



**HAL**  
open science

# Place du médecin généraliste dans la prise en charge des enfants exposés à la violence conjugale

Agnès Marly

► **To cite this version:**

Agnès Marly. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des enfants exposés à la violence conjugale. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01457026

**HAL Id: dumas-01457026**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01457026>**

Submitted on 6 Feb 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE ROUEN  
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 2015-2016

N°

**THESE POUR LE DOCTORAT EN  
MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

**PAR**

**Agnès MARLY**

Née le 16/10/1989 à Agen (47)

Présentée et soutenue publiquement le 19/10/2016

**Place du médecin généraliste dans la prise  
en charge des enfants exposés à la violence  
conjugale**

Président du jury : Pr Benoît Veber

Directeur de thèse : Dr Arnaud Depil-Duval

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016**  
**U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN**

-----

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**  
**Professeur Benoit VEBER**  
**Professeur Pascal JOLY**  
**Professeur Stéphane MARRET**

<b>I - MEDECINE</b>
---------------------

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno <b>BACHY</b> ( <i>surnombre jusqu'au 01/11/2015</i> )	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul <b>BESSOU</b>	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise <b>BEURET-BLANQUART</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy <b>BONMARCHAND</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Pierre <b>CZERNICHOW</b>	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mme Danièle <b>DEHESDIN</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>	CB	Cancérologie

Mr Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean <b>DOUCET</b>	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CB	Radiothérapie
Mr Philippe <b>DUCROTTE</b>	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
Mr Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
Mr Pierre <b>FREGER</b>	HCN	Anatomie – Neurochirurgie
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel <b>GODIN</b> ( <i>surnombre</i> )	HB	Néphrologie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Philippe <b>GRISE</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Urologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
Mr Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier <b>HANNEQUIN</b>	HCN	Neurologie
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HB	Rhumatologie
Mr Eric <b>LEREBOURS</b>	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie – Obstétrique

Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Jean-François <b>MUIR</b>	HB	Pneumologie
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe <b>MUSETTE</b>	HCN	Dermatologie – Vénérologie
Mr Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard <b>PROUST</b>	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	HCN	Pharmacologie
Mr Horace <b>ROMAN</b>	HCN	Gynécologie – Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Réanimation Médicale
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Christian <b>THUILLEZ</b>	HB	Pharmacologie
Mr Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre <b>VANNIER</b>	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	CB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB	Rhumatologie
Mr Jacques <b>WEBER</b>	HCN	Physiologie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jérémie <b>BELLIEN</b>	HCN	Pharmacologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Physiologie
Mme Sophie <b>CLAEYSSENS</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
Mr Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas <b>MOUREZ</b>	HCN	Virologie
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Christine <b>RONDANINO</b>	HCN	Physiologie de la Reproduction
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie

## PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique <b>LANIEZ</b>	UFR	Anglais
Mr Thierry <b>WABLE</b>	UFR	Communication

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS

Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques <b>BONNET</b>	Pharmacologie
Mr Roland <b>CAPRON</b> (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b> (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mme Isabelle <b>LEROUX - NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique <b>BOUCHER</b>	Pharmacologie
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mr Eric <b>DITTMAR</b>	Biophysique
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mr Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie organique
Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla <b>GHARBI</b>	Chimie analytique
Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique

Mr Hervé <b>HUE</b>	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia <b>LE GOFF</b>	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Sabine <b>MENAGER</b>	Chimie organique
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mr Jean-François <b>HOUIVET</b>	Pharmacie officinale

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde <b>GUERIN</b>	Anglais
----------------------------	---------

### **ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**

Mr Jérémie <b>MARTINET</b>	Immunologie
----------------------------	-------------

### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

Mr Souleymane <b>ABDOUL-AZIZ</b>	Biochimie
Mr François <b>HALLOUARD</b>	Galénique
Mme Caroline <b>LAUGEL</b>	Chimie organique
Mr Romy <b>RAZAKANDRAINIBE</b>	Parasitologie
Mme Maïté <b>NIEPCERON</b>	Microbiologie



## LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie générale et minérale
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
Mr Roland <b>CAPRON</b>	Biophysique
Mr Jean <b>CHASTANG</b>	Mathématiques
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mr Jean-Jacques <b>BONNET</b>	Pharmacodynamie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie organique
Mme Isabelle <b>LEROUX-NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### **III - MEDECINE GENERALE**

#### **PROFESSEUR DES UNIVERSITE – MEDECIN GENERALISTE**

Mr Jean-Loup **HERMIL**                                      UFR      Médecine générale

#### **PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS**

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**                                      UFR      Médecine Générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**                                      UFR      Médecine générale

#### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS**

Mr Pascal **BOULET**    UFR      Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**                                      UFR      Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN**    UFR      Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**    UFR      Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX**                                      UFR      Médecine générale

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### PROFESSEURS

Mr Serguei <b>FETISSOV</b> ( <i>med</i> )	Physiologie (ADEN)
Mr Paul <b>MULDER</b> ( <i>phar</i> )	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN</b> ( <i>med</i> )	Génie Informatique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil <b>ADRIOUCH</b> ( <i>med</i> )	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> ( <i>med</i> )	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine <b>CLEREN</b> ( <i>med</i> )	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b> ( <i>phar</i> )	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas <b>GUEROUT</b> ( <i>phar</i> )	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b> ( <i>med</i> )	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric <b>PASQUET</b>	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> ( <i>phar</i> )	Biochimie (UMR 1079)

### **CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

## Remerciements

Au **Professeur Benoît Veber**, de me faire l'honneur de présider ce jury. Depuis mon premier stage d'externe en Réanimation Chirurgicale à mon inscription au DESC d'Urgence, vous faites partie des médecins qui ont influencé mon parcours professionnel.

Aux **Professeurs Priscille Gérardin et Luc-Marie Joly**, d'avoir accepté de siéger dans ce jury et de juger mon travail.

Au **Docteur Arnaud Depil-Duval**, d'avoir accepté de diriger ce travail bien que le sujet abordé ne soit pas ton domaine de prédilection ! Merci d'avoir su me guider et me rassurer quand il le fallait. Et surtout merci d'avoir suscité et fait grandir mon envie d'être urgentiste.

A mes parents, fidèles soutiens depuis 9 ans, qui ont mis à ma disposition tous leurs talents : cuisinière, chauffeur, logisticien, psychologue, soutien téléphonique disponible quel que soit le fuseau horaire, relecteur, correcteur orthographique... Merci d'être des parents aimants et fiers.

A mon frère, Paul, pour nos échanges parfois contradictoires sur tant de sujets, politiques, économiques, gastronomiques, musicaux... Grâce à toi j'ai appris à argumenter et à défendre mes opinions.

A Benoît, pour qui partager ma vie ces 6 derniers mois ressemble plus au parcours du combattant qu'à un long fleuve tranquille ! Tes idées, ton écoute, tes conseils, ta présence sans faille sont autant d'aides précieuses dont je te remercie du fond du cœur.

A Sonia, de m'avoir aidé à trouver un sujet, à Valérie, Tiphaine, Chantal et surtout Arnaud d'avoir lu et relu ce travail afin d'en livrer la meilleure version possible.

Au Docteur Becquart, qui m'a soignée quand j'avais cinq ans, et dont je me souviens comme si c'était hier. C'est dans son cabinet à Dunkerque qu'est née ma vocation. Merci aux médecins que j'ai rencontrés tout au long de mes études, vous avez façonné ma vision de la médecine.

Aux généralistes qui ont pris le temps de répondre à ce questionnaire ; sans vous ce travail n'existerait pas.

A mes amis, Marine, Thomas V et Thomas P, Dana, et tous ceux avec lesquels j'ai partagé les moments intenses de cet internat.

Merci au personnel des services des Urgences et du SAMU 27, votre accueil et votre dynamisme ont beaucoup compté dans mon orientation professionnelle.

« Une nation ne doit pas être jugée selon la manière dont elle traite ses citoyens les plus éminents, mais ses citoyens les plus faibles. »

Nelson Rolihlahla Mandela

## SOMMAIRE

TABLE DES ILLUSTRATIONS .....	17
INTRODUCTION .....	18
1. Définitions .....	19
a) La maltraitance .....	19
b) Combien d'enfants en France sont en danger ? .....	21
c) La violence conjugale .....	21
d) Les enfants exposés à la violence conjugale.....	23
2. L'exposition à la violence conjugale : quelles conséquences pour l'enfant ?..	25
a) Conséquences sur la parentalité .....	25
b) Conséquences à court terme .....	27
c) Conséquences à long terme .....	31
d) Co-occurrence violence conjugale/maltraitance infantile .....	31
3. Les réseaux de prise en charge.....	32
a) Les organismes de repérage .....	32
b) Les prises en charge existantes .....	34
c) Quels sont les bénéfices d'une prise en charge spécifique pour les enfants exposés ? .....	37
4. La place du médecin généraliste dans la prise en charge des enfants exposés à la violence conjugale .....	38
a) Le médecin généraliste face à la violence conjugale .....	38
b) Le médecin généraliste face à la maltraitance infantile .....	39
c) Obligations légales et secret médical .....	40
d) Quelles sont les missions du généraliste dans cette prise en charge ?.....	41
e) Objectif de l'étude .....	42
MATERIEL ET METHODE .....	43
1. La population étudiée .....	43

2.	Le profil de maltraitance retenue .....	43
3.	Le questionnaire .....	44
4.	Le recueil des données.....	44
5.	Analyse statistique.....	45
	RESULTATS .....	46
1.	Profil des médecins généralistes .....	46
a)	Caractéristiques de la population.....	46
b)	Analyse de l'activité pédiatrique.....	47
2.	Formation et connaissances des généralistes .....	48
a)	A la prise en charge de la violence conjugale.....	48
b)	A la prise en charge des enfants exposés .....	49
c)	Au sujet de la CRIP .....	49
3.	Opinions et pratiques des généralistes .....	51
a)	Ce qu'ils pensent de l'exposition à la violence conjugale .....	51
b)	Leur pratique.....	53
c)	Les pistes pour améliorer la prise en charge .....	57
	DISCUSSION .....	58
1.	Analyse de la formation des médecins généralistes .....	58
a)	La prise en charge de la maltraitance .....	58
b)	La prise en charge globale de la violence conjugale .....	59
2.	Autres facteurs influençant la prise en charge .....	60
a)	Le sexe du médecin.....	60
b)	La durée d'exercice des généralistes .....	61
c)	La proportion de pédiatrie dans leur activité .....	61
3.	Les pistes d'amélioration .....	62
a)	Formation à la protection de l'enfance .....	62
b)	Amélioration de la communication de la CRIP.....	62



c)	Sensibilisation du grand public .....	63
d)	Quelques exemples .....	64
4.	Le rôle de médecin de famille : place de choix ou frein à la prise en charge des enfants exposés à la violence conjugale ? .....	66
a)	Connaissance des différents membres de la famille.....	66
b)	Suivi pédiatrique .....	66
c)	Représentations propres au médecin .....	67
5.	Limites de l'étude .....	67
a)	Biais.....	67
b)	Faiblesses de l'étude .....	69
	CONCLUSION.....	71
	BIBLIOGRAPHIE.....	72
	ANNEXES .....	76
1.	Articles de loi .....	76
2.	Questionnaire Survey Monkey.....	78
3.	Démographie des médecins généralistes de l'Eure et de la Seine-Maritime ..	87
4.	Modèle pour la rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement	88
5.	Page d'accueil du site « Honor our voices » .....	90
	RESUME .....	92

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Tableau de Suderman et Jaffe, 1999 .....	30
Figure 2: Circuit du signalement en France .....	33
Figure 3 : Connaissance de la CRIP en fonction du sexe.....	50
Figure 4 : Connaissance des missions de la CRIP .....	50
Figure 5 : Symptômes liés à une exposition à la violence conjugale selon les médecins interrogés .....	51
Figure 6 : Importance du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des enfants exposés .....	52
Figure 7 : Transmission d'une information préoccupante pour un enfant exposé à la violence conjugale .....	53
Figure 8 : Recherche de la présence d'enfants au domicile devant une femme victime de violence conjugale .....	54
Figure 9 : Recherche d'enfant au domicile en fonction du sexe du médecin .....	54
Figure 10 : Comment améliorer la prise en charge selon les médecins interrogés ..	57
Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée .....	47
Tableau 2 : Part de pédiatrie selon le nombre d'année d'exercice .....	48
Tableau 3 : Part de pédiatrie selon le sexe du praticien .....	48
Tableau 4 : Adaptation de la formation à la pratique du généraliste.....	49
Tableau 5: Rôle du médecin généraliste selon la part d'activité pédiatrique .....	52
Tableau 6 : Les médecins ayant déjà pris en charge un enfant exposé recherchent-ils plus leur présence au domicile ? .....	55
Tableau 7 : Personnes contactées par les généralistes prenant en charge un enfant exposé.....	56

# INTRODUCTION

La maltraitance est un fléau qui touche un très grand nombre d'enfants chaque année. Dans plus de 80% des cas [1], elle est intrafamiliale, et reste difficile à dépister et à prendre en charge. De plus, la notion même de maltraitance reste sujette à interprétation selon le contexte socioculturel de l'enfant et celui de l'intervenant. Cette maltraitance peut prendre diverses formes, touche tous les âges et toutes les catégories socio-économiques.

En France, la protection de l'enfance est confiée aux conseils départementaux qui au travers de plusieurs services spécialisés doivent apporter une réponse globale à des situations très diverses.

En effet la prise en charge des enfants maltraités ou en risque nécessite l'intervention de divers professionnels, tant médicaux et paramédicaux que judiciaires et sociaux, afin de mettre en œuvre des actions coordonnées. Pour que ces actions soient menées, il faut que l'institution publique ait connaissance de ces situations.

Ainsi en 2006, il y a eu 98000 signalements d'enfants en danger. Parmi ces signalements, 5% émanent du corps médical [2].

La maltraitance sous toutes ses formes semble donc un phénomène sous-estimé par la population médicale et par ceux qui voient le plus les enfants : les généralistes.

La maltraitance peut être physique ou psychologique. Si la violence physique envers un enfant peut être mesurée et quantifiée, la violence psychologique reste plus difficilement évaluable.

Parmi les différentes formes de violence psychologique et morale, l'une d'elle est l'exposition des enfants à la violence conjugale. La question des conséquences de cette exposition pour les enfants constitue depuis une dizaine d'années une préoccupation émergente et récurrente aux niveaux européen et international.

L'UNICEF, dans une étude publiée le 1er août 2006, met ainsi en exergue les risques encourus par les enfants exposés et estime à 275 millions le nombre d'enfants concernés dans le monde [3]. Selon un rapport publié en 2012 par L'ONED (Observatoire National de l'Enfance en Danger) [4], on estime que 4 millions d'enfants seraient concernés en France.

Les médecins généralistes sont, par leur rôle de médecin de famille, amenés à connaître l'existence de cette violence au sein des familles, et à suivre régulièrement des femmes victimes et leurs enfants.

