



# UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année :2025

## THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Évaluation par des internes SASPAS de la mise en application  
d'une formation aux soins des patient·e·s victimes de violences**

Etude qualitative par analyse phénoménologique interprétative.

Présentée et soutenue publiquement le 21 mars 2025 à 18h  
au Pôle Formation

par **Marie HOUZE DE L'AULNOIT**

---

### JURY

**Président :**

**Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

**Assesseur·e·s :**

**Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS**

**Madame la Docteure Audrey LOMBART**

**Madame la Docteure Alissa SEBBAH**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Guillaume SERRON**

---



## **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>Liste des abréviations</b>	<b>7</b>
<b>Introduction</b>	<b>9</b>
1    Définition et état des lieux.....	9
2    Conséquences des violences .....	9
3    Formation des médecins généralistes .....	10
<b>Matériels et Méthode</b>	<b>12</b>
1    Objectifs de l'étude.....	12
2    Type d'étude.....	12
3    Population étudiée et mode de recrutement.....	12
4    Mode de recueil des données .....	13
5    Analyse des données .....	13
6    Aspects juridiques et éthiques .....	14
<b>Résultats</b>	<b>15</b>
1    Description de la population .....	15
2    Analyse des résultats .....	16
1.1    Acquérir une expertise nouvelle .....	16
1.2    Ancrer des habitudes de pratique .....	18
1.3    Construire la relation médecin-patient .....	20
1.4    Percevoir le caractère transversal de la question des violences.....	23
1.5    Des conduites d'évitement prégnantes .....	26
1.6    Modalités d'apprentissage.....	30
1.7    Temporalité de l'apprentissage au cours du cursus .....	32
3    Schématisation des résultats.....	35
<b>Discussion</b>	<b>36</b>
1    Forces et limites de l'étude .....	36
1.1    Les forces .....	36
1.2    Les limites.....	36
2    Confrontation aux données des internes évaluant la formation avant mise en pratique (thèse du Dr RAULT) .....	37

<b>3</b>	<b>Confrontation aux données de la littérature .....</b>	<b>38</b>
1.3	Apport de la formation sur l'identification des victimes .....	38
1.4	Apport d'une formation sur la prise en soins des victimes .....	39
1.5	Comment former de manière efficace .....	41
<b>4</b>	<b>Implications pratiques .....</b>	<b>42</b>
<b>5</b>	<b>Perspectives.....</b>	<b>43</b>
	<b>Conclusion :</b>	<b>44</b>
	<b>Références bibliographiques</b>	<b>45</b>

## LISTE DES ABREVIATIONS

**AIAVM** : Association Intercommunale d'Aide aux Victimes et de Médiation

**AUEC** : Attestation Universitaire d'Étude Complémentaire

**CoreQ** : Consolidated criteria for reporting Qualitative studies

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CRP** : Centre Régional de Psychotraumatisme

**DES** : Diplôme d'Etudes Spécialisées

**DIU** : Diplôme Inter Universitaire

**DU** : Diplôme Universitaire

**DMG** : Département de Médecine Générale

**EHS** : Enseignement Hors Stage

**GECLi** : Groupes d'Echange de pratique Clinique

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IMG** : Interne de Médecine Générale

**IST** : Infection Sexuellement Transmissible

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**MeSH** : Medical Subject Headings

**MSU** : Maître de stage Universitaire

**N1** : Niveau 1. Désigne le stage ambulatoire en soins primaire réalisé par les internes de médecine générale en première année d'internat.

**NICE** : National Institute for Health and Care Excellence

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**SASPAS** : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée. Désigne le stage ambulatoire réalisé par les internes de médecine générale en troisième année d'internat, en autonomie lors des consultations mais avec supervision *a posteriori* par le maître de stage.

**SRQR** : Standards for Reporting Qualitative Research

**TSPT** : Trouble du Stress Post-Traumatique

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine





# INTRODUCTION

## 1 Définition et état des lieux

La violence est définie par l’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).

Au niveau mondial, en 2014 selon l’OMS, 1 adulte sur 4 rapportait des violences physiques dans l’enfance (2). En 2018, une revue de littérature a mis en évidence que 26% des femmes de plus de 15 ans ont subi au moins une fois dans leur vie des violences commises par un-e partenaire intime (3).

Au niveau national en 2023 : 444 700 victimes de violences physiques (en majorité intra-familiales), et 114 100 victimes de violences sexuelles, ont été recensées par les services de police et de gendarmerie (4).

En 2023 au sein du couple, 271 000 victimes de violences commises par leur partenaire ou ex-partenaire ont été enregistrées. 85% des victimes sont des femmes ; 86% des mis en cause sont des hommes (5). Selon l’enquête de victimation « Vécu et Ressenti en matière de Sécurité 2023 » (6), 70% des femmes victimes de violences au sein du couple ont été victimes de violences combinées – physiques, psychologiques et/ou sexuelles.

En 2023, on compte 119 morts violentes au sein du couple dont 81% de femmes (l’équivalent d’1 décès tous les 3 jours) ; 9 infanticides ont été commis dans un contexte de conflit conjugal (7).

## 2 Conséquences des violences

- **Santé physique** : à court terme des traumatismes immédiats à l’exemple des fractures (8) ; à plus long terme augmentation du risque de douleurs chroniques (9), de maladies cardiovasculaires, de diabète de type 2 (10).

- **Santé mentale** : doublement du risque de dépression (11), majoration du risque de suicide (9,12), et d'addiction (13).
- **Santé sexuelle et reproductive** : fréquence de transmission accrue du VIH et d'IST (11), des IVG (11,14), de faible poids foetal et de prématurité (11,15).
- **Enfants exposé-e-s aux violences domestiques** : altération du fonctionnement social, émotionnel, comportemental, cognitif ; majoration du risque d'être eux-mêmes auteur-e-s ou victimes de violences à l'avenir (13).
- **Coût sociétal** : coût total des violences au sein du couple estimé à 3,6 milliards d'euros en France en 2012 (16).
- **Psychotraumatisme** : en France, sa prévalence au sens large est de 5,3% (17). Toute violence est un évènement potentiellement traumatique, sans entraîner systématiquement de trouble du stress post-traumatique (TSPT). Le TSPT s'accompagne de nombreuses comorbidités, non pathognomoniques à son diagnostic.

### **3 Formation des médecins généralistes**

25% des femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles ont consulté un médecin (sans plus de précision de contexte donné dans les études) (18) : il représente un interlocuteur de premier recours.

L'efficacité de la formation des médecins généralistes sur les violences conjugales, notamment son impact sur le repérage et la prise en charge des victimes, a été démontrée dans des revues de littérature (19) et dans des études cas-témoins (20,21).

En France, former les professionnels de santé aux violences intra-familiales est une obligation légale depuis 2010 (22). De plus, par arrêté du 3 août 2023, la nouvelle maquette du DES de médecine générale inclut désormais dans ses objectifs de formation « l'acquisition de compétences centrées sur la santé de la femme et de l'enfant, ainsi que sur la santé mentale » (23) .

Toutefois, il n'existe pas de programme d'enseignement universitaire commun à l'échelon national ; les disparités entre les facultés de médecine sont fortes (24). À Lille, la thématique des violences figure dans les thématiques des GECli, mais son abord dépend du traitement qu'en font les internes. Il n'existe aucune

formation spécifique. Le refus dogmatique du DMG de tout autre modalité d'enseignement que par le groupe de pairs les prive d'une expertise indispensable.

En collaboration avec le Centre Régional de Psychotraumatisme (CRP), nous avons élaboré un séminaire de formation à destination des internes de médecine générale. Cette thèse est la seconde d'un corpus de trois thèses : la première portant sur l'évaluation de cette formation par les internes au décours immédiat (24), la seconde par ces mêmes internes au terme du semestre SASPAS, la troisième par les patient·e·s les ayant consulté·e·s.

# MATERIELS ET METHODE

## 1 Objectifs de l'étude

L'objectif principal était d'évaluer après 6 mois de mise en pratique en stage de SASPAS l'intérêt et l'impact éventuel dans la pratique d'une formation spécifique aux soins des victimes de violences destinée aux internes de médecine générale, par eux-mêmes.

L'objectif secondaire était d'identifier les points forts à conserver et les axes d'amélioration possibles de la formation, en vue d'une potentielle intégration par le DMG au sein du programme d'enseignement du DES à Lille.

Le 31 mai 2023, 8 internes de médecine générale de Lille ont bénéficié d'une journée de formation spécifique aux soins des victimes de violences par l'équipe du CRP. Cette formation (annexe 1) comportait une partie théorique sur les psychotraumatismes, des cas cliniques et l'intervention d'une juriste de l'AIAVM (Association intercommunale d'aide aux victimes et de médiation).

Une boîte à outils numérique destinée à être utilisée dans la pratique en cabinet (annexe 2) leur a été remise au terme de cette journée.

## 2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative transversale, inspirée d'une méthode par analyse phénoménologique interprétative.

Les données ont été recueillies par focus group, dans une optique de perception optimale des expériences, des opinions, des sentiments et des attentes des internes vis-à-vis de la formation.

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

## 3 Population étudiée et mode de recrutement

L'étude repose sur un échantillonnage raisonné homogène. Dans le cadre de l'analyse phénoménologique interprétative, nous n'avons pas recherché

l'apparente saturation des données, la suffisance des données est assumée par les investigateurs.

Les internes participants ont été recrutés par tirage au sort : ce recrutement est détaillé dans la première thèse du corpus (flow-chart en annexe 3) (24).

Les critères d'inclusion de cette étude étaient : internes de médecine générale à Lille, en stage de SASPAS de mai à novembre 2023, ayant participé à la journée de formation le 31 mai 2023 ainsi qu'à son évaluation au décours. Les 8 internes répondant à ces critères ont tous été inclus dans notre étude.

#### **4 Mode de recueil des données**

Mi-août 2023, à 3 mois de la formation, les internes en SASPAS ont reçu un message de rappel de leur participation à un focus group à la fin de leur stage. Deux sessions de focus groups se sont tenues les 20 novembre et 5 décembre 2023, soit le mois suivant la fin du semestre SASPAS afin d'obtenir le délai le plus court possible après la fin du stage. L'un des focus group comptait 3 participants, l'autre 5 participants, en fonction de leurs disponibilités personnelles.

Les focus groups ont eu lieu au cabinet de médecine générale du Docteur SERRON, situé à La Madeleine. Deux internes sur huit y ont participé en visioconférence via le logiciel Zoom en raison de contraintes logistiques. Ils ont été animés par un modérateur expérimenté, le Docteur SERRON, et l'investigatrice a joué le rôle d'observateur.

Pour éviter toute perte de données, les échanges ont été enregistrés en parallèle sur un téléphone et un ordinateur. La retranscription intégrale des verbatims a ensuite été réalisée manuellement par l'investigatrice.

L'investigatrice a élaboré un guide d'entretien (annexe 4) en adéquation avec les objectifs de l'étude, qui a été relu par le directeur de thèse.

#### **5 Analyse des données**

Le codage manuel des données a été réalisé à l'aide du logiciel N VIVO 14 ®, outil d'aide au codage qualitatif qui n'intervient pas dans l'interprétation des résultats. L'analyse a suivi plusieurs étapes : mise en évidence de catégories

conceptuelles (thèmes), puis de thèmes superordonnés, puis articulation des thèmes superordonnés en modèle explicatif. L'arbre de codage est disponible en annexe 5.

Une triangulation des données a été réalisée avec analyse de l'ensemble du verbatim par une autre interne en parcours de thèse qualitative.

Afin d'assurer la rigueur de l'analyse, les critères des grilles COREQ et SRQR ont été vérifiés (annexes 6 et 7).

## **6 Aspects juridiques et éthiques**

Un consentement écrit (annexe 8) a été remis et complété par chaque participant-e avant les focus groups. Il informait de l'enregistrement audio des échanges, de leur retranscription intégrale en verbatim et de la possibilité de se rétracter à tout moment.

L'anonymisation a été assurée par l'attribution de codes aux participant-e-s du focus group (P1 à P8), à l'animateur (A) et à l'observatrice (O). Conformément aux règles de confidentialité, les fichiers audios ont été supprimés une fois la retranscription achevée.

Cette recherche n'a bénéficié d'aucun financement extérieur. L'investigatrice déclare n'avoir aucun lien d'intérêt.

# 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	F	DIU dermatologie et AUEC pédiatrie	Nord	Urbain	Cabinet de groupe
P2	27 ans	M	DIU infectiologie VIH, IST	Nord	Urbain	Cabinet de groupe
P3	27 ans	M	Non	Nord et Pas-de-Calais	Semi rural	Cabinet de groupe
P4	31 ans	M	Non	Nord	Rural	Cabinet de groupe
P5	26 ans	F	DIU gynécologie	Nord et Pas-de-Calais	Semi 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 n°1 : Caractéristiques de la population*

*F : Féminin et M : Masculin*

## 2 Analyse des résultats

### 1.1 Acquérir une expertise nouvelle

#### *Apprendre une sémantique spécifique*

Un vocabulaire précis et adapté a été utilisé par les internes pour décrire les dynamiques des violences et de leur prise en soins.

