



**HAL**  
open science

## Enfants exposés aux violences conjugales : étude qualitative auprès des médecins du Pays Basque

Aliénor Leroux-Moga

► **To cite this version:**

Aliénor Leroux-Moga. Enfants exposés aux violences conjugales : étude qualitative auprès des médecins du Pays Basque. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03425298

**HAL Id: dumas-03425298**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03425298>**

Submitted on 10 Nov 2021

**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.

**Université de Bordeaux**  
**U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES**

Année 2021

Thèse n° 120

Thèse pour l'obtention du  
**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**  
Présentée et soutenue publiquement le 26 octobre 2021 par  
**Aliénor LEROUX MOGA**  
Née le 9 décembre 1991 à Léhon (22)

**Enfants exposés aux violences conjugales : étude qualitative  
auprès des médecins du Pays Basque**

**Directeur de thèse**

Madame le Docteur Isabelle Roques

**Rapporteur externe**

Monsieur le Docteur Edouard Lhomme

**Membres du jury**

Monsieur le Professeur Bouvard Manuel Président

Monsieur le Docteur Lhomme Edouard Juge et Rapporteur

Monsieur le Docteur Magot Laurent Juge

Madame le Docteur Lazaro Leila Juge

Madame le Docteur Roques Isabelle Juge



## **Remerciements**

### **A Monsieur le Professeur Bouvard,**

Vous me faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette thèse. Trouvez ici l'assurance de ma reconnaissance et de mon profond respect.

### **A Monsieur le Docteur Lhomme,**

Edouard, je te remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de mon travail, de l'avoir lu attentivement et pour tes précieux conseils.

### **A Monsieur le Docteur Magot,**

Je vous remercie d'avoir participé à l'élaboration de ce travail, vous avez guidé le début de mon travail de recherche. Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse et d'y apporter votre expérience de médecin généraliste.

### **A Madame le Docteur Lazaro,**

Je suis très honorée que tu fasses partie de mon jury de thèse. Ton engagement pour lutter contre la maltraitance infantile est une véritable inspiration sur notre territoire basque.

### **A Madame le Docteur Roques,**

Isabelle, un grand merci pour ton aide et ton soutien tout au long de ce travail de thèse. En m'accueillant comme interne, tu m'as fait découvrir ton beau métier de médecin de PMI, qui m'a réellement passionné. Tu as inspiré ma vie professionnelle débutante et j'ai rapidement su que je voulais moi aussi devenir médecin de PMI. Je suis très reconnaissante d'apprendre auprès de toi, et j'espère devenir un aussi bon médecin en protection de l'enfance.

A mes collègues

**Sylvie L.**, une rencontre qui a aussi changé mon avenir professionnel. Tu m'as donné envie de rejoindre votre équipe pour continuer cette belle aventure à la PMI. Et après tous ces mois, tu es devenue une véritable amie qui me soutient inconditionnellement en inspirant un équilibre parfait entre ma vie professionnelle et ma vie personnelle.

A **Catherine, Florence I.** et **Florence A.** qui m'ont accueillie dans leurs équipes après mon internat. Je suis très heureuse d'apprendre auprès de vous. Merci pour votre accueil et votre soutien.

A toute l'équipe de PMI du BAB et de Nive-Nivelle, vous m'avez fait découvrir toutes les facettes de la PMI pendant mes six mois d'internat puis vous m'avez soutenue dans mes premiers pas de médecin remplaçant. Ce travail auprès de vous au quotidien me conforte dans mon choix.

A **mes parents**, qui ont été mon premier soutien de l'école maternelle jusqu'à la dernière relecture de ma thèse de médecine. Vous m'avez permis de faire de belles études pour devenir la femme que je voulais être. Vous nous avez offert une belle vie à six, pleine d'amour et d'espoir qui m'a guidée pendant ces 29 années.

A **mon frère**, Pierre-Philip, mon coloc préféré qui m'a supportée pendant mes premières années d'étude dans notre appartement bordelais. Toi aussi, tu as fait un beau chemin et je suis fière de ton rétablissement !

A **ma sœur**, Marie, merci pour tout le soutien que tu m'as apporté pour la préparation de notre mariage, pour le lambris de notre appartement et pour ma thèse. Merci de m'avoir supportée pendant toutes ces années !

A **ma toute petite sœur**, Ophélie, tu es mon petit rayon de soleil depuis 15 ans. Notre vie aurait été bien différente sans toi, la petite cerise sur le gâteau.

A **mes grands-parents**, à toutes les vacances qu'on a passées avec vous à St phi ou à Luz, elles nous ont épanoui et appris tant de choses. Merci pour tous ces souvenirs !

A **ma belle-famille**, Marie, Stéphane, mes beaux-frères Clément, Alexis, Yvain, mes belles sœurs, Tita, Monsieur Gé, Flo, Alice, Papou et Nanie qui m'ont accueillie depuis 9 ans et qui m'ont tout autant soutenu dans mon externat, mon internat et dans la longue et difficile élaboration de cette thèse.

A mes amis,

**Marie** Merlin, inséparable depuis la seconde, tu es depuis bien longtemps un pilier de ma vie. On s'est soutenues depuis le premier jour de notre P1 et même quand tu as fini tes études, tu m'attendais à la sortie de la BU pour m'offrir une petite planche de fromage/charcuterie pour m'encourager à bosser ! Nous avons avancé à deux et maintenant nous avancerons à quatre, avec nos chers maris montois !

**Adeline**, tu es à mes côtés depuis le début de toutes ces années d'étude... Notre amitié m'a permis d'aller jusqu'au bout grâce à nos sous colles, nos journées BU et surtout nos soirées et voyages. On peut être fière des médecins qu'on est devenues aujourd'hui ! Mais on doit aussi ce succès à Polo, ce grand médecin international, ce google guide et ce fin gourmet qui nous a appris tant de chose de la vie!

**Léa**, tu es un véritable soutien depuis de nombreuses années. Tu étais là pendant mon externat, mon internat et tous ces mois (pénibles) de thèse et je t'en remercie... mais le plus beau geste d'amitié dont je me souviens c'est le sauvetage des mojitos de notre mariage !

« **Mes garçons** », Alex, Mathias, Martin, Richard qui me soutiennent depuis 15 ans sans aucune faille ! Qu'est-ce que je serai devenu sans vous ?!

Sans oublier vos moitiés qui ont bien du courage de vous supporter tous les jours et j'espère pour longtemps.

**Mes copines**, Aurélie, Iona, Mappie qui ont rendu toutes ces nombreuses années d'étude de médecine plus belles.

**Mon conseil scientifique** en or, Clem, Helo, Elo, Arturo, Kev et Thibaut, je peux toujours compter sur vous pour un avis médical (plus ou moins de qualité) ! On espère vite repartir aux Antilles avec vous pour écouter du Francky Vincent en sirotant des ti punch !

A Fab, mon traducteur préféré !

A tous nos amis qui rendent notre vie tellement belle et riche.

Et enfin, à **Thomas**, quand nos chemins se sont croisés le premier jour de mon externat, je n'imaginai pas que neuf ans plus tard nous serions ensemble, mariés et heureux à Bayonne. Merci pour ton soutien et ton amour au quotidien.

A tous nos beaux projets...

*« Il n'est pas de violence sans lendemain. »*

Victor Hugo

## **Table des matières**

Table des matières .....	9
Tables des illustrations .....	12
Liste des abréviations .....	13
1. Introduction.....	14
1.1. Violences conjugales .....	14
1.1.1. Définition .....	14
1.1.2. Types de violence.....	14
1.1.3. Les chiffres .....	15
1.1.4. Différence entre conflit et violence .....	16
1.1.5. Cycle de la violence .....	16
1.2. Enfant exposé aux violences conjugales .....	18
1.2.1. Définition .....	18
1.2.2. Les chiffres .....	19
1.2.3. Enfant en danger.....	20
1.3. Les répercussions des violences conjugales sur les enfants .....	22
1.3.1. Dès la phase intra utéro .....	22
1.3.2. Des répercussions non spécifiques et différentes pour chaque enfant .....	23
1.3.3. Des effets à court, moyen et long terme .....	25
1.3.4. Comment expliquer ces répercussions ? .....	27
1.4. La place du médecin généraliste auprès des enfants victimes de violences conjugales .....	30
1.4.1. Repérage en soin primaire.....	30
1.4.2. Prise en charge.....	31
1.4.2.1. Evaluation .....	31
1.4.2.2. Orientation.....	32
1.4.2.3. Protection de l'enfant .....	32
2. Matériel et méthode .....	34
2.1. Type d'étude.....	34
2.2. Objectif .....	34
2.3. Déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).....	34
2.4. Entretiens .....	34

2.4.1. Investigateur .....	34
2.4.2. Trame d'entretien .....	34
2.4.3. Conduites des entretiens .....	35
2.4.4. Enregistrement et retranscription .....	36
2.5. Population d'étude.....	36
2.6. Recrutement des médecins.....	36
2.7. Méthode d'analyse des données .....	37
3. Résultats.....	38
3.1. Caractéristiques des médecins de l'échantillon ayant participé aux entretiens .....	38
3.2. Description des données recueillies lors des entretiens semi-dirigés.....	40
3.2.1. Définition de la violence conjugale et des répercussions sur les enfants .....	40
3.2.1.1. La violence conjugale .....	40
3.2.1.2. L'enfant exposé aux violences conjugales .....	42
3.2.1.3. Les répercussions des violences conjugales sur les enfants.....	44
3.2.2. La prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales.....	46
3.2.2.1. Le repérage .....	46
3.2.2.2. La prise en charge centrée sur la mère.....	47
3.2.2.3. La place du médecin traitant : écoute et soutien des victimes .....	48
3.2.2.4. L'évaluation de la situation familiale .....	49
3.2.2.5. La surveillance de l'enfant .....	49
3.2.2.6. L'orientation des victimes.....	50
3.2.2.7. La protection de l'enfant .....	51
3.2.3. Les obstacles rencontrés dans la prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales .....	53
3.2.3.1. Complexité de prise en charge des victimes de violences.....	53
3.2.3.2. Difficulté d'orientation des familles .....	56
3.2.3.3. Obstacles à la protection de l'enfant par le médecin généraliste.....	57
3.2.4. Les attentes des médecins généralistes dans la prise en charge des enfants victimes de violences conjugales .....	60
3.2.4.1. La formation.....	60
3.2.4.2. Les partenaires du réseau local .....	61
3.2.4.3. Les outils .....	62
4. Discussion.....	63
4.1. Discussion des résultats .....	63
4.1.1. L'enfant exposé aux violences conjugales défini par les médecins.....	63

4.1.1.1.	La violence conjugale peu fréquente et mal connue.....	63
4.1.1.2.	L'enfant victime .....	64
4.1.1.3.	Les différentes répercussions des violences conjugales sur les enfants ....	64
4.1.2.	Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales .....	66
4.1.2.1.	Indissociable du parent victime .....	66
4.1.2.2.	Vers un repérage systématique des violences ?.....	66
4.1.2.3.	L'accompagnement : évaluer, surveiller et soutenir .....	67
4.1.2.4.	Une orientation individualisée.....	68
4.1.2.5.	Comment le médecin généraliste peut-il protéger l'enfant dans une situation de violence conjugale ?.....	69
4.1.3.	Des obstacles communs à la prise en charge des femmes victimes .....	72
4.1.3.1.	Obstacles liés aux médecins .....	72
4.1.3.2.	Obstacles liés au cadre professionnel.....	73
4.1.3.3.	Obstacles liés aux victimes.....	74
4.1.4.	Les attentes des médecins généralistes du territoire.....	75
4.2.	Limitations et faiblesses .....	77
4.2.1.	Sujet concernant la protection de l'enfance .....	77
4.2.2.	L'échantillon de médecins généralistes .....	77
4.2.3.	Les entretiens.....	78
4.3.	Points forts .....	78
4.3.1.	Intérêts de l'étude .....	78
4.3.2.	Choix d'une étude qualitative.....	78
4.3.3.	Triangulation des données.....	79
4.4.	Perspectives .....	80
5.	Conclusion .....	81
	Bibliographie .....	82
	Annexes .....	88
Annexe 1	Formulaire d'information et de consentement .....	88
Annexe 2	Guide d'entretien (version 2) .....	90
Annexe 3	Coordonnées du réseau local.....	93
Annexe 4	Coordonnées du réseau local (Brochure Le monde du silence de la Région Nouvelle Aquitaine).....	94
	Serment .....	95
	Abstract .....	96
	Résumé.....	97

## **Tables des illustrations**

Figure 1. Le cycle de la violence conjugale

Figure 2. La carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant

Tableau 1. L'enfant exposé à la violence conjugale et familiale d'après Sudermann et Jaffe

Tableau 2. Caractéristiques des médecins généralistes

## **Liste des abréviations**

CDED : Cellule départementale de l'enfance en danger

CHCB : Centre Hospitalier de la Côte Basque

CIDFF : Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

CRIP : Cellule de Recueil de Informations préoccupantes

ENVEFF : Enquête nationale sur les violences envers les Femmes en France

FNSF : Fédération Nationale Solidarité Femmes

HAS : Haute Autorité de Santé

IP : Information Préoccupante

JAF : Juge aux affaires familiales

MIPROF : Mission Interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains

PMI : Protection Maternelle et Infantile

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

# **1. Introduction**

## **1.1. Violences conjugales**

### **1.1.1. Définition**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les violences conjugales ou violences entre partenaires intimes comme « tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui sont parties à cette relation » (1).

La violence conjugale existe dans tous les pays et dans tous les groupes sociaux, économiques, religieux et culturels.

L'auteur de violences conjugales peut être le partenaire (marié, pacsé ou en concubinage ou en union libre) ou l'ex-partenaire. En effet, les violences conjugales peuvent se poursuivre après la séparation du couple (1).

Les violences entre partenaires intimes, sous n'importe quelle forme, peuvent être exercées par des hommes contre des femmes, par des femmes contre des hommes ou dans des couples homosexuels. Cependant, dans la majorité des cas ce sont des femmes qui sont victimes de partenaire masculin (1).

### **1.1.2. Types de violence**

La définition de l'OMS met en avant les différentes formes de violences au sein du couple. En général, différents types de violence coexistent dans une même relation. Cette violence peut s'exprimer par (1) :

- Les violences physiques
- Les violences verbales et psychologiques, comme les insultes, les menaces, le recours à l'intimidation, à l'humiliation et au rabaissement constant
- Les violences sexuelles, notamment des rapports sexuels forcés et d'autres formes de coercition sexuelle

- Les comportements tyranniques et dominateurs comme l'isolement des victimes, les faits qui limitent son accès aux ressources financières, administratives, à l'emploi, à l'éducation ou aux soins médicaux.

### **1.1.3. Les chiffres**

D'après l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) réalisée en 2000 auprès d'un échantillon de 6970 femmes, 9.5% des femmes ont rapporté avoir été victimes de violences conjugales physiques, sexuelles ou psychologiques au cours des douze derniers mois (2). Ce chiffre d'une femme sur dix victime de violences conjugales est largement repris par les médias depuis cette étude.

D'après l'enquête nationale et annuelle « Cadre de vie et sécurité », chaque année, en moyenne 213 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles par leur conjoint ou ex conjoint (3, 4).

En 2019, 142 310 victimes de violences commises par leur partenaire ont été enregistrées par les services de police et de gendarmerie (plaintes, signalements, constatations transmis à l'autorité judiciaire) (3).

Parmi les victimes de leurs partenaires qui sont enregistrées par les services de polices ou de gendarmerie en 2019, 88% des victimes sont des femmes (3).

En 2019, 146 femmes et 27 hommes ont été tués par leur partenaire ou ex-partenaire. En moyenne, une femme décède tous les deux jours et demi (3, 5).

Cette même année, les parquets des tribunaux de grande instance ont traité 78 692 affaires avec des auteurs présumés impliqués dans des affaires de violences au sein du couple (3).

#### **1.1.4. Différence entre conflit et violence**

Les violences conjugales sont caractérisées par un rapport de domination et de prise de pouvoir sur la victime. L'auteur exerce un phénomène d'emprise sur la victime et instaure un climat de peur et de tension (6).

Dans le conflit conjugal, il y a une réciprocité des interactions, deux points de vue qui s'opposent (6).

Les violences conjugales ne peuvent pas être considérées comme une sous-catégorie du conflit conjugal. Elles sont au contraire d'une nature très différente, ne serait-ce qu'en raison de leur caractère illégal et pénalement répréhensible.

#### **1.1.5. Cycle de la violence**

La violence conjugale s'installe progressivement au sein du couple. L'objectif de l'auteur est de contrôler la victime.

Les épisodes de violences ont tendance à se répéter selon un cycle stratégique de quatre phases menées par l'agresseur qui a pour but d'instaurer un rapport de domination (Figure 1) :

- la phase de tension avec les menaces physiques et psychologiques qui créent un climat d'insécurité
- la phase de violence (appelée crise ou agression) avec l'épisode de violence physique, verbale et/ou sexuelle
- la phase de justification qui vise à banaliser ou normaliser les violences
- la phase de lune de miel ou réconciliation qui amène de l'espoir à la victime.

Ce cycle de la violence conjugale est un processus évolutif et répétitif avec une escalade dans la sévérité et la fréquence de la violence (6).