Sont-ils formés à cette prise en charge globale ? Et quelle place accordent-ils aux enfants ?

Ce travail a pour but de faire l'état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes à propos de la prise en charge des enfants exposés à la violence conjugale, qui, nous le verrons, est un enjeu de santé publique au même titre que la prise en charge de leurs mères.

## 1. Définitions

### a) La maltraitance

La maltraitance est définie dans le code civil par « le non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants. » Cette définition très large est complétée par d'autres :

En 1989, les Nations Unies définissent la maltraitance des enfants comme étant « toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalité physiques et mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle. »

Pour l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la maltraitance sur mineurs est définie ainsi : « toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. »

Cette définition marque une évolution par rapport à celle de 1989, en englobant le risque de préjudice, ce qui permet d'appréhender les situations à risque pour l'enfant de manière préventive et non plus seulement répressive.

En 1993, l'ODAS (Observatoire Décentralisé de l'Action Sociale) distingue deux catégories :

- « L'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. »
- « L'enfant en risque est celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation, ou son entretien, mais qui n'est pour autant pas maltraité. » On parle alors plus généralement de négligence.

Enfin la loi du 5 mars 2007 élargit la définition de la maltraitance infantile avec la notion d'**enfant en danger**: « l'enfant est en danger lorsque la santé, la sécurité ou la moralité du mineur sont en danger ou risquent de l'être, ou lorsque les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises. »

Ainsi on considère que les enfants en danger regroupent les enfants maltraités et les enfants en risque, et sont une population visée par la protection de l'enfance.

## b) Combien d'enfants en France sont en danger ?

On ne dispose pas en France de chiffres véritablement fiables. Les chiffres officiels les plus récents ne se recoupent pas entre eux et semblent sous-estimés. Ainsi pour les enfants maltraités les taux calculés varient de 0,3 à 2 % [5]. Ce sont des chiffres peu réalistes si on les compare au taux moyen rapporté par une revue de la littérature publiée par Gilbert et al. en 2009 dans *The Lancet* [6] qui estime le taux d'enfants maltraités à 10% dans la population générale des pays à « haut niveau de revenus ».

Cette méconnaissance du nombre d'enfants maltraités et a fortiori d'enfants en danger est à la source de deux problèmes dans la prise en charge de ces enfants :

- Plus la maltraitance est marginale dans l'esprit des professionnels de l'enfance moins elle est diagnostiquée.
- Les moyens alloués à la protection de l'enfance ne sont pas adaptés pour prendre en charge tous les enfants effectivement en danger.

## c) La violence conjugale

### ➤ Une violence aux multiples facettes

La violence conjugale est, au sein d'un couple, la violence exercée par l'un des conjoints sur l'autre. Elle peut prendre les formes suivantes :

- Violences physiques : coups, mutilations, strangulations, meurtres...
- Violences sexuelles : viols, agressions sexuelles, proxénétisme.
- Violences verbales et psychiques : chantage, insultes, humiliation, dévalorisation, menaces, pressions, jalousie excessive...
- Privations et contraintes : vol, destruction de propriété, enfermement, privation d'autonomie (confiscation de revenu, de véhicule), volonté d'aliénation (aliénation économique, administrative).

La violence conjugale est particulière par sa dynamique, ainsi que le rappelle la typologie de Johnson [7], qui fait l'objet d'un large consensus, et pour lequel il existe au moins deux grandes catégories de violence conjugale : la « violence situationnelle » et le « terrorisme intime » :

- La violence situationnelle est liée à un contexte. Elle est souvent de courte durée. On peut la rapprocher des conflits conjugaux.
- Le terrorisme intime ou terrorisme de coercition se distingue par sa gravité, mais surtout par sa dynamique et sa finalité. Généralement l'aboutissement d'une escalade, la violence terroriste est utilisée comme un instrument systématique de contrôle et de domination visant l'assujettissement d'un des conjoints aux volontés de l'autre.

Nous parlerons donc de **violence conjugale** pour rendre compte des situations où les faits de violence (agressions physiques, sexuelles, verbales, psychologiques, économiques) sont récurrents et cumulatifs, s'aggravent, s'accélèrent et sont inscrits dans un rapport de force asymétrique et figé.

Nous parlerons de **conflit conjugal** dans les situations où deux points de vue s'opposent et où il y a réciprocité des interactions, pouvant aller dans les cas les plus extrêmes jusqu'au recours à des actes de violence physique.

Les conflits conjugaux peuvent être destructeurs pour l'enfant, cependant distinguer ces deux entités est essentiel car elles n'induisent pas le même type de réponse.

### ➤ Le sex-ratio dans la violence conjugale

Sans nier l'existence d'une violence conjugale subie par les hommes, qui est certainement sous-estimée car encore moins déclarée que la violence subie par les femmes, la majorité des victimes de violence au sein du couple sont des femmes, et les hommes commettent la grande majorité de ces faits de violences [8].

Bien que ce schéma homme agresseur-femme victime ne recouvre pas toutes les situations de violence au sein du couple, c'est ce modèle qui a été le plus étudié, notamment au sujet des conséquences pour les enfants.

La violence conjugale est donc le fruit d'un dysfonctionnement profond au sein du couple. On peut donc se poser la question suivante : un couple présentant de tels dysfonctionnements peut-il être un couple parental protecteur ?

### ➤ Prévalence de la violence conjugale

Comme le nombre d'enfants en danger, le nombre de victimes de violence conjugale semble largement sous-estimé. En effet même les victimes des formes de violence conjugale les plus graves (violences physiques et sexuelles) n'ont été que 14% à porter plainte en 2014 [9].

Selon les études déclaratives menées en population générale en France, les femmes entre 18 et 75 ans seraient 223 000 à avoir subi des violences conjugales dans leur vie, soit une femme vivant en couple sur 100 [8].

Quant aux victimes de violences psychologiques ou financières, leur nombre reste très difficile à évaluer, d'autant plus que les différents types de violence sont souvent liés.

## d) Les enfants exposés à la violence conjugale

### ➤ Terminologie

Les enfants vivants au sein d'un foyer aux prises avec la violence conjugale sont souvent qualifiés de témoins ou de victimes.



Cependant, le terme de **témoin** sous-entend que l'enfant est témoin oculaire, ce qui peut être le cas, mais ce n'est pas systématique. En effet il peut entendre les cris, les injures, voir les traces de coups sur sa mère, être angoissé à l'idée de la prochaine crise de violence, faire des cauchemars suite à ces épisodes... Le terme de témoin est donc trop restrictif.

Le terme de **victime**, fréquemment employé, renvoie à la notion de préjudice, qui est parfois difficilement quantifiable et surtout très variable d'une situation familiale à l'autre.

Le terme d'enfant **exposé**, retenu par l'ONED (Observatoire National de l'Enfance en Danger), signifie que l'enfant n'est pas protégé, qu'il est "en danger". Cela rejoint la définition de la loi du 5 mars 2007. C'est le terme que j'ai retenu pour ce travail.

### ➤ Combien d'enfants concernés ?

Cette définition englobe donc l'ensemble des enfants dont la mère est ou a été victime de violence conjugale. Nous avons vu précédemment que le nombre exact de ces femmes est difficilement évaluable, et il en est de même pour leurs enfants.

Ainsi, selon le rapport annuel publié en novembre 2015 par l'observatoire national des violences faites aux femmes [8], il y avait en 2014 143 000 enfants vivant dans un foyer où une femme a déclaré être victime de violences physiques et/ou sexuelles de la part de son conjoint ou ex-conjoint. 42 % de ces enfants ont moins de 6 ans.

Si on considère les 38972 femmes ayant appelé au moins une fois le 3919<sup>1</sup> en 2014 [8], 83% d'entre elles ont des enfants.

Un tiers d'entre elles a évoqué la situation de leurs enfants, et elles reconnaissent dans 93% des cas que leurs enfants ont été témoins des violences. Parmi elles, 94% ont détecté chez eux des symptômes de peur, d'anxiété, d'angoisse et de stress.

---

<sup>1</sup>3919 - Violences Femmes Info : numéro d'écoute et d'information à destination des femmes victimes de violence

Maintenant que nous avons défini la population des enfants exposés à la violence conjugale comme une population d'enfants en danger, nous allons étudier les conséquences de cette situation sur les enfants et leur santé.

## 2. L'exposition à la violence conjugale : quelles conséquences pour l'enfant ?

Le modèle le plus couramment étudié étant celui de la violence masculine, c'est ce dernier que je vais détailler.

### a) Conséquences sur la parentalité

#### ➤ Le père

Le profil psychologique de l'homme auteur de violence conjugale a fait l'objet de nombreuses études, qui s'accordent sur l'association fréquente des comportements violents à la prise de toxiques (alcool, drogues) et à la présence de troubles de la personnalité. Quand on s'intéresse à leur propre enfance, on relève qu'ils ont été plus souvent maltraités ou exposés à la violence conjugale [10].

La parentalité de ces derniers a été beaucoup moins étudiée. Ils semblent être des pères peu impliqués dans l'éducation de leurs enfants, peu empathiques, enclins à utiliser la violence physique ou verbale comme méthode éducative [11]. Enfin, une majorité des femmes victimes de violence rapportent que leur conjoint implique l'enfant dans les conflits et parfois justifie les violences envers la mère par le comportement des enfants [12].

Malgré ces constats, les pères sont souvent mis de côté dans les réseaux de protection de l'enfance, les investigations se portant plus sur les compétences maternelles. Ainsi, dans une étude menée en 2009 dans le département du Finistère, on relève que dans la prise en charge d'enfants exposés à la violence conjugale, les pères ne sont contactés par les professionnels de la protection de l'enfance que dans 1 cas sur 3 [13].

La mise à l'écart des pères violents est souvent nécessaire pour la protection des enfants et de leur mère. Cependant elle est un traumatisme supplémentaire pour les enfants et une charge supplémentaire sur les épaules de la femme victime de violence conjugale, qui présente elle aussi des difficultés dans l'exercice de la maternité.

#### ➤ La mère

La femme victime de violence conjugale peut être atteinte dans sa santé physique et mentale. Ainsi, il existe une nette corrélation entre le fait d'avoir subi des violences conjugales et l'installation d'un état dépressif ou anxieux, la consommation régulière de psychotropes et le taux de tentative de suicide. La violence subie peut donc avoir des répercussions importantes sur la parentalité [14].

La mère peut être moins disponible à ses enfants, toute son énergie étant mobilisée à éviter le prochain épisode de violence, dont elle peut se sentir responsable. De plus, l'agresseur exerce également sa violence sur la dimension maternelle de sa victime : il la disqualifie en tant que mère et la rend responsable du comportement des enfants. Si les enfants assistent à ces scènes, l'autorité de la mère est mise en difficulté.

Selon l'état de santé mental de la mère, on retrouve deux schémas éducatifs distincts [12] :

- Si la mère réussit à maintenir un bon état de santé mental, elle est en capacité de protéger ses enfants et de développer des stratégies compensatrices de la violence du foyer.
- A l'inverse lorsque sa santé mentale se dégrade, le risque de négligence ou de maltraitance physique de la part de la mère augmente.

Des études ont en outre montré que lorsque la mère cesse d'être victime de son agresseur, la violence envers les enfants régresse et disparaît [15].

## b) Conséquences à court terme

On a longtemps considéré que les enfants exposés à la violence conjugale n'avaient pas de problème particulier et qu'ils ne nécessitaient pas de protection spécifique. Depuis une vingtaine d'années, des études notamment canadiennes ont démontré les conséquences psychologiques et comportementales de la violence, ainsi que leurs répercussions sur le plan social et scolaire. Une étude datée de 2009, menée sur 209 enfants de 6 à 12 ans [16], a montré que 35% des enfants présentaient des symptômes au moment de l'étude et que 45% des enfants inclus étaient à risque d'en développer. Ces enfants-là avaient déjà moins de compétences sociales que les enfants non exposés du même âge, et possédaient une faible estime d'eux-mêmes.

### ➤ Comportement agressif et indiscipline

Les enfants exposés sont plus souvent agressifs envers les autres enfants, les enseignants... A l'adolescence, la délinquance est plus fréquente dans cette population. A noter que les garçons exposés à la violence conjugale présentent plus souvent que les filles ce type de trouble [17].

### ➤ Intériorisation et repli sur soi

L'anxiété, la dépression, la faible estime de soi sont autant de comportements fréquents chez les enfants exposés. Parfois, ces problèmes affectifs donnent lieu à une somatisation (douleurs sans substrat physiologique, cortège de symptômes variés évoqués par l'enfant). Chez les filles exposées à la violence sur leur mère, on note des comportements de compensation visant à soulager la mère par un comportement parfait, un investissement scolaire important, ou l'adoption d'un rôle protecteur de l'enfant envers sa mère.

### ➤ Développement social et scolaire

Les difficultés de concentration sont fréquentes chez les enfants exposés à la violence, et peuvent entraîner une baisse des résultats scolaires. A l'extrême, on peut voir apparaître une phobie scolaire, l'enfant craignant en quittant le domicile familial de ne plus pouvoir protéger sa mère.

Du fait de leur comportement parfois violent, les enfants exposés peuvent être rejetés par les autres enfants, notamment à l'école.

### ➤ Trouble post-stress traumatique

L'exposition à la violence conjugale constitue pour l'enfant un événement traumatique selon les critères du DSM-V puisqu'il est confronté à une menace pour l'intégrité physique de sa mère [18]. Il peut alors développer des symptômes correspondant à un trouble post-stress traumatique (TPST), anciennement appelé état de stress post-traumatique, caractérisé par :

- La présence de symptômes intrusifs : flash-backs, cauchemars, jeux répétitifs sur le thème du traumatisme, hyperréactivité aux stimuli lui rappelant l'événement.

- Mise en place de stratégies d'évitement de tout ce qui peut rappeler l'événement traumatique.
- Altérations négatives des cognitions et de l'humeur : amnésie de certains aspects de l'événement, croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, des autres, diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités importantes (jeux, école), incapacité persistante à ressentir des émotions positives.
- Altérations marquées dans l'activation et la réactivité : comportement irritable et crises de colère, comportement imprudent ou autodestructeur, hypervigilance, problèmes de concentration, troubles du sommeil.
- Les symptômes durent plus d'un mois et entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, familiaux ou scolaires.

Le fait que la violence se répète augmente le risque de survenue d'un TPST et risque de l'aggraver [19].

Une attention accrue à ces symptômes chez l'enfant est donc indispensable, en particulier si la mère présente un TPST. Dans ce cas le risque de TPST chez l'enfant serait de 50% [20].

Chez l'enfant, le TPST peut être confondu avec un trouble déficitaire de l'attention (THADA). En effet certains symptômes comme les difficultés à se concentrer, le manque de participation aux activités du groupe ou les trous de mémoire sont communs aux deux syndromes.

