Effets de la formation sur la violence conjugale

Révision systématique d'études randomisées contrôlées

Eman Zaher MB BS MPH **Kelly Keogh** MD MHSc **Savithiri Ratnapalan** MB BS MEd FRCPC FAAP

Résumé

Objectif Décrire et évaluer l'efficacité de la formation concernant la violence conjugale pour améliorer les connaissances et permettre la reconnaissance et la prise en charge par les médecins des femmes victimes de violence.

Sources des données On a fait une recension dans la base de données des révisions systématiques de Cochrane, MEDLINE, PubMed, PsycINFO, ERIC et EMBASE pour trouver des articles publiés entre le 1e janvier 2000 et le 1e novembre 2012. Des recherches manuelles ont complété cette recension pour cerner des articles pertinents à l'aide d'une stratégie de recherche combinant des textes, mots et expressions MeSH.

Sélection des études On a choisi des études randomisées contrôlées qui portaient sur des interventions éducatives à l'intention des médecins et fournissaient des données sur les effets des interventions.

Synthèse On a inclus 9 études randomisées contrôlées qui décrivaient différentes approches pédagogiques et diverses mesures des résultats. Trois études examinaient les effets d'interventions éducatives pour des médecins en formation postdoctorale et ont constaté une augmentation des connaissances, mais il n'y a eu aucun changement dans le comportement en ce qui a trait à l'identification des victimes de violence conjugale. Six études portaient sur des interventions éducatives pour des médecins en pratique active. Trois d'entre elles utilisaient une approche à multiples facettes pour les médecins, qui combinait une formation ainsi que des interventions de soutien de la part du système pour changer les comportements des médecins, comme une sensibilisation générale accrue à la violence conjugale au moyen de brochures et d'affiches, des aide-mémoire pour rappeler aux médecins comment identifier les victimes, des moyens pour faciliter l'accès des médecins à des services de soutien pour les victimes, la réalisation d'audits et la fourniture de rétroaction. Les interventions éducatives à multiples facettes prenaient la forme d'ateliers interactifs, d'apprentissage sur le web et de formation expérientielle. Une autre étude utilisait des discussions de groupes témoins et de la formation et a permis de constater une amélioration dans le signalement de la violence conjugale par les médecins. Les 2 autres études ont relevé une meilleure perception par les médecins en pratique de leur confiance en eux à l'aide d'apprentissage par problèmes en ligne.

Conclusion Il a été difficile de déterminer quelle stratégie pédagogique était la plus efficace étant donné que les interventions éducatives et les mesures

POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- Cette révision a permis de constater que la formation à facettes multiples et les changements institutionnels ou systémiques étaient efficaces pour améliorer le comportement des médecins en pratique tant sur le plan du signalement de la violence conjugale que des demandes de consultations à cet égard. Des ateliers sur la violence conjugale à l'intention des médecins en formation postdoctorale n'ont pas produit d'effets significatifs sur leur comportement quant à l'identification des victimes de violence conjugale.

- L'apprentissage par problèmes en ligne semble accroître la perception qu'ont les médecins de leur propre efficacité à traiter la violence conjugale.

- La formation des médecins combinée à des interventions de soutien de la part du système, comme une sensibilisation accrue à la violence conjugale, des aide-mémoire pour l'identification des victimes et un meilleur accès à des services de soutien, semble avoir un effet bénéfique sur les victimes de violence conjugale et augmente le nombre de demandes de consultations auprès de ressources à l'intention de ces victimes.

Cet article donne droit à des crédits Mainpro-M1. Pour obtenir des crédits, allez à www.cfp.ca et cliquez sur le lien vers Mainpro.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2014;60:e340-7.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the July 2014 issue on **page 618.**

des résultats variaient entre les études choisies. De brèves interventions pour les médecins en formation postdoctorale amélioraient les connaissances mais ne semblaient pas influencer les comportements. La formation en ligne sous forme d'apprentissage par problèmes améliorait les perceptions des médecins en pratique, leurs connaissances et leurs habiletés quant à la prise en charge de la violence conjugale. La formation des médecins combinée à des interventions de soutien de la part du système semblait bénéfique aux victimes de violence conjugale et augmentait le nombre de demandes de consultations auprès des ressources de soutien à leur intention.

La violence conjugale est un enjeu de santé mondial qui crée de sérieux problèmes de santé et a des répercussions émotionnelles, psychologiques et physiques à long terme sur les victimes et les familles[1,2]. La violence conjugale, aussi connue sous le nom de violence du partenaire intime (VPI), est définie par l'Organisation mondiale de la Santé comme un acte de violence physique, sexuelle ou émotionnelle par un partenaire actuel ou antérieur, qu'il cohabite ou non avec la personne[3]. La violence conjugale est un problème universel, mal identifié, mal reconnu et mal géré[3-7]. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la violence conjugale a atteint des proportions épidémiques dans plusieurs sociétés, notamment de 15 % à 71 % de femmes dans divers pays qui vivent des violences physiques ou sexuelles ou les 2 à un certain moment de leur vie[8,9]. Les professionnels de la santé perçoivent des difficultés dans la prise en charge de victimes de violence en raison de divers facteurs, y compris les contraintes de temps, le manque de formation et l'accès limité à des ressources spécialisées en violence conjugale[5,6,10].