## CYCLES DES VIOLENCES

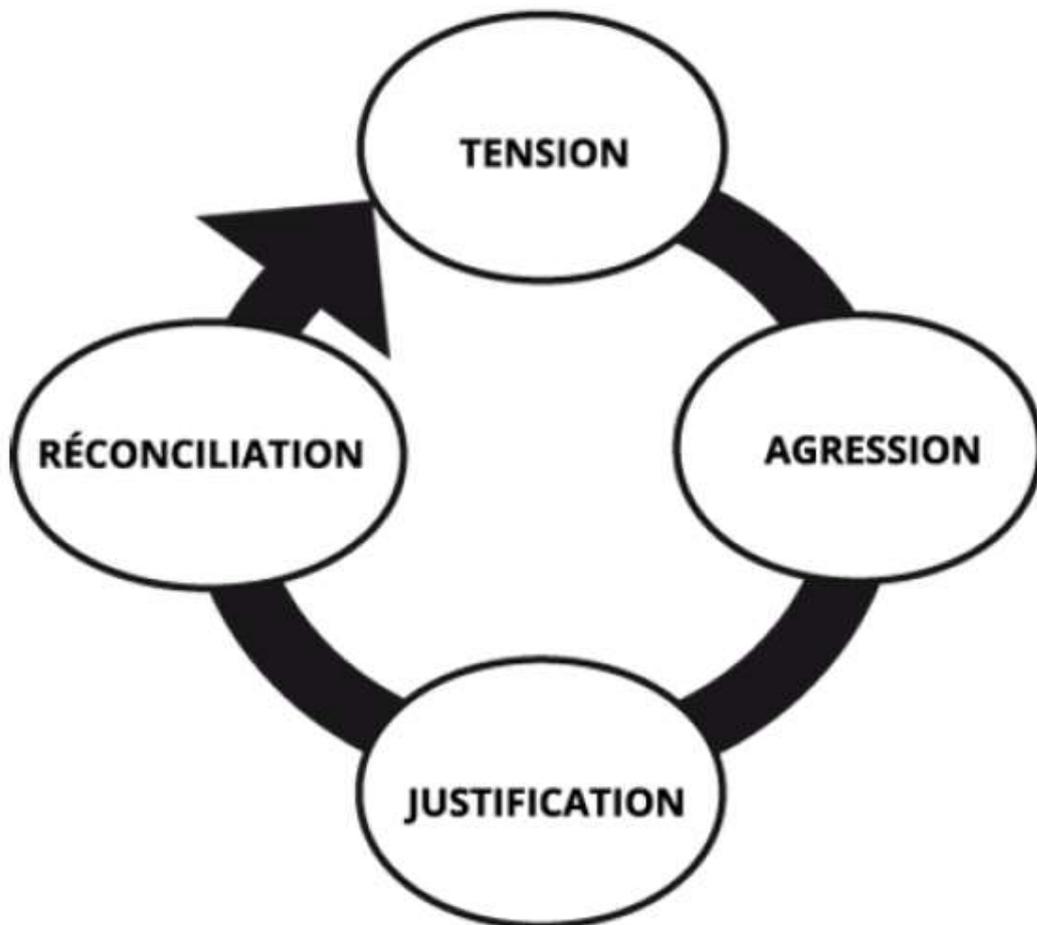


Figure 1. Le cycle de la violence conjugale

Pour les femmes victimes de violences conjugales, sortir d'une relation violente est un processus long et difficile. Il ne s'agit pas d'un événement ponctuel. La plupart des femmes partent et reviennent plusieurs fois avant de finalement mettre fin à la relation après des années de violences (1).

Il arrive que la violence continue, voire même s'amplifie après que la victime ait quitté son partenaire (7). Les homicides sont motivés dans 20% des cas par la séparation (5).

## **1.2. Enfant exposé aux violences conjugales**

### **1.2.1. Définition**

Depuis une trentaine d'années, de nombreuses études internationales mettent en évidence les différentes répercussions des violences conjugales sur la santé et le développement des enfants qui vivent dans ces foyers.

En France, dès 2001, le Ministère de la Santé a commandité un rapport sur les conséquences des violences conjugales sur la santé. Il met en avant que la violence conjugale a les mêmes effets sur l'enfant qui vit dans ces foyers que s'il en était lui-même la victime directe (8).

L'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) a retenu le terme « d'enfant exposé aux violences conjugales » pour définir les enfants qui vivent dans un foyer où sévit la violence conjugale.

En effet, le terme « enfant témoin » peut sous-entendre que l'enfant est présent physiquement lors de scènes de violence, il voit ou entend les scènes de violence qu'exerce un parent sur l'autre. Mais l'enfant est aussi impacté par un ensemble de manifestations associées à la violence, avant, pendant et après qu'elle survienne, sans assister directement au passage à l'acte entre ses parents (9).

Enfin, même si on reconnaît aujourd'hui que les enfants sont des victimes à part entière des violences au sein du couple, le terme « enfant victime » met l'accent sur le préjudice subi et la réparation juridique et morale qui doit s'ensuivre (9).

### **1.2.2. Les chiffres**

En 2019, 25 enfants ont été tués dans des situations de violences au sein du couple, 3 de ces infanticides ont été commis concomitamment avec l'homicide du parent et les 22 autres ont eu lieu dans le cadre d'épisode de violences conjugales (5).

Dans la même année, 39 enfants ont été témoins des scènes de crimes de l'un de leur parent, qu'ils aient été présents au moment des faits ou qu'ils aient découvert le corps. La présence de l'enfant à proximité n'empêche pas le passage à l'acte (5).

Si ces statistiques se focalisent sur les conséquences les plus graves, il ne faut pas négliger l'impact de la violence sur le développement de tout enfant qui y est exposé. Il est difficile d'estimer le nombre d'enfants exposés aux violences conjugales en France. L'étude ENVEFF met en évidence que le cumul des agressions augmente la probabilité que les enfants y assistent. En effet, près de deux tiers des mères en situation de cumul de violences ont indiqué que leurs enfants en étaient témoins (9). Mais l'enfant peut être aussi exposé à la violence sans être un témoin direct.

La Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF) a estimé le nombre d'enfant exposé aux violences conjugales à 4 millions d'enfants en France. L'ONED a repris ce chiffre dans son rapport sur les enfants exposés aux violences conjugales (9).

### 1.2.3. Enfant en danger

La violence conjugale est un facteur de risque majeur dans le développement des enfants car les différents besoins fondamentaux peuvent être peu, mal ou non satisfaits par les parents. Les besoins physiologiques et de santé, le besoin de protection de toute forme de maltraitance et le besoin affectif et relationnel peuvent être mis à mal dans un contexte de violences conjugales. Chacun de ces besoins est « fondamental » au sens où l'absence de satisfaction de l'un d'entre eux, a fortiori de plusieurs, met l'enfant en risque de subir un préjudice développemental (10). On parle de méta besoin de sécurité, qui est le besoin fondamental qui englobe tous les autres (Figure 2).

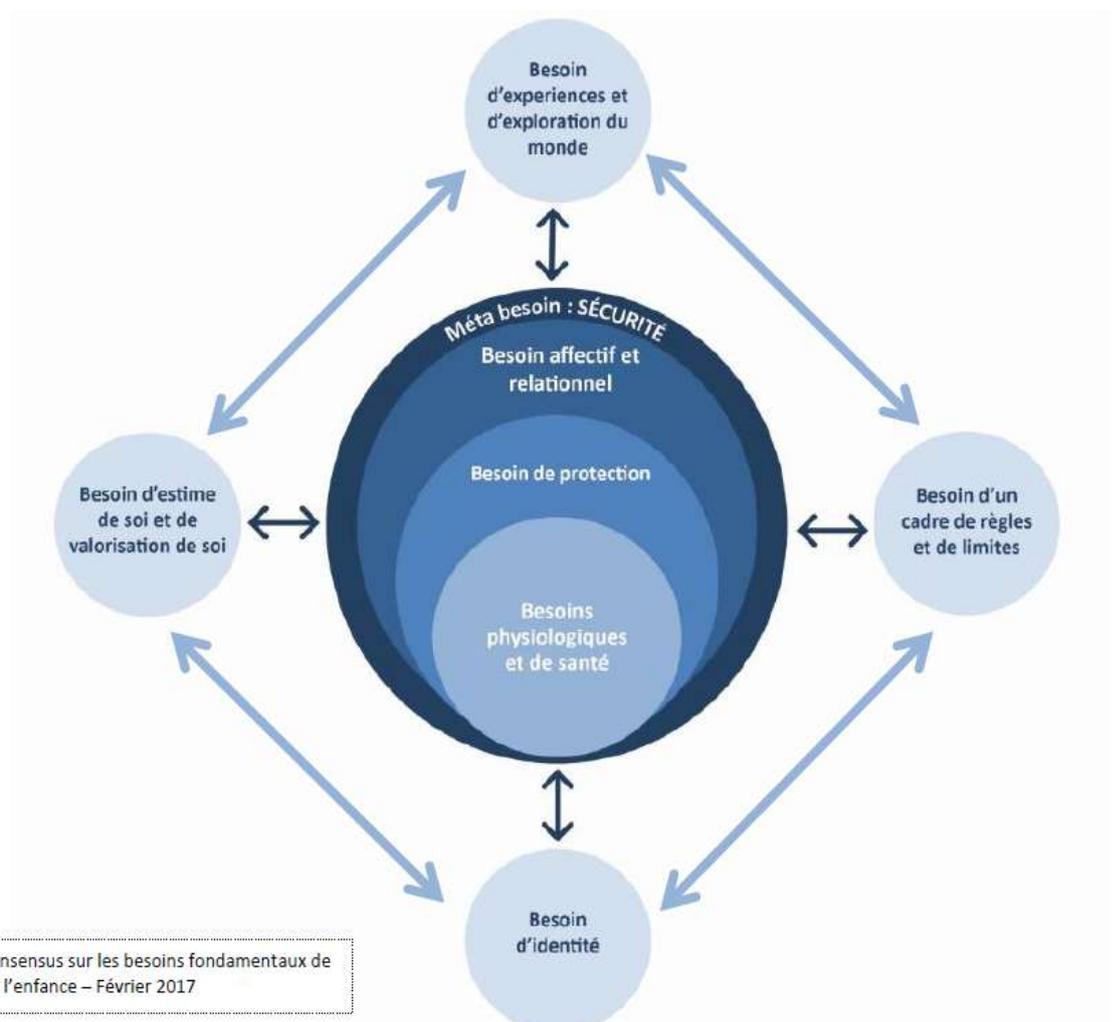


Figure 2. La carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant.

Depuis quelques années, le méta-besoin de sécurité des enfants exposés à la violence conjugale est pris en compte.

En 2006, le Conseil de l'Europe a mis en avant le danger qu'entraîne la violence au sein du couple pour le bien-être des enfants dans son rapport « Combattre la violence à l'égard des femmes, étude du bilan des mesures et actions prises dans les Etats membres du Conseil de l'Europe » (10).

Puis en 2011, la France a signé la « Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique » du Conseil de l'Europe. Cette convention reconnaît que les enfants sont des victimes de la violence domestique, y compris en tant que témoins de violence au sein de la famille (11).

De plus, cette convention préconise de prendre des mesures pour que, dans l'offre des services de protection et de soutien aux victimes, les droits et les besoins des enfants témoins de toutes les formes de violence soient pris en compte (11).

La loi du 5 mars 2007 complétée par la réforme du 14 mars 2016 rappelle que « la protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits » (12).

En 2016, l'OMS a actualisé sa définition de la maltraitance en y ajoutant comme forme potentielle « l'exposition de l'enfant aux manifestations de violences entre partenaires intimes » (13).

En 2019, la recommandation de la HAS concernant le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple définit l'exposition des enfants aux violences conjugales comme une forme de maltraitance infantile qui constitue un risque ou un danger relevant du champ de la protection de l'enfance (6).

### **1.3. Les répercussions des violences conjugales sur les enfants**

#### **1.3.1. Dès la phase intra utéro**

Lors de l'enquête ENVEFF, 3 à 8% des femmes ont déclaré avoir été victimes de violence physique durant leur grossesse (2). Dans près de 30% à 40% des cas de violences conjugales, le premier acte de violence survient pendant la grossesse (6).

Pendant la grossesse, les adultes conjoints sont sur le point de devenir parents et cette situation est vécue comme non sécurisante et peut faire ressurgir des souffrances (6, 9).

La grossesse annonce une crise car elle constitue un changement dans la relation de couple : les exigences et les besoins tant au niveau physiques et émotionnels que sociaux et économiques évoluent. Le futur enfant peut être perçu comme celui qui rompt le lien exclusif de l'homme avec la femme (6).

La violence au cours de la grossesse affecte directement et indirectement la morbidité et la mortalité de l'enfant et de la mère. La violence peut engendrer des complications obstétricales (décès maternel, hémorragie fœto-maternelle, fausses-couches, infections maternelles, accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, suivi aléatoire ou tardif de la grossesse, maladie chronique associée non équilibrée) ou des complications fœtales (mort in utero, retard de croissance intra-utérine, prématurité, faible poids à la naissance) (6, 8).

De plus, la violence conjugale entraîne un stress qui s'associe à des taux élevés de cortisol et peut influencer l'organisation structurelle du cerveau du fœtus. Ces modifications peuvent avoir un impact développemental sur le long terme (15).

Enfin, les violences conjugales affectent négativement la santé des femmes enceintes avec un retard, une absence d'accès aux soins prénataux ou des comportements à risque induits (consommation de tabac, alcool ou autres toxiques) (6, 9).

### **1.3.2. Des répercussions non spécifiques et différentes pour chaque enfant**

Les violences conjugales sous toutes ses formes peuvent avoir différents impacts sur les enfants exposés quels que soient leur âge et leur sexe (16).

Les répercussions des violences conjugales sur les enfants sont aspécifiques. L'enfant montre des signes de souffrance. Ils peuvent varier selon l'âge et les étapes du développement de l'enfant. La violence conjugale peut avoir des effets sur la santé physique, la santé mentale, le développement global, les fonctionnements et habiletés sociales en fonction des différentes tranches d'âge (17). Les effets de l'exposition à la violence conjugale sur les enfants en fonction de leur tranche d'âge sont répertoriés dans le Tableau 1.

Chaque enfant réagit de manière différente à l'exposition à la violence conjugale. En fonction de la fréquence, de la sévérité et de la durée d'exposition, l'impact peut être différent (9). L'interprétation et le sens que l'enfant met sur ce qu'il vit peut influencer l'effet que la violence au sein du couple peut avoir sur lui (18).

L'enfant peut développer une résilience définie par « la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative » (19).

Même si l'enfant ne présente pas de symptôme, il peut être « en lutte » et souffrir d'une faible estime de lui-même et d'une diminution de ses compétences sociales (9).

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

Tableau 1. L'enfant exposé à la violence conjugale et familiale d'après Sudermann et Jaffe (16).

### **1.3.3. Des effets à court, moyen et long terme**

Lors de l'exposition à un épisode de violence, on peut retrouver des effets à court terme : des blessures physiques, des émotions fortes et contradictoires sans pouvoir obtenir de l'aide, des comportements d'intervention dans la situation de violence, de retrait ou de fuite et des conséquences sociales directes comme l'isolement ou des ruptures sociales (17).

Puis à moyen terme, l'exposition des enfants aux violences conjugales peut avoir un impact sur le développement physique, psychique, affectif et/ou social.

L'enfant peut présenter des problèmes de santé tels que des troubles du sommeil (insomnie, difficulté d'endormissement), des troubles alimentaires, des troubles somatiques... (17).

Ces enfants ont en général davantage de difficultés d'apprentissage et de concentration. Les problèmes cognitifs et scolaires se manifestent le plus souvent par une déficience des habiletés intellectuelles (17, 20).

La violence conjugale peut représenter une violation des besoins de sécurité de l'enfant et créer chez lui un sentiment de menace, de peur, d'insécurité et d'impuissance (21).

Mais l'enfant n'est pas passif face à la violence conjugale car il essaie d'interpréter la signification de cette violence et d'évaluer le rôle qu'il peut jouer dans l'apparition de la violence ou dans sa résolution. L'enfant a un réel sentiment de blâme, ce qui peut conduire à un risque majoré de manifester de la détresse, notamment des symptômes dépressifs (22).

L'enfant peut avoir des problèmes émotionnels et relationnels (perte d'habileté dans les interactions, paralysie des sentiments, émotions décalées).

L'enfant peut ressentir une ambivalence entre ces deux parents, il est pris dans un conflit de loyauté. Le père peut être vu comme instable, agressif et violent face à une mère en souffrance qui a besoin de protection puis comme puissant et le plus fort face à une mère fragile et soumise (21).

L'enfant peut être instrumentalisé dans la relation conjugale par l'auteur ou la victime des violences. L'instrumentalisation de l'enfant atteint souvent son paroxysme après la séparation du couple. L'enfant est utilisé par le parent agresseur pour atteindre le parent victime (19). Dans ces contextes de violence conjugale, l'enfant peut être amené à endosser des responsabilités peu adaptées à son âge. L'enfant parentifié souffre souvent d'isolement social, d'anxiété et de dépression (22).

Les enfants exposés aux violences conjugales développent plus que les enfants non exposés :

- des **troubles dits intériorisés** : syndrome anxio-dépressif, isolement, faible estime de soi, tentative de suicide
- des **troubles dits extériorisés** : comportement hétéro-agressif, impulsivité, hyperactivité (17, 20).

Souvent, ces troubles des conduites ont des conséquences sur la scolarité avec des troubles des apprentissages, de l'attention ou de la sociabilisation car l'enfant présente un décalage par rapport à ses pairs (17).

A long terme, la violence conjugale impacte le développement de l'enfant et l'adulte qu'il va devenir. Il peut présenter des difficultés d'adaptation sociale, un état dépressif et/ou anxieux, une estime de soi diminuée, des compétences cognitives et relationnelles diminuées (17).

Les enfants exposés, puis les adultes qu'ils deviennent, ont tendance à reproduire cette violence dont ils sont témoins, on parle de reproduction intergénérationnelle de la violence. Cette reproduction est genrée c'est-à-dire qu'il y a une plus forte relation entre grandir dans un foyer violent et devenir violent pour les hommes et une relation plus forte entre grandir dans un foyer violent et devenir victime pour les femmes (23).

#### **1.3.4. Comment expliquer ces répercussions ?**

Selon l'ONED, les conséquences des violences conjugales sur les enfants exposés peuvent être expliquées par deux références théoriques qui sont l'attachement et/ou un syndrome de stress post traumatique (9).

##### **Le trouble du lien mère-enfant**

Dans les premières années de sa vie, l'enfant va créer un attachement qui est un processus interactif de régulation de la peur (24). L'enfant va diriger ses comportements d'attachement (s'accrocher, sucer, pleurer, sourire) vers la figure d'attachement. Il va se tourner vers elle lorsqu'il est en situation de détresse pour rechercher sa sécurité. Si le parent est disponible, sensible et à l'écoute des besoins de l'enfant, l'enfant va se sentir en sécurité. L'enfant va pouvoir explorer son environnement. Il s'agit d'une balance dynamique entre les comportements d'attachement et les comportements d'exploration (25).

La violence entre partenaire intime peut avoir une incidence sur la qualité d'attachement que développe l'enfant dans sa petite enfance. Le parent victime de violence conjugale a le plus souvent une compétition intra psychique entre sa motivation individuelle à se protéger et celle de protéger ses enfants.