### ➤ Conséquences en fonction de l'âge de l'enfant

Les conséquences de l'exposition à la violence conjugale pour la santé et le développement des enfants sont différentes selon l'âge de l'enfant, la durée d'exposition... Les symptômes relevés par Suderman et Jaffe en 1999 [21] et exposés dans le tableau ci-dessous [Figure 1] ne sont pas spécifiques de la violence

conjugale, mais doivent permettre aux professionnels de l'enfance d'évoquer ce diagnostic. Bien sûr l'absence de signe d'alerte chez l'enfant ne signifie pas qu'il n'est pas exposé à la violence conjugale.

Il est intéressant de noter que toutes les classes d'âge sont concernées et notamment les nourrissons, pour lesquels le risque de décès est fortement lié à la violence conjugale. A cause de leur totale dépendance et de la fragilité de leur mère, ils sont plus exposés à la négligence voire aux infanticides. Ces infanticides sont souvent non diagnostiqués et classés comme mort inattendue du nourrisson [2].

**Figure 1 : Tableau de Suderman et Jaffe, 1999**

Effets sur le développement de l'exposition à la violence conjugale par tranche d'âge	Santé physique et mentale	Développement global : physique, cognitif, identité	Fonctionnement et habiletés sociales
Avant la naissance	Risque de décès néonatal Accouchement prématuré		
0-2 ans	Perturbation alimentation et sommeil Crises, pleurs excessifs	Retard staturo-pondéral Inattention	
2-4 ans	Plaintes somatiques Enurésie/encoprésie Cauchemars Anxiété Syndrome de Stress Post-traumatique	Déficiences des habiletés verbales et intellectuelles	Dépendance exagérée à la mère Agressivité Cruauté envers les animaux Destruction de biens
5-12 ans	Plaintes somatiques Anxiété Dépression Syndrome de Stress Post-traumatique	Faible estime de soi Confusion et ambivalence Crainte d'être victime de violence ou abandonné Sentiment d'être responsable de la violence et de devoir intervenir Mauvais résultats scolaires Difficultés de concentration Convictions stéréotypées sur les sexes	Crainte d'amener des amis à la maison Agressivité Repli sur soi Destruction de biens Comportement de séduction, manipulation ou d'opposition Manque de respect à l'égard des femmes
12-18 ans	Plaintes somatiques Dépression Suicide Syndrome de Stress Post-traumatique	Faible estime de soi Baisse des résultats scolaires Ecole buissonnière Décrochage scolaire Sentiment d'être responsable de la violence Convictions stéréotypées sur les sexes	Brutalité Violences à l'égard des personnes fréquentées Abus drogues, alcool Fugues Prostitution Grossesses précoces Délinquance Manque de respect à l'égard des femmes

### c) Conséquences à long terme

De nombreuses études ont montré les effets négatifs à long terme de l'exposition à la violence. Les difficultés d'adaptation sociale et un état dépressif à l'âge adulte sont les conséquences les plus fréquentes. Ces associations persistent, même après prise en compte des facteurs confondants que sont la maltraitance physique et la négligence subies dans l'enfance.

Par ailleurs, le risque de reproduction sociale est démontré depuis longtemps [10] : la violence étant le mode de communication de leur enfance, les enfants exposés à la violence conjugale sont plus à risque d'être des parents maltraitants ou des conjoints violents pour les hommes et des victimes pour les femmes... Ainsi, une étude prospective menée sur 20 ans a démontré que l'exposition des garçons à la violence conjugale dans l'enfance multipliait par 3 le risque d'être auteur de violence conjugale, indépendamment de l'exposition à d'autre forme de violence ou de mauvais traitement [22].

Cette transmission intergénérationnelle de la violence est la première conséquence sur les enfants à laquelle les pouvoirs publics français se sont intéressés au travers de campagnes de sensibilisation à destination du grand public [23].

### d) Co-occurrence violence conjugale/maltraitance infantile

La violence conjugale est un facteur de risque élevé de maltraitance infantile. Aux Etats-Unis il a été démontré que 40% des enfants exposés à la violence conjugale étaient aussi maltraités physiquement [24]. Les chiffres d'une étude canadienne plus récente parue en 2008 [25] sont comparables.



En France, Le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED) a mené une étude en 2003, qui a démontré le lien entre violence conjugale et maltraitance infantile. En effet, 80% des enfants victimes de mauvais traitements étaient témoins de violences conjugales [26].

Il semble donc primordial de se poser la question de la maltraitance infantile dans un cas de violence conjugale mais également de rechercher la violence conjugale devant des signes de maltraitance infantile.

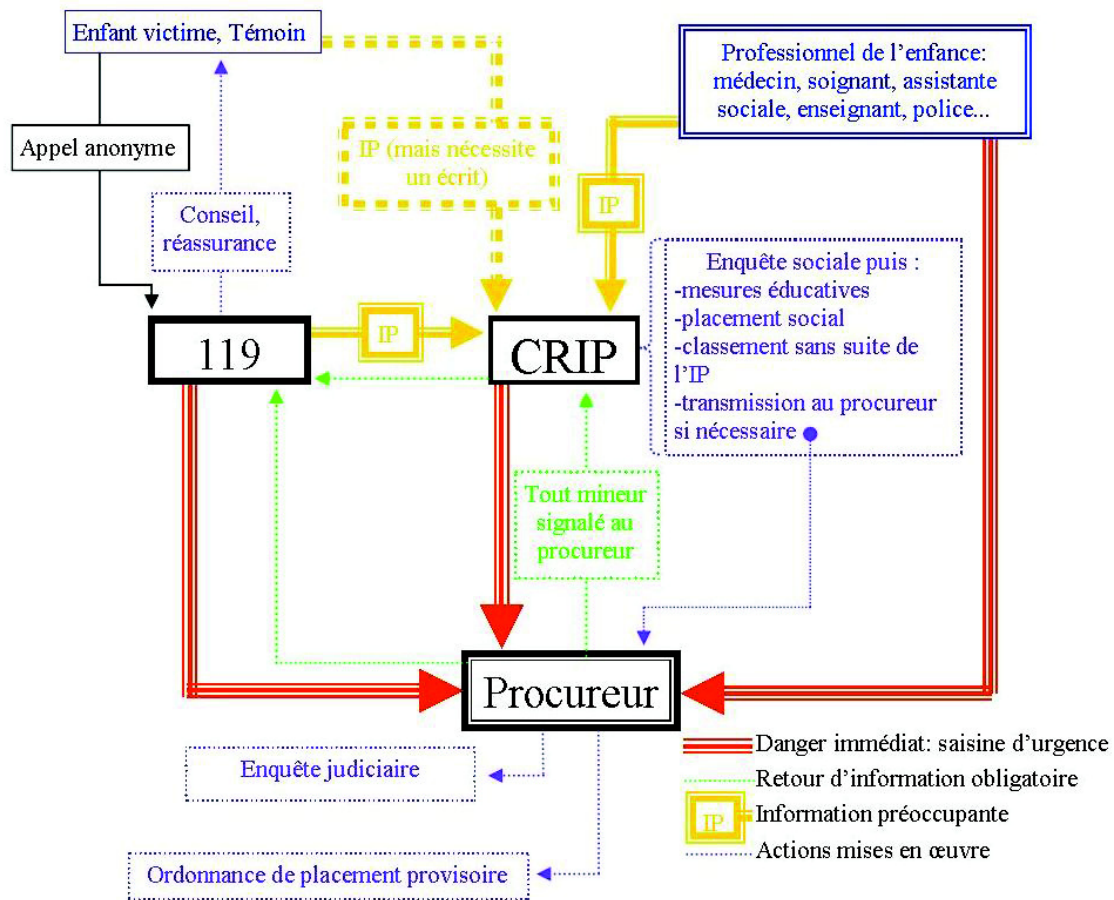
### 3. Les réseaux de prise en charge

Nous avons à présent établi que l'exposition à la violence conjugale est au moins une mise en danger pour l'enfant, si ce n'est une véritable maltraitance. Quels sont les réseaux et moyens mis en place pour la prendre en charge ?

#### a) Les organismes de repérage

Depuis la réforme de la protection de l'enfance en 2007, les démarches à faire pour signaler un mineur victime ont changé et se sont structurées autour de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) [27].

**Figure 2: Circuit du signalement en France**



➤ **Le 119**

Le 119 est un numéro gratuit géré par le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED), joignable 7 jours/7 et 24h/24 qui existe depuis 1990. Il permet à l'appelant, enfant ou adulte, d'être mis en relation avec un professionnel de l'enfance et de rapporter une situation préoccupante. Il n'est pas réservé aux enfants exposés à la violence conjugale.

Le SNATED décroche plus de 1000 appels par jour. Chaque appel traité fait l'objet d'un rapport écrit. Quand l'écouter juge que l'enfant concerné par l'appel est effectivement en danger, il envoie son rapport à la CRIP du département concerné.

Il peut également saisir les services de police et le procureur immédiatement si une situation d'urgence est présentée [28].

En 2014, le SNATED a envoyé 13 985 informations préoccupantes à la CRIP et effectué 173 saisines d'urgence [29].

### ➤ La Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)

La CRIP est une entité placée sous la responsabilité du conseil départemental, et financée par ce dernier. Elle est obligatoire dans chaque département depuis 2007 [30]. Dans l'Eure elle existe depuis 2005 [31].

C'est une équipe pluridisciplinaire composée d'assistants sociaux, d'éducateurs spécialisés, de médecins, de psychologues... Sa composition n'est pas fixe. Elle a pour objectif d'évaluer la situation qui lui est rapportée et qui implique un mineur en danger, et de mettre en œuvre les mesures nécessaires à sa protection.

La CRIP est joignable par téléphone mais la transmission d'une information préoccupante nécessite un document écrit (par mail ou courrier).

### b) Les prises en charge existantes

Au-delà de la prise en charge psychologique, sociale et judiciaire à destination de la mère victime, la prise en charge des enfants ne doit pas être oubliée.

Cette prise en charge n'est pas stéréotypée et diffère selon les endroits et les moyens alloués à cette prise en charge. Il est difficile d'être exhaustif car en France les prises en charge sont souvent le fait d'initiatives locales, contrairement aux pays nord-américains, qui ont développé des programmes nationaux.

## ➤ Les principes de la prise en charge

Les différentes prises en charge des enfants exposés à la violence conjugale reposent sur une psychothérapie de soutien pour l'enfant mais également une psychothérapie familiale.

Ainsi, certains programmes de prise en charge proposent aux enfants selon leur âge des groupes de parole, des ateliers où, à travers le jeu, ils peuvent raconter leur expérience et ce qu'ils ressentent. Ces groupes permettent d'évaluer l'enfant et de poser si besoin l'indication à une prise en charge individuelle. Cette attention particulière aux enfants n'est malheureusement pas développée dans tous les lieux accueillant des femmes victimes de violence.

Le soutien à la parentalité pour les mères est au contraire beaucoup plus répandu, par exemple dans le cadre de groupes de parole où cette thématique sera spécifiquement abordée.

Cependant ces prises en charge sont majoritairement réalisées dans les lieux d'hébergement pour femmes victimes [4], ce qui implique que la mère ait quitté le domicile conjugal. Ce n'est évidemment pas le cas de toutes, et leurs enfants sont donc très rarement pris en charge.

## ➤ Partenariat entre l'institut de victimologie et l'observatoire des violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis

L'institut de victimologie à Paris est une association dont le but est de promouvoir « le traitement précoce et spécifique des victimes, [...] et [de] susciter la création de lieux de soins spécifiquement adressés aux enfants et aux adultes victimes d'événements traumatiques. Ces lieux devant être animés par des équipes pluridisciplinaires constituées de médecins et de psychologues spécialistes de ce travail. »

L'institut de victimologie prend en charge des victimes d'agressions physiques, sexuelles, d'attentats...

En collaboration avec l'observatoire des violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis, l'institut a notamment mis en place depuis février 2016 des consultations de psycho traumatologie dédiées aux enfants exposés à la violence conjugale [32]. Cette prise en charge, qui se veut brève, (6 séances par enfant) a 3 missions :

- Evaluer les répercussions des violences.
- Orienter les victimes vers une prise en charge globale adaptée, qu'elle soit sociale, juridique, psychologique...
- Assurer un soutien psychologique initial.

Quand un enfant est pris en charge dans ce cadre, la mère bénéficie également de 2 séances qui lui sont réservées, et reçoit alors une aide à la parentalité.

➤ “CaringDads”, un programme pour les pères auteurs de violence conjugale

Si les initiatives précédemment citées sont à destination des femmes victimes et de leurs enfants, le père en est la plupart du temps exclu.

Au Canada, un programme à destination des pères maltraitants existe depuis plusieurs années, et se développe aux Etats-Unis et au Royaume-Uni. Une partie de ce programme est spécifiquement développée pour les auteurs de violences conjugales [11].

Ce programme est mené sur 17 semaines au travers de sessions de groupe. Son but est de faire prendre conscience aux pères des effets de la violence conjugale sur leurs enfants et de leur donner des outils afin de reconstruire un lien père-enfant plus sain et de favoriser une parentalité partagée avec la mère, quand cela est possible.

c) Quels sont les bénéfices d'une prise en charge spécifique pour les enfants exposés ?

Si les prises en charge actuellement en œuvre en France ont été très peu évaluées, les pays anglo-saxons, notamment le Canada, ont produit plusieurs études démontrant le bénéfice de prises en charge spécifiques pour les enfants exposés à la violence conjugale.

➤ Prise en charge du TPST

Une prise en charge spécifique du TPST chez l'enfant exposé à la violence conjugale montre une réduction, voire dans certains cas une disparition des symptômes [33].

➤ Guidance parentale

Par ailleurs dès la prise en charge minimum - à savoir expliquer aux parents les risques pour l'enfant de l'exposition à la violence - on observe une diminution de la prévalence des troubles du comportement, même si l'enfant continue à être exposé à la violence conjugale. En effet cette information donnée aux parents induit un comportement éducatif plus protecteur vis-à-vis de l'enfant [34]. Cette étude démontre l'efficacité de la guidance parentale dans un objectif de réduction des risques.

Une autre étude montre également l'efficacité d'une aide à la parentalité pour les femmes vivant dans des refuges pour femmes victimes. Elle démontre que les troubles des conduites présents chez les enfants au début de l'étude régressent lorsque leur mère a reçu une aide éducative et une psychothérapie axée sur la relation mère-enfant [35].

## ➤ Psychothérapie familiale

Une étude américaine vient confirmer l'importance d'une prise en charge conjointe de l'enfant et de sa mère [36]. Publiée en 2007 et menée auprès de 181 enfants, elle comparait de manière randomisée l'efficacité :

- D'une psychothérapie uniquement pour l'enfant.
- Versus l'association psychothérapie pour l'enfant et d'une psychothérapie mère-enfant.

Il existait une différence significative en faveur de l'association des deux formes de psychothérapie dans la diminution des comportements violents chez les enfants. Ces résultats sont confirmés par d'autres études y compris à long terme [37].

Si l'intérêt d'une prise en charge psychologique et éducative spécialisée est à présent prouvé, elle ne semble pas être du ressort du médecin généraliste. Quelle est donc la place de ce dernier face à un enfant exposé à la violence conjugale ?