Durant la dernière décennie, on a vu certains progrès dans la mise en œuvre de programmes de formation en violence conjugale à l'intention des médecins et d'autres professionnels de la santé, dans le but d'améliorer leurs capacités de prendre en charge les victimes de violence[11]. Par ailleurs, il persiste une controverse internationale importante entourant le dépistage systématique de la violence conjugale chez les femmes, surtout lorsque les ressources sont limitées. Alors que les récentes lignes directrices du Preventive Services Task Force des États-Unis[12] recommandent de dépister chez les femmes asymptomatiques en âge de procréer des signes de violence conjugale et de référer celles qui ont besoin de traitement aux organismes appropriés, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs n'a pas trouvé de données suffisantes en faveur ou contre le dépistage systématique de la violence conjugale chez les femmes[13]. Quoiqu'il en soit, la recherche démontre que les médecins éprouvent de la difficulté à mettre en œuvre des mesures de prévention de la violence conjugale en raison d'une formation inadéquate du personnel multidisciplinaire, ainsi que du manque de temps, d'expérience, de connaissance des ressources communautaires et de disponibilité d'interventions efficaces pour soutenir les femmes et les protéger contre d'autres violences futures[14-16]. Selon la recherche sur l'efficacité de l'éducation concernant la violence conjugale durant des activités de formation postdoctorale ou de formation médicale continue (FMC), de telles activités améliorent les connaissances et les attitudes des médecins à propos de la violence conjugale, mais il n'est pas certain si de telles activités influencent les résultats chez les patientes[11,17,18].

Cette révision systématique a pour but de décrire et d'évaluer les effets des interventions éducatives en matière de violence conjugale auprès des médecins. L'approche standard, soit la méthode PICO (population, intervention, comparaison et résultat [outcome]), a servi à déterminer l'angle et la portée de la révision, la population visée et les principales questions[17-21]. La population cible inclut des médecins en formation postdoctorale et des médecins en pratique active de toutes les spécialités qui ont reçu une FMC ou du développement professionnel continu sur l'identification et la prise en charge de la violence conjugale. L'intervention désigne tout programme éducatif qui consiste à former les médecins sur la VPI ou la violence conjugale par rapport à l'absence d'intervention. La mesure des résultats porte sur la satisfaction des apprenants, les changements dans les connaissances ou les attitudes, les changements de comportements et les effets sur les patientes (p. ex. un plus grand nombre de cas de violence conjugale identifiés et référés à des programmes d'intervention).

SOURCES DES DONNÉES

En collaboration avec une bibliothécaire de recherche, on a fait une recension dans les bases de données électroniques et la littérature grise. La première recherche a été effectuée à l'aide des bases de données suivantes: base de données Cochrane des révisions systématiques, MEDLINE, PubMed, PsycINFO, ERIC et EMBASE. La recension visait à cerner des articles publiés entre le 1e janvier 2000 et le 1e novembre 2012. Les termes de recherche pour les bases de données électroniques incluaient la nomenclature MeSH, le vocabulaire contrôlé, des mots en texte libre, des mots et des expressions clés comme les suivantes: *physicians, doctors, residents, continuing medical education, postgraduate, educational programs, intimate partner violence, domestic abuse, domestic violence, physical, sexual, psychological, violence, abuse, spouse abuse* et *partner abuse.*

Sélection des études

Pour être incluses, les études devaient répondre aux critères suivants (**Tableau 1**): elles devaient avoir été publiées en anglais; elle devaient avoir été publiées au cours des 12 années précédentes pour mettre à jour la révision effectuée par Davidson et collègues en 2001[22]; la population visée devait inclure des médecins de n'importe quelle spécialité; la conception des études devait être des essais randomisés contrôlés (ERC); et les interventions devaient avoir pour but d'influencer la pratique professionnelle à l'un des niveaux du modèle de Kirkpatrick pour évaluer l'efficacité de la formation[23]. En ce qui a trait au dernier critère, les points d'influence du modèle peuvent inclure la satisfaction ou la réaction des apprenants; les connaissances ou les issues de l'apprentissage; le rendement ou le comportement; les issues pour les patientes ou les résultats pour les consommateurs[23].

La recherche initiale a produit 350 articles. Les titres et les résumés ont été examinés pour en déterminer la pertinence et les études en entier ont été passées en revue si les résumés n'étaient pas clairs. Au total, 25 articles ont été identifiés comme potentiellement admissibles à l'inclusion (**Figure 1**). Lorsque les résultats ont été combinés, 11 articles étaient en double et 3 ont été exclus parce qu'ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion. On a ainsi identifié 7 études comme étant admissibles. Les références et les citations des articles retenus ont fait l'objet d'une recherche manuelle et 2 ERC additionnels ont été cernés pour un total de 9 aux fins de la présente révision. Des méthodes descriptives ont été utilisées pour résumer les résultats en raison de l'hétérogénéité des études retenues sur les plans de la qualité de l'étude, du milieu, de la population visée, de l'intervention éducative et des résultats évalués.

Évaluation de la validité. Trois réviseurs (E.Z., K.K., S.R.) ont évalué indépendamment la qualité des études incluses à l'aide des critères suivants énoncés dans le *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*: partialité dans la sélection, partialité dans le rendement, partialité dans la détection, partialité dans l'attrition et partialité dans le signalement[24]. Les désaccords entre les 2 premiers réviseurs (E.Z., K.K.) ont été réglés en consultation avec la troisième réviseure (S.R.). On a attribué à chaque étude une cote de 1 à 3 selon le *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*[24]: faible risque de partialité (*A*), risque modéré de partialité (*B*) ou risque élevé de partialité (*C*).

