



UNIVERSITÉ DE LILLE

**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Évaluation d'une formation spécifique aux soins des victimes de  
violences en ambulatoire par un échantillon d'internes de médecine  
générale à Lille**

Présentée et soutenue publiquement le 26 Avril 2024 à 18h  
au Pôle Formation

**par Pauline RAULT**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS**

**Monsieur le Docteur Guillaume SERRON**

**Directrice de thèse :**

**Madame le Docteur Audrey LOMBART**

---

## **AVERTISSEMENT**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.



# TABLE DES MATIERES

<b><i>Table des matières</i></b>	<b>1</b>
<b><i>Liste des abréviations</i></b>	<b>3</b>
<b><i>Introduction</i></b>	<b>4</b>
1 Définitions .....	4
2 Épidémiologie des violences .....	6
3 Le dépistage en médecine générale .....	7
4 La formation dans les Facultés de France.....	9
<b><i>Matériels et Méthode</i></b>	<b>11</b>
1 Objectifs de l'étude .....	11
2 Type d'étude .....	12
3 Population étudiée .....	12
4 Mode de recrutement .....	12
5 Mode de recueil des données .....	14
6 Analyse.....	15
7 Aspect juridique .....	15
<b><i>Résultats</i></b>	<b>17</b>
1 Description de la population .....	17
2 Analyse des résultats .....	18
1.1 Ressentir un besoin de formation .....	18
1.2 Des internes qui cherchent une formation répondant aux défauts de compétence.....	19
1.3 Bénéficier d'une formation adaptée .....	24

1.4	Améliorer ses compétences .....	26
1.5	Travailler en réseau .....	28
1.6	Être moteur d'amélioration.....	30
1.7	Promouvoir la formation.....	33
<b>3</b>	<b>Schématisation des résultats.....</b>	<b>35</b>
	<b><i>Discussion</i></b>	<b>36</b>
<b>1</b>	<b>Forces et insuffisances de l'étude.....</b>	<b>36</b>
1.1	Les forces .....	36
1.2	Les insuffisances .....	36
<b>2</b>	<b>Confrontation aux données de la littérature.....</b>	<b>37</b>
<b>3</b>	<b>Implications pratiques .....</b>	<b>44</b>
<b>4</b>	<b>Perspectives .....</b>	<b>45</b>
	<b><i>Conclusion :</i></b>	<b>46</b>
	<b><i>Références bibliographiques</i></b>	<b>47</b>
	<b><i>ANNEXES</i></b>	<b><i>I</i></b>

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

AIAVM : Association Intercommunale d'aide aux Victimes et de médiation

ARS : Agence Régionale de Santé

CRP : Centre Régional de Psychotraumatisme

DES : Diplôme d'études spécialisées

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DMG : Département de Médecine Générale

EHS : Enseignements hors stage

EPT : Évènement potentiellement traumatique

GEP : Groupes d'échanges de pratiques

MG : Médecin généraliste

MSU : Maitre de stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RSCA : Récit de situations complexes authentiques

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

TSPT : Trouble du stress post-traumatique

VIF : Violences intra familiales

# INTRODUCTION

## 1 Définitions

Le terme de violence, a été défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations » (1).

Dans ce même rapport (1), l'OMS divise la violence en 3 types :

- La violence auto infligée
- La violence collective
- La violence interpersonnelle ou dirigée contre autrui

Les conséquences potentielles des violences sont multiples et affectent de nombreux domaines de la vie des victimes : (2,3)

- Sur le plan psychiatrique : épisodes dépressifs, états de stress post-aigu, troubles du stress post-traumatique (TSPT), troubles anxieux, troubles de l'alimentation et du sommeil, addictions, comportements auto agressifs, tentatives de suicide, dépressions du post-partum.
- Sur le plan physique : blessures physiques, déficiences, douleurs chroniques, atteintes cardiaques, et même le décès.
- Sur le plan gynécologique-obstétrique et sexuel : grossesses non désirées, IVG (interruption volontaire de grossesse), complications lors de la

grossesse (fausse couche spontanée, prématurité, retard de croissance intra-utérin), infections sexuellement transmissibles, douleurs pelviennes chroniques, troubles de la sexualité.

- Sur l'entourage : altération de la santé psychologique et physique, du développement cognitif et du comportement social des enfants directement victimes et/ou témoins de violences intra familiales.
- Sur la vie sociale et professionnelle : isolement des victimes, abandon du travail ou de la scolarité, situations économiques précaires.

Toute forme de violence constitue un événement potentiellement traumatique (EPT) lorsqu'elle est caractérisée par une menace de mort ou une menace à l'intégrité physique (blessure grave, violence sexuelle), un caractère soudain, inattendu, incontrôlable et désorganisateur. Un EPT n'entraîne pas automatiquement un psychotraumatisme. Selon l'enquête SMPG (4) et l'enquête ESEMeD (5), 30% des individus sont un jour confrontés à un EPT, parmi lesquels 15,9 % développeront un TSPT, correspondant à une prévalence de 1,9 % pour le TSPT chronique. Pour les victimes de viol, le risque de développer un TSPT est particulièrement élevé, atteignant 80 % (6).

Le TSPT survient lorsque, plus d'un mois après l'EPT, les symptômes de stress post-traumatique persistent et affectent le fonctionnement social, familial et professionnel.

Les violences représentent une problématique majeure de santé publique, non seulement en raison de la prévalence des victimes, et en raison des conséquences médicales et sociétales qu'elles engendrent. (7–9).



Dès lors nous avons décidé de traiter dans cette étude les violences les plus pourvoyeuses d'EPT, soient les violences interpersonnelles et particulièrement les violences intra familiales (VIF), les violences conjugales et les violences sexuelles.

## **2 Épidémiologie des violences**

Au niveau national, en 2021, selon l'enquête « Vécu et Ressenti en matière de Sécurité » (10), 247 000 personnes ont été victimes de violences sexuelles ou physiques dans la tranche d'âge de 18 à 74 ans, les victimes sont majoritairement des femmes (80 %) et des jeunes de moins de 25 ans (60 %). L'enquête « Genèse » réalisée en 2021 (11), a publié des chiffres alarmants, plus d'une femme sur 5 et un homme sur 6, âgés de 18 à 75 ans, déclarent avoir subi avant l'âge de 15 ans des violences exercées par un membre de la famille. En 2021, une femme sur 6 et un homme sur 18 déclarent avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles par un partenaire depuis l'âge de 15 ans.

Selon l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple (12), en 2022, 118 femmes et 27 hommes ont été tués par leur partenaire ou ex-partenaire, 12 enfants mineurs sont décédés, tués par un de leurs parents dans un contexte de violence au sein du couple, 31 % des femmes tuées avaient déjà été victimes de violences de la part de leur compagnon.

Au niveau mondial, selon le rapport de l'OMS datant de 2014 (3), un quart des adultes déclarent avoir été brutalisés pendant leur enfance. Une femme sur 5 déclare avoir été abusée sexuellement dans l'enfance et une femme sur 3 a été

victime de violences physiques ou sexuelles exercées par un partenaire intime au cours de sa vie.

### **3 Le dépistage en médecine générale**

Le médecin généraliste est le professionnel de santé de premier recours pour les victimes. Selon l'ENVEFF, 24 % des femmes victimes de violences conjugales se sont confiées en premier lieu à un médecin (13).

Le dépistage systématique des victimes de violence fait débat. Selon plusieurs études (14–16), il augmente les cas de violence identifiés, mais ne diminue pas la fréquence ou la gravité des actes de violence et n'améliore pas la santé physique et psychologique de la victime.

Cependant, selon la méta analyse de Feder et al. de 2006 (17), et la revue de la littérature de Bair- Meritt de 2014 (18), le dépistage systématique des patients victimes de violence est bien accepté et permet d'améliorer les connaissances des victimes, d'obtenir du soutien et de lever la stigmatisation.

Plusieurs études mettent en avant le souhait des patients d'être interrogés par leur médecin (19,20), et attendent de celui-ci une attitude ouverte et empathique. D'après une étude réalisée auprès des femmes enceintes, 97 % des victimes ne sont pas offensées lorsque la question des violences conjugales est posée (21). Cette pratique est même souhaitée par les victimes, si ce dépistage est suivi d'informations et de soutien (22). Selon l'Agence Européenne des droits fondamentaux (23), 87 % des femmes approuveraient que leur médecin pose systématiquement la question des violences vécues.

Ce dépistage ne comporte que de rares effets indésirables (24).

Face à l'insuffisance des données sur l'impact du dépistage, le souhait des victimes et devant l'absence d'effets négatifs de celui-ci, de nombreuses sociétés savantes recommandent le dépistage systématique :

- HAS (Haute Autorité de Santé) en 2019 en France,
- La SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale) en Belgique depuis 2018 (25)
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence), dépistage systématique des femmes enceintes, en Angleterre depuis 2014 (26)
- AMA (American Medical Association) en 1992 (27), ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) en 2015 (28), USPSTF (United States Preventive Services Task Force) (29) en 2013 aux Etats Unis.

Le défaut de formation est l'un des principaux freins au dépistage des patients par le médecin généraliste (30). Les professionnels de santé ne se sentent pas légitimes dans le dépistage car ils manquent d'outils et de ressources pour répondre aux besoins des victimes.

Une étude cas témoins réalisée en Angleterre en 2011 pour mettre en évidence l'efficacité d'un programme de formation des médecins généralistes aux violences conjugales a montré que la formation permet une meilleure identification des victimes et une orientation des patients vers le réseau de professionnels de santé adapté à la situation (31).

#### **4 La formation dans les Facultés de France**

La formation des internes dans les facultés françaises est hétérogène. Nous avons mené une enquête auprès des internes de médecine générale des différentes facultés de France afin d'évaluer les formations proposées (Annexe 1).

Nous avons observé que sur les 28 facultés, seules 12 proposent une formation sur le thème des violences et du psycho traumatisme. Dans ces 12 cas, la formation est dispensée sous forme de séminaire théorique. Dans 6 cas sur 12 ce cours est organisé par le DMG (Département de médecine générale) et obligatoire, pour les 6 autres une moitié choisit parmi une liste de cours proposés pendant le cursus, et l'autre moitié dispose d'un cours non obligatoire sans autre précision. Parmi les 16 facultés ne proposant pas de formation, 2 évoquent des formations dispensées sur certains terrains de stage (stage aux urgences, gynécologie/obstétrique, pédiatrie), 3 autres offrent la possibilité d'assister à un webinaire organisé par le syndicat des internes de la ville ou l'Université.

Les internes interrogés dont les villes ne proposent pas de formation ont tous exprimé un intérêt pour ce type de formation.

En 2013, une étude a été réalisée auprès des étudiants en médecine de France de premier et deuxième cycle, en partenariat avec l'ANEMF (32) (Association Nationale des Étudiants en Médecine de France) et la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains). Cette étude révèle que 95% des interrogés seraient intéressés par une formation sur les violences afin de mieux les

détecter, et que 9 étudiants sur 10 considèrent que le médecin a un rôle important dans la prise en charge des victimes.

Nous souhaitons donc réaliser un corpus de 3 thèses visant à évaluer l'intérêt et l'efficacité d'une formation des internes de médecine générale de Lille aux soins des victimes de violences et de psychotraumatismes. L'objectif de ce premier travail était d'évaluer par un échantillon d'internes de médecine générale, l'intérêt d'une formation théorique dont ils ont bénéficié sous la forme d'un séminaire.

# MATERIELS ET METHODE

## 1 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette thèse était d'évaluer l'intérêt d'une formation spécifique destinée aux internes de médecine générale aux soins des victimes de violences et de psychotraumatismes, par eux-mêmes, avant mise en pratique.

L'objectif secondaire était de déterminer les motivations des internes à suivre une telle formation, d'en évaluer sa qualité et de suggérer des améliorations.

Ce travail sera suivi de deux autres thèses : l'une évaluant cette formation après six mois de mise en application dans le cadre de leur stage SASPAS, par le même groupe d'internes, la seconde par les patients les ayant consultés.