## 4. La place du médecin généraliste dans la prise en charge des enfants exposés à la violence conjugale

### a) Le médecin généraliste face à la violence conjugale

Selon les statistiques du 3919 sur l'année 2014, le 1er recours des femmes victimes de violences est le corps médical [8]. Souvent c'est dans le cadre des services d'urgence, où elles consultent pour des soins aigus ou pour la rédaction d'un certificat descriptif.

Elles en parlent aussi de plus en plus à leur généraliste [38]. En effet, les campagnes de sensibilisation lancées par les pouvoirs publics permettent aux femmes de se rendre compte que la situation qu'elles vivent est anormale et qu'elles peuvent demander de l'aide. Mais le comportement des médecins aussi a changé : ils sont plus sensibilisés à ce sujet et posent plus souvent cette question.

Lorsque la femme consulte pour un autre motif, le dépistage systématique permet d'augmenter la prise en charge de ces femmes.

En 2000, Thompson et al. ont montré dans une étude randomisée qu'une intervention de sensibilisation auprès de généralistes et la disposition en évidence de documentation sur la violence conjugale dans les cabinets permettaient d'augmenter le dépistage de la violence conjugale de plus de 14% [39].

Les études menées sur la prise en charge des violences conjugales en médecine générale se sont cependant peu intéressées à la prise en charge des enfants exposés.

## b) Le médecin généraliste face à la maltraitance infantile

5% de l'ensemble des informations préoccupantes sont transmises à la CRIP par les médecins [2]. Parmi celles-ci, la plupart sont transmises par des médecins hospitaliers exerçant en pédiatrie ou par les médecins des services de PMI (protection maternelle et infantile).

Cependant la majorité des enfants est suivie régulièrement par un médecin généraliste. On peut se demander pourquoi si peu de cas de maltraitance sont déclarés par ces derniers.

Cette hypothèse de la sous-déclaration de la maltraitance est développée dans la thèse du Dr Dubreucq en 2014 [40], qui identifie plusieurs causes à ce déficit de signalement :



- Le manque de repérage des situations de maltraitances : devant des troubles non spécifiques, les médecins évoquent peu la maltraitance ou ne sont pas sûrs d'eux.
- La méconnaissance du signalement : même quand ils évoquent la maltraitance, les généralistes signalent peu car ils ne savent pas comment rédiger le signalement ni à qui l'adresser.
- Les généralistes reconnaissent également un manque de connaissance de leurs obligations en termes de protection de l'enfance et de dérogation au secret médical.

Au total, ces défauts de signalement sont souvent dus à un manque d'information des médecins. Ainsi dans une étude menée par le conseil de l'ordre en 2010, il a été montré que les médecins ayant reçu moins de 10h de formation initiale sur la maltraitance infantile font beaucoup moins de signalements que leurs confrères plus formés [41].

### c) Obligations légales et secret médical

#### ➤ Article 43 du code de déontologie médicale

« Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. »

Dans le commentaire fait de cet article par le conseil national de l'Ordre des médecins [42], il est explicitement spécifié que la suspicion de maltraitance est une exception au secret médical. Cette exception au secret médical permet de mettre au premier plan « l'intérêt supérieur de l'enfant » tel qu'il est défini par la convention internationale des droits de l'enfant [43].

## ➤ La levée du secret médical

L'article 226-14 du code pénal et l'article L.226-2-2 du code de l'action sociale et des familles [Annexe1] sont plus explicites et détaillent les obligations du médecin en cas de suspicion de maltraitance :

- La loi impose la levée du secret médical dans les cas de suspicion de maltraitance, quand la victime est un mineur ou un adulte jugé incapable de se protéger. Le médecin n'a pas à faire la preuve du danger mais doit étayer sa suspicion dans un certificat écrit.
- L'article 226-14 du code pénal notifie clairement que la violence peut être d'ordre physique ou psychologique.
- La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance autorise désormais le partage d'informations préoccupantes entre professionnels concernés par la protection de l'enfance.

En matière de protection de l'enfance il faut impérativement rappeler aux médecins que la dérogation légale au respect du secret médical les met à l'abri de toute poursuite pour violation du secret médical, à condition de respecter quelques règles de rédaction pour le signalement [44].

### d) Quelles sont les missions du généraliste dans cette prise en charge ?

Si la prise en charge spécifique des enfants exposés à la violence conjugale nécessite des compétences spécialisées, le dépistage de ces enfants doit s'adresser à l'ensemble de la population pédiatrique. Les médecins généralistes sont donc un maillon essentiel pour l'amorçage de cette prise en charge.

En plus du dépistage, il est de leur ressort de transmettre la situation de l'enfant aux professionnels qui pourront lui apporter cette prise en charge spécialisée.

Le dépistage et l'orientation de l'enfant exposé à la violence conjugale font donc partie des missions du généraliste.

#### e) Objectif de l'étude

**L'objectif principal** de cette étude est de savoir si la formation des médecins généralistes actuellement en exercice dans l'Eure leur permet d'assurer leur rôle de dépistage et d'orientation dans la prise en charge des enfants exposés à la violence conjugale.

**L'objectif secondaire** est de déterminer en quoi les facteurs suivants influencent la qualité de la prise en charge :

- sexe du praticien
- durée d'exercice
- part de l'activité pédiatrique

# MATERIEL ET METHODE

## 1. La population étudiée

La population de cette étude regroupe des médecins généralistes travaillant en cabinet de ville du département de l'Eure. Il s'agit de médecins ayant une activité soit urbaine, soit rurale, soit mixte. Les médecins ont été inclus quel que soit leur âge, leur sexe, leur année de thèse ou leur type d'installation. Des médecins remplaçants travaillant dans l'Eure ont également été inclus.

Les généralistes n'exerçant pas en cabinet de ville étaient exclus, car c'est le rôle du médecin traitant qui était étudié.

La protection de l'enfance étant du ressort de chaque département, son organisation peut varier d'un département à l'autre. L'absence de grande métropole ou de CHU permettait que les recours possibles pour les professionnels de santé soient plus homogènes sur l'ensemble du territoire étudié.

## 2. Le profil de maltraitance retenue

De par sa plus grande fréquence et le fait qu'il s'agit de la configuration la plus étudiée, c'est la situation père violent – mère violentée qui a été retenue pour cette étude.

### 3. Le questionnaire

Le questionnaire, présenté en Annexe 2, est composé de 23 questions et est divisé en 3 parties :

- **Le profil d'exercice, le profil de médecin** : 5 questions d'ordre général sur la pratique médicale et le médecin lui-même.

- **La formation reçue** : 7 questions permettant aux médecins de qualifier leur formation initiale et continue, et leurs connaissances sur le système de protection de l'enfance.

- **La pratique du médecin** : 11 questions qui évaluent les actions et réactions des médecins face à des enfants exposés à la violence conjugale, et comment ils pensent que l'on pourrait améliorer cette prise en charge.

La majorité des questions étaient sous forme de QCM avec obligation de réponse, avec si nécessaire un espace d'expression libre en plus des choix proposés.

Le questionnaire a été mis en forme et diffusé via le site SurveyMonkey.

### 4. Le recueil des données

Un mail suivi de 3 rappels a été envoyé entre février et juin 2016 à 110 généralistes installés dans l'Eure ou remplaçant dans le département. Les généralistes étaient invités à partager le questionnaire par le biais de leurs groupes de pairs notamment.

Le mail contenait un lien permettant de remplir le questionnaire en ligne de manière anonyme. Pour limiter les réponses multiples de la même personne, chaque adresse IP utilisée une fois pour répondre était bloquée par la suite.

## 5. Analyse statistique

Une valeur de  $p < 0.05$  a été retenue comme significative pour l'interprétation des résultats.

Devant des effectifs faibles, le test exact de Fisher a été utilisé.

# RESULTATS

## 1. Profil des médecins généralistes

### a) Caractéristiques de la population

La population de l'étude a été comparée à celle des généralistes installés dans l'Eure telle qu'elle est décrite dans l'Atlas de la démographie médicale 2016 [Tableau 1]. Les principales données sur les médecins généralistes de l'Eure sont reportées en Annexe 3 [45].

Seules les données concernant le sexe du généraliste et son type d'installation ont pu être comparées avec la population de référence.

La population d'étude diffère de la population de référence sur le type d'exercice. Il y a statistiquement plus de médecins exerçant en cabinet de groupe dans l'échantillon que dans la population des généralistes de l'Eure.

**Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée**

		Echantillon étudié n= 43		Médecins généralistes de l'Eure n= 593		Test de Fisher
		effectif	%	effectif	%	
exercice médical						
urbain	16	37,21	pas de donnée disponible			
rural	22	51,12				
Semi-rural	5	11,63				
type de cabinet						
individuel	4	9,30	220	37,099	p = 9.96*10-5	
en groupe	39	90,70	373	62,901		
Sexe						
Homme	22	51,16	367	61,89	p = 0.19	
Femme	21	48,84	226	38,11		
Nombre d'année d'exercice						
<5ans	16	37,21	pas de donnée disponible			
5 à 14 ans	7	16,28				
15 à 25 ans	10	23,26				
>25 ans	10	23,26				
Part de pédiatrie						
<30%	23	53,49	pas de donnée disponible			
30 à 50 %	19	44,19				
50 à 80%	1	2,33				
>80%	0	0,00				

### b) Analyse de l'activité pédiatrique

Lorsqu'on étudie la part de pédiatrie dans l'activité des généralistes, on constate qu'elle varie significativement selon le sexe du praticien et le nombre d'années d'exercice [Tableaux 2 et 3].



Les femmes et les généralistes exerçant depuis moins de 15 ans ont une activité pédiatrique plus importante.

**Tableau 2 : Part de pédiatrie selon le nombre d'année d'exercice**

	Nombre d'année d'exercice				Test de Fisher
	<15ans (n = 23)		>15ans (n =20)		
part de pédiatrie	effectif	%	effectif	%	
<30%	8	34,78	15	75	p = 0.014
>30%	15	65,22	5	25	

**Tableau 3 : Part de pédiatrie selon le sexe du praticien**

	Sexe du praticien				Test de Fisher
	Homme (n = 22)		Femme (n = 21)		
part de pédiatrie	effectif	%	effectif	%	
<30%	17	77,27	6	28,57	p = 0.002
>30%	5	22,73	15	71,43	

## 2. Formation et connaissances des généralistes

### a) A la prise en charge de la violence conjugale

Les participants au sondage étaient 55,8% à avoir reçu une formation sur le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale.

Parmi eux, 50% avaient reçu une formation lors de leur cursus initial. 75% des médecins ayant reçu une formation initiale exerçaient depuis moins de 5 ans.

12,5% des généralistes ayant bénéficié d'une formation considéraient que celle-ci était tout à fait adaptée à leur pratique.

On constate que les médecins ayant reçu une formation initiale sur la violence conjugale la trouvaient moins adaptée à leur pratique que les médecins ayant suivi une formation continue [Tableau 4].

**Tableau 4 : Adaptation de la formation à la pratique du généraliste**

	La formation reçue était-elle adaptée à votre pratique ?						test de Fisher
	totalement		partiellement		Non		
type de formation	n	%	n	%	n	%	p = 0.053
initiale	0	0	9	42,86	3	100	
continue	3	100	12	57,14	0	0	

### b) A la prise en charge des enfants exposés

Concernant les conséquences pour les enfants exposés à la violence conjugale, 83,7% des médecins interrogés n'avaient reçu aucune formation sur ce thème.

Parmi ceux qui déclaraient avoir reçu une formation sur les femmes victimes de violence conjugale, ils étaient 20,8% seulement à avoir reçu une formation sur la prise en charge des enfants.

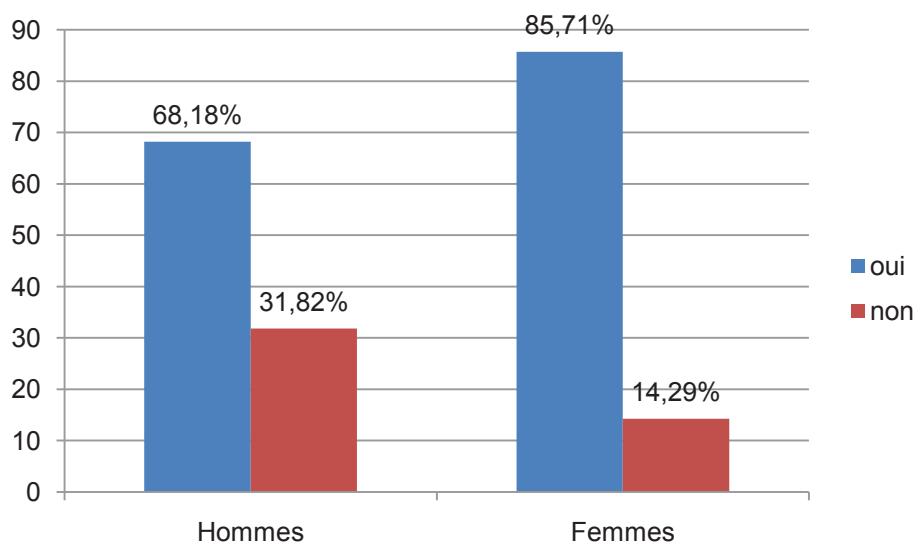
### c) Au sujet de la CRIP

#### ➤ Existence de la CRIP

76,7% des médecins interrogés connaissaient l'existence de la CRIP. 36,4% des médecins qui en connaissaient l'existence déclaraient ne pas savoir comment y faire appel.

On note une différence entre les hommes et les femmes concernant la connaissance de la CRIP sans que ces résultats soient significatifs sur le plan statistique [Figure3].

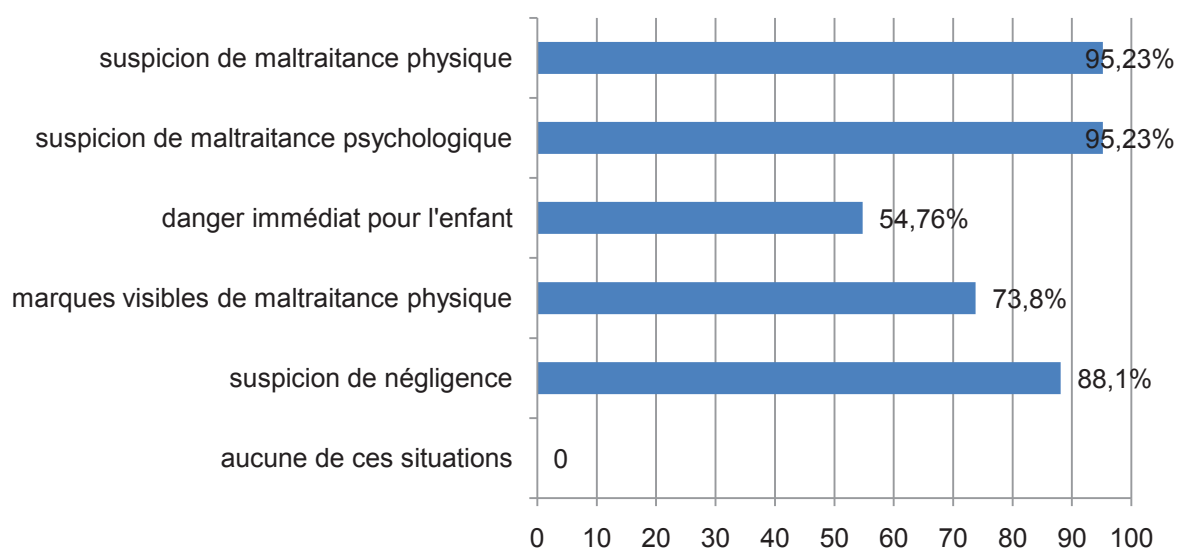
**Figure 3 : Connaissance de la CRIP en fonction du sexe**



➤ Missions de la CRIP

On constate par ailleurs une connaissance partielle des missions de la CRIP [Figure 4]. En effet, plus de la moitié des sondés considéraient que les situations dans lesquelles les enfants sont immédiatement en danger relèvent de la CRIP, alors que dans ce cas c'est le procureur de la République qui doit être saisi.

