internes de Médecine générale de la Faculté de Nantes.**

---

Président : Madame le Professeur Élise LAUNAY

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Nicolas HOMMEY et Madame  
le Docteur Solène GUEDON

## SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admis(e) 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 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.

## REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Élise LAUNAY, vous me faites l'honneur de présider ce jury, merci pour l'intérêt que vous portez à mon travail. Soyez assurée de mon profond respect.

Au Professeur Nicolas HOMMEY et au Dr Solène GUEDON, merci de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Merci pour vos conseils et votre bienveillance.

Au Dr Jean-Baptiste AMELINEAU, merci d'avoir accepté d'évaluer mon travail en participant à ce jury. Merci pour la richesse des enseignements en groupe d'échange de pratique.

Au Dr Maelle GUIDOUX, je suis honorée de t'avoir dans mon jury de thèse. Merci de m'avoir proposée de prendre la suite de votre thèse à toi et à Zoé, ce sujet me tient à cœur autant qu'à vous.

A toutes les équipes médicales et paramédicales que j'ai pu rencontrer depuis le début de ce long parcours. J'ai tant appris à vos côtés, alors merci pour tout.

Aux patients, merci de me rappeler chaque jour pourquoi j'ai choisi ce métier.

A mes parents,

Maman, pour ton soutien sans faille depuis toujours. Je te remercie pour tout ce que tu m'as donné, sans compter, pendant toutes ces années, pour ta patience et tous tes encouragements. Tu m'as appris que « quand on veut on peut » et c'est grâce à toi si j'en suis là aujourd'hui. Je t'en serai éternellement reconnaissante. Merci pour tout maman.

Papa, merci pour ton soutien, malgré la distance. J'espère que dorénavant nos moments de retrouvailles se feront moins rares.

A mon frère, Corentin merci pour tous les bons moments, ils me sont précieux. Merci pour ta relecture et tes conseils.

A mes grands-parents, merci pour votre générosité, et toutes ces valeurs que vous m'avez transmises. A mes papis qui me manquent, j'aurai tant aimé partager cette journée avec vous.

A mes oncles et tantes et à mes cousins, pour tous ces moments passés, j'espère qu'ils seront encore nombreux malgré les années qui passent.

A mes ami.e.s de toujours, merci d'être présents à chaque étape de ma vie, Marianne, mon rayon de soleil, ta joie de vivre est contagieuse. Merci d'être là depuis si longtemps.

Mathilde, merci d'être cette amie si fidèle, les années passent mais rien ne change. A tous ces fous rires et aux prochains ma Sév.

Marine, pour ton amitié sans limite, merci d'être cette oreille toujours attentive. On devrait tous avoir une personne comme toi dans notre vie.

Olivier, merci pour cette amitié solide depuis quelques années maintenant. Hâte que tu nous retrouves à Chartres !

A la bande des chartrains, à tous les beaux souvenirs et ceux à venir, que cela perdure encore et encore !

Aux crétiens, merci pour ces folles années angevines riches en souvenirs. À La Baule, au ski, au Croisic ou à Cuffy, ces moments resteront gravés et vous aussi.

À Emma, je n'ai pas de mot pour te dire à quel point notre amitié m'est précieuse. Je remercie ces longues études de nous avoir tant rapprochées et je te remercie toi pour tout. J'ai hâte de la suite de nos aventures « beauceronnes » (qui l'eut cru ?).

À Claire, merci d'être cette amie si aimante, généreuse et bienveillante. Le 12 rue Voltaire restera gravé. Tu es parfaite ma Clairon.

À Justine, ton énergie et ta force m'impressionneront toujours. Merci pour ta présence, merci d'être cette amie sur qui je n'ai aucun doute, je pourrai toujours compter.

À Margaux, ces années angevines avec toi resteront gravées, nos soirées à refaire le monde autour de sushis ou de croque-monsieur me manquent, merci pour tout ma Margautte. Je vous aime fort les filles.

Et enfin à Paul, mon pilier, merci pour ta présence, ta patience et ton optimisme à toute épreuve. Merci pour tout l'amour que tu m'apportes. La vie est si belle à tes côtés. Je t'aime.

# SOMMAIRE

|              |  |           |
|--------------|--|-----------|
| <b>I.</b>    | <b>INTRODUCTION</b>  | <b>6</b>  |
|              | 1. Définitions   | 6         |
|              | 2. Épidémiologie   | 6         |
|              | 3. Conséquences de la maltraitance infantile                         | 7         |
|              | 4. Importance d'une détection précoce et rôle du médecin généraliste | 8         |
|              | 5. Description de l'enseignement « Enfance et violences »            | 10        |
|              | 6. Évaluation d'un enseignement hybride                              | 15        |
| <b>II.</b>   | <b>MATÉRIEL ET METHODE</b>   | <b>16</b> |
|              | 1. Évaluation de l'enseignement « Enfance et violences »             | 16        |
|              | a. Par le niveau de satisfaction                                     | 16        |
|              | b. Par l'évolution du sentiment d'efficacité personnelle             | 16        |
|              | 2. Type d'étude  | 16        |
|              | 3. Population  | 16        |
|              | 4. Modalités de recueil  | 17        |
| <b>III.</b>  | <b>RÉSULTATS</b>   | <b>18</b> |
|              | 1. Participation   | 18        |
|              | 2. Caractéristiques de l'échantillon                                 | 19        |
|              | 3. Satisfaction  | 20        |
|              | a. Données quantitatives   | 20        |
|              | b. Données qualitatives  | 20        |
|              | 4. Auto-efficacité   | 21        |
| <b>IV.</b>   | <b>DISCUSSION</b>  | <b>23</b> |
|              | 1. Résultats principaux  | 23        |
|              | 2. Choix du format   | 24        |
|              | 3. Avantages et freins au e-learning                                 | 26        |
|              | 4. Forces de notre étude   | 27        |
|              | 5. Limites de notre étude  | 27        |
|              | 6. Perspectives  | 29        |
| <b>V.</b>    | <b>CONCLUSION</b>  | <b>31</b> |
| <b>VI.</b>   | <b>BIBLIOGRAPHIE</b>   | <b>32</b> |
| <b>VII.</b>  | <b>ANNEXES</b>   | <b>37</b> |
| <b>VIII.</b> | <b>RÉSUMÉ</b>  | <b>43</b> |

## I. INTRODUCTION

### 1. Définitions

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la maltraitance à enfants désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel sur la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. (1)

Quatre types de violences sont actuellement reconnues : physiques, sexuelles, psychologiques et négligence.

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la maltraitance infantile par le non-respect des droits fondamentaux des enfants, touchant la santé, la sécurité, la moralité, l'éducation, le développement physique, affectif, intellectuel et social. (2)

Cela fait référence à la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la Protection de l'enfance. Celle-ci dit que : « L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant ». Cette loi introduit par ailleurs la notion « d'enfant en danger », qui regroupe celle d'enfant maltraité et celle d'enfant à risque de maltraitance, augmentant ainsi les champs du dépistage et de la prévention. C'est suite à cette loi que la notion d'information préoccupante a été introduite.

### 2. Épidémiologie

Même si la prévalence des violences faites aux enfants est difficile à obtenir et souvent sous-estimée, elles demeurent un problème de santé publique à l'échelle nationale et internationale.

Les principales causes de sous-estimation sont les défauts de repérage, l'insuffisance des investigations médicales, sociales et psychologiques, les diagnostics erronés et la non révélation des soupçons (3).



Effectivement, dans les pays à revenus élevés, tous les ans, 4 à 16 % des enfants seraient maltraités physiquement et un enfant sur 10 serait négligé ou maltraité psychologiquement. Parmi eux, 5 à 10% des filles et 5% des garçons seraient victimes de violences sexuelles avec pénétration durant l'enfance et plus de 15% des enfants seraient exposés à tout type de violences sexuelles. (4) D'après le rapport public de la Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles Faites aux Enfants (CIIVISE) de novembre 2023 160 000 enfants sont victimes de violences sexuelles chaque année. (5)

En 2021 l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONPE), recensait 310 525 mineurs confiés à la protection de l'enfance soit 21,7 pour mille des mineurs français. Ce nombre est en légère hausse, +1% depuis 2020. (6)

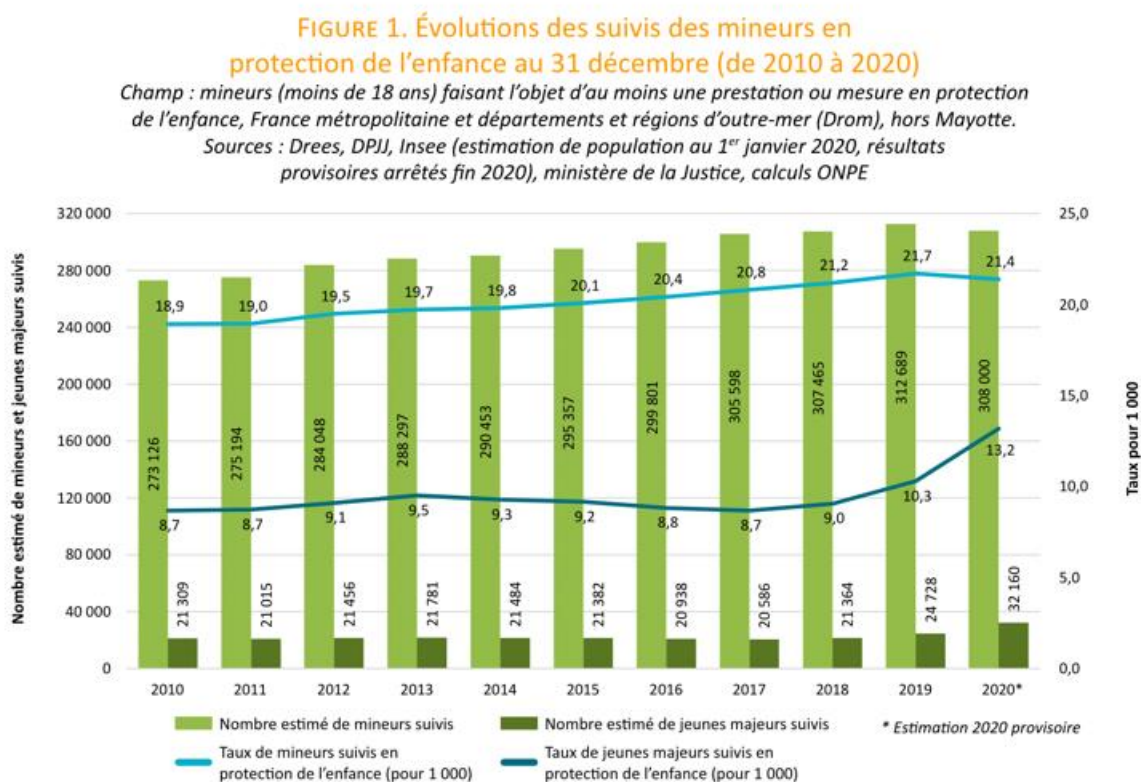


Figure 1 : Évolution du nombre d'enfants suivis par la protection de l'enfance de 2010 à 2020.

### 3. Conséquences de la maltraitance infantile

Les conséquences pour les victimes à court et moyen terme sont multiples. En effet, la maltraitance expose à des altérations de l'état de santé de l'enfant, de son développement physique et psychologique. Elle est associée à un risque accru de pathologies somatiques,

psychiatriques et de tentatives de suicide, d'usage de stupéfiants et d'alcoolisme, de troubles des comportements sexuels, de maladies sexuellement transmissibles, d'obésité, et de comportements criminels. L'impact à long terme dépend plus de la répétition dans le temps du traumatisme que de sa gravité (7,8). Avoir subi des violences dans l'enfance est une des principales causes de décès précoces à l'âge adulte, constitue le déterminant principal de l'état de santé 50 ans après et pourrait faire perdre 20 ans d'espérance de vie. (9)

Les conséquences sociétales sont également considérables. La maltraitance des enfants a une incidence économique énorme à court, moyen et long terme.

Les coûts économiques directs de la violence sont : traitement des séquelles physiques et psychiques, coûts liés au suivi et à la protection de l'enfance, coût en matière de justice pénale. D'autre part, les coûts indirects apparaissent notamment par la perte de revenu et de productivité en raison des décès prématurés, des troubles du développement pouvant entraver le niveau d'instruction, ainsi qu'en raison de la criminalité et des incarcérations chez les adultes. (10) (11)

A l'échelle nationale, peu d'études estiment le coût de la violence contre les enfants. Une étude de 2008 par la Cour des comptes avait chiffré à 6,6 milliards d'euros le coût annuel en matière de protection de l'enfance. Ce chiffre ne prenait pas en compte les coûts de santé ou d'éducation spécialisée des enfants victimes. (3) En 2021, selon l'ONPE les dépenses des conseils départementaux pour l'aide sociale à l'enfance se sont élevées à 9,15 milliards d'euros. (6) En dix ans, les dépenses départementales d'aide sociale à l'enfance auraient augmenté de 30 %. (6) Selon la CIIVISE, le coût du déni des violences sexuelles représenterait chaque année 9,7 milliards d'euros et les deux tiers de ce coût correspondraient aux conséquences sur la santé à long terme des victimes. (5)

#### 4. Importance d'une détection précoce et rôle du médecin généraliste

Ces conséquences physiques, psychologiques et sociétales, reflètent bien l'importance éthique et morale de dépister et de prendre en charge les maltraitances infantiles, mais l'approche rationnelle médico-économique le justifie tout autant.