De plus, le parent victime peut se trouver dans un état de stress post traumatique non résolu et présenter des comportements dissociés pour l'enfant (24).

L'enfant ne peut donc pas compter sur son parent pour réguler ses affects négatifs. Il peut présenter un attachement désorganisé, ce qui traduit un effondrement de toute stratégie organisée de l'enfant pour obtenir de l'aide de sa figure d'attachement. Cette altération de la relation d'attachement est particulièrement importante à prendre en considération, car elle pourra par la suite être à l'origine d'autres complications au niveau du développement de l'enfant, par exemple dans ses relations affectives ultérieures, sa confiance en lui-même et aux autres, tout au long de sa vie (25).

Les expériences que vivent ces enfants au niveau de leur sécurité affective et la manière dont ils peuvent être affectés sont différentes et dépendent fortement du contexte dans lequel ils évoluent. En effet, dans un contexte de violence, si le parent (plus particulièrement la mère) est attentif à la détresse et au besoin de l'enfant et peut y répondre adéquatement, les conséquences sur sa sécurité affective seront minimisées (24).

La relation d'attachement dans la mesure où elle est sécuritaire peut donc être considérée comme un facteur de résilience ou de protection qui aura aussi une influence sur la relation parent-enfant ainsi que le développement de l'enfant (25).

### **Le syndrome de stress post traumatique**

L'impact psycho-traumatique des violences entre partenaires intimes est dévastateur à court, moyen et long terme sur la vie et la santé des femmes et enfants victimes de violences conjugales. La répétition des épisodes de violence augmente le risque de survenue de syndrome de stress post traumatique et son aggravation (26).

Le fait d'assister à la violence intra familiale en particulier si c'est la figure d'attachement principale qui est victime constitue un événement stressant pour un petit enfant. Cet état de stress peut entraîner chez les femmes et enfants victimes de violence conjugale :

- une dissociation traumatique, se traduisant par une anesthésie émotionnelle, un sentiment d'étrangeté, d'irréalité et de dépersonnalisation avec l'impression de devenir spectateur de la situation.
- une mémoire traumatique se traduisant par une mémoire émotionnelle non intégrée et non consciente. Elle se traduit par des réminiscences intrusives qui envahissent totalement la conscience (27).

La personne met inconsciemment en place des stratégies d'évitement, elle peut développer des conduites de mises en danger (dont le retour avec le partenaire violent) pour retrouver cet état de dissociation (28).

L'enfant peut souffrir des symptômes de stress post traumatique regroupés en trois grandes catégories de symptômes :

- le syndrome d'intrusion qui renvoie à la reviviscence de l'événement traumatique sous forme de cauchemars, pensées envahissantes, flash-backs
- le syndrome d'évitement qui peut conduire à une réduction des affects
- l'hyperactivité neurovégétative avec des troubles du sommeil, une irritabilité ou accès de colère, des difficultés de concentration, une hyper réaction de sursaut exagéré (9).

Chez les jeunes enfants, le syndrome de stress post traumatique peut présenter des signes particuliers :

- des comportements immatures régressifs : anxiété majorée, expression de beaucoup de comportements d'agrippement (enfant plus « collant »), difficultés à s'endormir
- une agressivité : irritabilité, comportements destructeurs, crises de colère...
- des troubles du sommeil avec des cauchemars
- des jeux ou dessins remettant en scène de manière répétitive l'événement traumatique ou des thèmes qui y sont associés (7).

## **1.4. La place du médecin généraliste auprès des enfants victimes de violences conjugales**

### **1.4.1. Repérage en soin primaire**

Les professionnels de santé sont le premier recours des femmes victimes de violences conjugales. Dans l'étude « cadre de vie et sécurité », 25% des femmes déclarant avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles ont consulté un médecin (3). En soin primaire, le médecin généraliste est donc largement impliqué dans le repérage et la prise en charge des victimes de violences, femmes et enfants.

La grossesse étant une période où le risque de voir survenir les violences conjugales est particulièrement important, et en parallèle une période où les femmes sont le plus amenées à consulter, il s'agit d'un moment clé pour le repérage des femmes victimes et des enfants exposés (4). De plus, le lien qui s'établit dans la période périnatale entre le professionnel de santé et la patiente rend le moment propice à des révélations d'une situation familiale (6).

Les effets de la violence conjugale se traduisent par des signes non spécifiques, qui sont ceux de l'enfant en souffrance, sans qu'ils puissent être rattachés à un type de causalité particulière (29).

Le médecin généraliste est souvent le premier professionnel de santé qui peut repérer les différents signes de souffrance chez un enfant. Il a donc un rôle important à jouer dans le repérage des enfants victimes de violences conjugales :

- si la situation de violence conjugale est connue du médecin, il évalue l'impact de ces violences sur l'enfant en recherchant des signes de souffrance.
- si la situation de violence conjugale n'est pas connue, le médecin qui reçoit l'enfant met en évidence des signes de souffrance. Ces symptômes de mal être sont susceptibles d'indiquer une exposition à la violence conjugale. Il est important d'émettre l'hypothèse (parmi d'autres) d'une exposition à la violence intra familiale.

Il semble que la meilleure manière de repérer un enfant qui subit des violences conjugales est de poser des questions à sa mère ou à l'enfant. La HAS recommande un dépistage systématique des violences conjugales (6). L'enfant peut parfois être utilisé, consciemment ou non, par sa mère comme un intermédiaire pour demander de l'aide au médecin (30).

#### **1.4.2. Prise en charge**

##### **1.4.2.1. Evaluation**

Toute situation d'exposition à la violence conjugale n'implique pas forcément une prise en charge spécifique de l'enfant. La réponse apportée par les professionnels doit être adaptée à la gravité de la situation et à son impact sur l'enfant. Le médecin généraliste va pouvoir réaliser une évaluation de la situation centrée sur l'enfant en recherchant les différents signes de souffrance ou répercussions de la violence conjugale en fonction de son âge (31).

L'enfant exposé aux violences conjugales peut ne présenter aucun symptôme, aucun signe de souffrance. Cependant, les situations ne tendent pas à s'améliorer et le risque que l'enfant développe des signes de souffrance augmente avec le temps d'exposition.

La réponse à apporter à l'enfant doit également prendre en compte son environnement familial. Dans ce cadre, les parents devraient faire l'objet d'une évaluation de leurs capacités à répondre aux besoins de l'enfant et à le protéger (31).

Il est aussi nécessaire d'étudier les différents facteurs protecteurs associés au développement de l'enfant dans une situation de violence :

- l'enfant : autonomie, maturité, compétence cognitive et sociale...
- la famille : relation parent victime-enfant, communication et interactions positives...
- l'environnement : réseau social et soutien.

Le professionnel pourra intervenir sur ces facteurs pour tenter d'atténuer les effets de l'exposition à la violence conjugale et de contrer la reproduction de la violence (31).

#### 1.4.2.2. Orientation

En fonction de l'évaluation, le médecin généraliste peut décider d'orienter l'enfant pour une prise en charge thérapeutique adaptée au sein du réseau local de soin.

Ensuite, il est primordial d'accompagner et de soutenir la relation mère enfant car le soutien émotif de la mère représente un facteur de résilience pour l'enfant (32). Un soutien à la parentalité est souvent nécessaire dans un contexte de violence conjugale. Le couple ne peut en aucun cas être en mesure de fonctionner de manière apaisée en tant que couple parental s'il y a de la violence dans le couple conjugal. Même après la séparation du couple, la coparentalité est impossible. On favorise alors la parentalité en parallèle, qui permet d'améliorer les liens infanto-parental en maintenant une sécurité (33).

De plus, les femmes victimes de violences au sein du couple peuvent être « disqualifiées » par leur conjoint et donc invalidées dans leur rôle de mère. Elles ne savent alors souvent plus (ou pas) comment agir avec leurs enfants et la nécessité d'un (ré)apprentissage et d'un accompagnement de la mère s'avère indispensable (29).

Toute action d'aide à la parentalité doit être accompagnée d'une prise en charge spécifique de l'auteur de violences car son comportement indique une défaillance de sa capacité à protéger l'enfant (29).

#### 1.4.2.3. Protection de l'enfant

Admettre qu'un enfant exposé aux violences conjugales est un enfant en danger, sous-entend qu'il est important de le protéger (6). Le médecin généraliste est un acteur important dans la protection de l'enfant. En effet, le code de la santé publique stipule que « 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 » (34).

Pour la HAS, dès lors que des enfants sont présents dans un foyer où sévit la violence conjugale, le praticien doit se poser la question de se délier du secret professionnel. Il peut

réaliser une information préoccupante (IP) auprès de la Cellule de recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) ou un signalement judiciaire (6).

D'après l'article R226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles, « L'information préoccupante est une information transmise à la cellule départementale pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être. La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier » (35).

Pour conclure, la violence conjugale a des répercussions sur le développement des enfants qui y sont exposés. Ils sont considérés comme des victimes à part entière de cette violence et ils nécessitent une prise en charge adaptée à leurs besoins. La place du médecin généraliste est centrale dans le repérage, la prise en charge et la protection de ces enfants.

Pour notre travail de recherche, nous nous sommes intéressés aux prises en charge, aux obstacles et aux attentes des médecins généralistes du Pays Basque face aux enfants exposés aux violences conjugales.

## **2. Matériel et méthode**

### **2.1. Type d'étude**

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes du Pays Basque avec une analyse par théorie ancrée, c'est-à-dire que les hypothèses ont été générées au fur et à mesure du codage.

### **2.2. Objectif**

L'objectif de l'étude était de comprendre les pratiques, les obstacles rencontrés et les attentes des médecins généralistes du Pays Basque concernant le repérage et la prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales.

### **2.3. Déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)**

Pour la collecte des différentes données et informations de santé, une déclaration préalable à la CNIL a été réalisée par le biais de l'Université de Bordeaux. Une fiche registre a été créée et enregistrée auprès de la CNIL le 1<sup>e</sup> septembre 2019.

Tous les médecins interviewés ont signé un formulaire d'information et de consentement. (Annexe 1)

### **2.4. Entretiens**

#### **2.4.1. Investigateur**

Tous les entretiens ont été réalisés par le même investigateur (Aliénor Leroux-Moga).

#### **2.4.2. Trame d'entretien**

Suite à la participation aux séances d'aide à la thèse organisées par le Département de Médecine Générale à Pau, en décembre 2018 et février 2019, la trame de l'entretien a été travaillée avec l'aide du Dr Magot.

Cette trame d'entretien a été testée lors d'entretiens semi-dirigés auprès de deux médecins généralistes.

Après ces deux entretiens, le guide d'entretien a été modifié. Une première question sur la prise en charge des victimes violences conjugales a été rajoutée pour introduire le sujet.

Ainsi, nous pouvions parler de la fréquence, de la définition de la violence conjugale, de la différence entre violence et conflit et des représentations des médecins.

Puis le sujet était amené sur l'exposition des enfants, les prises en charge proposées, les difficultés et les attentes des médecins généralistes.

Lors des entretiens semi-dirigés, les différents thèmes abordés par des questions ouvertes sont :

- les violences conjugales
- l'enfant exposé à la violence conjugale
- les prises en charge réalisées par le médecin généralistes
- les difficultés dans le repérage et la prise en charge
- les attentes des médecins généralistes.

Cette trame d'entretien finale est présentée en Annexe 2.

#### **2.4.3. Conduites des entretiens**

Les entretiens des médecins généralistes ont été réalisés de manière individuelle. Ils étaient semi dirigés par la trame d'entretien définie au préalable. Ils ont tous été réalisés au cabinet médical du médecin interviewé.

A la fin de chaque entretien, chaque médecin a reçu un exemplaire de la brochure « le monde du silence » et son livret d'accompagnement (36, 37).

#### **2.4.4. Enregistrement et retranscription**

Les entretiens ont été enregistrés en intégralité avec un smartphone. Puis la retranscription des entretiens a été réalisée le soir même de l'entretien ou le lendemain au plus tard pour limiter la perte d'information (notamment les informations non verbales).

Cette retranscription des données a été réalisée mot à mot afin de rassembler tout le matériel verbal sans faire de tri.

#### **2.5. Population d'étude**

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste libéral ou salarié, installé dans le Pays Basque.

Les médecins de toutes autres spécialités étaient exclus de l'étude, ainsi que les médecins généralistes angiologues et échographistes exclusif.

Les médecins généralistes travaillant exclusivement en milieu hospitalier ne pouvaient pas participer à l'étude.

#### **2.6. Recrutement des médecins**

Les premiers médecins généralistes interrogés faisaient partie de mon entourage personnel ou professionnel. Puis les médecins ont été recrutés les uns après les autres, au fur et à mesure de l'étude pour varier les critères de sexe, d'âge, de durée d'installation et des zones d'exercice (urbaine, semi-urbaine et rurale).

Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone ou par mail.

La taille de l'échantillon n'a pas été définie au préalable. Nous avons attendu d'avoir une saturation des données, c'est-à-dire que les entretiens ont été menés jusqu'à l'absence de nouvelles données. Puis nous avons réalisés deux entretiens supplémentaires, qui n'ont pas apporté de nouvelles données exploitables.

## **2.7. Méthode d'analyse des données**

Suite à la retranscription des entretiens, l'analyse du contenu qualitatif s'est faite grâce au logiciel NVivo® version 12 pour Mac.

Elle a été menée par théorisation ancrée, c'est-à-dire que la grille de codage a été évolutive pendant toute la durée de l'étude. Des hypothèses nouvelles émergeaient après chaque codage.

Pour chaque entretien, un premier codage a été réalisé par l'investigateur.

Puis le Dr Thomas DUROUX, médecin spécialiste en santé publique a réalisé un second codage des entretiens retranscrits avec le logiciel NVivo® version 12 pour Mac.

Après chaque double codage d'un entretien, nous avons discuté pour définir une grille de codage commune.

### **3. Résultats**

#### **3.1. Caractéristiques des médecins de l'échantillon ayant participé aux entretiens**

Dans le cadre de ce travail de recherche, dix médecins généralistes du Pays Basque ont été interviewés de septembre 2020 à juillet 2021. Les dix médecins généralistes sont installés en secteur libéral.

Les entretiens ont duré de 8 à 19 minutes avec une durée moyenne de 11 minutes et 40 secondes.

Le seuil de saturation a été atteint au bout du huitième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés mais ne nous ont pas apporté d'élément nouveau ou pertinent.

Chaque entretien a été numéroté par ordre chronologique. A la fin de chaque entretien, des questions ont été posées pour définir les différentes caractéristiques des médecins interrogés. Ces caractéristiques sont présentées dans le Tableau 1.

Dans notre échantillon de médecin généraliste, il y a moins d'homme (4) que de femme (6). Toutes les tranches d'âge sont représentées (30-40 ans, 40-55 ans, 50-65 ans), avec 40% de médecins de la tranche d'âge 30-40 ans.

Les secteurs d'activités sont variés : urbain, semi-urbain et rural.

Le nombre d'année d'installation était de 2 à 24 ans avec une moyenne de 11.7 ans.

Concernant leur activité de pédiatrie en médecine générale, 4 médecins l'ont estimé entre 25% et 50%. Les autres médecins l'ont estimé à moins de 25%.

Tous les médecins de la tranche d'âge 30-40 ans ont eu une formation sur la violence conjugale (universitaire ou formation continue).

	Sexe	Tranche d'age	Exercice	Nombre d'année d'installation	Population pédiatrique
<b>Entretien 1</b>	Femme	30-40	semi urbain	6	25%-50%
<b>Entretien 2</b>	Homme	55-65	semi urbain	24	<25%
<b>Entretien 3</b>	Femme	40-55	urbain	9	25%-50%
<b>Entretien 4</b>	Homme	40-55	semi urbain	17	< 25%
<b>Entretien 5</b>	Femme	30-40	rural	5	25%-50%
<b>Entretien 6</b>	Homme	55-65	rural	21	< 25%
<b>Entretien 7</b>	Femme	40-55	urbain	10	< 25%
<b>Entretien 8</b>	Femme	30-40	rural	2	25%-50%
<b>Entretien 9</b>	Homme	55-65	semi urbain	19	<25%
<b>Entretien 10</b>	Femme	30-40	urbain	4	<25%

Tableau 2. Caractéristiques des médecins généralistes

## **3.2. Description des données recueillies lors des entretiens semi-dirigés**

Notre étude a permis de recueillir auprès des médecins interrogés des informations concernant : la définition de la violence conjugale et les répercussions qu'elle peut avoir sur les enfants, les obstacles à la prise en charge et leurs attentes dans la prise en charge des enfants exposés à la violence au sein du couple. Ces trois parties vont être détaillées successivement.

### **3.2.1. Définition de la violence conjugale et des répercussions sur les enfants**

#### **3.2.1.1. La violence conjugale**

D'après l'ensemble des médecins interrogés, les violences conjugales ont une faible fréquence dans leur patientèle. Ils n'ont que peu d'exemple de prise en charge de victimes de violences intra familiales.

*« Non ce n'est pas très fréquent même si j'ai quand même des femmes qui m'en ont parlé et d'autres qui... ne m'en ont pas parlé mais j'ai des doutes. »* (Entretien 4)

Plusieurs médecins ont pu remettre en question au cours de l'entretien cette faible fréquence dans leurs pratiques.

*« Je crois que j'ai beaucoup à apprendre... Déjà pour repérer les femmes. Je sais que je ne suis pas bon, on en parle tout le temps à la télé, à la radio, on entend des chiffres. Et moi, j'en vois tous les deux ans... Je vais m'améliorer ! Ça me fait réfléchir... »* (Entretien 4)

*« Probablement que, comme on dit, c'est le sujet caché et qu'ils ne viennent pas que pour ça. »* (Entretien 10)

Tous les médecins interrogés ont parlé spontanément de femmes victimes et d'hommes auteurs des violences conjugales.

*« Et après tout dépend la situation individuelle dans laquelle sont les femmes. »* (Entretien 3)

*« Mais plutôt dans l'aigu, quand la femme vient pour un certificat médical initial. »* (Entretien 7)

Deux médecins ont pu mentionner des hommes victimes au cours des entretiens.

*« C'est un homme ... ou une femme qui est violent avec son conjoint. »* (Entretien 4)

La violence physique est le principal type de violence mentionné par les médecins. Quelques médecins ont abordé la violence conjugale de type psychologique et un médecin a mentionné la violence de type sexuelle.