Risque de partialité. Parmi les 9 études, 2 ont reçu une cote *A*, grande qualité et faible risque de partialité[25,26]; 2 ont été cotées *B*, qualité modérée et risque modéré de partialité[27,28] et les autres ont reçu une cote *C*, faible qualité et risque élevé de partialité[29-33]. Une dissimulation et la protection contre la contamination ont été faites dans 3 études[25,26,28]. Une évaluation en aveugle des résultats primaires a été réalisée dans 3 études [25,27,28]. Des mesures fiables des résultats primaires et secondaires ont été utilisées dans toutes les études[25-33].

SYNTHÈSE

Parmi les 9 études incluses dans cette révision (**Tableau 2**)[25-33], 3 visaient des stagiaires au niveau postdoctoral[27,29,31]. Des ateliers et de brèves séances de séminaires où on utilisait des enregistrements vidéo et des jeux de rôles ont grandement amélioré les connaissances à propos de la violence conjugale, mais n'ont pas entraîné de changements dans le comportement

Tableau 1. Critères d'inclusion pour les études primaires

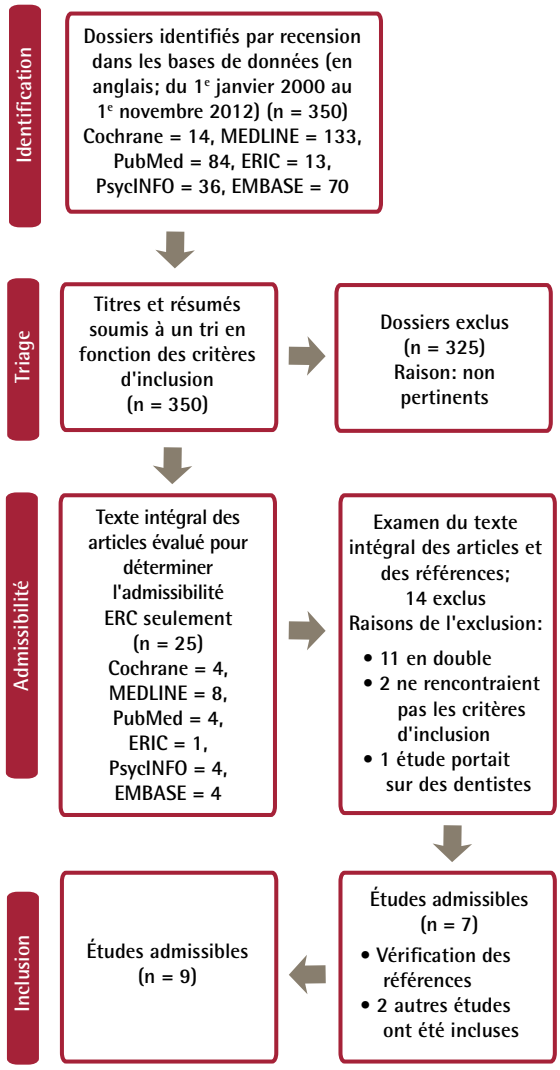
TYPE	DESCRIPTION
Population	Médecins au niveau postdoctoral (p. ex. résidents ou médecins en pratique active qu'importe la spécialité)
Intervention	Tout programme éducatif sur la VPI ou la violence conjugale ou une formation impliquant un groupe multidisciplinaire de professionnels de la santé ou de médecins seulement
Résultats (modèle de Kirkpatrick)	• Satisfaction ou réaction de l'apprenant • Changements dans les connaissances et les attitudes à l'endroit de la VPI ou résultats de l'apprentissage à cet égard • Changements dans le rendement ou le comportement des médecins (p. ex. identification des cas, dépistage, documentation et demandes de consultations auprès de ressources spécialisées en VPI) • Issues pour les patientes ou résultats pour les consommateurs et les organisations (rentabilité, meilleure qualité de vie pour les victimes de violence)
Études	Essais randomisés contrôlés
Langue	Anglais
Période couverte	Du 1e janvier 2000 au 1e novembre 2012

VPI—violence du partenaire intime.

ou les attitudes des médecins résidents envers la violence conjugale[27,31]. On a constaté que l'ajout à l'atelier de formation sur la VPI d'une expérience dans un refuge (dans laquelle les résidents assistaient à une réunion hebdomadaire de survivantes de VPI) avait eu un modeste effet sur le gain de connaissances (P=,04) au sujet de la VPI par rapport à l'approche didactique[31]. Le recours à des patientes standardisées n'a pas permis l'identification correcte des cas de VPI par les résidents dans le groupe d'intervention, mais s'est traduit par des scores plus élevés sur une liste de vérification de la compétence (P=,036) et dans la maîtrise du counseling concernant les plans de sécurité (P=,04)[29].