Nous avons rencontré à plusieurs reprises l'équipe du CRP au cours des mois de février et mars 2023 pour élaborer le contenu de la formation. Pour une formation d'une journée, il a été décidé de se concentrer spécifiquement sur les violences conjugales, sexuelles et intrafamiliales.

Le contenu détaillé de la formation est présenté en annexe (Annexe 2), et comprend une matinée théorique consacrée à la physiopathologie et à la clinique des psychotraumatismes et une après-midi axée sur des cas cliniques et l'intervention d'une juriste de l'AIAMV (Association intercommunale d'aide aux victimes et de médiation).

Des cas cliniques avaient été proposés aux experts par le Docteur Audrey Lombart afin de cibler des situations pour une application en pratique ambulatoire.

La formation a été dispensée le 31 Mai 2023, dans une salle de cours mise à disposition par la Faculté de Médecine, de 9h à 12h et de 14h à 17h.

## **2 Type d'étude**

Nous avons mené une étude qualitative transversale par analyse phénoménologique interprétative.

D'une méthode dynamique de perception optimale des expériences, des opinions, des sentiments et des attentes individuelles et collectives des internes vis-à-vis de la formation, nous avons choisi de collecter les données par focus group.

Les mots clés du MESH caractérisant l'étude étaient : Violence ; General practice ; Teaching ; Psychological trauma.

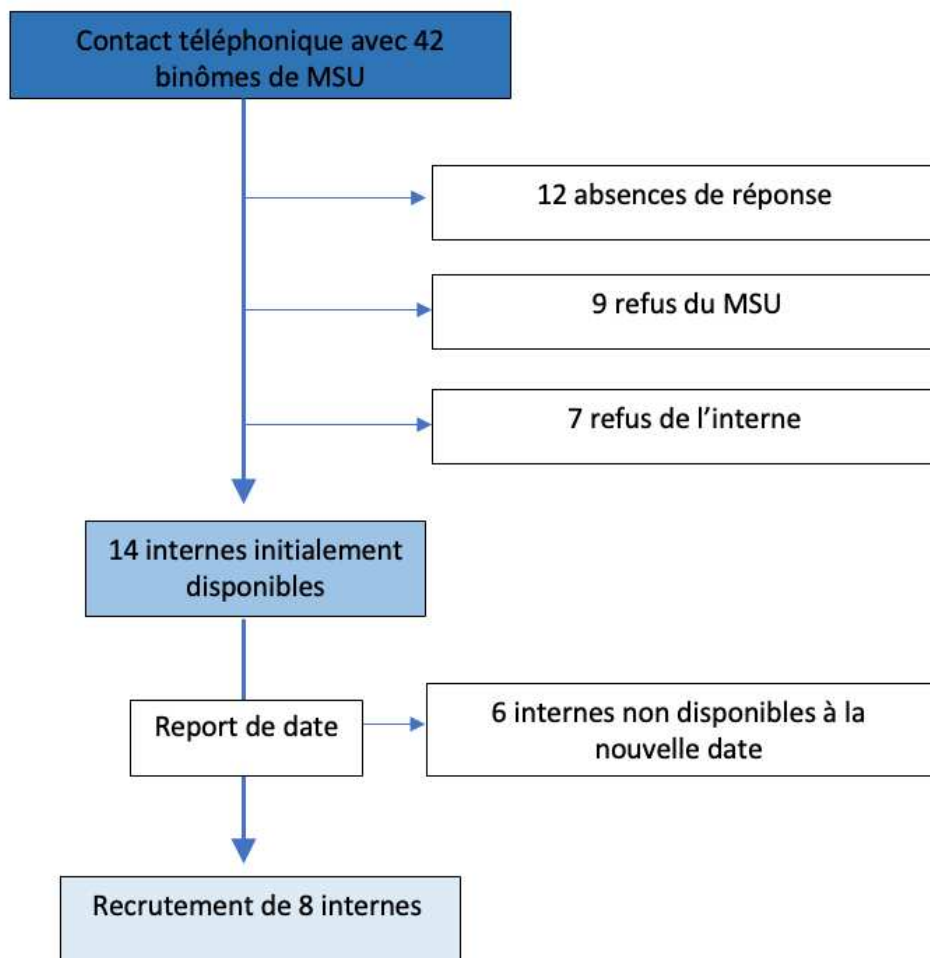
## **3 Population étudiée**

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient les suivants : internes de médecine générale à la Faculté de Médecine de Lille, actuellement en stage de SASPAS (Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) de mai à novembre 2023, étant disponibles pour assister à la journée de formation le 31 Mai 2023 ainsi qu'à son évaluation la semaine suivante.

## **4 Mode de recrutement**

Le recrutement des internes a été effectué aléatoirement afin de minimiser autant que possible un biais de volontariat. Pour ce faire, nous avons consulté la liste des stages de SASPAS pour le semestre de mai à novembre 2023,

contenant les coordonnées des maitres de stages universitaires (MSU). Nous avons établi un ordre de contact aléatoire des binômes de MSU, puis nous les avons contactés par téléphone pour proposer à leur interne de participer à la formation. La formation se déroulant sur le temps de présence en stage, et n'étant pas un enseignement facultaire obligatoire, il n'était pas possible d'imposer la participation des internes.



*Figure 1 : Flow chart du recrutement des participants*

42 binômes de MSU ont été contactés les 2 et 3 Mai 2023. Parmi eux, 12 n'ont pas répondu à nos sollicitations téléphoniques, 9 MSU ont refusé la participation



de leur interne à la formation, 7 internes ont décliné l'invitation. Les motifs principaux de refus de la part des MSU et des internes étaient la non-disponibilité à la date de la formation, le délai trop court entre la prise de contact et la formation pour réorganiser le planning de consultation de l'interne en stage et un nombre de jours de présence en stage insuffisant sur les semaines de mai avec les nombreux jours fériés. Aucun n'a évoqué l'absence d'intérêt pour la formation proposée. Suite à un changement de date de la formation, indépendant de notre volonté, seul 8 des 14 internes initialement disponibles ont pu assister à la formation.

## **5 Mode de recueil des données**

Lors de l'invitation à participer à la formation, les internes ont été informés des dates des focus groups afin de garantir leur disponibilité le jour de la formation et pour l'une des deux sessions de focus group.

Le 31 Mai 2023, jour de la formation, les internes ont été répartis en deux groupes de quatre, selon leurs disponibilités.

Les focus groups ont eu lieu les 5 et 7 Juin 2023, soit la semaine suivant la formation. Le but était d'obtenir avec le délai le plus court possible les retours sur le contenu et l'intérêt de la formation, évitant ainsi de collecter des informations sur son impact dans la pratique des internes, réservé à la seconde thèse nécessitant une évaluation à 6 mois.

Les focus groups se sont déroulés en soirée, pour ne pas interférer avec le temps de stage des internes, et ont eu lieu dans le cabinet de médecine générale du Docteur Audrey Lombart, directrice de thèse, à Lille.

Les discussions ont été doublement enregistrées, à l'aide d'un dictaphone sur tablette et d'un ordinateur, afin de pallier tout incident technique. Elles ont ensuite été entièrement retranscrites en verbatims, manuellement par l'investigateur dans un document Word.

Un guide d'entretien, élaboré par l'investigatrice pour répondre aux différents objectifs principaux et secondaires de l'étude, a été revu et complété par la directrice de thèse ainsi qu'un deuxième médecin généraliste qualifié en analyse qualitative. Ce guide d'entretien est disponible en annexe (Annexe 6).

## **6 Analyse**

L'analyse a été effectuée en codage manuel par l'intermédiaire du logiciel N VIVO 12<sup>®</sup>, ce logiciel est un outil d'aide au codage qualitatif, mais n'intervient pas dans l'interprétation des résultats. Conformément à la méthode qualitative de Christophe Lejeune (33), l'analyse a suivi plusieurs étapes: codage ouvert, codage axial et codage sélectif.

Pour garantir la rigueur de l'analyse, les critères de la grille COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) ont été pris en compte. La grille est disponible en annexe pour plus de détails. (Annexe 7)

## **7 Aspect juridique**

Avant le début des focus groups, chaque participant a reçu et rempli un consentement écrit (Annexe 4). Ce consentement informait sur l'enregistrement audio des discussions, sur la retranscription intégrale en verbatim et sur leur droit de se rétracter à tout moment de l'étude.

Pour assurer l'anonymat des participants, des codes ont été attribués (P1 à P8 pour les participants du focus group, A pour l'animateur et O pour l'observateur). Après la transcription les enregistrements audios ont été détruits conformément aux normes de confidentialité.

# RESULTATS

## 1 Description de la population

Participants au focus group	Age	Genre	Formation(s) complémentaire(s)	Département du stage de SASPAS	Territoire	Type de structure
P1	27 ans	M	DIU infectiologie VIH, IST	Nord	Urbain	Cabinet de groupe
P2	27 ans	F	DIU dermatologie et AUPEC pédiatrie	Nord	Urbain	Cabinet de groupe
P3	27 ans	M	Non	Nord et Pas de Calais	Semi rural	Cabinet de groupe
P4	26 ans	F	DIU gynécologie	Nord et Pas de Calais	Semi rural	Cabinet de groupe
P5	31 ans	M	Non	Nord	Rural	Cabinet de groupe
P6	29 ans	F	Non	Nord	Semi rural et urbain	Cabinet de groupe et cabinet individuel
P7	26 ans	F	Non	Nord	Semi rural	Cabinet de groupe
P8	27 ans	F	Non	Nord	Semi rural	Cabinet de groupe

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

*F : Féminin et M : Masculin*

## 2 Analyse des résultats

### 1.1 Ressentir un besoin de formation

#### *Formation hétérogène*

Différentes problématiques ont été soulevées par les internes concernant la formation actuellement disponible sur la prise en charge des patients victimes de violences et de psychotraumatismes.

Les internes ont mentionné l'absence de formation académique dispensée par la faculté tout au long de leur internat de médecine générale.

*A : Est-ce que vous avez bénéficié de formation pendant votre cursus à ce sujet-là ?  
Tous : Non pas du tout.*

Ils ont souligné le manque d'expertise et la brièveté des informations acquises tout au long de leur cursus. Ces connaissances étaient souvent obtenues par des recherches personnelles pendant leur temps libre, ou dans le cadre de travaux facultaires tels que les récits de situations complexes authentiques (RSCA), les groupes d'échanges de pratiques (GEP) ou des exposés de fin de stage.

*P3 : La présentation en GEP ? C'est 10 à 15 minutes*

*P6 : Mais on n'a pas fait de GEP (sur ce sujet)*

*P5 : Non*

*P4 : Après j'avais déjà fait un travail dessus quand j'étais en stage d'externe en médecine générale, parce que j'avais vu un patient comme ça avec un médecin chez qui j'étais et du coup comme on devait faire un travail de fin de stage j'avais fait sur ça. (...) vraiment des grosses généralités.*

Certains étudiants avaient par eux même identifié leur besoin de formation, ce qui les a incités à participer volontairement à des formations optionnelles non dispensées par la faculté.

*P2 : C'était avec l'Université, c'était la chargée de mission et qualité de l'Université de Lille qui avait organisé cette formation.*

*P4 : Moi j'ai fait le DIU de gynéco et il y a une partie de violences faites aux femmes.*

Plusieurs internes ont mentionné qu'une formation non académique resterait hétérogène ; il est difficile de dégager du temps de formation pendant les stages lorsque les cours ne sont pas obligatoires.

*P8 : Pas obligatoire je ne suis pas certaine que beaucoup de monde y aille.*

*P5 : Quand c'est obligatoire, ça facilite beaucoup les choses parce que (...) j'ai dû négocier et rattraper (ma journée de stage)*

#### *Place centrale du médecin généraliste*

Les participants ont mis en avant le rôle central du médecin généraliste dans la prise en charge des victimes de violences. Ils ont exprimé avoir conscience de la prévalence des cas de violence rencontrés quotidiennement en cabinet, tout en reconnaissant ne pas toujours aborder efficacement cette problématique en raison du manque de formation et de compétences.