*« C'est des relations toxiques, qui sont néfastes pour la personne qui les subit. »* (Entretien 6)

*« Elle peut être physique, morale ou sexuelle. Comment je la définis ? L'humiliation... »*  
(Entretien 8)

*« Les violences conjugales, ça peut être des situations de violence verbale ou physique mais plutôt des personnes qui sont en souffrance psychologique, finalement rarement physique. »*  
(Entretien 9)

La plupart des médecins font la différence entre un conflit conjugal et la violence conjugale. Ils mettent en avant l'absence de réciprocité dans le couple et le rapport de force qui existe entre auteur et victime.

*« Mais après j'ai l'impression que nous de notre place ce n'est pas forcément trop compliqué. »*  
(Entretien 3)

*« La violence c'est quand même autre chose que le conflit... J'allais dire c'est plus violent (Rires). Mais c'est le mari qui tape sur sa femme ou qui l'humilie sans que ce soit réciproque. »*  
(Entretien 2)

*« Souvent, c'est assez clair en fonction de ce que nous dit la patiente. Soit elle dit, il me tape dessus soit elle me parle de disputes. »* (Entretien 5)

La relation d'emprise dans la violence conjugale a pu être évoquée par deux médecins.

*« Alors les violences conjugales, c'est un processus, dans un couple qui fait que l'un prend le dessus sur l'autre. »* (Entretien 7)

*« Dans le cadre de violence conjugale, il y a une espèce de soumission. »* (Entretien 9)

Cependant, certains médecins disent ne pas faire de différence entre un conflit et des violences au sein du couple.

*« On se doute qu'il y a des conflits... mais on ne fait pas la différence... de manière formelle. »*

*« Je ne la fais souvent pas du tout. »* (Entretien 4)

*« Non je pense que c'est très difficile, c'est parole contre parole et à part si il y a des faits marqués de coup. »* (Entretien 10)

Concernant les différents mécanismes de la violence, les médecins mettent en évidence :

- le caractère caché de la violence

*« Ça se passe souvent à la maison, dans ... l'intimité de la maison. Et on ne sait pas de l'extérieur. »* (Entretien 4)

- le caractère répétitif des violences

*« C'est des enfants qui voient leur mère se faire taper dessus à la maison. Et puis ça recommence. »* (Entretien 3)

- l'ambivalence des femmes

*« Et puis maintenant, je connais un peu plus le schéma des violences avec les allers-retours des femmes. Mais c'est vrai que ça prend du temps. »* (Entretien 1)

*« Elle s'en va et revient. Elle a même été hébergée dans un foyer mais elle est revenue peu après. »* (Entretien 4)

- la banalisation des violences par les victimes

*« Tu peux dépister quand même des violences qui... elles ne vont pas en avoir pleinement conscience... tout de suite. »* (Entretien 3)

*« Les rares situations où c'est arrivé, la patiente elle ne se présente pas comme victime de violence conjugale. »* (Entretien 9)

Des médecins ont évoqué les violences conjugales pendant la grossesse, sans préciser si elle était antérieure à celle-ci ou si elle avait débuté à cette période.

*« Monsieur l'a trainée par terre et lui a mis des coups de pieds dans le ventre, enceinte de 7 mois ou 8. »* (Entretien 4)

### 3.2.1.2. L'enfant exposé aux violences conjugales

Quand on parle du terme « d'enfant exposé aux violences entre partenaires intimes », la plupart des médecins le définissent par l'enfant témoin « direct » des violences, c'est-à-dire qu'il est présent physiquement lors des scènes de violence. Il voit et/ou entend la violence au sein du couple.

*« Alors, pour moi les enfants exposés aux violences conjugales ... c'est des enfants qui voient leur mère se faire taper dessus à la maison ».* (Entretien 1)

Peu de médecins mentionnent l'enfant témoin « indirect » des violences conjugales, c'est-à-dire qui n'est pas témoin oculaire des scènes de violences mais qui peut en être affecté.

*« Je pense que de toute façon, effectivement que ce soit directement ou indirectement il peut témoigner de l'état des parents. » (Entretien 3)*

*« Après l'enfant, il faut éviter qu'il soit exposé aux épisodes de violence. Mais ce n'est quand même pas facile, parce qu'ils ne sont pas bêtes les enfants, même dans leurs chambres, ils entendent les cris et pire. » (Entretien 5)*

Tous les médecins reconnaissent que la violence conjugale a des impacts sur les enfants mais seulement deux médecins ont pu parler d'enfant victime à part entière des violences conjugales.

*« Alors qu'il en soit victime, oui pour moi oui, c'est net. » (Entretien 3)*

*« Il est victime de la violence indirectement mais oui il est victime. » (Entretien 8)*

A la question « est ce qu'un enfant exposé aux violences conjugales est-il pour vous un enfant en danger ? », les praticiens ont tendance à répondre oui mais aucun médecin n'a utilisé ce terme spontanément.

*« C'est une question piège, parce que je peux répondre que par oui... mais en même temps je fais rien. Je ne sais pas quoi faire. » (Entretien 4)*

*« En danger parce que ça joue sur sa construction. » (Entretien 8)*

Cependant certains médecins ont répondu négativement car ils ne considèrent pas l'exposition des enfants à la violence conjugale comme un danger pour l'enfant. Le danger étant assimilé à une maltraitance dirigée vers l'enfant.

*« Il est en danger si les parents sont violents avec lui aussi. Le père ou la mère d'ailleurs. Ça peut arriver que ce soit la mère. » (Entretien 2)*

Tous les médecins ont évoqué l'existence d'une maltraitance physique associée sur l'enfant. L'enfant est en danger si les parents ont des actes de maltraitance ou négligence envers lui.

*« S'il a des coups ! Des hématomes, brûlures... si il est en danger. » (Entretien 1)*

*« Pour l'enfant on recherche la maltraitance, des négligences. » (Entretien 7)*

### 3.2.1.3. Les répercussions des violences conjugales sur les enfants

Les médecins généralistes interrogés parlent de « **souffrance** » comme principale répercussion des violences conjugales sur les enfants.

« *C'est des enfants qui voient leur mère se faire taper dessus à la maison. Et puis ça recommence. Alors forcément, ils ne sont pas... très bien ces enfants.* » (Entretien 1)

« *Ils souffrent forcément. Mais on ne sait pas pourquoi, on ne connaît pas la raison.* » (Entretien 6)

L'**insécurité** dans laquelle peut vivre l'enfant exposé aux violences intra familiales est aussi citée par les médecins.

« *Oui en quelque sorte il est aussi en danger, parce qu'il ne se sent pas en sécurité. Il a peur tout le temps.* » (Entretien 5)

Lors des entretiens, les répercussions qui sont le plus mentionnées par les médecins sont :

- les **troubles du comportement « extériorisés »** avec notamment l'agitation psychomotrice

« *Et puis je demande au petit si ça va à l'école, et la maman me dit que non parce qu'il est trop turbulent* » (Entretien 1)

« *Ou alors des enfants très agités, on a l'impression qu'ils sont très mal éduqués, que la maman est complètement dépassée par ses propres enfants.* » (Entretien 2)

- les **troubles du comportement « intériorisés »** à type de retrait ou de syndrome anxiodépressif

« *Des enfants un peu ...dépressif, qui ne sont pas très ... comment dire ? Qui ne sont pas intéressés, qui souffrent en silence en fait.* » (Entretien 4)

« *Ce sont des enfants très en retrait... à la maison, à l'école. Ils ne parlent pas beaucoup. Ils sont tristes, sans vie.* » (Entretien 5)

- la **reproduction de violences** (envers sa mère ou ses pairs)

« *Si on a un enfant très violent, qui tape sa mère par exemple.* » (Entretien 2)

« *Un garçon qui voit son père taper sur sa mère, il va refaire ça.* » (Entretien 4)

- des **difficultés scolaires** avec des troubles des apprentissages

« *C'est des problèmes de comportement, c'est des enfants qui ne peuvent pas se poser pour apprendre.* » (Entretien 6)

« *C'est des enfants envahis ou en difficultés scolaires.* » (Entretien 9)

- des **troubles du développement psycho moteur**

« *Ca peut être un danger pour leur évolution de vivre avec des parents violents.* » (Entretien 6)

« *Un développement psychomoteur décalé* » (Entretien 7)

- des **troubles du lien parent-enfant**

« *Moi les signes qui vont m'interpeller c'est un peu l'attachement... L'attachement avec le parent qui est là.* » (Entretien 3)

- un « **traumatisme** »

« *Et puis maintenant, je sais qu'il y a des traumatismes graves chez les enfants qui voient leur mère se faire taper dessus.* » (Entretien 1)

« *Ils sont traumatisés ces enfants.* » (Entretien 2)

Les médecins mettent en évidence les conséquences de cette violence entre partenaires intimes sur le **long terme**, c'est-à-dire sur les adultes en devenir.

« *Mais après pour poser la question du coup à tout le monde et voir ceux qui ont grandi et qui ont vu ça, c'est des conséquences qui sont pérennes et lourdes.* » (Entretien 3)

« *Ces répercussions c'est quelque chose qui va jouer sur le futur, l'enfant va avoir des répercussions tout sa vie.* » (Entretien 7)

« *Ce n'est pas parce que le mec tape sur sa femme qu'il tape sur ses enfants mais l'enfant ça l'atteint dans la construction de son identité et des rapports aux autres.* » (Entretien 9)

### **3.2.2. La prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales**

Pour les médecins interrogés, les enfants exposés à la violence conjugale sont peu fréquents dans leurs patientèles.

*« Les enfants exposés aux violences conjugales.... Ce n'est pas fréquent quand même. Dans mon cabinet en tout cas. Ça ne doit pas être partout pareil, mais ici, ce n'est pas quotidien. »*

(Entretien 2)

*« J'ai qu'une seule famille dans ce contexte-là. »* (Entretien 3)

#### **3.2.2.1. Le repérage**

Au cabinet de médecine générale, le repérage des enfants exposés aux violences conjugales peut se faire :

- par une révélation des violences par le parent victime. Une femme victime qui se confie à son médecin induit un repérage de ses enfants exposés à la violence.

*« Au cabinet, c'est vrai que c'est plutôt la maman qui peut me parler des violences, pas les enfants. »* (Entretien 1)

*« Je ne fais pas de dépistage systématique, donc je repère si les parents peuvent m'en parler mais c'est souvent pour eux, pour la prise en charge de la patiente. »* (Entretien 7)

- par une révélation de l'enfant

*« Si l'enfant me dit « papa tape maman », ça c'est une super approche. Je peux pas faire comme si de rien n'était là ! Je vais essayer d'approfondir avec la maman. »* (Entretien 1)

- par une révélation d'un tiers

*« J'avais une maman qui était battue par son mari. Je l'ai appris après par ses parents, que je suivais aussi. Elle est partie loin une fois qu'elle avait quitté son compagnon. Pour refaire sa vie. Mais elle ne s'est jamais confiée à moi. »* (Entretien 2)

- devant des répercussions chez l'enfant comme la reproduction de la violence

*« Si on a un enfant très violent, qui tape sa mère par exemple. Je pourrai peut-être demander s'il y a de la violence à la maison. »* (Entretien 1)

*« Oui si un enfant va mal on pourrait se demander s'il n'y a pas de la violence. »* (Entretien 6)

Le repérage se fait souvent dans l'urgence, suite à une phase de crise dans la cellule familiale.

*« Une patiente est venue pour un certificat de coups et blessures avec ses trois enfants. Le mari était venu chez elle, alcoolisé apparemment et a tenté de l'étrangler. (...) il y avait les trois enfants, la petite qui pleurait... je voyais bien qu'ils étaient un peu choqués les enfants. »*

(Entretien 1)

L'école est mentionnée comme un lieu où les enfants peuvent se confier sur ce qu'ils vivent à domicile. Il s'agit d'un lieu de repérage privilégié pour les enfants exposés aux violences conjugales.

*« Ils ne savent pas trop à qui en parler... ils doivent avoir peur d'en parler aussi. A l'école, ils doivent en parler parfois. »* (Entretien 1)

Un seul médecin interrogé réalise un dépistage des violences dans son interrogatoire médical, ce qui permet un repérage systématique des situations.

*« Alors, moi je vais les dépister déjà assez systématiquement parce que du coup dans mon entretien je vais poser la question des violences. »* (Entretien 3)

#### 3.2.2.2. La prise en charge centrée sur la mère

La prise en charge par le médecin généraliste est très souvent centrée sur les problématiques de la mère victime de violence. La protection de la mère reste la priorité.

*« Mais après je me concentre surtout sur la maman. Il y a déjà tellement à faire avec elle ! »*

(Entretien 1)

*« Et l'enfant il passe peut-être un peu après. »* (Entretien 7)

Les prises en charge sont souvent faites dans l'urgence. Les victimes consultent après un épisode de violence. Ce qui laisse peu de place à la prise en charge de l'enfant.

*« La femme elle peut venir pour me parler de ça, elle vient pour un certificat médical initial, parce qu'il s'est passé quelque chose. »* (Entretien 7)

La plupart des médecins rédigent un certificat de coups et blessures et peuvent inciter la mère à déposer une main courante ou une plainte.

« *Si vraiment la maman est en danger, je la pousse à porter plainte. Je lui fais un certificat de coups et blessures. Même si elle ne s'en sert pas, je lui fais.* » (Entretien 1)

« *J'ai commencé à évoquer les réseaux qu'elle pouvait appeler ou qu'il fallait déposer plainte.* » (Entretien 9)

### 3.2.2.3. La place du médecin traitant : écoute et soutien des victimes

Le médecin généraliste a une place centrale pour les victimes de violences conjugales.

« *Je pense qu'elle est centrale parce qu'on est à peu près les seul à les voir.* » (Entretien 3)

En tant qu'interlocuteur des femmes victimes de violences conjugales, le médecin a un rôle d'écoute des parents victimes.

« *Déjà les écouter... c'est important qu'elles se sentent en confiance avec ... le médecin.* »

(Entretien 4)

« *On peut aider en les écoutant en passant du temps en les incitant à porter plainte, de faire attention, de parler de ce qu'il peut se passer dans l'urgence.* » (Entretien 6)

Le médecin a un rôle de soutien, de conseil et d'orientation pour ces femmes.

« *Je lui fais le certificat médical initial, je le conseille, enfin j'essaye de conseiller, je l'incite à porter plainte. Voilà c'est principalement ça. Après on peut les amener à consulter au service médico-légal de l'hôpital.* » (Entretien 7)

Le médecin aide aussi les victimes à prendre conscience des violences et des répercussions.

« *C'est chez certaine personne que tu peux dépister quand même des violences qui elles ne vont pas en avoir pleinement conscience... tout de suite.* » (Entretien 3)

« *Oui, c'est de parler des violences, de faire prendre conscience qu'elles sont victimes de violence et que ces violences ont des répercussions.* » (Entretien 7)

#### 3.2.2.4. L'évaluation de la situation familiale

Dans un cadre de violence conjugale, le médecin oriente son interrogatoire pour évaluer la fréquence, la dangerosité des violences et l'urgence à agir.

*« C'est difficile d'évaluer comment ça joue sur l'enfant mais ça a forcément des répercussions. » « Mais chaque famille est différente, il faut toujours évaluer le degré de danger et d'urgence. »* (Entretien 5)

*« Il faut poser des questions, faire parler la victime pour qu'elle explique ce qu'il s'est passé. »* (Entretien 7)

Pour l'enfant, le médecin généraliste questionne mère et enfant sur le quotidien, la vie familiale, extra familiale et la scolarité.

*« En s'assurant qu'il va à l'école, qu'il peut travailler le soir par exemple, qu'il est une chance de s'en sortir un peu. »* (Entretien 5)

*« Savoir ce qu'ils ressentent, s'ils ont compris en fonction de l'âge... En fonction de leur âge, chaque cas est totalement différent, je pense qu'un enfant de 2 ans versus un enfant de 16 ans, tu n'auras pas les mêmes craintes, besoins et envies. »* (Entretien 10)

#### 3.2.2.5. La surveillance de l'enfant

Les médecins ont parlé de surveillance régulière de ces enfants qui sont « fragiles ».

*« Le surveiller régulièrement. Demander aux parents de le ramener en consultation. »* (Entretien 1)

*« Et il faut essayer de pas les perdre de vue. »* (Entretien 5)

*« C'est important qu'on soit ... qu'on surveille la situation au moins médicale. Un peu de loin quand même parce qu'on ne les voit pas tous les jours. »* (Entretien 6)

Pour les enfants d'âge scolaire, la surveillance est aussi orientée vers la sociabilisation à l'école et sur les apprentissages.

*« Et puis je demande au petit si ça va à l'école. »* (Entretien 1)

### 3.2.2.6. L'orientation des victimes

L'orientation des victimes de violences conjugales est **individualisée** en fonction de chaque situation.

*Ça peut être vers l'hôpital, des assistantes sociales. Ou la police si c'est grave. »* (Entretien 2)

*« Faut traiter au cas par cas. »* (Entretien 6)

Les médecins généralistes orientent les victimes de violence conjugale essentiellement vers les **autorités** (police ou gendarmerie) pour dépôt de main courante ou dépôt de plainte.

*« J'ai commencé à évoquer les réseaux qu'elle pouvait appeler ou qu'il fallait déposer plainte. »* (Entretien 9)

L'orientation se fait plus systématiquement en phase aiguë de violence. L'unité de victimologie UVIE du Centre Hospitalier de la Côte basque (CHCB) est une ressource pour les médecins.

*« Mais c'est vrai que je vais facilement quand même réorienter vers, si on est en situation aiguë, vers l'UVIE. »* (Entretien 3)

Sur le plan psychologique, des médecins ont parlé de la nécessité de **soins thérapeutiques** (psychologiques ou psychiatriques) pour la mère et pour l'enfant. Les troubles du comportement et les difficultés scolaires sont souvent la porte d'entrée à une prise en charge thérapeutiques.

*« Quand les problèmes sont psy, ou un peu global, je peux orienter au CMP à Bayonne, derrière l'hôpital. Mais ça ne m'arrive pas souvent. »* (Entretien 2)

Sur le plan social, quelques médecins peuvent orienter vers un **travailleur social** s'il y a des problèmes de logement ou financier.

