

Année 2023/2024

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

Apolline PICARD

Née le 25 février 1995 à Orléans (45)

DIFFICULTÉS VÉCUES PAR LES INTERNES EN MÉDECINE GÉNÉRALE FACE AUX FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES : ANALYSE DE TRACES D'APPRENTISSAGE

Présentée et soutenue publiquement le 11 septembre 2024 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Pauline SAINT-MARTIN, Médecine légale et droit de la santé, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Robert COURTOIS, Psychopathologie et psychologie clinique, PU, Département de psychologie, Faculté d'Arts et Sciences Humaines - Tours

Directrices de thèse :

Docteur Emeline PASDELOUP, Médecine Générale, CCU, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Eléonore COUSIN, Médecine Générale - Tours

RÉSUMÉ

Introduction

En France, 57.2 % des femmes ont été victimes de violences conjugales au cours de leur vie. Ces femmes se confient en premier lieu à un médecin. Le rôle du généraliste est d'aborder la question des violences conjugales en consultation. Or, les internes en médecine générale rapportent avoir rencontré peu de situations de violences conjugales et ne les dépistent pas systématiquement.

L'objectif de cette étude était d'identifier les difficultés vécues par les internes en médecine générale face aux femmes victimes de violences conjugales à partir de leurs traces d'apprentissage.

Méthode

Il s'agissait d'une étude qualitative avec analyse thématique de traces d'apprentissage. La population ciblée était les internes en Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Tours.

Résultats

28 traces d'apprentissage ont été analysées. Les récits relataient la rencontre entre un interne novice et une patiente triste et fuyante. La barrière de la langue, le tiers gênant et l'alcoolisation de la patiente étaient des freins à l'établissement d'une relation médecin-patient. Si la patiente consultait pour des violences conjugales, elle venait pour des violences physiques récentes. Les internes se sentaient démunis malgré l'envie d'aider les patientes. Ils étaient mal à l'aise et ressentaient des émotions négatives comme le choc ou la tristesse.

Conclusion

Cette étude est en faveur de la réalisation d'une formation sur les violences conjugales pour les internes avec apprentissage de la gestion des émotions. L'apport d'outils stratégiques en début d'internat pourrait permettre à l'interne de ne plus être démunie dans ces situations complexes.

Mots clés : violences conjugales, médecine générale, internes en médecine, traces d'apprentissage

ABSTRACT

Introduction

In France, 57.2% of women report having been victims of conjugal violence during their lifetime. These female victims first confide to a doctor. The role of the general practitioner is to talk of domestic violence in consultation. However, general practice residents report having encountered few situations of domestic violence and do not systematically screen them.

The objective of this study was to identify the difficulties experienced by general practice residents with women victims of conjugal violence from their learning traces.

Method

It was a qualitative study with thematic analysis of learning traces. The target population was general practice residents at the Faculty of Medicine of Tours.

Results

28 learning traces were analyzed. The stories related the encounter between a novice intern and a sad and fleeing patient. The language barrier, the embarrassing third party and the patient's alcoholization were barriers to establishing a doctor-patient relationship. If the patient consulted for conjugal violence, she came for recent physical violence. Residents felt helpless despite the desire to help patients. They were uncomfortable and felt negative emotions like shock or sadness.

Conclusion

This study supports the realization of a training on conjugal violence for residents with learning how to manage emotions. The provision of strategic tools at the beginning of the residency could allow the resident to no longer be helpless in these complex situations.

Keywords: conjugal violence, general practice, general practice residents, learning traces

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESEURS

Pr Philippe GATAULT, *P dagogie*

Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*

Pr Hélène BLASCO, *Recherche*

Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie  tudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine – 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Patrice DIOT

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Frédéric PATAT

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie

LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophthalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOGLU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludvine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste
IMBERT Mélanie.....Orthophoniste
SIZARET Eva.....Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Pauline SAINT-MARTIN, pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury de thèse. Je vous remercie pour vos enseignements pour lesquels j'ai eu beaucoup d'intérêt durant mes études. Recevez toute mon admiration.

À Monsieur le Professeur Robert COURTOIS, pour avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse. Recevez toute ma reconnaissance pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

À Madame le Docteur Emeline PASDELOUP, pour avoir codirigé cette thèse. Je te suis reconnaissante de m'avoir fait bénéficier tout au long de ce travail de tes compétences, ta rigueur et tes conseils toujours pertinents.

À Madame le Docteur Eléonore COUSIN, pour avoir codirigé cette thèse. Je te remercie pour ton intérêt pour ce travail et tes bons conseils. Un grand merci pour tout ce que tu m'as appris en stage en PMI et CPEF.

Au Docteur Christelle Chamant pour avoir été ma tutrice durant l'internat. Merci pour votre humanité et votre bienveillance.

Aux Docteurs Jacques Genin, Stéphane Georget, Wilfried Giboureau, Olivier Guillaud-Vallée, Benjamin Rivière, Alexandre Werle, pour m'avoir fait confiance aux urgences du PSLV. Un grand merci pour ce que j'ai appris auprès de vous, pour votre accueil et votre gentillesse.

Aux Docteurs Emmanuel Bagourd, Clarisse Dibao-Dina, Philippe Duval, Jean-Pierre Gentillet, Nathalie Jan, Blandine Yvon-Petrault, pour tout ce que vous m'avez enseigné en SASPAS.

Aux Docteurs Stéphanie Dumont et Julie Lothion, pour votre investissement dans ma formation en stage en PMI et CPEF.

Aux Docteurs Nicolas Guyot et Clément Ridoux pour les connaissances que vous m'avez transmises en gériatrie et médecine polyvalente. Merci au Dr Guyot pour sa bonne humeur et son humour.

À mes co internes, pour ces moments passés ensemble. Merci à Caroline pour ton soutien pendant toutes ces années. Merci à Clément pour tes conseils et ton humour décalé.

Aux internes qui ont accepté de participer à cette thèse, pour votre intérêt pour ce travail.

À l'équipe des urgences du PSLV, pour votre accueil hors norme. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble.

À toutes les équipes de soins et professionnels de santé que j'ai rencontrés pendant l'internat, pour ce que vous m'avez appris et votre accueil chaleureux.

Aux Docteurs Pierre-Antoine Gabriel et Jean-Michel Werquin, pour notre future association.

À Julie, pour ta bonne humeur au cabinet.

Aux professionnels de santé de Nouzilly, pour votre implication dans la future MSP.

À mes parents, pour leur soutien sans faille. Je ne pourrais jamais assez vous remercier.

À ma famille et belle-famille, pour votre présence et votre affection.

À mes amis, pour tous ces bons moments passés et à venir.

À mon chéri, pour ton soutien au quotidien.

À Polka et Logan, mes meilleurs amis à quatre pattes, pour rendre ma vie plus belle.