Pour une prise en charge efficace, leur détection précoce est une étape difficile mais indispensable. Pour cela, le médecin généraliste va avoir un rôle crucial. En effet, par sa position de médecin de premier recours, son rôle dans le suivi médical régulier des nourrissons et des enfants, et par la relation de confiance qu'il a avec les familles, celui-ci est un des acteurs principaux de première ligne pour dépister les enfants maltraités ou en danger de l'être.

Paradoxalement, des chiffres relatifs aux informations préoccupantes et aux signalements témoignent de la faible proportion des médecins parmi les auteurs.

Dans cet article de 2015 (12) ils estimaient à seulement 5% le nombre de signalements d'enfants en danger provenant du secteur médical.

Cet état de fait évolue puisqu'en dix ans, les informations préoccupantes provenant du secteur médical et paramédical ont augmenté de 13%. Par ailleurs, les établissements scolaires restent les premiers transmetteurs d'informations préoccupantes. (13)

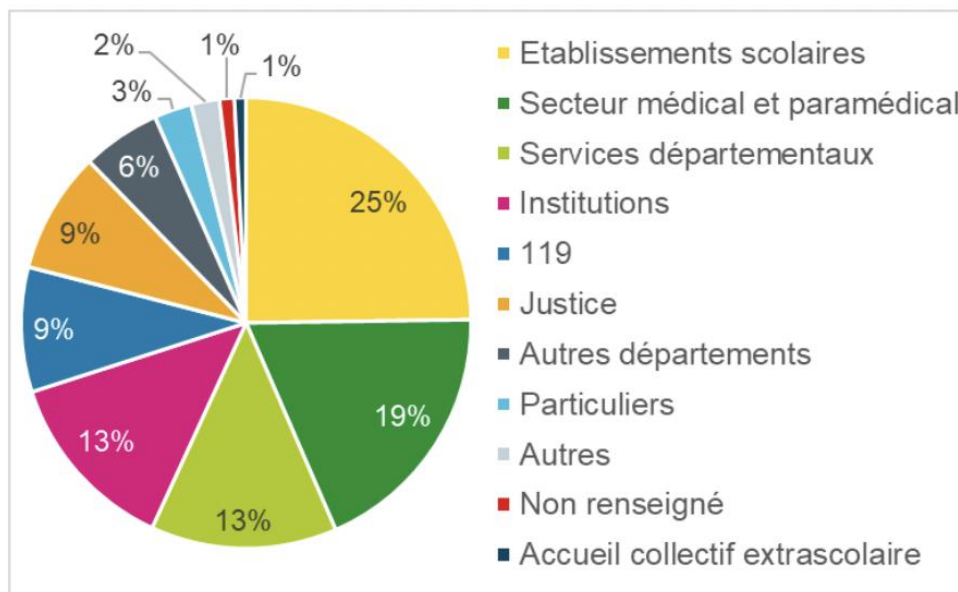


Figure 2 : L'origine des informations préoccupantes en 2021 : répartition et évolution. Département Loire-Atlantique (13)

Le travail de thèse de M. Gateau évaluant par auto-questionnaire la pratique des médecins généralistes du Bas-Rhin face à une suspicion de maltraitance infantile, a pu montrer que le dépistage était très rarement systématique. Sur 80 médecins ayant répondu, 56,3% des médecins généralistes interrogés affirmaient qu'ils dépistaient peu la maltraitance, 7,5% qu'ils ne la dépistaient pas du tout. Un seul médecin dépistait de manière systématique les maltraitances infantiles, 2% les dépistaient souvent et 32,5% les dépistaient de manière ciblée. (14)

De nombreux travaux ont étudiés les différents obstacles au dépistage et à la transmission d'IP ou de signalements. Les principaux freins identifiés sont les suivants (3, 11, 13) :

- La formation insuffisante entraînant des difficultés dans le repérage et dans les procédures ;

- Le doute devant l'absence de preuves avec la peur du signalement abusif et la crainte d'engager sa responsabilité ;
- L'incapacité à voir, à croire, à dénommer : « l'aversion de voir » se rapprochant d'une forme de déni ;
- La peur de porter préjudice à l'enfant, la peur des répercussions ;
- De plus, un frein majeur en médecine générale est la crainte de briser la confiance avec une famille et la peur de la confrontation.

Dans le travail de thèse de C. Bausière, datant de 2016, tous les médecins interrogés décrivaient une formation insuffisante voire inexistante. Elle met en évidence la réelle volonté des médecins généralistes à s'impliquer davantage dans les missions dédiées aux enfants en danger. Pour cela, leurs principales attentes sont une amélioration de la formation sur ce sujet avec un besoin d'améliorer et d'actualiser leurs connaissances. (15)

Ce défaut persistant de détection des maltraitances, et le besoin ressenti de formation par les médecins généralistes incitent à mieux former au repérage et aux soins des enfants victimes de violence.

## 5. Description de l'enseignement « Enfance et violences »

C'est suite à ce constat que l'enseignement « Enfance et violences » a été créé. Il s'agit d'un enseignement hybride, associant une formation distancielle et présentielle, à destination des internes de médecine générale de la Faculté de Nantes.

La formation distancielle est un e-learning, sous forme de SPOC, "Small private online course", il s'agit d'un cours en ligne accessible via une identification personnalisée et restreint à une catégorie d'apprenants.

La formation présentielle est réalisée en amphithéâtre à la Faculté de Nantes, en présence d'une experte de la protection de l'enfance, sous forme de questions-réponses.

Pour la création d'un enseignement hybride, plusieurs phases doivent être respectées. Le guide méthodologique « Concevoir et produire un cours à distance », publié par l'université de Laval au Québec, détaille les étapes nécessaires à l'élaboration d'une formation distancielle. (16)

La HAS a également mis en ligne un guide de conception de formation en ligne adapté au monde de la santé en 2015. (17) Elle évoque le modèle ADDIE (Analyse, Design,

Développement, Implantation, Évaluation), méthode la plus utilisée dans l'élaboration d'un programme de formation. Il y a donc cinq phases :

- L'analyse des besoins des participants, les objectifs pédagogiques à remplir ;
- La phase de conception (sélection des supports, des activités pédagogiques) ;
- Son développement technique ;
- L'implantation avec la mise à disposition de l'enseignement sur une plateforme pédagogique ;
- Et enfin, l'évaluation qui consiste à contrôler que les objectifs de la formation sont atteints, à recueillir les informations relatives aux apprentissages pour les interpréter, et à en tirer des conclusions afin de pérenniser la formation.

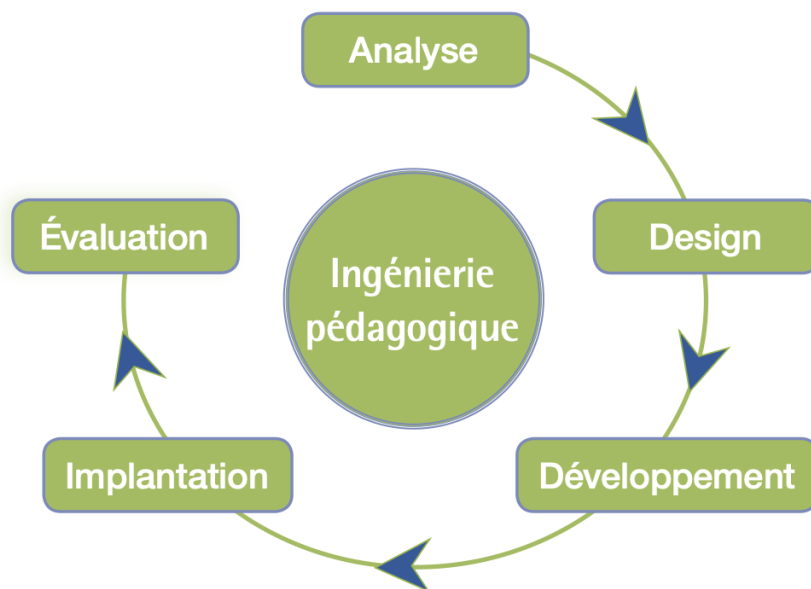


Figure 3 : Les différentes phases du modèle ADDIE. (17)

L'évaluation d'un programme de formation est donc la dernière étape essentielle pour mesurer son efficacité, c'est-à-dire sa capacité à atteindre les objectifs pour laquelle il a été conçu. (18,19)

Les objectifs pédagogiques de la formation « Enfance et violences » étaient les suivants : améliorer les connaissances et le sentiment d'efficacité personnelle pour le dépistage, l'orientation et le suivi des enfants victimes de violence.

Le concept d'auto-efficacité ou Sentiment d'Efficacité Personnelle (SEP) a été décrit dans les années 1980 par Albert Bandura, Docteur en psychologie. Il désigne « les croyances d'un individu quant à ses capacités à réaliser des performances particulières ». (20) (21)

En 1996, Miller et al rapportent qu'il s'agit « des croyances des personnes concernant leur compétence à accomplir une tâche avec succès ». (22)

Ce concept s'inscrit dans le cadre de la théorie sociocognitive. Selon cette théorie, les croyances d'efficacité se modifient au cours de la vie à partir des expériences vécues. Trois facteurs interviennent pour permettre le développement psychologique de chacun (23) :

- Le comportement
- L'environnement
- La personne

Albert Bandura considère les personnes comme des agents actifs de leur propre vie en exerçant un contrôle et une régulation de leurs actes.

Selon Bandura, plusieurs facteurs influenceraient le développement du SEP :

- L'Expériences personnelle de succès, plus une personne rencontrera de succès, plus elle croira en sa capacité à en obtenir d'autres,
- L'Expérience vicariante, liée à l'observation des actions et comportements des autres individus,
- La rétroaction sociale ou persuasion par autrui : le fait que d'autres croient en la capacité de la personne à réussir,
- L'interprétation de ses états physiologiques et émotionnels.

Le sentiment d'efficacité personnelle n'est donc pas directement une mesure des aptitudes d'une personne à réaliser certaines tâches mais bien une croyance concernant la manière dont elle pourra agir face à diverses situations.

Même s'il n'est pas la mesure de l'aptitude ou de la compétence, le sentiment d'efficacité personnelle influence l'initiation de l'action et le niveau de performance.

Ainsi, Bandura a mené de nombreuses études montrant que la perception d'un individu lors de l'exécution d'une activité, influence et détermine son comportement. Plus le SEP est élevé, plus les objectifs d'un individu seront élevés et donc plus l'individu sera persévérant. (23)

Au contraire, les études montrent que si une personne estime ne pas être en mesure de produire des résultats satisfaisants dans telle situation, alors elle n'essaiera pas de les provoquer et s'investira de manière moindre. (22)

Il faut bien différencier ce concept de l'estime de soi. Dans les deux cas, il s'agit d'auto-évaluation mais l'estime de soi correspond à une évaluation de sa valeur personnelle. Elle correspond à « l'attitude positive ou négative de la personne envers le soi dans sa totalité »

(24). Or, l'évaluation de sa valeur personnelle n'est pas équivalente à celle de sa capacité à agir de la bonne manière pour une situation spécifique.

Ce travail de thèse a pour but l'évaluation de l'enseignement « Enfant et violence » selon deux axes : l'estimation du niveau de satisfaction vis-à-vis de la formation d'une part, et l'évolution du sentiment d'efficacité personnelle des apprenants d'autre part.

La formation « Enfant et violence » est un enseignement hybride, il associe un SPOC (Small Private Online Course), un forum en ligne et une séance présentielle avec une experte de la protection de l'enfant. Le SPOC était accessible sur l'espace numérique de travail de la Faculté de Nantes nommé Extradoc. Il a été construit en suivant le guide « Concevoir et produire un cours à distance » du bureau de soutien à l'enseignement de l'Université Laval.

La formation était valorisée pédagogiquement par l'attribution de crédits d'enseignement. Avant de débiter l'enseignement, tous les étudiants devaient répondre à un questionnaire « préformation » pour y avoir accès.

Le SPOC était composé de neuf modules traitant d'un thème ou d'un aspect du sujet et répondant à plusieurs objectifs de formation. Ils sont intitulés : Généralités et définitions, Droit médical, Sémiologie des violences, Accueillir la parole de l'enfant, Psycho traumatisme, Violences sexuelles et inceste, Impact des violences conjugales, Information préoccupante et signalement, Ressources.