*P6 : Et c'est vrai que c'est quelque chose qu'on croise souvent sans vraiment l'aborder, donc voilà, pour être plus armé en consultation, après en général.*

*P8 : En tant que médecin généraliste, on est, enfin sur le moment les patients vont quand même aux urgences ou quoi, mais après c'est nous qui avons la suite dans les mains, et quand ils viennent nous voir, on est là, un peu en mode qu'est-ce que je fais quoi...*

## **1.2 Des internes qui cherchent une formation répondant aux défauts de compétence**

Les internes interrogés nous ont témoigné la conscience de leurs lacunes potentiellement délétères sur leurs capacités à prendre en charge des patients victimes de violences et de psychotraumatismes.

*Avoir conscience de ses lacunes*

Les lacunes évoquées concernaient non seulement les internes en médecine générale et les médecins généralistes, mais aussi d'autres spécialités telles que la psychiatrie, comme mentionné lors de la formation, par les intervenants.

*P2 : En même temps, ils nous disaient aussi que les internes de psychiatrie eux-mêmes n'étaient pas formés aux psychotrauma (...) Alors que quand on voit la prévalence quand même, c'est un problème.*

Les participants à la formation ont pu exprimer leurs lacunes théoriques sur le sujet, ainsi que plus généralement leurs lacunes en psychiatrie.

*P4 : Parce que ça la formation d'internat (pour les médecins généralistes) est très mauvaise en psychiatrie donc on arrive vraiment à une absence de bagage théorique.*

*P3 : Je trouve que ça pourrait prendre plus de place, fin légitimement, 3 ou 4 demi-journées de formation à la psychiatrie en médecine générale.*

Les internes ont directement évoqué leur manque de connaissances législatives. Les médecins généralistes étant souvent pour eux le premier contact avec les victimes, il leur a paru crucial qu'ils sachent les guider sur le plan juridique et par extension associatif et social.

*P1 : Mais tout ce qui était législatif, droit, ça je n'avais pas du tout, toutes ces connaissances-là.*

Les internes ont souligné la différence entre acquérir des connaissances théoriques et les mettre en application pratique. La formation au cours du second cycle ne permettrait pas aux futurs médecins généralistes d'être sereins dans leurs prises en soins faute d'application pratique.

*P2 : Mais on s'est tous dit, en commençant notre internat en médecine générale, on s'est tous dit qu'on ne connaissait rien à la médecine générale, on était tous vraiment démunis.*

*P3 : Moi je trouve que c'est très théorique (en parlant de la formation initiale des étudiants) et on reste en fait très loin de ce qu'on a à faire dans la vraie vie (...) Nous on est bloqué parce que notre théorie ne colle pas avec la pratique.*

#### *Avoir conscience de ses difficultés*

Tous les internes avaient notion du dépistage des patients victimes de violences. Ils ne le réalisaient pas pour autant systématiquement. Ils étaient par ailleurs en difficulté en présence d'éléments évocateurs d'un patient victime de violences.

Face à ces difficultés et en l'absence de formation adéquate, les internes ont avoué ne pas se sentir légitimes pour dépister les victimes lors des consultations.

*P6 : Mais des choses où je me dis qu'il y a forcément eu un traumatisme sur ce qu'ils disaient (les psychologues de la formation), enfin des douleurs un peu somatiques, des trucs gynécos inexplicables, des douleurs à répétition, ça je trouve qu'on en voit souvent et moi souvent je ne sais pas aborder le sujet. (...) et c'est vrai que quand on n'est pas formé c'est encore plus dur d'aborder le sujet.*

*P5 : C'est quoi ma légitimité, et est-ce que je suis capable là tout de suite d'aller redéterrer un truc que je ne vais pas savoir quoi faire après même si on a eu des outils, des pistes, je ne me sens pas assez formée pour ça.*

*P3 : Et quel est notre rôle ? À quel moment on doit s'arrêter, on doit passer le relais ? Quel moment il faut commencer à intervenir ?*

Les internes se questionnaient sur leurs compétences en matière de communication avec les patients. La crainte de ne pas être en mesure de fournir une réponse appropriée induisait une altération de la qualité d'écoute. Ce qui a pu rendre difficile un questionnement plus approfondi du patient, et l'engagement des patients dans une prise en charge.

Le défaut d'utilisation d'une sémantique adaptée a pu rendre délicate la communication.



Tout cela ne permet pas de maintenir un canal de communication serein entre le médecin et le patient.

*P1 : Et je trouve qu'on ne sait pas s'il faut rester dans l'empathie, s'il faut continuer d'approfondir le sujet ou s'il faut, ou si au contraire on a l'impression que le patient ne veut pas, je pense plus que c'est la communication entre le patient et nous, ça fait un peu des blocages.*

*P1 : Ah bah complètement, je n'étais pas, pas que je n'étais pas l'aise, mais je ne savais pas quoi dire, pour qu'il se sente mieux, même s'il n'y a pas de chose à dire.*

Nous avons pu constater une préoccupation à propos de la gestion de ce type de soins dans l'organisation du médecin généraliste au cabinet. Sont évoqués les aspects logistiques tels que les retards en consultation ; les aspects médico-légaux et notamment la levée du secret médical, la peur consécutive de perte du lien de confiance, les démarches judiciaires à entreprendre.

*P3 : Moi la situation qui m'a le plus marqué, (...) c'est sur une fin de consultation en rempla ou j'ai une maman qui me dit qu'elle suppose que son futur ex-mari, tape sur ses enfants, elle me dit ça sur le pas de la porte au moment où elle s'en va. Alors comment je gère ça avec la salle d'attente qui est à côté, les enfants qui sont devant, et l'aspect médico-légal ?*

Plusieurs internes ont souligné les difficultés d'adressage des patients vers un secteur de prise en charge psychiatrique hospitalier surchargé, avec des délais de consultation souvent longs, et un manque d'expertise des soignants libéraux peu formés, laissant les victimes et les médecins généralistes dans une position inconfortable.

*P3 : Qu'eux ils avaient des délais de 6 mois, qu'ils ne pouvaient pas prendre tout le monde, que les psychologues vers qui orienter pour faire de la TCC qui est le plus efficace, n'étaient pas formés à ça.*

*P5 : Il y a cette grosse difficulté là en médecine générale qui est qu'est-ce qu'on fait en attendant. D'un point de vue orientation, les bons outils, ceux qui vont vraiment les aider, ils sont disponibles, mais il faut les faire patienter.*

### *Avoir des attentes de la formation*

Les internes ont exprimé leur volonté d'acquérir davantage de connaissances afin de se sentir plus à l'aise dans la prise en soins, plus agile dans la communication et le relationnel avec le patient.

*P3 : Moi je voulais être plus à l'aise, désacraliser. J'ai envie d'être plus serein, quand je suis en consultation (...), de dire « j'ai appris, je dois savoir gérer et gérer au mieux ».*

*P7 : C'est vrai qu'on nous répète tout le temps de dépister, dépister, dépister, poser la question aux femmes, (...) ça m'est arrivé plusieurs fois de poser la question, mais, de croiser les doigts pour qu'elle me dise non parce que franchement si elle me dit oui je me dis qu'est-ce que je vais faire de ça derrière.*

Les participants attendaient une formation adaptée à leur pratique de médecine générale, avec des protocoles clairs, leur permettant d'être focalisés sur le patient et sur la communication plutôt que sur la théorie.

*P1 : Enfin moi ce que je chercherai avec la formation, (...) c'était une espèce de protocole que je pourrai appliquer à ma consultation. Mais c'est difficile dans des situations comme ça.*

### *Avoir une appétence pour le sujet de la formation*

L'expérience personnelle du psychotraumatisme a été un facteur de motivation à participer à la formation.

*P5 : Je suis passé en psycho trauma à Fontan, du coup je connais, mais par le prisme des patients comment ça se déroule au niveau de la prise en charge, c'est comme ça que moi je connais un petit peu le milieu.*

Les autres participants étaient motivés par leur curiosité et leur désir de devenir de meilleurs professionnels de santé. Une motivation renforcée par l'approche de la fin de leur internat et leur futur exercice en autonomie en tant que remplaçant.

*P4 : Bah moi j'ai juste eu le sujet principal de la thèse, on ne savait pas vraiment ce qui allait se passer dans la journée, mais au final vu que le sujet était intéressant.*

*P6 : J'aime bien le sujet, par curiosité, ça m'intéresse de manière générale, et par curiosité pour savoir ce qui allait y avoir en plus.*

*P7 : C'est vrai, que le fait d'être en SASPAS, avant je pense j'avais moins cette envie d'avoir plus de connaissance, parce qu'il y a toujours un chef qui traine quand on est à l'hôpital, alors que là on s'investit plus, on sait que dans 5 mois on a fini et qu'après on sera plus ou moins tout seul donc il faut qu'on sache se débrouiller par nous-mêmes.*

Seuls 2 étudiants sur les 8 avaient déjà suivi des formations en dehors de leur cursus universitaire. Ils étaient motivés par le désir de perfectionner leurs connaissances dans ce domaine, en particulier ciblé sur la médecine générale.

*P2 : Moi pour les violences conjugales, j'avais déjà fait, une formation donc c'est vrai que la théorie je l'avais aussi, mais plutôt orientée (...) comme si c'était un proche à qui ça arrivait (...), les numéros, les assos, ça je connaissais.*

### **1.3 Bénéficiaire d'une formation adaptée**

#### *Acquérir des connaissances théoriques*

Les mécanismes physiopathologiques des psychotraumatismes, la chronologie des troubles, les signes cliniques consécutifs ont été trois éléments particulièrement appréciés des connaissances théoriques délivrées. Ils ont permis aux internes d'approfondir leur compréhension personnelle et de se sentir plus confiants dans les explications à donner aux victimes.

*P1 : Déjà la chronologie, je trouvais ça vachement, bien, savoir un petit peu la chronologie de l'état de stress, du post trauma.*

*P2 : Les symptômes les mécanismes physio*

L'acquisition de connaissances sur le plan législatif a été considérée comme une véritable valeur ajoutée dans la prise en charge optimale des patients, favorisant une meilleure relation de soins.

*P2 : Et bah ça m'a apporté, parce que j'aurai d'autres conseils à donner aux patients si jamais elles veulent porter plainte ou leur donner des idées sur les procédures à venir.*

*P5 : C'est vrai qu'ils nous ont appris à travailler sur les perspectives pour plus tard, et pouvoir répondre aux inquiétudes des femmes victimes de violences conjugales notamment, on a retenu qu'il y a des dispositifs pour les protéger et suffisamment, notamment quand elles se posent la question du logement, quand elles se posent la question des enfants, la question du devenir de leur mari, des choses comme ça etc.*

L'aspect thérapeutique n'était pas initialement prévu dans la présentation, mais la nature interactive du cours a permis aux étudiants de poser des questions à la psychiatre présente à propos des traitements habituellement utilisés.

*P1 : Mais en pratique, la thérapeutique j'étais très content de la revoir.*

*P4 : Ouais et quand proposer, quand éviter quel médicament.*

#### *Améliorer la compréhension grâce à la présentation de situations pratiques*

La présentation de situations pratiques concrètes par l'utilisation de cas cliniques, le partage d'expériences professionnelles des intervenants ou la visualisation de clips vidéos de quelques minutes expliquant les symptômes d'un psychotraumatisme en améliorent la compréhension. Certains ont même suggéré qu'assister à des scènes jouées par des experts pourrait être une expérience enrichissante.

*P2 : Mais pareil les phénomènes de dépersonnalisation, je trouve que ce n'est pas évident de se rendre compte, quand ils nous ont montré les films, les petites vidéos, en disant, quel moment vous avez vu qu'il était dépersonnalisé. Et du coup ça, ça nous a aidé aussi.*

*P3 : Oui du coup c'est pour ça que je pense que c'est bien d'avoir de l'expérience, même si c'est de l'expérience théâtrale, pour se dire qu'on l'a vécu, c'est bien beau d'avoir des séminaires, des explications, des films, mais si on voit une vraie situation devant nous, même si c'est joué, je pense qu'on la retient plus facilement que...*

*P4 : Une matinée un peu plus pratique, un peu à distance sur ce qu'on a retenu et comment est-ce qu'on peut le mettre en place*

### *Apprécier la pluralité des intervenants*

La pluralité des intervenants a favorisé le partage des expertises dans des domaines de compétences variés et complémentaires.