*P2 : on arrive pour le **défusing**, elle vient d'avoir un choc tu sais qu'il y a eu un trauma, tu la vois arriver complètement **dissociée**.*

*P3 : dans la violence conjugale, qu'elle soit verbale ou physique il y a toujours une notion **d'emprise** que tu peux rechercher*

#### *Utiliser en conscience la communication non verbale*

Les participant-e-s ont souligné l'importance de la communication non verbale (posture, regard, intonation) dans la gestion de situations émotionnellement intenses, telles que les soins aux victimes de violences.

Iels ont rapporté une forme de mise en œuvre instinctive ; et ont estimé qu'une formation spécifique aux techniques psychothérapeutiques leur permettrait de perfectionner cette compétence.

*P2 : tout ce qui est défusing en fait. Moi j'adore ce côté où tu travailles l'intonation de ta voix, la vitesse à laquelle tu parles machin, même si on le fait de manière un peu inconsciente sans être vraiment travaillé, parce qu'il faut je pense une vraie formation pour savoir le faire. Mais juste voir un peu comment les gens réagissent à la façon dont tu les regardes, dont tu leur parles, dont tu te positionnes. [...] Et ça ça s'utilise partout quoi.*

#### *Retrouver les outils à sa disposition*

Disposer de ressources concrètes et accessibles a été jugé comme un élément rassurant et structurant. La disponibilité immédiate de ressources a été perçue comme une béquille cognitive, un mécanisme de sécurisation professionnelle.

*P2 : juste tu sais au moins où trouver les infos, les infos tu ne t'en souviens pas nécessairement mais tu sais où les trouver vite, c'est aidant.*

*P3 : et puis même dans l'instant, fin on aura beau être formé, avoir la formation cinquante fois, le jour où ça nous tombe dessus forcément on perd un peu nos moyens et on sort pas tout ce qu'on a appris, mais c'est bien d'avoir un outil recours, moi le truc que j'avais dans mon sac c'était top*



*P3 : c'est le truc qui me rassure, je reviens sur les arguments que je peux ressortir qui ne sont pas forcément là-dedans \*montre sa tête\* et que je ne retrouverai pas à distance de la formation*

#### *Orienter vers des professionnels adaptés*

La connaissance et l'accès à un réseau de spécialistes ont été identifiés comme des outils indispensables pour se sentir moins démunis face à des situations complexes.

*P4 : j'avais proposé le centre de psychotrauma de Fontan par moment*

*P2 : moi j'ai retenu le 3114, que maintenant je propose à tout-va*

*P5 : savoir les orienter au bon endroit je pense que ça permet de pouvoir l'aborder plus facilement, fin au moins poser la question et savoir rebondir dessus. Pas juste poser la question en mode automatique et une fois qu'elles ont répondu « bah je sais pas » \*rires\**

#### *Se sentir plus légitime*

Forts de cette nouvelle expertise, les participant-e-s ont témoigné d'une plus grande confiance dans leur capacité à réagir dans les situations de soins aux victimes de violences. Ils ont décrit le passage d'un état de stress et d'impuissance à un sentiment de contrôle.

*P1 : avant je ne savais pas quoi dire quand quelqu'un me rapportait des violences. Et donc du coup moi ça m'a permis aussi d'avoir des choses à apporter, à savoir quoi répondre, et juste avoir de quoi répondre aux patients et patientes qui sont victimes de violences. Fin le sentiment d'avoir aidé quoi. Avant j'avais l'impression d'être inutile, de ne pas savoir quoi dire, alors que là j'ai un peu le sentiment d'avoir été utile.*

*P3 : c'est des situations qui, avant d'être formé, qui nous tombent dessus. Très honnêtement au cours de notre parcours avant l'internat on n'est pas formé à ça, et on a tous vécu pendant nos NI, et pendant nos urgences et cætera des situations équivalentes où franchement j'étais bouche-bée et cætera. Alors que là je me dis « j'ai été formé je sais ce que je dois faire, je sais où je peux m'orienter, je sais où trouver des informations ». Je suis plus serein, pas à l'aise mais plus serein.*

Ce changement de posture professionnelle a été reconnu comme un moteur d'évolution des pratiques, entraînant un abord plus spontané et fréquent du sujet des violences.

*P3 : donc le fait me sentir un peu plus à l'aise parce que je me dis que je suis formé, entre guillemets, et du coup de rechercher plus.*

*P4 : je serai plus à l'aise pour pouvoir l'aborder. C'est vrai que je ne l'aurais pas forcément fait spontanément si je n'avais pas eu la petite formation*

## **1.2 Ancrer des habitudes de pratique**

### *Faire un dépistage systématique des violences*

Plusieurs internes ont intégré une approche systématique de dépistage des violences lors d'un premier contact. Iels ont privilégié une présentation explicite de la démarche aux patient·e·s, et ont normalisé la question en l'intégrant dans un questionnaire plus large.

*P3 : les patientes qui arrivent, je les rajoute moi-même dans la case « violences : oui ou non ». Alors que avant je ne le faisais pas. Avant j'avais « tabac, alcool, drogue », et moi j'ai rajouté dans mes fiches directement « violences : oui ou non »*

*P3 : j'explique que ça fait partie du listing de base et que là elles peuvent dire oui, non, à tout et n'importe quoi.*

Il y a eu une prise de conscience que certaines problématiques ne seront révélées que par un questionnaire proactif.

*P3 : puis si on dépiste pas c'est vraiment des situations où les patients ne vont pas le dire d'eux même*

*P2 : non c'est ça, c'est pas comme la dépression où je veux dire ils vont arriver « je suis triste docteur », bon bah t'es dedans, et puis ça va se voir. Mais c'est comme, ouais c'est comme les IST c'est des choses si tu poses pas la question tu sauras pas.*

Le dépistage systématique des violences a été décrit comme part intégrante de leur futur exercice professionnel.

*P1 : je sais pas encore où est-ce que je vais m'installer avec mes amis, mais en tout cas pour tout ce qui va être dépisté ça ce sera assez systématique sur les nouveaux patients*

### *Aborder la question plus fréquemment*

Les participant·e·s ont constaté aborder la thématique des violences plus fréquemment et avec plus de facilités. Iels ont déclaré se sentir davantage en mesure d'aborder proactivement la question, de lever ce qui était pour eux une forme de tabou.

*P2 : et c'est vrai que je pose plus les questions, ce que je faisais moins avant.*

*P3 : la formation ça m'a poussé à plus rechercher, pas forcément à en voir beaucoup parce que globalement j'ai pas de situations à donner tu vois, mais plus facilement à proposer, fin à mettre le sujet sur la table tu vois.*

La thématique des violences a été l'objet d'une vigilance constante, omniprésente en toile de fond de leur pratique clinique.

*P3 : à partir du moment où tu as la formation, finalement tu commences au moins à y penser*

L'abord de la question des violences est décrit de plus en plus fluide avec la pratique ; et plus il est pratiqué, plus il devient spontané : c'est un cercle vertueux.

*P6 : je me dis que c'est plus un truc d'expérience, je pense qu'à force de le faire plein de fois ça vient plus facilement quoi*

#### *Prêter attention aux points d'appel*

Les internes ont développé une capacité nouvelle de lecture clinique, leur permettant de repérer des signaux potentiels de violences à travers des manifestations somatiques atypiques (consultations répétées sans cause apparente, infections urinaires récurrentes, présence d'hématomes) ou psychiatriques (syndrome anxio-dépressif).

*P4 : sur un point de détail qu'on aurait peut-être ignoré, là on va tilter.*

*P1 : ça m'a permis de mieux repérer les violences notamment pour des motifs, des personnes qui viennent à plusieurs reprises avec plusieurs motifs, ou alors des femmes qui ont des infections urinaires à répétition, des choses comme ça. Du coup ça me faisait une petite alerte*

Différentes approches ont été développées pour explorer ces points d'appel : questionnement progressif (technique dite « de l'entonnoir ») ou formulations directes.

*P1 : et quand je cherchais, du coup j'essayais de savoir pourquoi il y avait cette anxiété, qu'est-ce qui causait cette tristesse de l'humeur [...]. Et je disais « est-ce que vous avez déjà vécu des choses traumatisantes ? », souvent il y avait un « oui », et du coup « est-ce que vous avez vécu des violences ? », et voilà ça venait comme ça*

*P2 : je lui avais demandé un peu de but en blanc « et ce bleu-là vous l'avez fait comment ? Je me permets, je mets les pieds dans le plat hein je vous le dis »*

### 1.3 **Construire la relation médecin-patient**

#### *Créer un climat de confiance*

La simple évocation du sujet des violences, même si elle ne mène pas à une révélation, a été décrite comme un élément facilitateur de la relation de confiance, et instaurant une dynamique de bienveillance.

*P2 : même si elles te disent non derrière je trouve qu'il y a quand même c'est con mais, une sorte de mini-confiance qui se crée aussi. [...] J'ai jamais eu un oui, et par contre je sais que j'en ai eu deux qui tout de suite ont réagi en disant « ah non non ne vous inquiétez pas docteur » et je ne sais pas il y avait un sourire c'était plus... [...] ça les a au moins touchés que tu aies pensé à ça, je pense en tout cas*

L'importance du secret professionnel a été mis en avant comme facteur de relation solide entre médecin traitant et patient-e-s.

*P7 : mes deux maîtres de stage ils étaient vraiment super biens, fin leur relation avec les patients elle est vraiment top. Et les patients avaient vraiment tendance à se confier au médecin traitant [...] parce qu'ils savaient qu'il y avait le secret professionnel*

#### *Dépasser une approche uniquement somatique*

Les internes ont identifié une évolution de posture professionnelle, passant d'une approche biomédicale à une approche holistique et centrée-patient-e.

*P3 : moi je trouve que je suis, au-delà du psychotrauma, je fais plus de psycho tout court. Avant j'étais un médecin somatique, non mais vraiment hein, c'était un symptôme, une pathologie et puis un traitement quoi. Alors que maintenant, fin il y a même des symptômes somatiques qui sont modulés par la manière dont le patient il est quoi. Et du coup je trouve que j'appréhende le patient...*

*P1 : de façon plus globale*

*P3 : ouais c'est ça, « approche centrée-patient »*

*P1 : c'était des violences anciennes donc du coup qui avaient déjà, pour la plupart, eu un suivi psycho en lien avec ces violences et donc du coup qui avaient déjà travaillé dessus. Mais je pense que j'ai pu apporter mon écoute et mon empathie mon soutien en plus, parce que c'était des patientes qui demandaient à me revoir moi à chaque fois, donc je pense que ça leur a été plutôt bénéfique, à ce moment en tout cas.*

Iels se sont décrit-e-s comme plus à l'aise avec la dimension psychologique du soin, élargissant leurs compétences au-delà du seul sujet des violences.

*P1 : je pense que ça m'a plus aussi apporté sur le plan... pour la gestion de tout ce qui est psycho, et je pense notamment trouble de l'humeur, trouble anxieux. Parce qu'avant je me sentais un peu démunie, j'avais un peu peur parce que je ne savais jamais quoi dire, je ne savais pas comment orienter les patients, comment les prendre en charge. Et cette formation-là, notamment en termes de communication, je trouve que ça m'a pas mal apporté, je me sens plus à l'aise dans la gestion de ces situations-là.*

*P7 : je me sens quand même un peu plus sereine à aborder les choses, sachant que c'était pas du tout mon domaine de prédilection, tout ce qui est psy tout ça, et du coup je trouve ça beaucoup plus... Fin en tout cas ça m'a un peu plus libérée, je suis moins stressée quand les gens me disent « bah ça va pas » et que je me dis « oh là là qu'est-ce qu'il va falloir dire ? ». Et du coup non franchement je me sens plus à l'aise je pense.*

*P8 : c'est une formation importante. Parce que la psy c'est quand même un domaine, fin ça reste de la médecine, mais je trouve que c'est quand même un domaine à part [...] C'est difficile à s'apprendre, c'est vraiment en formation ou sur le tas où on apprend. Et donc tant qu'on n'est pas formé on va passer à côté des choses.*

#### *Partager une nouvelle connaissance aux patients*

Avoir un rôle éducatif auprès des patient-e-s en leur transmettant une compréhension scientifique des mécanismes physiopathologiques qui sous-tendent leur situation (tels que le cercle des violences ou le psychotraumatisme) a été perçu par les participant-e-s comme un atout dans la prise en soins.

*P1 : bah au départ il y avait un peu de sentiment de culpabilité de ces patientes-là. Et le fait de leur expliquer comment ça fonctionnait, le mécanisme notamment des psychotrauma, ça les a aidés à accepter leurs émotions et ce qui a pu se passer à ce moment-là : pourquoi elles n'ont pas réagi, pourquoi elles n'ont pas appelé à l'aide, pourquoi elles n'ont pas parlé tout de suite après le moment... Et donc du coup elles ont un peu déculpabilisé les choses.*

*P3 : le fait d'avoir la physiopath, l'argument d'autorité d'expliquer que c'est pas quelque chose de culpabilisant et que ça s'explique, je trouve ça incroyable pour les patients, je trouve que ça déculpabilise énormément. Et voilà, je me souviens du petit schéma, juste le poser et ça prend trente secondes à expliquer et expliquer que « voilà c'est comme ça c'est pas de votre faute à vous, c'est parce que ça se passe comme ça », je trouve ça incroyable*

Les internes ont repéré que la psychoéducation permet aux patient-e-s de mieux comprendre leurs propres réactions ; d'encourager pour certain-e-s le passage d'un statut victimaire à celui de moteur de leur propre changement, capables d'envisager des solutions pour sortir des dynamiques de violence.