À Mimi, Perle et toutes nos petites étoiles.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	2
Abstract.....	3
Remerciements.....	10
Table des matières.....	12
Liste des abréviations.....	14
Introduction.....	15
Méthode.....	17
Résultats.....	19
1. Population.....	19
2. Description qualitative.....	21
2.1. Une nouveauté stressante pour l’interne.....	21
2.2. Une patiente qui interpelle.....	21
2.3. Les freins à l'établissement d'une relation médecin-patient.....	22
2.3.1. La barrière de la langue.....	22
2.3.2. Le tiers gênant.....	22
2.3.3. L'alcoolisation de la patiente.....	23
2.4. La découverte des violences conjugales.....	23
2.4.1. Les violences physiques récentes : un motif de consultation explicite.....	23
2.4.2. La révélation grâce à un autre motif de consultation.....	24
2.4.3. La place du MSU.....	24
2.5. La réaction de l’interne : émotions et difficultés ressenties.....	25
2.5.1. Etre démuni malgré l’envie d’aider.....	25
2.5.2. Etre mal à l’aise.....	25
2.5.3. Ressentir des émotions négatives.....	25
2.5.4. Rester professionnel malgré les émotions.....	26
2.6. Après la consultation.....	26
2.6.1. L’espoir d’avoir contribué à un changement.....	26
2.6.2. La consultation se poursuit dans l’esprit de l’interne.....	26
2.6.3. Un sujet délicat.....	27
3. Répertorisation des questionnements des internes.....	28

4. Nuage de mots sur le ressenti des internes.....	29
Discussion.....	30
1. Principaux résultats.....	30
2. Comparaison avec les données de la littérature.....	31
3. Forces et limites de l'étude.....	32
4. Perspectives.....	33
Références bibliographiques.....	35
Annexes.....	38
Annexe 1 : Les 7 questions.....	38
Annexe 2 : Grille de lecture COREQ.....	39
Annexe 3 : Accès aux traces d'apprentissage.....	43

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVIC-MG : Attentes des femmes VICTimes de violences Conjugales envers le Médecin Généraliste

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

FE : Femme-Enfant

GEAP : Groupe d'Échange et d'Analyse de pratiques

HAS : Haute Autorité de Santé

ITT : Incapacité Totale de Travail

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

INTRODUCTION

La violence conjugale est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime, cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, ce qui inclut l'agression physique, les relations sexuelles sous contrainte, la violence psychologique et tout autre acte de domination. (1)

Les violences conjugales évoluent de manière cyclique en quatre phases : la tension, l'agression, la justification puis la réconciliation. Ce cycle se répète jusqu'à devenir binaire : les phases de tension et d'agression s'enchaînent. (2,3) Le partenaire violent exerce un phénomène d'emprise sur sa victime, c'est-à-dire qu'il instaure une relation de domination, de manipulation et de maltraitance, avec utilisation de la violence en alternance avec des marques d'affection. (4) Les conséquences physiques et mentales sur les victimes sont importantes et peuvent aller jusqu'au décès. (5,6)

Dans le monde, 27% des femmes de 15 à 49 ans ont subi des violences conjugales. (1) En Europe, c'est 16 à 23% des femmes qui sont touchées. (7) En France, en 2012, 57.2 % des femmes rapportaient avoir été victimes de violences conjugales au cours de leur vie. (8) Environ 321 000 françaises, soit 1,4%, sont victimes de violences conjugales chaque année. (9) Ces femmes victimes se confient en premier lieu à un médecin (25-37% des cas), avant la police, la gendarmerie, la justice ou les associations. (6,8)

Le médecin généraliste prend en charge le patient dans sa globalité, notamment en tenant compte des facteurs sociaux. (10,11) Le rôle du médecin généraliste est de questionner les femmes, les informer, les orienter vers des structures adaptées et de se former à la prise en charge des violences conjugales. Les femmes victimes de violences conjugales souhaitent un médecin généraliste qui possède des qualités humaines avec une attitude d'écoute, une absence de mise en doute de leurs paroles et une mise en confiance pendant la consultation. (12-14) Dans l'étude AVIC-MG, 86% des femmes victimes de violences conjugales considéraient que cela faisait partie du rôle du généraliste d'aborder la question des violences conjugales en consultation. (15)

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande depuis 2019 le dépistage systématique des violences conjugales par les professionnels de santé. (3) Ce dépistage est mal vécu par les médecins généralistes. Ils demandent un cadre protecteur pour aborder ce sujet : diminution du tabou, mise à disposition de ressources, outils et formations. (16)

Les internes en médecine générale rapportent avoir rencontré peu de situations de violences conjugales et ne les dépistent pas systématiquement. Malgré l'évocation fréquente des violences conjugales en Groupe d'Échange et d'Analyse de Pratique (GEAP), ils souhaitent une formation complémentaire. (17) La revue systématique de Zaher et al. rapporte une amélioration significative de l'identification des femmes victimes après une formation adaptée des médecins. (18) Les médecins généralistes souhaitent que la formation aux violences conjugales soit réalisée pendant l'internat, pendant ou après le stage de niveau 1. (19) En France, la loi de 2014 sur l'égalité hommes-femmes rend obligatoire la formation initiale et continue des médecins sur les violences conjugales. (20)

L'interne en médecine générale construit ses compétences à partir de l'analyse de situations cliniques authentiques et de la production d'un travail écrit : les traces d'apprentissage. Il y raconte une situation vécue, se pose des questions, cherche des réponses, et réalise une boucle d'apprentissage. La boucle d'apprentissage est une synthèse des nouvelles compétences acquises permettant une meilleure gestion d'une situation future similaire. (21,22)

Nous souhaitons utiliser les données issues des traces d'apprentissage pour comprendre les difficultés vécues par les internes face à une situation de violences conjugales. À notre connaissance, il n'existe pas d'études explorant ces difficultés via un outil pédagogique comme les traces d'apprentissage. Les résultats pourraient servir à construire une formation sur les violences conjugales adaptée aux besoins des internes. Dans une démarche réflexive, les enseignants souhaitent construire cette formation d'après les travaux réalisés par les internes.

L'objectif de cette étude était d'identifier les difficultés vécues par les internes en médecine générale face aux femmes victimes de violences conjugales à partir de leurs traces d'apprentissage.

MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude qualitative avec analyse de contenu thématique des traces d'apprentissage des internes en Médecine générale à Tours.

La population cible était les internes ayant déjà réalisé une trace d'apprentissage sur les violences conjugales. Pour participer à l'étude, l'interne devait être inscrit en DES de Médecine Générale de la faculté de Médecine de Tours au moment du recueil des données en 2022, c'est-à-dire faire partie de la promotion 2019, 2020 ou 2021.

L'investigatrice était l'interne en travail de thèse, de sexe féminin et non concernée personnellement par des violences conjugales. Elle faisait partie de la promotion 2019 et connaissait certains internes de cette promotion qui ont accepté de participer à l'étude. Avant de débiter l'analyse des traces d'apprentissage, les a priori de l'investigatrice ont été déconstruits à l'aide des 7 questions (Annexe 1). (23) L'investigatrice a élaboré cette étude pour qu'elle réponde à un maximum de critères de la grille COREQ (Annexe 2). (24)

Les participants ont été recrutés sur le réseau social Facebook, les internes utilisant ce réseau pour communiquer entre eux. Une publication sur chaque groupe de promotion a été effectuée par l'interne en travail de thèse. Devant le peu de réponses obtenues, un message personnel, où l'investigatrice a présenté l'objet du travail de recherche, a été envoyé via l'application Messenger aux internes. Les internes des promotions 2020 et 2021 ont aussi été repérés via les traces d'apprentissage déposées sur l'environnement numérique de travail. Ces traces d'apprentissage sont accessibles à une des directrices de thèse de par son statut d'enseignante.

Les traces d'apprentissage ont été transmises par les participants via l'application Messenger ou par mail à l'interne en travail de thèse. Elles ont ensuite été regroupées dans un dossier Google Drive et converties au format Word. Les noms propres, lieux et éléments très particuliers ont été supprimés. L'orthographe n'a pas été corrigée sauf si la faute portait atteinte à la compréhension du texte.

Toutes les traces recueillies ont été analysées, ce qui a permis la saturation des données. C'est pourquoi, il n'y a pas eu de seconde phase de recrutement. Le critère d'inclusion était d'aborder les violences conjugales dans au moins une partie de la trace d'apprentissage. Le critère d'exclusion était l'absence d'évocation des violences conjugales dans la trace d'apprentissage. Les traces d'apprentissage incluses dans l'analyse sont accessibles sur Google Drive (Annexe 3).

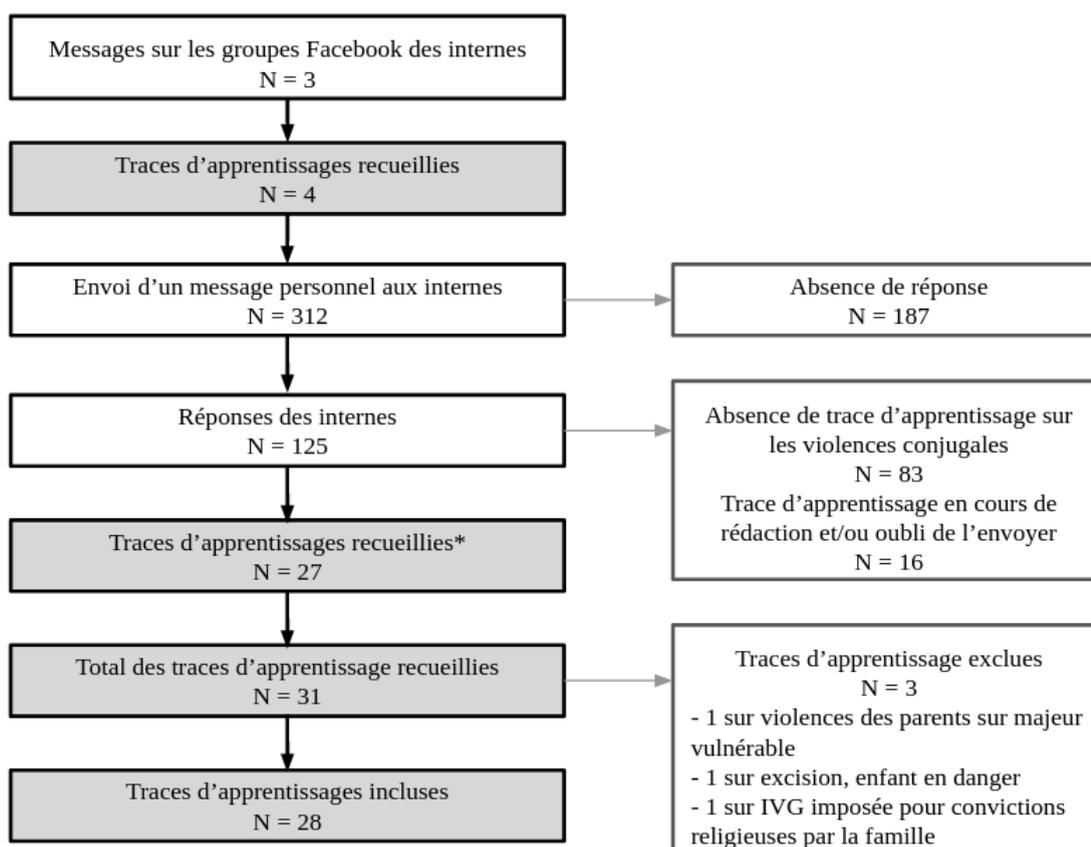
Les traces d'apprentissage ont été lues par l'investigatrice pour repérer les verbatims évoquant les difficultés de l'interne. Dans un second temps, ces verbatims ont été catégorisés en thèmes et sous-thèmes. Un double codage a été effectué sur une partie des traces d'apprentissage pour vérifier la cohérence des résultats obtenus. L'investigatrice a aussi réalisé un travail de répertorisation des questionnements des internes et un nuage de mots sur les difficultés vécues par les internes.

Le consentement éclairé de l'interne était implicite dès lors qu'il transmettait sa trace d'apprentissage à l'investigatrice. L'envoi de la trace d'apprentissage était effectué après que l'interne ait reçu des explications sur le travail de recherche mené par l'investigatrice. Les traces écrites ont été entièrement anonymisées, cette étude ne nécessitait donc pas de déclaration à la CNIL. Cette étude ne relevait ni d'un comité d'éthique ni d'un comité de protection des personnes car elle n'utilisait pas de données sensibles et n'impliquait pas la personne humaine.

RÉSULTATS

1. Population

Un total de 31 traces d'apprentissage a été recueilli entre le mois d'octobre 2022 et le mois de septembre 2023. 28 traces d'apprentissage ont été incluses dans l'analyse.



*1 interne a envoyé 2 traces d'apprentissage

Figure 1. Diagramme de flux

Dans cette étude, 60,7 % des internes étaient des femmes. La promotion 2019 représentait 46,4 % de la population, la promotion 2020 39,3 % et la promotion 2021 14,3 %.

La majorité des traces d'apprentissage, soit 39,3%, ont été réalisées lors du premier semestre de l'interne. Plus le nombre de semestres est avancé, moins il y a de traces d'apprentissage réalisées sur le thème des violences conjugales : 21,4% en deuxième et troisième semestre, 14,2% en quatrième semestre et seulement une trace d'apprentissage lors

du cinquième semestre. Aucune trace d'apprentissage n'a été réalisée lors du sixième semestre.

32,1% des situations ont eu lieu aux urgences ainsi qu'en stage femme-enfant. 28,5% des situations ont eu lieu en stage de niveau 1 chez le praticien. Une situation a eu lieu en stage de médecine et une autre en SASPAS.

N° trace	Sexe	Promo	Semestre	Stage
1	F	2020	4	FE
2	M	2020	3	FE
3	M	2020	4	FE
4	F	2019	1	Urgences
5	M	2019	1	Niveau 1
6	F	2019	1	Urgences
7	F	2020	3	Médecine
8	F	2019	1	Niveau 1
9	F	2019	2	Urgences
10	M	2019	1	Niveau 1
11	F	2019	2	Urgences
12	F	2020	2	Urgences
13	F	2019	1	Niveau 1
14	F	2019	3	FE
15	M	2019	2	Niveau 1
16	M	2020	1	Urgences
17	F	2019	4	FE
18	M	2019	5	SASPAS
19	M	2019	1	Urgences
20	M	2020	2	Urgences
21	M	2020	3	FE
22	F	2020	3	FE
23	F	2020	3	FE
24	F	2020	4	FE
25	M	2021	2	Niveau 1
26	F	2021	1	Niveau 1
27	F	2021	1	Niveau 1
28	F	2021	1	Urgences

Tableau 1. Population de l'étude

2. Description qualitative

2.1. Une nouveauté stressante pour l'interne

L'interne était novice de manière générale. Plusieurs situations se sont déroulées en début de stage ou lors de la mise en autonomie. Les internes avaient alors peur de ne pas être compétents. *“1er jour en stage niveau 1 [...] je me sens un peu gênée à l'idée de mener les consultations [...] de peur de mal faire les choses ou de me sentir jugée en cas d'hésitation ou de difficulté face à une situation.”* (trace n°26)

L'interne était novice en consultation avec une femme victime de violences conjugales. Les internes ont pu appréhender le déroulé de la consultation avant même d'avoir rencontré la patiente. *“Je vois que la prochaine patiente [...] vient pour un certificat de coups et blessures. [...] Je n'ai jamais géré ce genre de situation. Je suis inquiète de comment cela va se passer.”* (trace n°11)

Certains internes ont pris conscience de l'existence des violences conjugales à ce moment-là. *“C'est la première fois que je suis confrontée à des violences faites à une femme. Je n'arrive pas à croire que cela est possible.”* (trace n°8)

2.2. Une patiente qui interpelle

Les patientes étaient décrites par les internes comme triste et fuyante. *“Elle regarde le sol, les yeux rouges, sanglotant”* (trace n°5).

Elles camouflaient leur visage et leur corps. *“Elle porte un chapeau, des grosses lunettes teintées [...] Elle est emmitouflée dans une grosse écharpe qu'elle remonte jusqu'à son nez [...] Aucune émotion ne passe lors de ce premier contact.”* (trace n°8)

Les patientes étaient perçues par les internes comme fragiles. *“De prime abord elle paraissait plutôt délicate et fragile.”* (trace n°6)

La présentation de la patiente a provoqué plusieurs réactions chez les internes. Un interne a ressenti de la peine *“Je suis peinée de la voir ainsi.”* (trace n°4) Un autre était *“inquiet et soucieux de la dame.”* (trace n°18)

Certains internes ont adapté leur comportement face à la patiente. Ils ont essayé de la mettre à l’aise et de créer un climat de confiance *“Je tente de la mettre à l’aise”* (trace n°23). Un interne anticipait déjà la difficulté du sujet abordé. *“Je me verrouille sachant que je devrais tout entendre et poser des questions compliquées.”* (trace n°4)

2.3. Les freins à l'établissement d'une relation médecin patiente

2.3.1. La barrière de la langue

Les patientes pouvaient être d'une autre culture et ne pas parler la même langue que l'interne ce qui a engendré des difficultés de communication. *“Ne parlant pas cette langue, ma MSU traduit les demandes de la patiente”* (trace n°13)

Les internes ont pu être touchés malgré la barrière de la langue. *“[La patiente] dit des mots dans une langue que je ne comprends pas. [...] J'essaie de rester neutre tout en montrant de la compassion”* (trace n°18)

Un interne a été agacé. *“Je finis par m'agacer et dit que ce n'est pas sérieux de continuer comme ça, que cela fait déjà 15 minutes que nous y sommes”* (trace n°21)

2.3.2. Le tiers gênant

Les internes ont pu rencontrer des difficultés avec les accompagnants des patientes qui ont eu des comportements inadaptés. *“Son conjoint reprend la consigne dans sa langue maternelle en appuyant dans tous les sens sur son ventre comme on malaxe de la pâte à pizza. [...] Je lui demande de ne plus intervertir avec mon examen.”* (trace n°21)

Les internes ont aussi pu se sentir désemparés face au comportement de l'accompagnant. *“Emma et moi sommes dépités de la bassesse de l’acte de l’éducatrice.”* (trace n°3)

Dans certains cas, le tiers gênant était l'auteur présumé des violences. Cela a été d'autant plus difficile pour l'interne de gérer la situation et de trouver un stratagème pour éloigner l'agresseur présumé. *“je n’ai pas pu l’interroger totalement devant la présence du mari. [...] Je me sens obligée de mentir, j’invente une échographie [...] et lui dit qu’il ne pourra pas l’accompagner.”* (trace n°7)

2.3.3. L'alcoolisation de la patiente

Certaines patientes victimes étaient alcoolisées pendant la consultation. Cela a favorisé un refus de soin. *“je ne m’attendais pas à sa réaction « Ah non j’veux pas de plâtre, je m’en vais». [...] je comprends [...] qu’elle est peut-être actuellement alcoolisée. [...] Elle [...] s’en va très rapidement.”* (trace n°12)

Malgré ces freins à l'établissement d'une relation médecin patiente, les internes n'ont pas baissé les bras et ont su rester empathiques. *“Je comprends encore mieux sa détresse.”* (trace n°19)

2.4. La découverte des violences conjugales

2.4.1. Les violences physiques récentes : un motif de consultation explicite

Dans toutes les traces d'apprentissage où la patiente consultait pour des violences conjugales, il s'agissait de violences physiques récentes. Les violences physiques ont parfois été associées à des violences sexuelles. *“elle vient car son conjoint l’a frappé avant qu’elle parte au travail. Il l’aurait gifflé, projetée au sol, puis aurait essayé de l’étrangler.”* (trace n°28)

2.4.2. La révélation grâce à un autre motif de consultation

Certains internes ont appris à pratiquer un dépistage systématique en stage, notamment en centre d'orthogénie et en CPEF. *“J'en viens alors à la question des violences. Au CPEF nous posons la question systématiquement et la réponse est assez souvent positive. Elle m'explique qu'elle a subi du harcèlement au collègue [...] Elle nous explique ensuite qu'elle a subi un viol à 16 ans”* (trace n°17)

D'autres internes ont effectué un dépistage sur signes d'appel, par exemple, en présence de douleurs abdominales. *“Après avoir palpé son abdomen, sensible en hypogastre, je ressens une appréhension de sa part. J'en profite pour lui demander si elle a déjà subi des violences. Ce à quoi elle acquiesce immédiatement.”* (trace n°1)

Dans une situation, le moment de l'examen gynécologique a permis la révélation des violences sexuelles subies par la patiente. *“Mon co interne en lui proposant de la réexaminé s'est heurté à un refus. Elle lui aurait dit que j'avais essayé et que ça avait été compliqué et que « de toutes façon depuis que mon ex m'a forcé, j'ai tout le temps mal », elle se serait ensuite effondrée.”* (trace n°23)

2.4.3. La place du MSU

Dans une situation, le MSU a découvert en même temps que l'interne les violences conjugales que subissait sa patiente. *“mon MSU a craqué. [...] Il me dit qu'il trouve ça dingue de passer à côté, qu'il ne s'en doutait absolument pas.”* (trace n°8)

Le MSU pouvait déjà être au courant des violences conjugales subies par la patiente et apprendre l'existence de ces violences à l'interne. *“Il [Le MSU] me regarde et me rassure : « son mari a beaucoup de contrôle sur elle et avec des violences domestiques notamment [...] Je me dis alors : - « Des violences domestiques ? Comment j'ai pu être passé à côté de ça ? »”.* (trace n°25)

2.5. La réaction de l'interne : émotions et difficultés ressenties

2.5.1. Etre démuni malgré l'envie d'aider

Les internes se sentaient désemparés et démunis. *“Je me sens démunie”* (trace n°13)
Ils avaient pourtant envie d'apporter leur aide à la patiente. *“Ce n'était ni l'envie ni la volonté d'aider cette patiente vulnérable qui manquait mais je ne savais quelle aide lui proposer.”* (trace n°25)

2.5.2. Etre mal à l'aise

Les internes doutaient de leurs compétences. *“je ne me sentais pas très à l'aise, j'avais cette peur d'être maladroite et donc de braquer encore plus ma patiente.”* (trace n°9)

Ces difficultés ont été accentuées par une relation distante avec la patiente. *“j'ai trouvé cela plus difficile, notamment d'évoquer son passé violent, [...] essayer d'instaurer un dialogue rassurant avec une dame assez fermée.”* (trace n°24)

2.5.3. Ressentir des émotions négatives

Plusieurs émotions négatives ont été ressenties par les internes :

- **Le choc** *“j'étais en état de sidération”* (trace n°1)
- **Le dégoût** *“La patiente est couverte de bleu [...] C'est atroce à voir.”* (trace n°8)
- **La tristesse** *“Cette étrange sensation d'avoir autant de tristesse pour une personne que je ne connais absolument pas”* (trace n°8)
- **La colère** *“j'étais un peu hors de moi, pour moi la culture ou la religion n'est pas une raison pour se faire maltraiter.”* (trace n°7)
- **L'inquiétude** *“ je me faisais beaucoup de soucis pour cette patiente”* (trace n°20)
- **La culpabilité** *“Je me suis sentie coupable de ne pas avoir su dépister un antécédent de violences sexuelles chez cette jeune femme”* (trace n°23)

Certaines émotions pouvaient se manifester physiquement auprès de l'interne.
“Lorsque que je l’ai entendu me dire tout cela, j’ai été frappé par une vague d’émotion, j’avais littéralement la gorge nouée.” (trace n°8)

2.5.4. Rester professionnel malgré les émotions

Un interne essayait de rester professionnel et d'être empathique avec la patiente.
“Arrive donc cette dissonance en moi : il apparaît évident que cette femme est victime des coups de son mari [...], telle est ma conviction, mais en qualité de médecin, je ne dois pas avoir de conviction, je ne dois présumer de rien, rester factuel et empathique.” (trace n°5)

2.6. Après la consultation

2.6.1. L'espoir d'avoir contribué à un changement

Certains internes espèrent avoir aidé la patiente. *“J’étais satisfaite de l’entrevue et j’espérai au fond de moi, avoir semer les débuts d’une réflexion chez elle.”* (trace n°6)

2.6.2. La consultation se poursuit dans l'esprit de l'interne

Plusieurs internes ont continué à se questionner après la consultation. *“J’étais lessivé. Je pars du service, me change, prend ma voiture et entame les 35 minutes de route qui me séparent de mon domicile. C’est à ce moment que tout me revient en tête. Je venais de poser une question à cette patiente sans avoir les armes pour répondre à son éventuelle détresse émotionnelle. Qu’aurais-je dû lui dire ?”* (trace n°16)

Les émotions ressenties ont perdurées même après la consultation. *“Puis je suis rentrée chez moi, j’ai pleuré en rentrant.”* (trace n°3)

2.6.3. Un sujet délicat

Même après avoir vécu plusieurs consultations avec une femme victime de violence, l'interne ne se sentait toujours pas à l'aise. *“J’ai déjà rencontré 3 jeunes femmes dans le cadre de violences conjugales depuis le début du semestre [...] et je n’en suis toujours pas très à l’aise.”* (trace n°4)

3. Répertoire des questionnements des internes

Ce schéma classe et répertorie l'ensemble des questions issues de l'étape de problématisation des traces d'apprentissage.

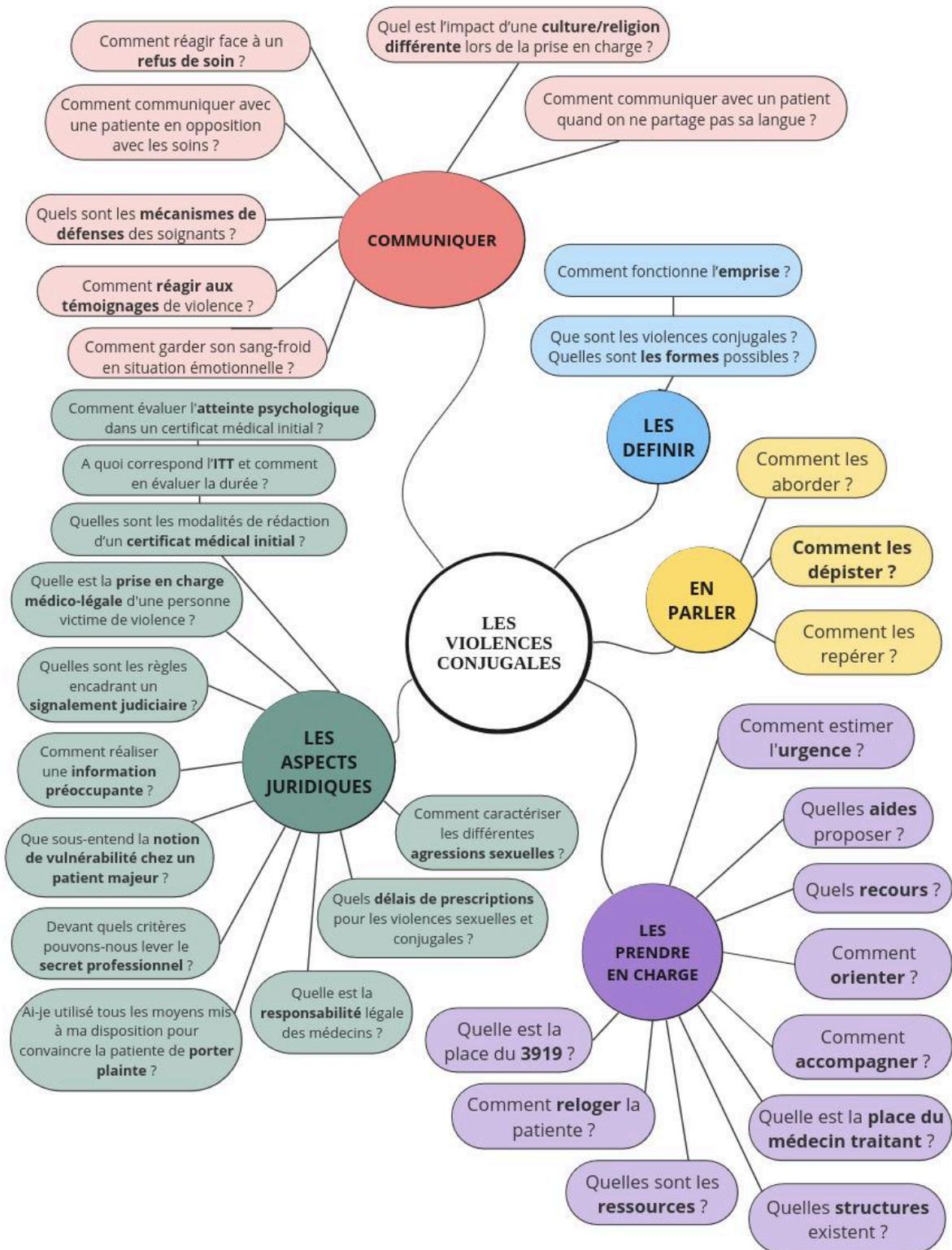


Figure 2. Mind Map sur les questionnements des internes

4. Nuage de mots

A titre informatif l'ensemble des émotions des internes à été regroupé dans un nuage de mot.



Figure 3. Nuage de mots sur le ressenti des internes

DISCUSSION

1. Principaux résultats

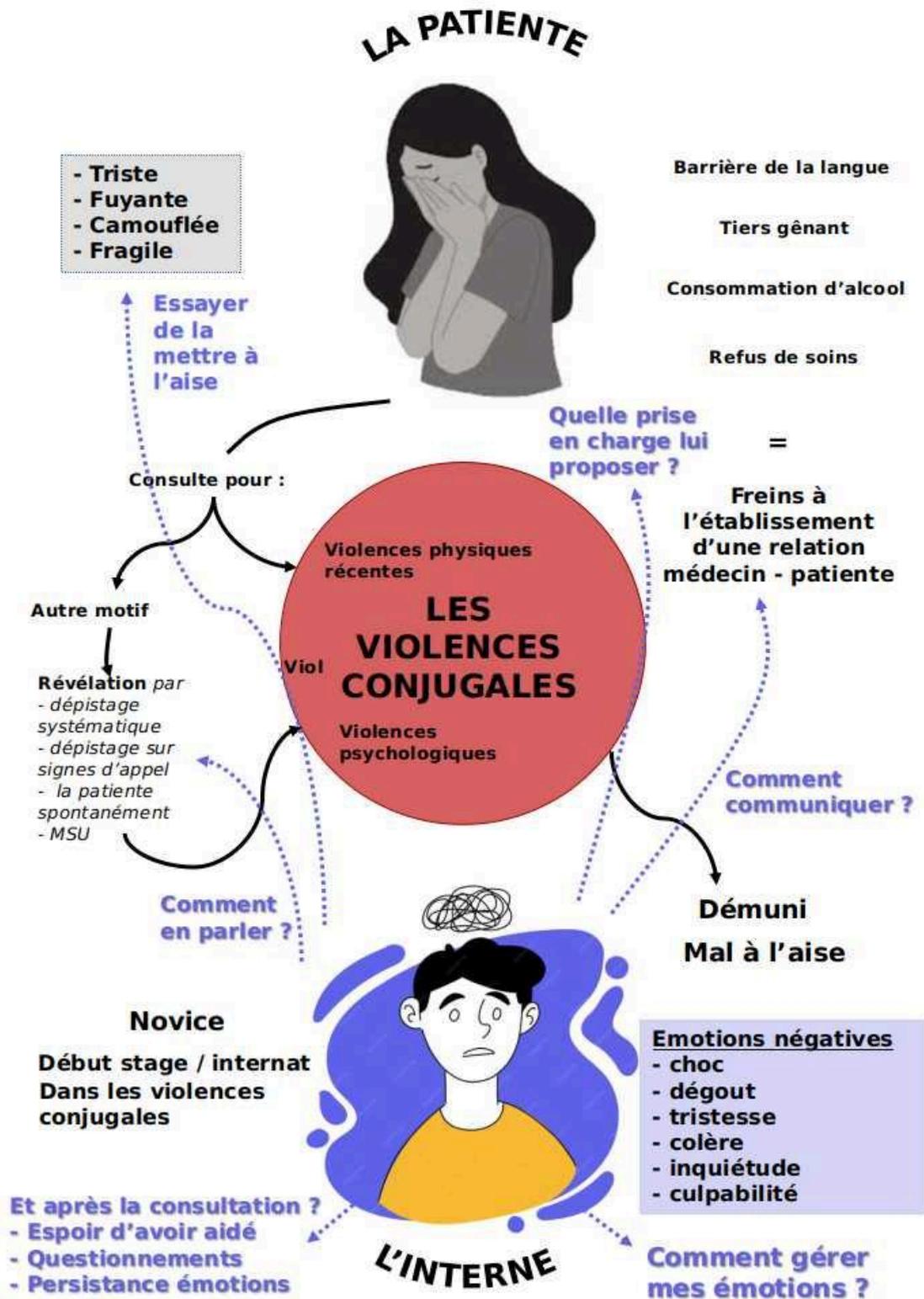


Figure 4. Modèle explicatif

Les situations vécues et racontées reflétaient la rencontre entre un interne novice et une patiente triste et fuyante. La barrière de la langue, le tiers gênant et l'alcoolisation de la patiente étaient des freins à l'établissement d'une relation médecin-patient.

Dans toutes les traces d'apprentissage où la patiente consultait principalement pour des violences conjugales, elle était victime de violences physiques récentes. Lorsque la patiente ne consultait pas pour des violences conjugales, la révélation des violences s'est faite par la patiente elle-même, grâce au dépistage sur signes d'appel ou au dépistage systématique.

Les internes se sentaient démunis malgré l'envie d'aider la patiente. Ils étaient mal à l'aise et ressentaient des émotions négatives : le choc, le dégoût, la tristesse, la colère, l'inquiétude et la culpabilité. Malgré ces émotions, ils essayaient de rester professionnels.

La consultation se poursuivait dans l'esprit de l'interne. Il avait espoir d'avoir contribué à un changement chez la patiente. Malgré plusieurs consultations avec des femmes victimes, ce sujet restait délicat à aborder pour l'interne.

Les questionnements des internes ont pu être classés en différentes catégories : comment définir les violences conjugales, comment en parler, comment les prendre en charge, comment communiquer et quels sont les aspects juridiques.

2. Comparaison avec les données de la littérature

Le statut d'interne imposant un changement de stage tous les six mois avec de nouvelles connaissances à acquérir, a été évoqué comme difficulté dans d'autres travaux de thèse. (17,25) Ce travail met en évidence que la consultation avec des patientes victimes de violences conjugales était une nouveauté supplémentaire pour l'interne.

Notre étude met en lumière la perception des femmes victimes par les internes. Elles étaient perçues comme tristes, fuyantes, camouflées et fragiles. La perception d'une patiente fragile a été évoquée dans un autre travail. (17)

Dans la littérature, les violences conjugales étaient majoritairement abordées spontanément par la patiente ou dépistées sur signe d'appel. Les médecins généralistes ne pratiquent pas de dépistage systématique. (17,26,27) La révélation des violences subies pouvait être facilitée par un motif de consultation gynécologique comme cela a été le cas dans notre étude. (17) Dans notre étude, certains internes ont appris à pratiquer un dépistage systématique en stage.

Dans la littérature, les médecins témoignaient d'expériences mal vécues et étaient mal à l'aise en consultation avec une patiente victime de violences conjugales. (16,19,28) Le sentiment d'impuissance a été aussi exprimé. (17,19,26) Notre étude met en lumière les émotions personnelles des internes pendant et après la consultation et la difficulté à gérer l'intensité de ces émotions.

La durée de la consultation et de la gestion du temps est une problématique qui est soulevée dans plusieurs études (17,26) et que nous n'avons pas retrouvée dans notre travail. Les situations recueillies dans notre étude étaient vécues en partie en stage hospitalier, où la temporalité est différente de l'exercice libéral. Elles étaient aussi vécues en stage ambulatoire de niveau par un interne en début de formation. Nous pouvons supposer que la question de la gestion du temps n'était pas encore une priorité pour l'interne.

Concernant les questionnements des internes, les résultats sont similaires dans d'autres travaux. La définition des violences conjugales ou de l'emprise pouvait mettre en difficulté les internes. (17,29) La rédaction du certificat médical initial posait problème notamment si la patiente présentait uniquement des séquelles psychologiques. (17,19) L'évaluation et la prise en charge de la souffrance psychologique et la méconnaissance du réseau local d'aide étaient aussi des difficultés retrouvées. (17)

3. Forces et limites de l'étude

A ce jour, cette étude est la seule à avoir étudié les difficultés des internes en consultation avec une femme victime de violence conjugale à travers leurs traces d'apprentissage.

Cette étude était le premier travail de recherche de l'investigatrice. Néanmoins, la rigueur méthodologique de l'étude a été garantie en essayant de répondre à un maximum de critères de la grille COREQ. Un double codage a été effectué par l'une des directrices de thèse qui est plus expérimentée dans la recherche qualitative. Devant la similitude des données lors du double codage des trois premières traces d'apprentissage, ce dernier n'a pas été poursuivi sur l'intégralité des traces recueillies.

Les traces d'apprentissage ont été rédigées avant la participation de l'interne à cette étude, l'écriture des récits n'a donc pas été influencée par cette dernière.

Les réseaux sociaux étaient l'unique mode de recrutement de cette étude. Il peut exister un biais de recrutement car certains internes n'y sont pas présents. Malgré l'envoi d'un message de participation à la quasi-totalité des internes de la promotion 2021, le nombre d'internes de cette promotion était sous représenté à 14.2 %. Néanmoins, nous avons réussi à obtenir des traces d'apprentissage de trois promotions différentes.

Comme mentionné précédemment, notre étude est cohérente avec la littérature existante tout en permettant de mettre en évidence de nouveaux résultats et de nouvelles perspectives.

4. Perspectives

Un travail supplémentaire par analyse phénoménologique interprétative avec entretiens individuels des internes ayant rédigé les traces d'apprentissage permettrait d'en apprendre plus sur le vécu de ces situations.

Dans notre étude, les violences conjugales sont le motif de consultation de la patiente uniquement en cas de violences physiques récentes. Celles-ci sont parfois associées à des violences sexuelles. Dans les situations de violences psychologiques et pour la plupart des situations de violences sexuelles, la révélation s'est faite par l'intermédiaire d'un autre motif de consultation. Cette constatation renforce la nécessité du repérage systématique au quotidien en consultation de médecine générale.

Les résultats de cette étude sont en faveur de la réalisation d'une formation sur les violences conjugales dès le début de l'internat avec notamment la gestion des doutes et difficultés liées au début de stage.

Certains thèmes à aborder en formation ont déjà été évoqués dans d'autres travaux : motifs de consultation cachés et intérêt du dépistage systématique, apport de connaissances sur les réseaux locaux d'aide, les modalités juridiques, savoir communiquer avec la patiente. (19,26) Une maîtrise des connaissances théoriques et des stratégies de prise en charge des patientes victimes pourrait permettre à l'interne de se concentrer sur le développement de ses compétences émotionnelles. (30)

Dans notre étude, les émotions ont pu poser problème à l'interne notamment lorsqu'il se trouve en zone d'inconfort avec débordement émotionnel. L'interne doit apprendre à prendre en compte son propre vécu car celui-ci peut affecter sa perception de la situation et sa réaction face à une patiente. (28)

Un Groupe d'Échange et d'Analyse de Pratiques (GEAP) ayant pour thème la gestion des émotions face à une patiente victime de violences conjugales pourrait être proposé aux internes. L'intervention de psychologues dans ce groupe permettrait de leur donner des outils d'aide à la gestion de leurs émotions. (30) Il est aussi possible d'effectuer des groupes Balint, ceux-ci pourraient devenir des lieux d'écoute et de libération de la parole pour les internes. Le développement de jeux de rôle centrés sur la relation médecin-patient pourrait permettre de mieux préparer les internes face à ces situations difficiles.

L'intégration de la gestion de la charge émotionnelle dans la formation de l'interne lui permettrait de se sentir prêt à affronter une situation de violences conjugales. Cela pourrait lever un frein émotionnel au dépistage systématique, au repérage et à la prise en charge des patientes victimes de violences conjugales.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. 2021 [cité 18 nov 2022]. Disponible sur:
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. Malhanche P. Décliviolence ® : site internet d'aide à la prise en charge des violences conjugales envers les femmes en médecine générale. EXERCER. 2017;(138):448-9.
3. Haute Autorité de Santé L. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : recommandations de bonnes pratiques. 2019.
4. Larousse É. Définitions : emprise - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 28 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/emprise/29011>
5. Dillon G, Hussain R, Loxton D, Rahman S. Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. Int J Fam Med. 2013;2013:313909.
6. Observatoire National des violences faites aux femmes. Lettre n°18 - Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en 2021 [Internet]. 2022. Disponible sur:
<https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2022-11/Lettre%20n%C2%B018%20-%20Les%20violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20les%20violences%20sexuelles%20en%202021.pdf>
7. World Health Organization. Devastatingly pervasive: 1 in 3 women globally experience violence [Internet]. 2021 [cité 29 avr 2024]. Disponible sur:
<https://www.who.int/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>
8. Barbier A, Lefèvre T. Femmes victimes de violence conjugale en France : estimation de la prévalence des violences et de la divulgation des faits à un tiers, facteurs associés et comparaison à la population consultant en médecine légale: J Droit Santé L'Assurance - Mal JDSAM. 1 avr 2022;N° 30(3):35-44.
9. Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure. Vécu et ressenti en matière de sécurité [Internet]. 2022 p. 218. Disponible sur:
<https://mobile.interieur.gouv.fr/Media/SSMSI/Rapport-d-enquete-Vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-VRS-20222>
10. World Health Organization. Primary Health Care [Internet]. Alma-Ata; 1978 [cité 29 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9241800011>
11. Fournier E, Leveque C, Rudelle K, De Freminville H, Rouge L, Deparis N, et al. Accueil

- des femmes victimes de violences conjugales : cartographie et mise en place d'un réseau de recherche en soins primaires. EXERCER. 1 mars 2022;34(191):110-5.
12. Le Bars M, Lasserre E, Le Goaziou MF. Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône. *Éthique Santé*. 1 déc 2015;12(4):244-9.
 13. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römkens R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters: Abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Educ Couns*. mars 2008;70(3):386-94.
 14. Wester W, Wong SLF, Lagro-Janssen ALM. What Do Abused Women Expect from Their Family Physicians? A Qualitative Study Among Women in Shelter Homes. *Women Health*. 20 juin 2007;45(1):105-19.
 15. Deparis N, Rudelle K, Lévêque C, Fréminville H de, Bœuf-Gibot S, Lambert C, et al. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur Médecin Généraliste (AVIC-MG), une étude descriptive. *Santé Publique*. 2024;36(3):49-56.
 16. Picatto C, Amrane L, Deparis N. Ressenti des médecins généralistes lors du dépistage systématique des violences conjugales à l'aide du questionnaire WAST. EXERCER. 1 sept 2021;32(175):292-8.
 17. Chiron N. Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : Evaluation du vécu et de la formation des internes au cours de leur DES de médecine générale à la faculté de médecine d'Angers. [Internet] [Thèse d'exercice]. Angers; 2020 [cité 14 juin 2022]. Disponible sur:
<https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20100915/2020MCEM12140/fichier/12140F.pdf>
 18. Zaher E, Keogh K, Ratnapalan S. Effect of domestic violence training. *Can Fam Physician*. juill 2014;60(7):618-24.
 19. Frey C. Améliorer le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales en médecine générale: Quel serait le contenu de la formation « idéale » ? Étude qualitative reposant sur des focus groups de médecins généralistes installés, de médecins généralistes remplaçants et d'internes en Alsace [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg; 2019 [cité 24 févr 2022]. Disponible sur:
https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2019/2019_FREY_Camille.pdf
 20. Légifrance. Article 21 - 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]. [cité 14 juin 2022]. Disponible sur:

https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000031428830/

21. Compagnon L, Dumoitier N, Taha A, Girier P, Bayen M, Beis JN, et al. Supervision, élaboration et évaluation du RSCA dans les DES de MG. EXERCER. 2018;(143):222-31.
22. DUMG Tours. Guide de rédaction des traces d'apprentissage [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://dumg.univ-tours.fr/le-guide-de-redaction-des-traces-dapprentissage>
23. Gilles De La Londe J, Cadwallader JS, Lustaman M, Lebeau JP. Questionner la question. EXERCER. 1 sept 2020;31(165):324-8.
24. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.
25. Crémière ML. Stress chez les internes en médecine générale : une étude qualitative [Internet] [Thèse d'exercice]. Paris Descartes; 2014. Disponible sur: <https://core.ac.uk/download/pdf/52193317.pdf>
26. Canuet H, Belin I, Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. EXERCER. 2010;21(92):75-81.
27. Salomon M, Baccino E, Rodrigues F. Les violences intrafamiliales : ce qu'il en est dans un cabinet de médecine générale. Rev Médecine Légale. 1 mars 2021;12(1):35-44.
28. Prescrire Rédaction. Violences conjugales. Reconnaître et accompagner les victimes. Rev Prescrire. 2018;38(413):192-200.
29. Babichina K. Etat des lieux des connaissances et perspectives de formation des étudiants en sante sur le thème des violences conjugales en Meurthe et Moselle [Internet]. Université de Lorraine; 2020. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03806034>
30. Bouchet N, Frenillot L, Delahaye M, Gaillard M, Mesthe P, Escourrou E, et al. Gestion des émotions vécues par les étudiants en 3 e cycle de médecine générale de Toulouse au cours de la prise en charge des patients : étude qualitative. EXERCER. 1 avr 2023;34(192):184-90.

ANNEXES

Annexe 1 : Les 7 questions

1. Quelle est ma question initiale ?

Quelles sont les difficultés vécues par les internes en médecine générale à Tours concernant la prise en charge des violences conjugales ?

2. Comment en suis-je venue à me poser cette question ?

J'ai eu des difficultés à prendre en charge ces patientes : peur de mal faire, peur de ne pas détecter le danger immédiat. Je me demandais si je devais signaler ou pas une situation.

3. Si j'étais moi-même interrogée, quelle serait ma réponse ?

Je dirais que mes difficultés sont :

- de ne pas connaître les associations locales d'aide aux victimes,
- de ne pas savoir combien de jours d'ITT je dois mettre,
- de ne pas reconnaître des lésions corporelles,
- de ne pas reconnaître le danger immédiat.

4. Pourquoi suis-je convaincue que cette question est pertinente ?

Cette question est pertinente car c'est une situation que tous les internes ont vécue au moins une fois durant leur cursus et qu'ils vont vivre tout au long de leur carrière de médecin.

5. Quelles réponses est-ce que j'attends des participants ?

J'attends comme réponses des participants :

- avoir des difficultés à définir les violences conjugales , le cycle de la violence
- avoir des difficultés à repérer les victimes
- avoir des difficultés à examiner les victimes
- avoir des difficultés à proposer des aides adaptées aux victimes : associations, justice
- avoir des difficultés à communiquer avec les patientes victimes

6. Quelles réponses est-ce que je n'attends pas des participants ?

Je n'attends pas comme réponse des participants :

- qu'ils n'ont pas de difficulté particulière avec les patientes victimes
- qu'ils sont à l'aise en consultation avec ces patientes

7. Quelle est finalement ma question de recherche ?

Quelles sont les difficultés vécues par les internes en médecine générale à Tours concernant la prise en charge des victimes de violences conjugales ?

Annexe 2 : Grille de lecture COREQ (CONsolidated criteria for REporting Qualitative research)

Traduction française de la liste de contrôle COREQ, réponses rédigées par l'investigatrice.

N° et Item	Guide question/description	Réponses
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Non concerné
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD 3.	Aucun
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine générale
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Aucune
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Parfois
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche	Qu'elle faisait une thèse sur les violences conjugales
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	Interne en médecine générale réalisant une thèse sur les violences conjugales

Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	Analyse thématique de traces d'apprentissage
Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	échantillon de convenance
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	sur Facebook puis via l'application Messenger
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	28
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	aucune
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail	à distance
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	non concerné
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date	11 hommes et 17 femmes 13 internes promotion 2019, 11 de la promotion 2020 et 4 de la promotion 2021

Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	non concerné
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	non concerné
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	non concerné
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	non concerné
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	non concerné
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	suffisance des données lorsqu'aucune nouvelle étiquette n'est apparue lors des derniers entretiens conduits
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	non concerné
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non

26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Word
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction		
29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	Oui
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 3 : Accès aux traces d'apprentissage

Les traces d'apprentissage sont accessibles via ce lien :

https://drive.google.com/drive/folders/1a25eGyvrGcPZe9rEA8VpajBnoZOZPS7C?usp=drive_link

Vu, les Directrices de Thèse



**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

PICARD Apolline

46 pages – 1 tableau – 4 figures – 3 annexes

Résumé :

Introduction En France, 57.2 % des femmes ont été victimes de violences conjugales au cours de leur vie. Ces femmes se confient en premier lieu à un médecin. Le rôle du généraliste est d'aborder la question des violences conjugales en consultation. Or, les internes en médecine générale rapportent avoir rencontré peu de situations de violences conjugales et ne les dépistent pas systématiquement.

L'objectif de cette étude était d'identifier les difficultés vécues par les internes en médecine générale face aux femmes victimes de violences conjugales à partir de leurs traces d'apprentissage.

Méthode Il s'agissait d'une étude qualitative avec analyse thématique de traces d'apprentissage. La population ciblée était les internes en Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Tours.

Résultats 28 traces d'apprentissage ont été analysées. Les récits relataient la rencontre entre un interne novice et une patiente triste et fuyante. La barrière de la langue, le tiers gênant et l'alcoolisation de la patiente étaient des freins à l'établissement d'une relation médecin-patient. Si la patiente consultait pour des violences conjugales, elle venait pour des violences physiques récentes. Les internes se sentaient démunis malgré l'envie d'aider les patientes. Ils étaient mal à l'aise et ressentaient des émotions négatives comme le choc ou la tristesse.

Conclusion Cette étude est en faveur de la réalisation d'une formation sur les violences conjugales pour les internes avec apprentissage de la gestion des émotions. L'apport d'outils stratégiques en début d'internat pourrait permettre à l'interne de ne plus être démuni dans ces situations complexes.

Mots clés : violences conjugales, médecine générale, internes en médecine, traces d'apprentissage

Jury :

Président du Jury : Professeur Pauline SAINT-MARTIN

Directrices de thèse : Docteur Emeline PASDELOUP

Docteur Eléonore COUSIN

Membre du Jury : Professeur Robert COURTOIS

Date de soutenance : 11 septembre 2024