*« Il m'arrive d'envoyer vers l'assistante sociale de la mairie quand c'est des situations compliquées comme ça. »* (Entretien 1)

*« Vers l'assistante sociale du quartier, mais je suis quasiment certain qu'ils la connaissent déjà ! »* (Entretien 5)

### 3.2.2.7. La protection de l'enfant

Même si certains médecins s'accordent à dire qu'un enfant exposé aux violences conjugales est un enfant en danger, aucun médecin n'a réalisé spontanément d'IP ou de signalement dans un contexte de violence conjugale. L'IP ou le signalement sont utilisés pour les cas de maltraitance directe sur l'enfant.

*« On y pense au signalement devant de la maltraitance avérée... il faudrait vraiment qu'il y ait beaucoup de violences dans la maison pour que je fasse un signalement. »* (Entretien 6)

Même si certains médecins ont déjà envisagé de réaliser une IP ou un signalement dans une situation de violences conjugales.

*« Je m'étais posé la question, moi, d'un signalement par rapport à cette situation actuellement. »* (Entretien 3)

*« Déjà en parlant de ce qu'on voit, en informant la PMI, en faisant une IP ou un signalement. C'est indirect mais c'est une façon de protéger. »* (Entretien 8)

*« Je lui expliquerai, que dans le cadre de la protection de l'enfance, je ne peux pas ... c'est mon devoir de faire une IP, que c'est la procédure... Mais si je vois que la personne en face elle a peur et qu'elle dit non je ne veux pas que vous le fassiez, je le ferai pas mais je fais une note à la PMI de secteur ou au médecin scolaire. »* (Entretien 9)

L'arrêt de l'exposition aux scènes de violence est vu comme une première protection pour l'enfant.

*« Le père est parti. Alors, il revient de temps en temps à la maison mais c'est de plus en plus éloigné. »* (Entretien 3)

*« C'est le père l'obstacle. Il faudrait qu'il parte mais ... c'est très facile à dire ! »* (Entretien 5)

La protection de l'enfant passe souvent par la protection de la mère victime.

*« Il faut d'abord protéger la mère de l'enfant. On dit qu'il y a une femme tous les deux ou trois jours qui meurent sous les coups de son mari. »* (Entretien 5)

Peu de médecins abordent les violences conjugales et leurs répercussions sur les enfants avec les parents.

*« En fait, je ne l'aborde pas... Je sais que je dois faire attention à ces enfants, qu'ils vivent des choses difficiles mais je ne l'aborde pas ... »* (Entretien 1)

*« Oui je leur explique que l'enfant il peut être mal dans sa peau et qu'il a besoin d'en parler... Facile je ne sais pas mais c'est quelque chose qu'il faut faire. »* (Entretien 7)

Pour tous les médecins, la protection passe par la surveillance clinique de l'enfant avec une vigilance particulière sur des signes de maltraitance.

*« Le surveiller régulièrement. Demander aux parents de le ramener en consultation. »* (Entretien 1)

*« Les protéger... Je ne sais pas si je peux les protéger. Les surveiller, les orienter vers des services médicaux adaptés oui mais les protéger je ne sais pas. »* (Entretien 2)

### **3.2.3. Les obstacles rencontrés dans la prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales**

Les entretiens ont permis de mettre en évidence différents obstacles : la complexité de prise en charge des familles, une difficulté d'orientation et des obstacles à la protection des enfants exposés aux violences conjugales.

#### **3.2.3.1. Complexité de prise en charge des victimes de violences**

Tous les médecins s'accordent à parler de prise en charge complexe pour les victimes de violences conjugales. Le terme « difficile » ou « compliqué » est retrouvé à plusieurs reprises dans chaque entretien.

*« Déjà les écouter... c'est important qu'elles se sentent en confiance avec ... le médecin. Et puis... après c'est difficile... »* (Entretien 4)

*« C'est souvent compliqué. Il y a des problèmes dans tous les sens dans ces familles. »* (Entretien 5)

*« Je lui demandais à chaque fois comment ça allait avec son mari, à la maison on parlait beaucoup. Mais j'étais... c'était compliqué. »* (Entretien 6)

Cette complexité dans la prise en charge des femmes et enfants exposés aux violences au sein du couple peut être expliquée par l'ensemble des points développés ci-dessous.

##### **3.2.3.1.1. Le contexte psycho-social des victimes**

Le contexte social des femmes victimes qui sont vulnérables avec un isolement social qui souvent associe des difficultés financières et/ou des problématiques d'insertion socio-professionnelle.

*« Mais encore une fois, rien n'est évident. Pour la mère et pour nous, comment on peut leur dire de partir alors que souvent elles n'ont rien à côté. »* (Entretien 2)

*« Ça mélange tout ! Les problèmes... le social, le médico-social ... »* (Entretien 6)

Quelques médecins ont cependant précisé que la violence conjugale pouvait avoir lieu dans tous les foyers, quel que soit la catégorie socio-professionnelle.

*« Et c'est dans toutes les catégories sociales. Moi j'ai une population plutôt aisée, même très aisée et je sais que la violence est plus dure à détecter chez un cadre, qui est bien intégré professionnellement, socialement. »* (Entretien 7)

#### 3.2.3.1.2. Les différentes caractéristiques de la violence

Les différentes caractéristiques de la violence conjugale rendent complexe la prise en charge des victimes.

Le caractère caché de la violence conjugale est un obstacle à son repérage et à la prise en charge des victimes.

*« L'obstacle c'est qu'on ne sait pas si il y a de la violence. Les patients peuvent nous parler de ce qu'il se passe à la maison, mais c'est difficile de parler de violences »* (Entretien 2)

La complexité psychologique des victimes est mise en avant par certains médecins, avec pour la plupart une certaine « incompréhension » des victimes. Le caractère ambivalent des victimes avec les nombreux « allers-retours » est pointé par les professionnels.

*« Et puis maintenant, je connais un peu plus le schéma des violences avec les allers-retours des femmes. »* (Entretien 1)

*« Elle s'en va et revient. Elle a même été hébergée dans un foyer mais elle est revenue peu après. Je ne sais pas tout dans cette situation. »* (Entretien 4)

Certains médecins ont mentionné l'absence de prise de conscience des violences par la victime comme obstacle.

*« Déjà, il faut qu'elles prennent conscience des violences, de l'impact qu'elles ont sur elle et sur les enfants. Pour se sortir de ce processus de violence, il faut en prendre conscience. »*  
(Entretien 7)

### 3.2.3.1.3. Difficulté à aborder le sujet des violences conjugales avec les patientes

Pour les médecins, il existe un défaut de repérage de la violence conjugale chez les patientes.

*« L'obstacle c'est qu'on ne sait pas si il y a de la violence. »* (Entretien 2)

*« Il y a des situations où je ne suis pas au courant qu'il y a de la violence. On n'en parle pas facilement même si pour certains, je me dis que c'est possible. »* (Entretien 4)

La violence conjugale reste un sujet difficile à aborder avec les victimes. Pour la plupart, ils attendent que la patiente (ou plus rarement les enfants) se confie à eux.

*« Je préfère que la maman m'en parle d'elle-même. »* (Entretien 1)

*« En cabinet de médecine générale, la première chose c'est qu'il faut qu'elle parle de cette violence conjugale, je ne fais pas de dépistage systématique. Je n'ai pas intégré ça ici. Mais la femme elle peut venir pour me parler de ça. »* (Entretien 7)

Le peu de médecins qui ont déjà essayé d'aborder les répercussions des violences conjugales sur les enfants ont trouvé cet exercice difficile.

*« A chaque fois que j'essaie de l'aborder, c'est quelque chose qu'elle va forcément éluder...*

*Donc pour le moment, je n'ai pas forcément trop réussi à aller vers ce chemin-là. »* (Entretien 3)

### 3.2.3.1.4. Difficulté à faire la différence entre conflit et violence conjugale

Dans une situation familiale, il est souvent difficile de faire la différence entre un conflit conjugal et de la violence conjugale pour la personne extérieure au couple.

*« Surtout que ce n'est souvent pas tout noir ou tout blanc. Il y a des disputes, dans beaucoup de famille mais de là à parler de violence... ».* (Entretien 2)

*« Alors je pense que toute la difficulté pour le médecin et tout autre professionnel c'est de faire cette différence. »* (Entretien 7)

### 3.2.3.1.5. Disponibilité du professionnel

Les médecins mettent en évidence que les consultations de prise en charge de victime de violences, quelle que soit sa forme, sont des temps de consultation longs et qui nécessitent une grande disponibilité du professionnel. L'intervention du médecin généraliste a des limites.

« *Mais c'est vrai que ça prend du temps.* » (Entretien 1)

« *Le médecin il peut aider ces familles mais on ne peut pas tout faire même si on peut déjà aider en les écoutant en passant du temps en les incitant à porter plainte, de faire attention, de parler de ce qu'il peut se passer dans l'urgence. Mais voilà, on ne peut pas tout faire.* »

(Entretien 6)

« *Donc pour moi, oui il faut le dépister, oui il faut l'orienter, ensuite il faut être là si besoin mais ce n'est pas à nous de prendre en charge le problème dans sa globalité.* » (Entretien 10)

### 3.2.3.2. Difficulté d'orientation des familles

La plupart des médecins mettent en évidence la nécessité de prise en charge psychologique de la mère et de l'enfant. Mais cette prise en charge est difficile à mettre en place pour différentes raisons :

- une méconnaissance du réseau de soins local

« *Après, j'imagine qu'il y a des professionnels spécialisés là-dedans. Mais je suis incapable de dire qui.* » (Entretien 4)

« *Les freins de l'orientation c'est le manque de savoir, pas savoir ou orienter.* » (Entretien 8)

- l'aspect financier des prises en charge psychologiques

« *Je pense bien qu'il faudrait un psychologue pour ces femmes ... et les enfants. Mais ça coûte cher. Je ne me vois pas dire à la maman qu'il faut qu'elle paye 50 euros par semaine. Donc je n'oriente pas ces familles.* » (Entretien 1)

- des délais d'attente trop longs

« *On a des listes d'attente très longues, ça ne répond pas à l'urgence, le CMP par exemple il y a six ou huit mois d'attente, c'est long.* » (Entretien 6)

Un médecin a parlé de nécessité de prise en charge psychologique de l'auteur des violences mais sans savoir ou l'orienter.

*« En tout cas, je pense que ces messieurs ont besoin d'aide aussi. Ça les dépasse. Mais il me semble qu'il n'y a rien pour eux. »* (Entretien 5)

### 3.2.3.3. Obstacles à la protection de l'enfant par le médecin généraliste

Comme nous l'avons vu précédemment, les médecins reconnaissent le danger pour l'enfant qui vit dans une situation de violence entre partenaires intimes. Cependant, les médecins généralistes se disent peu acteur dans la protection de ces enfants, contrairement à la protection des enfants victimes d'autres types de maltraitance.

*« Par exemple en cas de violence sur l'enfant, je sais qu'il y a un danger imminent, j'envoie aux urgences et là il est protégé. Alors que sur des violences conjugales, il n'y a pas forcément d'urgence vitale ou je sais que je peux le protéger en le mettant à l'hôpital. Là c'est plus difficile. Je ne sais pas où mettre l'enfant pour le protéger ou comment faire ... »*  
(Entretien 8)

Cette difficulté à protéger l'enfant exposé aux violences entre partenaires intimes peut s'expliquer par les points développés ci-dessous.

#### 3.2.3.3.1. Méconnaissance des répercussions des violences conjugales sur les enfants

Certains médecins disent avoir peu de connaissances sur les différentes répercussions des violences conjugales sur les enfants.

*« Sur la violence en générale, on n'est pas très bon en France. Donc les enfants, encore moins. »*  
(Entretien 5)

*« C'est difficile d'évaluer comment ça joue sur l'enfant mais ça a forcément des répercussions. »* (Entretien 6)

#### 3.2.3.3.2. Représentations sur la violence conjugale

Les médecins généralistes peuvent avoir des représentations sur les familles où sévit la violence.

*« Et c'est souvent compliqué dans ces familles, je ne suis pas tout ! »* (Entretien 4)

*« Ça mélange tout. Les problèmes... le social, le médico-social ... le médecin il peut aider ces familles mais on ne peut pas tout faire. »* (Entretien 6)

Les médecins ont aussi rapporté des difficultés avec la représentation des parents sur la violence conjugale. L'enfant n'est pas toujours vu comme une victime de cette violence par son entourage.

*« Mais des psychologues ou pédo psy, ça pourrait être bien pour eux. Mais il faut arriver à convaincre les parents. Ils ne voient pas pourquoi un psy alors que le problème vient pas de l'enfant. »* (Entretien 5)

#### 3.2.3.3.3. La place du médecin généraliste

Il est parfois difficile pour le médecin de famille de se positionner dans un contexte de violence conjugale, surtout si il prend en charge les deux parents et les enfants.

*« Si la maman me dit qu'elle se fait battre, et que je reçois le mari. Je ne suis pas à l'aise.*

*Je ne peux absolument pas lui dire « votre femme m'a dit que vous étiez violent, pensez à vos enfants qui sont à la maison » ». (Entretien 1)*

*« C'est mieux dans ce cas si on peut être le médecin que des enfants et de la mère. »* (Entretien 5)

*« Cette place elle est difficile parce qu'on connaît la famille, on est en lien, on a une relation médecin patient avec les parents. »* (Entretien 8)

*« C'est la proximité avec la famille et l'entourage. Le médecin traitant il est trop impliqué et le manque d'objectivité. »* (Entretien 9)

*« Tout seul dans ton cabinet tu ne pourras rien en tirer, parce que pas le temps, pas les compétences et trop compliqué parce que tu suis toute la famille. »* (Entretien 10)

Des médecins trouvent difficile de « prendre parti » dans un contexte de violence conjugale. *« Il faut protéger les victimes, bien sûr. Mais ce qui est difficile c'est de ne pas prendre parti parce que le monsieur aussi vient vous voir pour ses problèmes de santé. »* (Entretien 4)

#### 3.2.3.3.4. Secret médical

Les professionnels de santé ont répondu de manière différente à la question concernant le secret médical. Pour certains médecins, il n'est pas un frein à la prise en charge des enfants.

*« Pour moi non parce que c'est l'enfant avant tout. »* (Entretien 8)

*« Non en théorie ce n'est pas du tout un obstacle mais en pratique je pense qu'il y a des limites. »* (Entretien 10)

Pour d'autres, le secret médical peut être un obstacle à la protection d'un enfant vivant dans un climat de violence intra familiale. Alors que tous les médecins parlent de dérogation au secret médical en cas de maltraitance physique.

*« Si l'enfant est maltraité, on fait un signalement. On a le droit dans ce cas de déroger au secret médical. Mais si la mère me dit qu'elle se fait taper dessus, c'est différent, je suis soumise au secret médical. Je ne peux pas alerter si elle n'est pas d'accord. »* (Entretien 1)

#### 3.2.3.3.5. Sentiment d'impuissance

Dans beaucoup d'entretiens, les médecins ont parlé ou exprimé un sentiment d'impuissance dans ces situations de violences au sein du couple.

*« Je voyais bien qu'ils étaient un peu choqués les enfants. Mais qu'est-ce que je pouvais faire ? C'est déjà dur de prendre en charge les femmes dans la violence conjugale, alors les enfants... »* (Entretien 1)

*« Alors que sur des violences conjugales, il n'y a pas forcément d'urgence vitale ou je sais que je peux le protéger en le mettant à l'hôpital. Là c'est plus difficile. Je ne sais pas où mettre l'enfant pour le protéger ou comment faire ... »* (Entretien 8)

*« Je pense que tout seul on n'y fera pas grand-chose. »* (Entretien 10)

#### 3.2.3.3.6. L'information préoccupante

L'IP ou le signalement sont peu utilisés par les médecins généralistes dans un contexte de violence conjugale car la plupart ont une méconnaissance du système de protection de l'enfant.

*« L'assistante sociale m'appelle pour faire un signalement, je n'ai pas compris... mais on m'a expliqué que l'information préoccupante c'est pour les enfants, pour protéger les enfants. »*

(Entretien 1)

Les médecins ont pu mettre en avant la peur de perdre la confiance du parent victime.

*« Parce que c'est cette balance qui est toujours un peu difficile... entre le côté... j'introduis le tiers, quitte à vraiment tout remettre en doute dans la famille. »* (Entretien 3)

*« Je pense qu'il y a une crainte, qui n'est certainement pas fondé, qui est de moi, de perdre la confiance de la mère. »* (Entretien 3)

*« Déjà ne pas se tromper parce que ça peut créer des gros problèmes si tu t'immisces trop dans leur vie alors que tu t'es trompé. »* (Entretien 10)

### **3.2.4. Les attentes des médecins généralistes dans la prise en charge des enfants victimes de violences conjugales**

#### **3.2.4.1. La formation**

La plupart des médecins se disent sensibilisés ou formés au repérage et à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Certains médecins ont eu une formation universitaire (il s'agit des médecins de la tranche d'âge 30-40 ans) et d'autres des formations dans le cadre du développement professionnel continu.

*« Oui parce que je travaillais dans le département en gironde, on avait eu des séminaires et après plus personnellement. »* (Entretien 3)

Une minorité de médecins n'a eu aucune formation au cours de son parcours universitaire ou professionnel, il s'agit de médecin de la tranche d'âge supérieure.

Aucun médecin n'a eu une formation centrée sur les enfants dans un contexte de violence intra familiale. Ils sont globalement en attente de sensibilisation aux répercussions des violences conjugales sur les enfants.

*« Peut être effectivement, ça peut être encore un peu creusé. »* (Entretien 3)

*« Ça serait de savoir déjà connaître bien les répercussions et comment les expliquer. »*  
(Entretien 7)

Les médecins sont aussi en attente d'aide à la prise en charge des victimes sans « perdre le lien ».

*« Comment le détecter, comment faire ensuite une fois que c'est détecté et qu'il n'y ait pas de rupture pour pas que le parent s'éloigne de nous parce qu'on a compris ce qu'il se passait. Pour faire comprendre que c'est pour le bien de l'enfant et que ce n'est pas contre le parent. »*  
(Entretien 8)

#### 3.2.4.2. Les partenaires du réseau local

Les médecins généralistes ne savent pas à qui adresser les patientes victimes de violences conjugales et leurs enfants s'ils jugent que c'est nécessaire. Les médecins souhaitent connaître et intégrer le réseau local de prise en charge des victimes de violences afin d'aider les familles.