*P7 : Enfin des fois je pense que c'est vraiment important de faire ses recherches (en parlant des EHS actuels) et de savoir rechercher, mais je trouvais que là on a besoin de quelqu'un qui est expert et qui s'y connaît, ce n'est pas des choses qu'on aurait pu trouver sur internet.*

*P6 : Moi c'est vrai le côté pluri pro, j'ai trouvé ça vraiment bien qu'il y ait des psychologues, psychiatres, juristes, on n'a pas beaucoup l'occasion de voir ça beaucoup dans nos cours et j'ai trouvé ça intéressant.*

*P3 : Ils n'étaient pas d'accord sur certains aspects et je trouve ça cool de me dire qu'il n'y a pas qu'une seule solution.*

## **1.4 Améliorer ses compétences**

### *Développer des capacités de communication*

La formation a fourni des outils pour améliorer la communication avec les patients, en donnant des pistes sur la façon de les entendre, les écouter et les questionner.

*P1 : Moi vraiment c'est plutôt dans la communication. Dès le lendemain j'ai une patiente qui est venue (...) en termes d'écoute et de communication, j'étais beaucoup plus à l'aise.*

*P7 : Moi j'aurai moins peur, d'aller dans la discussion, ce que tu disais tout à l'heure, on hésite, je pense que j'aurai moins peur à poser des questions genre*

Les connaissances en techniques de communication ont été appréciées, avec le sentiment d'une capacité accrue à les mettre en pratique.

*P1 : On apprend quand même les tips, finalement, des situations, quoi dire, comme par exemple quand elle nous expliquait, quand elle faisait le defusing dès qu'elle voyait le patient et qu'elle lui parlait rapidement puis tout doucement en ralentissant le rythme. C'est des tips auxquels on n'aurait pas forcément pensé et c'est à ça, enfin je trouve, que ce cours est bon.*

L'explication par le médecin et sa compréhension par le patient de la physiopathologie des psychotraumatismes favorise l'adhésion du patient au projet de soin.

*P1 : Ils ont fait une espèce de schéma (d'explication de la physiopathologie du psychotrauma), franchement la slide, en 30 secondes explique la biologie du truc et en fait on légitime la réaction des gens et ça casse quelque chose chez eux en disant qu'ils ne sont plus responsables.*

*P8 : Ouais de l'entendre de leur médecin, c'est peut-être mieux, ils ancrent mieux, s'il leur explique.*

#### *Développer la relation médecin-patient*

Donner l'occasion au patient d'évoquer ses traumatismes et lui laisser une porte ouverte s'il souhaite les approfondir a été décrit comme nécessaire pour développer la relation médecin-patient.

*P4 : Et du coup les fois suivantes, je demanderai plus facilement « est-ce que vous souhaitez qu'on en parle »*

*P3 : Oui oui, mais à toi de laisser la tienne (de porte ouverte) pour que lui il sente que tu as compris et qu'il puisse venir vers toi*

La formation et le partage d'expérience des professionnels présents a permis une prise de conscience de la nécessité d'un suivi au long cours, du développement de la relation médecin-patient.

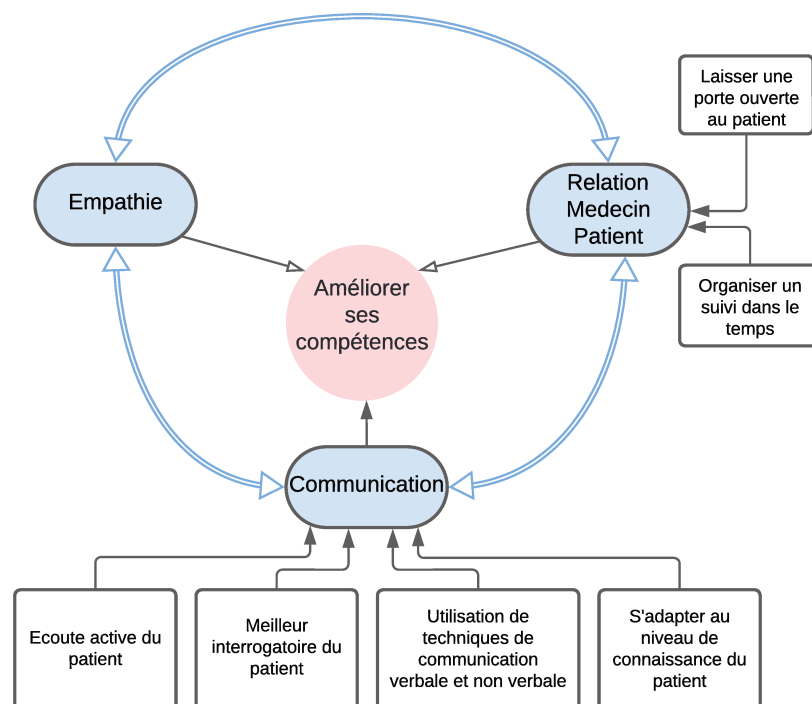
*P3 : ...déjà, quitte à en proposer une deuxième (consultation), ça permet de pas relâcher dans la nature, mais de leur dire, on se reverra, on en reparlera, (...), si elle ne veut pas revenir sur ça...*

*P3 : Ils nous expliquent que dans certaines situations, ils sont encore en échec après 10/15/20 séances, en fait-moi je me dis, tant mieux, ça veut dire qu'on ne peut pas tout réussir après les 15 premières minutes. Et ça fait du bien d'entendre des professionnels.*

## Développer son empathie

L'empathie, la communication et le sentiment de confiance médecin-patient ont été perçus nécessaires à l'adhésion du patient aux soins.

*P1 : Complètement, et au final j'ai bien aimé la façon dont elle l'a présenté en disant que finalement on pouvait parfois se laisser un peu de temps. Le plus important c'était la relation qu'on avait avec la patiente. Ça j'aimais bien.*



*Figure 2 : Modélisation de l'impact de la formation sur les compétences des internes*

### 1.5 Travailler en réseau

Les participants à la formation avaient pu partager en début de focus group, leurs difficultés dans l'adressage des patients vers des professionnels de santé formés, principalement par manque de connaissance des acteurs concernés et disponibles.

### *Développer son réseau médical*

L'intérêt de collaborer avec un réseau de soins coordonnés a été souligné. La possibilité d'adressage à une structure telle que le Centre Régional du Psychotraumatisme (CRP) dans des situations de traumatismes complexes a été une découverte, considérée utile par les internes.

*P4 : Mais par contre, je pense aussi que fin moi personnellement je n'avais pas connaissance de la cellule de psycho trauma et c'est quand même pas mal à savoir, je trouve, notamment pour les traumas complexes, on va avoir du mal à s'en sortir tout seul.*

Des informations adaptées au territoire d'exercice, en particulier concernant les acteurs de santé sont nécessaires.

*P7 : Ouais, je trouve qu'on peut vite se retrouver seul et c'est vrai que toutes les infos qu'ils nous ont données c'était super, mais c'était très Lille centré, parce qu'ils sont de Lille.*

### *Développer son réseau associatif et juridique*

L'inter professionnalité s'est avérée un atout face à la méconnaissance des réseaux, en particulier des domaines juridiques et associatifs.

L'explication de l'organisation et de la spécificité des intervenants au sein des associations peut rendre le discours médical plus complet et rassurant pour les victimes.

*P7 : Moi je ne connaissais pas vraiment, je savais qu'il y avait des associations, mais je n'avais pas de nom en tête donc si demain il y avait une dame qui venait en cabinet je n'aurais pas su lui donner un nom d'association ou même où chercher. Enfin j'aurai tapé sur internet, mais voilà. Aussi leur fonctionnement dans les associations qu'ils nous ont montré, même à la médecine légale, il y a des psys, il y a des juristes, je ne savais même pas qu'il pouvait y avoir des juristes pour aider les femmes.*

Tous ces contacts ont permis aux participants de se sentir plus sereins dans la communication et de diminuer le sentiment de solitude face à certaines situations complexes.



*P3 : Parce que moi, gérer ça tout seul, je suis content de savoir qu'en fait, je ne suis pas tout seul. Même au-delà des soignants, il y a d'autres pans de métier, sur lesquels tu peux t'appuyer.*

*Intérêt d'un réseau regroupant les professionnels formés d'un même secteur*

L'utilité d'un annuaire répertoriant les professionnels de santé et les structures associatives et juridiques dédiées aux patients victimes de violences est ressortie des échanges.

*P4 : Ils disaient qu'ils avaient voulu faire un réseau des personnes qui étaient formées, mais ils n'ont pas pu à cause de je sais plus trop quoi, (...) Ça part d'une bonne intention.*

*P4 : Mais c'est vrai que ça serait bien de faire une cartographie des spécialistes qui travaillent comme ça, mais s'ils ont déjà essayé et qu'ils n'ont pas pu, on ne va pas pouvoir changer ça.*

## **1.6 Être moteur d'amélioration**

*Réfléchir au format de la formation*

Les forces relevées de cette formation :

- Le format en petit groupe, permettant une interaction avec les intervenants et le partage de situations cliniques
- La pluridisciplinarité
- La modalité cours magistral dispensé par des experts (peu utilisé lors des enseignements hors stage (EHS), et absence des GEP/GECLI, mais jugé préférable sur ce sujet précis)

*P6 : Ouais et ce qui était sympa c'était parce que c'était interactif.*

*P5 : Les groupes d'ED sont très bien.*

*P6 : Moi je suis d'accord avec tout ce qui a été dit, je suis d'accord avec format cours j'ai trouvé ça vraiment bien.*

*P8 : Mais c'est vrai, je trouve qu'un cours comme ça même transposé dans leur façon de faire à eux en tout cas pour l'instant, en tout cas de ce que nous on connaît ça aurait été « qu'elles ont été les situations qui vous posent problème, ah bah ça, bah mettez-vous en groupe et faites une recherche là-dessus.*

*P3 : Ah non, quand nous on joue, on se bloque les uns les autres.*

*P1 : Entièrement d'accord.*

- La temporalité dans le cursus. Être en autonomie en SASPAS et se rapprocher de la fin de l'internat leur a permis de se sentir plus concernés par le sujet. Avoir déjà vécu des situations et avoir été en difficulté sur celles-ci permet de mieux appréhender la complexité des psychotraumatismes et de se projeter dans des prises en charge.

*P7 : Parfois on a eu des exemples, parfois on a galéré devant le patient donc ça te donne envie de savoir*

*P6 : Je pense que tout ce qui est psychotrauma, fin d'année on a quand même eu un peu d'expérience, on est passé en stage, tout ça, on a pu être face à ce genre de patient.*

Peu de points négatifs ont été mentionnés par les participants en dehors de la densité des informations reçues. Une formation plus longue, inscrite dans le temps et évoluant selon les stages au cours de l'internat a été suggérée.

*A : Et les points négatifs ?*

*P7 : Bah peut être que c'était trop court, non, mais c'est vrai, je me dis que sur plusieurs jours aussi ça permet d'assimiler plus de choses.*

*P3 : Ou sinon tout le volet pédiatrie on le fait au cours de la seconde année parce qu'on a un stage de ped à ce moment-là, la gynéco en 3eme année.*

*P3 : Avoir un bloc de connaissance au cours de la première année au cours du 2eme semestre comme ça on a fait du NI un petit peu et après en fonction de l'évolution que l'on puisse cibler sur les violences en pédiatrie, en gynéco.*

*Suggérer des améliorations de contenu*

Simplifier le chapitre juridique, utiliser des cas pratiques pour faciliter la compréhension, créer un organigramme explicatif ont été autant d'amélioration proposées.

*P4 : Ouais, mais je trouve que c'était intéressant quand même, mais en effet, peut-être plus faire des points, des branches, dans un organigramme avec des branches, pour voir en une fois ce qu'on peut faire ou ne pas faire.*

*P3 : La partie droit, je pense, elle était trop poussée pour nous.*

*P6 : C'était très intéressant, mais je pense que c'était dense et qu'on connaissait pas du tout.*

Un volet pédiatrique avec intervention d'un pédopsychiatre, le développement de la partie sociale et associative, une section dédiée au dépistage des victimes sont des compléments attendus.

*P3 : Ça aurait été bien qu'on ait un volet spécialiste de pédo*

*P5 : J'ai aimé ce côté multidisciplinaire comme ça, psychologue, psychiatre, juriste, c'est vrai qu'il manquait peut-être l'aspect social, une assistance sociale qui nous expliquerait comme ils arrivent à reloger et des choses comme ça ou même la prise en charge sociale toute simplement.*

La présence d'un médecin généraliste expert du sujet dans l'élaboration de la formation comme dans sa présentation a été suggérée comme amélioration. Ceci afin de permettre d'adapter le contenu à la pratique quotidienne en cabinet de ville et d'apporter une perspective plus proche de la réalité.

*P8 : Et oui du coup dans la deuxième journée, on peut justement inclure un médecin généraliste expert dans les violences, qui voit lui les patients à son cabinet, parce qu'eux quand ils parlaient c'était plus les urgences, vraiment, tout ça, donc voir sur le long terme, le médecin généraliste, sa place dans le suivi.*

*P2 : Mais c'est vrai que comme tu dis, dans notre pratique, là, on a eu une formation faite par des psychiatres et psychologues qui travaillent en centre régional de psychotrauma, et je pense qu'ils n'ont pas la même population qu'on a nous ici au cabinet. Et du coup l'approche est très différente.*

### *Suggérer des supports*

*P7 : Moi j'ai trouvé ça bien de faire la boîte à outils, c'est sympa parce que c'est sur ton ordi, tu peux consulter quand même facilement même en consult, et il y a des trucs, des affiches, ça c'est plus pour mettre dans le cabinet ou dans la salle d'attente, mais oui il y a des trucs intéressants*

*P5 : J'ai fait aussi, j'ai une clé USB avec ressources fiable que j'ai pu trouver et puis et j'ai mis la boîte à outils dedans du coup et puis dès que je suis sur un ordi, en remplacement ou sur un stage.*

*P3 : Des outils sur lesquels s'appuyer, qu'on pourrait utiliser en consultation.*

Une boîte à outils a été réalisée par l'équipe du CRP à l'origine de la formation, le contenu de celle-ci se trouve en annexe (Annexe 3). Les internes ont apprécié les supports proposés, particulièrement les supports destinés à une utilisation en consultation, les guides à transmettre aux victimes et les documents à afficher en salle d'attente.

Ils suggèrent quelques améliorations pour enrichir la boîte à outils : l'ajout d'un document explicatif de la physiopathologie du psychotraumatisme à utiliser en consultation ainsi qu'une aide à la prise en charge juridique pour mieux guider les patients.

*P7 : C'est des trucs quand ils attendent en salle d'attente, quand tu as un petit peu de retard et que tu regardes, bah ça attire l'œil, et ils peuvent se dire (...) si elle met ça dans sa salle d'attente c'est que je peux lui en parler après.*

## **1.7 Promouvoir la formation**

### *Exprimer des réactions positives immédiates*

L'expérience sensible de la formation était très positive avec les 8 participants jugeant cette formation comme : indispensable (5), nécessaire (2), utile (1) pour devenir un meilleur professionnel.

*P1 : Utile, indispensable c'est vrai, même nécessaire je viens de l'avoir en tête tu l'as déjà dit.*

Une augmentation de la confiance en soi dans ces prises en soins spécifiques, a été exprimée. Les 8 interrogés se sont sentis : rassurés (4), curieux d'en apprendre davantage (2), content (1), excité (1).

*P2 : Rassurant, j'étais soulagé, de me dire qu'il y a des solutions et qu'on peut le faire nous aussi en cabinet, d'avoir ces connaissances en plus pour m'aider dans la pratique.*

*P8 : Moi je pense que je me sentirai un peu plus à l'aise, mais pas non plus forcément très à l'aise, parce qu'on a encore des lacunes et qu'on n'a pas tout appris en 6h.*

*P6 : Moi je dirais curiosité, parce que ça m'a donné envie d'en savoir plus, de me former, plus, de savoir comment gérer en cabinet et tout ça.*

#### *Conseiller la formation à d'autres internes*

Plusieurs participants ont vivement conseillé la formation à des internes de leur entourage, ainsi que transmis les documents mis à disposition.

*P6 : Oui moi j'en ai parlé à des copines, qui sont internes en MG, j'ai dit que c'était super, et il y en a même une qui m'a demandé les documents parce que ça l'intéressait.*

*P7 : Pareil, j'ai envoyé des documents à une copine qui m'a demandé, après on en a parlé à d'autres internes de MG aussi et ce qui est ressorti c'est que c'était un cours intéressant et le format, ça m'a plus plu ce format-là.*

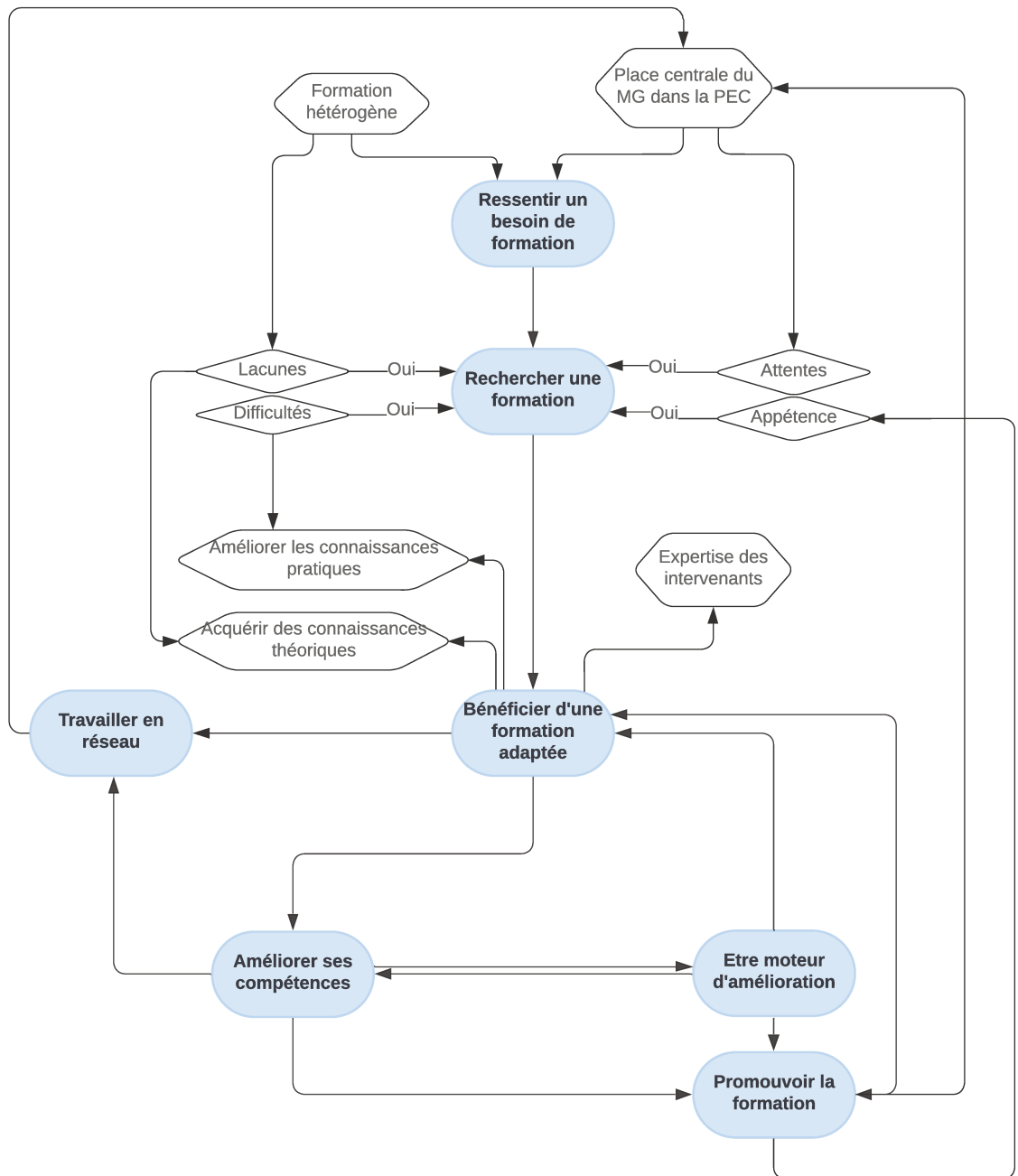
#### *Souhaiter voir cette formation incluse dans le cursus de l'internat*

L'inclusion de cette formation au cours du troisième cycle a été plébiscitée par les internes.

*P3 : Mais la fin de la journée, on s'est tous dit, et on était d'accord, que c'est le genre de cours qu'on aimerait avoir au cours de notre cursus de méd G.*

*P3 : Je trouve que ça a toute sa place dans notre cursus au même titre, voir même plus que certains cours.*

### 3 Schématisation des résultats



*Figure 3 : Modèle explicatif global des résultats*

# DISCUSSION

## 1 **Forces et insuffisances de l'étude**

### 1.1 **Les forces**

#### *Étude originale et novatrice*

Cette étude est la première étude qualitative évaluant l'intérêt d'une formation sur la prise en charge des patients victimes de violences et de psychotraumatismes auprès des internes. Elle est originale. Elle s'inscrit dans un corpus de trois thèses d'évaluation de cette formation : par les internes en début et en fin de stage SASPAS et par les patients les ayant consultés.

#### *Rigueur de la méthode*

La conception d'un guide d'entretien pour l'animateur du focus group, révisé et validé par deux médecins qualifiés en méthode qualitative, a contribué à limiter le biais d'observation.

28 critères sur les 32 de la grille COREQ ont été respectés (Annexe 7).

#### *Limitation du biais de mémoire*

Les focus groups au décours immédiat de la formation ont limité le biais de mémoire.

### 1.2 **Les insuffisances**

#### *Biais d'investigation :*

Nous reconnaissons un manque d'expertise de la chercheuse, novice dans l'exercice de la recherche qualitative. L'analyse et le codage ont été réalisés par une chercheuse unique ; source potentielle d'un biais d'analyse ou de

subjectivité. Ce biais aurait pu être atténué par une triangulation des données, ce qui n'a pas été réalisé dans cette étude.

Le chercheur de l'étude et l'animateur des focus groups, à l'initiative de ce travail, attendaient certains résultats. Malgré la volonté de neutralité dans le questionnement des participants, il existait un risque d'influencer leurs réponses.

#### *Biais de sélection :*

Malgré le tirage au sort, il existait un biais de volontariat en l'absence d'obligation de répondre positivement à l'invitation. La limitation de ce biais semble complexe étant donné l'impossibilité de rendre obligatoire une formation proposée dans le cadre d'une thèse.

La faible taille de l'échantillon rend plausible que certaines notions ou idées n'aient pas été explorées.

## **2 Confrontation aux données de la littérature**

En France, le médecin généraliste est un maillon crucial dans la chaîne de prise en charge des victimes de violences (34). Les femmes victimes de violences consultent en premier recours le médecin généraliste ; avant la police, la justice ou les associations (13). 90 % des étudiants de second cycle estiment que le rôle du médecin généraliste est important ou majeur (32) dans ces soins. Cette idée était présente chez la totalité des participants de notre étude.

En 2014, les étudiants de second cycle étaient demandeurs de formations sur les soins aux victimes de violences (32). Nos résultats retrouvent cette attente. Jusqu'en 2015, les enseignements sur ce sujet sont limités à un item unique sur les victimes adultes « Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles » et un



item « Maltraitance en pédiatrie ». En avril 2013 (35) le programme d'enseignement du second cycle a été élargi par arrêté gouvernemental aux différents types de violences, à l'épidémiologie et à la législation.

Il faudra attendre 2022 (36) pour qu'un nouvel item « Violences et santé » soit ajouté.

Certaines universités françaises en collaboration avec les syndicats d'internes ou des associations locales organisent des enseignements et séminaires optionnels.

Les médecins généralistes en exercice, eux aussi expriment leur besoin de formation sur ces questions (34).

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de données concernant les enseignements non universitaires.

La formation des internes au sujet des violences, ne fait l'objet d'aucune recommandation officielle. Son inclusion dans le cursus et son mode de dispensation est donc dépendant de chaque faculté, source potentielle de disparité des enseignements.

En France, seules douze des vingt-huit facultés de médecine intègrent les soins aux victimes de violences dans leur programme d'enseignement. Cette formation est obligatoire uniquement pour la moitié d'entre elles (Annexe 1).

La littérature montre que l'acquisition des compétences par les étudiants est corrélée au besoin de formation qu'ils ressentent et qu'une formation imposée sans intérêt de la part de l'étudiant sera moins efficace (37,38).

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de consensus sur le caractère obligatoire des enseignements au cours du troisième cycle.

Plus d'une femme sur cinq et un homme sur six déclarent avoir subi au moins une fois avant l'âge de 15ans, des violences exercées par un membre de sa famille (11). Un médecin généraliste réalisant 25 consultations par jour est donc au minimum en contact avec 4 à 5 victimes de violences par jour.

Le diabète touche 5,4% de la population française, ce qui représente 1 à 2 patients par jour sur une journée de 25 patients d'un médecin généraliste. Tous les médecins ont reçu un enseignement, obligatoire, répété concernant le diabète. À prévalence supérieure il n'existe pas à ce jour d'enseignement obligatoire sur les violences. Rendre obligatoire l'enseignement des soins de patients victimes de violences est légitime et nécessaire. Les retours recueillis après la formation vont dans ce sens.

Le format séminaire est le seul utilisé dans les 12 facultés l'incluant dans le cursus de l'interne. Ce format a également été apprécié dans notre étude. Pour autant, une méta-analyse de 2014 (39), met en évidence l'efficacité de la pédagogie active face à l'enseignement magistral. David Gooblar (40) affirme que le séminaire est un format efficace pour faire passer des informations spécifiques et théoriques, mais que l'enseignement actif est plus adapté pour enseigner la pratique des situations complexes.

Les travaux des Docteurs Pinar et Kurtz (41,42) soulignent qu'un enseignement basé sur la simulation est plus adapté qu'un enseignement magistral, il recommandent d'associer les deux méthodes.

Il est recommandé d'intégrer des aspects pratiques dans la formation (41). L'apport d'exercices de simulation, de jeux de rôles par des intervenants extérieurs, de supports vidéo, permet l'amélioration des compétences de communication et de relation (42,43), ces données sont en concordance avec nos résultats.

L'apport de cas pratiques concrets ou de partage d'expériences professionnelles d'experts ainsi que le travail en réseau avec l'unité médico judiciaire de secteur favorisent une meilleure prise en charge des victimes de violences intrafamiliales (44).

La répétition des enseignements pour un meilleur ancrage des connaissances est reconnue dans la littérature (45), B. Millette recommande une formation longitudinale tout au long de la formation des étudiants ainsi que durant la vie professionnelle (46).

Malgré les recommandations, la plupart des médecins généralistes ne pratiquent pas le dépistage systématique des violences (30,47). Les freins évoqués sont le manque de temps et de disponibilité, le sentiment d'impuissance, l'absence de formation médicale et l'inefficacité du réseau d'interventions.

Les connaissances théoriques et législatives des médecins font défaut (48) ; Les outils médico-légaux sont mal connus et inutilisés.

Selon Zaher et al (49), plus on acquiert de connaissances, plus les freins au dépistage et à la prise en charge tombent.

L'apprentissage des techniques de communication est considéré comme essentiel dans la formation médicale (41), c'est une compétence clé à acquérir au cours du troisième cycle (50). La communication n'est pas innée et s'apprend, un EHS Communication existe à la Faculté de Lille. De meilleures compétences en communication améliorent la satisfaction des patients et les résultats (45). Notre étude est en concordance avec le rapport Henrion (34) ; l'apprentissage de techniques de communication renforce la confiance des médecins et leur relation avec le patient.

La compréhension de la physiopathologie du psychotraumatisme est fondamentale ; l'explication de la symptomatologie vécue soulage les patients et renforce l'alliance thérapeutique(51). La rapidité de prise en charge conditionne l'évolution vers un état de stress post-traumatique, d'où l'intérêt de pouvoir proposer une prise en charge immédiate et adaptée par des équipes formées (52).

En 2005, Mc Clusez A (53) a montré qu'une formation ciblée permettait d'améliorer les connaissances théoriques et pratiques au sujet des violences ; mais n'induisait pour autant que de faibles changements des pratiques. Nos résultats sont en concordance avec l'acquisition de connaissances, mais le changement de comportement ne pourra être évalué que dans un second temps par la thèse réalisée six mois après la formation.

La boîte à outils met à disposition des étudiants une variété de supports (Annexe 3) ; flyers, affiches pour la salle d'attente, guides juridiques

d'association à destination des patients, guides ressources pour les professionnels de santé, répertoire avec les acteurs de la ville de Lille et échelles d'évaluation clinique. Les retours directs des internes sont positifs sur le contenu à mettre à disposition des patients en salle d'attente. Selon la littérature, 59 % des médecins généralistes de la Loire déclarent fournir des supports d'aide aux femmes victimes de violences dans leur salle d'attente ou dans le cabinet (54). Ces pratiques n'ont pourtant pas démontré leur efficacité. Une méta-analyse menée en 2014 par Berkhout et al. dans le Nord (55), a révélé que l'utilisation de supports éducatifs dans les salles d'attente n'était pas efficace. Plusieurs études comparatives (56,57) ont montré que la promotion en santé en salle d'attente par affiches ou dépliants n'était pas suffisante en elle-même, mais nécessitait l'intervention directe du médecin auprès du patient pour déclencher la discussion. Le dépistage, les soins, l'orientation des patients victimes de violences doivent être réalisés par des médecins généralistes formés. L'information écrite en complément d'une information orale est en revanche un bon support de communication selon l'Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (58).

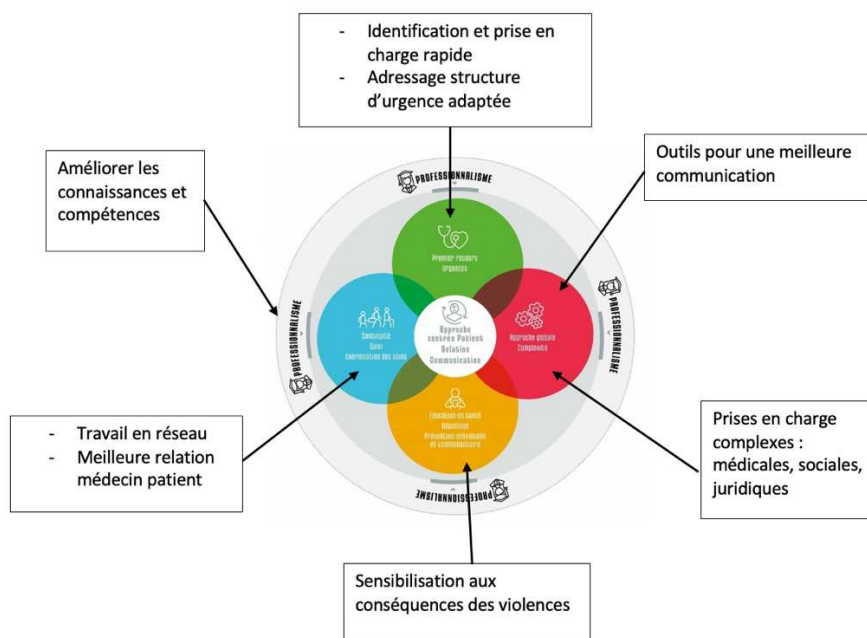
Plusieurs études dont une revue de la littérature de 2018 (59,60) évoquent l'amélioration des connaissances des patients grâce à l'utilisation de supports audiovisuels dans les salles d'attente, cette idée pourrait constituer une perspective intéressante.

Le visionnage de clip vidéo dans les salles d'attente demande une logistique et un coût plus élevé que les autres supports. En revanche, l'utilisation de QR code dans les salles d'attente a prouvé son efficacité (61).

De nombreuses affiches, vidéos, guides, dépliants à destination des victimes et des professionnels de santé sont disponibles sur le site internet « Arrêtons les violences » (62) pour compléter la boîte à outils.

Une cartographie interactive faite par la délégation départementale aux droits des femmes et à l'égalité recense les structures d'aide pour les femmes victimes de violences dans le Nord (63). Cet outil permet de rechercher les structures par zone géographique facilitant l'orientation des victimes dans tout le territoire.

La « marguerite des compétences » est la base des enseignements théoriques dispensés au cours des trois années de cursus de DES de médecine générale (64). La formation aux soins des victimes de violences répond à l'ensemble des objectifs.



*Figure 4 : Apports de la formation sur les compétences d'un MG*

### **3 Implications pratiques**

Au regard des éléments de littérature et de nos résultats, l'enseignement des soins ambulatoires aux victimes de violences doit être multidisciplinaire et faire intervenir médecins généralistes, psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, juristes, associatifs.

L'abord de la physiopathologie des psychotraumatismes, des conséquences médico-sociales, du dépistage en médecine générale, de la pharmacologie, des ressources juridiques et associatives sont fondamentalement nécessaires.

Un séminaire théorique suivi de mises en pratique répétées en petit groupe tout au long du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale est la modalité d'enseignement la plus adaptée. Cet ancrage pratique au cours du DES peut être réalisé dans les EHS pré existants qui seront maintenus pour la rentrée 2024 ou dans les GEP et GECLI (groupe d'échange de pratique clinique) où la thématique des violences est bien inscrite au programme. Le séminaire théorique initial est indispensable pour apporter l'arrière-plan cognitif nécessaire.

L'utilisation de supports vidéos/audios de consultations ou de scènes jouées par des acteurs est particulièrement efficient sur le plan pédagogique.

L'intérêt d'une boîte à outils destinée à être utilisée en consultation est largement démontré, notamment l'explication physiopathologique des

psychotraumatismes, des guides à remettre aux patients ainsi que les contacts des structures et associations pertinentes.

Cet enseignement doit être obligatoire dans le DES de médecine générale.

#### **4 Perspectives**

En décembre 2022, la 4eme année d'internat de médecine générale a été adoptée dans la loi de financement de la Sécurité Sociale, un arrêté publié le 9 Aout 2023 vient préciser la nouvelle maquette du DES (65,66). Cette année supplémentaire s'applique à l'ensemble des internes débutant la première année de DES à partir de la rentrée universitaire de 2023. L'arrêté prévoit l'ajout d'un objectif dans la formation des internes portant sur « l'acquisition de compétences centrées sur la santé de la femme et de l'enfant, et sur la santé mentale » (65). Les deux demi-journées de formation par semaine sont maintenues pendant cette phase de consolidation, offrant la possibilité d'introduire de nouveaux enseignements.

Nous proposons aux membres du DMG l'intégration d'une formation spécifique obligatoire aux soins des victimes de violences au programme du DES de Médecine Générale, dès la rentrée 2024.

Les thèses d'évaluation de cette formation à six mois par les participants et par les patients les ayant consultés viendront enrichir de leurs éléments notre proposition.



## **CONCLUSION :**

Les violences constituent un enjeu majeur de santé publique.

En France en 2021, 247 000 personnes ont été victimes de violences sexuelles, une femme sur cinq et un homme sur six déclarent avoir subi des violences dans l'enfance par un membre de leur famille et une femme sur six rapporte avoir été victime de violences physiques par un partenaire.

Malgré cette prévalence et la place centrale du médecin généraliste dans le dépistage et les soins des victimes de violences, ce sujet ne fait pas lieu d'une formation dédiée à la Faculté de Lille et ne fait pas partie de recommandations officielles pour les facultés de médecine de France.

Le besoin de formation des futurs médecins est incontestable.

Un enseignement sur le format d'un séminaire, magistral, conçu de façon interprofessionnelle, obligatoire et perlé au long du cursus de médecine générale est légitime, nécessaire et plébiscité par les internes.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation mondiale de la santé, éditeur. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002.
2. HAS. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919\\_reperage\\_des\\_femmes\\_victimes\\_de\\_violences\\_au\\_sein\\_du\\_couple\\_texte\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf)
3. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014 [Internet]. 2014 [cité 22 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241564793>
4. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*. 1 déc 2008;34(6):577-83.
5. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):21-7.
6. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. mars 1991;48(3):216-22.
7. Krantz G. Violence against women: a global public health issue! *J Epidemiol Community Health*. avr 2002;56(4):242-3.
8. Chrisler JC, Ferguson S. Violence against women as a public health issue. *Ann N Y Acad Sci*. nov 2006;1087:235-49.
9. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cité 23 févr 2024]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/85240>
10. Ministère de l'intérieur, SSMSI. L'enquête Vécu et ressenti en matière de sécurité (VRS) [Internet]. 2022 [cité 19 févr 2024]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-VRS>
11. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI). Enquête

Genese 2021.

12. Ministère de l'intérieur. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple pour l'année 2022. [Https://mobileinterieur.gouv.fr/Publications/Securite-Interieure/Etude-Natl-Sur--Morts-Violentes-Au-Sein--Couple-Pour--Annee-2022](https://mobileinterieur.gouv.fr/Publications/Securite-Interieure/Etude-Natl-Sur--Morts-Violentes-Au-Sein--Couple-Pour--Annee-2022). 2022;
13. Santé Publique France. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000 [Internet]. [cité 23 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/violences-envers-les-femmes-et-etat-de-sante-mentale-resultats-de-l-enquete-enveff-2000>
14. Hegarty K, Valpied J, Taft A, Brown SJ, Gold L, Gunn J, et al. Two-year follow up of a cluster randomised controlled trial for women experiencing intimate partner violence: effect of screening and family doctor-delivered counselling on quality of life, mental and physical health and abuse exposure. *BMJ Open*. 10 déc 2020;10(12):e034295.
15. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, et al. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 5 août 2009;302(5):493-501.
16. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 22 juill 2015;2015(7):CD007007.
17. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women Exposed to Intimate Partner Violence: Expectations and Experiences When They Encounter Health Care Professionals: A Meta-analysis of Qualitative Studies. *Arch Intern Med*. 9 janv 2006;166(1):22-37.
18. Bair-Merritt MH, Lewis-O'Connor A, Goel S, Amato P, Ismailji T, Jelley M, et al. Primary care-based interventions for intimate partner violence: a systematic review. *Am J Prev Med*. févr 2014;46(2):188-94.
19. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römkens R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Educ Couns*. mars 2008;70(3):386-94.
20. Wester W, Wong SLF, Lagro-Janssen ALM. What do abused women expect from their family physicians? A qualitative study among women in shelter homes. *Women Health*. 2007;45(1):105-19.

21. Renker PR, Tonkin P. Women's views of prenatal violence screening: acceptability and confidentiality issues. *Obstet Gynecol.* févr 2006;107(2 Pt 1):348-54.
22. Taket A, Nurse J, Smith K, Watson J, Shakespeare J, Lavis V, et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ.* 20 sept 2003;327(7416):673-6.
23. European Union Agency for Fundamental Rights [Internet]. 2014 [cité 23 févr 2024]. Violence against women: an EU-wide survey. Main results report. Disponible sur: <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>
24. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med.* 5 juin 2012;156(11):796-808, W-279, W-280, W-281, W-282.
25. Offermans AM, Vanhalewyn M. DÉTECTION DES VIOLENCES CONJUGALES. *Société Sci Médecine Générale.* mars 2018;
26. Domestic violence and abuse: multi-agency working | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2014 [cité 23 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph50/chapter/1-Recommendations>
27. American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. *Arch Fam Med.* 1 sept 1992;1(1):39-47.
28. Dicola D, Spaar E. Intimate Partner Violence. *Am Fam Physician.* 15 oct 2016;94(8):646-51.
29. Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 19 mars 2013;158(6):478-86.
30. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, et al. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health.* 2012;52(6):587-605.
31. Feder G, Davies RA, Baird K, Dunne D, Eldridge S, Griffiths C, et al. 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 Lond Engl.* 19 nov 2011;378(9805):1788-95.
32. Lazimi G, Duguet A, Auslender V, Granger B, Catoire P, Ronai E. Les violences faites aux femmes. Enquête nationale auprès des étudiants en médecine.

Médecine. 1 févr 2014;10(2):83-8.

33. Christophe Lejeune. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Liens Socio; 2015.
34. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels | vie-publique.fr. 1 févr 2001;37-45.
35. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.
36. Arrêté du 19 avril 2022 fixant les modalités d'organisation de la procédure nationale d'appariement pour l'accès au troisième cycle des études de médecine (rectificatif).
37. Katz I, Assor A. When Choice Motivates and When It Does Not. Educ Psychol Rev. 9 oct 2006;19:429-42.
38. Pelaccia T, Delplancq H, Emmanuel T, Leman C, Bartier JC, Dupeyron JP. La motivation en formation : une dimension réhabilitée dans un environnement d'apprentissage en mutation. <http://dx.doi.org/101051/pmed:2008999>. 1 mai 2008;9.
39. Freeman S, L. Eddy S, Mc Dounough M. Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. PNAS. 12 mai 2014;111(23):8410-5.
40. Gooblar D. 'Is It Ever OK to Lecture?'. Chron High Educ. 15 janv 2019;
41. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. Acad Med J Assoc Am Med Coll. août 2003;78(8):802-9.
42. Pinar G. The Role of Simulation-Based Education for Domestic Violence Management. Creat Educ. 6 déc 2021;12(12):2852-62.
43. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N, et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. Acad Med J Assoc Am Med Coll. juin 2004;79(6):495-507.
44. Salomon M, Baccino E, Rodrigues F. Les violences intrafamiliales : ce qu'il en est dans un cabinet de médecine générale. Rev Med Légale. 13 mars 2021;12(1):35-44.
45. Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. Can J Neurol Sci J Can Sci Neurol. juin 2002;29 Suppl 2:S23-29.
46. Millette B, Lussier MT, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique

- prioritaire. *Pédagogie Médicale*. mai 2004;5(2):110-26.
47. Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, Soares A, Beco AD, Chastaing J, et al. Barriers to the identification and management of domestic violence in general practice. A qualitative study in Ile-de-France. *Médecine*. 10 déc 2014;10(9):423-8.
48. François I, Moutel G, Plu I, Fauriel I, Hervé C. [Domestic violence: what are the difficulties for practitioners? Analysis of interviews among 19 practitioners within a town-hospital care network aimed at a global approach of patients]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 18 déc 2004;33(22):1561-5.
49. Zaher E, Keogh K, Ratnapalan S. Effect of domestic violence training: systematic review of randomized controlled trials. *Can Fam Physician Med Fam Can*. juill 2014;60(7):618-24, e340-347.
50. Les compétences du médecin généraliste | Département Médecine Générale - Université de Rouen [Internet]. [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <https://dumg-rouen.fr/p/les-competences-du-medecin-generaliste>
51. Hubschmid M, Berney A, Aybek S, Vingerhoets F. Trouble dissociatif : une clinique à l'interface de la neurologie et de la psychiatrie. *Rev Med Suisse*. 13 févr 2008;144(6):412-6.
52. Warembourg F. Place de la consultation de psychotraumatologie dans l'accueil des victimes d'agression sexuelle. 2011;
53. 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*. 19 déc 2005;5:40.
54. ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. Les médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire face aux violences faites aux femmes. *Panel Obs Prat Cond Exerc En Médecine Générale*. mars 2021;
55. Berkhout C, Willefert-Bouche A, Chazard E, Zgorska-Maynard-Moussa S, Favre J, Peremans L, et al. Randomized controlled trial on promoting influenza vaccination in general practice waiting rooms. *PloS One*. 2018;13(2):e0192155.
56. Rolland MA, Gignon M. [Immunization educational game in general practice waiting rooms. A comparative study]. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr*. 2015;27(2):159-65.
57. Little P, Dorward M, Warner G, Moore M, Stephens K, Senior J, et al. Randomised controlled trial of effect of leaflets to empower patients in consultations in primary care. *BMJ*. 21 févr 2004;328(7437):441.

58. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Information des patients, recommandations destinées aux médecins. ANAES. mars 2000;151-5.
59. Berkhout C, Zgorska-Meynard-Moussa S, Willefert-Bouche A, Favre J, Peremans L, Van Royen P. Audiovisual aids in primary healthcare settings' waiting rooms. A systematic review. Eur J Gen Pract. 22 août 2018;24(1):202-10.
60. Eubelen C, Brendel F, Belche JL, Freyens A, Vanbelle S, Giet D. Effect of an audiovisual message for tetanus booster vaccination broadcast in the waiting room. BMC Fam Pract. 28 sept 2011;12:104.
61. Fischer-Suárez N, Lozano-Paniagua D, García-Duarte S, Castro-Luna G, Parrón-Carreño T, Nievas-Soriano BJ. Using QR Codes as a Form of eHealth to Promote Health Among Women in a Pandemic: Cross-sectional Study. JMIR Hum Factors. 8 nov 2022;9(4):e41143.
62. Les outils de communication | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-de-communication>
63. Les services de l'État dans le Nord [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Trouver une structure d'aide aux femmes victimes de violences dans le Nord. Disponible sur: <https://www.nord.gouv.fr/Actualites/Actualites/Trouver-une-structure-d-aide-aux-femmes-victimes-de-violences-dans-le-Nord>
64. DES de Médecine Générale – CNGE [Internet]. [cité 7 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.cnge.fr/la-pedagogie/le-cursus-de-medecine-generale/des-de-medecine-generale/>
65. COLLANGE de N. 4ème année : publication de l'arrêté – SRP-IMG [Internet]. 2023 [cité 8 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.srp-img.com/archives/11566>
66. Article L323-3 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 11 juill 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041399048/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041399048/)

# ANNEXES

*Annexe 1 : Tableau faisant l'état des lieux des formations proposées aux internes de médecine générale dans les différentes facultés de France. Informations recueillies par contact d'internes via les réseaux sociaux.*

Villes	Formation pendant l'internat oui/ non ?	Quel format ?	Obligatoire ?	Propositions hors enseignement facultaire
Amiens	Non			
Angers	Non			Sur certains terrains de stage
Antilles	Non			
Besançon	Non			
Bordeaux	Non			
Brest	Non			
Caen	Non			
Clermont	Oui	Séminaire	Obligatoire, organisé par la Fac. Séminaire sur les VIF	
Dijon	Non			
Grenoble	Oui	Séminaire	Non obligatoire	
Lille	Non			Formation proposée par l'Université de Lille
Limoges	Non			
Lyon	Oui	Séminaire	Non obligatoire, à choisir dans une liste	
Marseille	Oui	Séminaire	Obligatoire organisée par le DUMG, intégrée dans les modules santé de la femme et de l'enfant	
Montpellier	Oui	Séminaire	Non obligatoire, à choisir dans une liste	
Nancy	Oui	Séminaire	Obligatoire	
Nantes	Oui	Séminaire	Non obligatoire, à choisir dans une liste	
Nice	Oui	Séminaire	Obligatoire	
Océan indien	Non			
Paris	Oui	Séminaire	Non obligatoire, sur inscription avec nombre restreint de places	Webinaire proposé par le syndicat des internes



Poitiers	Non			Webinaire proposé par le syndicat des internes
Reims	Non			
Rennes	Non			
Rouen	Non			Sur certains terrains de stage
Saint-Étienne	Oui	Séminaire	Obligatoire	
Strasbourg	Oui	Séminaire	Non obligatoire	
Toulouse	Oui	Séminaire	Obligatoire	
Tours	Non			

Annexe 2 : Contenu de la formation dispensée à l'échantillon d'interne de médecine

générale :

Titre de la formation : Formation des internes de médecine générale aux soins des patients victimes de violences et de psychotraumatismes

Date : 31 Mai 2023

Lieu : Faculté de Médecine Henri Warembourg, Lille

Matinée de 9h00 a 12H20 :

Intervenants : Madame Julie FRY et Monsieur Stéphane DUHEM psychologues du CRP de Lille

Présentation théorique sur les psycho traumatismes chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte avec partage d'expériences professionnelles

Après-midi 14h00 à 15h30 :

Intervenants : Docteur Frédérique Warembourg, Psychiatre responsable du CRP de Lille

Docteur Marie Vanlaere Psychiatre, Madame Julie FRY psychologue

Cas cliniques sur le thème des violences et des psycho traumas adaptés à la médecine générale

Après-midi de 15h30 à 17h00 :

Intervenants : Madame Nadège COUSAERT, juriste dans l'association AIAVM

Présentation théorique sur la partie juridique de la prise en soins des patients victimes de violences.

Annexe 3 : Contenu de la boîte à outils :

- Questionnaire patient LEPT (Liste des événements potentiellement traumatiques)
- Plaquette du CRP
- Affiche Souffrance Prévention Suicide, 3114
- Violentomètre
- Guide juridique de l'association L'ECHAPPEE « Que faire après un viol ou une agression sexuelle »
- Le répertoire droits, emploi, famille, hébergement, loisirs fait par la ville de Lille
- Guide ressource « Violences conjugales », guide à l'usage des professionnels accueillant des victimes adultes ou enfants, réalisé par le département du Nord
- Fiche Technique d'ancrage pour lutter contre la dissociation
- Échelle d'évaluation du stress post traumatique
- Échelle d'évaluation de l'état de stress aigu
- Modèle de signalement par le médecin pour victime mineure
- Guide d'intervention AIAVM (Association Intercommunale d'aide aux Victimes et de médiation), rédigé par Nadège COUSAERT, Juriste et Cheffe de Service AIAVM

Annexe 4 : Formulaire d'information et de consentement :

**Thèse : Évaluation par les internes en stage de SASPAS d'une formation théorique spécifique aux soins des patient.e.s victimes de violences en médecine générale**

**RECHERCHE QUALITATIVE auprès de de 8 internes en stage de SASPAS**

**Réalisation de focus group :**

Cet entretien sera animé par le Dr Audrey Lombart, à la date du.....  
Avec la présence de Pauline Rault en observateur principal.  
Il sera enregistré de façon anonyme.

**Comment sera traitée l'information recueillie ?**

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Pauline Rault dans le cadre de son exercice de thèse en médecine générale, sous la direction du Docteur Audrey Lombart

1. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment.
2. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
3. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.

Nom et signature

Fait à ....., Le .....

Annexe 5 : Questionnaire descriptif de la population interrogée lors du focus group :

Age : .....

Sexe : .....

Nombres de semestres validés : .....

Formation spécifique ou DIU : .....

Particularité de cursus : .....

Département où se déroule le stage de SASPAS : .....

Type de structure pour le stage de SASPAS :

- Cabinet de groupe type MSP
- Cabinet individuel

Lieu d'exercice pour le stage de SASPAS :

- Urbain
- Rural
- Semi rural

Annexe 6 : Guide d'entretien du focus group

Étape	Objectif	Question principale	Relances	
Introduction	Présentation de la thèse, du rôle du modérateur, de l'observateur et des participants		Explications sur le caractère anonyme des données + signature d'un consentement Tour de table pour présenter les participants	
1. Connaissances avant la formation	Identifier les connaissances avant la formation	Quelles étaient vos connaissances personnelles avant cette formation ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De quelle formation avez-vous bénéficié sur le sujet ?</li> <li>- Quelles notions aviez-vous ?</li> <li>- Qu'étiez-vous aller chercher par vous-même ?</li> <li>-</li> </ul>	
2. Motivation de la participation et attentes	Identifier les motivations ayant incité l'interne à participer à cette formation et les attentes	Qu'est-ce qui vous a motivé à participer à cette formation ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A quelles difficultés avez-vous été confrontées dans les soins des patients victimes de violences ?</li> <li>- Quelles aptitudes pensez-vous avoir développées ?</li> <li>- Qu'est-ce qui vous sensibilise à ce sujet ?</li> <li>- Quelles étaient vos attentes avant la formation</li> <li>- Quel était pour vous l'objectif en participant à cette formation ?</li> </ul>	
3. Évaluation de la qualité de la formation	Évaluer la forme de la formation	Qu'avez-vous pensé du format de cette formation ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'organisation, les informations en amont de la formation étaient-elles adaptées ?</li> <li>- Quel est le format le mieux adapté à ce type de formation ?</li> <li>- La durée d'une journée en 2 sessions de 3h ? Trop court ? trop long ?</li> <li>- Le nombre de pause, les horaires ?</li> <li>- Répartition théorie et pratique avec cas cliniques</li> </ul>	
		Vécu émotionnel de la formation	En un mot, quel est votre ressenti sur la formation ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles ont été vos impressions, vos sentiments ?</li> <li>- Si difficile en un mot faire une phrase courte ou groupement de mot</li> </ul>
		Évaluer le contenu de la formation	Pensez-vous que le contenu de la	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenants ?</li> <li>- Qu'avez-vous pensé des supports utilisés ?</li> </ul>

		formation est intéressante et adaptée à la médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment selon vous adapter le contenu à destination des médecins généralistes ?</li> <li>- Quel est selon vous le contenu idéal à destination des MG ?</li> <li>- Que modifieriez-vous en terme de contenu ?</li> <li>- Points positifs ?</li> <li>- Points négatifs ?</li> </ul>
4. Apprentissage	Évaluer ce qui à été retenu	Qu'avez-vous retenu de cette formation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qu'avez-vous retenu de la formation ?</li> <li>- Quelles informations ont été les plus marquantes ?</li> <li>- Quelles informations ont été les plus utiles ?</li> <li>- Qu'est ce qui est convergent/ divergent avec vos connaissances antérieures à ce sujet ?</li> </ul>
	Intérêt des supports et de la boite à outils	Comment imaginez-vous utiliser la boite à outils ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels supports sont les plus utiles ?</li> <li>- Dans quelles situations pensez-vous réutiliser les supports ?</li> <li>- Avez-vous consulté les éléments de la boite à outils ?</li> </ul>
5. Dans la pratique quotidienne	Évaluer les projets de mise en application de cette formation	Comment imaginez-vous que cette formation modifiera vos pratiques ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelle projection avez-vous de vous en tant que médecin soignant des victimes de violence ?</li> <li>- Pensez-vous que cette formation va avoir un impact sur votre pratique ?</li> <li>- Explication de la physiopathologie ?</li> <li>- Orientation des victimes ?</li> <li>- Avec quel sentiment pensez-vous aborder les prochaines consultations ?</li> </ul>
6. Modifications	Identifier des améliorations	Quelles sont les modifications que vous aimeriez apporter à cette formation ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment améliorer la forme de la formation ?</li> <li>- Quel est le moment le plus adapté au cours de la formation de l'interne pour recevoir cette formation ?</li> <li>- Comment améliorer le contenu ?</li> <li>- Qu'auriez-vous aimé voir abordé qui ne l'a pas été ?</li> <li>- Que diriez-vous de cette formation à d'autres internes ?</li> </ul>
Synthèse finale	Synthèse brève de la rencontre faite par l'observateur		

*Annexe 7 : Grille COREQ, traduction française*

N°	Item	Guide questions/description
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
Caractéristiques personnelles		
1. Pauline Rault	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2. Validation du 3eme cycle des études médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD
3. Médecin généraliste remplaçant non Thésée	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?
4. Femme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Expérience facultaire	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6. Inconnus ou internes croisés lors d'enseignements facultaires	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Médecin généraliste non thésée proposant une formation sur les violences et les psycho traumatismes	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche
8. Médecin généraliste non thésée n'ayant pas de biais ou d'intérêt dans la recherche	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>		
Cadre théorique		
9. Analyse par la théorie ancrée	Orientation méthodologique et théorique	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée,

		analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu
<b>Sélection des participants</b>		
10. Tirage au sort des MSU accueillant des SASPAS pour proposer la participation à la formation	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige
11. Contact téléphonique via les MSU accueillant des SASPAS	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel
12. 8 internes en SASPAS	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. Pas d'abandon. Refus par manque de disponibilité	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
<b>Contexte</b>		
14. Cabinet de médecine générale de la directrice de thèse	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail
15. Non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Genre, âge, nombres de semestres validés, formation spécifique, type de structure et lieu d'exercice du stage de SASPAS	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date
<b>Recueil de données</b>		
17. Guide d'entretien fourni et corrigé avec le directeur de thèse. Non testé au préalable	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Enregistrement audio par dictaphone	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Oui par l'observateur	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?

21. 2 focus groups de 1h19 et 1h07	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22. Non	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
Analyse et résultats		
24. Uniquement l'observateur	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Non	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. NVivo	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29. Oui avec identification des participants	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaire	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

D'après Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative.



**AUTEURE : Nom :** Rault      **Prénom :** Pauline

**Date de soutenance :** 26 avril 2024

**Titre de la thèse :** Évaluation d'une formation spécifique aux soins des victimes de violence en ambulatoire par un échantillon d'internes de médecine générale à Lille.

**Thèse - Médecine – Lille 2024**

**Cadre de classement :** Médecine générale

**DES + FST/option :** Médecine générale

**Mots-clés :** Violence, médecine générale, enseignement, traumatisme psychologique

**Résumé :**

**Introduction :** En France en 2021, 247 000 personnes ont été victimes de violences sexuelles, une femme sur cinq et un homme sur six déclarent avoir subi des violences dans l'enfance par un membre de leur famille et une femme sur six rapporte avoir été victime de violences physiques par un partenaire. Les conséquences de ces violences sont une des premières causes de morbidité avant l'âge de 50 ans.

Les médecins généralistes ont une place privilégiée pour le dépistage et l'accompagnement des victimes de violences. Ces soins exigent des compétences spécifiques. En l'absence de programme d'enseignement obligatoire la formation universitaire des médecins est dispensée dans moins de la moitié des universités en France.

**Matériel et Méthode :** Étude qualitative transversale par analyse phénoménologique interprétative. Élaboration en collaboration avec les psychiatres du CRP d'une journée de formation aux soins des victimes de violences. Huit participants recrutés par tirage au sort parmi les internes de médecine générale SASPAS de la Faculté de Lille. Recueil des données par 2 focus groups. Analyse des verbatims à l'aide du logiciel Nvivo 12.

**Résultats :** Avant leur participation, les internes avaient un niveau de formation très hétérogène. Ils étaient conscients de leurs difficultés et leurs lacunes. Ils étaient demandeurs d'une formation spécifique. Nous leur avons fourni des outils d'amélioration et de développement des compétences nécessaires, de promotion du travail en réseau de soins, des supports éducatifs. Les réactions immédiates ont été positives. Des suggestions d'améliorations ont été formulées pour parfaire la formation. En concordance avec la littérature, un séminaire théorique suivi de mises en pratique répétées en petits groupes tout au long du DES a été décrit comme la meilleure modalité pédagogique.

**Conclusion :** Les conséquences des violences sont une des premières causes de morbidité avant l'âge de 50 ans. Le besoin de formation des futurs médecins aux soins des victimes de violences est indéniable. La réponse apportée par notre formation a été plébiscitée. Cet enseignement doit être rendu obligatoire.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

**Asseseurs :** Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS

Monsieur le Docteur Guillaume SERRON

**Directrice de thèse :** Madame le Docteur Audrey LOMBART