*P4 : c'était plus par rapport à la dame sous influence de son mari où j'avais expliqué le fait qu'il y ait des répétitions, [...] qu'il y ait des moments où il est très violent puis ensuite il est gentil et ensuite il redevient violent et puis ensuite à nouveau gentil, et que ça ça crée une dépendance pour elle affective, émotionnelle. [...] Qu'elle essaie de comprendre que c'est des mécanismes normaux mais qui font qu'elle casse ce cercle et qu'elle sorte de ce schéma en fait dans lequel elle se trouve et qui est répétitif.*

*P6 : et mieux leur expliquer aussi leur position et puis que même si ils sont pas enfin même si pour l'instant ils ne veulent rien faire ça ne veut pas dire qu'ils ne feront jamais rien. Et aussi pas les laisser se rabaisser tout le temps, leur expliquer que c'est comme ça que ça fonctionne et que à un moment ils arriveront à se sortir de ça et puis qu'on est là pour les soutenir quoi. Mais non, je recommande à 100%.*

*Prendre conscience de la nécessité d'instaurer une chronicité de suivi*

Les internes ont perçu leur statut temporaire de SASPAS comme un obstacle au dépistage des violences. Des patient-e-s ont rapporté une réticence à se confier à un soignant n'étant pas leur médecin traitant ; d'autres à partager à nouveau leur histoire déjà évoquée avec leur médecin traitant.

*P3 : je pense qu'on a un statut particulier d'être les internes, le fait qu'on n'est pas LE médecin du patient*

*P2 : j'ai du mal. En tant que SASPAS parfois ils te donnent un peu l'impression que tu reprends le dossier, c'est pas non plus à toi de creuser, finalement si ils sont venus plusieurs fois ils nous font, fin moi ils me font souvent remarquer que pour « pour le suivi psychologique je suis suivi par \*nom du MSU\*, je suis suivi par mon praticien ».*

*P5 : il y a des patientes je savais qu'il y avait des trucs parce qu'elles en parlaient avec ma MSU mais pas avec moi, et avec moi c'était pas trop un sujet, fin voilà c'était pas abordé et pas abordable.*

*P8 : moi c'est un peu pareil, j'ai jamais eu le cas où des patients, fin même en creusant ils me disaient qu'ils avait connu un psychotrauma, une violence intrafamiliale, ou alors c'est comme \*P7\* vient de dire, c'était dans la suite, et puis ils ne voulaient pas creuser fin repartir à 0 et tout redire de leur histoire, parce que fin ça leur paraissait compliqué, ça les remettait dans l'histoire et donc elles ne voulaient pas ou ils ne voulaient pas refaire enfin tout nous redire, au contraire ils disaient « non j'ai déjà tout raconté donc j'ai plus envie »*

Face à ces difficultés, les participant-e-s ont mis en avant l'importance d'ouvrir la possibilité d'aborder le sujet plus tard. Créer un espace propice à la

discussion et verbaliser que la porte reste ouverte sont autant de moyens de respecter le rythme et l'autonomie de la personne soignée.

*P3 : ouais elles savent que du coup quand t'as posé la question, toi tu peux être amené à y répondre tu vois. Le sujet il n'est pas tabou avec toi*

*P2 : ouais c'est ça, c'est ça*

*P3 : je pense que c'est juste laisser une porte ouverte*

*P5 : Parce que des fois on a l'impression qu'on met les deux pieds dans le plat et que c'est pas du tout ce qui était voulu par le patient. Alors c'est vrai qu'on a dépisté, mais au final on n'en fait pas grand-chose mais ça veut dire que pour lui il n'y avait pas de besoin nécessaire. Après ça leur permet aussi de savoir qu'on est là pour écouter si jamais à un moment...*

De plus, les internes ont tiré parti de la possibilité de reconvoquer, qui a été perçue comme un avantage propre à la médecine générale dans le cadre de la relation médecin-patient-e. Cette pratique a été identifiée comme essentielle pour approfondir les échanges et assurer un suivi adéquat, notamment lorsque le temps ou les conditions de la consultation initiale ne permettent pas d'aborder complètement un sujet sensible.

Ils ont souligné l'importance de ne pas déléguer ou éviter une situation complexe par inconfort ou manque de temps. Revoir un-e patient-e a été perçu comme un moyen de garantir des soins de qualité.

*P2 : c'est l'avantage de la médecine générale c'est que si c'est tes patients tu les revois vite quoi. Donc tu peux toujours leur dire « bah hop on se revoit demain, après-demain, et puis je vous sortirai les coordonnées »*

*P3 : le fait de me dire que je peux revoir quelqu'un le lendemain. Je m'étais interdit ça en me disant « de toute façon on n'a pas le temps de revoir les gens le lendemain » alors que là je dis, il y a des patientes que j'ai eu, pour des problèmes autres pour des violences, mais des états dépressifs caractérisés qui avaient besoin d'une consultation plus longue et que là je ne pouvais pas voir, j'ai dit « il reste une place demain matin, et bien on se revoit demain matin il n'y a pas de souci ». Le fait de se dire que en fait on fait un peu comme on le sent et que c'est l'intérêt du patient qui prime.*

#### **1.4 Percevoir le caractère transversal de la question des violences**

*Utiliser ses compétences hors du cadre des violences*

Les compétences acquises sur le psychotraumatisme ont trouvé un potentiel d'application au-delà du cadre initial. La gestion du stress aigu, du deuil, ou de

la sidération suite à des événements traumatiques ont été autant de situations où les compétences développées ont permis d'accompagner les patient-e-s en souffrance.

*P5 : alors la physiopathologie du trauma moi j'ai dû l'expliquer mais du coup ça n'avait rien à voir avec les violences conjugales, c'était à la suite d'un tremblement de terre au Maroc, au patient qui était là-bas. Donc il est arrivé dans un état de stress aigu.*

*P6 : je me suis un peu servie du truc du psychotrauma sur un décès d'un membre de la famille tout ça, rien à voir avec des violences*

*P7 : c'est une jeune de 18 ans dont le copain était en réa après un accident de moto un truc comme ça, qui était complètement sidérée pour le coup. Elle était venue avec son père. Et en fait c'est limite c'est plutôt à son père à qui j'ai un peu expliqué ça, parce qu'il ne comprenait pas que sa fille n'avait aucune réaction et qu'elle était sidérée du coup. Mais pas dans le cadre des violences quoi, plutôt dans le cadre du stress du coup.*

#### *Être conscient de la place centrale du médecin généraliste*

Les services d'urgences sont perçus comme ayant une action ponctuelle dans les situations de violence ; le médecin généraliste comme cheminant avec les patient-e-s au long cours.

*P3 : de dépistage en relai, fin dire que ça existe et dire que à la sortie des urgences et bah il restera tout ça, et que le médecin traitant peut être aura sa place aussi. [...] L'intérêt plus plus de la formation c'est le relai et la prise en charge long terme*

Le médecin traitant est perçu comme une porte d'entrée dans le système de soin menant vers une prise en charge globale.

*A : et pour vous, chez ces patients ou chez ces patientes, quelle est la place du médecin généraliste dans leur histoire ?*

*P8 : je pense que c'est l'un des premiers professionnels à qui ils vont en parler [...]. Et après ça va enclencher tout le reste du suivi, si ils le souhaitent.*

Au-delà du simple dépistage, les futur-e-s médecins interrogé-e-s ont pris conscience de leur capacité d'accompagnement et de soutien.

*P5 : le soutien, redonner confiance, fin donner des outils, [...] aider la personne à trouver ses propres ressources*

*P7 : on va être amené à revoir les gens probablement avant qu'ils n'aient commencé leur psychothérapie [...]. Je pense qu'on fait quand même le lien au fur et à mesure même si on ne fait pas forcément le gros du travail.*



### *Vouloir travailler en réseau*

La collaboration avec d'autres professionnel-le-s (psychologues, juristes, associations) a été perçue par l'ensemble des internes comme essentielle pour accompagner efficacement les victimes et offrir un soutien rassurant au médecin généraliste.

*P3 : même pour nous c'est rassurant de se dire que en fait on prend en charge, mais avec des gens*

Ils ont regretté une méconnaissance des ressources locales, pouvant rendre difficile l'orientation des patient-e-s.

*P1 : moi ce serait surtout de ne pas avoir le réseau pour la prise en charge derrière en fait. Là je connais le réseau sur Lille maintenant, mais du coup à l'extérieur de Lille ce serait plus ça*

*P5 : Après je pense que peut être ce qui aurait été bien c'est que pour les assos, qu'on sache ce qu'elles font exactement. [...] Et en fait on a eu des noms d'assos mais c'est un peu abstrait quoi, on ne sait pas trop ce qu'ils font.*

Tous ont exprimé le souhait de disposer d'outils standardisés facilitant l'accès rapide à ces informations, pour permettre un meilleur ancrage territorial.

*P3 : Si les formations elles sont destinées à des trucs très restreints, essayer de personnaliser un petit peu en disant « ceux qui vont bosser dans l'agglomération Lilloise, vous aurez tel truc » et un petit encart de « voilà vos correspondants à vous, ceux qui vont bosser sur la côte d'Opale ce sera tel truc ». Je pense que c'est compliqué parce que déjà le réseau il est énorme, mais du vrai concret de il faut pas « appeler le Procureur », mais « le Procureur c'est le numéro pour telle personne ». Moi j'aurais bien aimé ça, sortir et me dire « voilà j'ai mes correspondants ».*

*P3 : sur le principe que le patient qui aura un traumatisme crânien on imprime la fiche de surveillance des traumatismes crâniens, bah là on imprime la fiche du psychotraumatisme, les relais et cætera. Qu'ils le mettent dans la poche si il y a nécessité quoi*

### *Etendre la formation aux autres professionnels*

Les internes ont suggéré que l'extension de la formation à d'autres spécialités pourrait optimiser le dépistage et une prise en soins adaptée des victimes de violences.

*P3 : service d'urgence, je pense*

*P2 : même en hôpital [...] Et au contraire tu serais peut-être même mieux placé parce que finalement elle va être hospitalisée cette femme donc tu as le temps de mettre en place des choses si tu veux le faire.*

*P2 : tous les spécialistes qui vont faire de la consultation ils vont rencontrer des gens, ils peuvent poser aussi la question : infectio qui vont faire des IST à répétition, urologue ou gynéco...*

Les participant-e-s ont rapporté que certains patient-e-s préfèrent se confier à des spécialistes moins impliqué-e-s dans leur vie personnelle, comme des gynécologues ou des sage-femmes, ce qui souligne l'importance de former ces acteurs pour améliorer une coordination pluridisciplinaire.

*P5 : chez certaines dames c'est un peu l'inverse [...] en mode « le généraliste il me connaît, il connaît ma famille, il connaît mon conjoint, il connaît mes enfants », et du coup parfois pas facile d'en parler au contraire et plus facile à des étrangers, enfin pas étrangers mais gynéco qu'on voit une fois par an ou sage-femme*

## **1.5 Des conduites d'évitement prénatales**

### *Améliorer l'efficacité*

Plusieurs internes ont témoigné ne pas avoir rencontré de cas de violence, ou ne pas avoir réussi à confirmer un cas pressenti, bien qu'ils aient conscience de la prévalence du problème.

*P3 : Et moi j'ai pas eu de situations concrètes mais j'imagine qu'il y en a plein, fin il y a des patientes qui ont juste pas osé quoi, ou j'ai senti qu'il y avait un truc et en fait elles ont coupé court*

*P5 : moi j'avoue que j'ai eu des patients parfois très anxieux sans motif, pour lesquels j'ai essayé de chercher un peu, mais j'ai jamais eu de positif, jamais eu de violences intrafamiliales ni de violences conjugales, en tout cas rien n'est ressorti.*

*P6 : moi j'avoue que j'ai pas eu de cas de patientes suivies ou connues pour ça*

Plusieurs freins à l'identification des patients victimes sont ressortis des échanges et pourraient expliquer ce résultat.

### *Se sentir encore incompetent*

Les participant-e-s reconnaissent un sentiment de ne pas être suffisamment armé en cas de réponse positive, ce qui conduit à des techniques d'évitement telles que l'emploi de la forme interro-négative.

*A : et là tu posais la question « il n'y a PAS de violences à la maison ? », qu'est-ce qui fait qu'il y a l'emploi d'une forme interro-négative ?*

*P2 : [...] je sais qu'à chaque fois il faut que j'essaie de ne pas le faire mais je le fais, c'est vraiment inconscient. C'est vrai que j'ai du mal à le tourner à la forme « est-ce qu'il y a des violences ? »*

*P3 : tu dédramatises un peu la situation, c'est plus facile de dire non si tu dis « est-ce qu'il n'y en a pas »*

*P1 : est-ce que tu as peur de la réponse ?*

*P3 : ouais de ouf*

*P2 : ouais pour tout le monde*

*P3 : même en étant hyper bien formé après, tu t'embarques dans des trucs après où c'est compliqué et pour toi et pour la patiente. Je pense que inconsciemment t'espères qu'elle te dise non tu vois, même pour elle factuellement forcément*

Iels ont également exprimé une gêne face à l'imprévu, et face à l'information qui n'arrive pas au moment opportun dans une consultation.

*A : est-ce qu'il y a encore un sentiment d'incompétence sur cette question-là qui pourrait être présent chez vous ?*

*P1 : ouais si quand même*

*P3 : je pense que c'est la vraie vie, c'est le jour où ça va arriver... [...] en parler et se remémorer tout ce qu'on peut faire et cætera, c'est à l'instant T quoi*

*P4 : c'est vrai que c'est pas forcément évident quand on est dans une consultation et qu'on parle face à face, qu'on a la tête dans le PC quand ça tombe c'est pas forcément au meilleur des moments \*rire\*, on ne s'y attend pas forcément.*

### *Avoir des craintes infondées*

Certains internes ont exprimé des craintes parfois irrationnelles concernant leur rôle dans la prise en charge des victimes, qui pourraient freiner leur implication dans ces situations. Ces appréhensions découlent souvent d'une compréhension incomplète de leurs responsabilités et du cadre médico-légal de leur exercice.

Se percevoir comme étant au cœur du processus de soins, avec le poids d'une responsabilité particulièrement lourde, a été source d'appréhension.

*P3 : t'es un peu la pierre angulaire, tout dépend de ta prise en charge*

L'implication médico-légale a été source d'inquiétude.

*P3 : et puis une fois que tu as mis le doigt dans l'engrenage, bah il y a ton nom quelque part, et l'aspect médico-légal il prend tellement d'importance aujourd'hui dans tous les aspects au-delà des violences que... c'est toi qui a poussé la patiente, c'est toi qui lui a dit que ça existait, c'est toi qui...*

*Être mis en difficulté par le caractère non algorithmique des prises en charge*

Face à la variabilité de la « vraie vie » et à l'absence de protocole, les participant-e-s ont éprouvé un sentiment de déstabilisation devant des situations uniques et complexes de violences.

Des supports concrets tels que fiches de résumé ou des protocoles de soins ont été spontanément demandés.

*P3 : je sais pas si on peut avoir une pancarte A4 qui tient, mais en tout cas les principales idées à retenir*

*P2 : un tout petit résumé B-A-BA en pratique de pratique de pratique. La première chose tu fais ça, la deuxième chose tu fais ça.*

*P2 : un truc comme antibioclic où tu cliques et [...] « vous êtes dans une situation de violences de telle manière, vous êtes dans telle région, vous devez appeler untel... »*

Ces solutions ont été cependant spontanément critiquées, perçues comme inadaptées ou irréalistes : iels ont reconnu la difficulté, voire l'impossibilité, de standardiser une prise en charge qui dépend des spécificités de chaque situation.

*P3 : ça va être compliqué parce que chaque situation est propre à elle-même*

*P3 : un peu comme ce qu'on a les arbres thérapeutiques et cætera, mais le chemin à prendre en fonction des situations, les vrais personnes...*

*P1 : après je pense que c'est hyper compliqué à faire*

*P3 : bien sûr et c'est super subjectif*

*Ne pas acquérir l'automatisme de dépistage systématique*

Certains internes ont admis une difficulté persistante à intégrer le dépistage systématique dans leur pratique quotidienne.

*P6 : j'essaie d'y penser mais j'y pense jamais, ou j'arrive pas à le placer*

*P8 : J'essaie d'y penser mais j'ai pas l'automatisme donc pour dépister c'est vrai que fin c'est compliqué*

*P5 : et il y a un autre patient on n'a pas posé vraiment la question enfin j'ai pas posé vraiment précisément la question mais c'est pareil il revenait tout le temps donc euh. Mais c'est pareil, ou alors il ne le dit pas...*

Le manque de temps a été évoqué, particulièrement lorsque le motif principal semble peu propice.

*P6 : les patients qu'on voit en SASPAS, déjà le temps de retrouver tous leurs trucs médicaux machin pourquoi ils viennent et tout en 15 minutes t'as pas le temps de « alors, si on prenait 45 min... »*

*P4 : c'est vrai que c'est difficile à introduire, parce que ils viennent forcément pour un motif autre dans la consultation au départ, donc introduire ça dans un consultation de rhinopharyngite...*

La crainte de paraître intrusif par les patient-e-s a aussi été un frein.

*P6 : c'est le problème je pense du dépistage systématique, c'est que ça peut aussi refroidir certaines personnes même quand on leur explique, de se dire que c'est hyper intrusif. Mais en même temps si on pose pas la question en systématique on n'a pas toujours les petits signes qui nous font les points d'appels*

*P8 : si on pose la question il y en a qui se refroidissent direct, et il y en a d'autre fin si ils sont pas concernés par cette question-là ils vont dire « bah non, pourquoi vous posez cette question-là ? »*

*Réorienter immédiatement sans se sentir acteur de la prise en soins*

Autant le dépistage a été perçu comme du rôle du médecin généraliste, autant les soins aux victimes ont été perçus comme relevant de la compétence d'autres acteurs.

*P6 : on est là pour dépister on n'est pas là pour prendre en charge dans l'entièreté je pense.*

*P8 : je me sens légitime de dépister mais après quand ils vont dire qu'ils ont eu enfin si ils me disent violences ou quoi, je pense je vais vite les réorienter si ils veulent être pris en charge quoi, parce que je vais être vite dépassée. Mais poser la question de manière systématique oui ça, enfin je comprends.*

Le soin des patients victimes est perçu comme dépassant leur champ de compétence et devant être confié à des spécialistes plus qualifiés.

*A : est-ce que il y a des compétences que vous auriez souhaité acquérir d'avantage ?  
P4 : pas forcément spécialement, j' pense qu'il faut laisser la part à ceux qui savent le faire.*

Ils ont estimé que la formation, utile pour sensibiliser, est encore insuffisante pour approfondir la prise en soins.

*P8 : une matinée c'est vrai que ça fait du bien mais c'est pas assez suffisant pour pouvoir approfondir je pense après avec les patients, c'est vrai qu'on fin on dépiste et puis après j' pense qu'on est vite à court quand même de réponses, mis à part les envoyer vers une association.*

## 1.6 **Modalités d'apprentissage**

### *Apprendre de manière interactive*

Les participant-e-s ont apprécié la formation en petits groupes et la possibilité d'échanges dynamiques avec les intervenants, leur permettant de s'investir davantage dans le contenu.

*P3 : là c'était facile parce qu'on a eu beaucoup d'échanges et du coup on a... fin j'ai trouvé que c'était bien, parce qu'on a quasiment autant parlé que les intervenants.*

Ils ont souligné l'insuffisance d'une formation uniquement théorique, et la nécessité d'exemples concrets et de situations pratiques.

*P5 : oui, ou faut le faire plusieurs fois soi-même avant de, je pense aussi que c'est plus des compétences qui s'acquièrent fin de l'expérience quoi, parce que c'est pas avec un cours théorique de deux heures qu'on sait bien communiquer, comment amener les choses, comment répondre et tout. C'était très bien mais ça reste théorique quoi donc faut le faire aussi.*

*P7 : je pense qu'on ne se rend pas compte de l'ampleur du problème. Fin moi personnellement tant que j'ai pas les situations devant mes yeux j'ai du mal à me poser la question de « ah comment je ferais ? » si je ne me suis pas retrouvée en galère avec une dame*

Afin de faciliter cette mise en pratique, certain-e-s ont également suggéré un apprentissage par mises en situation factices, avec des formats comme le théâtre-forum ou les jeux de rôles.

*P1 : moi je me souviens que j'avais fait une formation qui avait été faite par l'université de Lille sur les violences conjugales notamment, et on avait une sorte de théâtre-forum qui avait été fait, et en fait c'était des acteurs qui étaient là, [...] et du coup on rejouait la scène ensemble du coup ça nous mettait un peu en situation. [...] Et je pense que ça peut aussi nous aider à être un peu plus à l'aise tu vois, de l'avoir joué au moins une fois*

#### *Distiller l'information trop dense*

Les internes ont souligné les limites d'une formation dense et concentrée. Les aspects juridiques en particulier n'ont pas été assimilés.

*P8 : après c'était le côté juridique, comme a dit \*P5\* c'était long et elle a tellement donné d'informations et tout que c'était compliqué à suivre*

*P7 : C'est une formation qui peut être étalée, parce que du coup en une journée le nombre d'informations qu'on a eu, je pense que ça sert à rien de vouloir tout faire en un si petit laps de temps.*

Les outils pratiques comme les arbres décisionnels du versant juridique ont été particulièrement appréciés. Ils peuvent servir de support clé pour cibler l'essentiel, et rendent les informations plus digestes et exploitables en contexte professionnel.

*P5 : Nan mais en fait le juridique il faudrait raccourcir. [...] Peut être juste cibler avec l'arbre au final et puis refaire chaque case de l'arbre et dire « bah ça il faut y aller comme ça au commissariat, et puis ça se passe comme ça ». [...] Parce que c'est vrai qu'on n'a pas besoin de savoir toutes les lois, les trucs comme ça, en fait on ne les utilise pas.*

*P5 : Mais par contre l'arbre fin moi je l'utilise en tout cas au Planning familial, parce qu'on l'avait déjà eu, dans le DU de gynéco on avait eu une journée « violences intra-familiales » et du coup on avait eu cet arbre-là. Et moi je l'utilisais beaucoup parce que avant je pensais justement que c'était « soit on porte plainte et on fait des choses, soit on porte pas plainte et on peut rien faire », ce qui est pas vrai.*

#### *Rencontrer une pluralité d'intervenants*

Le partage d'expériences vécues avec les différents acteurs de la formation a été apprécié. Il permet de faire le lien entre la théorie et la pratique, et de comprendre ne pas être le ou la seul-e à éprouver telle ou telle difficulté.

*P1 : ce qui était bien aussi c'était les expériences que nous rapportaient les psychologues des situations qu'ils avaient rencontrées eux-mêmes, et donc du coup ça ancre plus je trouve.*

*P3 : et leur manière de gérer, et surtout qu'ils aient été en difficulté eux aussi quoi.*

*Promouvoir la formation aux pairs*

Les internes se sont montrés unanimes sur la nécessité d'étendre ce type de formation à l'ensemble des futur-e-s médecins généralistes. Une ouverture de l'accès aux praticiens en exercice a également été encouragée.

*P4 : oui faut y aller.*

*P5 : ouais c'est important oui.*

*A : et sur quels arguments du coup \*P4\* ?*

*P4 : pour être plus à l'aise, franchement avec le sujet hein. Et que c'est quelque chose de fréquent, suffisamment fréquent pour qu'on s'y intéresse.*

*P7 : je suis d'accord je le recommanderais à tout le monde et dans le DES, du coup pour ceux qui vont arriver, ce serait la meilleure des choses. Après ce serait peut-être bien, je ne sais pas si c'est possible, mais d'ouvrir aussi aux autres. Moi je sais que mon prat (praticien MSU) il était super intéressé par la formation*

## **1.7 Temporalité de l'apprentissage au cours du cursus**

*Être formé tôt*

Les internes ont exprimé un souhait d'être formé-e-s dès le début du DES, avant les premiers stages en ambulatoire (N1 ou SASPAS).

*P1 : dès le début*

*P3 : c'est hyper important de le faire au moment du stage en ambulatoire*

*P5 : ouais moi je suis assez d'accord avec toi, en tout début de DES*

Ceci permettrait par la suite une mise en pratique immédiate en stage, en N1 en renforçant l'observation active, ou bien dans les stages hospitaliers (urgences, pédiatrie, gynécologie) dans lesquels iels ont observé une forte prévalence des victimes de violences.

*P5 : en tout début de DES parce que aussi même quand on est observateur je trouve de prat (praticien MSU). Et en fait je trouve qu'au contraire ça permet de pas encore être encore complètement acteur, mais de voir, d'évoquer un peu les idées qu'on a appris, et puis après ça peut former aussi le prat qui encadre, enfin en tout cas le remettre en question.*



*P6 : Et après je trouve que c'est bien de le faire tôt parce que justement aux urgences ça ressort souvent. [...] Et je pense que ce serait pas mal de l'avoir fait avant la ped (pédiatrie) et la gynéco*

Il a également été mis en avant qu'une formation précoce favoriserait l'acquisition de réflexes durables pour la pratique à long terme.

*P3 : à partir du moment où on fait plus attention pendant notre formation, c'est... fin moi les 6 derniers mois où j'ai vraiment « backé » mes consult de la même manière, je pense que je vais travailler 40 ans de la même manière maintenant. [...] Je sais que dans 10 jours je vais commencer à travailler pour moi, bah je vais faire la même chose que quand j'étais en SASPAS. Et faisant attention aux violences, bah je vais faire attention aussi aux violences, sur le début de ma carrière et sur la suite quoi*

#### *Répéter la formation dans le temps*

Les internes ont évoqué des rappels réguliers nécessaires au cours du cursus pour leur permettre d'enrayer le phénomène naturel d'oubli progressif.

*P2 : c'est souvent les dernières choses qu'on a faite dont on va se rappeler le mieux probablement, en tout cas des choses qui nous auront le plus marqué, et c'est pour ça qu'il faut quand même qu'on continue à se former derrière.*

*P7 : après peut être que c'était rapide et que c'était un one-shot et du coup fin j'ai un peu oublié, par exemple tout ce qui est juridique, je sais que j'ai appris plein de trucs et en même temps je les ai un peu oubliés.*

Le modèle pédagogique proposé était une formation transversale aux soins de victimes de violences, intégrée aux différentes modalités d'enseignements du DES (telles que la pédiatrie, la psychologie...). Cette approche favoriserait une compréhension globale et multidimensionnelle, tout en consolidant progressivement les connaissances.

*P6 : bah surtout que ça pourrait rentrer dans pas mal de sujets qu'on a abordé [...] quand on parle pédiatrie bah les violences pédiatriques, quand on parle psycho bah on refait un truc sur le psychotrauma... Mais en fait à chaque fois bah de le rappeler un peu dans tous les sujets qui peuvent y tenir*

#### *Prendre conscience d'un besoin de formation*

Le besoin de formation continue qui a été exprimé par les internes est motivé par une prise de conscience progressive de la fréquence et de la complexité de ces situations.

*P3 : c'est des situations qui en fait sont tellement plus fréquentes que ce qu'on imagine quand on n'est pas formé.*

*P7 : je pense que à la fin comme ça c'est une bonne chose parce que trop tôt quand on n'a fait que un NI où on a fait normalement que peu de consultations tout seul, je pense qu'on ne se rend pas compte de l'ampleur du problème. Fin moi personnellement tant que j'ai pas les situations devant mes yeux j'ai du mal à me poser la question de « ah comment je ferais ? » si je ne me suis pas retrouvée en galère avec une dame.*

*P3 : ouais parce que les addictions, les états dépressifs et cætera, ça on a des cours depuis X années dessus, mais la violence c'est une ligne à la fin de euh « et n'oublie pas de dépister les violences »*

Pour certain·e·s, être sensibilisé·e a ensuite créé une motivation à poursuivre l'apprentissage hors du cadre facultaire.

*P1 : et je pense que je continuerai moi-même des formations sur les violences en plus.*

### 3 Schématisation des résultats

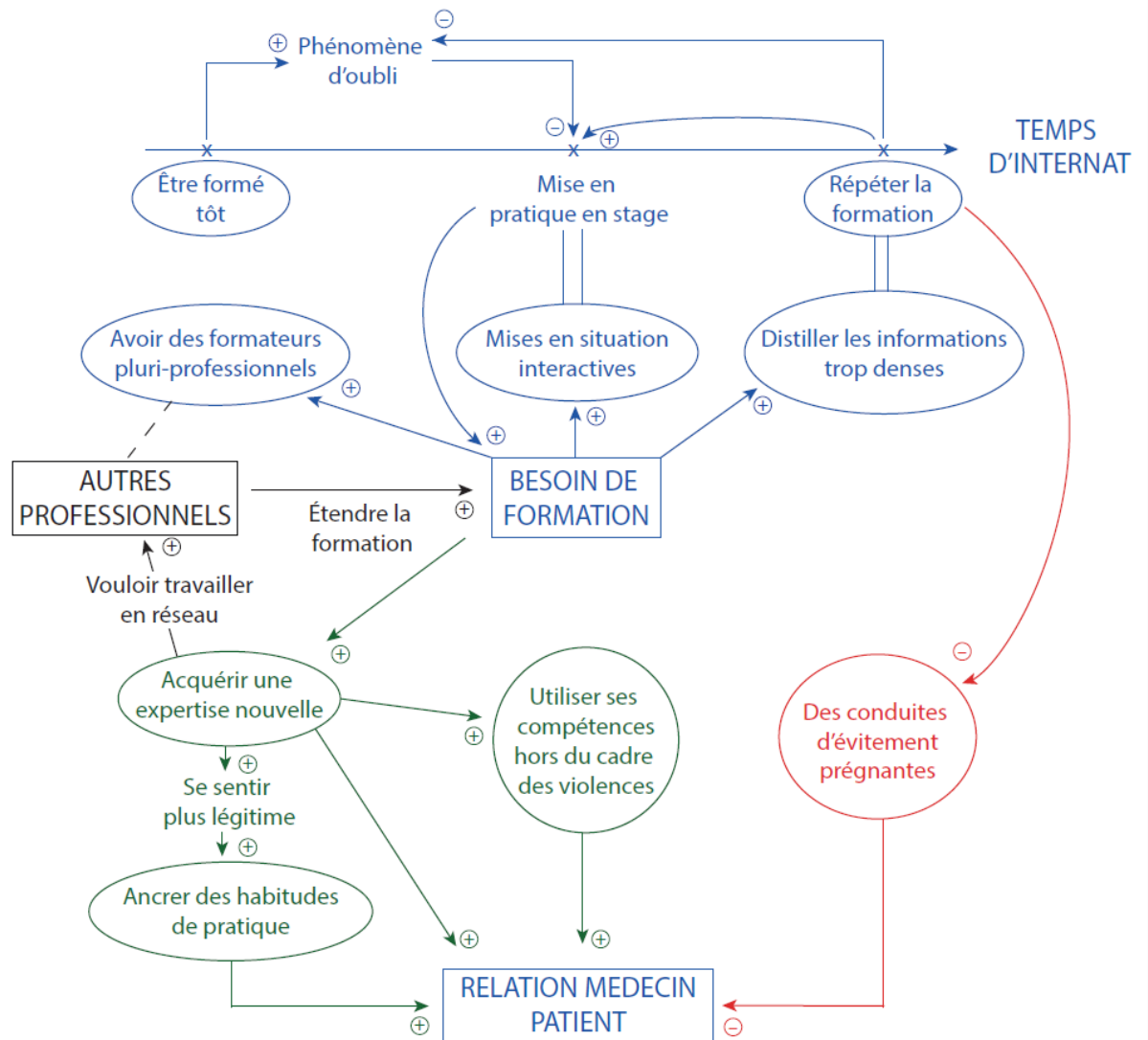


Figure n°1 : modèle explicatif global des résultats

# DISCUSSION

## 1 Forces et limites de l'étude

### 1.1 Les forces

Il s'agit d'un **travail original**. Il ne se limite pas à identifier un besoin de formation ; mais cherche à y répondre et à en évaluer l'impact à moyen terme après de 6 mois de mise en œuvre. Cette temporalité est bien corrélée aux conditions réelles d'oubli progressif des connaissances.

Le choix de la **méthode qualitative** offre une liberté d'expression qui permet une exploration approfondie des comportements et des freins, tout en faisant émerger des besoins spécifiques pour améliorer le modèle de formation.

La **qualité de la formation** est une autre force de ce travail. Le contenu à destination des internes a été élaboré avec la participation de médecins généralistes formé·e·s à la pédagogie. Son enseignement a été assuré par des spécialistes des différentes thématiques du domaine des violences.

La **rigueur méthodologique** renforce la scientificité des résultats. Elle repose sur : un guide d'entretien révisé par un directeur de thèse expérimenté en recherche qualitative, l'absence de perdus de vue, le respect de critères de qualité (30/32 de la grille COREQ et 21/21 de la grille SRQR – en annexes 6 et 7). De plus, la triangulation de l'analyse des données en limite la subjectivité.

### 1.2 Les limites

L'absence d'obligation de participer à la formation pour les internes tirés au sort a pu créer une **limite de volontariat, et donc une limite de sélection**, expliquant l'absence de perdu·e·s de vue dans notre étude.

La prise de contact avec les internes en milieu de stage pour organiser les focus groupes a pu influencer leur pratique et être source d'une **limite de simple exposition**.

Une **limite de confirmation** est liée aux a priori de l'investigateur effectuant le codage des données (atténuée par la triangulation de l'analyse), et aux a priori de l'animateur pouvant orienter le questionnement (atténuée par le guide d'entretien).

Une **limite liée à la population étudiée** réside dans le choix d'évaluer des SASPAS plutôt que des médecins généralistes. Cette situation pourrait limiter les résultats, car la relation de confiance avec les patient-e-s, qui se confient plus volontiers à un-e médecin connu-e, est moins développée à ce stade.

## **2 Confrontation aux données des internes évaluant la formation avant mise en pratique (thèse du Dr RAULT)**

Les internes identifiaient un besoin urgent de formation pour combler leurs lacunes théoriques. L'acquisition de compétences solides au décours immédiat de la formation a été rapportée, leur conférant un sentiment de légitimité.

Le dépistage, initialement peu utilisé, a été davantage intégré dans les consultations, sans qu'il ne devienne pour autant systématique en raison de freins psychologiques et organisationnels.

Les difficultés de communication avec les patient-e-s antérieurement mises en évidence ont été gommées par l'apprentissage d'outils non verbaux, d'une sémantique adaptée, et d'une approche diachronique conscientisée.

Bien que la connaissance des réseaux d'aide pour orienter les patients se soit améliorée, l'utilisation des ressources locales spécifiques au lieu d'exercice est restée une difficulté.

Concernant les modalités de formation, les petits groupes et la pluridisciplinarité ont été appréciés dès le départ. Le souhait de simulations reste présent dans l'idée d'une approche davantage pragmatique. La répartition dans le temps des contenus denses est encore évoquée pour permettre une meilleure assimilation.

Initialement les internes pensaient la formation pertinente après avoir été confrontés eux-mêmes en stage à la problématique des violences. Leur regard a changé : avec une meilleure conscience de la prévalence des violences, une formation plus précoce a été jugée nécessaire.

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

La littérature montre que les résultats les plus efficaces sur l'augmentation de l'identification des violences sont ceux qui combinent un soutien institutionnel (notamment un accès immédiat aux soins pour les patient-e-s), un dépistage efficace, et une formation initiale et continue approfondie des professionnel-le-s de santé (19,25).

En 2019, la HAS a publié des recommandations sur le repérage des femmes victimes de violences, proposant un dépistage systématique (26) : 60% des médecins déclarent en avoir entendu parler ; 12% les ont lues ; à peine 6,5% se souviennent du caractère systématique du questionnement (27).

En 2003, selon le baromètre de la HAS (28), seulement 14% des femmes disent avoir été interrogées par leur médecin sur leur relation de couple ; 3% sur d'éventuelles violences conjugales. Pourtant, sur l'ensemble des répondantes, 1 sur 5 déclare subir ou avoir subi des violences de la part de leur partenaire et 83 % de ces victimes seraient soulagées que leur médecin aborde la question.

Ainsi, la publication de recommandations officielles ne suffit pas à garantir une mise en pratique efficace : une formation spécifique des médecins est indispensable à l'amélioration de leurs connaissances, à une meilleure implication, et à susciter un besoin de nouvelles formations.

#### **1.3 Apport de la formation sur l'identification des victimes**

Les médecins méconnaissent souvent l'éventail des symptômes non spécifiques liés à l'exposition à la violence (27), ce qui peut conduire à un biais de disponibilité (tendance à privilégier les informations facilement accessibles en mémoire), rendant le diagnostic inopérant. Dans une étude menée aux Pays-Bas auprès de 36 femmes ayant récemment dévoilé des violences conjugales à leur médecin, la majorité avait initialement consulté pour une plainte médicale, et seules 3 d'entre elles avaient prévu d'aborder les violences qu'elles subissaient. Ces patientes ont majoritairement apprécié que leur médecin, face à ces plaintes somatiques, pose des questions sur leur situation personnelle et

évoque la possibilité de violences (29). La formation semble avoir levé ce frein : les internes ont rapporté une vigilance accrue face aux divers points d'appel.

Dans une étude menée aux Etats-Unis sur 305 médecins, ceux qui estiment qu'au moins 10% de leurs patientes ont subi des violences sont huit fois plus susceptibles de les dépister que ceux qui pensent que ces violences concernent moins de 5% de leurs patientes. De plus, les médecins qui considèrent le dépistage des violences comme faisant partie de leurs responsabilités sont deux fois plus susceptibles de le réaliser dès la première consultation que les autres médecins (30). Nos résultats sont concordants : la formation a rendu les internes conscients de la prévalence des violences et de leur rôle à jouer. Il a été observé en conséquence un changement de comportement, en abordant le sujet plus aisément et en intégrant le dépistage systématique en consultation.

Les participant-e-s ont exprimé des difficultés à mettre en place un dépistage à caractère systématique par crainte de manquer de temps, de paraître intrusifs. Ces résultats sont concordants avec les revues de la littérature (27,31).

Toutefois, ces études montrent que la contrainte de temps diminue lorsque les médecins développent une stratégie d'entretien dans laquelle iels se sentent à l'aise. Dans notre recherche également, le sentiment de légitimité conféré par la formation a renforcé le sentiment d'efficacité personnelle des internes et par voie de conséquence un dépistage plus fréquent.

#### **1.4 Apport d'une formation sur la prise en soins des victimes**

Les internes ont observé une amélioration de leur communication non verbale, dépassant la simple amélioration de la communication médecin-patient-e pour en améliorer la relation. Ces résultats sont retrouvés dans la littérature, qui montre que la communication n'est pas innée ou ne se perfectionne pas spontanément avec l'expérience : c'est une compétence qui peut être enseignée et apprise (32,33). Un médecin aux compétences solides en communication a un effet bénéfique sur la santé somatique et psychologique des patient-e-s (34) ; et facilite leur aisance à révéler des violences (35). Par ailleurs, les patient-e-s victimes de violences attendent de leur médecin

généraliste une communication non verbale adaptée et une communication orale ouverte (36).

La coordination avec les structures locales augmente le nombre de patient·e·s orienté·e·s vers les services adaptés, réduit les violences subies et améliore l'aide apportée aux victimes (37). L'amélioration de la mise en réseau des professionnel·le·s est d'ailleurs une recommandation des guidelines NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (37), de la HAS (26), et de rapports d'information au Sénat (38). Nos résultats sont en concordance avec ces données de la littérature : les participant·e·s considéraient l'orientation des patient·e·s dans les réseaux de soins comme essentielle à une prise en soins efficace. Cependant, il leur a été difficile d'identifier les ressources locales spécifiques à leur lieu d'exercice : la boîte à outils pourrait être enrichie par des annuaires, comme la carte interactive Déclic-Violence (39).

Les internes ont appréhendé l'existence d'un espace-temps dépassant celui de la consultation du temps présent. La possibilité de reconvoquer les patient·e·s a été conscientisée comme un atout. A leur familière approche synchrone des soins, iels ont ajouté une dimension diachronique.

Ces observations concordent avec une méta-analyse sur les attentes à l'égard des professionnel·le·s de santé des femmes victimes de violences conjugales. Les patientes souhaitent que ces dernier·e·s comprennent le caractère chronique de leur problématique, assurent des soins réguliers et soient un soutien durant leur période de réflexion. Par ailleurs, les femmes victimes de violences répétées de leur partenaire jugent approprié que les questions à ce sujet soient récurrentes (36).

Se basant sur une revue de la littérature (40), la revue *Prescrire* recommande de proposer aux patient·e·s de les revoir pour discuter des violences.

Les internes se sentaient encore incompetent·e·s dans la prise en soins des victimes, préférant adopter une conduite de réorientation immédiate vers des spécialistes ou des associations. Face à leur difficulté devant le caractère complexe de la prise en charge des violences, iels sont désireux de protocoles



ou d'arbres décisionnels. Cependant ce type d'outils standardisés, adapté à des situations algorithmiques avec des réponses binaires, n'est pas adapté lorsqu'une approche globale est nécessaire. Les synthèses simples sur les conduites à tenir face à une victime, telles que celles du site Déclic-Violence (41), ou du manuel clinique de l'OMS (42) (exemple en annexe 9) ne sont que peu pertinentes en pratique clinique.

Nous avons observé une prise de conscience de la place centrale du médecin généraliste comme acteur de première ligne. La formation a permis d'accentuer le développement de compétences génériques transversales enseignées par ailleurs dans le DES de médecine générale (43) :

- L'approche globale ou holistique, qui intègre la complexité des situations, repose sur la capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée sur le patient.
- La communication médecin-patient-e.
- La coordination avec les autres médecins et les professionnels de santé.

### **1.5 Comment former de manière efficace**

La formation reçue par les internes ne se limitait pas au dépistage des violences, mais abordait également la prise en soins ultérieure. Cela rejoint les recommandations de l'OMS, qui préconise que les formations couvrent plusieurs composantes (dépistage, compétences cliniques, orientation) pour favoriser un véritable changement de comportement chez les médecins (44).

Bien que la littérature identifie l'apprentissage actif comme plus efficace que l'enseignement magistral (45), les participant-e-s ont apprécié le format séminaire, fondé sur un enseignement par des expert-e-s pluridisciplinaires. Ce format correspond au paradigme d'enseignement traditionnel et se distingue des cours habituels du DES, généralement basés sur un apprentissage par les pairs. L'absence de formation en 2<sup>ème</sup> cycle, la méconnaissance de la prévalence et du dépistage systématique, le caractère aspécifique de la symptomatologie, l'absence de besoin ressenti de formation en raison de ces scotomes rendent inopérant l'apprentissage initial en groupe de pairs.

En plus de l'enseignement théorique, le besoin d'intégrer davantage de mises en pratique au sein de la formation a été exprimé. Ce constat est corroboré par la littérature : les programmes de compétences en communication incluant une composante expérimentale sont plus efficaces que ceux reposant uniquement sur la théorie ou la discussion (32,33). Plus largement, l'intégration de la simulation dans un programme de dépistage des violences domestiques s'avère être une méthode de formation efficace pour les professionnel·le·s (46).

Répéter la formation dans le temps apparaît nécessaire au vu des données recueillies, qui montrent encore des lacunes dans l'acquisition et l'application des compétences. La répétition permettrait de distiller progressivement les informations, d'enrayer l'oubli et de favoriser un apprentissage longitudinal. Cette approche est soutenue par la littérature, qui identifie la pratique répétée tout au long des études comme un facteur clé dans l'apprentissage d'une communication efficace (47).

#### **4 Implications pratiques**

L'OMS recommande fortement de former les professionnel·le·s de santé - en particulier en soin primaire - avec une formation initiale lors des études, suivie de renforcements réguliers et continus dans le temps (44).

L'apprentissage est plus efficace lorsqu'il s'accompagne d'une perception élevée de la valeur de la tâche et de perspectives futures étendues (48). Il apparaît donc essentiel de rendre la formation obligatoire, car un format optionnel risquerait de n'attirer que les internes déjà sensibilisé·e·s au sujet.

En pratique, nous proposons d'intégrer au DES de médecine générale une formation obligatoire aux soins des victimes de violences sous forme d'un séminaire théorique initial dispensé par des spécialistes du sujet pour ancrer des connaissances détaillées et diffuser la boîte à outils ; suivi de plusieurs EHS intégrant des mises en pratique fictives.

## **5 Perspectives**

Ce travail sera suivi d'une troisième thèse évaluant l'expérience de soins des patient·e·s victimes pris·e·s en charge par les internes ayant reçu la formation.

Au niveau national, 2 thèses d'exercice ont conçu et évalué des programmes de formation sur les violences pour les internes. En 2022 à Bordeaux, un programme de formation par compétences intégrées sur la prise en charge des victimes de violences entre partenaires intimes a retrouvé un haut taux de satisfaction et une amélioration significative des apprentissages (49). En 2023 à Nantes, un programme d'enseignement hybride sur la maltraitance infantile (incluant des modules sur le psychotraumatisme, les violences sexuelles et les violences conjugales) a montré une nette augmentation du sentiment d'efficacité personnelle (50,51). Dans les deux cas, l'objectif était également de déployer ces programmes dans les autres subdivisions à l'avenir. Il serait intéressant d'envisager la création d'un corpus national afin d'homogénéiser la formation.

Les internes ont exprimé leur volonté de poursuivre la formation de manière autonome par la suite. L'intégration de formations aux soins de victimes de violences aux programmes de développement professionnel continu répondrait à ce besoin.

## **CONCLUSION :**

En France, 20 % des femmes déclarent avoir subi des violences conjugales au cours de leur vie, mais seulement 14 % rapportent avoir été interrogées par leur médecin généraliste à ce sujet. Ces données soulignent l'importance de former les médecins généralistes, ressources de premier recours, au repérage et à la prise en soins des victimes.

Cette étude qualitative a permis d'évaluer l'impact d'une formation dédiée aux violences sur la pratique des internes en stage de SASPAS.

Les résultats montrent une intégration progressive du dépistage systématique dans les consultations, un renforcement du sentiment de légitimité, et une meilleure maîtrise de la communication, améliorant ainsi la relation médecin-patient.e. La formation a également permis de mieux comprendre le rôle central du médecin généraliste dans le suivi à long terme et d'encourager la collaboration avec un réseau pluridisciplinaire.

Cependant, des freins subsistent, tels qu'une connaissance limitée des ressources locales ou un sentiment persistant d'incompétence face à la complexité des prises en charge.

Nos résultats sont en faveur d'une formation universitaire spécifique obligatoire intégrée au DES de médecine générale, sous forme de séminaire dès le début de l'internat, suivi de rappels réguliers pendant huit semestres sous forme de mises en situation pratiques.

## 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. 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>
3. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*. févr 2022;399(10327):803-13.
4. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI). Info Rapide n°32 : Les victimes de violences physiques ou sexuelles enregistrées par les services de sécurité en 2023 [Internet]. [cité 19 janv 2025]. Disponible sur: <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Info-Rapide-n-32-Les-victimes-de-violences-physiques-ou-sexuelles-enregistrees-par-les-services-de-securite-en-2023>
5. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI). Info rapide n°44 - Les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2023 [Internet]. [cité 14 janv 2025]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Info-rapide-n-44-Les-violences-conjugales-enregistrees-par-les-services-de-securite-en-2023>
6. Observatoire national des violences faites aux femmes. Les violences sexistes et sexuelles en France en 2023. 2024.
7. Étude nationale relative aux morts violentes au sein du couple en 2023 | Ministère de l'Intérieur [Internet]. [cité 14 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple>
8. Prevalence of abuse and intimate partner violence surgical evaluation (PRAISE) in orthopaedic fracture clinics: a multinational prevalence study. *The Lancet*. 7 sept 2013;382(9895):866-76.
9. Association mémoire traumatique et victimologie. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. Enquête nationale auprès des victimes. Association mémoire traumatique et victimologie; 2015.

10. Chandan JS, Thomas T, Bradbury-Jones C, Taylor J, Bandyopadhyay S, Nirantharakumar K. Risk of Cardiometabolic Disease and All-Cause Mortality in Female Survivors of Domestic Abuse. *J Am Heart Assoc.* 18 févr 2020;9(4):e014580.
11. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013 [cité 24 nov 2022]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/361800>
12. Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C, WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet Lond Engl.* 5 avr 2008;371(9619):1165-72.
13. World Health Organization. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. *Inj Prev.* oct 2010;16(5):359-60.
14. Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT, Bewley S. Associations between Intimate Partner Violence and Termination of Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med.* 7 janv 2014;11(1):e1001581.
15. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: Associations with maternal and neonatal health. *Am J Obstet Gynecol.* 1 juill 2006;195(1):140-8.
16. Cavalin C, Albagly M, Mugnier C, Nectoux M. Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France en 2012 : synthèse de la troisième étude française de chiffrage. 2015;
17. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine - Prevalence of trauma-related disorders in the French WHO study: Santé mentale en population générale (SMPG). *L'Encéphale.* 1 déc 2008;34(6):577-83.
18. Observatoire national des violences faites aux femmes. Lettre n°18 - Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en 2021. 2022.

19. 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.
20. 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.
21. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol SS, Lagro-Janssen TL. Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* 1 avr 2006;56(525):249-57.
22. LOI n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants [Internet]. 2010-769 juill 9, 2010. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022454032>
23. Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale.
24. Rault P. Évaluation d'une formation spécifique aux soins des victimes de violences en ambulatoire par un échantillon d'internes de médecine générale à Lille. Lille; 2024.
25. O'Campo P, Kirst M, Tsamis C, Chambers C, Ahmad F. Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-informed systematic review. *Soc Sci Med.* 1 mars 2011;72(6):855-66.
26. HAS. HAS - Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Recommandation de bonne pratique. 2019 juin.
27. Direction interministérielle de la transformation publique. Encourager le repérage systématique des violences chez les femmes parmi les médecins généralistes - Rapport de solutions. 2022.
28. HAS, BVA. HAS - Le repérage des violences conjugales en médecine générale : point de vue des femmes françaises. nov 2023;
29. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römken 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.

30. Chamberlain L, Perham-Hester KA. The Impact of Perceived Barriers on Primary Care Physicians' Screening Practices for Female Partner Abuse. *Women Health*. 14 juin 2002;35(2-3):55-69.

31. 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.

32. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Med Teach*. 1999;21(6):563-70.

33. Maureen EK. A Practical Guide for Teachers of Communication Skills: A Summary of Current Approaches to Teaching and Assessing Communication Skills. *Educ Prim Care*. 1 janv 2007;18(1):1-10.

34. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 1 mai 1995;152(9):1423-33.

35. Tan E, O'Doherty L, Hegarty K. GPs' communication skills - a study into women's comfort to disclose intimate partner violence. *Aust Fam Physician*. juill 2012;41(7):513-7.

36. 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.

37. NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Domestic violence and abuse: multi-agency working. 2014;

38. Bouchoux C, Cohen L, Courteau R, Jouanno C, Kammermann C, Laborde F. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'évaluation des dispositifs de lutte contre les violences au sein des couples. Paris: Sénat; 2016.

39. La carte interactive | Déclic Violence [Internet]. [cité 27 janv 2025]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/la-carte-interactive-region>



40. PRESCRIRE, éditeur. Violences Conjugales : reconnaître et accompagner les victimes. mars 2018;38(413):192-200.
41. Intervenir en 1 clic | Déclic Violence [Internet]. [cité 27 janv 2025]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/p/les-outils>
42. World Health Organization. Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle - Manuel Clinique. 2014.
43. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. 2013;24(108).
44. 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>
45. Freeman S, Eddy SL, McDonough M, Smith MK, Okoroafor N, Jordt H, et al. Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. Proc Natl Acad Sci. 10 juin 2014;111(23):8410-5.
46. Pinar G. The Role of Simulation-Based Education for Domestic Violence Management. Creat Educ. 6 déc 2021;12(12):2852-62.
47. 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.
48. Pelaccia T, Viau R. La motivation en formation des professionnels de la santé. Pédagogie Médicale. nov 2016;17(4):243-53.
49. Wolf T, Domblides M, Belaidi L, Lajzerowicz C, Onaisi R. Comment mieux former les étudiants de troisième cycle de médecine générale à la prise en charge des victimes de violences entre partenaires intimes ? Conception et implémentation d'un programme de formation par compétences intégrées. EXERCER. 1 juin 2024;35(204):279-81.
50. Limare Z, Guidoux M. Enfance et violences: réalisation d'un enseignement hybride pour les étudiants de troisième cycle de médecine générale à Nantes.

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

# ANNEXES

*Annexe 1 : 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 à 12h20 :

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

Présentation théorique sur les psychotraumatismes 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 :

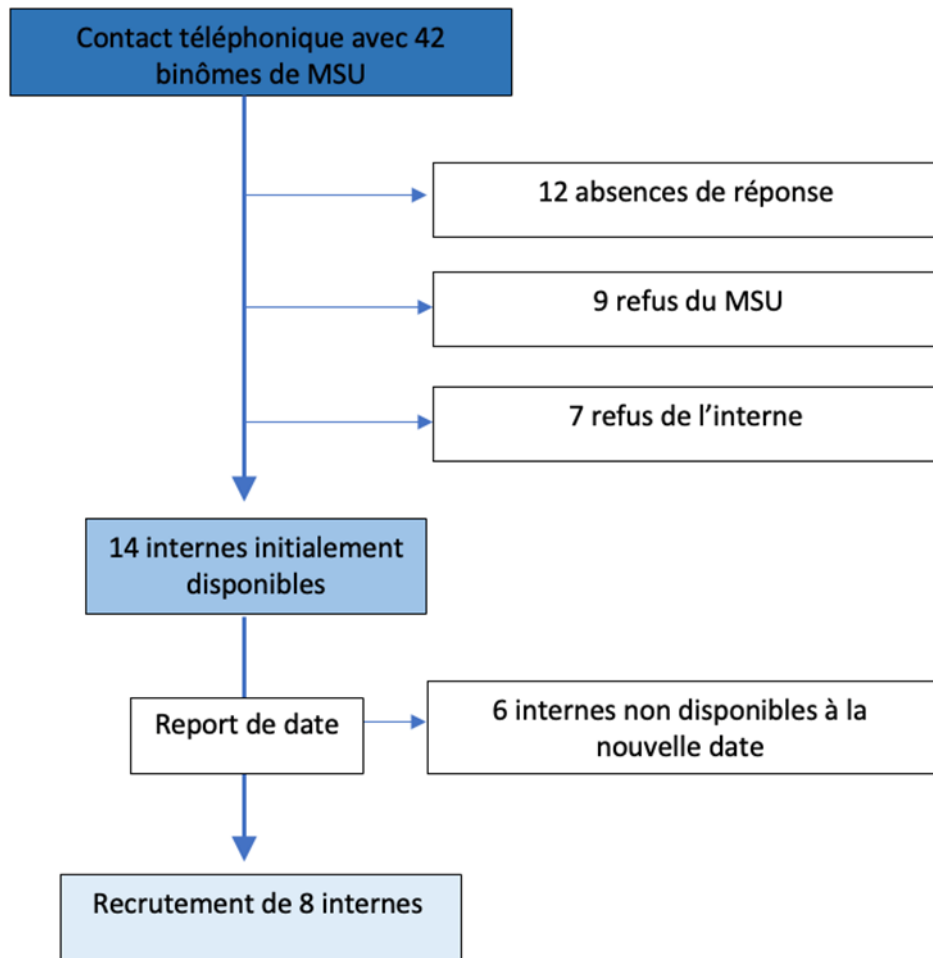
Intervenants : Madame Nadège COUSAERT, juriste dans l'association AIAVM

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

*Annexe 2 : Contenu de la boîte à outils :*

- Questionnaire patient LEPT (Liste des évènements 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 3 : Flow-chart du recrutement des participants

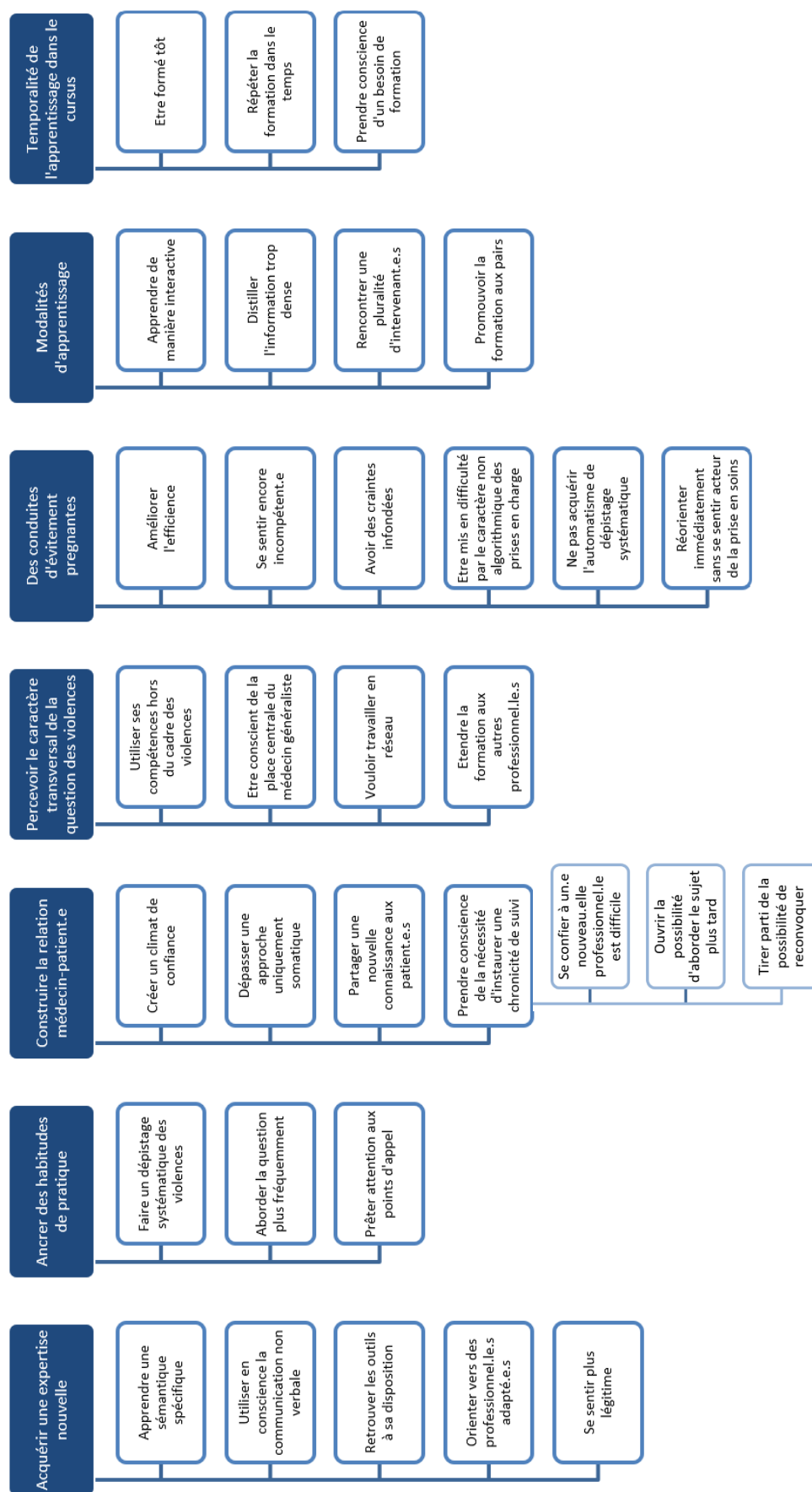


*D'après Rault P. Évaluation d'une formation spécifique aux soins des victimes de violences en ambulatoire par un échantillon d'internes de médecine générale à Lille. Lille ; 2024.*

Annexe 4 : Guide d'entretien du focus group

Étape	Objectif	Question principale	Relances
1. 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.
2. Mise en application de la formation	Interroger la mise en pratique concrète au cours du SASPAS	Au cours des 6 mois, avez-vous eu à prendre en charge spécifiquement des patient-e-s victimes de violences ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment avez-vous dépisté les patients (dépistage systématique, récit spontané, symptômes évocateurs...)?</li> <li>• Quel a été votre sentiment dans cette prise en charge ?</li> <li>• Avez-vous été capable d'expliquer la physiopathologie ?</li> <li>• Quels supports de la formation (boîte à outils) avez-vous utilisés ?</li> </ul>
3. Points positifs de la formation	Identifier les compétences acquises	Quelles aptitudes pensez-vous avoir développées ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En quoi avez-vous l'impression d'une amélioration de vos connaissances par rapport aux connaissances antérieures ?</li> <li>• Que pensez-vous que cette formation vous a apporté par rapport à des internes non-formés ?</li> </ul>
4. Améliorations possibles	Identifier des axes d'amélioration de la formation	Avec le recul, qu'auriez-vous aimé avoir de différent dans la formation ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En quoi vous êtes-vous sentis démunis dans certaines situations cliniques ?</li> <li>• Quels outils avez-vous eu l'impression qu'il vous manquait ?</li> </ul>
5. Perspectives futures	Évaluer l'impact de la formation sur la pratique post-internat	En quoi cette formation modifiera votre pratique future ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sur quels arguments conseillerez-vous ou non à un interne ou un confrère d'effectuer cette formation ?</li> <li>• Que pensez-vous de mettre en place un dépistage systématique avec les nouveaux patients ?</li> <li>• Avec quel sentiment pensez-vous aborder les prochaines consultations de patient-e-s victimes ?</li> <li>• A quel moment de votre formation pensez-vous que cette formation devrait avoir lieu ?</li> </ul>
6. Synthèse	Synthèse brève de la rencontre faite par l'observateur		

## Annexe 5 : Arbre de codage N VIVO



Annexe 6 : Grille COREQ, traduction française

N°	Item	Guide questions/description
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
<b>Caractéristiques personnelles</b>		
1. Guillaume SERRON	<b>Enquêteur/animateur</b>	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	<b>Titres académiques</b>	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD
3. Interne de médecine générale	<b>Activité</b>	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Femme	<b>Genre</b>	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Expérience facultaire	<b>Expérience et formation</b>	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
<b>Relations avec les participants</b>		
6. Inconnus ou internes croisés lors d'enseignements facultaires	<b>Relation antérieure</b>	Enquêteurs et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Médecine généraliste non thésée évaluant une formation sur les violences et les psychotraumatismes	<b>Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur</b>	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	<b>Caractéristiques de l'enquêteur</b>	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>		
<b>Cadre théorique</b>		
9. Analyse phénoménologique interprétative	<b>Orientation méthodologique et théorie</b>	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	<b>Échantillonnage</b>	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule de neige



11. Contact téléphonique avec les MSU accueillant des SASPAS	<b>Prise de contact</b>	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel
12. 8 internes en SASPAS	<b>Taille de l'échantillon</b>	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. Pas d'abandon. Refus par manque de disponibilité.	<b>Non-participation</b>	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
<b>Contexte</b>		
14. Cabinet de médecine générale du directeur de thèse.	<b>Cadre de la collecte de données</b>	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail
15. Non	<b>Présence de non-participants</b>	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Genre, âge, nombre de semestres validés, formation spécifique, type de structure et lieu d'exercice du stage de SASPAS	<b>Description de l'échantillon</b>	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	<b>Guide d'entretien</b>	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	<b>Entretiens répétés</b>	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Enregistrement audio par dictaphone	<b>Enregistrement audio/visuel</b>	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Oui par l'observateur	<b>Cahier de terrain</b>	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 group de 45min et 54min	<b>Durée</b>	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22. Non	<b>Seuil de saturation</b>	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Non	<b>Retour des retranscriptions</b>	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
<b>Analyse et résultats</b>		
24. L'observateur et triangulation avec une autre interne en cours de thèse qualitative	<b>Nombre de personnes codant les données</b>	<b>Combien de personnes ont codé les données ?</b>
25. Oui (annexe 5)	<b>Description de l'arbre de codage</b>	<b>Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?</b>
26. Déterminés à partir des données	<b>Détermination des thèmes</b>	<b>Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?</b>
27. NVivo 14	<b>Logiciel</b>	<b>Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?</b>
28. Non	<b>Vérification par les participants</b>	<b>Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?</b>
<b>Rédaction</b>		
29. Oui avec identification des participants	<b>Citations présentées</b>	<b>Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant</b>
30. Oui	<b>Cohérence des données et des résultats</b>	<b>Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?</b>
31. Oui	<b>Clarté des thèmes principaux</b>	<b>Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?</b>
32. Oui	<b>Clarté des thèmes secondaire</b>	<b>Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?</b>

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

Annexe 7 : Grille SRQR, traduction française

N°	Objet	Item
<b>Titre et résumé</b>		
1. Eléments décrits	<b>Titre</b>	Description concise de la nature et du sujet de l'étude. Il est recommandé d'identifier l'étude comme qualitative ou d'indiquer le type d'approche ( <i>ex : ethnographique, théorisation ancrée/grounded theory</i> ) ou les méthodes de recueil des données ( <i>ex : entretien de recherche, focus group</i> ).
2. Eléments décrits	<b>Résumé</b>	Résumé des éléments clés de l'étude en utilisant le format requis par la revue ciblée ; cela inclut typiquement : le contexte, l'objet, les méthodes, les résultats et conclusions.
<b>Introduction</b>		
3. Eléments décrits	<b>Formulation du problème</b>	Description et importance du problème/phénomène étudié. - Passage en revue d'une théorie appropriée et de travaux empiriques afférents. - Énonciation du problème.
4. Eléments décrits	<b>Objectif ou question de recherche</b>	Objectif de l'étude et objectifs spécifiques ou questions.
<b>Méthodes</b>		
5. Eléments décrits	<b>Approche qualitative et paradigme de recherche</b>	- Type d'approche qualitative ( <i>ex. ethnographique, théorisation ancrée/grounded theory, étude de cas, phénoménologie, recherche narrative</i> ) et éventuellement champ théorique. - Identifier le paradigme de recherche ( <i>ex. post-positiviste, constructiviste/interprétatif</i> ) est également recommandé. - Justifications.
6. Eléments discutés dans les limites de l'étude	<b>Caractéristiques et réflexivité des chercheurs</b>	- Caractéristiques des chercheurs ayant pu influencer la recherche, y compris les caractéristiques personnelles, les qualifications/expériences, la relation avec les participants, les postulats de départ et/ou présumés. - Exploration de l'interaction potentielle ou réelle entre les caractéristiques du chercheur et les questions de recherche, l'approche, les méthodes, les résultats et/ou la transférabilité ( <i>i.e., l'applicabilité des résultats à d'autres contextes empiriques</i> ).

7. Eléments décrits	<b>Contexte</b>	- Cadre/terrain de l'étude et facteurs contextuels marquants. - Justifications
8. Eléments décrits	<b>Stratégie d'échantillonnage</b>	- Comment et pourquoi les participants, les documents ou les événements étudiés ont été sélectionnés. - Critères de décision utilisés pour la taille de l'échantillon ( <i>ex. saturation de l'échantillon</i> ). - Justifications
9. Consentement écrit signé par les participants. Autorisation de comité d'éthique non nécessaire pour cette étude.	<b>Questions éthiques relatives aux êtres humains.</b>	- Informations relatives à l'autorisation par un comité d'éthique approprié et à l'obtention de consentement des participants, ou justification de l'absence de tels éléments. - Autres renseignements relatifs aux questions de confidentialité et de sécurité des données.
10. Dates et triangulation décrits. Pas de modification des outils de recueil ou des procédures de réponse au cours de l'étude	<b>Méthodes de recueil des données</b>	- Types de données recueillies. - Détails des procédures de collecte de données, incluant le cas échéant : les dates de début et d'arrêt de la collecte et de l'analyse des données, le processus itératif ( <i>i.e., l'adaptation des outils de recueil lors du processus de va-et-vient entre le terrain et les outils de recueil</i> ), la triangulation des sources/méthodes, et la modification des procédures en réponse à l'évolution des résultats de l'étude. - Justifications
11. Eléments décrits	<b>Instruments et outils de recueil des données</b>	- Description des instruments de recueil ( <i>ex. guides d'entretien, questionnaires à questions ouvertes</i> ) et des outils utilisés ( <i>ex. enregistreurs audio</i> ) pour la collecte des données. - Préciser si et comment les outils ont changé au cours de l'étude.
12. Eléments décrits (tableau n°1)	<b>Unités d'étude</b>	- Nombre et caractéristiques pertinentes des participants, documents ou événements inclus dans l'étude. - Niveau de participation (cela pourrait être rapporté dans les résultats)
13. Eléments décrits	<b>Traitement des données</b>	Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris retranscription, saisie des données, gestion et sécurité des données, vérification de la qualité des données, codage des données et anonymisation/dé-identification des extraits cités.
14. Eléments décrits	<b>Analyse des données</b>	Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris retranscription, saisie des données, gestion et sécurité des données, vérification de la qualité des données,

		codage des données et anonymisation/dé-identification des extraits cités.
15. Eléments décrits (codage manuel sur NVivo et triangulation des données)	<b>Techniques pour améliorer la fiabilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure par laquelle les inférences, les thèmes, etc., ont été identifiés et développés, y compris l'implication des chercheurs dans l'analyse des données.</li> <li>- Généralement, besoin de se référer à un paradigme ou à une approche spécifique.</li> <li>- Justifications</li> </ul>
Résultats		
16. Eléments décrits	<b>Synthèse et interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Principaux résultats (ex. interprétations, inférences et thèmes).</li> <li>- Peut inclure le développement d'une théorie ou d'un modèle, ou la mise en perspective avec des recherches ou des théories antérieures.</li> </ul>
17. Présence de citations	<b>Liens avec des données empiriques</b>	Éléments appuyant les résultats (ex. citations, notes de terrain, extraits de texte, photographies).
18. Eléments décrits	<b>Mise en perspective avec des travaux antérieurs, implications, transférabilité et contribution(s) au domaine d'étude</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bref résumé des principaux résultats</li> <li>- Explication de la manière avec laquelle les résultats et les conclusions sont en lien, soutiennent, élaborent ou récusent les conclusions de travaux de recherche antérieurs.</li> <li>- Discussion de la portée de la recherche quant à l'application/généralisabilité des résultats.</li> <li>- Montrer en quoi la recherche contribue de façon singulière au corps de connaissances dans une discipline ou un domaine</li> </ul>
19. Eléments décrits	<b>Limites</b>	Fiabilité et limites des résultats
Autres		
20. Pas de conflits d'intérêts. Potentiel biais de confirmation, limité par l'utilisation de guide d'entretien semi-structuré, et par la triangulation des données.	<b>Conflits d'intérêts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sources potentielles d'influence ou influence perçue lors de la réalisation de l'étude et des conclusions.</li> <li>- Comment celles-ci ont été gérées.</li> </ul>
21. Pas de financement	<b>Financement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sources de financement et autres soutiens.</li> <li>- Rôle du financeur dans le recueil des données, l'interprétation et la rédaction des résultats.</li> </ul>

*D'après Thébaud V, Traduction française des normes SRQR pour rendre compte des recherches qualitatives*

**Thèse : Comment est évaluée par les IMG qui y ont participé notre formation théorique spécifique aux soins des victimes de violences au terme de 6 mois de mise en pratique dans le cadre de leur SASPAS ?**

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

**Réalisation de focus group :**

Cet entretien sera animé par le Dr Guillaume Serron, à la date du 23/10/23

Avec la présence de Marie Houzé de l'Aulnoit 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 Marie Houzé de l'Aulnoit dans le cadre de son exercice de thèse en médecine générale, sous la direction du Docteur Guillaume Serron

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.

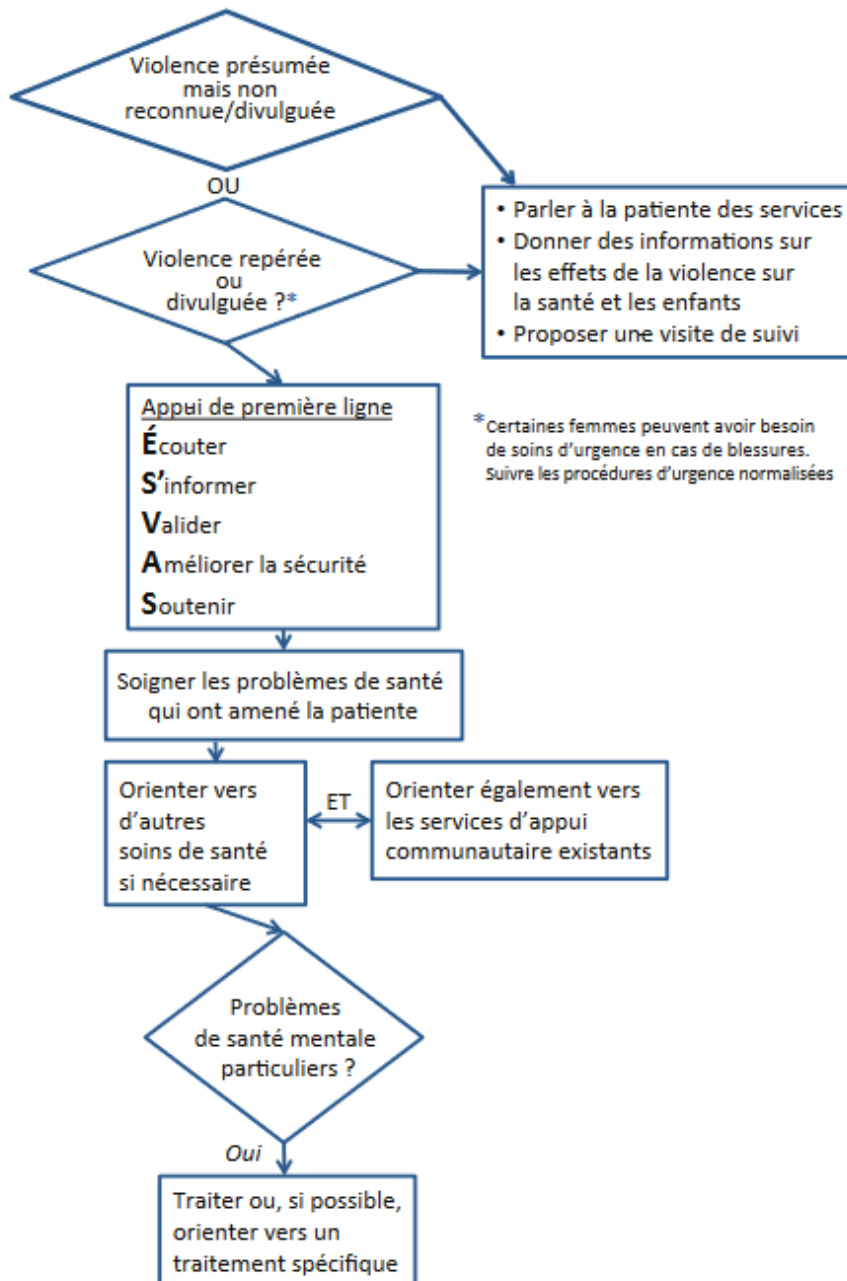
Nom et signature

Fait à ....., Le .....

Annexe 9 : extrait du manuel clinique de l'OMS « Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle » :  
 exemple de protocole simplifié de prise en soins

**Outil de travail**

**Parcours de soins en cas de violence exercée par un partenaire intime**



**AUTEURE : Nom :** Houzé de l'Aulnoit      **Prénom :** Marie  
**Date de soutenance :** 21 mars 2025  
**Titre de la thèse :** Évaluation par des internes SASPAS de la mise en application d'une formation aux soins des patient·e·s victimes de violences  
**Thèse - Médecine – Lille 2025**  
**Cadre de classement :** Médecine générale  
**DES + FST/option :** Médecine générale  
**Mots-clés :** Violence ; General practice ; Teaching ; Psychological trauma.

**Résumé :**

**Introduction**

Les violences ont des conséquences physiques, psychiques et sociales préoccupantes. Les médecins généralistes sont l'un des professionnels de premier recours, jouant un rôle central dans le repérage et l'accompagnement des victimes. Pourtant, malgré les recommandations nationales, aucune formation spécifique n'est actuellement intégrée au cursus des internes de médecine générale à Lille. Cette étude vise à évaluer l'impact d'une formation dédiée sur les compétences des internes après six mois de mise en pratique en stage de SASPAS.

**Matériel et Méthode**

Une étude qualitative par analyse phénoménologique interprétative a été menée auprès de huit internes de médecine générale tirés au sort, ayant suivi une formation dédiée aux soins des victimes de violences. Les données ont été recueillies via focus groups, et analysés manuellement via NVIVO avec triangulation.

**Résultats**

La formation a rendu les internes plus conscients de la prévalence des violences et de leur rôle à jouer, permettant une prise de conscience de leur besoin de formation.

Il a été observé le développement d'une expertise nouvelle et d'habitudes de pratiques telles que le dépistage systématique, favorisant un sentiment de légitimité. La relation médecin-patient·e a été améliorée par une meilleure posture communicationnelle, et une approche diachronique conscientisée.

Toutefois, des freins persistent, tels qu'une méconnaissance des ressources locales et un sentiment persistant d'incompétence face à la complexité des prises en charge.

Les participants ont apprécié le mode d'enseignement interactif, par une pluralité de spécialistes. Le besoin d'intégrer davantage de mise en situation et de distiller dans le temps les informations a été soulevé.

**Conclusion**

Comme lors de son évaluation initiale, après 6 mois de mise en pratique la formation reste plébiscitée par les internes, et recommandée à leurs pairs. Elle répond à leurs besoins et améliore leurs compétences dans le repérage et l'accompagnement des patient·e·s victimes de violences.

Nos résultats sont en faveur de l'intégration au DES de médecine générale de Lille d'une formation obligatoire pour l'ensemble des internes, sous forme d'un séminaire théorique initial dispensé par des spécialistes pluridisciplinaires, suivi de rappels réguliers avec mises en situation pratique.

**Composition du jury :**

<b>Président :</b>	Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA
<b>Assesseur·e·s :</b>	Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS Madame la Docteure Alissa SEBBAH Madame la Docteure Audrey LOMBART
<b>Directeur de thèse :</b>	Monsieur le Docteur Guillaume SERRON