*« Après, j'imagine qu'il y a des professionnels spécialisés là-dedans. Mais je suis incapable de dire qui. »* (Entretien 4)

*« Un accès plus facile à du personnel formé »* (Entretien 9)

Mais ces types d'interventions ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale. Ils sont donc en attente de prises en charge psychologiques remboursées ou sans avance de frais pour les enfants le nécessitant.

*« Et des psy aussi pour les enfants. Gratuits ! ».* (Entretien 1)

Dans le cadre de la protection de l'enfance, des médecins ont parlé des difficultés à réaliser une IP. Ils souhaiteraient avoir des interlocuteurs identifiés pour discuter des situations avant de réaliser un signalement.

*« Et surtout des contacts, le numéro direct du médecin »* (Entretien 1)

### 3.2.4.3. Les outils

Concernant les différents outils qui pourraient aider les médecins généralistes dans leur prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales, la plupart ont parlé d'outils à destination des professionnels de santé :

- un récapitulatif des répercussions des violences conjugales sur les enfants

« *Les grandes lignes des troubles dues aux violences conjugales.* » (Entretien 1)

- des conseils pour prendre en charge les victimes et la manière dont aborder la violence conjugale

« *Qu'est-ce que je dois rechercher en consultation ? Et puis quoi dire aux mamans !* » (Entretien 1)

« *Une petite fiche avec la conduite à tenir.* » (Entretien 8)

« *Oui si quelque chose peut être protocolisé, comme on peut avoir pour tout.* » (Entretien 10)

- les coordonnées du réseau local avec des interlocuteurs à contacter pour avis et/ou orientation

« *Des coordonnées qui peuvent prendre en charge les victimes.* » (Entretien 6)

« *Et les coordonnées, vers qui s'adressait pour nous aider si besoin.* » (Entretien 8)

-une information médicale, validée

« *Un livre, ou un article dans une revue comme la revue du prat qui explique un peu les signes à avoir en tête et les orientations qu'on peut faire.* » (Entretien 5)

D'autres médecins ont exprimé la nécessité d'avoir des outils à remettre aux patientes avec des coordonnées du réseau local (associations d'aide aux victimes, avocats spécialisé).

« *Une grille de numéro de téléphone pour les patients. Mais pas des numéros où personne ne répond. Des trucs où elle peut vraiment appeler.* » (Entretien 4)

« *C'est vrai que peut être qu'il y a des associations qui pourraient aider, mais je ne connais pas.* » (Entretien 7)

## **4. Discussion**

### **4.1. Discussion des résultats**

Ce travail de recherche a permis de mettre en évidence la définition des enfants exposés, de comprendre les prises en charge proposées, les obstacles et les attentes des médecins généralistes. Ces points ont été comparés aux données de la littérature.

#### **4.1.1. L'enfant exposé aux violences conjugales défini par les médecins**

##### **4.1.1.1. La violence conjugale peu fréquente et mal connue**

Afin de prendre en charge un enfant exposé à la violence au sein du couple parental et de comprendre le contexte au sein duquel il se trouve, il est nécessaire de bien appréhender ce que recouvre le processus de violence conjugale et ses impacts (38).

Au cours des entretiens, les médecins ont pu définir par leurs connaissances et leurs représentations les violences conjugales, leurs fréquences, leurs mécanismes et leurs caractéristiques. La violence conjugale étant un sujet de société, tous les médecins avaient des connaissances plus ou moins développées sur sa définition, ses répercussions et la manière d'aider les victimes.

Cependant, nous nous sommes rendu compte au cours des entretiens que la violence conjugale était sous-estimée en termes de fréquence par les médecins interrogés. En effet, on parle d'une femme sur dix victime de violence conjugale et les exemples de patientes victimes de violences conjugales semblent anecdotiques dans la pratique des médecins (2).

Sur le même territoire en 2016, une étude constate que 50,6 % des médecins interrogés ont été confrontés au cours des 12 derniers mois à une ou plusieurs situations de femmes victimes de violences entre partenaires intimes (39).

Les médecins interrogés ont beaucoup parlé de violence physique mais peu des autres formes de violence conjugale. La violence psychologique apparaît le plus souvent comme associée à la violence physique. Un seul médecin a parlé de la violence sexuelle au sein du couple pourtant elle concerne 29% des victimes (3).

Enfin, le mécanisme des violences conjugales (cycle des violences en quatre phases, aller-retour, phénomène d'emprise, d'ambivalence et de dissociation) semble peu connu (1).

Les médecins parlent du caractère ambivalent des femmes sans pouvoir l'expliquer ni parler de l'emprise qu'exerce l'auteur des violences sur elles.

#### 4.1.1.2. L'enfant victime

Pour les médecins interrogés, l'enfant exposé aux violences conjugales est le **témoin direct** de scènes de violences physiques. L'enfant voit ou entend les scènes de violences et peut constater les répercussions sur son parent victime. Peu de médecin ont parlé d'enfant « **témoin indirect** », c'est-à-dire d'enfant n'assistant pas physiquement aux scènes de violences. Cependant, on sait aujourd'hui qu'un enfant qui n'assiste pas directement au passage à l'acte entre ses parents, peut être bouleversé et perturbé dans son développement par un ensemble de manifestations associées à la violence, avant, pendant et après qu'elle survienne (9).

Quand on parle de la prise en charge des victimes de violences conjugales, aucun médecin n'a mentionné spontanément l'enfant. Toutes les réponses ont été tournées vers la mère victime ou plus rarement vers le père victime. L'enfant est parfois reconnu comme victime collatérale, c'est-à-dire qu'il peut souffrir de cette violence, mais il n'est pas une victime à laquelle on pense dans un contexte de violence au sein du couple.

De même le danger pour l'enfant exposé aux violences conjugales n'est pas reconnu par tous les médecins généralistes. Le danger est la plupart du temps assimilé à un danger physique. Alors que l'exposition des enfants aux violences entre partenaires intimes a été définie par l'OMS en 2016 comme étant une potentielle forme de maltraitance (14).

#### 4.1.1.3. Les différentes répercussions des violences conjugales sur les enfants

Les répercussions des violences conjugales sur les enfants étant aspécifiques, les médecins peuvent décrire les différents signes de souffrance que l'on peut retrouver chez l'enfant.

Mais à l'inverse, devant ces signes de souffrance, peu de médecins pensent à une exposition à des violences intrafamiliales.

Concernant les différentes répercussions en fonction de l'âge de l'enfant, aucun médecin n'a parlé des troubles chez les tous petits comme les pleurs, les troubles alimentaires, les troubles du sommeil ... Pourtant les enfants de 0 à 3 ans ont une plus grande dépendance affective et ils risquent d'être davantage exposés aux scènes de violence. Ils disposent de moins de ressources externes à la famille susceptibles de leurs offrir d'autres espaces et ressources de protection (9).

Pour les enfants d'âge scolaire et adolescents, les médecins décrivent les troubles intériorisés tels que le retrait, l'isolement, les syndromes dépressifs, les troubles anxieux et les troubles extériorisés tels que l'impulsivité, les comportements hétéro-agressifs. On retrouve aussi les difficultés scolaires et les troubles des habilités sociales.

Peu de médecin ont évoqué un trouble du lien enfant-parent (ou trouble de l'attachement) alors que ce lien d'attachement est primordial pour le développement de l'enfant (9).

Le syndrome de stress post traumatique a pu être abordé dans des entretiens, mais son mécanisme avec la dissociation et la sidération dont l'enfant peut souffrir n'a pas été évoqué (9, 29). Le psycho-traumatisme semble mal connu des médecins, ce qui peut en découler une incompréhension face aux victimes ainsi qu'une errance diagnostique et thérapeutique (28).

La plupart des conséquences des violences conjugales à court, moyen et long terme sont décrites par les médecins.

La reproduction des violences par les victimes a souvent été évoquée lors des entretiens. En effet, la probabilité d'être victime de violences conjugales est multipliée par cinq lorsqu'on a subi des sévices et des coups dans l'enfance et par trois lorsqu'on a été témoin de violences conjugales dans la famille d'origine (19).

#### **4.1.2. Prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales**

##### **4.1.2.1. Indissociable du parent victime**

La prise en charge médico-psycho-sociale de l'enfant exposé aux violences entre partenaires intimes est **indissociable de la prise en charge du parent victime**. Lors des entretiens, il est même difficile de se concentrer sur la prise en charge de ces enfants. En cabinet de médecine générale, le repérage, la prise en charge, l'orientation et la protection sont souvent centrés sur le parent victime des violences.

Cette prise en charge est indispensable pour le parent victime. Ce soutien apporté au parent victime fait aussi partie intégrante de la considération apportée à l'intérêt de l'enfant (30).

##### **4.1.2.2. Vers un repérage systématique des violences ?**

Le repérage des violences conjugales est difficile dans le cadre de consultation de médecine générale. La fréquence des violences conjugales est faible dans la patientèle de l'échantillon de médecins et le dépistage systématique des violences est très peu réalisé.

La HAS recommande un dépistage systématique des violences conjugales. Cette démarche de repérage constitue une première étape dans la prise en charge et contribue à rompre le silence. Il est recommandé de l'intégrer systématiquement dans la démarche diagnostique médicale (entretien, constitution du dossier médical, examens cliniques et paracliniques). Ce questionnement sans point d'appel n'induit pas d'effet néfaste chez les patientes (6).

En effet, deux enquêtes françaises sur le questionnement systématique des femmes à propos des violences ont montré que ce dépistage permettait de mettre en évidence une forte proportion de femmes victimes de violences.

La première étude menée en 2004 auprès de 100 femmes de 18 à 92 ans consultant en médecine générale, a révélé que 54 % d'entre elles déclaraient avoir été victimes de violences (49 % victimes de violences verbales, 31 % de violences physiques et 21 % de violences sexuelles). Parmi elles, 90 % en parlaient pour la première fois à leur médecin (41).

La seconde étude a été réalisée en 2006 auprès de 51 médecins généralistes et 2 sages-femmes qui ont posé, de façon systématique lors de leur consultation, 3 questions à 557 patientes pour dépister des violences subies au cours de leur vie. Soixante-trois pour cent d'entre elles ont déclaré avoir été victimes de violences (63 % victimes de violences verbales, 43 % de violences physiques et 18 % de violences sexuelles) (42).

#### 4.1.2.3. L'accompagnement : évaluer, surveiller et soutenir

L'échantillon de médecins interrogés a mis en évidence que l'accompagnement va permettre une évaluation des situations médico-psycho-sociales des victimes et une surveillance de l'évolution. Le médecin a un rôle d'écoute et de soutien.

Le professionnel de santé va **évaluer** chaque situation d'enfant exposé aux violences conjugales en fonction de son contexte de vie, de l'urgence de protection et des facteurs protecteurs. Si la situation ne lui paraît pas avoir atteint un degré de gravité imposant une solution d'urgence, il peut vouloir s'impliquer personnellement.

L'accompagnement par le médecin généraliste va s'effectuer principalement par une **surveillance psycho-médico-sociale** de l'enfant. Il pourra ainsi évaluer la situation à chaque consultation. La surveillance régulière du développement physique, psychomoteur, psycho-affectif et social semble essentielle pour ces enfants.

L'accompagnement va permettre de soutenir le parent victime et l'aider à sortir de sa relation conjugale. Il est aussi important de **soutenir les compétences parentales** et de travailler la qualité de la relation parent-enfant (9). Ce rôle de soutien à la parentalité n'a pas été abordé au cours des entretiens, mais il semble difficilement envisageable en cabinet de médecine générale.

Enfin, la prise en charge du parent auteur a été évoquée par un médecin. L'auteur doit être accompagné à reconnaître la violence, à travailler des alternatives à cette violence et se repositionner dans la famille.

Les compétences parentales doivent alors être évaluées et soutenues (9). Des centres de suivi et de prise en charge des auteurs sont en cours de création dans la région Nouvelle-Aquitaine.

#### 4.1.2.4. Une orientation individualisée

Les médecins conseillent aux femmes victimes de se rapprocher de la police ou de la gendarmerie pour déposer une main courante ou une plainte.

Aucun n'a évoqué la possibilité de lever le secret médical « lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. » Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure. En cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République (40).

Sur le plan médico-social, peu de médecins interrogés ont déjà été amenés à orienter des femmes et enfants exposés aux violences conjugales. Le plus souvent, l'orientation des victimes est faite dans l'urgence au centre médico-légal UVIE du CHCB.

Concernant les enfants exposés à la violence conjugale, l'orientation n'est pas systématique car en fonction de la réalité qu'ils vivent, ils n'ont pas besoin du même type d'intervention. Le médecin de soins primaires doit d'abord évaluer la situation pour orienter un enfant victime de violence conjugale (41).

Les médecins orientent principalement les enfants qui ont des troubles du comportement extériorisé, interférant sur la vie sociale et notamment scolaire. Les enfants qui présentent des troubles du comportement de type intériorisé semblent moins repérés alors qu'ils pourraient avoir aussi besoin d'une prise en charge psychologique (9).

La prise en charge des psycho-traumatismes n'a pas été évoquée. Elle a pour but l'intégration de la mémoire traumatique en mémoire autobiographique. Il s'agit de donner aux victimes et à leurs proches des explications sur leurs psycho-traumatismes (psychoéducation) et leurs droits (28).

Sur le plan social, peu de médecins ont évoqué la possibilité d'adresser la patiente et ses enfants à un travailleur social du Conseil Départemental alors que le Département est en charge de la protection de l'enfance.

Peu de médecin ont évoqué les associations d'aides aux victimes alors qu'il s'agit d'un appui important. Dans un contexte de violence conjugale, une des missions essentielles du médecin généraliste et des professionnels de santé en général est d'informer et d'orienter la patiente victime. Il peut surtout lui conseiller de s'adresser aux associations d'aide aux victimes qui lui fourniront conseils et assistance (8).

Cette absence d'orientation s'explique par une complexité psycho-médico-socio-juridique, un défaut de repérage, la méconnaissance des répercussions des violences conjugales sur les victimes et particulièrement sur les enfants et l'absence de partenaires du réseau local.

#### 4.1.2.5. Comment le médecin généraliste peut-il protéger l'enfant dans une situation de violence conjugale ?

Les professionnels de santé doivent prendre en compte le danger pour l'enfant pour pouvoir les protéger. Ils peuvent essayer d'agir sur les facteurs protecteurs et alerter les services responsables de la protection de l'enfant.

##### 4.1.2.5.1. Considérer le danger pour l'enfant exposé aux violences conjugales

Les médecins ont tous parlé de maltraitance directe ou négligence sur l'enfant associée aux violences entre partenaires intimes. Cette vigilance sur une association avec de la maltraitance directe sur l'enfant est justifiée car elle est 6 à 15 fois plus élevée pour ces enfants (8).

Les médecins généralistes interrogés ne considèrent pas tous le risque de danger pour l'enfant exposé aux violences conjugales. Quand on connaît les répercussions des violences conjugales, il est difficilement admis que les enfants peuvent rester exposés à une telle violence. D'après la HAS, il est recommandé de se préoccuper systématiquement de la présence d'enfant au domicile afin d'informer les femmes victimes des conséquences des violences sur la santé et la sécurité de leurs enfants, y compris en l'absence de violence directe, et d'orienter la prise en charge (6).

L'exposition des enfants aux violences conjugales doit être considérée comme une forme de maltraitance infantile qui constitue un risque ou un danger relevant du champ de la protection de l'enfance (6).

#### 4.1.2.5.2. Agir sur les facteurs protecteurs

Les médecins ont parlé de l'arrêt de l'exposition aux violences et ont pu rechercher les ressources existantes (familles et lieux de scolarité). Mais ils n'ont pas parlé des différents facteurs protecteurs qui peuvent atténuer les effets de la violence conjugale sur les enfants. Il paraît essentiel d'agir sur ces facteurs protecteurs le plus rapidement possible (31).

Pour l'enfant, il est important de briser le secret familial et lui permettre de trouver un espace de parole où il pourra mettre des mots sur ses émotions, renforcer son estime de soi et ses capacités à gérer le stress et les événements menaçants. Il pourra alors s'adapter aux changements et aller chercher du soutien (9, 40).

Un soutien parental doit être proposé sur l'exercice du rôle parental afin de les sensibiliser aux effets de la violence conjugale sur leurs enfants, de leur enseigner les méthodes éducatives efficaces et appropriées à chaque étape du développement de l'enfant et de renforcer la relation parent-enfant (32, 41).

Le médecin doit pouvoir aborder les répercussions des violences conjugales sur les enfants avec le ou les parents pour qu'ils prennent conscience que la violence affecte toute la cellule familiale. La reconnaissance des répercussions de la violence sur les enfants est un des

facteurs qui incitent une femme à se séparer de façon permanente d'un partenaire violent (1). La recherche du bien-être des enfants est souvent décisive pour mettre un terme à une situation violente. Les explications sur les risques pour les enfants doivent permettre une prise de conscience et autoriser le parent victime à élaborer un projet de séparation (9).

L'ouverture du système familial vers l'extérieur va permettre de limiter l'isolement et créer un soutien social autour de la mère et de l'enfant (9). La mise en collectivité des enfants et la participation à des activités extra scolaires doivent être favorisées lors de l'accompagnement.

#### 4.1.2.5.3. Alerter

Aucun professionnel n'a réalisé d'IP ou de signalement dans un contexte d'enfant exposé aux violences conjugales. Les médecins n'ont pas d'interlocuteurs ou de soutien pour échanger sur ces situations. Alors que dans un cas de maltraitance directe sur l'enfant, les praticiens peuvent signaler la situation de manière plus systématique.

En France, l'exposition des enfants à la violence conjugale est considérée comme un risque ou un danger relevant du champ de la protection de l'enfance, dans ses dimensions de prévention et de protection, bien que la loi ne liste pas précisément les différentes situations de risque ou de danger (9).

Dès lors que des enfants sont présents dans le foyer, chaque situation doit faire se poser au praticien la question de se délier du secret professionnel par le biais d'une **IP ou d'un signalement judiciaire** (6).

En cas de doute sur une situation de violence au sein du couple, en présence d'enfant, le praticien a la possibilité de contacter le **médecin référent en protection de l'enfance du Conseil départemental** afin d'échanger autour de la situation (6).

Dans toute situation de violence intra familiale, le médecin généraliste a un rôle important de repérage mais il doit pouvoir trouver appui auprès du réseau local pour évaluer les situations et permettre une protection de l'enfant.