**Figure 4 : Connaissance des missions de la CRIP**



### 3. Opinions et pratiques des généralistes

#### a) Ce qu'ils pensent de l'exposition à la violence conjugale

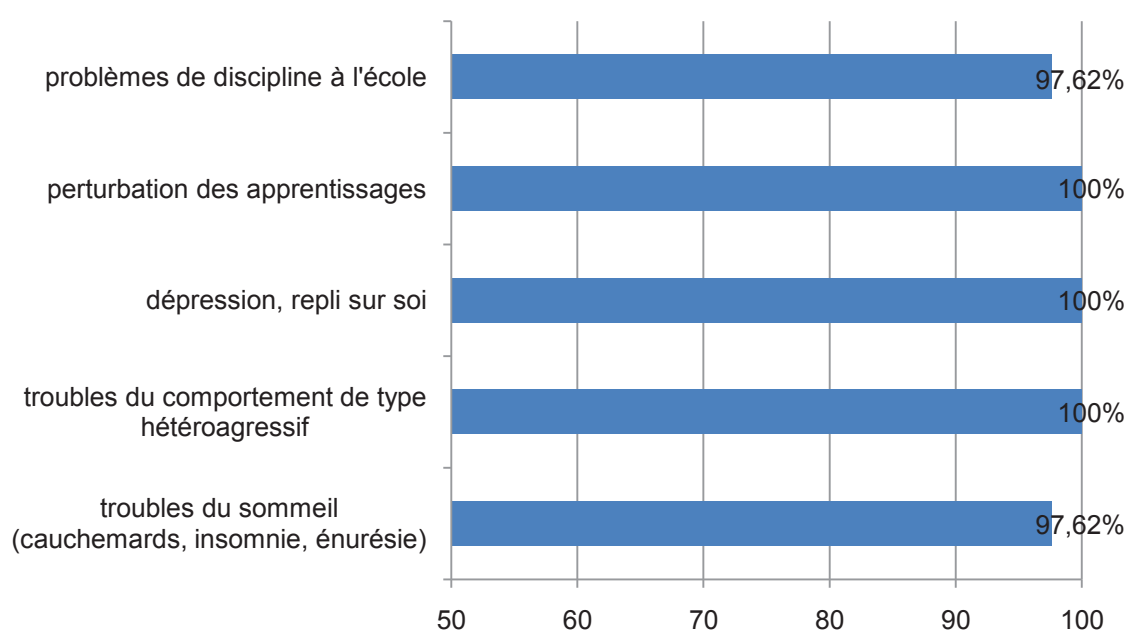
##### ➤ Les risques pour les enfants

Si 88,1% des généralistes interrogés considéraient qu'être témoins directs de violence conjugale s'apparente à de la maltraitance, ils n'étaient que 54,8% à considérer que les situations où l'enfant vit dans un contexte de violence conjugale mais n'en est pas le témoin direct s'apparentent également à de la maltraitance.

Ces chiffres n'étaient modifiés de manière significative ni par le sexe du médecin ni par sa durée d'exercice, ni par le fait d'avoir reçu une formation sur la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale.

Concernant les symptômes pouvant être liés à l'exposition aux violences conjugales, les généralistes interrogés étaient unanimes :

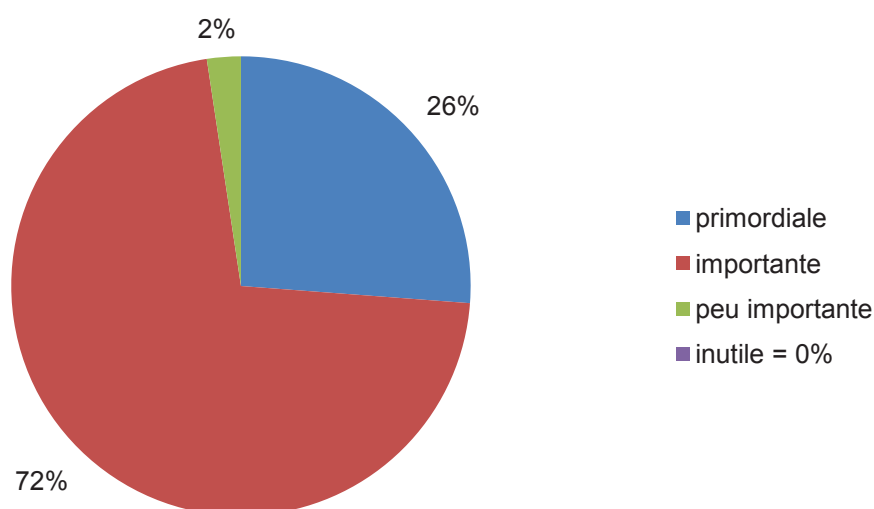
**Figure 5 : Symptômes liés à une exposition à la violence conjugale selon les médecins interrogés**



➤ Leur rôle dans la prise en charge des enfants exposés

97,6% des généralistes sondés considéraient que la place du médecin traitant est importante voire primordiale dans la prise en charge des enfants exposés à la violence conjugale [Figure 6].

**Figure 6 : Importance du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des enfants exposés**



Les facteurs suivants ne modifiaient pas ce résultat (test non significatif) :

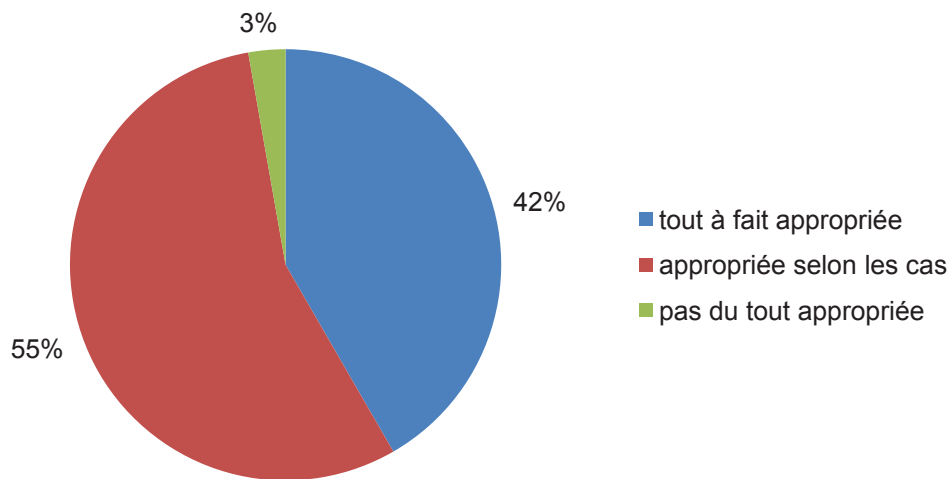
- Sexe du praticien
- Nombre d'année d'exercice
- le fait d'avoir reçu une formation sur la prise en charge des femmes victime de violence conjugales
- part de pédiatrie dans l'activité [Tableau 5]

**Tableau 5: Rôle du médecin généraliste selon la part d'activité pédiatrique**

	Part de pédiatrie				Test de Fisher
	<30%		>30%		
	n = 22	%	n = 20	%	
Primordiale	3	13,64	8	40	p = 0.08
Importante	18	81,82	12	60	
Peu importante	1	4,55	0	0	

Concernant la transmission d'une information préoccupante pour un enfant exposé à la violence conjugale, elle n'était pas systématique pour la majorité des généralistes [Figure 7].

**Figure 7 : Transmission d'une information préoccupante pour un enfant exposé à la violence conjugale**



Les facteurs suivants ne modifiaient pas ce résultat (test non significatif) :

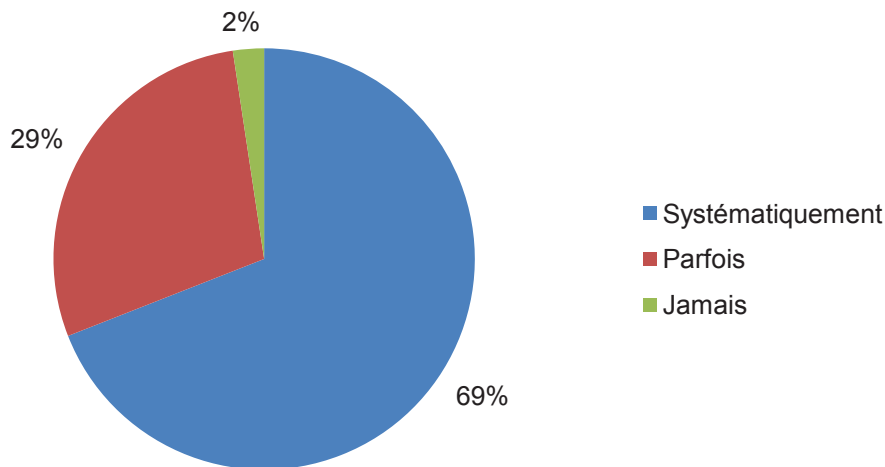
- Sexe du praticien
- Nombre d'année d'exercice
- le fait d'avoir reçu une formation sur la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale
- Part de pédiatrie dans l'activité

## b) Leur pratique

### ➤ Devant une femme victime

Devant une femme victime de violence conjugale, le fait de rechercher la présence d'enfants au domicile était systématique pour 69% des médecins [Figure8].

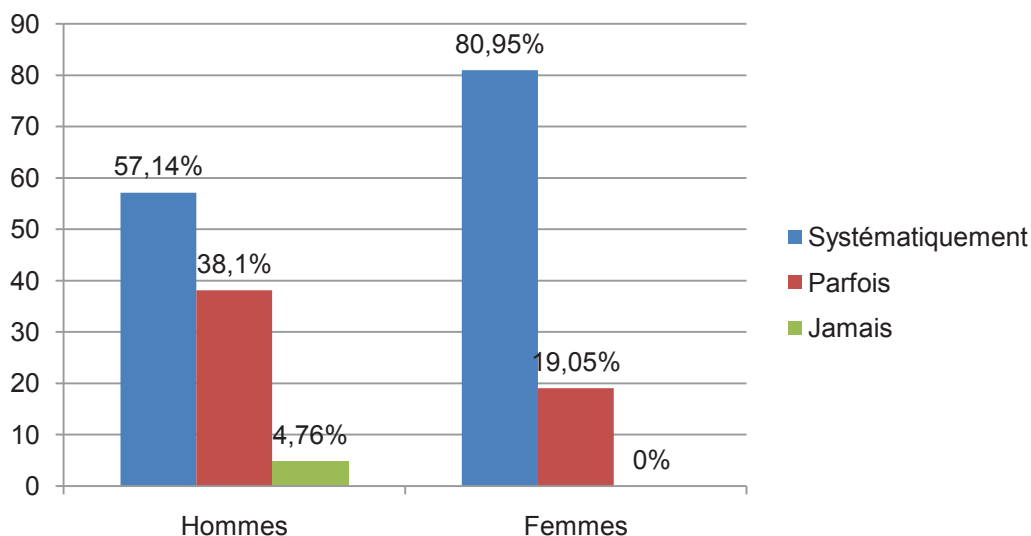
**Figure 8 : Recherche de la présence d'enfants au domicile devant une femme victime de violence conjugale**



Le fait d'avoir reçu une formation à la prise en charge des victimes de violence conjugale n'améliorait pas ce chiffre. Le nombre d'années d'exercice et la part de pédiatrie ne modifiaient pas ces résultats.

Les femmes généralistes recherchaient plus systématiquement que leurs confrères masculins la présence d'enfants au domicile d'une femme victime de violence [Figure 9], mais cette différence n'est pas significative ( $p = 0.18$ ).

**Figure 9 : Recherche d'enfant au domicile en fonction du sexe du médecin**



- Les médecins ayant déjà pris en charge un enfant exposé à des violences conjugales

Parmi les médecins interrogés, 31% avaient déjà pris en charge un enfant exposé à la violence conjugale.

Ils avaient les mêmes caractéristiques que la population générale en termes de :

- Sexe
- Nombre d'années d'exercice
- Activité pédiatrique
- Formation à la prise en charge de la violence

Devant une femme victime de violence, ils ne cherchaient pas plus que leurs confrères la présence d'enfants au domicile [Tableau 6]

**Tableau 6 : Les médecins ayant déjà pris en charge un enfant exposé recherchent-ils plus leur présence au domicile ?**

	Recherche d'enfant au domicile d'une victime de violence conjugale						Test de Fisher
	systématique		parfois		non		
ont déjà pris en charge un enfant exposé	n	%	n	%	n	%	p = 0.41
oui (n = 13)	9	69,23	3	23,08	1	7,69	
non (n = 29)	20	68,97	9	31,03	0	0,00	

Au cours de cette prise en charge les personnes contactées par les généralistes étaient très diverses [Tableau 7]. 30% des médecins avaient contacté au moins 2 interlocuteurs.



**Tableau 7 : Personnes contactées par les généralistes prenant en charge un enfant exposé**

La CRIP	4 médecins
Le médecin de PMI	3 médecins
L'assistante sociale de secteur	4 médecins
Le service de pédiatrie le plus proche	3 médecins
Le procureur de la République	1 médecin
Un psychologue	1 médecin
Les urgences psychiatriques	1 médecin
Personne	1 médecin

Parmi les médecins déjà confrontés à cette situation, 46,2% d'entre eux avaient fait un signalement.

Les raisons invoquées par ceux qui n'avaient pas fait de signalement étaient très diverses :

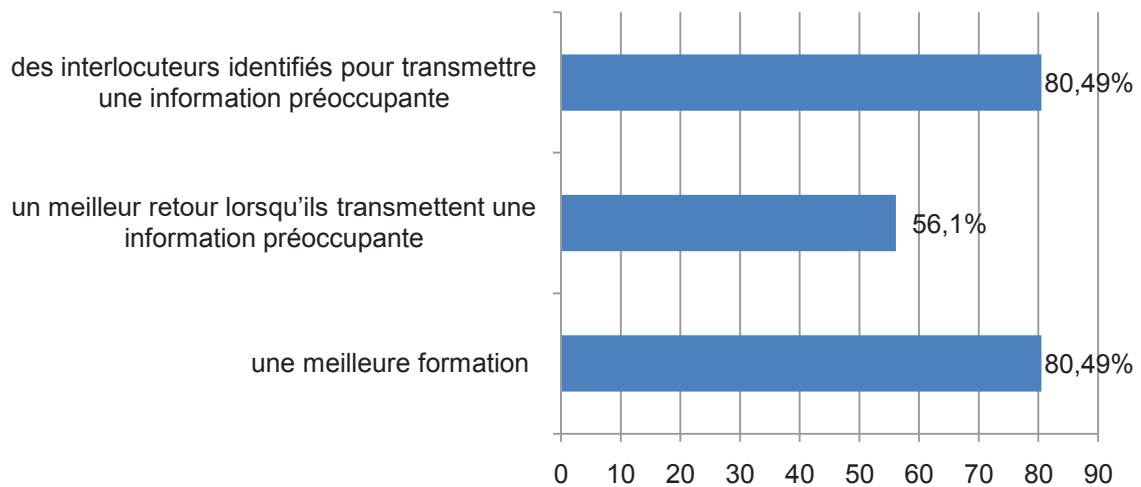
- 3 car ils ne savaient pas comment faire
- 4 parce qu'ils n'étaient pas sûrs d'eux
- 1 parce qu'il pensait que ça ne servait à rien
- 1 parce que la maman entamait une procédure de séparation
- 1 parce que c'est le père qui accompagnait l'enfant et qui demandait la prise en charge

Aucun d'entre eux n'a répondu qu'il ne savait pas à qui l'adresser, qu'il ne voulait pas enfreindre le secret médical ou qu'il ne voulait pas créer de problème à la famille.

### c) Les pistes pour améliorer la prise en charge

Les généralistes ont enfin été interrogés sur ce qui d'après eux pourrait améliorer leur prise en charge les enfants exposés aux violences conjugales [Figure 10].

**Figure 10 : Comment améliorer la prise en charge selon les médecins interrogés**



Enfin 95,1% des médecins ont répondu qu'ils feraient plus de signalement s'ils étaient mieux formés.

# DISCUSSION

## 1. Analyse de la formation des médecins généralistes

### a) La prise en charge de la maltraitance

#### ➤ Méconnaissance du réseau départemental

1 médecin généraliste sur 5 a déclaré ne pas connaître l'existence de la CRIP, et parmi ceux qui la connaissaient, plus du tiers ne savait pas y faire appel. Ces résultats montrent une méconnaissance du circuit du signalement et de l'organisation de la protection de l'enfance en France, bien que le système actuel existe depuis bientôt 10 ans.

Cette méconnaissance des moyens à leur disposition pour prendre en charge les enfants en danger est certainement une des raisons du peu de signalements effectués par les médecins, puisque 95,1% des médecins interrogés déclarent qu'ils transmettraient plus d'informations préoccupantes s'ils étaient mieux formés.

Les médecins moins sensibles aux problématiques de signalement et de protection de l'enfance ont peut-être moins répondu au questionnaire que les médecins déjà sensibilisés. On peut supposer que plus sensibilisés à ce sujet, les médecins les mieux formés ont plus répondu à l'enquête. Ainsi, il reste difficile d'évaluer les connaissances effectives des médecins actuellement en exercice dans l'Eure.

## ➤ Aspects réglementaires

Enfin, il faut rappeler que la formation dans le domaine de la protection de l'enfance en danger a été rendue obligatoire par la modification du code de l'éducation en 2010. Les médecins sont les premiers cités dans l'article L542-1 y faisant référence [Annexe 1].

La loi de 14 mars 2016 renforce cette obligation de formation, avec l'instauration d'un bilan annuel des formations délivrées aux professionnels de l'enfance, ainsi que la désignation d'un médecin référent « protection de l'enfance » dans chaque département, en charge de la coordination entre les services de protection de l'enfance, la CRIP, les médecins libéraux et les services hospitaliers. [Article L221-2 en Annexe 1]

Ainsi le fait que 3 médecins sur 4 exerçant depuis moins de 5 ans aient reçu une formation durant leur internat semble le reflet des changements de politique de formation induits par ce cadre légal.

### b) La prise en charge globale de la violence conjugale

Les médecins généralistes interrogés sont 55,8% à avoir reçu une formation sur la prise en charge de la violence conjugale, ce qui semble insuffisant étant donné la fréquence de la violence conjugale [8]. De plus 87,5% d'entre eux jugent cette formation peu ou pas adaptée à leur pratique.

Seulement 16,3% ont été formés au sujet de la prise en charge des enfants exposés. On peut donc supposer que les formations sur la prise en charge des victimes de violence conjugale ne mentionnaient pas ou peu les risques liés à l'exposition des enfants.

Le fait que les médecins ayant reçu une formation à la violence conjugale ne recherchent pas plus que les autres la présence d'enfants au domicile d'une patiente victime de violence conjugale montre qu'ils ont été très peu sensibilisés à ce sujet.

Bien qu'ils reconnaissent que de nombreux symptômes peuvent découler de l'exposition aux violences conjugales, ils sont seulement 54% à considérer que l'exposition à la violence conjugale s'apparente à de la maltraitance.

Plus du tiers des médecins interrogés déclaraient avoir déjà pris en charge un enfant exposé à la violence conjugale. Cette situation est donc loin d'être anecdotique.

## 2. Autres facteurs influençant la prise en charge

### a) Le sexe du médecin

Les femmes médecins, qui semblent être proportionnellement plus nombreuses que leurs confrères à avoir répondu au questionnaire même si ce résultat n'est pas statistiquement significatif, semblent aussi plus sensibilisées aux risques liés à l'exposition à la violence conjugale. On constate ainsi :

- Qu'elles présentent une meilleure connaissance de la CRIP et de son fonctionnement.
- Qu'elles sont plus favorables à la transmission d'une information préoccupante en cas d'exposition à la violence conjugale.
- Qu'elles recherchent de manière plus systématique les enfants au domicile d'une victime de violence conjugale

Pour aller dans ce sens, on constate qu'un grand nombre d'auteurs ayant publié sur le thème des enfants exposés à la violence conjugale sont des femmes.

Pour expliquer ce phénomène, on peut avancer plusieurs hypothèses :

- Les femmes généralistes font plus de pédiatrie que leurs confrères masculins, elles sont plus sensibles aux problématiques spécifiquement liées aux enfants, au rang desquelles figure le dépistage de la maltraitance.

- Le contre-transfert, du médecin vers son patient, peut expliquer une plus grande attention aux problèmes de violence conjugale chez les femmes médecins, et une plus grande identification aux femmes victimes. Le contre-transfert favorise l'empathie et l'accueil favorable des victimes de violence conjugale et leurs enfants.

### b) La durée d'exercice des généralistes

Les jeunes médecins ont été plus sensibilisés, y compris au cours de leurs études, à la question de la violence conjugale et de la maltraitance infantile. L'importance de travailler en réseau pluridisciplinaire, comme le montre l'essor des maisons de santé pluri professionnelles est au cœur de la formation des jeunes médecins généralistes.

Il semble donc nécessaire de renforcer encore la formation des futurs généralistes à ce sujet afin de mieux les préparer à la prise en charge globale des risques psychosociaux.

### c) La proportion de pédiatrie dans leur activité

Liée à l'âge et au sexe du médecin, la part de pédiatrie dans l'activité joue un rôle important dans la sensibilisation des médecins généralistes. Ils considèrent que leur place dans la prise en charge des enfants exposés est importante, bien qu'ils n'aient pas été plus formés. Plusieurs hypothèses peuvent être faites pour expliquer cela :

- Voyant plus d'enfants, ils sont plus habitués et plus attentifs aux signes indirects de souffrance chez l'enfant [21] et aux changements de comportement.
- Leur intérêt pour la pédiatrie peut les rendre également plus réceptifs aux problématiques de maltraitance infantile.

### 3. Les pistes d'amélioration

#### a) Formation à la protection de l'enfance

Les médecins de l'étude ont déclaré qu'ils feraient plus de signalement s'ils étaient mieux formés. La formation qu'ils ont reçue ne semble pas adaptée à leur pratique quotidienne et à leurs questions concernant la transmission d'une information préoccupante.

Dans d'autres études [40,46], les généralistes ont exprimé leurs difficultés à rédiger une information préoccupante. Une aide à la rédaction par le biais de diffusion de formulaire type, comme il en existe pour les certificats descriptifs [44], pourrait permettre d'augmenter le nombre d'informations préoccupantes émanant des médecins. Un modèle est proposé en Annexe 4.

#### b) Amélioration de la communication de la CRIP

##### ➤ Lors de la transmission d'une information préoccupante

Lorsque le 119 ou le procureur lui transmettent une information préoccupante ou l'alertent au sujet d'un mineur, la CRIP est dans l'obligation légale de leur communiquer en retour les actions mises en œuvre au terme de l'enquête sociale.

Mais quand c'est un médecin ou un autre professionnel de l'enfance, qui s'est personnellement engagé en rédigeant un signalement écrit, le retour d'information n'est pas obligatoire. Dans les faits, les professionnels de santé n'ont de retour que dans de très rares cas lorsqu'ils transmettent une information préoccupante.

Cette absence de retour est citée dans l'étude par plus d'un médecin sur deux comme un frein dans la prise en charge des enfants victimes de maltraitance. On pourrait envisager de rendre obligatoire le retour d'information vers les professionnels, d'autant plus qu'ils sont tenus au secret professionnel.

### ➤ Au près des professionnels de santé

Bien que la CRIP de l'Eure existe depuis maintenant 11 ans et que la réforme de l'organisation de la protection de l'enfance date de 2007, de nombreux professionnels de santé ignorent qu'elle existe ou comment y faire appel. Sur le modèle des visites des conseillers de l'Assurance Maladie aux professionnels de santé, on pourrait envisager des visites d'information et de sensibilisation sur le thème de la protection de l'enfance. Cela pourrait également répondre à la demande des généralistes d'avoir des interlocuteurs identifiés lorsqu'ils transmettent une information préoccupante.

Comme il existe des indicateurs sur la prescription d'antibiotiques, on pourrait envisager d'identifier les médecins qui transmettent très peu d'informations préoccupantes afin de leur proposer une formation.

Au cours du stage en médecine générale de niveau 1, les internes bénéficient d'une semaine de stage en PMI et de deux jours d'information au siège de l'Assurance Maladie. On pourrait envisager à ces occasions une formation sur le réseau de protection de l'enfance, avec pourquoi pas l'intervention de la CRIP.

### c) Sensibilisation du grand public

Dans les années 2000, les pouvoirs publics ont lancé plusieurs campagnes de sensibilisation sur les violences faites aux femmes. Elles ont permis d'augmenter la dénonciation de ces violences et de générer une prise de conscience sur les conséquences de la violence conjugale pour les femmes.



On peut penser que des campagnes informant le grand public des conséquences de l'exposition à la violence conjugale permettraient une meilleure connaissance de ce phénomène par les parents et par l'ensemble des professionnels de l'enfance.

Ainsi, à la suite de la campagne sur l'alerte AVC (accident vasculaire cérébral), les appels précoces au 15 ont augmenté, ce qui a permis une détection plus importante et plus précoce des AVC [47].

#### d) Quelques exemples

##### ➤ Guide méthodologique d'aide à l'entretien avec les victimes de violence conjugale

Le conseil général de Seine-Saint-Denis a créé en 2002 le premier observatoire de la violence faite aux femmes. Depuis, plusieurs autres départements ont suivi ce modèle.

En Seine-Saint-Denis, cet observatoire a créé un outil d'aide à l'entretien [48] destiné à tous les professionnels qui reçoivent des femmes victimes de violence conjugale et/ou leur enfants : services de police, PMI, assistants sociaux, médecins, psychologues...

En effet, bien que ces acteurs soient de plus en plus sensibilisés aux conséquences de la violence conjugale chez les enfants, leur formation ne leur permet pas toujours d'aborder cette question ni d'accompagner les victimes.

Ainsi, les professionnels et en particulier les médecins peuvent trouver des outils méthodologiques pour mener un entretien avec une femme victime de violence conjugale ou avec un enfant exposé, avec des questions types à adapter à chaque situation. Ce guide permet avant tout de sensibiliser les professionnels à la fréquence de la violence conjugale, à ses mécanismes et à l'importance d'une démarche active pour la dépister et la prendre en charge.

### ➤ Le programme “Honor our voices”

L'état du Minnesota aux Etats-Unis a mis en place un projet appelé “Honor our voices”, destiné à former les professionnels de l'enfance à la prise en charge des enfants exposés à la violence conjugale [49]. Grâce à un site internet proposant un programme interactif, les professionnels concernés peuvent s'informer et tester leurs connaissances sur ce sujet [Annexe 5].

Les professionnels peuvent même valider deux CEH (Continuing Education Hours), ce qui correspond à une validation de formation continue.

Cet outil innovant permet à chacun de se former en autonomie, ce qui peut être une réponse au manque de temps des généralistes. De plus, le format original, avec témoignages audio et vidéo, répond à une demande de formation moins académique et plus axée sur la pratique.

### ➤ Brochure d'information à destination des parents

Le conseil départemental du Puy-de-Dôme a édité une brochure à destination des parents, leur expliquant les conséquences de l'exposition à la violence conjugale pour leurs enfants [50].

Le médecin traitant y est cité à plusieurs reprises comme un interlocuteur possible. On pourrait imaginer diffuser ce document notamment dans les salles d'attente des médecins. Ainsi, s'ils sont confrontés à cette situation, les patients sauront qu'ils peuvent s'adresser à leur généraliste.

#### 4. Le rôle de médecin de famille : place de choix ou frein à la prise en charge des enfants exposés à la violence conjugale ?

##### a) Connaissance des différents membres de la famille

Très souvent les généralistes sont amenés à prendre en charge tous les membres d'une famille, parfois sur plusieurs générations, et pendant de nombreuses années. Leur champ d'activité s'étend aux enfants dès la naissance, au suivi des grossesses, à la prise en charge des souffrances psychologiques et des maladies psychiatriques... Le médecin généraliste a donc une vision de la dynamique familiale que peu d'autres professionnels de l'enfance peuvent avoir.

Grâce à cette proximité, une relation de confiance s'instaure avec les patients, et peut permettre de créer un climat propice à la révélation de violence conjugale.

Cependant, cette proximité avec les patients peut rendre difficile le dépistage de la violence conjugale, parce qu'on connaît le conjoint, qu'on n'imagine pas tel patient comme un agresseur ou telle patiente comme une victime... [38,40]

##### b) Suivi pédiatrique

Il est également le médecin référent de la plupart des enfants. Comme il est amené à les voir régulièrement, il est en capacité de détecter des changements de comportement, des anomalies dans la relation parents-enfants... qui peuvent être autant de signes de violence intrafamiliale.

### c) Représentations propres au médecin

Devant un cas de violence conjugale ou de maltraitance infantile, le vécu et les représentations propres au médecin peuvent modifier sa prise en charge, et parfois être un frein au dépistage. La peur des conséquences supposées d'un signalement peut freiner les médecins dans leur prise en charge, même si cet élément n'est pas ressorti dans cette étude.

Le rôle du médecin généraliste me semble pourtant décisif dans la prise en charge de la violence conjugale et de ses conséquences sur les familles et les enfants. Il fait partie du réseau des professionnels de l'enfance au même titre que les éducateurs, les travailleurs sociaux, les puéricultrices, les enseignants.

## 5. Limites de l'étude

### a) Biais

#### ➤ Biais de recrutement

Je n'ai pas retrouvé de donnée sur la durée d'exercice des praticiens de l'Eure mais seulement sur leur âge. Ils sont 11,6% à avoir moins de 40 ans et 38,6% à avoir plus de 60 ans. Quand on compare ces données à la durée d'exercice déclarée par les généralistes de l'échantillon [Tableau 8 : Caractéristiques de la population étudiée], on peut supposer que les généralistes de l'échantillon sont plus jeunes que la population des généralistes de l'Eure.

En effet, dans l'échantillon, la part des médecins exerçant depuis moins de 5 ans représentent 37,21%.

Cette surreprésentation des jeunes médecins peut être expliquée par les hypothèses suivantes :

- Le mode de recueil : le questionnaire étant diffusé exclusivement par voie électronique, les médecins les plus familiarisés avec l'outil numérique ont plus répondu que les autres.
- L'intérêt pour le sujet traité : nous avons vu précédemment que les médecins les plus jeunes avaient été plus sensibilisés à la problématique de la violence conjugale dès leurs études, le thème du questionnaire a pu favoriser le recrutement de jeunes médecins.
- Les jeunes médecins privilégient l'exercice en cabinet de groupe [45]. Ce type de structure favorise l'émulation entre confrères quant à la participation aux études. De plus l'exercice en cabinet de groupe laisse peut-être plus de latitude temporelle pour répondre à ce type de questionnaire que pour les médecins installés seuls. Ces derniers ne disposent pas toujours du même niveau de secrétariat et le temps passé à traiter les tâches administratives ou à répondre au téléphone est alors plus important.

Dans l'étude, la part de médecins exerçant en groupe était significativement plus élevée que dans la population de référence, ce qui corrobore cette dernière hypothèse.

### ➤ Biais de suggestion

Lors de la rédaction du questionnaire, j'ai privilégié les questions fermées [Annexe 2]. Si ce type de réponse permet une analyse statistique plus simple, elle ne permet pas de bien évaluer les connaissances des médecins généralistes sur certains sujets, notamment concernant les symptômes de l'exposition à la violence conjugale ou les missions de la CRIP. En effet les choix proposés suggèrent les bonnes réponses. Pour mieux interroger les opinions et représentations des médecins à ce sujet, une étude qualitative aurait été plus appropriée.

## ➤ Biais de désirabilité sociale

Sur le sujet de la maltraitance infantile, il est difficile aux professionnels de l'enfance d'admettre que c'est un sujet qui ne les intéresse pas ou sur lequel ils ne souhaitent pas de formation. Même si ce biais est moins fort en raison du caractère anonyme des réponses, il demeure et peut influencer la manière de répondre des médecins à certaines questions, notamment sur leur perception de l'exposition à la violence conjugale comme une maltraitance.

### b) Faiblesses de l'étude

#### ➤ Taille de l'échantillon

J'ai fait le choix de limiter cette étude aux médecins généralistes du département de l'Eure. La protection de l'enfance étant désormais du ressort de chaque département, son organisation peut varier d'un département à l'autre. L'absence de grande métropole ou de CHU permettait que les recours possibles pour les professionnels de santé soient plus homogènes sur l'ensemble du territoire étudié.

Pour les mêmes raisons, j'ai choisi de cibler les médecins généralistes installés en cabinet, et non l'ensemble des généralistes de l'Eure quel que soit leur mode d'exercice.

Ces critères d'inclusion restrictifs n'ont cependant pas permis de réunir un échantillon très important. De ce fait de nombreux résultats ne sont pas statistiquement significatifs.

Cependant certains résultats suggèrent une différence entre hommes et femmes dans la prise en charge des enfants exposés, comme la connaissance de la CRIP ou la recherche systématique d'enfants au domicile d'une victime de violence conjugale.

## ➤ Analyse du type de formation

En analysant les résultats, j'ai réalisé que les questions concernant la formation étaient succinctes, et que je n'avais pas de donnée concernant la durée de la formation reçue, si elle était diplômante ou non, par qui elle était dispensée...

L'autoformation et les recherches personnelles éventuellement menées par les généralistes n'ont pas du tout été évaluées.

De même, leur envie de participer à une formation sur la prise en charge de la violence conjugale et le temps qu'ils étaient prêts à y consacrer n'ont pas été évalués.

L'objectif principal de l'étude étant d'analyser la formation des médecins généralistes, ces informations auraient été intéressantes à étudier.

# CONCLUSION

La formation des médecins généralistes reste insuffisante pour assurer le dépistage et l'orientation des enfants exposés à la violence conjugale. L'organisation du signalement des enfants en danger est actuellement mal connue et cela freine leur prise en charge. Cette prise en charge ne peut être effective qu'au travers d'une approche pluridisciplinaire dont les médecins généralistes sont un maillon indispensable, car ils suivent au long cours un grand nombre d'enfants et peuvent ainsi dépister les enfants en danger.

Les problématiques spécifiques liées à l'exposition à la violence conjugale demandent une prise en charge coordonnée des victimes, de leurs enfants et de la cellule familiale. Les professionnels appelés à y participer sont nombreux et viennent d'horizon très différents : intervenants sociaux, services de police, institution judiciaire, psychologues, soignants... Tous doivent pourtant travailler ensemble.

La mission de prévention, de dépistage et de prise en charge globale des médecins généralistes nécessite un travail en réseau. Or un réseau ne peut se construire que si les membres de ce réseau se connaissent et échangent sur leurs méthodes de travail. La désignation d'un médecin référent de la protection de l'enfance au niveau départemental est une réponse possible.

A l'heure des réseaux sociaux, on pourrait également envisager un réseau social regroupant les professionnels intervenant auprès des enfants et des victimes de violence conjugale afin de favoriser les échanges sur le thème de la protection de l'enfance.

La création d'un portail sécurisé pourrait permettre la transmission des informations préoccupantes en ligne avec la mise à disposition de modèles, ainsi que le suivi du traitement des dossiers en ligne.



# BIBLIOGRAPHIE

1. Séraphin G. Dixième rapport au Gouvernement et au Parlement. Observatoire National de l'Enfance en Danger; mai 2015.
2. Tursz A. Les oubliés - Enfants maltraités en France et par la France. Le Seuil; 2010.
3. Behind Closed Doors : The Impact of Domestic Violence on Children. UNICEF; 2006.
4. Severac N. Les enfants exposés à la violence conjugale : Recherches et pratiques. Observatoire National de l'Enfance en Danger; décembre 2012.
5. Rapport d'élaboration de la Fiche Mémo : Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. Haute Autorité de Santé; octobre 2014.
6. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 2009;373(9657):68-81.
7. Johnson MP. Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *J Marriage Fam*. 1995;57:283-94.
8. Violences faites aux femmes principales données. Observatoire National de la Violence faites aux Femmes; novembre 2015.
9. Jaspard M, Brown E, Condon S. La violence envers les femmes en France. *La découverte*; 2003.
10. Rosenbaum A, O'Leary KD. Children: The Unintended Victims of Marital Violence. *Am J Orthopsychiatry*. 1 oct 1981;51(4):692-9.
11. Bourassa C, Turcotte P, Lessard G, Labarre M. La paternité en contexte de violence conjugale. *Rev Int Léducation Fam*. 2013;(1):149-167.
12. Bourassa C. La complexité et la pluralité des expériences maternelles en contexte de violence conjugale. *Enfances Fam Génér*. 2010;(12):111-126.
13. Déroff M-L, Potin E. Traitement social de la question de l'enfant dans les violences conjugales, Pratiques et partenariats entre champs de la protection de l'enfance et des violences : une étude départementale. Atelier de recherche sociologique, université de Bretagne occidentale; juillet 2009.
14. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé. La documentation française ; février 2001.

15. de la Sablonnière É, Fortin A. Violence conjugale et qualité de la relation mère-enfant: Effet médiateur ou modérateur de la santé des mères? *Can J Behav Sci Can Sci Comport.* 2010;42(4):212-21.
16. Graham-Bermann SA, Gruber G, Howell KH, Girz L. Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Child Abuse Negl.* sept 2009;33(9):648-60.
17. Blair F, McFarlane J, Nava A, Gilroy H, Maddoux J. Child witness to domestic abuse: baseline data analysis for a seven-year prospective study. *Pediatr Nurs.* 2015;41(1):23.
18. Gore TA, Lucas JZ. Posttraumatic Stress Disorder Clinical Presentation: History, Physical Examination, Mental Status Examination. *Medscape* ; 2015.
19. Graham-Bermann SA, Castor LE, Miller LE, Howell KH. The impact of intimate partner violence and additional traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children. *J Trauma Stress.* 1 août 2012;25(4):393-400.
20. Levendosky AA, Bogat GA, Martinez-Torteya C. PTSD Symptoms in Young Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Violence Women.* 1 févr 2013;19(2):187-201.
21. Sudermann M, Jaffe P. Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale: guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux. Ottawa: Centre national d'information sur la violence dans la famille; 1999.
22. Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, Smailes E, Chen H, Johnson JG. Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(4):741-53.
23. Spot télévisuel sur les violences conjugales.2009.  
Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=NX3qBuhCNr4>
24. Appel AE, Holden GW. The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *J Fam Psychol.* 1998;12(4):578-99.
25. Cantin-Drouin M, Chamberland A. L'enfant exposé à la violence conjugale : son vécu et les rôles qu'il risque d'endosser. Québec: Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes; octobre 2008.
26. Criville A. Violences conjugales et maltraitance infantile. *Enfance Majuscule.* avril 2004;(75):9-27.
27. Guide relatif à la prise en charge des mineurs victimes. Direction des affaires criminelles et des grâces; 2015.
28. Document de présentation du SNATED : Que se passe-t-il quand on appelle le 119 ? Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger.

29. Etude statistique relative aux appels du SNATED. Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger; 2015.
30. La CRIP : objectifs et fonctionnement. Ministère de l'intérieur.
31. L'Eure en ligne : l'enfance en danger (site internet).
32. Rapport annuel du centre de victimologie et du psychotrauma. Institut de victimologie; 2015.
33. Vickerman KA, Margolin G. Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: II. Treatment. *Prof Psychol Res Pract.* 2007;38(6):620.
34. Fortin A, Trabelsi M, Dupuis F. Les enfants témoins de violence conjugale : analyse des facteurs de protection. Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales; 2002.
35. Jouriles EN, McDonald R, Rosenfield D, Stephens N, Corbitt-Shindler D, Miller PC. Reducing conduct problems among children exposed to intimate partner violence: a randomized clinical trial examining effects of Project Support. *J Consult Clin Psychol.* août 2009;77(4):705-17.
36. Graham-Bermann SA, Lynch S, Banyard V, DeVoe ER, Halabu H. Community-based intervention for children exposed to intimate partner violence: An efficacy trial. *J Consult Clin Psychol.* 2007;75(2):199-209.
37. Lieberman AF, Ghosh Ippen C, VAN Horn P. Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* août 2006;45(8):913-8.
38. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales: évolution des pratiques en 10 ans. [Doctorat en médecine]. Université Paris 6; 2012.
39. Thompson RS, Rivara FP, Thompson DC, Barlow WE, Sugg NK, Maiuro RD, et al. Identification and management of domestic violence. A randomized trial. *Am J Prev Med.* nov 2000;19(4):253-63.
40. Dubreucq-Guérif E. Signalement des suspicions de maltraitance envers les mineurs par les généralistes. [Doctorat en médecine]. Université Pierre et Marie Curie; 2014.
41. Kahn-Bensaude I, Faroudja J-M. La Protection de l'enfance. Signalement et information préoccupante [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins; octobre 2010.
42. Article 43 - Protection de l'enfance | Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de santé publique, R.4127-43.
43. Article 3 - Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant. 1989.

44. Mokdad B. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des violences sur mineurs. [Doctorat en médecine]. Faculté de médecine de Rouen; 2013.
45. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale 2016. Conseil national de l'ordre des médecins; janvier 2016.
46. El Hanaoui-Atif H. Le signalement des maltraitances à enfants par les médecins généralistes. [Doctorat en médecine]. Université Joseph Fourier; 2012.
47. Nicoli F, Soulleihet V, Trouvé J. Les campagnes d'information multimédia prolongées et répétées de la population sur les signes d'alerte de l'AVC augmentent significativement le nombre et la précocité des appels au Centre 15 et des thrombolyses. Rev SAMU Médecine Urgence. 2012;(33):255-62.
48. Violences faites aux femmes : les enfants souffrent. Outil méthodologique d'aide à l'entretien. Conseil général de Seine-Saint-Denis.
49. Minnesota Center Against Violence and Abuse, Center for Advanced Studies in Child Welfare. Honor ourVoices: Children's perspectives of Domestic Violence.
50. Barrial I, Danel P, Vasselier-Novelli C, Heim C, Desestret M, El Ghariani-Cordier S, et al. La santé des enfants exposés aux violences conjugales : Le monde du silence. Conseils généraux de Haute-Loire et du Puy-de-Dôme.

# ANNEXES

## 1. Articles de loi

### ➤ Article 226-14 du code pénal

« L'article 226-13 [relatif au secret médical] n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable [...] : Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire. »

### ➤ Article L.226-2-2 du code de l'action sociale et des familles

« Par exception à l'article 226-13 du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant. »

➤ Article L542-1 du code de l'éducation

« Les médecins, l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les personnels enseignants, les personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs et les personnels de la police nationale, des polices municipales et de la gendarmerie nationale reçoivent une formation initiale et continue, en partie commune aux différentes professions et institutions, dans le domaine de la protection de l'enfance en danger. Cette formation comporte un module pluridisciplinaire relatif aux infractions sexuelles à l'encontre des mineurs et leurs effets. Cette formation est dispensée dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

➤ Alinéa à l'article 221-2 du code de l'action sociale et des familles

« Dans chaque département, un médecin référent " protection de l'enfance ", désigné au sein d'un service du département, est chargé d'organiser les modalités de travail régulier et les coordinations nécessaires entre les services départementaux et la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, d'une part, et les médecins libéraux et hospitaliers ainsi que les médecins de santé scolaire du département, d'autre part, dans des conditions définies par décret. »

➤ Article 221-5-5 du code pénal

« En cas de condamnation pour un crime ou un délit [...], commis par le père ou la mère sur la personne de son enfant ou de l'autre parent, la juridiction de jugement se prononce sur le retrait total ou partiel de l'autorité parentale, en application des articles 378 et 379-1 du code civil. Si les poursuites ont lieu devant la cour d'assises, celle-ci statue sur cette question sans l'assistance des jurés. »

## 2. Questionnaire Survey Monkey

### Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes

#### introduction

**Bonjour ,**

**Je suis interne en 3ème année de DES de médecine générale, et mon travail de thèse porte sur la prise en charge en médecine générale des enfants exposés aux violences conjugales.**

**Le but de ma thèse est de faire un état des lieux sur la formation et les connaissances des médecins généralistes de l'Eure en 2016 concernant le dépistage et l'orientation des enfants exposés aux violences conjugales.**

**Remplir ce questionnaire vous prendra entre 5 et 10 minutes, un peu plus si vous souhaitez me faire part de vos commentaires concernant ce sujet.**

**J'ai volontairement choisi le terme "exposé" et non "témoin" car le mot "témoin" renvoie au fait d'avoir été témoin oculaire alors que d'autres formes d'expositions sont possibles.**

**J'espère que vous serez nombreux à répondre à ce questionnaire, alors n'hésitez pas à le diffuser à vos confrères dont vous avez l'adresse mail !**

**Merci pour votre temps,**

**Agnès Marly.**

### Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes

#### Votre profil

Votre pratique médicale

- urbaine
- rurale
- semi-rurale

Type de cabinet (plusieurs réponses possibles)

- individuel
- en groupe
- dans une maison médicale
- exercice salarié

Sexe

- masculin
- féminin

Nombre d'années d'exercice

**Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes**

votre profil

Part de la pédiatrie dans votre activité

- < 30 %
- entre 30 et 50%
- entre 50 et 80%
- > 80%

**Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes**

Votre formation

Avez-vous reçu une formation sur le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales ?

- oui, lors de votre formation initiale
- oui, lors de formations continues
- non



**Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes**

votre formation

Cette formation vous semble-t-elle adaptée à votre pratique de médecine générale?

- oui, totalement
- oui, partiellement
- non

**Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes**

votre formation

Avez-vous reçu une formation concernant les conséquences pour les enfants de l'exposition à des violences conjugales ?

- oui, lors de votre formation initiale
- oui, lors de formations continues
- non

**Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes**

votre formation

Cette formation vous semble-t-elle adaptée à votre pratique de médecine générale?

- oui, totalement
- oui, partiellement
- non

**Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes**

votre formation

Connaissez-vous l'existence de la CRIP (cellule de recueil des informations préoccupantes) ?

oui

non

### Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes

vous formation

Savez-vous comment y faire appel ?

oui

non

### Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes

vous formation

Pour ceux qui se poseraient la question :

La CRIP (cellule de recueil des informations préoccupantes) est une cellule composée de professionnels des services médico-sociaux dépendant de l'aide sociale à l'enfance du Département. Elle recueille les informations préoccupantes signalant les enfants en danger ou en risque de danger et les transmet si nécessaire au Procureur de la République après évaluation.

La cellule départementale de recueil des informations préoccupantes est destinataire de toutes les informations et procédures émanant de différents services (Education Nationale, Parquet-Procureur, hôpitaux, médecins...), du 119 (Allo Enfance en danger) et des particuliers. Cette cellule a été créée dans le département de l'Eure en 2005, avant même que son existence ne soit rendue obligatoire par la loi.

La CRIP fait procéder aux évaluations qui s'imposent par les services médico sociaux départementaux. Après évaluation et analyse de la situation, si les risques encourus par le mineur ne nécessitent pas de mesure de protection judiciaire, des actions éducatives de prévention peuvent être menées par les services départementaux pour venir en aide au mineur et à sa famille.

Si le danger est avéré, une mesure de protection judiciaire peut s'imposer. Le Procureur de la République peut décider d'une mesure de protection et saisir le juge des enfants. La famille de l'enfant peut également être soutenue par différentes actions éducatives à domicile (mesures d'assistance éducative en milieu ouvert ou en hébergement).

### Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes

vous formation

Quelle(s) situation(s) relève(nt) d'après-vous de la CRIP ?

- une suspicion de matraiture physique
- une suspicion de négligence
- des marques visibles de maltraitance physique
- quand l'enfant est immédiatement en danger
- une suspicion de maltraitance psychologique
- aucune de ces situations
- Autre (veuillez préciser)

### Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes

Votre pratique

Selon vous, ces situations sont-elles apparentées à de la maltraitance ?

- être témoin oculaire de violences conjugales
- avoir connaissance de ces violences sans en avoir été témoin direct
- être victime de violences physiques ou psychologiques directes
- aucune de ces situations

### Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes

votre pratique

Selon vous, les symptômes suivants peuvent-ils être liés à une exposition à des violences conjugales ?

- troubles du sommeil (cauchemars, insomnie, énurésie...)
- troubles du comportement de type hétéroagressif
- dépression, repli sur soi
- perturbation des apprentissages
- problèmes de discipline à l'école
- aucune de ces réponses

### Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes

vosre pratique

Devant une victime de violence conjugale, recherchez-vous la présence d'enfants au domicile ?

- Oui, systématiquement
- Oui, parfois
- non

### Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes

vosre pratique

Dans le dépistage et la prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales, considérez-vous la place du médecin de famille comme :

- primordiale
- importante
- peu importante
- inutile

### Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes

vosre pratique

Dans la prise en charge d'un enfant exposé à des violences conjugales, considérez-vous la transmission d'une information préoccupante à la CRIP comme :

- tout à fait appropriée
- appropriée selon les cas
- pas du tout appropriée

### Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes

votre pratique

Avez-vous déjà pris en charge un enfant exposé à des violences conjugales ?

- oui
- non

### Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes

votre pratique

Au cours de cette prise en charge, qui avez vous contacté ?

- vous n'avez contacté personne
- la CRIP
- le médecin de PMI
- l'assistante sociale de secteur
- le service de pédiatrie le plus proche
- le procureur de la République
- le juge pour enfants
- Autre (veuillez préciser)

### Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes

## votre pratique

Si vous n'avez pas fait de signalement, c'est parce que :

- vous ne saviez pas comment le faire
- vous ne saviez pas à qui l'adresser
- vous n'étiez pas sur de vous
- vous ne vouliez pas enfreindre le secret médical
- vous ne vouliez pas créer de problème à la famille
- vous pensiez que ça ne servait à rien
- Autre (veuillez préciser)

## Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes

### votre pratique

Ce qui pourrait vous aider à mieux prendre en charge ces enfants :

- une meilleure formation
- un meilleur retour quand vous transmettez une information préoccupante
- des interlocuteurs identifiés à qui adresser l'information préoccupante
- Autre (veuillez préciser)

## Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes

### votre pratique

Si vous étiez mieux formé(e) et informé(e), pensez-vous que vous feriez plus de signalement?

- oui, certainement
- oui, peut être
- non

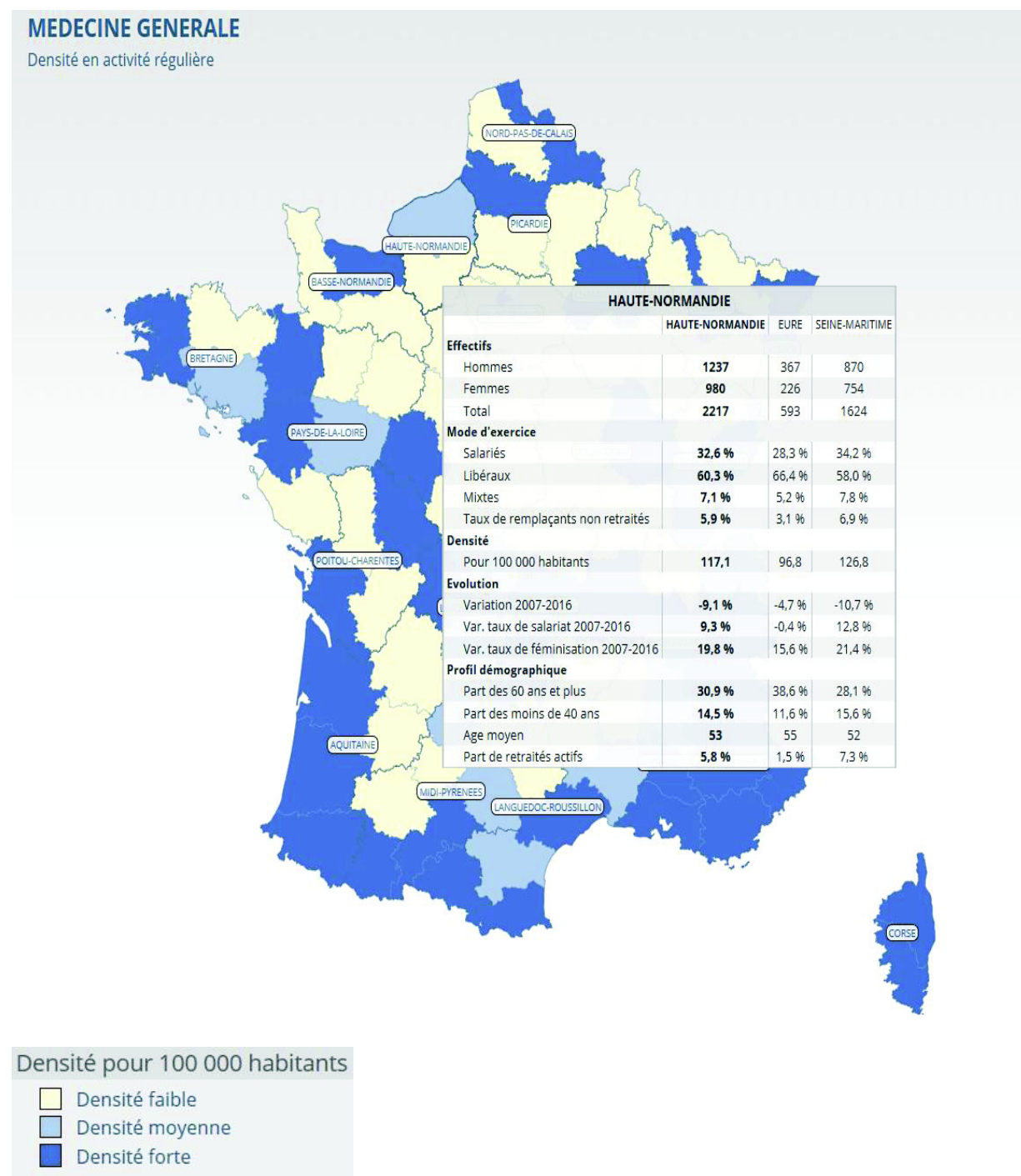
**Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales : état des lieux des pratiques et connaissances des médecins généralistes**

vos commentaires

Merci d'avoir participer à cette étude !

Si vous voulez me faire part de vos commentaires concernant ce thème, c'est ici !

### 3. Démographie des médecins généralistes de l'Eure et de la Seine-Maritime



Cartographie interactive de la démographie médicale, Site du Conseil National de l'Ordre des Médecins



#### 4. Modèle pour la rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement

##### O INFORMATION PREOCCUPANTE

A adresser à la CRIP : par courrier, par fax ou par mail

##### O SIGNALEMENT

A adresser au Parquet compétent avec copie immédiate à la CRIP

Je certifie avoir examiné ce jour (écrire en toute lettre):

- Date (jour de la semaine et chiffre du mois) :

- Année :

- Heure :

L'enfant :

- Nom :

- Prénom :

- Date de naissance (en toutes lettres) :

- Sexe :

- Nationalité :

- Adresse :

Enfant de :

- Etat civil et adresse de la mère :

- Etat civil et adresse du père :

Fratrie :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :

- La personne accompagnatrice nous a dit que :

« \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ »

- L'enfant nous a dit que :

« \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ »

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice : Oui / Non\*

- Description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

- Description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)

-

-

-

- Eléments complémentaires que le médecin souhaite indiquer :

Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse cette information préoccupante / ce signalement\*.

Les détenteurs de l'autorité parentale sont-ils avisés de l'envoi des éléments ci-dessus ? Oui / Non\*

Fait à \_\_\_\_\_, le

Eléments transmis :

O au Président du Conseil Général (CRIP) pour traitement / pour information\*

O au Procureur de la République\*

\* rayer la mention inutile

## 5. Page d'accueil du site « Honor our voices »

# Honor our Voices


Children's perspectives of Domestic Violence

Welcome, Guest not Guest ?


[Instructions](#) [Themes](#) [Extras](#)

**Honor Our Voices** is a unique online learning module providing you with the opportunity to see domestic violence through the eyes and voices of children. The purpose of this learning module is to create a multi-pronged response to increase the awareness and sensitivity of shelter advocates and other social service providers to the needs of children and suggest promising ways of enhancing services for children exposed to domestic violence. Included in this learning module is a [downloadable guide for practice](#) and a digital library of [short audio programs](#) that highlight specific promising practices through the voices of children.

**Honor Our Voices** is supported by Avon Foundation for Women in partnership with the Minnesota Center Against Violence and Abuse (MINCAVA) and Center



Click on a diary to begin



Birth to 5 yrs    6-12 yrs    12-18 yrs

presented by: **MINCAVA**    UNIVERSITY OF MINNESOTA Center for Advanced Studies in Child Welfare    AVON Foundation for Women

## *Serment d'Hippocrate*

*Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.*

# RESUME

L'exposition des enfants à la violence conjugale est un phénomène qui concerne plus de 4 millions d'enfants en France. Cette exposition est reconnue comme une maltraitance psychologique et doit bénéficier à ce titre de l'attention des services de protection de l'enfance. Les conséquences sur la santé et le développement des enfants sont multiples, et nécessitent une prise en charge psychologique et sociale adaptée. Les médecins généralistes font partie des professionnels de l'enfance. A ce titre, ils ont un rôle dans le réseau de protection de l'enfance : le dépistage et l'orientation.

Cette étude a pour but d'évaluer la formation des médecins généralistes à la prise en charge des enfants exposés à la violence conjugale. Pour cela, les généralistes installés dans l'Eure ont été interrogés par questionnaire sur leurs connaissances, leur formation et leur pratique face à un enfant victime de maltraitance et exposé à la violence conjugale.

On constate que les généralistes sont peu formés à la prise en charge des enfants victimes de violence conjugale. Ils connaissent mal le réseau de protection de l'enfance et le rôle qu'ils doivent y jouer. Pour l'ensemble des médecins sondés, la transmission d'une information préoccupante reste une procédure méconnue et peu pratiquée. Ils considèrent qu'une meilleure formation pourrait améliorer leur prise en charge des enfants exposés à la violence conjugale, et réclament des interlocuteurs identifiés pour la transmission d'une information préoccupante.

Des progrès peuvent être faits sur la formation théorique des généralistes, mais également sur leur pratique en matière de signalement. Afin de faciliter la formation et la communication entre les différents professionnels de la protection de l'enfance, la création de réseaux pluri professionnels de protection de l'enfance pourrait être envisagée.

**Mots clés** : maltraitance infantile, violence conjugale, enfants exposés, formation, médecine générale, information préoccupante