Les objectifs pédagogiques étaient clarifiés au début de chaque module. (25)

Ils étaient les suivants :

- Module 1.1 : Généralités
  - o Objectifs :
    - Comprendre les bases du sujet et son ampleur par le rappel des définitions et de l'épidémiologie de la maltraitance en France.
    - Appréhender des concepts clés indispensables à la prise en charge d'une population pédiatrique.
- Module 1.2 : Droit médical et rappels législatifs
  - o Objectifs :
    - Connaître vos droits et devoirs en matière de signalement et d'information.
    - Connaître les principales lois relatives à la protection de l'enfant.
- Module 2.1 : Sémiologie des violences et descriptions médico-légales
  - o Objectifs :

- Maîtriser la sémiologie et la clinique des violences afin d'optimiser son repérage et son dépistage.
  - S'initier à la description plus précise médico-légale, qui servira de base à la rédaction d'un certificat médical descriptif efficace.
- Module 2.2 : Accueillir la parole de l'enfant
  - Objectif :
    - Savoir structurer son entretien et trouver ses propres mots et formulations.
- Module 2.3 : Psycho traumatisme
  - Objectifs :
    - Comprendre la définition du psychotraumatisme ainsi que son importance dans la société et par conséquent dans l'activité médicale quotidienne du médecin généraliste.
    - Maîtriser la sémiologie psycho-comportementale retrouvée chez les victimes
    - Connaître les pistes de prise en charge
- Module 2.4 : Violences sexuelles et inceste
  - Objectifs :
    - Appréhender les éléments cliniques et les enjeux légaux régissant les violences sexuelles.
    - S'approprier les outils de communications proposés pour aborder le sujet avec les enfants et adolescents.
- Module 2.5 : Violences dans le couple, impact sur les enfants
  - Objectifs :
    - Appréhender les spécificités de la maltraitance liée à l'exposition aux violences dans le couple.
    - Connaître les moyens existants afin d'aider le parent victime.
    - Connaître le réseau de correspondants locaux et les ressources et supports utiles au patient.
- Module 3 : Information préoccupante et signalement
  - Objectifs :
    - Savoir intégrer l'IP dans sa réflexion globale face à une situation possible de maltraitance.
    - Connaître les codes de rédaction d'une IP
    - Comprendre le circuit de signalement et les modalités de suivi des cas



La progression entre chaque module pouvait se faire dans l'ordre souhaité par chaque participant à l'exception du premier module qui était la porte d'entrée dans la formation. Un questionnaire « post-formation » était soumis aux internes à la suite de la séance présentielle, afin de clôturer l'enseignement et de permettre la validation des crédits.

## 6. Évaluation d'un enseignement hybride

Le modèle de référence pour l'évaluation d'une formation est celui de KirkPatrick. Il s'agit d'une échelle comprenant 4 niveaux croissants d'évaluation.

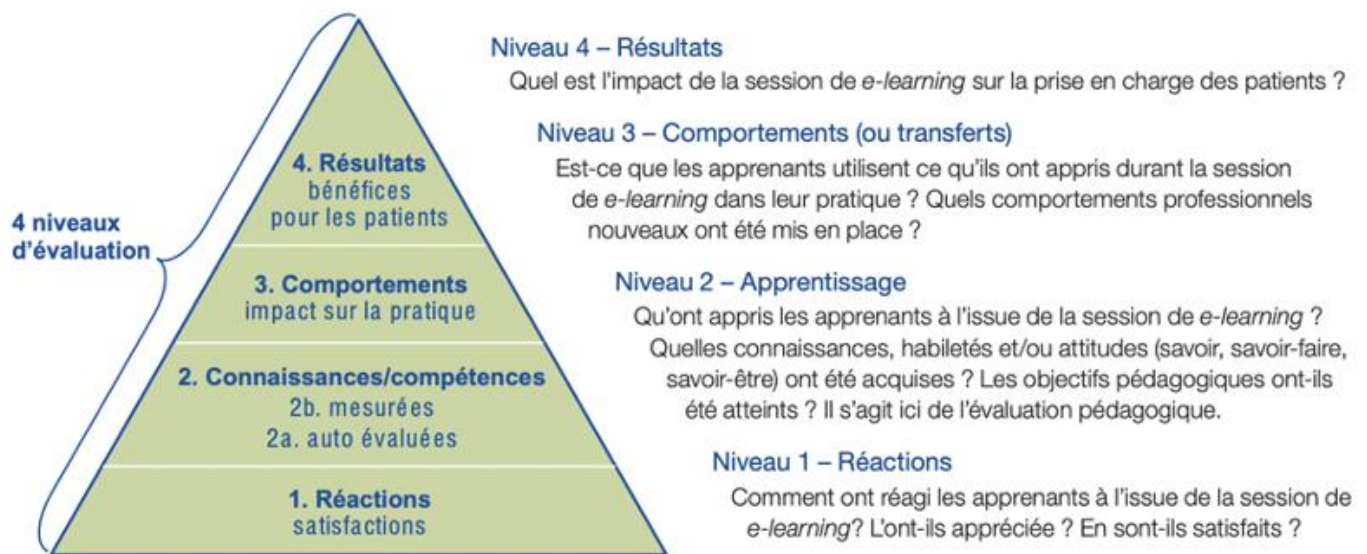


Figure 4 : Niveaux d'évaluation de l'impact d'une formation d'après KirkPatrick (17)

Le premier niveau appelé « réactions » consiste à évaluer la satisfaction des apprenants.

Le deuxième niveau appelé « apprentissage » consiste à évaluer dans quelle mesure les participants ont acquis des connaissances ou des attitudes à la suite de la formation.

Le troisième niveau appelé « transfert » consiste à évaluer le changement d'attitude du participant ou de son comportement en pratique à la suite d'une formation.

Le quatrième niveau appelé « résultats » consiste à évaluer l'impact de la formation en pratique sur le patient.

## II. MATÉRIEL ET METHODE

### 1. Évaluation de l'enseignement

#### a. Par le niveau de satisfaction

Le premier axe de l'évaluation a été mené par une enquête de satisfaction des apprenants.

Pour cela, un questionnaire a été soumis après la formation, il comprenait cinq questions et, les réponses étaient recueillies sur une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 6 (tout à fait d'accord). Les questions concernaient le format de la formation, la durée, le contenu et les animations interactives (annexe n°1).

#### b. Par l'évolution du sentiment d'efficacité personnelle

Le deuxième axe de l'évaluation portait sur l'auto-efficacité concernant les missions dédiées à la protection des enfants. Les mêmes onze questions ont été posées avant et après la formation. Les questions étaient toutes formulées sous la forme « Aujourd'hui, je me sens capable de ... ». Les réponses étaient également exprimées sous forme d'échelle de Likert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 6 (tout à fait d'accord) (annexe n°2).

Pour obtenir le plus grand nombre de réponses possibles, la formation n'était validée qu'après remplissage des questionnaires de l'étude.

### 2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale, monocentrique.

### 3. Population

La formation « Enfance et violences » était destinée aux internes de Médecine générale de la Faculté de Nantes, en phase d'approfondissement 1 et 2 (2èmes et 3èmes années du Diplôme). Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

#### 4. Modalités de recueil

Les internes ont été invités à cette formation par e-mail. Un premier e-mail a été adressé le mardi sept février 2023 par la scolarité. Au total, trois mails de relance ont été envoyés entre le 16 mars 2023 et le 24 mars 2023.

La séance présentielle a eu lieu le 4 avril 2023 de 14h30 à 16h30 à la Faculté de Nantes.

Après avoir assisté à la séance présentielle, les étudiants devaient se connecter au SPOC afin de remplir le questionnaire post-formation et valider les crédits de formation. Celui-ci comprenant donc une partie satisfaction et une partie auto-efficacité. Il a été possible d'y répondre jusqu'au 14 juin 2023, jour de la clôture du SPOC sur l'Extradoc.

La partie satisfaction des questionnaires post-formation a été recueillie en version papier un mois plus tard. Initialement, ce questionnaire devait être administré en ligne après la séance présentielle dans le même temps que la partie auto-efficacité mais un problème technique est survenu. En effet, les réponses n'y étaient pas exprimées sous forme d'échelle de Likert comme prévu initialement mais sous forme de texte libre. Nous avons alors décidé de conserver les réponses sous forme de texte libre pour une analyse descriptive qui a enrichi nos résultats.

Les données ont ensuite été anonymisées puis extraites sous format Excel. Pour les variables qualitatives, une analyse manuelle a été réalisée.

### III. RÉSULTATS

#### 1. Participation

Sur les 228 internes invités à participer, 81 ont répondu au questionnaire pré-formation et ont initié le SPOC, soit un taux de participation à 35,5%.

75,3% (n=61) l'ont finalisé en répondant au questionnaire post-formation.

Parmi les vingt internes n'ayant pas finalisé le SPOC, huit avaient visualisé la totalité du SPOC mais n'ont pas répondu au questionnaire post-formation et n'ont donc pas validé totalement l'enseignement.

Sur 61 nous avons obtenus 51 réponses au questionnaire de satisfaction post-formation diffusé en version papier.

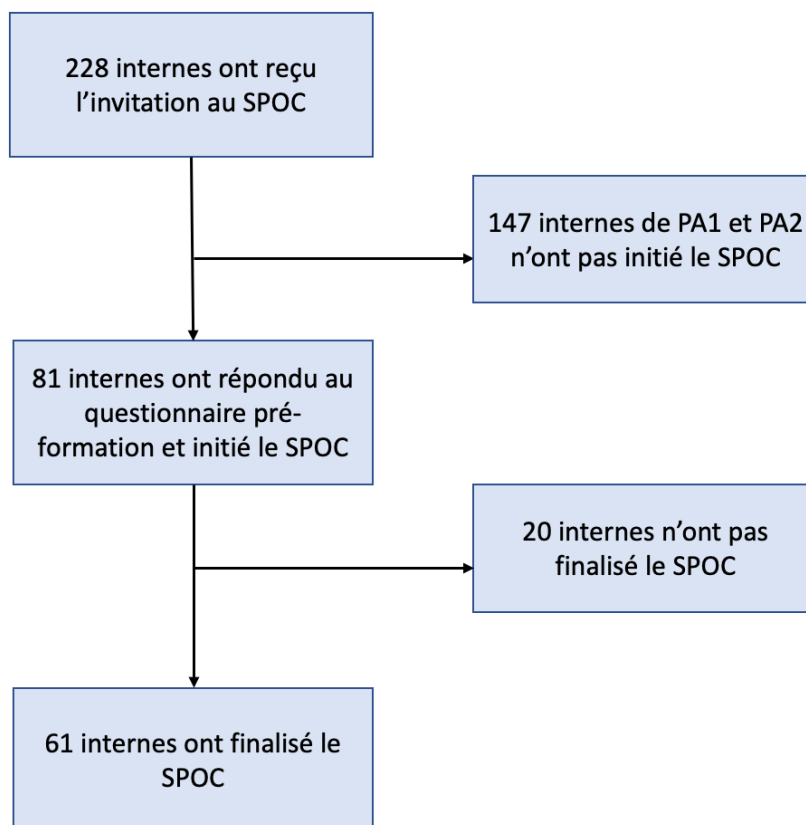


Figure 5 : Diagramme de flux

## 2. Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques de la population sont détaillées dans le Tableau 1. La population était composée majoritairement de femmes avec une moyenne d'âge de 27 ans. 60% déclarait n'avoir jamais reçu de formation sur ce sujet au cours de leur internat.

| <b>Caractéristiques</b>                                   | <b>Effectifs, N (%)</b> |
|---|-------------------------|
| <b>Sexe</b>   |                         |
| - Femme   | 57 (70,4%)              |
| - Homme   | 24 (29,6%)              |
| <b>Âge moyen</b>  | 27 ans                  |
| <b>Niveau d'étude en cours</b>                            |                         |
| - Phase d'approfondissement 1                             | 37 (45,7%)              |
| - Phase d'approfondissement 2                             | 44 (54,3%)              |
| <b>Stage en cours</b>                                     |                         |
| - Pédiatrie   | 21 (25,9%)              |
| - Gynécologie   | 7 (8,6%)                |
| - SAFE  | 3 (3,7%)                |
| - SASPAS  | 17 (21%)                |
| - Médecine adulte   | 19 (23,5%)              |
| - Autre   | 14 (17,3%)              |
| <b>Formation préalable</b>                                |                         |
| - Formation au cours du 2 <sup>ème</sup> cycle            | 21 (25,9%)              |
| - Absence de formation au cours du 2 <sup>ème</sup> cycle | 60 (74,1%)              |
| - Formation au cours du 3 <sup>ème</sup> cycle            | 33 (40,7%)              |
| - Absence de formation au cours du 3 <sup>ème</sup> cycle | 48 (59,3%)              |

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudié

### 3. Satisfaction

#### a. Données quantitatives

L'enquête de satisfaction réalisée rapporte des moyennes supérieures à 5 (cotation de 1 à 6) pour la totalité des items évalués, à savoir : le format, la durée adaptée aux objectifs et aux besoins, le contenu et la pertinence des animations interactives.

100% des étudiants ont trouvé le contenu de la formation utile pour leur pratique future ; 98% des étudiants ont trouvé la durée de la formation adaptée aux objectifs et aux besoins.

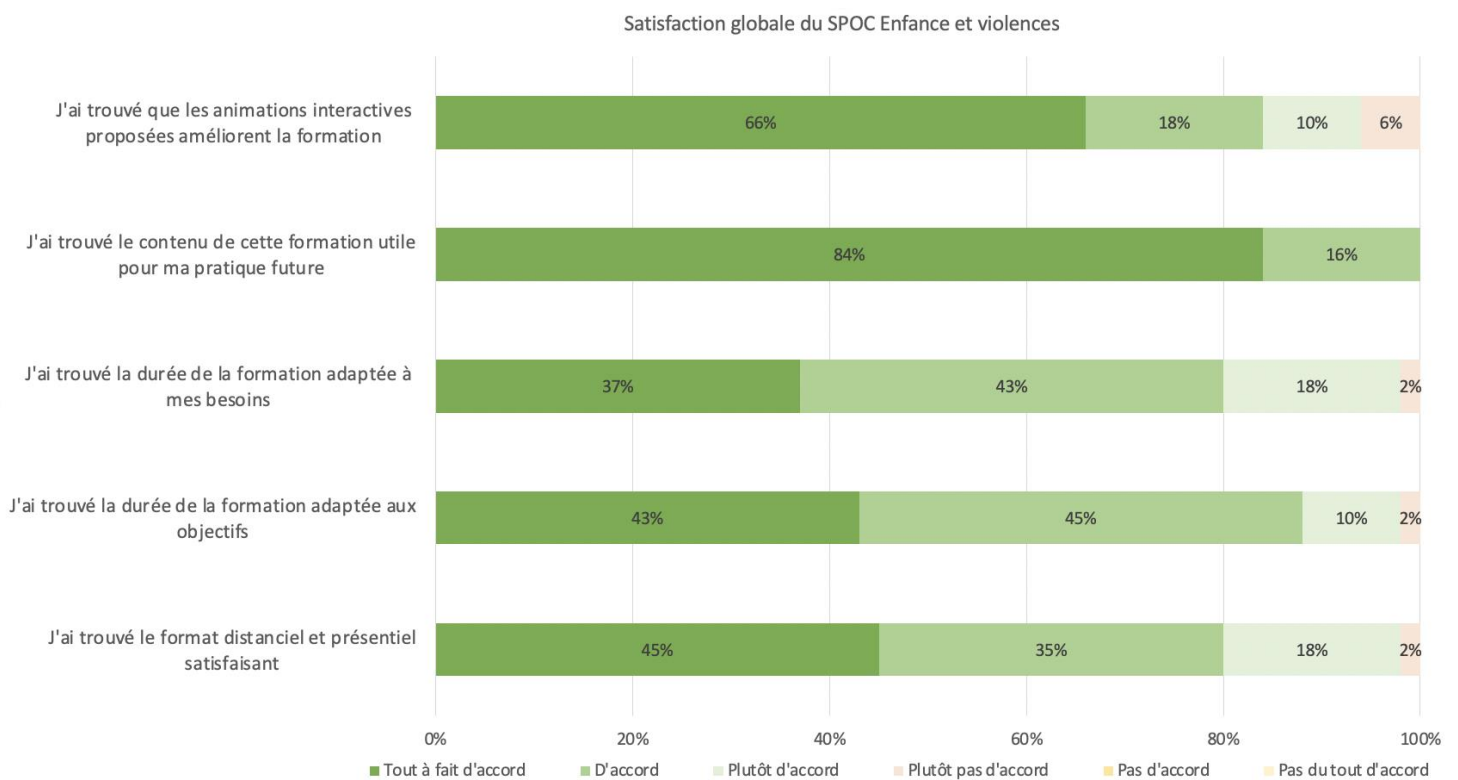


Figure 6 : Satisfaction globale du SPOC

#### b. Données qualitatives

Les commentaires libres montraient que le SPOC était apprécié pour plusieurs raisons :

- son exhaustivité : « Formation longue certes mais extrêmement complète, donc format adapté pour donner autant d'informations importantes », « très riche ».
- la possibilité de réaliser la formation à son rythme : « top car on peut le faire à son rythme », « possibilité de revenir sur la formation pour la réaliser en plusieurs jours ».

- le contenu utile pour leur pratique future, certains ont même évoqué avoir déjà vu une modification de leur pratique à la fin de la réalisation du SPOC : « Je me sens maintenant à l'aise pour poser les questions au cabinet et les points sur la prise en charge », « J'ai déjà observé un changement dans la façon dont je reçois les enfants ».
- les ressources fournies : « beaucoup de ressources utiles au cabinet (annuaire, vidéos utiles, jeux pour les enfants, affiches) », « top pour garder les infos à disposition ».
- les animations interactives qui permettaient d'assimiler plus facilement les notions théoriques : « permettent d'ancrer les choses, surtout la rédaction de l'information préoccupante ». Certains évoquaient également le fait que celles-ci rendaient le cours plus vivant et l'interne plus actif dans sa formation : « permet d'être actif pendant la formation et de ne pas juste écouter un cours »

Deux internes ont souligné qu'il était dommage que la durée d'accessibilité au SPOC sur l'Extradoc soit restreinte avec l'impossibilité d'y revenir à la fermeture du SPOC.

Trois ont évoqué que les animations interactives n'étaient pas indispensables.

#### 4. Auto-efficacité

Le sentiment d'efficacité personnelle a augmenté pour tous les items évalués avec un taux de progression allant de 35 % à 66 %.

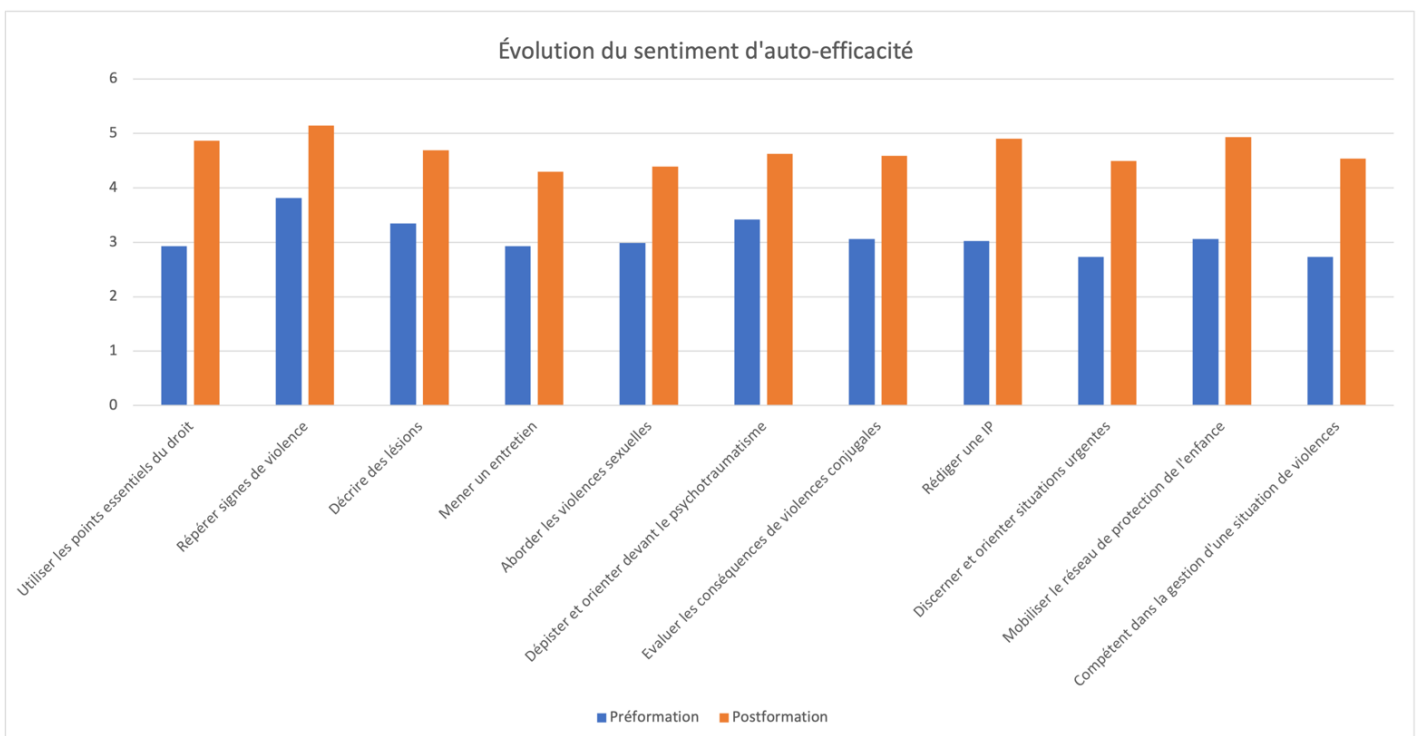


Figure 6 : Évolution du sentiment d'auto-efficacité

| <b>Aujourd'hui je me sens capable de ...</b>       | <b>Taux de progression entre les moyennes pré-formation et post-formation %</b> |
|--|---|
| Utiliser les points essentiels du droit            | <b>66%</b>  |
| Repérer les signes de violence                     | <b>35%</b>  |
| Décrire des lésions                                | <b>40%</b>  |
| Mener un entretien                                 | <b>47%</b>  |
| Aborder les violences sexuelles                    | <b>47%</b>  |
| Dépister et orienter devant le psycho-traumatisme  | <b>35%</b>  |
| Évaluer les conséquences des violences conjugales  | <b>45%</b>  |
| Rédiger une IP                                     | <b>62%</b>  |
| Discerner et orienter devant une situation urgente | <b>65%</b>  |
| Mobiliser le réseau de la protection de l'enfance  | <b>61%</b>  |
| Gérer une situation de violence                    | <b>66%</b>  |

Tableau n°2 : Taux de progression du sentiment d'auto-efficacité en post-formation

Les taux de progression les plus élevés concernent les items « utiliser les points essentiels du droit », « rédiger une information préoccupante », « discerner et orienter devant une situation urgente » et « gérer une situation de violence ». Il s'agissait également des items ayant le sentiment d'efficacité personnelle le plus bas en préformation.



## IV. DISCUSSION

### 1. Résultats principaux

Ce travail présente l'évaluation de l'enseignement hybride « Enfance et violences ». Pour ce travail d'évaluation les deux premiers niveaux de l'échelle de Kirkpatrick nous ont semblé réalisables : niveau de satisfaction et auto-évaluation de leur sentiment d'efficacité personnelle.

L'intérêt spontané suscité par le SPOC semble important en observant un taux de participation de 35,5 % des internes invités au cours, et ce alors que la formation n'était pas obligatoire.

Lors de ce cours, plusieurs relances ont été faites par e-mail pour favoriser l'engagement et la motivation des étudiants à l'initier mais aussi à la finaliser. D'autres études ont montré que le fait de relancer les étudiants ou les médecins par mail à de nombreuses reprises permet d'augmenter considérablement le recrutement. (26) (27)

Les réactions recueillies et la satisfaction globale de l'enseignement sont très positives puisque les notes de satisfaction sont élevées pour tous les paramètres évalués.

Cet outil a été créé par quatre médecins dont deux internes de médecine générale à destination d'internes de médecine générale. Or, la formation par les pairs est un véritable atout, ses bénéfices sont nombreux et bien décrits dans la littérature. (46)(47) L'apprentissage par les pairs favoriserait la compréhension, en effet, l'explication donnée par un étudiant sera plus claire que celle d'un enseignement expert du domaine, parce qu'il utilisera les mêmes termes et partira d'un niveau de compréhension similaire. Bien qu'il ne s'agisse pas à strictement parler d'une « formation par les pairs » on peut en tout cas supposer que l'influence des étudiantes conceptrices a amélioré la cible de la formation et le moyen d'en transmettre les contenus.

Cette étude a permis de confirmer l'insuffisance de formation ressentie par les participants au cours de leurs études. Effectivement, la majorité des internes ayant réalisé la formation déclarait ne pas avoir reçu de formation portant sur ce sujet au cours de leur 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycle. Alors que le besoin de formation sur ce sujet est bien mis en évidence dans la littérature (14) (15) (28) (29) (30), avec une formation initiale et continue décrite par les internes et les

médecins généralistes comme insuffisante pour appréhender ces notions, les résultats de notre étude semblent encourageants.

On peut donc penser que notre enseignement répond à ce besoin de formation et cette volonté d'être plus en confiance avec le dépistage et la prise en charge des violences chez les enfants.

Nous avons évalué l'évolution du sentiment d'efficacité personnelle par le calcul du taux de progression des moyennes des étudiants avant et après la formation pour chaque question. Nos résultats montrent une nette augmentation du sentiment d'efficacité personnelle dans tous les domaines abordés après la réalisation de la formation. Nous en déduisons ici qu'un taux de progression élevé est un signal encourageant de l'apport de la formation pour les différents domaines qui y sont abordés. Cependant, c'est une valeur relative puisque, par exemple, celui-ci baissera et donc paraîtra moins important si les étudiants se sentaient mieux formés en début de formation. A l'inverse, lorsque ces taux de progression sont les plus forts c'est aussi parce que le sentiment d'auto-efficacité est plus faible au départ. Enfin, cela pourrait indiquer aussi que les sujets traités répondent correctement aux besoins réels des étudiants et que la formation est utile.

## 2. Choix du format

Il s'agit, à notre connaissance, du premier travail d'élaboration d'une formation hybride sur ce sujet qui soit spécifiquement proposé aux internes en cours de validation d'un DES de médecine générale.

Le format hybride semble être un bon moyen de formation à destination des internes. (31) (32) (33) Il leur permet de s'impliquer dans les apprentissages de manière autonome, d'avancer à leur rythme dans la formation mais également d'obtenir des réponses à leurs interrogations lors de l'échange en présentiel avec les enseignants et les autres étudiants.

Cet apprentissage autonome fait d'ailleurs référence aux objectifs fixés par le Collège National des Généralistes Enseignants : « l'autonomisation permet à l'interne d'identifier ses besoins de formation, de planifier ses activités d'apprentissage à partir des tâches professionnelles authentiques auxquelles il est exposé et à s'auto-évaluer, dans une démarche de pratique réflexive ». (34)

L'efficacité du e-learning dans l'enseignement médical ou paramédical est étudiée depuis plus d'une dizaine d'années. Les comparaisons entre enseignement en e-learning exclusif et enseignement présentiel sont nombreuses et les résultats sont mitigés. Ainsi, une étude de 2007 a comparé les résultats d'un enseignement en ligne par rapport à ceux d'un cours

magistral chez des internes en médecine. Elle montrait des résultats similaires avec une efficacité semblable des deux modes de formation sur les connaissances des internes. (35)

Une méta-analyse de 2018 a montré l'absence ou la très faible augmentation des connaissances et des compétences des professionnels de santé lors de formation en ligne comparé aux formations traditionnelles. (36)

Il semblerait que l'enseignement hybride ait montré les meilleurs résultats d'apprentissage en comparaison à la formation traditionnelle en présentiel (17) (37).

Dans cette étude de 2018, comparant la formation traditionnelle à celle en ligne ou celle hybride chez des étudiants en kinésithérapie, le groupe ayant reçu un modèle de formation hybride avait un score significativement plus élevé par rapport au groupe ayant reçu une formation présentielle. Il n'y avait par contre pas de différence significative entre le groupe hybride et le groupe e-learning pur (38).

Une autre étude réalisée en Iran en 2014 n'a pas démontré de différence significative sur le niveau des connaissances théoriques entre l'apprentissage en ligne et celui en présentiel. Par contre, il en existait une entre ceux ayant reçu une formation hybride et les deux autres groupes (formation en ligne seule ou formation présentielle seule). La satisfaction était également supérieure dans le groupe de la formation hybride. (39)

Le choix de ce format permet à l'étudiant d'être actif lorsqu'il visionne le SPOC en participant à des activités pédagogiques non sanctionnantes (décrire la sémiologie avec les vignettes cliniques, entraînement à rédiger une IP etc...). Le but de ces animations est de le mettre en confiance pour ses prises en charges futures avec les patients et de le rendre actif vis-à-vis des informations présentées.

Cela rentre dans le cadre de l'expérience active de maîtrise dont parle Albert Bandura. Selon lui, il s'agit d'une des sources les plus influentes du sentiment d'auto-efficacité. Effectivement, plus l'apprenant vivra avec succès l'expérimentation d'un comportement donné, plus il sera amené à croire en ses capacités à l'accomplir en pratique. (20) Les succès viennent donc renforcer l'auto-efficacité alors que les échecs la diminuent.

### 3. Avantages et freins au e-learning

Le e-learning est devenu un outil pédagogique habituel en formation. Il s'agit d'une méthode d'enseignement innovante, permettant de mixer plusieurs types de contenus. Les cours en ligne possèdent plusieurs avantages, pour les étudiants comme pour les enseignants (40) (41) :

- Diversité des modes pédagogiques,
- Enseignement interactif,
- Mise à jour permanente,
- Archivage,
- Accessibilité en continu et en tout lieu où une connexion internet est possible,
- Autonomie du participant avec la possibilité d'avancer à son rythme.

Ces avantages sont rapportés par les internes dans plusieurs études (42) (43). Dans son travail de thèse de 2014, M. D'Estriché de Baracé étudiait les motivations à une formation en e-learning pour des médecins généralistes du Finistère. Les résultats valorisaient l'adaptabilité dans le temps et l'espace, le rythme et la diversité des thèmes abordés comme des sources de motivation à l'enseignement distanciel. La facilité et la rapidité d'accès aux informations étaient des points positifs également.

Dans la littérature, il a été montré que les étudiants sont plutôt favorables au e-learning pour l'apprentissage de nouvelles connaissances et compétences. (44)

Les formations en ligne sont ainsi validées par la HAS comme une méthode autorisée et utile dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). (45)

Des inconvénients à ce type de formation sont quand même à souligner. Parmi les freins au e-learning retrouvés dans plusieurs travaux de thèse (42)(43), on peut citer :

- Difficultés d'accès ou problèmes techniques,
- Sentiment de solitude,
- Absence d'encadrement ou d'interaction avec ses pairs,
- Envahissement de la vie privée, manque de temps.

Dans le contexte français de formation en Médecine générale qui doit s'adapter à un grand nombre d'étudiants, les résultats des études sur le e-learning exclusif ou l'hybridation suffisent à en justifier l'investissement par les enseignants. Bien que le temps et l'énergie consacrées à la création de tels contenus soient considérable (huit mois d'étude de faisabilité et douze mois de travail pour élaborer le contenu du SPOC « Enfance et violences » (25)) et la

nécessité d'y intégrer une mise à jour continue, cela permet ensuite de dispenser un socle de connaissances et peut-être de savoir-faire à l'ensemble des étudiants.

#### 4. Forces

Le choix de la méthode avec un questionnaire de satisfaction mêlant des données quantitatives et des données qualitatives nous a paru bien adapté. Les données qualitatives nous ont permis de connaître le ressenti des participants avec des suggestions émises concernant les pistes d'amélioration.

Le taux de participation à la formation était de 35%, ce qui semble supérieur à plusieurs études similaires évaluant des formations en e-learning à destination d'internes (48); et ce, alors que la formation était optionnelle. Le nombre de relances par e-mail et la valorisation de la formation par des crédits de formation a probablement aidé à augmenter le nombre de participants.

Le concept d'alignement pédagogique, aussi appelé « triple concordance », est proposé par John Biggs, un psychologue de l'éducation (49). Il s'agit d'un concept clé en pédagogie universitaire. Il se définit comme la cohérence pédagogique entre :

- les objectifs d'apprentissages d'une formation,
- les méthodes et activités pédagogiques déployées pour y parvenir,
- et les méthodes d'évaluation des apprentissages des étudiants.

Les objectifs d'une formation doivent donc être formulés de manière claire dès le début et les activités doivent être adaptées aux apprentissages souhaités. C'est de cette manière qu'il va comprendre le sens de ce qu'il doit apprendre. (50) (51)

Notre formation semble avoir respecté ce concept en formulant de manière claire les objectifs principaux et en adaptant les méthodes d'apprentissages à chaque objectif.

#### 5. Limites

Ce travail possède certaines limites avec notamment un biais de sélection induit par le mode de participation volontaire des étudiants. Ainsi ceux qui suivent cette formation le font par une motivation intrinsèque pour ce domaine de soins. La motivation extrinsèque représentée par l'intérêt à obtenir des crédits de formation obligatoires pour leur cursus est relative. En effet il y a de multiples façons d'obtenir le nombre de crédits nécessaires et l'ensemble des étudiants y parvenaient avant l'instauration de cette formation.

Le niveau de satisfaction élevé peut aussi s'expliquer par le fait que les participants qui ont répondu étaient les plus intéressés par le sujet et les plus motivés pour finaliser la formation.

Notre étude était monocentrique en se concentrant uniquement sur les internes de phase d'approfondissement 1 et 2 de la Faculté de Nantes, celle-ci n'était pas proposée aux internes de phase socle. Ce choix a été fait car les internes de phase socle ont déjà de nombreuses formations, obligatoires ou non, cela aurait surement limité le nombre de volontaires. Notre échantillon n'est donc pas représentatif de tous les internes de médecine générale et non représentatif des internes à l'échelle nationale.

Parmi les 81 internes ayant initié le SPOC, nous avons des perdus de vue. En effet, 20 ne l'ont pas finalisé. Ce chiffre reste assez faible en comparaison à d'autres études mettant en évidence des taux d'abandon bien supérieurs allant jusqu'à 80%. (52) (53)

Il serait intéressant de connaître les raisons de l'arrêt de la formation. Plusieurs hypothèses sont évoquées : manque de temps, formation trop dense, ou sujet trop sensible pour certains participants.

Effectivement, il existe probablement des internes ayant été victimes eux-mêmes de violences dans notre population. Il s'agit d'un sujet difficile à appréhender d'autant plus quand on est seul à réaliser la formation, à distance et sans soutien.

Cela montre bien une des limites à l'enseignement distanciel, si le sujet est complexe ou trop sensible, l'apprenant peut avoir tendance à se retirer et abandonner la formation.

Notre évaluation porte sur l'évolution du sentiment d'efficacité personnelle immédiatement après la formation. Pour des raisons pratiques, nous ne l'avons pas étudié à distance afin d'éviter un biais de sélection dans la récupération des questionnaires. Or, une étude menée par Bell et al. auprès d'internes (54) a montré une absence de rétention des connaissances significatives à 55 jours d'une formation en ligne malgré une nette amélioration des connaissances en post-test immédiat.

On peut donc penser que les bénéfices de l'apprentissage en e-learning et comme de tout apprentissage s'atténuent avec le temps, en particulier si les connaissances nouvelles ne sont pas mobilisées. Une évolution possible de cette formation pourrait être de formuler des questions en ligne en post-formation qui permettrait d'accroître cette rétention via des applications dédiées à la révision comme Woo flash\* par exemple.

Il serait intéressant de ré-évaluer les participants à distance de l'enseignement (à moyen puis à long terme).

## 6. Perspectives

Les niveaux III et IV de l'échelle de Kirckpatrick, à savoir l'évaluation des comportements et l'impact sur les patients en pratique, n'étaient pas évaluables avec cette méthode. D'autres études prospectives longitudinales seraient intéressantes mais plus longues et difficiles à mener.

Il sera nécessaire de ré-évaluer régulièrement cette formation avec les nouvelles promotions d'internes compte tenu de la réforme du 2<sup>ème</sup> cycle comportant une formation initiale sur les violences plus largement abordées : deux nouveaux items (n° 10 et 11) intitulés « Violences et santé » et « violences sexuelles » et modification de l'item n°55 devenu item n°57 intitulé « Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile ». (55)

Pour améliorer encore le SEP, nous pensons que la partie présentielle est à développer en priorité. C'est en tout cas, ce que semblent suggérer nos résultats où les moyennes post-formation les plus basses concernent les items « mener un entretien » et « aborder les violences sexuelles ». C'est un savoir-faire délicat pour lequel des simulations nous semblent adaptées.

Il paraît intéressant que notre enseignement soit complété par des ateliers dont l'objectif serait d'augmenter la réflexivité, en travaillant sur les croyances et les représentations des étudiants. Cela pourrait permettre de lever les derniers freins pour l'action, ou la confiance dans son propre jugement. Des mises en situation seraient intéressantes avec par exemple des jeux de rôle ou toute autre forme de simulation présentielle, afin que les étudiants se retrouvent en groupe et puissent échanger sur ce sujet afin de pouvoir plus facilement faire face aux moments difficiles des entretiens avec les parents ou les enfants.

Une introduction à la formation par la projection d'un film en présentiel et d'un débat sous un format « Ciné santé » pourrait inciter plus d'étudiants à s'inscrire ou à finaliser la formation. Ce type d'animation peut s'envisager aussi pendant ou à la fin de la formation en ligne.

La pérennisation de la séance présentielle avec des experts en matière de protection de l'enfance semble être nécessaire, à raison d'une fois par an pour les internes ayant réalisé la formation dans l'année.

Comme évoqué plus haut, d'autres innovations seraient intéressantes comme des débats ou tables rondes après des visionnages de films de fiction qui permettraient d'échanger sur les émotions et les valeurs des personnages et de faire évoluer les représentations et les positionnements des professionnels. Des applications post-formation flexibles et mobiles pourraient augmenter la rétention de connaissances nécessaires aux actions de soins liées à la protection des enfants.

Au vu du besoin de formation général et de la satisfaction des participants à notre formation, il nous semble important d'élargir la population cible notamment,

- Aux internes de phases socles,
- Aux internes de médecine générale d'autres facultés,
- Aux internes d'autres spécialités (pédiatrique, psychiatrique, gynécologique),
- Aux médecins généralistes en exercice (Développement Professionnel Continu).
- Et pourquoi pas à d'autre professionnels de santé (sage-femmes, infirmiers, orthophonistes).



## V. CONCLUSION

La santé des enfants et des adultes est dépendante de la survenue et de la durée de violences subies dans l'enfance. Reconnaître cet état de fait et l'inclure dans une pratique quotidienne de soins de premiers recours, c'est se conformer aux données de l'Evidence Based Practice. Pour autant des freins sociétaux, culturels, politiques, organisationnels ou personnels restent bien présents. Certes le sujet des violences aux enfants y compris sexuelles ont pris leur place dans le débat public et on peut espérer une évolution plus favorable, mais il reste du chemin à parcourir pour que les soignants y pensent toujours et sachent y faire face.

Cette formation apporte une pierre à l'édifice du dépistage, de la prévention et du soin apportés aux enfants victimes. Elle semble avoir suscité l'intérêt spontané des étudiants et leur avoir donné des outils de vigilance et d'actions. Plus d'études seraient nécessaires pour en mesurer le véritable impact.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'enseignement hybride « Enfance et violence » en décrivant d'une part le niveau de satisfaction et d'autre part l'évolution du sentiment d'efficacité personnelle après réalisation de la formation.

L'évaluation que nous avons réalisée semble très positive avec des indices élevés de satisfaction pour tous les items évalués et un sentiment d'efficacité personnelle ayant augmenté en post-formation pour toutes les aptitudes recherchées. L'équipe pédagogique à l'initiative de ce projet est donc encouragée à la diffuser à plus grande échelle.

Enfin le développement de cette formation s'est poursuivi par un complément portant sur les violences éducatives ordinaires, vaste domaine de la prévention et de l'éducation en soins de premier recours. Ce nouveau pas vers l'action soignante, en amont de la maltraitance, pour prévenir et pour diffuser des méthodes éducatives plus efficaces semble logique, mais ne va pas de soi tant ce domaine reste sujet à débat. L'idée portée par cette initiative est que plus les soignants, dont les médecins généralistes font partie, y sont initiés, plus la culture d'une éducation non violente diffusera au sein de la population générale. Population pour laquelle le médecin de famille peut constituer un point de repère important.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Maltraitance [Internet]. 2022 [cité 11 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. HAS. has-sante.fr. 2017 [cité 18 avr 2023]. Fiche mémo maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche\\_memo\\_maltraitance\\_enfant.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf)
3. Tursz A. La maltraitance envers les enfants. Qu'en sait-on actuellement en France? Les Cahiers Dynamiques. 2015;66(4):17-27.
4. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. The Lancet. 3 janv 2009;373(9657):68-81.
5. Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles Faites aux Enfants (CIIVISE). ciivise.fr. [cité 17 déc 2023]. Violences sexuelles faites aux enfants : « On vous croit ». Disponible sur: <https://www.ciivise.fr/wp-content/uploads/2023/11/Synthese-VF.pdf>
6. ONPE. onpe.gouv.fr. 2023 [cité 24 août 2023]. Chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2021. Disponible sur: [https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/note\\_chiffres\\_cles\\_pe\\_2021\\_web.pdf](https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_pe_2021_web.pdf)
7. Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Marchbanks PA. Adverse Childhood Experiences and Sexual Risk Behaviors in Women: A Retrospective Cohort Study. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2 sept 2001;33:206-11.
8. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Med. 27 nov 2012;9(11):e1001349.
9. Violences faites aux enfants [Internet]. [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-faites-aux-enfants.html?PHPSESSID=ksc0j7snuffbsfjirhm9mah853>
10. Butchart A, Phinney Harvey A 138. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2016 [cité 18 avr 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250839>
11. Marta Santos Pais. Nations unies. 2015 [cité 24 août 2023]. Coûts économiques de la violence contre les enfants. Disponible sur: [https://violenceagainstchildren.un.org/fr/economic\\_costs\\_of\\_vac\\_viewpoint](https://violenceagainstchildren.un.org/fr/economic_costs_of_vac_viewpoint)
12. Raynal F, Allermoz E S. Maltraitance des enfants : ouvrir l'oeil et intervenir. Le bulletin de l'ordre national des médecins. 2015;(38):17-22.
13. Département de Loire Atlantique. Regard sur la protection de l'enfance [Internet]. 2023 [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: <https://observatoire.loire->

atlantique.fr/upload/docs/application/pdf/2022-12/regard\_sur\_16\_protection\_enfance\_dec22.pdf

14. GATEAU Manon. Transmission de l'IP par les MG du Bas Rhin dans le cadre du repérage du risque de maltraitance infantile [Internet]. Strasbourg; 2021 [cité 18 avr 2023]. Disponible sur: [https://publication-theses.unistra.fr/public/theses\\_exercice/MED/2022/2022\\_GATEAU\\_Manon.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2022/2022_GATEAU_Manon.pdf)
15. BAUSIERE Céline. Protection de l'enfance : comment répondre aux besoins de formation des médecins généralistes ? [Internet] [Thèse d'exercice]. Rouen; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01501405/document>
16. Université Laval. Concevoir et produire un cours à distance [Internet]. 2017 [cité 19 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.enseigner.ulaval.ca/system/files/guideconceptionproduction\\_2017.pdf](https://www.enseigner.ulaval.ca/system/files/guideconceptionproduction_2017.pdf)
17. HAS. Guide de conception de formation ouverte et à distance dans le monde de la santé [Internet]. 2015 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/guide\\_e-learning\\_rapport\\_complet.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/guide_e-learning_rapport_complet.pdf)
18. BOURBAN A. Haute école de gestion Genève. 2010 [cité 14 sept 2022]. Elaboration d'une démarche d'évaluation de modules e-learning de recherche à l'OMS; Disponible sur: [https://doc.rero.ch/record/20932/files/TDB\\_2112.pdf](https://doc.rero.ch/record/20932/files/TDB_2112.pdf)
19. M.-C. Viard, P. Grandgenèvre, M. Bubrovsky. Impact de la formation l'intervention de crise suicidaire sur la confiance et les aptitudes des professionnels hospitaliers des Hauts-de-France | Elsevier Enhanced Reader. Sciencedirect [Internet]. 12 mai 2022 [cité 13 oct 2022]; Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0013700622001324?token=A1DD1FC7B986ACB9BA2FB1D2ACB032B32CEAE68000B6D84B8C82EE528476C0A5FEBE1EFA115D8676F720DC85235E867F&originRegion=eu-west-1&originCreation=20221013191515>
20. Rondier M. A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. 15 sept 2004;(33/3):475-6.
21. Finkelstein R, de Septenville A. Évaluation de la formation, auto-efficacité et bien-être affectif au travail chez les magistrats de l'ordre judiciaire : le rôle médiateur du sentiment d'appartenance sociale. Psychologie du Travail et des Organisations. 1 déc 2016;22(4):242-54.
22. Galand B, Vanlede M. Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'apprentissage et la formation : quel rôle joue-t-il ? D'où vient-il ? Comment intervenir ? Savoirs. 2004;Hors série(5):91-116.
23. Perrault B, Bassart G, Dubus A B. Le SEP comme indicateur de l'efficacité d'une formation. Une application à l'évaluation de la formation des enseignants. Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF); 2010; Université de

Genève.

24. Degand A, Desrumaux P, Dose E. De l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité à la motivation au travail : le rôle médiateur du sens du travail chez les alternants en France. *Psychologie du Travail et des Organisations*. 1 sept 2021;27(3):203-15.
25. Limare Z, Guidoux M. Enfance et violences : réalisation d'un enseignement hybride pour les étudiants de troisième cycle de médecine générale à Nantes [Internet]. Nantes; 2022 [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03979861>
26. Waldorff FB, Siersma V, Nielsen B, Steenstrup AP, Bro F. The effect of reminder letters on the uptake of an e-learning programme on dementia: a randomized trial in general practice. *Fam Pract*. déc 2009;26(6):466-71.
27. Abdolrasulnia M, Collins BC, Casebeer L, Wall T, Spettell C, Ray MN, et al. Using email reminders to engage physicians in an Internet-based CME intervention. *BMC Medical Education*. 29 sept 2004;4(1):17.
28. Renzi C. Dépistage des maltraitances infantiles en médecine générale : les freins au dépistage, les aides possibles. Etude qualitative par entretiens auprès de médecins généralistes en Drôme Ardèche [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Claude Bernard; 2017 [cité 17 oct 2023]. Disponible sur: [https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/10/THESE\\_RENZI\\_Camille.pdf](https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/10/THESE_RENZI_Camille.pdf)
29. Herrmann-Maillet A. Enfance en danger : les freins à la transmission d'un signalement ou d'une information préoccupante chez les médecins généralistes libéraux installés dans le Pays basque français [Internet]. Bordeaux; 2021 [cité 17 oct 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03377909>
30. Vandon Y. Dépistage et prise en charge de la maltraitance infantile par les médecins généraliste du Narbonnais [Thèse d'exercice]. Montpellier; 2021.
31. Messaoudi T, Bodin F, Hidalgo Diaz JJ, Ichihara S, Fikry T, Lacreuse I, et al. Evaluation of a new eLearning platform for distance teaching of microsurgery. *Chirurgie de la Main*. 1 juin 2015;34(3):109-12.
32. Kerfoot BP, Baker H, Jackson TL, Hulbert WC, Federman DD, Oates RD, et al. A multi-institutional randomized controlled trial of adjuvant Web-based teaching to medical students. *Acad Med*. mars 2006;81(3):224-30.
33. Schilling K, Wiecha J, Polineni D, Khalil S. An interactive web-based curriculum on evidence-based medicine: design and effectiveness. *Fam Med*. févr 2006;38(2):126-32.
34. Collège Nationale des Généralistes Enseignants. [cnge.fr](http://cnge.fr). [cité 20 nov 2023]. Concepts et principes pédagogiques. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/concepts\\_et\\_principes\\_pedagogiques/](https://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/)
35. Davis J, Chryssafidou E, Zamora J, Davies D, Khan K, Coomarasamy A. Computer-based teaching is as good as face to face lecture-based teaching of evidence based medicine:

a randomised controlled trial. *BMC Medical Education*. 20 juill 2007;7(1):23.

36. Vaona A, Banzi R, Kwag KH, Rigon G, Cereda D, Pecoraro V, et al. E-learning for health professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2018 [cité 5 oct 2023];(1). Disponible sur:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011736.pub2/full>

37. Liu Q, Peng W, Zhang F, Hu R, Li Y, Yan W. The Effectiveness of Blended Learning in Health Professions: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*. 4 janv 2016;18(1):e4807.

38. Munro V, Morello A, Oster C, Redmond C, Vnuk A, Lennon S, et al. E-learning for self-management support: introducing blended learning for graduate students – a cohort study. *BMC Medical Education*. 24 sept 2018;18(1):219.

39. Sanaiey NZ. The Comparative Study of the Effectiveness of Using E-Learning, Blended Learning and Presence Learning in Continuous Medical Education. *World Journal of Medical Science*. 2014;10(4):488-93.

40. Maisonneuve H, Chabot O. Internet-based continuing medical education: as effective as live continuing medical education. *Presse Med*. oct 2009;38(10):1434-42.

41. Docq F, Lebrun M, Smidts D. Analyse des effets de l'enseignement hybride à l'université: détermination de critères et d'indicateurs de valeurs ajoutées. *Revue internationale des technologies en pédagogie universitaire*. 2010;7(3):48.

42. Devey S. Élaboration d'un e-learning sur les manifestations dermatologiques associées à la polyarthrite rhumatoïde et aux spondylarthrites [Internet]. 2019 [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274619>

43. D'Estriché de Baracé M. Quels sont les freins et les motivations à la participation à une formation e-learning pour les médecins généralistes du Finistère? Enquête qualitative par entretiens semi dirigés de médecins généralistes ayant participé à une session d'e-learning du CHEM. 2014.

44. Gormley GJ, Collins K, Boohan M, Bickle IC, Stevenson M. Is there a place for e-learning in clinical skills? A survey of undergraduate medical students' experiences and attitudes. *Med Teach*. janv 2009;31(1):e6-12.

45. HAS. Développement professionnel continu. Méthodes et modalités de DPC. [Internet]. 2015 [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste\\_methodes\\_modalites\\_dpc\\_decembre\\_2012.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf)

46. Lehraus K, Buchs C. Les interactions entre pairs dans des dispositifs structurés selon les principes de l'apprentissage coopératif. In: *Processus interactionnels et situations éducatives* [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2008 [cité 3 oct 2023]. p. 159-79. (Raisons éducatives). Disponible sur: <https://www.cairn.info/processus->

interactionnels-et-situations-educatives--9782804159436-p-159.htm

47. Bouffard G. L'apprentissage par les pairs, l'apport d'Eric Mazur à la pédagogie. 2014;27(2):29-33.
48. Donnard C. Evaluation d'un module de formation en ligne sur l'économie des antibiotiques en médecine générale. [Thèse de médecine]. [Nantes]: Nantes; 2016.
49. Université Bourgogne. inspe.u-bourgogne.fr. 2017 [cité 6 oct 2023]. Respecter l'alignement pédagogique pour soutenir les apprentissages des étudiants. Disponible sur: [https://inspe.u-bourgogne.fr/wp-content/uploads/2016/03/9.\\_Alignement\\_pedagogique.pdf](https://inspe.u-bourgogne.fr/wp-content/uploads/2016/03/9._Alignement_pedagogique.pdf)
50. Biggs J. Enhancing teaching through constructive alignment. High Educ. 1 oct 1996;32(3):347-64.
51. Université d'Avignon. apui.univ-avignon.fr. 2020 [cité 24 oct 2023]. Guide Appui de L'enseignement à Distance. Disponible sur: [https://apui.univ-avignon.fr/BlogApui/wp-content/uploads/2021/01/Guide\\_APUI\\_de\\_L'Enseignement\\_a\\_Distance.pdf](https://apui.univ-avignon.fr/BlogApui/wp-content/uploads/2021/01/Guide_APUI_de_L'Enseignement_a_Distance.pdf)
52. Karsenti T. Conditions d'efficacité des formations ouvertes ou à distance (FOAD) en pédagogie universitaire. Pédagogie Médicale. nov 2003;4(4):223-34.
53. Bridou A. Evaluation de la formation en ligne « Recherche documentaire en médecine générale » auprès de ses premiers utilisateurs : internes et médecins du Département de Médecine Générale de l'université de Nantes [Thèse d'exercice]. Nantes; 2020.
54. Bell DS, Harless CE, Higa JK, Bjork EL, Bjork RA, Bazargan M, et al. Knowledge retention after an online tutorial: a randomized educational experiment among resident physicians. J Gen Intern Med. août 2008;23(8):1164-71.
55. Monique R. www.elsevier.com. 2023 [cité 20 nov 2023]. DFASM et R2C : nouvelle numérotation des items. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/dfasm-et-r2c-nouvelle-numerotation-des-items>

## VII. ANNEXES

### Annexe n°1 – Questionnaire de satisfaction

#### Satisfaction

Pour chaque question, indiquez sur une échelle de 1 à 6 votre avis sur chacune des propositions suivantes.

1 : pas du tout d'accord ; 2 : pas d'accord ; 3 : plutôt pas d'accord ; 4 : plutôt d'accord ; 5 : d'accord ; 6 : tout à fait d'accord

*J'ai trouvé le format distanciel ET présentiel satisfaisant.*

*J'ai trouvé la durée de la formation adaptée aux objectifs*

*J'ai trouvé la durée de la formation adaptée à mes besoins.*

*J'ai trouvé le contenu de cette formation utile pour ma pratique future.*

*J'ai trouvé que les animations interactives proposées améliorent la formation.*

## Annexe n°2 – Questionnaire d’auto-efficacité pré et post-formation

### Questionnaire pré formation

#### Identification des participants

- Sexe
  - Féminin
  - Masculin
- Age
- Promo en cours
- Dans quel stage êtes-vous actuellement ?
  - Pédiatrie
  - Gynécologie
  - Stage ambulatoire femme-enfant
  - SASPAS
  - Médecine adulte
  - Autre : préciser ....
  
- Avez-vous déjà reçu une formation sur la thématique des maltraitances faites aux enfants ?
  - Pendant l’externat :*
    - Oui ; Si oui à combien d’heures évaluez-vous le temps de formation ? Réponse libre
    - Non
  - Pendant l’internat :*
    - Oui ; Si oui à combien d’heures évaluez-vous le temps de formation ? Réponse libre
    - Non

#### Auto-efficacité

Pour chaque question, indiquez sur une échelle de 1 à 6 votre avis sur chacune des propositions suivantes.

1 : pas du tout d’accord ; 2 : pas d’accord ; 3 : plutôt pas d’accord ; 4 : plutôt d’accord ; 5 : d’accord ; 6 : tout à fait d’accord

*Aujourd’hui je me sens capable d’utiliser les points essentiels du droit en matière de protection de l’enfance pour décider face à une situation de maltraitance.*

*Aujourd’hui je me sens capable de repérer des signes physiques et psycho-comportementaux de violences faites aux enfants.*

*Aujourd’hui je me sens capable de décrire de façon médico-légale les lésions issues de maltraitance afin de rédiger un certificat médical descriptif .*

*Aujourd’hui je me sens capable de mener un entretien en abordant toutes les formes de violences avec un enfant.*

*Concernant les violences sexuelles, je me sens capable de les aborder avec les enfants afin de les dépister.*

*Aujourd’hui je me sens capable de dépister et orienter les personnes souffrantes de psycho-traumatisme.*



*En cas de violence au sein d'un couple, je me sens capable d'évaluer les conséquences sur l'enfant.*

*Aujourd'hui je me sens capable de rédiger une information préoccupante pour l'adresser aux personnes compétentes.*

*Aujourd'hui je me sens capable de discerner et orienter en urgence les situations relevant du signalement*

*Aujourd'hui je me sens capable de mobiliser le réseau de protection de l'enfance face à une situation d'alerte.*

*Pour finir, vous sentez-vous compétent dans la gestion d'une situation possible ou avérée de violences faites aux enfants ?*

- Oui ; Si oui :
  - Par mon expérience clinique : oui/non
  - Par le fait d'être parent : oui/non
  - Par des formations préalables : oui/non
  - Autre, (précisez champ libre)
- Non
- Je ne sais pas

### Questionnaire post-formation

Bonjour, vous êtes les premiers à savoir suivi cette formation. Nous souhaitons avoir votre retour pour l'améliorer encore et permettre sa pérennisation.

N'hésitez pas à faire tous vos commentaires et retours, que nous tenterons de prendre en considération pour la version à venir.

Nous vous demandons de remplir à nouveau l'auto-évaluation que vous aviez réalisé en début de formation afin de valider définitivement ce cours.

Merci de votre participation.

### Auto-efficacité

Indiquez sur une échelle de 1 à 6 votre avis sur chacune des propositions suivantes.

1 : pas du tout d'accord ; 2 : pas d'accord ; 3 : plutôt pas d'accord ; 4 : plutôt d'accord ; 5 : d'accord ; 6 : tout à fait d'accord

*Aujourd'hui je me sens capable d'utiliser les points essentiels du droit en matière de protection de l'enfance pour décider face à une situation de maltraitance.*

*Aujourd'hui je me sens capable de repérer des signes de violence faites aux enfants.*

*Aujourd'hui je me sens capable de décrire de façon médico-légale les lésions issues de maltraitance.*

*Aujourd'hui je me sens capable de mener un entretien en abordant toutes les formes de violences avec un enfant.*

*Concernant les violences sexuelles, je me sens capable de les aborder avec les enfants et les adolescents.*

*Aujourd'hui je me sens capable de dépister et d'évaluer les personnes souffrantes de psycho-traumatisme.*

*En cas de violence au sein d'un couple, je me sens capable de dépister et évaluer les conséquences sur l'enfant.*

*Aujourd'hui je me sens capable de rédiger une IP et de l'adresser aux personnes compétentes.*

*Aujourd'hui je me sens capable de rédiger un signalement et de l'adresser aux personnes compétentes.*

*Aujourd'hui je me sens capable de mobiliser le réseau de protection de l'enfance face à une situation d'alerte.*

*Pour finir, vous sentez-vous compétent face aux violences faites aux enfants en tant que médecin généraliste ?*

- Oui ; Si oui :
  - Par mon expérience clinique : oui/non
  - Par le fait d'être parent moi-même : oui/non
  - Par des formations préalables : oui/non
  - Par cette formation
- Non

### Annexe n°3 – Réponses qualitatives au questionnaire de satisfaction

- Durée adaptée aux objectifs :

*Oui tout à fait ; Oui ; Oui très bien ; Oui la durée était adaptée ; Oui le temps est adapté ; Oui tout à fait même si un peu longue ; Oui la formation était complète ; Un peu long, mais très bien en plusieurs fois. Amphi rapide et adapté ; Oui, sujet dense mais les 10h sont largement suffisants. En tout cas, pas moins de temps. ; Je ne saurai pas dire, très dense donc plusieurs objectifs à graduer ; Très bonne durée, très exhaustif ; Oui, ni trop court ni trop long ; Oui SPOC suffisamment long pour permettre de traiter ce sujet ; Durée idéale pour les objectifs ; Formation longue certes mais extrêmement complète donc format adapté pour donner autant d'informations importantes. ; Contenu un peu long mais très riche en informations, il est préférable de faire la partie distancielle en plusieurs fois afin d'assimiler les informations. ; Si l'objectif c'est d'améliorer la compétence dépistage et prise en charge de la maltraitance infantile par les médecins généralistes : SPOC trop long, peut être 5 heures de formation SPOC + 5 heures de formation présentielle sous forme de jeux de rôle, groupes de pairs et en interdisciplinarité (avec des experts de pédiatrie ++) aurait peut-être été plus approprié. Si l'objectif c'est d'améliorer les connaissances des internes de médecine générale dans la maltraitance infantile : SPOC qui tend à l'exhaustivité et d'une durée complètement appropriée ; Oui durée correcte, la formation en distancielle pouvant être réalisée en plusieurs fois. Plus de deux heures en amphi auraient été de trop ; Oui la durée de la formation était parfaite car elle permet de faire un point complet sur le sujet sans être trop longue ; N'étant pas spécialiste du thème, j'ai trouvé la durée totale en accord avec le contenu permettant de bien balayer le thème ; Le SPOC prend un peu de temps pour le réaliser mais ce temps est nécessaire pour assimiler au mieux ce large domaine ; Oui c'est assez dense mais rendu très digeste grâce aux différents formats (quizz, vidéo, podcast, cas clinique..) ; Oui il paraît logique qu'un sujet aussi technique dans tous ses aspects soit abordé minutieusement ! ; Oui c'était très bien, cela peut paraître long au début mais finalement tous les modules sont très intéressants et complémentaires. ; Oui j'ai pris le temps de faire toute la formation qui prend un peu de temps. Mais cette formation est très bien faite, c'est un sujet qui m'intéresse beaucoup donc c'est passé vite. ; Oui la formation est longue mais c'était nécessaire au vu de tout ce qu'il y avait à couvrir ; Oui, possibilité d'évoluer à son rythme, découpage des chapitres bien pensé, temps indicatif appréciable ++ ; Formation assez longue mais beaucoup de thèmes abordés donc difficile de faire plus court ; Très complète et de ce fait la durée concorde avec l'exhaustivité des informations données ; Oui formation très complète contenu qualitatif avec de nombreuses ressources et les formes d'informations diverses (podcast, vidéos, livres, films) hyper enrichissant ; Tout à fait adapté ! J'aurai aimé avoir encore plus d'information sur les VOE. J'aimerais aussi pouvoir revoir les vidéos plus longtemps. Nous sommes beaucoup sollicités, il serait donc bien de pouvoir les revoir à distance. ; Adapté au vu de la densité du sujet et des nombreux points à aborder ; Modules très complexes donc durée de formation, même si très longue, tout à fait adaptée ; Au vu de la quantité d'informations, la durée est adaptée même si ça peut être un peu effrayant initialement ; Oui adapté assez concis avec de bonnes interventions claires ; Peut-être un peu long mais en même temps tout était intéressant ; Un peu long, peut être venir un peu plus vite aux messages essentiels.*

- Durée adaptée aux besoins :

*Oui complètement ; Oui ; Tout à fait adaptée ; Je pense qu'une durée de 2 mois pour préparer le SPOC sans se presser est idéal ; Assez long mais très complet donc longueur justifiée à mes yeux ; Elle me semble adaptée vu que nous avons très peu de notion à ce sujet, il n'y a pas de redite de mon point de vue ; Tout à fait. Nombreuses thématiques abordées, qui m'étaient parfois peu connues. ; Oui, formation plutôt longue à distance mais en même temps difficile de faire moins long ; Toutes les informations étaient pertinentes pour notre pratique future ; Top car on peut le faire à son rythme ; De bonne durée, pas plus pas moins. Si on voulait plus d'informations, il y avait des liens et des sources pour approfondir ; Durée optimale avec possibilité de revenir sur la formation pour la réaliser en plusieurs jours ; Oui, cela aurait*

*pu être plus court, mais cela est très formateur comme ça ; La durée était adaptée pour un premier contact global et assez complet de toutes les notions abordées ; Oui j'avais envie d'une formation un minimum approfondie car ayant fait un stage en PMI j'avais déjà pas mal d'informations ; Oui et le format en ligne permet de moduler la durée qui devient relative ; Oui, formation très complète, longue mais nécessaire devant un sujet si vaste ; Même si cela était un peu long, cela restait adapté à mes besoins ; Formation avec format assez court facile à segmenter en différentes sessions ; Oui avec différentes thématiques abordées : Difficile de le caler avec les stages + vie perso mais sur plusieurs soirs ça se fait plutôt bien quand même ; Oui même s'il aurait été mieux réparti de faire plus sur la pratique et un peu moins sur la théorie ; Dommage de ne pas y avoir accès plus longtemps pour pouvoir y revenir si on a des questions ; Beaucoup de détails dans les fichiers joints qui peuvent être un peu lassant à lire. Le reste est top et tourné de manière très pédagogique ; Un chouille longue (peut-être une heure en moins ?)*

- Contenu utile pour ma pratique :

*Sans aucun doute ; Absolument génial oui, très pratico-pratique ; Oui, pédagogique ++ ; Oui, thème peu abordé jusqu'ici ; Oui énormément, aussi bien les documents joints (modèle d'IP et signalement) que la synthèse des cours seront très utiles. ; Oui, surtout les fiches techniques à conserver ; Très pratique et très concret ; Oui surtout d'avoir des dossiers PDF à disposition pour plus tard ; Oui le contenu est adapté à notre pratique en tant que médecins généralistes, notamment sur l'accueil de la parole de l'enfant, la rédaction des IP, les différentes ressources disponibles. ; Entièrement, étant donné que je souhaite travailler aux urgences pédiatriques du CHD ; Très utile, très pratico-pratique, beaucoup de ressources utiles au cabinet. Annuaire, vidéos utiles, jeux pour les enfants, affiches ++ ; Certainement ! Il est vraiment explicatif et illustratif donc ça permet de se mettre en situation et voir rapidement les adaptations à faire sur nos questions, comment les formuler... ; Oui, beaucoup d'outils pratiques mis à notre disposition. Possibilité de télécharger les documents en PDF donc top pour garder les infos à disposition sur notre ordi perso. + mise en pratique avec rédaction comme si on était dans une vraie situation ; Très utile, les PDF remis sont un trésor et permettent de revenir facilement sur les notions à distance ; Petit bémol sur la quantité de ressource externe données, quantité importante, obligé de trier a posteriori selon ses besoins (j'imagine qu'il y a un parti pris ici). ; Peut-être plus de cas pratiques pour illustrer la théorie, notamment en présentiel ; Proposer en présentiel un exemple de correction de la rédaction d'une IP effectuée pendant la formation en distanciel ; Excellent contenu, très exhaustif et complet, très beau cours ! En revanche, densité très, peut-être trop importante, peut-être plus accessible si le contenu était plus condensé plus synthétique. Par ailleurs, les quizz, exercices étaient top, peut-être que des cas cliniques complets avec énoncé, interrogatoire, examen clinique, contexte socio familial, détecter les facteurs de risques, les drapeaux, les signes cliniques évocateurs; proposer une prise en charge pour pouvoir se mettre vraiment en situation concrète au cabinet ; Très utile ! Que ce soit pour le repérage des violences ou la prise en charge, cette formation apporte beaucoup d'outils pratiques ; Cela m'a permis de mieux appréhender cette notion, et de faire le nécessaire si besoin ; Oui, avec de nombreux cas cliniques rencontrés en médecine générale. ; Tout à fait avec possibilité de récupérer des documents utiles dans notre pratique future ; SPOC fort intéressant et enrichissant, dans un domaine que l'on n'aborde pas dans nos études. ; Absolument ! Cela donne de bonnes bases pour démystifier et prendre conscience des violences faites aux enfants. Rend les structures comme la CRIP plus accessible et pousse à se mettre en lien avec les professionnels les mieux formés ; Oui, je me sens maintenant à l'aise pour poser les questions au cabinet et les points sur la prise en charge et les modalités juridiques était très intéressantes aussi ; Très utile : SPOC de très bonne qualité, clair et concis permettant de bien comprendre les enjeux du repérage des violences faites aux enfants. Met bien en avant les signaux d'alerte ; Complètement, en tant que futur médecin généraliste et n'ayant pas eu accès à un stage de pédiatrie au cours de ma maquette, la création d'un SPOC de cette qualité m'a permis de générer des bases solides en matière de dépistage, de notions légales, d'évaluation du degré d'urgence et surtout des correspondants de soins qui aboutiront aux diverses mesures. Ayant déjà réalisé une longue*

recherche sur les maltraitances été agréablement surpris sur la partie des psycho traumatismes dont je n'avais peu/pas de notion. Les pièces jointes et les schémas sont également intéressants pour renforcer le propos ! Enfin, mention spéciale pour les quizz itératifs qui permettent de se tester en fin de chapitre +++ Petit bémol toutefois sur l'atelier de rédaction d'une IP, se prêtant plus à une activité de jeu de rôles en présentiel en petit groupe à mon sens... ; Oui, il y avait de la théorie, de la pratique (rédaction IP, comment poser les questions ..) et tout cela était complémentaire ; La documentation était assez riche, mais peut être des mises en pratique dans le même format que le cours sur la communication serait utile pour nous permettre de tester et d'échanger sur le sujet de façon plus pratique ; Oui le contenu était adapté. Il y a énormément d'informations et de ressources donc c'est pas mal d'avoir faire des fiches synthèses et d'avoir laissé des documents pour pouvoir s'y référer plus tard ; Oui, contenu clair, précis, beaucoup de fiches de synthèse et documents annexes ++ ; Oui ! je m'en servirai dès le saspas en mai prochain ! ; Tout à fait, je vais tâcher d'être vigilante pour chaque enfant. J'ai déjà observé un changement dans la façon dont je reçois les enfants douloureux chroniques par exemple ; Oui mais pas toujours facile à mettre en pratique en des temps de consultation assez restreinte en cabinet libéral ; Complètement, surtout la partie sur le psychotrau (thématique que je connaissais peu) ; Contenu très utile, quelques notions ont pu être déjà vues en cours par le passé (externat, cours en stage de pédiatrie), mais le fait d'avoir une formation dédiée pour le médecin généraliste qui travaille en cabinet est un vrai plus

- Animations interactives :

Totalement ; Oui énormément, cela rend la formation plus interactive, nous permet de passer plus de temps sur les sujets que l'on maîtrise moins, et de mieux enregistrer les informations ; Oui très ludiques ; Oui, permettent un SPOC dynamique et participatif ; Oui, cela permet de mieux intégrer les notions ; Bonne idée pour les cas cliniques. Le quizz ne me paraît pas forcément primordial pour ancrer les idées ; Oui, la variation de support est réellement un plus ; Oui, cela permet de consolider l'apprentissage ; Oui avec une très bonne alternance entre écoute et activités ; Oui, cela permet d'être actif durant la formation, plus que de simples vidéos où l'on est plus passif ; Parfaitement notamment l'exercice de rédaction d'une IP ++ ; Les situations cliniques étaient bien choisies et formatrices ; Oui ça évite d'être passif et permet d'être plus concentré ; Les activités interactives sont une vraie plus-value pour assimiler les connaissances, car SPOC assez concentré en information. ; Oui à la fois permettant de changer le rythme (rester concentré) et pertinentes ; En effet elles m'ont permis d'enregistrer plus durablement les informations ; Oui permet d'être actif pendant la formation et de ne pas juste écouter un cours. Le fait d'avoir des activités interactives permet de mieux assimiler les informations ; Cela permet de fixer les choses, et de confronter nos idées, ou bien nous rassurer sur notre façon de pratiquer ; Oui j'ai bien aimé les cas cliniques qui permettent de jauger l'urgence. Ça aide à avoir une idée de quoi faire en pratique ; Oui notamment les vignettes sur les différentes situations à classer en fonction de l'urgence, qui font écho à notre activité de tous les jours ; Très bien, surtout les vignettes de correction de cas cliniques à la fin ; En distanciel, les animations interactives permettent d'être actif au cours de l'apprentissage, sont pertinentes et très bien faites ! En présentiel, l'espace de parole en la présence de la médecin spécialiste de médecine légale pédiatrique était parfaitement bienvenu et a permis d'éclaircir les quelques interrogations qui peuvent ressortir à la fin du SPOC. Un complément de formation à type d'atelier/mise en situations me semblerai intéressant pour la seconde partie en présentiel (ex : rédaction d'IP, simulation d'annonce à la famille en petits groupes, quizz sur les apprentissages générés). Un grand merci en tous les cas. ; Oui, même si quelques problèmes informatiques ; Oui, mais parfois quelques beugs selon le navigateur (sons qui ne se lancent pas sur safari, ok sur firefox/brave), parfois on doit reprendre toute une partie de l'animation pour réécouter seulement une partie, c'est dommage. Les vidéos youtube sont tops ; La rédaction d'une IP en fin de formation peut paraître de prime abord difficile, mais le fait d'être guidé par les différentes sections permet d'avancer par paliers et de comprendre la façon de faire la plus adaptée et complète ; Les activités interactives amélioreraient la formation mais auraient peut-être pu être plus poussées, sur IP/pas IP et les différentes pistes à rechercher dans chaque type de situation proposée ;

*Oui. J'aurai bien aimé plus de petits QCM avec une correction au fur et à mesure, type cas clinique ; Certaines oui, d'autres étaient plus superflues mais dans l'ensemble oui ! ; Pas forcément le point phare de la formation, il permet de faire travailler la mémoire active immédiate mais n'améliore pas grandement la formation ; Je n'ai pas trouvé les activités interactives indispensables, le reste du contenu était beaucoup plus enrichissant ! quelques vrai/faux étaient quand même intéressants selon moi ; Probablement, pas très convaincu à titre personnel ; Non pas forcément, pour moi l'utilité d'un SPOC c'est d'apporter de la matière brute, ensuite il y a le temps de l'appropriation et de la mise en pratique, donc les activités interactives n'ont en tant que tel pas grand intérêt hormis de maintenir notre attention*

- Données qualitatives issues du site du DMG

*Condenser le contenu du cours ; Merci beaucoup pour cette formation exceptionnelle ; Gros gros travail sur ce spoc, très qualitatif merci beaucoup ; Pouvoir garder les vidéos en accès libre pour ceux qui ont participé au SPOC ; Très bien mais pas sûr de l'apport d'un cours en présentiel uniquement pour une session questions-réponses Par contre un grand merci pour le SPOC qui était hyper instructif ! ; Il serait intéressant de faire un chapitre sur les mutilations sexuelles chez les enfants ; N'ayant pas été en mesure de suivre le SPOC je n'ai pas pu aller au cours ; Génial ; Je n'ai pas pu assister à cette formation puisque j'étais en congés annuels et physiquement non présente à Nantes. J'aurais bien aimé avoir connaissance en amont de la date de présence obligatoire pour y assister. L'année prochaine peut-être ! ; Mon évaluation n'est donc pas du tout représentative mais je "devais" y répondre sur le site. ; L'exercice avec la rédaction d'une IP était très pertinent ; Plus de mises en situation ; Je dois évaluer cet enseignement mais n'y ai pas participé, d'où ma notation neutre ; Personnellement je n'ai pas pu finir l'enseignement, devant la charge émotionnelle importante sur ce sujet très compliqué à aborder. C'est pour cela que je ne le recommande pas à tous les internes*

**Titre de Thèse : Évaluation d'une formation hybride portant sur les violences faites aux enfants et dispensée aux internes de Médecine générale de la Faculté de Nantes.**

---

RESUME

Contexte et objectifs : Les violences faites aux enfants représentent un problème de santé publique aux conséquences physiques, psychologiques et sociétales fréquentes et variées.

Le médecin généraliste a sa place dans le dépistage et l'orientation des enfants victimes de violence. Un des freins au dépistage est le manque de formation des médecins généralistes et c'est suite à ce constat qu'a été créée la formation hybride « Enfance et violences ». Ce travail a pour but l'évaluation de cette formation par l'évaluation du niveau de satisfaction des apprenants et par l'évolution du sentiment d'efficacité personnelle. On définit le SEP par « les croyances d'un individu quant à ses capacités à réaliser des performances particulières ».

Méthode : Nous avons réalisé un questionnaire pré-formation d'auto-efficacité et un post-formation de satisfaction et d'auto-efficacité, obligatoires pour valider l'enseignement. Plusieurs e-mails ont été envoyés afin de favoriser l'engagement.

Résultats : Les réactions recueillies sont positives avec des notes de satisfaction élevées pour tous les items abordés. Le SEP a augmenté pour tous les items évalués avec un taux de progression de 35% à 66%.

Conclusion : Devant ces résultats encourageants, il semble intéressant de diffuser la formation à plus grande échelle.

---

**MOTS-CLES**

Maltraitance infantile, enfance en danger, évaluation, formation, hybride, e-learning, pédagogie, médecins généralistes, internes, auto-efficacité, satisfaction.