#### **4.1.3. Des obstacles communs à la prise en charge des femmes victimes**

Beaucoup d'obstacles retrouvés dans cette étude sont similaires aux difficultés recensées dans différents travaux de recherche sur la prise en charge des victimes de violences conjugales par les médecins généralistes (44, 45, 46).

##### **4.1.3.1. Obstacles liés aux médecins**

Le **manque de connaissances** sur les violences conjugales est retrouvé dans plusieurs études :

- la prévalence de la violence conjugale est sous-estimée
- le problème est parfois banalisé, notamment en confondant le conflit et la violence conjugale.
- les violences sont le plus souvent réduites à leur aspect physique, les autres types de violences comme la violence psychologique sont peu prises en compte (44).

Le médecin peut parfois ne pas « comprendre les victimes ». Beaucoup de symptômes et de comportements de victimes sont perçus comme paradoxaux alors qu'il s'agit de réactions normales aux situations traumatiques. La méconnaissance du trouble psycho-traumatique porte préjudice aux victimes. Tandis que la connaissance de ces signes permet de relier les symptômes manifestés par les victimes et de leur donner sens. La méconnaissance de l'origine traumatique des troubles peut entraîner une errance diagnostique, des diagnostics erronés et des traitements inappropriés (28).

Le médecin peut aussi avoir des représentations sur la violence conjugale et la place de l'enfant. La violence conjugale peut encore être perçue comme un « problème de couple ».

On retrouve aussi des **sentiments d'impuissance, d'échec et de frustration** qui naissent face à l'absence apparente de changement de situation et à la réversibilité des décisions prises par les victimes. Le rapport Henrion décrit ces sentiments : « Ils expriment souvent un sentiment de frustration estimant qu'aucun remède n'est efficace dans de tels cas et que les perspectives d'amélioration sont faibles. Ils ont l'impression de ne pas pouvoir contrôler la situation. Ils sont découragés par la complexité du problème, l'attitude des femmes, leur réticence à se confier, leur ambivalence, leur refus de quitter leur compagnon ou de porter plainte, mais

aussi par la fréquence des retraits de plainte qui les mettent en porte-à-faux et la difficulté d'agir sur le comportement de l'agresseur. Ils redoutent la réaction des familles qui leur reprochent d'être à l'origine de mesures qui les font montrer du doigt par le voisinage ou, pour les enfants, par les camarades d'école » (8).

On retrouve une **méconnaissance du réseau local** d'aide spécialisée aux victimes avec un manque de ressources territoriales. Le professionnel peut éprouver un sentiment d'isolement dans ces situations (8).

L'**absence de sensibilisation aux répercussions** des violences au sein du couple sur les enfants est un frein au repérage et à la prise en charge. Les médecins recherchent peu la présence d'enfant quand ils ont connaissance d'une situation de violence conjugale (46).

La transmission d'une IP ou d'un signalement est rarement faite dans un contexte de violence conjugale. La connaissance du réseau de protection de l'enfant avec des interlocuteurs identifiés pourrait aider les professionnels (46). Le médecin référent en protection de l'enfance du Conseil Départemental doit être l'interlocuteur des professionnels de santé (6).

#### 4.1.3.2. Obstacles liés au cadre professionnel

L'accompagnement des victimes « c'est, pour les professionnels de santé, savoir engager le dialogue, poser quelques questions simples qui mettent les victimes en confiance et lui donnent l'opportunité de raconter son histoire. La victime de violences vit sous la contrainte, l'angoisse, la peur, elle est humiliée et a souvent développé un sentiment de culpabilité. Le médecin doit comprendre son sentiment de vulnérabilité, son désespoir, sa tendance à nier les faits, à les minimiser, voire à défendre son oppresseur. Il doit accepter que la femme soit confuse, effrayée, honteuse ou agressive » (8). Cet accompagnement va s'appuyer sur une **disponibilité** du médecin auprès des victimes.

Les professionnels de santé mettent en avant le **manque d'outils adaptés** pour le dépistage des violences et le suivi des familles : guide, recommandations et support d'information (46).

Le médecin généraliste est « le **médecin de famille** » ce qui représente à la fois un avantage car il connaît les problèmes du couple et peut apporter un conseil lucide et efficace, et un désavantage car ce peut être un facteur limitant. Il peut ressentir une pression de l'entourage ou du conjoint (8).

La protection des victimes est difficile car la notion de danger n'est pas toujours perçue et les **limites du secret professionnel** peuvent être difficiles à cerner. Les médecins ont peur de perdre la confiance du parent si un signalement est réalisé. Cependant, comme dans le travail de recherche réalisé dans l'Eure, la peur des conséquences d'une IP ou d'un signalement n'a pas été évoquée par les médecins interrogés (46).

#### 4.1.3.3. Obstacles liés aux victimes

L'étude des freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales par les professionnels de santé est indissociable des difficultés inhérentes à la victime. Le défaut de repérage par les professionnels de santé peut s'expliquer par :

- l'ambivalence de la victime, expliquée par le cycle des violences conjugales et les répercussions sur les victimes.
- l'isolement social créé par l'agresseur
- la dissimulation de la violence par la victime (peur des représailles, culpabilité et banalisation de sa situation)
- le parent victime peut aussi avoir peur du placement de ses enfants (44).

La violence conjugale est un défi pour l'accompagnement de par son caractère caché, son processus de rapport de force et d'attachement entre les membres de la famille et la temporalité pour permettre à la victime de sortir d'une situation de violence (9).

#### **4.1.4. Les attentes des médecins généralistes du territoire**

Ce travail de recherche met en évidence une certaine attente en termes de formation. Les médecins généralistes sont peu formés alors qu'il est essentiel de les sensibiliser à la problématique des enfants exposés aux violences conjugales, de développer leur sentiment de responsabilité et leurs habilités à dépister les situations familiales, à évaluer le niveau de danger, à signaler les enfants dont la sécurité et le développement sont compromis et à fournir aux femmes des informations sur la façon de se protéger et protéger leurs enfants (41). Il existe de nombreuses sensibilisations et formations sur les violences conjugales et pour beaucoup, elles intègrent une sensibilisation aux répercussions de ces violences sur les enfants.

Les professionnels de santé ont un rôle important dans le repérage des victimes de violences conjugales afin de pouvoir les orienter pour une prise en charge globale et pluridisciplinaire (médico-sociale, juridique et psychologique). Cependant, les médecins généralistes connaissent peu le réseau local d'aide aux victimes. Ils souhaitent pouvoir faire intervenir un réseau partenarial qui va accompagner, soutenir et protéger les victimes, parents et enfant. Il s'agit de réseaux de proximité qui font entrer en liaison tous les acteurs de terrain (8).

La HAS recommande que le praticien dispose d'une liste de coordonnées des principaux partenaires de son secteur (6). Les médecins généralistes du territoire peuvent s'appuyer sur de nombreuses structures d'aides et de protection des victimes : Unité de Victimologie du CHCB, autorité judiciaire, centre d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF), centre médico-psychologique (CMP), association d'aides aux victimes, Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), Planning familial, service départemental de protection de l'enfance...

Les médecins généralistes qui ont participé à l'étude ne connaissent pas les outils existants. Les professionnels de santé peuvent pourtant s'appuyer sur différents supports pour le repérage et la prise en charge des victimes de violences conjugales :

- la HAS a publié une recommandation en juin 2019 et mise à jour en décembre 2020 (6)

- le Département de Médecine Générale de Clermont-Ferrand a créé un site internet [declicviolence.fr](http://declicviolence.fr) à destination des médecins (47)
- la MIPROF a élaboré des kits de formation pour les professionnels disponibles gratuitement (48)
- le Ministère de la Justice a publié en collaboration avec le conseil de l'ordre et l'HAS un vadémécum « secret médical et violences au sein du couple » avec des critères d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise qui vont permettre d'aider le soignant à la prise de décision de signalement (49).

Pour aider les professionnels à aborder les violences conjugales avec les parents, le département de Seine Saint Denis a élaboré un outil méthodologique d'aide à l'entretien « Violences faites aux femmes, les enfants souffrent » et un guide « Des mots pour le dire » qui aide le professionnel à accompagner parent victime et enfant (50, 51).

La région de Nouvelle-Aquitaine a réactualisé et redistribué une brochure intitulée « la santé des enfants exposés aux violences conjugales : le monde du silence ». Il s'agit d'un outil qui permet d'expliquer aux parents les différentes répercussions des violences conjugales sur les enfants. Elle est accompagnée d'une brochure explicative à destination des professionnels. Toutes les coordonnées des professionnels pouvant intervenir auprès des enfants y sont inscrites (36, 37).

## **4.2. Limitations et faiblesses**

### **4.2.1. Sujet concernant la protection de l'enfance**

L'exposition des enfants à la violence au sein du couple est un sujet se rapportant à la protection de l'enfance. Pour un professionnel de santé, il semble peu envisageable d'admettre que le sujet ne les intéresse pas ou qu'il ne participe pas à la protection de ces enfants. Il existe donc un biais de désirabilité sociale important.

Même si l'anonymat des entretiens permet de diminuer ce biais, le thème abordé influence la manière de répondre des médecins interrogés.

### **4.2.2. L'échantillon de médecins généralistes**

L'échantillon de médecins généralistes dans ce travail est de petite taille. En effet, la saturation des données a été rapidement atteinte (cf 1.2.3. Les entretiens).

L'étude s'est limitée au Pays Basque, demi-département des Pyrénées Atlantiques car la population médicale y est assez importante pour avoir un échantillon varié. La protection de l'enfance étant du ressort de chaque département, son organisation peut varier d'un département à l'autre. Mais dans chaque département, une CRIP a été créée pour faciliter le recueil des IP.

Dans l'échantillon de médecins généralistes interrogés, on retrouve une surreprésentation de la tranche d'âge 30-40 ans (40%). Deux hypothèses peuvent expliquer ce phénomène :

- Le mode de recrutement avec un biais de participation important. En effet, la plupart des médecins qui ont accepté de participer à cette étude connaissaient l'investigateur de manière personnelle ou professionnelle.
- L'intérêt pour le sujet traité : les jeunes médecins ont été plus sensibilisés sur le thème des violences conjugales, le sujet étant traité pendant des cours universitaires.

### **4.2.3. Les entretiens**

La saturation des données est survenue rapidement au cours de l'étude (8 entretiens). Ce qui peut être expliqué par :

- le thème abordé : la violence conjugale semble mal connue par les médecins généralistes, en tout cas sous-évaluée dans leur patientèle. L'enfant victime des violences conjugales est une réalité mal connue aujourd'hui. Le sujet était souvent mal compris, les médecins confondaient l'enfant victime de violence conjugale et l'enfant victime d'autres types de maltraitance. Le lien violence conjugale et maltraitance directe sur l'enfant était systématiquement fait.

- l'absence d'expérience de l'investigateur dans l'entretien semi-dirigé. Une perte d'information a eu lieu lors des entretiens car les relances pouvaient être difficiles ou mal organisées.

- la trame d'entretien qui malgré les quelques modifications en cours d'étude, ne permettait pas aux médecins d'aborder tous les thèmes de manière optimale.

## **4.3. Points forts**

### **4.3.1. Intérêts de l'étude**

Ce travail de recherche autour des violences conjugales s'inscrit dans l'actualité française. En effet les entretiens ont été réalisés suite au grenelle des violences conjugales en novembre 2019 qui a été médiatisé. De par cette actualité, la plupart des médecins généralistes ont été sensibilisés aux violences conjugales, notamment sur leurs fréquences sous-estimées.

### **4.3.2. Choix d'une étude qualitative**

L'objectif de ce travail de recherche était de dégager plusieurs hypothèses émergeant du discours des médecins interrogés concernant le repérage et la prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales. Pour ce faire, nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi dirigés. Le choix de cette méthode de recherche permet d'éviter le potentiel biais de suggestion qu'une analyse quantitative aurait pu amener.

L'étude qualitative nous a permis d'extraire des données directement issues des entretiens afin de cerner au mieux le phénomène observé et d'émettre des hypothèses de manière hypothético-déductive.

#### **4.3.3. Triangulation des données**

L'étude a été menée jusqu'à saturation des données avec deux entretiens supplémentaires, c'est-à-dire que les entretiens ont été menés jusqu'à l'absence de nouvelles données.

Une triangulation des données recueillies a été possible grâce au double codage réalisé par l'investigateur et le Dr DUROUX, médecin spécialiste en santé publique et médecine sociale. Le Dr DUROUX n'avait pas de connaissances particulières sur le sujet des enfants exposés aux violences conjugales. Nous avons discuté de chaque entretien après son double codage pour définir la grille finale de codage.

#### **4.4. Perspectives**

Ce travail de recherche s'est concentré sur la prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales par les médecins généralistes. Il serait intéressant d'intégrer les pédiatres libéraux qui sont aussi des acteurs de soins primaires pour les enfants.

Tous les professionnels qui travaillent auprès de familles sont aussi concernés par le repérage des enfants exposés aux violences conjugales. Chaque acteur doit pouvoir repérer et intervenir pour protéger ces enfants.

Depuis quelques années, de nombreuses initiatives ont permis de sensibiliser les professionnels aux répercussions sur les enfants. Le Contrat Local de Santé (CLS) du Pays Basque a permis de créer une dynamique de sensibilisation des professionnels avec des rencontres ville-hôpital depuis 2017 et une formation « Les violences intraconjugales et leurs conséquences sur la santé ». Le CLS va poursuivre son travail de sensibilisation avec une campagne d'information des répercussions des violences conjugales sur les jeunes enfants pour tous les professionnels en contact avec des familles.

Un outil départemental qui regroupe toutes les informations (guide méthodologique, coordonnées des partenaires, informations locales, etc.) pourrait aider les médecins généralistes, pédiatres et tous les professionnels en contact avec des familles. Un site internet pourrait faciliter la diffusion au plus grand nombre.

## **5. Conclusion**

Aujourd'hui, les enfants exposés aux violences conjugales, quelles que soient leurs formes, sont reconnus comme des victimes à part entière de cette violence. Il est essentiel de les repérer et de proposer un accompagnement adapté à leurs besoins.

Ce travail de recherche montre que les médecins généralistes du Pays Basque sont peu impliqués dans le repérage et la prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales.

Cet accompagnement est indissociable du parent victime, il s'agit donc d'une prise en charge d'une dyade, le plus souvent mère-enfant, ce qui complique l'intervention du médecin généraliste dans un système familial fragile.

La prise en charge des victimes de violences conjugales est un exercice inhabituel et complexe pour les médecins généralistes tant par sa fréquence que par les différents obstacles rencontrés. Les médecins se retrouvent confrontés à la difficulté à repérer la violence conjugale et la complexité de la prise en charge des victimes.

On considère l'enfant exposé à la violence conjugale comme un enfant en danger, car ses besoins fondamentaux de sécurité peuvent ne pas être assurés par ses parents. Les professionnels de santé sont des acteurs importants de la protection de ces enfants mais elle reste difficile à mettre en œuvre. En effet, le danger pour l'enfant n'est pas toujours perçu et les médecins orientent peu les enfants exposés.

Enfin, les médecins généralistes mettent en avant un besoin de sensibilisation aux répercussions des violences conjugales sur les enfants et un besoin de partenaires pluri-professionnels du réseau local pour permettre une prise en charge pluridisciplinaire médicale, psychologique, sociale et judiciaire.

## **Bibliographie**

1. Garcia-Moreno C, Guedes A, Knerr W. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes : La violence exercée par un partenaire intime. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2012.
2. Jaspard M, Brown E, Condon S, Fougeyrollas-Schwebel D, Houel A, Lhomond B, Maillochon F, Saurel-Cubizolles M-J, Schiltz M-A. Les violences envers les femmes en France, une enquête nationale. La Documentation française. 2003.
3. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). La lettre de l'observatoire nationale des violences faites aux femmes. 2020.
4. Service statistique de ministérielle de la sécurité intérieure (SSMSI). Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » : Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité. 2019.
5. Ministère de l'intérieur. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple. 2019.
6. Haute Autorité de Santé (HAS). Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. 2019.
7. Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi and Rafael Lozano. World report on violence and health. OMS. 2002.
8. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé. La documentation française. 2001.
9. Severac N. Les enfants exposés à la violence conjugale. Recherches et pratiques. ONED (Observatoire National de l'Enfance en Danger). 2012.

10. Martin-Blachais MP, Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfant. 2017.
11. Combattre la violence à l'égard des femmes. Etude du bilan des mesures et action prises dans les états membres du Conseil de l'Europe. 2006 :19-20.
12. Convention Du Conseil de l'Europe Sur La Prévention et La Lutte Contre La Violence À L'égard Des Femmes et La Violence Domestique. Conseil de l'Europe. 2011.
13. Article L. 112-3 de la loi du 14 mars 2016.
14. OMS. La maltraitance des enfants. 2016 [En ligne] <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>. Consulté le 27/08/2021.
15. Moureau A, Delvenne V. Traces cérébrales des traumatismes infantiles et devenir psychopathologiques. La psychiatrie de l'enfant. 2016;59 :333-355.
16. Sudermann M, Jaffe P. A Handbook for Health and Social Service Providers and Educators on Children Exposed to Woman Abuse/Family Violence. Ottawa: Family Violence Prevention Unit, Health Canada. 1999.
17. Ovaere F, Sardo-Infirri S, Touahria-Gaillard A, Lévy J-M. L'impact de la violence conjugale sur les enfants : Revue critique de littérature. ONED. 2007.
18. Paul O, Zaouche Gaudron C, Fontaine-Benaoum, E, Lamarque M. Enfants exposés à la violence conjugale : état des lieux des recherches (1995-2018). Revue québécoise de psychologie. 2019;40(1):63-85.
19. E Brown, M Jaspard. "La place de l'enfant dans les conflits et les violences conjugales." Recherches et prévisions. 2004;78:5-19.