Six études portaient sur des médecins en pratique active[25,26,28,30,32,33]. Dans 3 études, les médecins et d'autres professionnels de la santé recevaient de la formation, en plus de mesures de soutien du système, dans le but d'améliorer le dépistage de la VPI et sa prise en charge[25,28,32]. Ces activités de soutien du système tentaient d'accroître la sensibilisation générale à la violence conjugale au moyen d'affiches et de brochures sur la violence conjugale dans les salles d'attente, ainsi que la fourniture de moyens auxiliaires comme des aide-mémoire pour les professionnels de la santé, des listes de vérification dans les dossiers médicaux pour le diagnostic des cas de violence conjugale et de l'information sur l'accès à des services et la demande de consultation pour la prise en charge des patientes. Il s'est produit des améliorations substantielles et soutenues dans les connaissances et les attitudes du personnel à propos de la violence conjugale, ainsi que dans les pratiques signalées par les intéressés après l'apprentissage appuyé par le système[28,32]. Les résultats pour les patientes se sont améliorés dans les 3 études[25,28,32]. Dans l'étude par Feder et ses collaborateurs[25], la formation des cliniciens de soins primaires et le soutien du système ont résulté en une identification accrue des victimes de violence conjugale et une augmentation du nombre de références à des organismes spécialisés en violence conjugale et à des programmes de défense des intérêts des victimes. Cette amélioration était toujours présente lors d'une évaluation 12 mois après la deuxième séance de formation (rapport de taux d'intervention ajusté 22:1). Les rapports de divulgation de la violence conjugale dans les dossiers médicaux électroniques de la pratique générale ont augmenté considérablement dans les pratiques de l'intervention (n=641) par rapport aux pratiques témoins (n=236) (rapport de taux d'intervention ajusté 3:1)[25]. Le taux de questionnement à propos de la violence conjugale a aussi augmenté de 14,3 % dans une étude[28]. Dans une autre étude, la mise en œuvre d'une approche de soutien par le système ne s'est pas traduite par une augmentation statistiquement significative dans les taux d'identification des victimes de violence conjugale (P=,52), mais la satisfaction des patientes était plus élevée (P<,001) après l'intervention.[32]

Figure 1. Diagramme PRISMA (sigle anglais pour éléments de rapports privilégiés dans les révisions systématiques et les méta-analyses) pour la sélection des études



Cochrane—Base de données Cochrane des révisions systématiques, ERC—essai randomisé contrôlé.

Une FMC en ligne au sujet de la violence conjugale, dans laquelle on utilisait l'apprentissage par problèmes, a fait l'objet d'une évaluation dans 2 ERC[30,33]. Des sondages avant et après ont été réalisés pour évaluer la perception de changements dans les connaissances, les attitudes et le comportement, y compris la confiance en soi du médecin et les pratiques de prise en charge de la VPI signalées durant la période à l'étude. La formation en ligne au sujet de la violence conjugale s'est traduite par une amélioration moyenne de 17,8 % dans les scores liés au domaine de la confiance en soi (P<,001)

Tableau 2. Descriptions et résultats des études

ÉTUDE ET MILIEU OU PARTICIPANTS	NOMBRE DE PARTICIPANTS: INTERVENTION	NOMBRE DE PARTICIPANTS: TÉMOIN	DESCRIPTION DE L'INTERVENTION	MESURE DES RÉSULTATS	RÉSULTATS
Feder et coll. (2011, RU)[25] 2 fiducies de soins primaires en milieu urbain	24 pratiques Interventions soutenues par le système: programme IRAS	24 pratiques Aucun programme IRAS	• Formation interactive multidisciplinaire sur la VC • Modèle dans les DME relié au diagnostic courant chez les patientes victimes de VC • Fiches sur la VC • Simplification de la demande de consultation aux organismes spécialisés en VC	• Nb de femmes dans les DME référées à des organismes s'occupant de VC • Identification des patientes victimes de VC dans les DME • Références de femmes inscrites dans les pratiques à l'étude • Mesure de la préparation, des connaissances et des pratiques telles que rapportées par les cliniciens à l'égard de la VC	• Le nb de références à des organismes spécialisés en VC inscrites dans les DME dans les pratiques du groupe d'intervention était 21 fois plus élevé que celui enregistré dans les pratiques témoins (rapport de taux d'intervention ajusté = 22:1) • Dans les pratiques du groupe d'intervention, le nombre de divulgations de cas de VC était de 641 c. 236 dans les pratiques témoins (rapport de taux d'intervention ajusté = 3:1) • Le programme était rentable • La défense des intérêts des victimes était jugée essentielle • Aucun événement indésirable signalé
Lo Fo Wong et coll. (2006, Pays-Bas)[26] Pratiques familiales	38 Discussions de GT au sujet de la VC et formation sur la VC	17 Aucune formation sur la VC	• Intervention de faible niveau: 6 discussions de GT sur la VC dirigées par un scientifique des sciences sociales qualifié • Intervention de niveau intensif: 6 discussions de GT et 1,5 j de formation (9 crédits de FMC)	• Nb de cas de VC signalés • Nb de cas sans signes évidents permettant de soupçonner ou de discuter de violence de la part du partenaire	• La formation complète a entraîné une amélioration significative dans la détection des cas de VC (rapport de taux= 4,54) • La comparaison entre le groupe ayant seulement participé au GT et le groupe témoin a résulté en un rapport de taux de 2,20 • La comparaison entre le groupe ayant suivi la formation complète et celui ayant participé seulement au GT a résulté en un rapport de taux de 2,19 • La comparaison entre le groupe ayant suivi la formation complète et les 2 groupes non formés pour les sensibiliser à la violence par un partenaire dans les cas de signes non évidents a résulté en un RC de 5,92.
Coonrod et coll. (2000, EU)[27] Résidents (programmes multiples)	53 Brève vidéo et jeux de rôles au sujet de la VC	49 Aucune formation sur la VC	• Intervention en 1995: vidéo de 20 min sur la VC • Intervention en 1996: programme de 20 min (vidéo de 9 min et jeux de rôles démontrant les techniques d'entrevue pour détecter la VC)	• Diagnostics signalés par l'intéressé des cas de VC entre l'intervention et le suivi 9 à 12 mois après l'intervention • Les changements dans les connaissances ont été évalués à l'aide d'un questionnaire vrai ou faux, administré avant et après l'intervention	• Les résidents du groupe d'intervention étaient 35 % plus susceptibles que ceux du groupe témoin de diagnostiquer la VC (RR = 1,35; IC à 95 % de 0,96 à 1,90) mais le résultat n'était pas significatif • Une augmentation significative dans les connaissances a été constatée chez les résidents du groupe d'intervention (*P* = ,002)
Thompson et coll. (2000, EU)[28] Équipes multidisciplinaires de 5 cliniques de soins primaires	91 Intervention soutenue par le système fondée sur un modèle de changement du comportement	88 Aucune intervention soutenue par le système sur la VC	• 2 séances de formation d'une demi-journée avec formation supplémentaire pour des leaders désignés • Bulletin bimensuel • Tournées cliniques éducatives sur la VC • Soutien du système • Rétroaction	• Les CAC des professionnels • Les cotes accordées par les professionnels aux composantes de l'intervention après 8 ou 9 mois • Identification de cas de VC lors de visites pour blessures, dépression, douleurs pelviennes chroniques ou examen physique • Évaluation des plans de prise en charge pour les victimes	• Résultats meilleurs chez les professionnels sur le plan des CAC jusqu'à 21 mois après le début du programme et meilleurs résultats du processus de soins (questionnement) après 9 mois • Dans l'ensemble, l'identification des cas de VC a augmenté de 30 % (RC = 1,3; non statistiquement significatif) • Le questionnement documenté à propos de la VC a augmenté de 14,3 % avec une hausse relative de 3,9 fois plus après 9 mois en comparaison des cliniques témoins • La qualité consignée de l'assistance aux patientes victimes de VC n'a pas changé
Haist et coll. (2007, EU)[29] Résidents en médecine interne	14 Atelier interactif sur la VC (2 h) à l'aide de PS	13 Atelier sur la douleur chronique	• Discussion en atelier sur la VC à propos des antécédents de VC, des signes de violence, des méthodes de dépistage de la VC, des éléments d'un plan de sécurité et des lois des États exigeant le signalement	• Habiletés des étudiants dans la prise en charge de la VC • Identification de la VC • Liste de vérification de la compétence • Maîtrise du counseling en planification de la sécurité	• Les PS qui jouaient des scénarios de cas de VC n'ont pas été identifiées plus fréquemment par les résidents ayant suivi l'atelier sur la VC que ceux ayant suivi l'atelier sur la douleur chronique: 16 sur 25 (64 %) c. 13 sur 23 (56 %) (*P* = ,86, RC = 1,12, IC à 95 % de 0,35 à 3,59) • Les résidents dans le groupe d'intervention ont eu des scores plus élevés de ≥ 75 % dans la liste de vérification que les résidents du groupe témoin (*P* = ,036, RC = 5,90, IC à 95 % de 1,12 à 31,2) • Il n'y avait pas de différence significative dans le taux d'identification des PS jouant les scénarios de VC par les résidents ayant suivi l'atelier sur la VC par rapport aux résidents ayant suivi l'atelier sur la douleur chronique (64 % c. 56 %, *P* = ,86, RC = 1,12, IC à 95 % de 0,35 à 3,59)

Suite du **Tableau 2** à la **page e345**

*Suite du **Tableau 2** de la **page e344***

ÉTUDE ET MILIEU OU PARTICIPANTS	NOMBRE DE PARTICIPANTS		DESCRIPTION DE L'INTERVENTION	MESURE DES RÉSULTATS	RÉSULTATS
	INTERVENTION	TÉMOIN			
Harris et coll. (2002, EU)[30] Médecins en pratique au Kansas	50 FMC en ligne	49 Aucune FMC en ligne	• Scénarios interactifs basés sur des cas	• Changement dans la confiance ressentie par les médecins de prendre en charge des patientes victimes de VC	• Il y a eu une augmentation en moyenne (17,8 %) dans les scores relatifs à la confiance en soi dans le groupe d'intervention par rapport à une baisse (0,6 %) dans le groupe témoin (*P*<,001) • Changements significatifs dans les scores dans 5 autres domaines • Aucune évaluation du comportement réel des médecins • Les changements à long terme dans les connaissances et les attitudes n'ont pas été évalués
Brienza et coll. (2005, EU)[31] Résidents en médecine interne à l'université	22 résidents Atelier de formation sur la VC	22 résidents Atelier de formation sur la VC et expérience au sein d'un refuge pour femmes	• Tous les résidents participaient à un atelier de 90 min sur la VPI qui incluait un apprentissage didactique, des vidéos et des jeux de rôles • Les résidents du groupe d'intervention faisaient l'expérience d'un refuge (visiter un refuge pour femmes victimes de VPI et assister à une réunion hebdomadaire de survivantes de la VPI)	• Changements dans les scores attribués aux sous-échelles portant sur les connaissances, les habiletés, les attitudes et la connaissance des ressources	• Les résidents du groupe d'intervention ont eu des améliorations significativement plus grandes dans la sous-échelle des connaissances (*P*=,04) • Il n'y a pas eu de différences significatives entre les groupes d'intervention et témoins quant à la sous-échelle combinée des changements dans les habiletés, les attitudes et la connaissance des ressources (*P*=,3, *P*=,9 et *P*=,8 respectivement) • Les résidents du groupe d'intervention ont signalé faire plus de dépistage de la VPI chez les femmes présentant des signes «drapeaux rouges», mais cette donnée n'était pas significative sur le plan statistique
Campbell et coll. (2001, EU)[32] Urgence de 12 hôpitaux en Pennsylvanie et en Californie	330 Interventions soutenues par le système	319 Aucune intervention soutenue par le système	• Programme de formation et de planification de 2 j • Approche de formation multidisciplinaire (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, administrateurs et défenseurs locaux des droits des victimes de VC)	• Changements dans la culture à l'urgence à propos de la VC • Changements dans les connaissances du personnel de l'urgence à propos de la VPI et dans les attitudes envers les victimes de VPI • Taux d'identification des victimes de VC et prévalence de la VPI • Satisfaction des patientes	• Les urgences du groupe d'intervention ont eu des scores considérablement plus élevés dans toutes les composantes du critère relatif à la culture (*P*=,04) • Les hôpitaux du groupe d'intervention ont eu des scores considérablement plus élevés que les hôpitaux du groupe témoin concernant la mesure des connaissances et de l'attitude du personnel (*P*=,019) • Il n'y avait pas de différences significatives dans les taux d'identification des victimes de VC (*P*=,52) • Satisfaction des patientes: les hôpitaux du groupe d'intervention ont eu des scores considérablement plus élevés (*P*<,001) après l'intervention
Short et coll. (2006, EU)[33] Médecins communautaires dans diverses spécialités	44 Programme d'enseignement asynchrone en ligne sur la VPI (4 h de FMC)	37 Aucun programme d'enseignement en ligne sur la VPI	• Cas cliniques multimédias interactifs • Matériel audio, vidéo et écrit	• Antécédents concernant la VPI • Connaissances réelles • Opinions • Questions relatives à la pratique (rapportées par l'intéressé)	• Le programme en ligne de FMC sur la VPI a produit des améliorations substantielles dans les résultats de 8 mesures sur 10 reliées aux CAC durant la période à l'étude • L'échelle des opinions relatives à l'alcool ou aux drogues et la VPI n'a pas changé de manière significative (*P*=,445) • Les pratiques de prise en charge signalées par l'intéressé (comportements) concernant la VPI à la suite du programme n'ont pas été évaluées

CAC—connaissances, attitudes et comportements, DME—dossier médical électronique, EU—États-Unis, FMC—formation médicale continue, GT—groupe témoin, IRAS—Identification et référence pour améliorer la sécurité, PS—patient standardisé, RC—rapport de cotes (odds ratio), RR—risque relatif, RU—Royaume-Uni, VC—violence conjugale, VPI—violence du partenaire intime.

dans l'étude par Harris et ses collaborateurs[30]. Dans l'autre étude, on a démontré une amélioration considérable dans 8 mesures des résultats sur 10 à propos des connaissances, de l'attitude et du comportement, y compris la confiance en soi du médecin et les pratiques de prise en charge de la VPI signalées durant la période à l'étude[33].

Lo Fo Wong et ses collègues ont évalué des discussions en groupes témoins au sujet de la VPI entre des médecins de famille dans un ERC avec intervention à 2 niveaux[26]. L'intervention de niveau plus intense, qui comportait 1,5 jour de formation sur la VPI en plus de 6 groupes de discussions à ce sujet, s'est traduite par un nombre significativement plus élevé de cas de VPI rapportés (rapport de taux de 4,54)[26].

DISCUSSION

Cette révision systématique fait valoir que les connaissances des médecins à propos de la violence conjugale peuvent être considérablement améliorées grâce à des interventions éducatives qui mettent à contribution la participation active des médecins et l'apprentissage expérientiel. Certaines études ont montré que des ateliers interactifs peuvent changer les attitudes et le

rendement des cliniciens et influencer leurs pratiques au quotidien dans la prise en charge des victimes de violence conjugale[34-36]. D'autre part, les ateliers sur la violence conjugale à l'intention des médecins en formation postdoctorale n'ont pas produit d'effets significatifs sur leur comportement dans l'identification des victimes de violence conjugale[26,27,30,31]. L'identification et la prise en charge de la violence conjugale n'est pas un processus en une seule étape; l'identification en elle-même peut avoir des conséquences multiples et complexes, comme la recherche d'un refuge pour la victime, les arrangements pour les enfants et parfois même, trouver de l'aide pour l'abuseur. L'identification et la prise en charge de la violence conjugale peuvent être une expérience émotionnelle non seulement pour la patiente mais aussi pour le professionnel. Certaine études préconisent plus qu'une brève intervention pour améliorer les capacités des médecins à identifier et à prendre en charge les cas de violence conjugale[37,38].

L'utilisation de patientes standardisées dans la formation sur la violence conjugale a eu pour effet d'améliorer les compétences et les habiletés des médecins en formation postdoctorale et s'est traduite par un plus grand nombre de cas de violence conjugale signalés[39].

Des révisions systématiques antérieures démontrent que l'apprentissage en ligne peut améliorer les connaissances et les habiletés des médecins et produire plus de changements comportementaux soutenus par rapport aux ateliers[37,40,41]. Dans la présente révision systématique, 2 ERC qui portaient sur des modules interactifs sur le web concernant la violence conjugale ont constaté une amélioration significative dans les connaissances et la confiance en soi des médecins pour diagnostiquer les cas de violence conjugale et transiger avec eux[30,33]. Par ailleurs, les effets à long terme sur le comportement réel des médecins et les résultats des soins de santé aux patientes, ainsi que la rentabilité des modules d'apprentissage en ligne doivent être évalués dans de futurs ERC. De plus, il faut prendre en considération les ressources nécessaires pour la promotion de la FMC sur la violence conjugale et les stratégies de marketing dans les médias sociaux lorsque de tels programmes sont élaborés[42].

Dans cette révision, on a constaté que la formation à multiples facettes et les changements institutionnels ou systémiques sont efficaces pour améliorer les comportements des médecins à l'endroit du signalement des cas de violence conjugale et des demandes de consultations à cet égard. Cette approche augmente aussi la satisfaction des patientes, a été jugée rentable et pourrait même être une possibilité d'économies dans une perspective sociale[32,43]. Les éléments essentiels d'une éducation efficace se situent dans une formation multidisciplinaire à l'intention des médecins avec des séances de renforcement, ainsi qu'une formation additionnelle pour les leaders et les champions de l'équipe. Les interventions appuyées par le système étaient des aide-mémoire pour rappeler aux médecins de poser des questions au sujet de la violence dans les cas où elle pourrait être la cause sous-jacente probable d'un diagnostic en particulier; un meilleur accès aux services de soutien; et des audits et une rétroaction sur une base continue[44]. Dans l'une des études, constatation intéressante, les interventions à l'initiative du système avaient peu d'effets sur la capacité des médecins à identifier les victimes de violence. Ces observations pourraient avoir été influencées par l'hésitation des femmes à signaler les comportements abusifs.

Limitations

Cette révision comporte des limitations, notamment le petit nombre d'études, l'hétérogénéité des interventions et de la mesure des résultats, l'exclusion des articles autres que ceux publiés en anglais et le fait que des ERC non publiés n'apparaissent pas dans la recension et ne puissent donc pas être inclus dans l'étude, d'où la possibilité d'exclure certains ouvrages importants. D'autre part, l'utilisation d'une stratégie de recherche validée pour identifier les études admissibles a minimisé le risque de ne pas tenir compte des articles pertinents.

Conclusion

À partir de cette révision, il a été difficile de déterminer quelle était la stratégie pédagogique la plus efficace, étant donné que les interventions éducatives variaient selon la méthode de présentation, la durée et la mesure des résultats utilisée pour l'évaluation. L'apprentissage en ligne par problèmes semble augmenter la confiance en soi perçue par les médecins pour traiter la violence conjugale. La formation des médecins combinée à des interventions de soutien de la part du système, comme une sensibilisation accrue à la violence conjugale, des aide-mémoire pour identifier les victimes et un meilleur accès aux services de soutien, semblent avoir bénéficié aux victimes de violence conjugale et augmenté le nombre de références auprès des ressources spécialisées en violence conjugale.

Dr Zaher est médecin de famille membre du personnel au Prince Sultan Military Hospital en Arabie saoudite. **Dre Keogh** est urgentologue pédiatrique au Hospital for Sick Children à Toronto, en Ontario. **Dre Ratnapalan** est professeure agrégée au Département de pédiatrie et à la Faculté Dalla Lana de santé publique de la University of Toronto et médecin membre du personnel à la Division de médecine d'urgence, de pharmacologie clinique et de toxicologie du Hospital for Sick Children.

Remerciements
Nous remercions **Robyn Butcher** du Département de médecine familiale de la University of Toronto de son aide dans la recherche documentaire.

Collaborateurs
Tous les auteurs ont collaboré à la recherche documentaire, à l'analyse et à l'interprétation des données, ainsi qu'à la préparation du manuscrit aux fins de présentation.

Intérêts concurrents
Aucun déclaré

Correspondance
Dre Savithiri Ratnapalan, Division of Emergency Medicine, Clinical Pharmacology, and Toxicology, Hospital for Sick Children, 555 University Ave, Toronto, ON M5G 1X8; téléphone 416 813-7532; télécopieur 416 813-5043; courriel **savithiri.ratnapalan@sickkids.ca**

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2010. Accessible à: **http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/1/9789241564007_eng.pdf**. Réf. du 24 juin 2012.
2. Krantz G. Violence against women: a global public health issue! *J Epidemiol Community Health* 2002;56(4):242-3.
3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, rédacteurs. World report on violence and health. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2002. Accessible à: **http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf**. Réf. du 16 juin 2014.
4. Alhabib S, Nur U, Jones R. Domestic violence against women: systematic review of prevalence studies. *J Fam Violence* 2010;25(4):369-82.
5. Gerbert B, Moe J, Caspers N, Salber P, Feldman M, Herzig K et coll. Simplifying physicians' response to domestic violence. *West J Med* 2000;172(5):329-31.
6. Hamberger LK, Phelan MB. Domestic violence screening in medical and mental health care settings: overcoming barriers to screening, identifying, and helping partner violence victims. *J Aggress Maltreat Trauma* 2006;13(3-4):61-99.
7. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet* 2002;360(9339):1083-8.
8. Ellsberg M, Heise L. *Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists*. Washington, DC: Organisation mondiale de la Santé, PATH; 2005.
9. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH; WHO Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006;368(9543):1260-9.
10. Rose D, Trevillion K, Woodall A, Morgan C, Feder G, Howard L. Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *Brit J Psychiat* 2011;198(3):189-94. Cyberpub. du 15 décembre 2010.
11. Hamberger LK. Preparing the next generation of physicians: medical school and residency-based intimate partner violence curriculum and evaluation. *Trauma Violence Abuse* 2007;8(2):214-25.
12. Moyer VA; US Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence and abuse of vulnerable adults: US Preventive Services Task Force Recommendation statement. *Ann Intern Med* 2013;158(6):478-86.
13. Wathen CN, MacMillan HL; Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Prevention of violence against women: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2003;169(6):582-4.
14. Yeung H, Chowdhury N, Malpass A, Feder GS. Responding to domestic violence in general practice: a qualitative study on perceptions and experiences. *Int J Family Med* 2012;2012:960523. DOI:10.1155/2012/960523. Cyberpub. du 6 novembre 2012.
15. Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedmann PD. Barriers to screening for domestic violence. *J Gen Intern Med* 2002;17(2):112-6.
16. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M et coll. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health* 2012;52(6):587-605.
17. Kornstein D, Thomas DC, Foldes C, Ross J, Halm E, McGinn T. An evidence-based domestic violence education program for internal medicine residents. *Teach Learn Med* 2003;15(4):262-6.
18. McColgan MD, Cruz M, McKee J, Dempsey SH, Davis MB, Barry P et coll. Results of a multifaceted intimate partner violence training program for pediatric residents. *Child Abuse Negl* 2010;34(4):275-83. Cyberpub. du 19 mars 2010.
19. Flemming K. Asking answerable questions. *Evid Based Nurs* 1998;1(2):36-7.
20. Geddes J. Asking structured and focused clinical questions: essential first steps of evidence-based practice. *Evid Based Ment Health* 1999;2(2):35-6.
21. Richardson WS, Murphy AL. Ask and ye shall retrieve. *Evid Based Med* 1998;3(4):100-1.
22. Davidson LL, Grisso JA, Garcia-Moreno C, Garcia J, King VJ, Marchant S. Training programs for healthcare professionals in domestic violence. *J Womens Health Gend Based Med* 2001;10(10):953-69.
23. Kirkpatrick DL. *Evaluating training programs: the four levels*. 2e éd. San Francisco, CA: Berrett-Koehler; 1998.
24. Viswanathan M, Ansari MT, Berkman ND, Chang S, Hartling L, McPheeters LM et coll. Methods guide for comparative effectiveness reviews. Assessing the risk of bias of individual studies in systematic reviews of health care interventions. AHRQ Publication No. 12-EHC047-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012. Accessible à: **www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/322/998/MethodsGuideforCERs_Viswanathan_IndividualStudies.pdf**. Réf. du 28 mai 2014.
25. Feder G, Davies RA, Baird K, Dunne D, Eldridge S, Griffiths C et coll. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2011;378(9805):1788-95. Cyberpub. du 12 octobre 2011.
26. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol SS, Lagro-Janssen TL. Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomized controlled trial. *Br J Gen Pract* 2006;56(525):249-57.
27. Coonrod DV, Bay RC, Rowley BD, Del Mar NB, Gabriele L, Tessman TD et coll. A randomized controlled study of brief interventions to teach residents about domestic violence. *Acad Med* 2000;75(1):55-7.
28. Thompson RS, Rivara FP, Thompson DC, Barlow WE, Sugg NK, Maiuro RD et coll. Identification and management of domestic violence: a randomized trial. *Am J Prev Med* 2000;19(4):253-63.
29. Haist SA, Wilson JF, Lineberry MJ, Griffith CH. A randomized controlled trial using insinuated standardized patients to assess residents' domestic violence skills following a two-hour workshop. *Teach Learn Med* 2007;19(4):336-42.
30. Harris JM Jr, Kutob RM, Surprenant ZJ, Maiuro RD, Delate TA. Can Internet-based education improve physician confidence in dealing with domestic violence? *Fam Med* 2002;34(4):287-92.
31. Brienza RS, Whitman L, Ladouceur L, Green ML. Evaluation of a women's safe shelter experience to teach internal medicine residents about intimate partner violence. A randomized controlled trial. *J Gen Intern Med* 2005;20(6):536-40.
32. Campbell JC, Coben JH, McLoughlin E, Dearwater S, Nah G, Glass N et coll. An evaluation of a system-change training model to improve emergency department response to battered women. *Acad Emerg Med* 2001;8(2):131-8.
33. Short LM, Surprenant ZJ, Harris JM Jr. A community-based trial of an online intimate partner violence CME program. *Am J Prev Med* 2006;30(2):181-5.
34. Haney K, Kachur E, Zabar S. A brief but multi-faceted approach improves clinicians' domestic violence confidence, competence and clinical performance. *Med Educ* 2003;37(5):488-9.
35. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995;274(9):700-5.
36. Kripke EN, Steele G, O'Brien MK, Novack DH. Domestic violence training program for residents. *J Gen Intern Med* 1998;13(12):839-41.
37. Fordis M, King JE, Ballantyne CM, Jones PH, Schneider KH, Spann SJ et coll. Comparison of the instructional efficacy of Internet-based CME with live interactive CME workshops: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;294(9):1043-51.
38. McCluskey A, Lovarini M. Providing education on evidence-based practice improved knowledge but did not change behaviour: a before and after study. *BMC Med Educ* 2005;5:40.
39. Shefet D, Dascal-Weichhendler H, Rubin O, Pessach N, Itzik D, Benita S et coll. Domestic violence: a national simulation-based educational program to improve physicians' knowledge, skills and detection rates. *Med Teach* 2007;29(5):e133-8.
40. Cook DA, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ, Montori VM. Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. *JAMA* 2008;300(10):1181-96.
41. Cook DA, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ, Montori VM. Instructional design variations in internet-based learning for health professions education: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med* 2010;85(5):909-22.
42. Harris JM Jr, Novalis-Marine C, Amend RW, Surprenant ZJ. Promoting free online CME for intimate partner violence: what works at what cost? *J Contin Educ Health Prof* 2009;29(3):135-41.
43. Devine A, Spencer A, Eldridge S, Norman R, Feder G. Cost-effectiveness of Identification and Referral to Improve Safety (IRIS), a domestic violence training and support programme for primary care: a modelling study based on a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2012;2:e001008.
44. Ramsay J, Carter Y, Davidson L, Dunne D, Eldridge S, Feder G et coll. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD005043.