20. Savard N, Zaouche Gaudron C. État des lieux des recherches sur les enfants exposés à la violence conjugale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*. 2010;58(8):513-522.
21. Fortin A. L'enfant exposé à la violence conjugale : quelles difficultés et quels besoins d'aide ? *Empan*. 2019;73:119-127.
22. Fortin A. Le point de vue de l'enfant sur la violence conjugale à laquelle il est exposé. *Collection Etudes et Analyses*. Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes. 2005;32.
23. Kimber M, Adham S, Gill S, McTavish J, MacMillan H. The association between child exposure to intimate partner violence (IPV) and perpetration of IPV in adulthood—A systematic review. *Child Abuse & Neglect*. 2018;76:273-286.
24. Guedeney N, Guedeney A, Rabouam C. Violences conjugales et attachement des jeunes enfants. *Perspectives psy*. 2013;52:222-230.
25. Savard N. La Théorie de l'Attachement : Une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance. ONED. 2010.
26. Graham-Bermann S, Castor LE, Miller LE, Howell KH. The impact of intimate partner violence and additional traumatic events and traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children. *J trauma stress*. 2012;25:393-400.
27. De Becker E. L'enfant exposé aux violences conjugales : Réflexions générales à partir d'une pratique pédopsychiatrique. *L'information psychiatrique*. 2019;95:261-269.
28. Salmona M. Comprendre et prendre en charge l'impact psychotraumatique des violences conjugales pour mieux protéger les femmes et les enfants qui en sont victimes. *Violences conjugales : le droit d'être protégée*. 2017.

29. ONED. Les enfants exposés aux violences au sein du couple, quelles recommandations pour les pouvoirs publics ? 2008.
30. Lebas J, Morvant C, Chauvin P. Consequences of domestic violence on women's health and their management in primary health care. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2002;186 :949-59.
31. Lessard G, Paradis F. Recension des Écrits sur la problématique des enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de Protection. Institut National de Santé Publique Du Québec. 2003. En ligne [Recension des écrits sur les stratégies d'intervention à privilégier auprès des enfants exposés à la violence conjugale \(inspq.qc.ca\)](#) . Consulté le 27/08/2021.
32. Racicot K, Fortin A, Dagenais C. Réduire les conséquences de l'exposition de l'enfant à la violence conjugale : Pourquoi miser sur la relation mère enfant ? Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale. 2012;86:321-342.
33. Sadlier K. Violences conjugales : un défi pour la parentalité. Dunod. 2015.
34. Article R. 4127-43 du code de la santé publique.
35. Article R226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles.
36. Barrial I, Danel P, Vasselier-Novelli C, Heim C, Desestret M. Le monde du silence. Conseil général du Puy de Dôme. 2012. [En ligne] [la sante des enfants exposes aux violences conjugales. vienne.pdf \(dreets.gouv.fr\)](#). Consulté le 27/08/2021.
37. Le monde du silence. Livret d'accompagnement de la brochure « la santé des enfants exposés aux violences conjugales ». Conseil général du Puy de Dôme. 2012. [En ligne] [livret enfants exposes nouvelle aquitaine.pdf \(dreets.gouv.fr\)](#). Consulté le 27/08/2021.

38. Direction de l'Égalité des Chances du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Un enfant exposé aux violences conjugales est un enfant maltraité. 2013.
39. Ledoux A. Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : enquête quantitative auprès des médecins généralistes du pays basque. Thèse d'exercice de médecine : Bordeaux. 2016.
40. Article 226-14 du Code Pénal modifié par la LOI n° 2020-936 du 30 juillet 2020.
41. Lessard G, Lampron C, Paradis F. Les stratégies d'intervention à privilégier auprès des enfants exposés à la violence conjugale, recension des écrits. Institut National de Santé Publique du Québec. 2003.
42. Lazimi G. Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant ? Mémoire de diplôme universitaire « Stress, traumatisme et pathologies ». 2007.
43. Lazimi G. Evaluation des violences faites aux femmes : étude auprès de cent consultantes en médecine générale. Mémoire de DIU Formation complémentaire en gynécologie et obstétrique pour le médecin généraliste. 2004.
44. Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires ? Quelles réponses peut-on apporter ? Thèse d'exercice de médecine : Nancy. 2016.
45. Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Thèse d'exercice de médecine : Paris. 2013.
46. Marly A. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des enfants exposés à la violence conjugale. Thèse d'exercice de médecine : Rouen. 2016.

47. Declicviolenace.fr [En ligne] [Décliviolence \(decliviolence.fr\)](http://decliviolence.fr). Consulté le 27/08/2021.
48. MIPROF. L'impact des violences au sein du couple sur les enfants. [En ligne] [Je suis professionnel | Arrêtons les violences \(arretonslesviolences.gouv.fr\)](http://je-suis-professionnel-arr-etons-les-violences-arretonslesviolences.gouv.fr). Consulté le 30/08/2021.
49. Ministère de la Justice. Secret médical et violences au sein du couple. Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal.
50. Département Seine Saint Denis. Violences faites aux femmes, les enfants souffrent. [En ligne] [guide - outils daide a l'entretien.pdf \(seinesaintdenis.fr\)](http://seinesaintdenis.fr/guide-outils-daide-a-lentretien.pdf). Consulté le 30/08/2021.
51. Sadlier K. Les mots pour le dire. Tome 1. Département Seine Saint Denis. [En ligne] [https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/les mots pour le dire - tome 1.pdf](https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/les_mots_pour_le_dire_-_tome_1.pdf). Consulté le 30/08/2021.

## **Annexes**

### **Annexe 1 Formulaire d'information et de consentement**

#### **FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

*Enfants exposés aux violences conjugales : Etude qualitative auprès de médecins généralistes du Pays Basque.*

#### **Introduction :**

Je mène ce travail de recherche sous la direction du Dr ROQUES, pédiatre au service départemental de Protection Maternelle et Infantile des Pyrénées-Atlantiques.

Les différents objectifs de ce projet sont :

- d'essayer de comprendre les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge des enfants victimes des violences conjugales. Il est question d'enfants exposés aux violences au sein du couple sans que l'enfant soit atteint physiquement.
- d'identifier les obstacles rencontrés dans ces prises en charges
- d'identifier les attentes et les besoins des médecins généralistes.

La finalité de ce projet est d'améliorer le repérage et la prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales au Pays Basque.

#### **Réalisation de l'entretien :**

Cet entretien sera réalisé par Aliénor LEROUX- MOGA selon vos disponibilités, dans les locaux de vos choix.

Il durera de 10 à 30 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

#### **Qu'est ce qui se passe si je participe ?**

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre expérience et attente dans la prise en charge de patients victimes de violences conjugales.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

### Comment sera traitée l'information recueillie ?

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

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

L'analyse des données sera réalisée par Aliénor LEROUX-MOGA *en collaboration avec* le Dr DUROUX, médecin de Santé publique et le Dr ROQUES, directrice de thèse.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse d'Aliénor LEROUX-MOGA et peuvent éventuellement être publiés.

### Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
  
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
  
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
  
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
  
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) \_\_\_\_\_

Signature (investigateur) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

## **Annexe 2 Guide d'entretien (version 2)**

Note d'information :

Je mène ce travail de recherche sous la direction du Dr ROQUES, pédiatre au service départemental de Protection Maternelle et Infantile des Pyrénées-Atlantiques.

Le but de cet entretien est d'essayer de comprendre les pratiques, les obstacles rencontrés et les attentes des médecins généralistes dans la prise en charge des enfants victimes des violences conjugales.

Les données recueillies lors des entretiens seront rendues anonymes. Vous pourrez si vous le souhaitez avoir accès au verbatim (retranscriptions écrites et anonymisées) de notre entretien et à la thèse au format électronique une fois le travail terminé et soutenu. Les enregistrements audio seront détruits une fois les retranscriptions faites.

Le traitement de données s'effectuant par informatique, le projet de recherche a été soumis à la CNIL. (Donner le récépissé de la CNIL et recueillir le consentement verbal du médecin)

Après obtention de l'accord, débiter l'entretien en mettant en marche le dictaphone.

### **Question 1 : Pouvez-vous me parler des victimes de violences conjugales et de la prise en charge en médecine générale ?**

Objectifs :

#### **- Définition**

Relance : Comment vous définissez la violence conjugale ?

#### **- Fréquence**

Relance : Quelle est la fréquence dans votre patientèle ?

#### **- Prise en charge**

Relance : Qu'est-ce que vous êtes amenés à faire avec ou pour les victimes de violence conjugale ?

#### **- Différence entre violence et conflit**

Relance : Comment faites-vous la différence entre un conflit conjugal et de la violence conjugale ?

### **Question 2 : Pouvez-vous me parler des enfants qui vivent dans ces foyers où sévit la violence ?**

#### **- Repérage**

Relance : Comment repérez-vous les enfants exposés aux violences conjugales ?

Approfondissement : Quels sont les signes chez des enfants qui pourraient vous interroger sur une exposition aux violences conjugales ?

#### **- Répercussions**

Relance : D'après votre expérience, quelles peuvent être les répercussions de la violence conjugale sur les enfants ?

Approfondissement : Quelles sont les problématiques médicales/psychologiques /sociales que vous avez pu rencontrer chez les enfants ?

#### **- Enfant exposés/victime**

Relance : Est-ce que l'enfant est victime de cette violence conjugale ? Quels sont les différentes raisons qui vous amènent à penser qu'un enfant exposé à des violences conjugales peut être un enfant en danger ? Pourquoi ?

#### **-Parler des répercussions avec les familles**

Qu'est-ce que vous pouvez dire aux parents/ mère sur l'exposition des enfants aux violences conjugales ?

**Question 3 : Est-ce que vous pouvez me parler de la prise en charge qu'on peut proposer pour ces enfants ?**

#### **- Orientation**

Relance : Vers qui pouvez-vous orienter les enfants exposés aux violences conjugales ?

#### **- Protection de l'enfant**

Relance : Comment le médecin généraliste peut-il à son niveau protéger l'enfant ?

Approfondissement : Quelles sont les raisons qui pourraient vous amener à faire une Information Préoccupante dans un contexte de violence conjugale ?

**Question 4 : Quels sont les obstacles à la prise en charge des enfants vivant dans un foyer où il y a de la violence conjugale ?**

Objectifs :

#### **- Orientation (si non abordé)**

Relance : quels sont les principaux freins à l'orientation de ces enfants ?

#### **- Protection (si non abordé)**

Relance : Quels sont les freins que vous pouvez rencontrer pour la protection de l'enfant dans un contexte de violence conjugale ?

Approfondissement : Quels sont les freins à réaliser une information préoccupante dans un contexte de violence conjugale ?

#### **- Place du médecin de famille**

Relance : Pour vous, quelle est la place du médecin de famille auprès des enfants victimes des violences conjugales ?

Approfondissement : être le médecin du conjoint violent est-il un frein à la prise en charge des enfants exposés aux violences ? Pourquoi ?

#### **- Secret médical**

Relance : Quelle est la place du secret médical dans la prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales ?

Approfondissement : Pourquoi le secret médical peut-il être un frein à la prise en charge de ces enfants ?

### **Question 5 : Quels seraient vos besoins en tant que médecin de famille pour prendre en charge ces enfants ?**

Objectifs :

#### **- Formation**

Relance : Pensez-vous qu'une formation sur l'exposition des enfants aux violences conjugales pourriez-vous aider ?

Approfondissement : Qu'attendez-vous de cette formation ?

#### **- Réseau local**

Relance : Sur le plan local, qu'est ce qui pourriez-vous aider à ces prises en charge ?

Approfondissement : Quels sont les professionnels de santé qui pourraient vous aider ?

#### **- Outils**

Relance : Si un outil pouvez-vous aider dans ces prises en charge, comment l'imaginez-vous ?

### **Données quantitatives**

- Age
- Sexe
- Exercice rural/ urbain
- Nombre d'année d'installation
- Pourcentage de patientèle pédiatrique
- Formation sur les violences conjugales

## Annexe 3 Coordonnées du réseau local

**FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES**  
**DES PROFESSIONNELS-LES VOUS ÉCOUTENT**  
**ET VOUS ACCOMPAGNENT.**  
[stop-violences-femmes.gouv.fr](http://stop-violences-femmes.gouv.fr)

**SEXISME**  
**PAS NOTRE GENRE!**

### LIEUX RESSOURCES DES PYRÉNÉES-ATLANTIQUES

**Dans l'urgence**

Brigade de Gendarmerie..... 17 ou 112  
 Commissariat de Police  
 Service des urgences..... 15

**Pour en parler et s'informer**

Du Côté Des Femmes – Accueil/écoute Béarn.....05 59 06 87 70  
 Atherbea – Accueil/écoute Pays Basque .....05 59 46 40 86  
 APAVIM - Aide aux victimes Béarn .....05 59 27 91 23  
 ACJPB - Aide aux victimes Pays Basque .....05 59 59 45 93  
 CIDFF (AEFH 64) – Information juridique.....06 37 95 78 22  
 Planning Familial Béarn.....05 59 27 88 43  
 Planning Familial Pays Basque .....09 83 86 73 06  
 VIE-Ecoute violences conjugales St Jean de Luz.....05 59 08 04 04

**Pour la recherche d'hébergement** ..... 115

**Pour porter plainte**

Gendarmerie ou Commissariat  
 Procureur.e de la République (par courrier)

République Française  
 Département des Pyrénées-Atlantiques

PRÉFET  
 DES PYRÉNÉES-  
 ATLANTIQUES

[stop-violences-femmes.gouv.fr](http://stop-violences-femmes.gouv.fr)

## **Annexe 4 Coordonnées du réseau local (Brochure Le monde du silence de la Région Nouvelle Aquitaine)**

### **À QUI EN PARLER ?**

- **Le médecin généraliste**
- **Le service médico-social des élèves** : s'adresser à l'établissement
- **Le conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques**
  - Hôtel du département. Service de l'Aide Sociale à l'Enfance  
64 avenue Jean Biray, 64058 PAU Cedex 9 - **05.59.11.46.64**
  - Délégation de la Nive - 4 allée des Platanes, 64104 BAYONNE - **05.59.46.50.50**
- **Les Services Départementaux des Solidarités et de l'Insertion (SDSEI) du conseil départemental**
  - SDSEI Adour BAB - 25 rue Mounède, 64100 BAYONNE - **05.59.50.62.62**
  - SDSEI Est Béarn - 1 rue Françoise Dolto, 64140 MORLAAS - **05.59.72.14.72**
  - SDSEI Haut Béarn - 14 rue Adoue, 64400 OLORON-STE-MARIE - **05.59.10.00.70**
  - SDSEI Nive Nivelle - rue Hiribehere. Bât Guadeloupe, 64800 USTARRITZ - **05.59.70.51.51**
  - SDSEI Pau Agglomération - 2 rue Pierre Bonnard, 64000 PAU - **05.59.14.84.84**
  - SDSEI Pays Basque Intérieur - Bd de la Madeleine, 64120 SAINT-PALAIS - **05.59.65.92.12**
- **Le Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF)**
  - Permanences dans de nombreux lieux (Saint-Palais. Boucau. Saint-Jean-de-Luz. Hasparren. Biarritz. Salies de Béarn. Mourenx. MSAP de Saragosse et Ousse des Bois) - **06.37.95.78.22**
  - Villa Bois Louis. Avenue Gaston Lacoste, 64000 PAU
  - 4 rue Hélène Feillet, 64100 BAYONNE
- **L'Association Du Côté Des Femmes** - 60 rue du 14 juillet, 64000 PAU - **05.59.06.87.70**
- **Le LAEVC - Association Atherbea** - 14 rue Jacques Laffitte, 64100 BAYONNE - **05.59.46.40.86**
- **Le Centre Hospitalier de la Côte Basque**  
13 avenue de l'Interne Jacques Loeb, 64100 BAYONNE - **05.59.44.35.35**
- **Le centre de planification et d'éducation familiale** - BAYONNE - **05.59.44.40.94**
- **Le centre de planification et d'éducation familiale** - ST JEAN-DE-LUZ - **05.59.51.46.64**
- **L'Unité de Victimologie** - **05.33.78.81.37**
- **La Sauvegarde de l'Enfance à l'Adulte du Pays Basque (SEAPB)**  
7 rue de Masure, 64100 BAYONNE - **05.59.59.10.75**
- **L'ACJPB** - 28 rue Lormand, 64100 BAYONNE - **05.59.59.45.93**
- **Le Planning Familial**
  - 18 rue Bourbaki, 64000 PAU - **05.59.27.88.43 / 06.89.66.77.75**
  - 49 rue Maubec, 64100 BAYONNE - **09.83.86.73.06**

## Serment

Au moment d'être admise 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 leurs 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

## **Abstract**

**Title:** Children exposed to domestic violence: a qualitative study of general practitioners in the Basque Country.

**Introduction:** Domestic violence has numerous repercussions on children who are exposed to it. General practitioners play a key role in identifying and treating victims of domestic violence, both parents and children.

**Objective:** To understand the current practices, the challenges and the expectations of general practitioners in the Basque Country in identifying and caring for children exposed to domestic violence.

**Method:** Qualitative study based on semi-structured interviews with general practitioners in the Basque Country. Data analysis was carried out using N Vivo software and the grounded theory method.

**Results:** General practitioners only play a minor role in the identification and support of victims of domestic violence. The care of children exposed to domestic violence is complex as it must take into account the mother-child relationship, the different characteristics of domestic violence and the need to protect these children.

**Conclusion:** General practitioners require increased awareness and collaboration in order to provide children exposed to domestic violence with appropriate and individualized care.

**KEYWORDS:** Domestic violence, Vulnerable children, General medicine

## **Résumé**

**Titre** : Enfants exposés aux violences conjugales : étude qualitative auprès de médecins généralistes du Pays Basque.

**Introduction** : La violence conjugale peut avoir de nombreuses répercussions sur les enfants qui y sont exposés. Les médecins généralistes sont des acteurs importants du repérage et de la prise en charge des victimes de violences conjugales, parents et enfants.

**Objectif** : Comprendre les pratiques, les obstacles et les attentes des médecins généralistes du Pays basque pour le repérage et la prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales.

**Méthode** : Etude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes du Pays basque. L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel N Vivo par théorisation ancrée.

**Résultats** : Les médecins généralistes sont peu acteur dans le repérage et l'accompagnement des victimes de violences conjugales. La prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales est complexe car elle doit prendre en compte la dyade mère-enfant, les différentes caractéristiques de la violence conjugale et la nécessité de protection de ces enfants.

**Conclusion** : La prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales par les médecins généralistes nécessite une sensibilisation et un travail en réseau afin de proposer une prise en charge adaptée et individualisée.

**MOTS-CLES** : Violence conjugale, enfants exposés, médecine générale

**Discipline** : Médecine Générale

**U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES, Université de Bordeaux, Sciences de la Santé, 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex**