

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Enfants co-victimes de violences conjugales :  
Quels sont les freins à leur prise en charge ?**

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 21 Octobre 2021 à 15h30  
au Pôle Recherche  
par **Eva BERARD**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur Patrice DOUBLIEZ**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Nicolas GAUD**

**Travail en lien avec la F2RSM**

---

### **Avertissement**

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



## Liste des abréviations :

**AEMO** : Action Éducative en Milieu Ouvert

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CRIP** : Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes

**DSM-5** : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders-5 ème édition

**ENVEFF** : Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France

**FST** : Formation Spécialisée Transversale

**IDE** : Infirmier Diplômé d'État

**MIJE** : Mesure Judiciaire d'Investigation Éducative

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PEA** : Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

**PPA** : Psychiatrie de la Personne Âgée

**SOLFA** : association Solidarité Femmes Accueil

**UMJ** : Unité Médico-Judiciaire

**UPEA** : Urgences Psychiatrique de l'Enfant et de l'Adolescent

## Table des matières :

<b>I. Préambule :</b> .....	<b>1</b>
<b>II. Généralités :</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Les violences conjugales :</b> .....	<b>3</b>
a. Définition : .....	3
b. La différence conflit de couple et violence conjugale : .....	6
c. Le cycle de la violence conjugale : .....	7
d. Les différentes formes de violences conjugales : .....	8
e. La notion d'emprise : .....	11
f. Les violences conjugales et leurs conséquences : .....	14
g. Le cadre socio-politique et législatif : .....	16
<b>2. Les enfants exposés aux violences conjugales :</b> .....	<b>20</b>
a. La notion de co-victime : .....	20
b. Les enjeux cliniques et développementaux : .....	22
i. La grossesse : .....	23
ii. L'attachement : .....	24
iii. Les profils d'adaptation : .....	25
iv. Le trouble de stress post-traumatique : .....	26
c. Les représentations de l'enfant face à la violence, l'impact relationnel : .....	29
i. Le conflit de loyauté : .....	29
ii. Le sentiment de blâme : .....	30
iii. La parentification : .....	30
<b>3. Le réseau de prise en charge :</b> .....	<b>31</b>
a. L'approche associative : .....	32
b. L'abord médico-social : .....	33
c. L'aspect juridique : .....	35

<b>III. Revue de la littérature :</b>	<b>37</b>
<b>IV. Matériels et méthodes :</b>	<b>38</b>
1. Enquête préliminaire :	38
2. Type d'étude :	38
3. La population étudiée :	39
4. Matériel utilisé :	39
5. Méthodes statistiques :	41
<b>V. Analyse des résultats :</b>	<b>41</b>
1. Analyses descriptives univariées :	41
a. Première partie du questionnaire, la caractérisation de la population étudiée :	42
b. Deuxième partie du questionnaire, les représentations des professionnels :	44
c. Troisième partie du questionnaire, les pratiques professionnelles :	49
2. Analyses descriptives bivariées :	53
a. Analyse de la spécialité combinée aux autres variables :	53
b. Analyse de l'avancé dans le cursus d'interne combinée aux autres variables :	54
c. Analyse de la prise en charge des enfants de moins de 3 ans :	55
d. Analyse de la connaissance du protocole combinée à la réalisation des gardes au CHU de Lille :	56
e. Analyse des entretiens réalisés avec les enfants co-victimes de violences conjugales :	57
<b>VI. Discussion :</b>	<b>58</b>
1. Interprétation des résultats :	58
2. Les limites de l'étude :	60
a. L'échantillon :	60
b. Le questionnaire :	61
3. Intérêt de cette étude :	62

4. Perspectives :.....	62
<b><i>Bibliographie</i> :</b> .....	<b>64</b>
<b><i>Annexes</i> :</b> .....	<b>68</b>

## I. Préambule :

Les violences conjugales ainsi que les enfants qui en sont victimes, sont depuis toujours considérées comme tabou, et restent, à ce jour, une réalité omniprésente. En France, 143 000 enfants vivaient dans un foyer au sein duquel, des violences conjugales auraient été déclarées (1).

Ces actes ont souvent été relayés au rang des affaires relevant de « l'ordre du privé ». Cependant, depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics ont mis en lumière cette question sensible avec une prise de conscience de cette réalité se déroulant au sein du cercle familial. Pour ce faire, depuis 2010, l'état français reconnaît ce type de violences comme grande cause nationale et inscrit ces dernières dans une réalité sociale.

Parallèlement, les premiers questionnements en lien avec le vécu des enfants, sont apparus en 2009 au travers d'une campagne publicitaire. Cette dernière ciblait le risque de manifester des processus violents futurs. A cette époque, celle-ci ne prenait pas en compte l'impact potentiel sur leur développement psychique.

L'exposition de ces enfants à la violence conjugale de leurs parents, comme témoin, mais notamment comme victime, peut engendrer des manifestations cliniques multiples et complexes.

Étudiante en 8<sup>ème</sup> semestre d'internat de psychiatrie à Lille, j'ai choisi de me spécialiser plus précisément autour de l'enfant et de l'adolescent. Au cours des différents stages et lieux d'apprentissage, j'ai eu l'opportunité de pouvoir accompagner de jeunes patients dans leur parcours de soins. Lors de ces suivis, il m'est apparu que nombre



d'entre eux avaient été exposés à la violence de leurs parents dans leur enfance. Dans ce contexte, j'ai pu identifier des défauts de repérage, de soutien et d'orientation. En effet, uniquement une minorité d'entre eux avait été entendue pour cette question, tant sur le plan juridique, social ou médical.

J'ai donc souhaité travailler sur cette thématique qui s'intègre aussi dans la continuité du plan interministériel de 2017 à 2019. Ce premier Grenelle, lancé le 3 Septembre 2019, par le gouvernement, était consacré aux violences faites aux femmes. Il avait pour objectifs de « *prendre des engagements concrets et collectifs visant à lutter toujours plus efficacement contre les violences conjugales* ». Trois grands axes de travail étaient donc proposés « *prévenir, protéger et prendre en charge, punir pour mieux protéger* » (2). Au travers de ce plan orienté principalement sur les femmes, la notion d'enfant co-victime commençait à émerger.

Dans ce contexte, en Août 2019, un protocole de repérage et de prise en charge précoce des victimes adultes et enfants a été instauré au sein du Pôle des urgences Salengro du CHU de Lille. L'objectif de celui-ci était de pouvoir améliorer le parcours patient en sensibilisant et en uniformisant la prise en charge de ces victimes au travers d'une démarche multidisciplinaire et avec des étapes codifiées.

Malgré des pistes d'amélioration proposées et des protocoles de soins instaurés l'impact des violences conjugales perdure. A ce jour, la situation sanitaire en lien avec le coronavirus, et plus précisément les divers confinements, n'ont fait que renforcer cette conjoncture déjà précaire. Dans ce contexte de pandémie, la secrétaire d'État des Égalités femmes-hommes, Marlène Schiappa (3), annonçait le 21 Mai 2020 dans l'Express, une augmentation de 36% de plaintes liées aux violences conjugales de Mars 2020 à Mai 2020. Parallèlement, l'Organisation mondiale de la santé publiait, le 7 Avril 2020, des pistes de travail pour accompagner les services de santé dans la

démarche d'aide aux femmes et enfants victimes de violences conjugales (4). Les mesures proposées comportaient notamment le recensement et l'information par les établissements de santé des différentes structures d'aide disponibles au niveau local. Elles incitaient les différents prestataires de santé à mettre en place un « *soutien de première ligne* » avec une « *écoute empathique* ».

En analysant ces textes, j'ai pu constater une nouvelle fois que la prise en soin de l'enfant co-victime ne représentait qu'une part minime des propositions. Mon orientation pédopsychiatrique m'a donc naturellement amenée vers un questionnement sur le parcours de ces jeunes lors de leur arrivée au sein d'un établissement de santé passant par le repérage, l'écoute et l'orientation.

L'objectif principal de cette étude est de pouvoir repérer les freins à la prise en charge des enfants co-victimes de violences conjugales au sein du CHU de Lille lors d'un recours en urgence.

## II. Généralités :

### 1. Les violences conjugales :

#### a. Définition :

Selon le Grand Robert, l'étymologie du mot violence est issu du latin de 1215 « *violentia* » qui signifie « *caractère violent ou farouche* » ou « *force* ». Ce terme se rattache au mot « *vis* » qui se traduit par la « *force en action* ».

Selon le Larousse en ligne, le terme « violence » illustre une certaine complexité par l'existence de ses multiples déterminations comme : le « *caractère de ce qui se manifeste, se produit ou produit ses effets avec une force intense, brutale et souvent destructive* », le « *caractère extrême d'un sentiment* », le « *caractère de quelqu'un qui est susceptible de recourir à la force brutale, qui est emporté, agressif* », une « *extrême véhémence, grande agressivité, grande brutalité dans les propos, le comportement* », un « *abus de la force physique* », un « *ensemble des actes caractérisés par des abus de la force physique, des utilisations d'armes, des relations d'une extrême agressivité* » mais aussi une « *contrainte physique ou morale, exercée sur une personne en vue de l'inciter à réaliser un acte déterminé* » (5).

Dans son livre intitulé « La violence », le philosophe Yves Michaud la décrit comme « *des faits, mais tout autant notre manière de les appréhender, de les juger, de les voir (...)* L'usage du concept comme celui de la violence suppose la référence à des normes qui peuvent ne pas être partagées par tous ».

L'Organisation Mondiale de la Santé définit quant à lui la violence comme « *l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menace à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès* » (6).

La violence apparaît donc comme difficilement définissable d'un point de vue conceptuel. Elle regroupe cependant une hétérogénéité de comportements avec des appréciations qui peuvent diverger d'un individu à l'autre.

Le langage courant ainsi que la définition usuelle rapprochent le terme de violence à celui de la force. Selon moi, il est intéressant de pouvoir s'appuyer sur la réflexion de Yves Michaud qui met en avant le fait que la violence puisse être perçue de manière différente en fonction du vécu de chacun. Il me paraît aussi pertinent de prendre en compte dans ce concept la vision de l'OMS qui inclut le terme de « menace » et met en avant les risques engendrés par l'usage de celle-ci comme par exemple les répercussions psychologiques.

La violence pouvant être appréhendée de manière différente selon chaque personne, elle est toujours matérialisée par la volonté d'un individu de soumettre l'autre.

Plus spécifiquement, les violences conjugales correspondent à tous types de violences exercées au sein d'un couple, lorsque la victime et l'auteur ont une relation sentimentale en cours ou achevée (7). Elles peuvent toucher toute personne au sein du couple aussi bien les hommes que les femmes. Toutefois, les femmes victimes étant majoritairement représentées au sein des études, nous avons choisis d'exclure les hommes victimes. Ce choix s'appuie sur le recensement issu de l'étude nationale relative aux morts violentes au sein du couple sur l'année 2019 qui répertoriait 173 personnes tuées par leur partenaire dont 146 étaient des femmes (8). Elle mentionnait aussi la présence de 25 infanticides au sein de la sphère familiale. Les enfants étaient présentés comme les premiers impactés, vis-à-vis de ces violences, qu'ils en soient les victimes directes ou bien témoins.

Le 17 Août 2020 le ministre de l'intérieur, Mr Gérald Darmanin, la ministre déléguée de l'intérieur chargée de la citoyenneté, Mme Marlène Schiappa et la déléguée auprès du Premier ministre chargée de l'égalité entre femmes et hommes, Mme Elisabeth Moreno prenaient connaissance de ce recensement (9). Face à cette situation des

dispositifs étaient proposés en soutien à des actions existantes pour les femmes victimes de violences conjugales mais aucun n'était pensé spécifiquement pour les enfants.

b. La différence conflit de couple et violence conjugale :

Il me paraît important de différencier la notion de conflit de couple avec celle de violence conjugale. En effet, dans le livre intitulé « *Violences conjugales : un défi pour la parentalité* » (10), Karen Sadlier explique que la distinction de ces deux concepts permet de pouvoir accompagner au mieux les familles. Un repérage correct de ces notions permet la mise en place d'une aide adaptée.

Bien que littéralement très similaires, ces deux concepts restent éloignés sur plusieurs points. En effet le conflit conjugal représente un différend entre partenaires ou chacun essaye de convaincre l'autre, ce qui peut aboutir à des manifestations d'agressivité. Le but est donc de persuader son conjoint du bien-fondé de sa propre opinion. Il est ponctuel dans le temps avec un début et une fin et peut se manifester de nouveau. Il se construit sur un plan symétrique où les deux entités sont à égalité. Durant un conflit, chacun est donc libre de s'exprimer comme il le souhaite avec des échanges spontanés et une certaine réciprocité.

La violence conjugale correspond, quant à elle, à des comportements violents qui sont utilisés pour prendre le pouvoir de telle sorte que l'autre se soumette à son partenaire. Elle se présente donc de manière asymétrique. L'objectif de l'agresseur est de dominer l'autre avec une prise de pouvoir de celui-ci sur la victime. Le même partenaire se retrouve dans l'incapacité de se défendre face aux attaques répétées de l'autre. La

victime se retrouve bloquée dans une situation d'emprise et de domination. La violence persiste alors dans le temps jusqu'à atteindre une cyclicité.

Les thérapeutes systémiques R. Perrone et M. Nannini repèrent une différence entre la relation égalitaire et inégalitaire avec une complémentarité entre la position haute du dominant et la position basse de celui qui est soumis (11). Ils ne limitent pas leur analyse au simple lien conjugal mais l'étendent à la relation parents-enfants qui peut aussi être concernée par cette dynamique. Au contact de ce modèle relationnel sans position d'égalité, l'enfant grandit dans un climat de terreur avec la peur de perdre un de ses parents. Il est donc important de pouvoir repérer la cinétique dans laquelle la famille est bloquée afin de pouvoir cerner au mieux la situation dans laquelle les enfants peuvent être pris.

c. Le cycle de la violence conjugale :

La psychologue américaine *L. Walker* (12) fut une des premières, en 1979, à développer la théorie fonctionnelle basée sur la succession d'évènements violents s'inscrivant dans un cycle.

Il se compose de quatre phases qui se succèdent formant une boucle sans fin dans laquelle la victime se retrouve piégée. Ces différentes étapes vont donc se succéder et se répéter. Elles vont avoir un impact de plus en plus important sur le psychisme de la victime et de ce fait sur son environnement affectif et social.

- La tension : Durant cette étape les conflits émergent, tout est susceptible de faire basculer l'agresseur.

- L'agression : Le dominant traverse une phase d'altération de la conscience, un état dissocié au cours duquel on retrouve une explosion de la violence avec un passage à l'acte.

- Le déni : Il apparaît une fois que la violence a éclaté et que la tension s'est dissipée. Il peut amener à plusieurs types de comportements depuis la minimisation des faits jusqu'à la négation totale des actes.

- La lune de miel : Cette période d'accalmie peut souvent conduire à la verbalisation d'excuses de la part de l'agresseur avec des promesses d'amendement. Les victimes, au travers de ce cycle, se retrouvent donc être l'instrument d'un fonctionnement complexe.

La roue du pouvoir et de la dénomination selon Duluth (13) est un modèle qui met en évidence l'importance de la domination au cœur du phénomène des violences conjugales.

Au centre du cercle se trouve l'enjeu de la relation dans la violence conjugale à savoir le pouvoir et le contrôle. En périphérie, les différents modes de recours à la violence sont indiqués. Tous les moyens violents convergent et sont utilisés pour obtenir le pouvoir et le contrôle sur son partenaire. Cet outil permet de synthétiser les différentes connaissances mais peut aussi être un média et un support de travail dans la relation entre auteur et victime.

#### d. Les différentes formes de violences conjugales :

Le cycle de la violence conjugale, qui évolue au sein du couple, est ponctué par l'utilisation de différentes formes de violences.

Le premier mode d'expression que nous allons aborder est celui de la violence psychologique. Difficilement repérable mais demeurant la plus insidieuse, elle apparaît souvent avant toutes autres formes. Elle peut s'exprimer au travers de l'intimidation, l'humiliation ainsi que par la menace et le chantage affectif afin de maintenir l'autre dans la peur. Elle peut être formulée par la parole mais aussi par la mise en évidence de certaines attitudes. Elle a pour effet de dénigrer la personne et de la dévaloriser en tant qu'individu. La violence psychologique est difficile à percevoir mais n'en demeure pas moins destructive.

Le deuxième mode est celui de la violence physique qui est étroitement lié avec le premier. Elle est la plus repérable mais est souvent banalisée surtout s'il n'y a pas d'atteinte corporelle grave. Selon le Dr Roland Coutanceau, dans le livre intitulé « *Violences psychologiques : comprendre pour agir* » (14), « *la violence physique apparaît comme un révélateur : elle objective la maltraitance psychique* ». Elle peut se manifester de manière directe sur la victime avec des coups pouvant engendrer des blessures, des bousculades, et dans les cas les plus graves par un homicide. Elle peut aussi être indirecte avec des lancers de projectiles ou la destruction de matériel comme support de décharge tensionnelle. Le Dr Marie-France Hirigoyen évoque dans la préface du livre « *Violences conjugales et familles* » (15) qu'il est bien souvent difficile de dissocier la violence physique de la violence psychologique. Un homme frappe rarement sa compagne dans le but de lui infliger des traces mais afin d'appuyer sa domination.

Les violences sexuelles constituent une autre forme de violence. Elles sont les plus difficiles à révéler notamment parce qu'elles touchent la sphère de l'intimité. Elles participent à la déshumanisation de la victime incapable de s'opposer au désir de son partenaire. Elles regroupent tout comportement ou propos à caractère sexuel sans



que la personne n'ait pu donner son consentement. Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (16), elle représente « *tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avance de nature sexuelle ou acte visant à un trafic ou autrement dirigé contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais s'en s'y limiter, le foyer et le travail.* ». Celle-ci comprend notamment le viol conjugal mais aussi les formes dites « coutumières », à savoir celles en lien avec le particularisme du devoir conjugal de l'épouse. Cette forme de violence reste difficile à distinguer notamment par le sentiment de honte qu'elle occasionne mais aussi par le fait que certaines femmes puissent parfois « consentir » à des relations sexuelles dans le but d'esquiver d'autres agressions physiques.

La violence économique se manifeste par des comportements visant à dominer l'autre, à lui soutirer son pouvoir décisionnel et donc contrôler ses activités financières. Celle-ci a par ailleurs été longtemps considérée comme légitime. En France, jusqu'en 1956, une femme devait avoir l'accord de son mari pour toute ouverture de compte bancaire. Elle est caractérisée par la dépossesion de la victime de toute possibilité d'autonomie financière notamment par le contrôle total de l'argent, l'interdiction de travailler et parfois l'impossibilité pour la victime d'avoir accès aux ressources économiques du foyer.

La fondation Global Thinking Foundation, créée par Mme Claudia Segre qui a reçu le prix d'excellence de la femme dans le domaine de la finance et de la lutte contre les stéréotypes, promeut une approche de sensibilisation et d'éducation financière en Europe et aux États Unis, en ciblant notamment des groupes sociaux défavorisés. Elle décrit la violence économique comme les « *actes de contrôle et de monitoring du comportement d'une femme en termes d'utilisation et de distribution de l'argent, avec*

*la pérenne menace de priver des ressources économiques, au travers d'une exposition débitrice ou en l'empêchant d'avoir un travail et des recettes financières et personnelles et d'utiliser ses propres ressources selon sa volonté. » (17).* Un guide pratique, rentrant dans le cadre de la campagne de sensibilisation contre la violence exercée envers les femmes, a été réalisé afin de pouvoir mieux repérer les comportements anormaux, prévenir l'escalade de la violence économique et proposer des actions concrètes pour endiguer l'aggravation de la situation. Un total de dix recommandations étaient énoncées comme par exemple le suivi régulier de ses comptes, la séparation de l'argent propre et des dettes du conjoint mais aussi la conservation des documents financiers.

Enfin, la violence verbale est caractérisée, quant à elle, par l'emploi de propos ou de cris qui peuvent être insultants et blessants envers la victime. Ces mots, utilisés de manière répétée avec un caractère méprisant et dégradant, peuvent porter atteinte à l'intégrité psychologique de la personne. Elle reste moins diffuse que la violence psychologique, mais au travers de messages d'intimidation et de menaces, elle crée un climat de tension et d'insécurité dans laquelle le sujet est plongé.

La victime est souvent soumise à plusieurs types de violence suscitées ce qui permet à l'agresseur de parvenir à un contrôle des plus optimal vis-à-vis d'elle. Elle se retrouve piégée au sein d'un processus aux mécanismes complexes dans un système de domination psychologique contrôlé par l'emprise.

e. La notion d'emprise :

La violence conjugale se caractérise par le passage à l'acte répété du partenaire sur sa victime sans que celle-ci ne puisse se défendre. Elle est basée sur une dynamique

relationnelle dans un fonctionnement d'emprise avec la volonté de dominer et de contrôler l'autre. La notion d'emprise est un élément important dans la compréhension des mécanismes liés aux violences conjugales.

La notion de « pulsion d'emprise » a initialement été proposée par Freud en 1905 dans les Trois essais sur la théorie sexuelle (18). Il la présente comme une forme de pulsion non sexuelle, une pulsion de maîtrise sur autrui ou sur le monde, une violence sur la réalité.

Dans cette vision psychanalytique, la pulsion d'emprise est une caractéristique du développement de la personnalité du sujet qui apparaît au stade anal du développement psychoaffectif de l'enfant et qui a pour but de contrôler l'environnement.

En 1981, Roger Dorey introduit la notion « de relation d'emprise » (19). Selon lui, elle *« apparaît comme l'impossibilité fondamentale d'accepter l'autre dans la différence. L'autre est nié en tant que sujet, et l'idée même de son désir est intolérable. De plus, l'autre est considéré et traité comme objet méprisé et méprisable : le droit d'être autre lui est refusé. »*. L'emprise traduit donc une tendance à neutraliser le désir d'autrui et à nier son altérité. Par l'usage de propos dénigrants, humiliants, et parfois dégradants, l'auteur de cette emprise arrive à convaincre la victime qu'elle n'existe plus qu'au travers de lui. Cette clinique de l'emprise s'intègre au sein du couple de manière progressive. Les violences psychologiques exercées par l'auteur engendrent une perte de l'estime de soi et les victimes intègrent cette dévalorisation. Un processus de désocialisation et d'isolement se met peu à peu en place. Ces femmes se retrouvent isolées de leur entourage et de leurs liens sociaux.

Selon le Dr Hirigoyen (20), *« une communication perverse »* s'installe au sein du couple avec des distorsions de langage et de communication faites de paradoxes qui

plongent la victime dans une certaine confusion et dans une incapacité à pouvoir penser de manière claire et objective.

Au travers de ce processus d'emprise, certaines caractéristiques retrouvées chez les auteurs et les victimes ont pu être mises en avant. Dans son rapport public en lien avec le Ministère de la Cohésion sociale et la Parité de Mars 2006 (21), le Dr Coutanceau décrit trois portraits cliniques distincts d'auteurs de violences conjugales. La grande majorité des sujets concernés présentent un profil de personnalité mal structuré associé à de multiples fragilités pouvant s'exprimer par la jalousie et la peur de perdre l'autre. Ils sont souvent de nature agressive et instable avec une intolérance à la frustration. On retrouve aussi un égocentrisme marqué par la difficulté à se préoccuper du sort de l'autre et des inquiétudes plutôt centrées sur les conséquences pour eux même. Une immaturité est aussi présente qui peut être caractérisée par un défaut de repérage et de verbalisation autour de leurs émotions. Le second profil retrouvé est celui d'un sujet immature avec la présence d'une domination masculine sur les femmes. Ce groupe d'hommes, minoritaire, peut être amené à présenter une certaine empathie quant aux regards portés sur lui, par sa femme et ses enfants. En ce sens, ils peuvent être amenés, parfois, à demander de l'aide. Le troisième groupe est constitué de profil de personnalité de type paranoïaque et mégalomane. Ces sujets sont pris dans une conflictualité quotidienne marquée par la relation d'emprise comme approche de l'autre.

Toutefois, il est important de préciser que la violence et l'emprise ne sont pas inhérents à un certain type de personnalité. Toute relation intersubjective peut, dans certaines circonstances, amener à la mise en place d'une relation d'emprise si l'un des protagonistes se proclame supérieur à l'autre. Si l'on peut distinguer des profils différents d'auteurs, on peut aussi retrouver des facteurs de vulnérabilité chez les

victimes. Certains facteurs de risques pouvant majorer la probabilité de victimisation ont pu être relevés. L'exposition à la violence dans l'enfance pourrait représenter un facteur de vulnérabilité. L'hypothèse repose sur le fait que ces femmes aient un seuil de tolérance abaissé vis-à-vis des violences qu'elles pourraient considérer comme faisant partie d'un schéma conjugal et familial « standard ».

A cela s'ajoute la notion sociodémographique avec certains facteurs comme le jeune âge, l'emploi précaire et la barrière de la langue, pouvant expliquer le fait que certaines femmes restent vivre au sein du domicile familial. Toutefois, il est important de souligner que les violences conjugales peuvent surgir dans tous les milieux sociaux.

D'autre part, le fait d'être enceinte et d'avoir des enfants constitue un risque supplémentaire. Le fait est qu'au cours de la grossesse ou lors de la présence d'enfants, l'homme n'est plus le seul et unique objet de l'attention, et un climat de tension peut s'instaurer.

Les enfants se retrouvent donc au milieu de ce système complexe. Ils peuvent parfois être une des raisons pour laquelle la victime reste avec son conjoint dans le but de préserver une certaine « unité » familiale. Mais ils peuvent être aussi parfois l'élément déclencheur qui peut permettre à la victime de prendre conscience de la réalité de la situation (22).

#### f. Les violences conjugales et leurs conséquences :

La violence conjugale au sein du couple a un impact majeur sur la santé des femmes. Selon un rapport émis par l'OMS, en 2002, une femme victime de ces violences perdrait entre une à quatre années de vie en bonne santé. En 2001, le rapport Henrion (23) commandité par le Ministère de la Santé, décrivait les retentissements physiques

et psychologiques de cette violence sur la victime. Les experts, s'appuyant sur la littérature internationale, présentaient les différents risques encourus.

Nous commencerons par évoquer les conséquences traumatiques qui sont en lien avec la violence physique. Dans la plupart des cas, elles sont le fruit de coups portés à main nue, mais peuvent être aussi secondaires à l'utilisation d'un objet. Elles sont souvent multiples et peuvent présenter un âge et une forme variée comme des ecchymoses, des contusions, des plaies, des fractures ou bien des brûlures. Le positionnement de ces lésions est très hétérogène voir même caché sous des vêtements ou avec du maquillage. Les zones les plus touchées restent en priorité le visage, le cou et les extrémités.

Elles sont rarement isolées et peuvent être associées à des injures ainsi qu'à des menaces.

Le climat de violence dans lequel les femmes sont piégées peut avoir un impact psychique. Elles sont souvent prises dans un état de tension, de peur, et d'angoisse. L'instauration sur le long terme de cette tension, conduisant à une crainte massive, peut entraîner des troubles psychologiques ou psychiatriques. On peut retrouver chez ces femmes des troubles émotionnels avec de la colère, de la honte, un sentiment d'impuissance et de d'auto-dévalorisation.

Elles peuvent aussi présenter des troubles du sommeil avec des difficultés d'endormissement, des réveils multiples associés à des cauchemars.

La présence de troubles psychosomatiques est aussi importante chez les femmes victimes de violences conjugales. Ils peuvent se manifester par des troubles fonctionnels, sans cause médicale identifiable tels que des céphalées, des troubles digestifs ou bien des douleurs chroniques.

Selon une étude menée en Australie (24), les femmes maltraitées par leur partenaire souffrent plus de pathologies psychiatriques telles que la dépression, la phobie ou l'anxiété, que les autres. Ces souffrances peuvent parfois amener à des idées suicidaires et dans les cas les plus graves, des passages à l'acte pouvant entraîner la mort. Ces symptômes sont étroitement liés avec la notion d'emprise imposée par le partenaire et avec le sentiment d'impossibilité de s'extraire de cette situation.

L'usage des substances psychoactives peut être majoré chez ces femmes, avec la consommation de produits stupéfiants mais aussi l'utilisation et parfois le mésusage de traitements prescrits médicalement.

De plus, de nombreuses femmes maltraitées par leur partenaire présentent les signes caractéristiques de l'état de stress post traumatique secondaire à un ou plusieurs évènements traumatisants. Elles peuvent avoir des reviviscences ou flashbacks, des conduites d'évitement ainsi qu'une hyper activation neurovégétative avec une hyper vigilance, des sursaut exagérés et une irritabilité majorée.

#### g. Le cadre socio-politique et législatif :

En France, la question des violences conjugales a bénéficié d'une prise de conscience lentement progressive, depuis les années 90, sur le plan législatif. Son invisibilité a longtemps été légitimée par la loi, au regard de la non reconnaissance des droits pour les femmes. Elle était donc perçue comme un problème d'ordre privé.

En 1990, la cour de cassation a reconnu le viol entre époux avec la possibilité pour les associations de se porter partie civile. En 1994, le code pénal reconnaît comme circonstances aggravantes les violences commises par un conjoint ou un concubin et renforce la peine de réclusion criminelle pour viol.

Cette reconnaissance tardive repose sur le fait que l'article 215 du code civil évoquait les rapports sexuels comme un devoir de cohabitation porté par la communauté de vie.(25) La Loi du 22 juillet 1992 a permis la reconnaissance du statut de conjoint comme circonstance aggravante en cas d'infraction criminelle (26).

A partir des années 2000, la prise en compte de la protection des victimes devient de plus en plus centrale. La loi du 26 mai 2004 a permis au juge des affaires familiales de pouvoir ordonner un éloignement du conjoint violent, du domicile conjugal, avant que la procédure de divorce ne soit lancée. Cette loi résulte d'une prise de conscience globale suite à la publication de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF), réalisée en 2000. L'objectif de cette étude était de pouvoir apporter un regard plus éclairé sur le nombre de femmes victimes ainsi que sur les caractéristiques des violences rencontrées et de pouvoir reconnaître les milieux dans lesquels elles peuvent survenir. Celle-ci a pu mettre en évidence « *l'ampleur du silence et l'occultation des violences par les femmes qui les subissent* ». En effet, sur un échantillon de 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans, les résultats ont pu révéler que 1 d'entre elle sur 10 était victime de violences conjugales et qu'au cours de l'année de recueil des données, 50 000 viols avaient été perpétrés. Ces chiffres ont permis de considérer ce type de violence comme un problème de société. Cette enquête centrée sur les victimes adultes n'évoquait cependant que très peu la question des enfants exposés.

Toutefois ces données ont permis une meilleure considération de cette population adulte avec des politiques de prévention et de lutte contre la violence conjugale.

La loi du 4 Avril 2006 a permis d'élargir la circonstance aggravante à tout type de conjugalité (concubinage, PACSE,..) (27).



La loi du 9 Juillet 2010, a donné la possibilité au juge des affaires familiales de délivrer des ordonnances de protection aux victimes (28). Celles-ci pouvant être dispensées en cas de violences exercées au sein d'un couple marié, pacsé ou en concubinage. La durée maximale de cette ordonnance est de 6 mois, mais elle peut être prolongée dans le cadre où une requête de divorce ou de séparation a été lancée. Elle permet la mise en place de mesures provisoires en matière d'exercice de l'autorité parentale, d'attribution de la jouissance du domicile conjugal et concernant la question des enfants exposés à la violence conjugale. En effet, dans le cadre d'un contrôle judiciaire ou d'une condamnation avec sursis, l'auteur peut avoir interdiction de rentrer en contact avec certaines personnes nommées par le juge. Un dispositif de téléprotection peut aussi être proposé à la victime.

Enfin, la loi du 30 Juillet 2020 a permis une avancée dans le champ du médico-judiciaire et du secret professionnel. Elle autorise la levée du secret médical dans les situations où la violence met en danger immédiat la vie d'une personne majeure et qui se trouve sous l'emprise de l'auteur des faits (29).

Associée à cette avancée législative, il y a eu une prise de conscience globale, progressive, du fait de la sensibilisation du grand public. La première campagne nationale de sensibilisation sur la violence à l'encontre des femmes intitulée « *La violence conjugale est inacceptable* » a été initiée en 1989. Ce spot télé a permis de présenter la première permanence téléphonique pour les femmes victimes de violences conjugales. Le dispositif deviendra pérenne en 1992.

Toutefois, malgré cette institutionnalisation de l'aide aux victimes portée par la Fédération Nationale Solidarité Femme, il faudra attendre les années 2000 pour avoir une réelle reconnaissance de ce statut.

En 2001 et 2002, au travers d'affiches publicitaires nommées réciproquement « *En cas de violence, brisez le silence* » et « *Se taire c'est laisser faire* », le voile du tabou des violences conjugales s'est progressivement levé. Petit à petit, l'utilisation d'images marquantes et de propos chocs, au travers des différentes campagnes de prévention, ont permis de sensibiliser et d'informer la population générale.

En 2004, le gouvernement a annoncé le premier plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes, pour une durée de 3 ans de 2005 à 2007. Quatre autres plans ont vu le jour depuis, en 2008, 2011, 2014 et 2017. Ils ont notamment permis la mise en place en 2007 du 3919, numéro d'écoute et d'orientation dédié aux victimes de violences conjugales. La plupart des axes de travail étaient orientés sur l'information, la sensibilisation, la protection et la prise en charge des victimes mais aussi la formation des différents professionnels. Toutefois, malgré cette impulsion positive autour de la question des violences conjugales, celle des enfants est restée assez marginale.

Les violences conjugales, relevant d'une dynamique cyclique très spécifique, représentent un fléau. Elles sont difficilement repérables, de par leurs différentes formes d'expression, mais aussi du fait du silence engendré par le climat d'emprise dans lequel les victimes sont piégées. Les conséquences graves sur ces victimes représentant un réel problème de santé publique pour lequel des dispositifs d'information, de sensibilisation et de législation ont vu progressivement le jour.

Les enfants subissent aussi ce phénomène et se développent au sein de ce dysfonctionnement conjugal. Nous aborderons, par la suite, la question de ces enfants exposés à ce type de violence.

## 2. Les enfants exposés aux violences conjugales :

### a. La notion de co-victime :

La violence conjugale, se déroulant au sein du cercle intime de la famille, n'épargne pas les enfants qui y vivent. Ils sont plongés au cœur de ce dysfonctionnement familial. Plusieurs termes sont utilisés pour caractériser les enfants grandissant au sein de ce type de foyer. On peut retrouver la notion d'« enfant témoin » mais aussi d'« enfant exposé » ou d'« enfant co-victime ».

Le mot témoin se rattache au fait que l'enfant aurait vu ou entendu des choses en rapport avec les faits de violence.(30) Ce concept sous-entend que les enfants assisteraient à la violence des scènes mais qu'ils en seraient extérieurs. Or dans la réalité de ces situations, ce n'est pas toujours le cas. Être un « enfant témoin » ne révèle pas la situation à laquelle ces jeunes sont confrontés. Ils peuvent assister aux actes violents de leurs parents mais ils sont surtout exposés au climat de tension et sont envahis par le stress de l'attente des futurs passages à l'acte. Nous ne retiendrons donc pas ce terme simpliste et réducteur qui n'est pas adapté pour caractériser cette population.

La notion d'« enfant exposé » fut proposée pour la première fois par des chercheurs québécois, dans le but de se rapprocher au mieux de la situation que ces enfants pouvaient vivre. De plus, en s'appuyant sur la définition du Larousse, la terminologie d'« enfant exposé » évoque le fait qu'ils pourraient courir un danger (31). A la différence du témoin, l'enfant exposé pourrait donc subir des faits de violence et en être affecté. Le jeune n'est donc pas protégé. L'exposition implique un risque potentiel

lié à une menace imprévisible. Ils peuvent être atteints de manière immédiate ou différée avec des conséquences secondaires.

Enfin pour désigner ces enfants qui grandissent au sein de ces foyers, le terme de « co-victime » est aussi employé. Il fait référence au fait que ces enfants puissent subir un préjudice matériel, physique ou morale (31). Cette notion de victime peut renvoyer au sens juridique et moral. Toutefois, il reste approprié car il rend compte de la situation à laquelle ces enfants sont confrontés. De plus, le préfixe « co » prend en considération le fait qu'ils puissent être victime au même titre que leur mère.

Les termes d'« enfant exposé » et de « co-victime » paraissent tous les deux adaptés à la situation vécue par ces enfants. Ils permettent de nommer et donc de reconnaître leur souffrance.

Les enfants co-victimes de violences conjugales peuvent être exposés directement ou indirectement à des scènes de violences répétées. Dès leur plus jeune âge, ils peuvent être au contact direct de celles-ci pouvant se dérouler sous leurs yeux, et assister aux coups portés. Ils peuvent aussi y être exposés par l'audition. Les gestes de violences peuvent aussi être dirigés contre eux. De plus, il n'est pas rare que des jeunes subissent des coups, qui ne leur étaient pas destinés au préalable, dans un mécanisme de protection vis-à-vis de leur mère.

Ils peuvent aussi subir l'impact de cette violence de manière indirecte en percevant la dynamique pathologique entre leurs parents sans pour autant assister aux scènes violentes. Malgré eux, ils se retrouvent partie prenante du conflit conjugal.

Une des périodes marquantes au cours de laquelle les enfants vivent la violence de manière indirecte est aussi celle du développement intra-utérin, au cours de la grossesse. Des études récentes ont pu attester le fait que le fœtus pouvait percevoir

et interagir avec son environnement, notamment par la sensorialité et au travers d'interactions biologiques. Ceci sous-entend qu'au travers du climat d'insécurité, et notamment lors de violences physiques et psychologiques, le fœtus pourrait présenter des modifications physiologiques et biologiques, induit par le stress maternel.

La tension familiale associée aux angoisses et à l'appréhension des prochains passages à l'acte crée un environnement pathologique qui pourrait avoir une incidence sur le développement de ces enfants.

b. Les enjeux cliniques et développementaux :

Si les violences conjugales se rapportent au couple parental, les enfants vivent tout de même au cœur de ce système. Pour se construire correctement, l'enfant a besoin de satisfaire ses besoins physiologiques élémentaires, mais il a aussi besoin de protection, d'affection et de limites structurantes. L'épreuve de la violence conjugale crée un climat d'insécurité, d'instabilité et de menace au quotidien.

Le vécu de ces enfants co-victimes peut impacter leur santé physique et mentale, leur développement affectif et social, leur comportement, leur sécurité ainsi que leurs acquisitions scolaires et leurs apprentissages. Il est important de préciser qu'il n'existe pas de causalité linéaire entre l'exposition et l'expression de certains symptômes. La symptomatologie clinique retrouvée n'est donc pas spécifique. L'exposition au même titre que d'autres conditions de vie, doit être considérée comme un risque potentiel de facteur de vulnérabilité. De plus, chaque enfant peut être affecté de manière différente avec une intensité variable (32).

La question du développement des enfants victimes de violences conjugales a fait l'objet de recherches scientifiques notamment au niveau Nord-Américain. Cependant, l'intérêt pour cette population en France reste encore discret (33). Certaines études ont pu révéler les conséquences psychologiques et comportementales de l'exposition à cette violence intrafamiliale, ainsi que l'impact socio-affectif chez ces enfants.

i. La grossesse :

La période de la grossesse représente, à elle seule, une étape importante et sensible avec la présence de changements physiologiques, sociaux, relationnels et psychiques complexes. Cette transition de vie où s'entremêlent couple conjugal et couple parental peut être un facteur de réactivation de conflits anciens et pourvoyeur de tensions et de passages à l'acte. Plusieurs études ont révélé que l'apparition des premiers épisodes de violences pouvait débuter au cours de cette phase et qu'elle pouvait aussi majorer leur intensité et leur fréquence (23).

Au cours de cette période, le fœtus n'est donc pas épargné par la maltraitance subie par la mère. Il présente la capacité d'interagir avec son environnement au travers du développement de sa sensorialité. Par des phénomènes biologiques complexes, le fœtus, comme sa mère, va vivre des modifications physiologiques associées au stress important provoqué par les passages à l'acte violent (34). Les variations liées au stress entraînent une augmentation du cortisol et des manifestations neurovégétatives telles que la tachycardie ou l'hypertension artérielle. Cette réaction qui découle d'un processus physiologique immédiat peut, de manière prolongée, et en excès, devenir inadaptée et pathologique. L'exposition à des concentrations élevées de cortisol chez

le bébé peut engendrer des altérations au niveau de certaines structures du système nerveux, notamment l'hippocampe.

Si la période de la grossesse peut représenter un catalyseur des tensions liées aux violences conjugales et donc majorer le risque développemental pour le bébé, le post partum précoce n'en est pas moins anodin.

## ii. L'attachement :

Au cours des premiers mois de vie se construit la relation mère-enfant. Dans les années 60, J. Bowlby fut le premier à accorder un intérêt scientifique à cette relation affective et à décrire le comportement d'attachement. Ce lien, de nature émotionnelle, est organisé par des affects particuliers, éprouvés par le sujet en interaction. Il résulte d'une constante adaptation entre l'enfant et la ou les figures d'attachement. Ces entités sont représentées par les personnes s'occupant de l'enfant, notamment la nuit et lors des périodes de stress.

J. Bowlby considère l'attachement comme un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui. Il le présente comme une fonction adaptative à la fois de protection mais aussi d'exploration de son environnement. Il constitue un élément important et indispensable dans la structuration de la personnalité de l'enfant et dans son adaptation au groupe.

L'attachement, dit sécurisé, est un processus fait d'affects positifs éprouvés par le sujet dans un cycle fait de régulations mutuelles avec les figures d'attachement. La qualité de l'ajustement de la figure d'attachement, souvent représentée par la mère, répondant aux signaux de communication émis par l'enfant, représente la base d'attachement d'un lien de qualité (35).

Lors de l'exposition à la violence conjugale, la sécurité de l'attachement est mise à mal. Elle est source de peur et de stress pour l'enfant. Celui-ci ne peut compter sur ses figures d'attachement comme régulateurs externes de ses affects et des bouleversements négatifs qui le submergent. Si les besoins d'attachement de l'enfant n'obtiennent pas de réponse adéquate, il peut construire des stratégies ayant différentes modalités. C'est ce que l'on retrouve dans le modèle d'attachement dit « organisé mais inséure ».

Plus l'enfant est jeune, moins il a de capacités cognitives à réguler ses émotions et faire face aux situations de stress. Si l'environnement répond de manière effrayante, les stratégies de l'enfant seront inopérantes. On peut alors retrouver un attachement dit « désorganisé » révélé par des comportements contradictoires et bizarres de l'enfant, résultants de son incapacité à trouver de l'aide face au stress ressenti, malgré les stratégies mises en place (36). Une étude française, menée par N. Savard et C. Zaouche Gaudron en 2011, montrait que seulement 36% des enfants exposés aux violences conjugales présentaient un attachement type sécure contre 47% de type désorganisé. Ces résultats confirment l'importance de prendre en compte le modèle d'attachement de l'enfant pouvant entraîner des difficultés dans leurs relations interpersonnelles futures.

### iii. Les profils d'adaptation :

Le développement socio-affectif fait référence à deux types de mouvements. Celui orienté vers l'intérieur qui correspond à la capacité qu'ont les enfants à ressentir leurs affects et à pouvoir les exprimer. Il peut se manifester par de l'anxiété, une dépression, un repli sur soi, mais aussi des plaintes somatiques. Il se base sur l'hypothèse de la



sensibilisation aux évènements stressants. Celle-ci fait référence au fait que l'exposition répétée à un climat familial violent peut majorer la réactivité de l'enfant aux évènements, accentuant les symptômes anxieux et dépressifs.

Le second, quant à lui, correspond à l'adaptation de l'enfant avec son environnement et ses capacités à interagir avec les autres. Il se rapporte notamment aux troubles du comportement à type d'auto ou d'hétéro-agressivité, d'hyperactivité et de délinquance. Il peut se référer à la théorie de l'apprentissage social de A. Bandura, l'enfant exposé peut considérer la violence comme mode de réponse adéquat à la résolution de ses problèmes. Il peut donc être amené parfois à reproduire ces actes de violences.

En 2009, une étude américaine réalisée auprès de 219 enfants âgés de 6 à 12 ans révélait que 35% d'entre eux présentaient des symptômes et que 45% risquaient d'en développer (37). De plus, elle retrouvait que la fréquence d'exposition aux violences était corrélée de manière positive avec la présence de troubles intériorisés et extériorisés chez les enfants.

#### iv. Le trouble de stress post-traumatique :

Selon le DSM-V, l'un des critères diagnostiques du trouble de stress post traumatique repose sur le fait d'avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort en y étant directement exposé. Ce trouble s'exprime en y étant témoin direct ou en y étant exposé de manière répétée. Selon plusieurs études, vivre au contact de violences conjugales représenterait une situation potentiellement traumatique pour les enfants. L'exposition augmenterait donc le risque de développer un trouble de stress post traumatique (38) et d'autant plus chez les sujets les plus jeunes. En raison du stade développemental dans lequel ils se situent, ils ont plus de difficultés à interpréter l'agression et la

situation de violence conjugale. Ils sont plus dépendants de l'adulte et donc peuvent se sentir moins soutenus par leurs parents et ainsi être plus à risque de développer des symptômes de stress post-traumatique (39). Ces symptômes se regroupent en quatre catégories nommées cluster : le syndrome d'évitement, le syndrome de répétition, les altérations négatives des cognitions et de l'humeur et les altérations de l'éveil et de la réactivité.

Le stress est une réaction adaptative physiologique au danger. Il est accompagné d'une sécrétion de catécholamines et d'une activation de l'axe hypothalamo-hypophysaire responsable de la sécrétion de cortisol qui tend à diminuer les effets du stress aigu. En revanche, l'exposition prolongée du cerveau au cortisol lors du stress, notamment chez les bébés, entraîne des altérations au niveau des structures cérébrales, par exemple l'hippocampe. La conséquence de ces atteintes au niveau de la zone impliquée dans le processus de réaction au stress est une moins bonne adaptation ultérieure à cet état. Il se produit alors des remaniements au niveau des circuits neuronaux intervenants dans les processus de traitements cognitifs et émotionnels en lien avec l'éveil et la vigilance.

Par leur pouvoir de sidération et de paralysie psychique, les violences vont donc empêcher toute possibilité de contrôler les réponses émotionnelles générant une anesthésie physique et psychologique. Cet état appelé « dissociation traumatique » est au cœur des troubles psychotraumatiques et du processus d'emprise. Il s'exprime par un sentiment d'étrangeté, d'irréalité et de dépersonnalisation accompagné d'une perte de repère temporo-spatial. Tant que la situation de danger persiste pour ces enfants, le mécanisme de sauvegarde s'enclenchera et induira, chez la victime, un état de dissociation traumatique chronique. Associée à cet état, la mémoire traumatique traduit, quant à elle, la mémoire émotionnelle des violences non intégrées

et non conscientes. Elle fait revivre à l'identique les événements, de façon incontrôlée et envahissante, avec la même douleur et le même vécu sensoriel sous forme de flashbacks. Cette empreinte traumatique se déclenchera au moindre lien rappelant les violences. Cet envahissement peut conduire certaines victimes à mettre en place des stratégies de survie comme les conduites d'évitement (retrait relationnel, conduites phobiques et obsessionnelles) et de contrôle mais aussi des conduites dissociantes (addiction et gestes d'automutilation) (40).

Certaines études révèlent qu'un quart des enfants exposés ont une symptomatologie traumatique (41). De plus, la menace perçue par les enfants majorerait le risque de développer plusieurs symptômes de stress post traumatique.

Les retentissements cliniques les plus décrits sont les troubles du sommeil avec des difficultés d'endormissement ainsi que des réveils nocturnes multiples. On retrouve aussi la présence de cauchemars répétitifs qui sont assez significatifs par leur thématique souvent centrée sur les violences parentales.

On retrouve après l'âge de 8 ans une symptomatologie pouvant se rapprocher de celle identifiée chez les adultes avec des symptômes d'intrusion (reviviscences, flashbacks et cauchemars), d'évitement (dissociation, isolement, retrait, émoussement affectif...) et d'activation neurovégétative (trouble du sommeil, anxiété, hypervigilance et trouble de la concentration).

Avant l'âge de 8 ans, particulièrement avant 5 ans, la clinique est marquée par l'immaturation, la régression et le retrait relationnel, l'irritabilité et l'agressivité.

La persistance d'un contact entre l'enfant et la situation de violences conjugales les met en danger, avec le risque de réactiver les différents processus qui les vulnérabilisent et représentent un facteur de risque pour leur santé.

c. Les représentations de l'enfant face à la violence, l'impact relationnel :

i. Le conflit de loyauté :

Pris au cœur de la violence conjugale, l'enfant se retrouve bloqué dans un dilemme complexe. Le conflit de loyauté peut survenir quand l'enfant, attaché à ses deux parents, se retrouve dans l'incapacité de gérer sereinement les dynamiques relationnelles. Il représente le conflit intrapsychique lié à l'impossibilité de choisir entre deux solutions pour lesquelles les affects sont trop engagés (42). En effet, l'enfant, piégé dans ses loyautés parentales, peut réagir de deux manières :

Premièrement, l'enfant choisit la neutralité, et tente de ne prendre parti pour aucun de ses parents. Cette position est celle majoritairement rencontrée dans les situations de violences conjugales mais elle demande à l'enfant une attention extrêmement soutenue et rend son quotidien très inconfortable.

Deuxièmement, il investit massivement le parti d'un de ses deux parents. Cette position peut découler d'une pression intrapsychique trop importante que l'enfant essaye de résoudre par le choix d'une de ses figures parentales. Cette position est plus rare mais semble, de prime abord, plus confortable psychologiquement pour l'enfant avec une vision binaire du « bien » et du « mauvais ». Elle est d'autant plus présente que le conflit conjugal est long et sévère ainsi qu'en cas de manipulations parentales envers l'enfant. A long terme, celle-ci peut être beaucoup plus critique car elle revient à abandonner une partie de son environnement pour surinvestir l'autre (43).

Les conséquences du conflit de loyauté sont principalement représentées par son caractère énergivore et anxiogène, par le risque de développer un épisode dépressif,

par l'impact sur l'estime de l'enfant vis-à-vis de lui-même ainsi que le risque de l'instrumentalisation de la parole.

ii. Le sentiment de blâme :

L'enfant prend une position active au sein des conflits parentaux et tente de les interpréter et d'évaluer le rôle qu'il joue dans leur apparition ou dans leur résolution (44). Le sentiment de blâme qu'il peut éprouver est caractérisé par le vécu de responsabilité vis-à-vis des violences conjugales. Plus la violence s'accroît, plus le vécu de menace et le sentiment de blâme s'aggrave chez l'enfant, majorant alors la détresse de celui-ci.

Le blâme peut renvoyer au vécu de responsabilité vis-à-vis de l'explosion de la violence et ainsi contribuer au sentiment de honte, de tristesse et de culpabilité sous-jacent aux symptômes anxieux et dépressifs. L'enfant qui se culpabilise peut aussi être amené à détourner l'attention parentale au travers de comportements perturbateurs et agressifs afin de faire cesser la violence. Par extension, il peut présenter par la suite des troubles des conduites (45).

iii. La parentification :

La parentification correspond à une inversion des rôles entre les parents et l'enfant. Il adopte alors une posture inadaptée pour son âge et son développement. Il prend soin de préserver l'unité familiale au travers de ses parents ainsi que de sa fratrie. Il devient responsable des tâches ménagères, protecteur du parent maltraité, confident mais aussi médiateur.

Cette inversion de rôle, présente ponctuellement, n'implique pas forcément d'impact néfaste sur l'enfant, notamment avec le soutien et la reconnaissance parentale. Toutefois, dans le système familial, touché par les violences conjugales, la parentification est un marqueur de violation des frontières intergénérationnelles, contribuant à la détresse de l'enfant (46).

La parentification serait prédite par la peur et le sentiment de blâme. Plus l'enfant est exposé à des violences sévères, plus le sentiment d'insécurité est présent et plus le phénomène de parentification est accentué. Ce processus est important à prendre en compte car les enfants les plus parentifiés au sein de leur famille, seraient ceux qui présenteraient le plus de troubles de l'adaptation aussi bien internalisés qu'externalisés (45).

Les troubles observés chez les enfants victimes de violences conjugales sont très variables. Il est important toutefois de garder en mémoire qu'il n'existe pas de causalité directe entre l'exposition à la violence conjugale et la symptomatologie clinique. Elle représente un risque associé à des conditions de vie pouvant vulnérabiliser l'enfant. Afin de pouvoir accompagner au mieux ces enfants, il existe un réseau de prise en charge globale avec de multiples partenaires que nous aborderons par la suite.

### 3. Le réseau de prise en charge :

La situation de violences conjugales à laquelle les enfants se retrouvent confronté est complexe et nécessite donc un travail en réseau. Il est fréquent que les mères victimes soient en présence de leurs enfants lorsqu'elles sont en recherche d'aide et d'information. Ce réseau d'acteurs mobilisés peut apporter des réponses adaptées

aux problématiques retrouvées chez ces enfants. Ces prises en charge ne sont pas toutes stéréotypées et sont inégalement réparties sur le territoire national. Elles diffèrent selon les moyens alloués et dépendent des initiatives locales. Néanmoins, les pouvoirs publics ont mis à disposition des aides accessibles à tous.

a. L'approche associative :

Un service téléphonique national d'écoute a été créé en 1992 et en 2007 le « 3919 » apparaît. Ce numéro d'appel gratuit anonyme est à la disposition des victimes de violences conjugales, ainsi que de leur entourage et des professionnels concernés. Il permet une orientation adaptée vers des services d'accompagnements locaux et de prise en charge, mais, il n'est pas un numéro d'urgence. Il est géré par la Fédération Nationale Solidarité Femmes et soutenu par le Secrétaire d'État chargé de l'égalité hommes/femmes s'appuyant sur un partenariat avec des associations nationales.

Une ligne spécialisée, le « 119 », a été créée en 1997. Elle est dédiée à la prévention et la protection des enfants en danger ou à risque de l'être. Elle est joignable 24h/24h et 7j/7. En 2021, l'exposition des mineurs aux violences intrafamiliales ayant été majorée par le contexte épidémique, un tchat a été mis à disposition en complément de ce numéro vert. Celui-ci est accessible aux mineurs et aux jeunes majeures de moins de 21 ans, tous les après-midis, en semaine.

De plus, des associations d'aide aux victimes de violences conjugales existent sur l'ensemble du territoire, ainsi qu'au niveau local. Dans le département du Nord on en dénombre plusieurs dont l'association « Louise Michel », « SOLFA », la « CIDFF du Nord » et « Femmes solidaires de Lille ». Lorsqu'une femme prend contact avec un de ces dispositifs spécialisés, il est important de pouvoir l'accompagner dans ses

différentes démarches et de prendre en compte la question des enfants. Il est souvent difficile pour elle de sortir de la situation d'emprise et de peur. Il est donc nécessaire de travailler sur la séparation dans afin qu'elle puisse anticiper son départ du domicile et préparer ses enfants à cette éventualité. Au sein de la métropole lilloise, plusieurs maisons ont été créées afin de pouvoir recevoir ces mères avec leurs enfants au sein d'un environnement sécurisé.

Ces différentes structures proposent, pour la plupart, un accueil de jour, un service d'informations juridiques, des hébergements d'urgence ainsi qu'une aide psychologique. Louise Michel et SOLFA, via le service Brunehaut Enfant, proposent des consultations spécifiques pour les enfants et offrent aussi la possibilité d'accompagner les femmes dans leur parentalité. L'entretien est proposé à l'enfant et doit être sous accord parental. Il est orienté sur l'accueil de leur parole avec parfois l'utilisation de médiation afin qu'ils puissent verbaliser sur leur ressenti et leur vécu. Cet échange permet de développer la capacité de l'enfant à penser ce qui lui arrive et lui permettre d'organiser son rapport à lui-même et aux autres. L'objectif est aussi de déceler les besoins de ces enfants et de les conduire vers des aides adaptées.

b. L'abord médico-social :

La prise en charge thérapeutique fait partie des différentes réponses à pouvoir apporter aux enfants co-victimes. Les professionnels de santé sont souvent en première ligne pour accueillir les victimes de violences conjugales. Dans ce cadre, la prise en soins recommande la réalisation d'un dépistage systématique et l'identification des situations à risque d'impact psychologique et de suicide.



Depuis Août 2019, une procédure de repérage et de prise en charge précoce des victimes de violence conjugale a été instaurée au sein des urgences du CHU de Lille (47). Elle inclut notamment une évaluation psychiatrique systématique des enfants co-victimes. Celle-ci peut être réalisée par l'équipe de pédopsychiatrie de l'UPEA, la semaine en heures ouvrées ou par le psychiatre de garde lors d'un recours en urgence la nuit.

Au décours de cette évaluation, différentes orientations sont possibles, notamment sur les Centres Médico-Psychologiques de secteur ou vers des professionnels libéraux.

Le dépistage de l'impact traumatique est aussi nécessaire pour rechercher des signes cliniques d'appels et afin de pouvoir proposer un accompagnement adapté sur des structures spécialisées comme le Centre Régional du Psychotraumatisme.

Parallèlement, Il est nécessaire d'évaluer le danger encouru par ces enfants afin de contribuer à mettre en place des mesures de protection et d'accompagnement. Face à une situation de danger pour l'enfant ou à risque de l'être, tout professionnel se doit de transmettre une « information préoccupante » à la Cellule Départementale de Recueil des Informations préoccupantes. Celle-ci a pour rôle d'évaluer la situation du mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont il pourrait bénéficier.

La notion de violence conjugale, considérée comme un contexte familial « préoccupant » et à risque pour les enfants, nécessite une évaluation par des travailleurs sociaux.

Face à ce contexte, il est donc recommandé que tout professionnel puisse transmettre à la CRIP un écrit afin que cette évaluation puisse être réalisée. Celle-ci peut donner lieu à l'instauration de mesures administratives sous forme d'intervention sociale ou médico-sociale (allocation d'aide à l'enfance, intervention de travailleurs sociaux, accueil provisoire...).

Si l'enfant se trouve dans une situation de danger immédiat, il conviendra alors de réaliser un « signalement judiciaire » auprès du Procureur de la République qui appréciera le danger et statuera sur des décisions dans le champ du civil (protection de l'enfance) ou du pénal (enquête). Celles-ci peuvent se décliner sous la forme d'une ordonnance de placement provisoire, de la transmission du dossier à la CRIP ou de la saisie du juge des enfants qui statuera sur la mise en place de mesures d'assistance éducative telles que l'AEMO, la MIJE ou bien le placement de l'enfant.

c. L'aspect juridique :

Suite aux travaux menés au cours des grenelles, la loi s'entend à mieux protéger et à renforcer la protection de toutes les victimes de violences intrafamiliales, en prenant en compte l'ensemble des perturbations engendrées par celles-ci.

En Août 2018, la loi a permis la reconnaissance, comme « circonstance aggravante », le fait qu'un enfant assiste aux violences au sein du couple. Cependant, ils ne sont pas encore reconnus comme des victimes directes au sens pénal, au même titre que le conjoint maltraité peut l'être.

En Janvier 2020, un amendement avait été proposé mais n'a pas été retenu. Il stipulait qu'un ascendant légitime, ou toute autre personne ayant autorité sur le mineur, laissant faire, assister, ou exposer l'enfant aux violences qu'il commet sur son conjoint, soit puni de deux ans d'emprisonnement ou de 30 000 euros d'amende.

Cette reconnaissance du statut de victime de l'enfant par le droit pénal est une préoccupation du législateur mais reste pour le moment inachevée. Toutefois, ce questionnement a permis la mise en place de certaines avancées pour ces enfants.

Dans le cadre d'une ordonnance de protection, la jouissance du logement conjugal est désormais attribuée au conjoint qui n'est pas l'auteur des violences. Les enfants pourront donc rester au sein d'un environnement connu qu'est leur domicile familial.

Le Juge aux Affaires Familiales se doit d'informer, sans délai, le Procureur de la République de la délivrance d'une ordonnance de protection, ainsi que des violences susceptibles de mettre en danger l'enfant.

En cas de contrôle judiciaire d'un auteur présumé de violences, en phase d'enquête ou d'instruction, il y aura interdiction de tout contact entre celui-ci et les victimes ainsi que des enfants. Cette loi permet aussi la suspension du droit de visite et d'hébergement de l'enfant mineur au parent violent. Elle élargit le retrait possible de l'autorité parentale ou de son exercice, à tous les cas de violences conjugales et non plus seulement lors d'un crime.

La prise de conscience collective des enjeux autour des enfants co-victimes de violences conjugales a permis la mise en place progressive de réponses adaptées.

Malgré l'évolution de la législation vers la reconnaissance du statut de victimes de ces enfants, malgré des protocoles de soins existants ainsi que des recommandations de dépistage et d'orientation à l'arrivée de ces enfants dans les structures d'urgences, quels sont les obstacles encore présents à leur rencontre et à leur prise en charge ?

Nous tenterons de répondre à cette problématique grâce à l'analyse d'un questionnaire basé sur les représentations et la pratique en lien avec la prise en charge des enfants co-victimes chez les internes et les médecins psychiatres du CHU de Lille.

### III. Revue de la littérature :

Sur la thématique des enfants exposés à la violence conjugale, les données de la littérature restent très peu nombreuses. Peu de travaux ont été réalisés en France, la plupart des recherches ont été menées sur le continent Nord-américain.

Ces recherches se sont notamment orientées sur l'impact développemental et les conséquences de l'exposition en relevant des caractéristiques pouvant fragiliser l'enfant et pouvant majorer ses difficultés. L'ensemble de ces travaux s'accordent sur l'importance, la durabilité et la diversité des effets développementaux dus à l'exposition prolongée à la violence conjugale.

Deux études françaises ont notamment abordé cette problématique, celle de N. Savard, en 2011 (33), au travers d'un état des lieux des recherches sur les enfants exposés à la violence conjugale, et celle de O. Paul, en 2015 (38), qui a étudié le développement socio-affectif des enfants exposés aux violences conjugales avec une approche de leur sécurité émotionnelle. Ces études ont pu mettre en évidence les risques encourus par ces jeunes et proposer des pistes d'intervention auprès de cette population.

Au travers de cette revue de la littérature non exhaustive, nous avons pu constater les enjeux autour de ce statut de co-victime avec la nécessité de prendre en considération leur situation. Il nous paraît aussi important de pouvoir prendre en compte le point de vue et les représentations des professionnels sur les conséquences de cette exposition.

#### IV. Matériels et méthodes :

##### 1. Enquête préliminaire :

Notre étude a débuté par une première enquête centrée sur la caractérisation du parcours de soins des enfants co-victimes de violences conjugales au sein de plusieurs services de recours en urgences. Un premier questionnaire manuscrit a été diffusé dans les urgences psychiatriques de Salengro, à l'UPEA et à l'UMJ. Chaque équipe a été rencontrée afin que les modalités de l'étude puissent leur être exposées. Ce questionnaire devait être rempli par les professionnels en santé mentale (IDE en psychiatrie, psychologues ou psychiatres) après chaque rencontre avec un enfant co-victime de violences conjugales. Il portait sur l'évaluation de la typologie des violences, la clinique retrouvée, les orientations proposées et la notion de démarches spécifiques associées (information préoccupante, signalement...).

Après un délai de 4 mois, seulement 15 exemplaires nous ont été restitués. Face à ce constat, nous nous sommes questionnés sur le faible taux de retours. Nous avons donc décidé de poursuivre notre travail sur l'analyse des freins potentiels à la prise en charge de ces enfants co-victimes.

##### 2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale analytique descriptive réalisée au sein du CHU de Lille.

L'objectif principal de notre étude est de pouvoir définir les freins à la prise en charge des enfants co-victimes de violences conjugales et d'apporter des axes d'amélioration en réponse aux obstacles rencontrés.

### 3. La population étudiée :

Elle regroupe la totalité des internes de spécialité en psychiatrie, ainsi que l'ensemble des médecins séniors de la ligne de garde de psychiatrie du CHU de Lille. Cette population est composée de 167 internes (toute année confondue) et de 32 médecins séniors.

Nous n'avons pas retenu de critère d'exclusion en lien avec les options (PEA et PPA) et les FST (addictologie). Ce choix a été motivé par le fait que, lors des gardes, les enfants peuvent être vus par un psychiatre, quel que soit son domaine de compétence.

### 4. Matériel utilisé :

L'enquête a été effectuée sur la base d'un questionnaire auto-administré auprès du personnel ciblé. Celui-ci a été diffusé sous forme de Google Forms auprès de l'ensemble des internes en psychiatrie ainsi que des médecins psychiatres rattachés à la ligne de garde du CHU de Lille via la liste de diffusion (*mailing-list*).

Les participants ont été sollicités par courrier électronique. Leur participation était volontaire et non indemnisée. Un premier envoi par mail a été réalisé, via la F2RSM, le 19 Juillet 2021, suivi de trois relances le 28 Juillet, le 19 Août et le 28 Août.

Ce questionnaire est composé de trois grands axes. Le premier comprend la caractérisation de la population étudiée, le second s'attache à évaluer les

représentations qu'ils ont de la prise en charge des enfants co-victimes et le troisième se centre sur l'analyse de leur pratique face à ce type de situation.

Ce questionnaire comprend 27 items répartis comme suit :

Concernant la partie caractérisation de la population enquêtée, on retrouve quatre questions à choix unique détaillant le sexe, l'âge, l'ancienneté et la spécialité ainsi qu'une question binaire fermée portant sur la réalisation des gardes au CHU.

La partie des représentations est composée de trois questions à choix multiples portées sur leur perception à l'indication d'une consultation médico-psychologique en urgence pour les enfants co-victimes, la symptomatologie clinique pouvant être retrouvée chez ces jeunes et l'impact de l'âge sur leur décision à leur rencontre. Deux échelles de likert ont été utilisées, l'une pour mesurer leur évaluation du risque psychologique encouru lié au statut de co-victime et l'autre, pour évaluer leur perception de l'impact psychologique de ces violences en comparaison à la maltraitance physique directe. Enfin, l'indication d'une rencontre en fonction de différentes tranches d'âge de l'enfant a été évaluée par une question à choix multiple. L'analyse des pratiques a été construite autour de situations cliniques. Une échelle de likert a d'abord été utilisée pour déterminer à quelle fréquence les professionnels ciblés avaient pu rencontrer des victimes de violences conjugales. Puis, quatre vignettes cliniques différentes ont été présentées sous formes de questions à choix multiples, autour de la rencontre, d'une femme victime de violences conjugales, d'un enfant de 5 ans co-victime, d'une adolescente de 14 ans et d'un nourrisson. Les questions évaluaient la pratique des professionnels quant à la rencontre des différentes entités, ainsi que sur la recherche de signes cliniques d'appels et leur orientation potentielle. Enfin, au moyen de deux échelles de likert et de huit questions binaires fermées, nous

avons interrogé les professionnels vis-à-vis de leur perception de leur pratique dans l'évaluation pédopsychiatrique, avec la population des enfants co-victimes et dans la réalisation d'écrit médico-légal. Nous avons, par la suite, questionné leurs souhaits quant à la réalisation de formations en lien avec ses trois domaines.

## 5. Méthodes statistiques :

Les données recueillies lors cette étude ont été saisies dans un tableau Excel. Elles ont été par la suite colligées et analysées via le logiciel R et R-studio version 3.4.2.

Les analyses statistiques ont été effectuées en deux temps. Premièrement, via la réalisation d'analyses univariées afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives par le biais des moyennes et écart-types. L'ensemble des variables qualitatives ont été décrites au moyen d'effectifs et de pourcentages. Secondairement, des analyses bivariées ont été réalisées afin de comparer les professionnels ou leurs approches selon différents critères. Les proportions sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Chi2 ou avec un test non paramétrique de Fisher lorsque les effectifs sont inférieurs à 5. Les moyennes sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Student ou avec un test non paramétrique de Wilcoxon. Les résultats sont considérés comme significatifs lorsque « p » est inférieur à 0,05.

## V. Analyse des résultats :

### 1. Analyses descriptives univariées :

Un total de 47 questionnaires a été collecté.



a. Première partie du questionnaire, la caractérisation de la population étudiée :

Tableau 1 : Analyses descriptives univariées des données sociodémographiques

Analyses descriptives univariées		
		<b>N 47</b>
Données sociodémographiques		
<b>Genre, n (%)</b>		
	Homme	16 (34.0)
	Femme	31 (66.0)
<b>Classes d'âges, n (%)</b>		
	Moins de 30 ans	40 (85.1)
	Entre 30 et 39 ans	6 (12.8)
	Entre 40 et 49 ans	1 (2.1)
<b>Fonction, n (%)</b>		
	Interne 1ère année - phase socle	17 (36.2)
	Interne 2ème année - phase approfondissement	8 (17.0)
	Interne 3ème année - phase approfondissement	8 (17.0)
	Interne 4ème année - phase d'approfondissement FST ou Option	8 (17.0)
	Interne 4ème année - phase de consolidation	2 (4.3)
	CCA.AH	3 (6.4)
	Sénior	1 (2.1)
<b>Spécialité ou orientation souhaitée, n (%)</b>		
	Addictologie	5 (10.6)
	Psychiatrie adulte	24 (51.1)
	Psychiatrie de la personne âgée	1 (2.1)
	Psychiatrie enfant et adolescent	17 (36.2)
<b>Réalisation de garde aux urgences psychiatriques du CHU de Lille, n (%)</b>		
	Oui	35 (74.5)
	Non	12 (25.5)

- Concernant le sexe des professionnels interrogés : (Tableau 1)

47 ont répondu à notre enquête dont 34% hommes (soit n=16) et 66% femmes (soit n=31). Nous retrouvons donc une population majoritairement féminine.

- Concernant l'âge des professionnels interrogés : (Tableau 1)

85% ont moins de 30 ans (soit n=40)

12,8% ont entre 30 et 39 ans (soit n=6)

2,1% a entre 40 et 49 ans (soit n=1)

Aucun n'a plus de 50 ans.

- Concernant leur fonction : (Tableau 1)

36,2% sont des internes de 1<sup>ère</sup> année en phase socle (soit n=17)

17% sont des internes de 2<sup>ème</sup> année en phase d'approfondissement (soit n=8)

17% sont des internes de 3<sup>ème</sup> année en phase d'approfondissement (soit n=8)

17% sont des internes de 4<sup>ème</sup> année en phase de d'approfondissement (soit n=8)

4,3% sont des internes de 4<sup>ème</sup> année en phase de consolidation (soit n=2)

Aucun n'est en 5<sup>ème</sup> année en phase de consolidation

6,4% sont des CCA-AH (soit n=3)

2,1 est un sénior (soit n=1)

Notons que la majorité de l'effectif, ayant répondu au questionnaire, est représentée par les internes toutes années confondues à hauteur de 91,5% contre 8,5% pour les médecins. Nous n'avons pas eu de réponse des internes de 5<sup>ème</sup> année en phase de consolidation, car cette catégorie de professionnels ne sera représentée qu'à partir de Novembre 2021.

- Concernant leur exercice principal : (Tableau 1)

51,1% sont orientés majoritairement vers la psychiatrie générale adultes (soit n=24)

36,2% sont orientés sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (soit n=17)

10,6% sont orientés sur de l'addictologie (soit n=5)

2,1% est orienté sur de la psychiatrie de la personne âgée (soit n=1)

La majorité de la population est représentée par une pratique de psychiatrie adultes comprenant la psychiatrie générale, la gérontopsychiatrie et l'addictologie, soit un total de 63,8%. Ce résultat, se basant, dans son ensemble, sur une population représentée par des internes, il est en adéquation avec la répartition des spécialités chez les

séniors. En effet, on retrouve une pratique adulte chez 75% des médecins issus de la mailing liste de garde du CHU de Lille.

- Concernant la réalisation des gardes au CHU :

74,5% personnes en ont déjà réalisé (soit n=35)

25,5% personnes n'en n'ont jamais réalisé (soit n=12)

Ce résultat peut être expliqué par le fait que la majeure partie de la population étudiée est représentée par des internes de 1<sup>ère</sup> année qui n'ont pas toujours effectué leur premier stage au sein du CHU.

- b. Deuxième partie du questionnaire, les représentations des professionnels :

Tableau 2 : Analyses descriptives univariées des représentations des professionnels

Représentations	
<b>Indication d'une consultation en urgence pour les enfants covictimes de violences conjugales, n (%)</b>	
<i>Plusieurs réponses possibles</i>	
Systématiquement	36 (76.6)
En fonction de l'âge de l'enfant	4 (8.5)
Sur signes d'appel	16 (34.0)
Pas de rencontre mais consignés aux parents	2 (4.3)
<b>Possibilité de répercussions psycho lorsque les enfants ne sont pas physiquement présents, n (%)</b>	
Oui, toujours	14 (29.8)
Oui, souvent	30 (63.8)
Oui, parfois	3 (6.4)
Non, rarement	0 (0.0)
Non, jamais	0 (0.0)
<b>Impact de l'exposition à des violences conjugales sur la trajectoire développementale</b>	
<i>Echelle de 1 à 10</i>	
Min = 7 ; Max = 10 ; Médian = 9 ; Moy (sd) = 8.7 (0.8)	
<b>Symptomatologie clinique retrouvée chez les enfants covictimes de violences conjugales, n (%)</b>	
<i>Plusieurs réponses possibles</i>	
Troubles anxieux	47 (100.0)
Troubles dépressifs	45 (95.7)
Troubles du comportement	47 (100.0)
Troubles de l'adaptation	44 (93.6)
Trouble de stress post-traumatique	46 (97.9)
Troubles des apprentissages	45 (95.7)
Trouble du sommeil	47 (100.0)
Conduites addictives	43 (91.5)
Idées suicidaires et/ou Tentatives de suicide	44 (93.6)
<b>Impact sur le développement chez un enfant covictime de violences conjugales vs. un enfants victime de violences physiques, n (%)</b>	
Plus important	1 (2.1)
Equivalent	28 (59.6)
Moins important	9 (19.1)
Je n'ai pas d'avis	9 (19.1)
<b>Tranches d'âges pour lesquelles il est important de rencontrer les enfants covictimes de violences conjugales, n (%)</b>	
<i>Plusieurs réponses possibles</i>	
Entre 0 et 3 ans	28 (59.6)
Entre 3 et 6 ans	43 (91.5)
Entre 6 et 10 ans	41 (87.2)
Entre 10 et 18 ans	37 (78.7)

- Concernant les indications d'une consultation en urgence pour les enfants co-victimes : (Tableau 2)

La majorité des professionnels (n=36 soit 76,6%) ont répondu que, quelle que soit la situation, il était nécessaire de rencontrer ces enfants en urgence. On relève que 4 professionnels estiment que cette rencontre est dépendante de l'âge et 16 en fonctions de signes cliniques d'appel. Il est intéressant de souligner que 2 professionnels font le choix de ne pas rencontrer ces enfants mais proposent une orientation.

- Concernant l'impact psychologique lié au statut de co-victime : (Tableau 2)

La plupart des professionnels estime à 63,8% (soit n=30) qu'il y a souvent un risque psychologique chez ces enfants, 29,8% (soit n=14) considèrent qu'il y a toujours un risque et seulement 6,4% (soit n=3) pensent qu'il y a parfois un risque.

La totalité des personnes interrogées ont répondu positivement à cette question, ils estiment donc tous qu'il y a un risque psychologique lié au statut de co-victime.

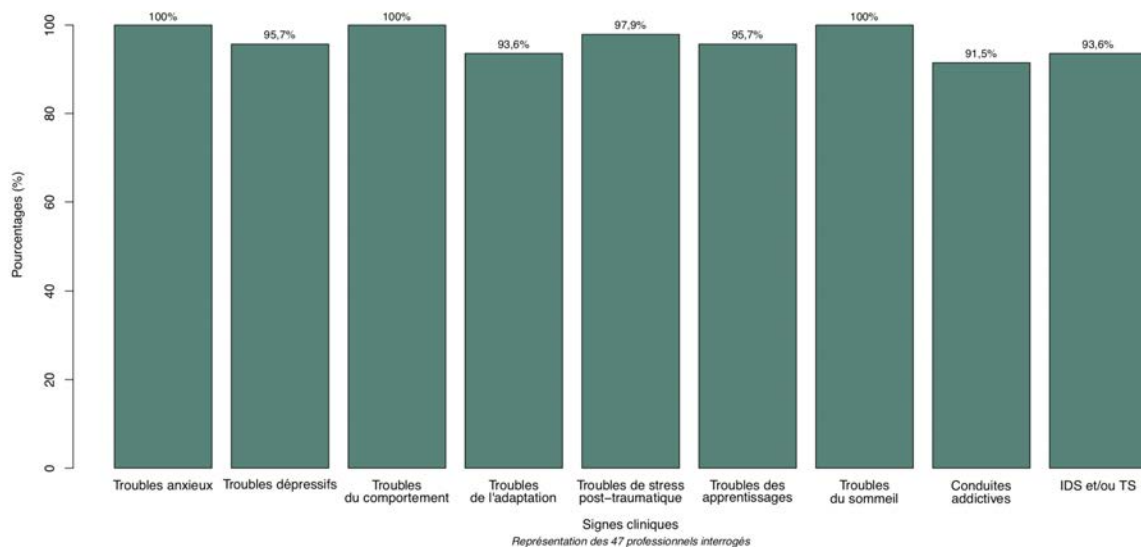
- Concernant l'impact sur la trajectoire développementale : (Tableau 2)

Cette question évaluée sur une échelle de cotation de 1 à 10 retrouve une moyenne de 8,7. L'ensemble des professionnels estiment qu'il y a majoritairement un risque d'impact sur la trajectoire développementale avec des réponses allant de 7/10 à 10/10.

- Concernant la symptomatologie clinique retrouvée : (Figure 1)

L'ensemble des professionnels se retrouve sur l'hétérogénéité clinique en lien avec l'exposition aux violences conjugales avec des taux de réponses pour chaque variable à plus de 91%. On peut aussi relever un taux de réponse de 100% sur trois troubles : les troubles anxieux, les troubles du comportement et les troubles du sommeil.

Figure 1 : Symptomatologie clinique retrouvée chez les enfants co-victimes



- Concernant la comparaison entre le risque psychologique lié au statut de co-victime et celui lié à la violence physique directe :

Plus de la moitié des professionnels perçoit l'impact psychologique lié au statut de co-victime comme équivalent à celui lié aux violences directes soit 59,6% (n=28). Un professionnel estime qu'il est plus important.

Il est intéressant de relever que 19,1% (n=9) d'entre eux évaluent cet impact comme moins important. Le reste des personnes interrogées, 19,1% (n=9) n'ont pas d'avis sur la question.

- Concernant l'éventualité des entretiens médicaux corrélés aux tranches d'âge des enfants :

On retrouve des pourcentages importants pour les enfants de plus de 3 ans. En effet, 91,5% des professionnels estiment qu'il serait important de rencontrer les enfants de 3 à 6 ans ; 87,2% pour les enfants de 6 à 10 ans et 78,7% pour ceux de 10 à 18 ans.

Nous pouvons aussi relever que seulement 59,6% des personnes interrogées pensent qu'il est important de rencontrer les enfants de moins de 3 ans.

Parmi la globalité de ces résultats, il est intéressant de noter que dans l'ensemble, les professionnels s'accordent sur l'impact psychologique potentiel en lien avec le statut de co-victime ainsi que sur la nécessité de rencontrer ces enfants pour les évaluer. Toutefois, nous retrouvons des résultats questionnant sur le faible taux d'évaluation des enfants de moins de 3 ans, ainsi que sur les représentations que les professionnels peuvent avoir de l'impact des violences conjugales par rapport aux violences physiques directes.

c. Troisième partie du questionnaire, les pratiques professionnelles :

Tableau 3 : Analyses descriptives univariées des pratiques professionnelles

En pratique	
<b>Fréquence de rencontre de victimes de violences conjugales en pratique</b>	
<i>Echelle de 1 à 10</i>	
Min = 1 ; Max = 9 ; Médian = 5 ; <b>Moy (sd) = 4.5 (2.5)</b>	
<b>Cas Clinique - Entretien avec une femme victime de violences conjugales, n (%)</b>	
<i>Plusieurs réponses possibles</i>	
Questionnement sur la sécurité au domicile	46 (97.9)
Appel du mari pour questionner la conjugopathie	0 (0.0)
Questionnement sur la présence d'enfants au domicile	46 (97.9)
Création d'un climat de confiance	47 (100.0)
Questionnement sur les violences subies	43 (91.5)
Orientation vers l'UMJ	40 (85.1)
Information sur les associations d'aide aux victimes	46 (97.9)
Orientation vers une structures de soins médico-psychologique	37 (78.7)
Signalement	6 (12.8)
Autre	2 (4.3)
<b>Cas Clinique 1 - Entretien avec une femme victime de violences conjugales et enfant de 5 ans covictime, n (%)</b>	
<i>Plusieurs réponses possibles</i>	
Questionnement sur la sécurité au domicile	44 (93.6)
Demander à rencontrer l'enfant pour l'évaluer	17 (36.2)
Recherche de la présence de signes d'appel	38 (80.9)
Orientation vers une structure d'accueil spécialisée	29 (61.7)
Pas d'urgence car enfant non présent lors des actes de violence	7 (14.9)
<b>Risques chez l'enfant*, n (%)</b>	
<i>Plusieurs réponses possibles</i>	
Risque de troubles du sommeil	29 (61.7)
Risque de troubles de l'alimentation	27 (57.4)
Risque de troubles anxieux	28 (59.6)
Risque de troubles thymiques	24 (51.1)
Risque de troubles somatiques	21 (44.7)
Risque de troubles du comportement	29 (61.7)
Risque de troubles de l'adaptation	23 (48.9)
Risque de trouble de stress post-traumatique	22 (46.8)
Risque de troubles des apprentissages	26 (55.3)
Risque d'idées suicidaires et/ou de tentatives de suicide	22 (46.8)
Risque de conduites addictives	18 (38.3)
Peu de risques car exposition non directe	0 (0.0)
<b>*Attention problème d'effectif : seul les personnes ayant répondu qu'ils rencontraient l'enfant devaient répondre à cette question (soit 17 répondants) hors il y a trop de réponses à certains items !</b>	
<b>Cas Clinique 2 - Adolescente de 14 ans qui s'interpose lors de actes de violence, n (%)</b>	
<i>Plusieurs réponses possibles</i>	
Appel du père pour faire le point sur la situation	4 (8.5)
Rencontre avec l'adolescente au vu du contexte	24 (51.1)
Orientation vers une structure d'accueil spécialisée	32 (68.1)
Recherche de signes d'appel	36 (76.6)
Signalement	39 (83.0)
<b>Cas Clinique 3 - Nourrisson covictime de violences conjugales, n (%)</b>	
<i>Plusieurs réponses possibles</i>	
Pas de rencontre car à cet âge pas de perception des violences conjugales	0 (0.0)
Pas de rencontre car pas de violences directes	1 (2.1)
Demander à rencontrer le nourrisson	16 (34.0)
Orientation vers une structure spécialisée pour évaluation	31 (66.0)
<b>Aisance avec l'évaluation pédopsychiatrique</b>	
<i>Echelle de 1 à 10</i>	
Min = 1 ; Max = 10 ; Médian = 5 ; <b>Moy (sd) = 5.3 (2.4)</b>	
<b>Aisance avec la réalisation de déclarations médico-légales, n (%)</b>	
Oui	17 (36.2)
Non	30 (63.8)
<b>Aisance avec la prise en charge d'enfants covictimes de violences conjugales</b>	
<i>Echelle de 1 à 10</i>	
Min = 1 ; Max = 7 ; Médian = 4 ; <b>Moy (sd) = 3.8 (1.7)</b>	
<b>Connaissances sur l'orientation possible des enfants victimes de violences conjugales, n (%)</b>	
Oui	4 (8.5)
Non	43 (91.5)
<b>Recherches personnelles sur la thématique des enfants exposés à des violences conjugales, n (%)</b>	
Oui	5 (10.6)
Non	42 (89.4)
<b>Connaissance de procédures en lien avec les victimes de violences conjugales au CHU de Lille, n (%)</b>	
Oui	14 (29.8)
Non	33 (70.2)
<b>Formation reçue en lien avec la prise en charge des enfants covictimes de violences conjugales, n (%)</b>	
Oui	2 (4.3)
Non	45 (95.7)
<b>Souhait de formation complémentaire, n (%)</b>	
Sur la prise en charge des enfants covictimes de violences conjugales	44 (93.6)
Sur l'évaluation globale pédopsychiatrique	36 (76.6)
Sur les déclarations médico-légales	43 (91.5)



- Concernant la fréquence de rencontre des victimes de violences conjugales :  
(Tableau 3)

La médiane est de 5.

- Concernant la rencontre des femmes victimes de violences conjugales aux urgences : (Tableau 3)

La grande majorité des professionnels questionnent la sécurité au domicile à 97,9% (n=46), la présence d'enfants à 97,9% (n=46) ainsi que sur l'information sur les structures associatives à 97,9% (n=46).

On retrouve une orientation de la femme sur l'UMJ chez 85,1% (n=40) des professionnels malgré une indication systématique selon la procédure instaurée au sein des urgences du CHU de Lille.

De plus, seulement 12,8 % (n=6) d'entre eux réalisent un signalement au décours de cette rencontre. Ce résultat reste questionnant au vue de l'existence de la loi de 2020 sur la possibilité de levée du secret professionnel avec réalisation d'un écrit pour toute situation de femmes victimes de violences conjugales sous emprise.

- Concernant le premier cas clinique avec un enfant de 5 ans : (Tableau 3)

La plupart des professionnels, 80,9%, questionne la mère sur l'existence de signes cliniques (n=38). Mais seulement 36,2% (n=17) d'entre eux prennent la décision de rencontrer l'enfant pour l'évaluer et 14,9% (n=7) estiment qu'il n'y a pas d'urgence à son évaluation car il n'était pas présent lors des gestes de violences.

- Concernant le deuxième cas clinique avec une adolescente de 14 ans :  
(Tableau 3)

Pour cette adolescente de 14 ans, seulement la moitié des professionnels prennent la décision de la rencontrer soit 51,1% (n=24). Mais on peut retrouver que la plupart réalise un signalement à 83% (n=39), recherchent des signes cliniques d'appel à 76,6% (n=36) ou l'orientent sur une structure d'évaluation et d'accueil spécialisée à 68,1% (n=32).

- Concernant le troisième cas clinique avec un nourrisson : (Tableau 3)

Seulement 34% (n=16) des professionnels prennent la décision de rencontrer cet enfant. La plus grande majorité, à 66% (n=31), l'oriente vers une structure pour une évaluation spécialisée. Il est intéressant de relever qu'un professionnel ne rencontre pas ce nourrisson car il n'était pas directement exposé aux violences conjugales.

- Concernant l'aisance dans l'évaluation pédopsychiatrique : (Tableau 3) :

On retrouve une moyenne à 5,3.

- Concernant l'aisance dans la réalisation de déclaration médico-légale : (Tableau 3)

63,8 % des professionnels interrogés ne se sentent pas à l'aise avec les déclarations médico-légales.

- Concernant l'aisance dans la prise en charge des enfants co-victimes : (Tableau 3)

Les professionnels se sentent peu à l'aise avec cette catégorie de population avec une moyenne de 3,8.

- Concernant les connaissances sur les orientations possibles pour les enfants co-victimes :

La grande majorité des professionnels (91,5% soit n=43) estime qu'ils n'ont pas suffisamment de connaissances dans ce domaine.

- Concernant la connaissance de procédure en lien avec les enfants victimes de violences conjugales au CHU de Lille : (Tableau 3)

Seulement 29,8 % (n=14) des professionnels ont connaissance de procédure en lien avec cette population.

- Concernant les formations en lien avec les enfants co-victimes de violences conjugales : (Tableau 3)

La grande majorité des professionnels, soit 95,7% (n=45) n'a jamais été formée sur cette population.

- Concernant le désir de formation complémentaires :

93,6% des professionnels souhaiteraient pouvoir bénéficier d'une formation sur la prise en charge des enfants co-victimes, 91,5% seraient ouverts à une formation sur les déclarations médico-légales et enfin 76,6 seraient intéressés par une formation sur l'évaluation pédopsychiatrique globale.

Parmi ces résultats, il est intéressant de relever une discordance de prise en charge des enfants en fonction de leur tranche d'âge, avec des rencontres qui ne sont pas systématiquement réalisées mais une orientation vers des structures adaptées qui peut être proposée.

De plus, la majorité des professionnels ne se sentent pas à l'aise avec la population des enfants co-victimes, avec la réalisation de déclarations médico-légales ainsi que dans l'évaluation pédopsychiatrique globale. Ils souhaiteraient pouvoir se former dans ces trois domaines. Enfin, la plupart des professionnels n'ont pas connaissance de procédure existant au sein du CHU de Lille pouvant les aider dans leur gestion de la population d'enfants co-victime.

## 2. Analyses descriptives bivariées :

Des analyses descriptives bivariées ont pu être réalisées afin de comparer l'incidence de certaines variables, notamment l'orientation entre la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie, l'avancé dans le cursus de l'internat et la tranche d'âge représentée par les enfants de 0 à 3 ans.

### a. Analyse de la spécialité combinée aux autres variables :

Tableau 4 : Analyse descriptive bivariée (1)

	Professionnels spécialisés ou souhaitant s'orienter en psychiatrie adulte N=30	Professionnels spécialisés ou souhaitant s'orienter en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent N=17	p
<b>Age (classes), n (%)</b>			0.780
Moins de 30 ans	26 (86.7)	14 (82.4)	
Entre 30 et 39 ans	3 (10.0)	3 (17.6)	
Entre 40 et 49 ans	1 (3.3)	0 (0.0)	
<b>Entretien en urgence avec un enfant covictime de violences conjugales, n (%)</b>			0.275
Systématiquement	25 (83.3)	11 (64.7)	
Sur points d'appel uniquement	5 (16.7)	6 (35.3)	
<b>Représentation de l'impact sur la trajectoire développemental de l'enfant, moy (sd)</b>	8.8 (0.7)	8.6 (0.9)	0.829
<b>Importance de l'exposition d'un enfant à des violences conjugales vs. des violences physiques, n (%)</b>			0.825
Moins important	6 (26.1)	3 (20.0)	
Equivalent	16 (69.6)	12 (80.0)	
Plus important	1 (4.3)	0 (0.0)	
<b>Réalisation d'entretien avec les enfants de 0 à 3 ans, n (%)</b>	17 (56.7)	11 (64.7)	0.818
<b>Aisance avec l'évaluation pédopsychiatrique, moy (sd)</b>	3.9 (1.8)	7.6 (1.6)	<0.001*
<b>Aisance avec la PEC d'enfant covictimes de violences conjugales, moy (sd)</b>	3.2 (1.5)	4.9 (1.6)	0.002*

\*Résultats significatifs

En comparant les professionnels s'orientant principalement vers une pratique adulte et ceux vers une pratique pédopsychiatrique on retrouve deux résultats significatifs à savoir l'aisance dans l'évaluation en pédopsychiatrie ( $p < 0,001$ ) et l'aisance dans la prise en charge des enfants co-victimes ( $p$  à  $0,002$ ). En effet, les professionnels s'orientant vers une pratique de l'enfant et de l'adolescent, se sentent significativement plus à l'aise dans l'évaluation pédopsychiatrique que ceux dont l'exercice principal est auprès de personnes adultes. Ce résultat reste cohérent par rapport à leur exercice au quotidien.

Il est intéressant de relever que nous ne retrouvons pas de résultats statistiquement significatifs concernant la rencontre systématique des enfants avec des psychiatres adultes qui les évalueraient de manière plus systématique (83% soit  $n=25$ ) que les pédopsychiatres (64,7% soit  $n=11$ ).

De plus, leurs représentations vis-à-vis de l'impact potentiel sur la trajectoire développementale et la comparaison avec les violences physiques directes restent assez uniformes mais non significatives.

b. Analyse de l'avancé dans le cursus d'interne combinée aux autres variables :

Tableau 5 : Analyse descriptive bivariée (2)

	Interne de phase socle N = 17	Interne de 2ème année et plus N = 30	p
<b>Spécialité ou orientation, n (%)</b>			0.682
Psychiatrie adulte	12 (70.6)	18 (60.0)	
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	5 (29.4)	12 (40.0)	
<b>Réalisation de gardes au CHU de Lille, n (%)</b>	9 (52.9)	26 (86.7)	<b>0.03*</b>
<b>Entretien en urgence avec un enfant covictime de violences conjugales, n (%)</b>			0.282
Systématiquement	15 (88.2)	21 (70.0)	
Sur points d'appel uniquement	2 (11.8)	9 (30.0)	
<b>Importance de l'exposition d'un enfant à des violences conjugales vs. des violences physiques, n (%)</b>			0.386
Moins important	2 (15.4)	7 (28.0)	
Equivalent	10 (76.9)	18 (72.0)	
Plus important	1 (7.7)	0 (0.0)	
<b>Rencontre les enfants entre 0 et 3 ans, n (%)</b>	9 (52.9)	19 (63.3)	0.698
<b>Représentation de l'impact sur la trajectoire développemental de l'enfant, moy (sd)</b>	8.5 (0.87)	8.0 (0.71)	0.503
<b>Aisance avec l'évaluation pédopsychiatrique, moy (sd)</b>	4.3 (2.0)	5.3 (2.5)	0.06
<b>Aisance avec la PEC d'enfant covictimes de violences conjugales, moy (sd)</b>	3.4 (1.6)	4.0 (1.8)	0.286

*\*Résultats significatifs*

En comparant les internes de phase socle avec ceux des années supérieures, on retrouve une différence vis-à-vis des gardes au CHU de Lille avec un  $p=0,03$ . L'aisance quant à l'évaluation pédopsychiatrique ressort aussi avec un  $p=0,06$ .

Malgré des chiffres non significatifs, nous retrouvons chez les internes de première année une évaluation plus systématique pour les enfants co-victimes (88,2% soit  $n=15$ ) que chez les internes plus avancés dans leur cursus (70% soit  $n=21$ ).

c. Analyse de la prise en charge des enfants de moins de 3 ans :

Tableau 6 : Analyse descriptive bivariée (3)

	Professionnels qui prennent en charge les enfants covictimes de 0 à 3 ans N = 28	Professionnels qui ne prennent pas en charge les enfants covictimes de 0 à 3 ans N = 19	p
<b>Age (classes), n (%)</b>			1
Moins de 30 ans	23 (82.1)	17 (89.5)	
Entre 30 et 39 ans	4 (14.3)	2 (10.5)	
Entre 40 et 49 ans	1 (3.6)	0 (0.0)	
<b>Niveau d'expérience, n (%)</b>			0.570
Interne - Phase socle	9 (32.1)	8 (42.1)	
Interne - Milieu d'internat (2e et 3e année)	9 (32.1)	7 (36.8)	
Fin d'internat et plus	10 (35.7)	4 (21.1)	
<b>Spécialité ou orientation, n (%)</b>			0.818
Psychiatrie adulte	17 (60.7)	13 (68.4)	
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	11 (39.3)	6 (31.6)	
<b>Entretien en urgence avec un enfant covictime de violences conjugales, n (%)</b>			0.09
Systématiquement	24 (85.6)	12 (63.2)	
Sur points d'appel uniquement	4 (14.3)	7 (36.8)	
<b>Représentation de l'impact sur la trajectoire développemental de l'enfant, moy (sd)</b>	8.8 (0.9)	8.7 (0.5)	0.833
<b>Aisance avec l'évaluation pédopsychiatrique, moy (sd)</b>	5.4 (2.4)	5.0 (2.5)	0.645
<b>Aisance avec la PEC d'enfant covictimes de violences conjugales, moy (sd)</b>	4.1 (1.7)	3.4 (1.7)	0.202

Nous ne retrouvons pas de chiffres statistiquement significatifs avec la notion de prise en charge ou non des enfants âgés de moins de trois ans.

- d. Analyse de la connaissance du protocole combinée à la réalisation des gardes au CHU de Lille :

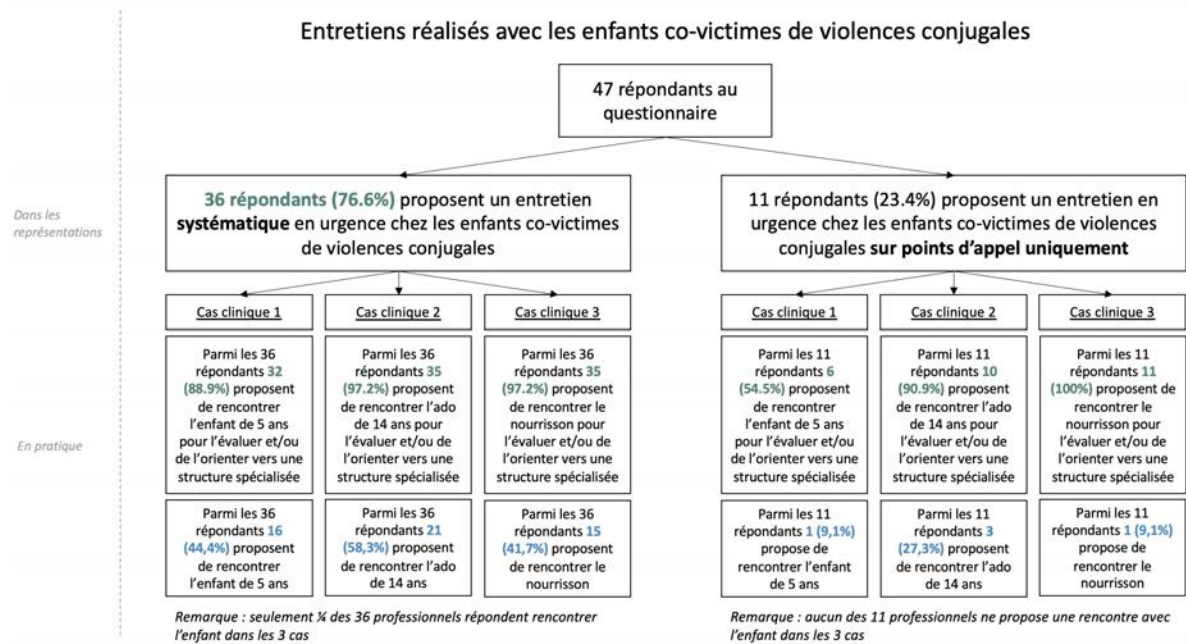
Tableau 7 : Analyse descriptive bivariée (4)

	Réalisation de gardes aux urgences psychiatriques du CHU N = 35	N'ont pas réalisé de gardes aux urgences psychiatriques du CHU N = 12	p
<b>Connaissance du protocole en lien avec les violences conjugales au CHU de Lille, n (%)</b>			0.129
Oui	13 (37.1)	1 (8.3)	
Non	22 (62.9)	11 (91.7)	

Nous ne retrouvons pas de résultat statistiquement significatif, toutefois il est intéressant de noter que les professionnels ayant réalisés ou non des gardes au CHU de Lille n'ont pas connaissance du protocole instauré en lien avec les violences conjugales.

e. Analyse des entretiens réalisés avec les enfants co-victimes de violences conjugales :

Tableau 8 : Analyse descriptive des entretiens réalisés avec les enfants co-victimes



Sur 47 questionnaires retournés, 76,6 % des professionnels (N=36) proposeraient un entretien systématique aux enfants co-victimes de violences conjugales. Lors d'une mise en situation avec des cas cliniques, ce résultat chute avec une rencontre systématique dans 44,4% des cas pour un enfant de 5 ans, dans 58,3% des cas pour une adolescente de 14 ans et dans 41,7% des cas pour un nourrisson. Il est toutefois important de relever que la plupart des professionnels proposent d'évaluer ou d'orienter dans les trois situations à plus de 85%.

Parmi les 23,4% des professionnels qui réalisent un entretien en urgence sur points d'appel clinique, plus de 90% proposent une évaluation ou une orientation pour une



adolescente de 14 ans et pour un nourrisson. En revanche ils ne sont plus que 54,4% à évaluer et orienter l'enfant de 5 ans.

## VI. Discussion :

### 1. Interprétation des résultats :

Concernant notre questionnement initial sur les freins à la prise en charge des enfants co-victimes de violences conjugales, les résultats de notre étude montrent que la majorité des professionnels interrogés sont conscients des risques encourus par les enfants co-victimes de violences conjugales.

Toutefois, nous retrouvons une certaine discordance entre leurs représentations de la prise en charge de cette population et leurs pratiques professionnelles. En effet, 76,6 % des professionnels questionnés estiment qu'il y aurait une indication à évaluer, en urgence, un enfant co-victime de violences conjugales. Cependant, lors des mises en situations, au travers de cas cliniques, ce pourcentage chute. Seulement 25% d'entre eux proposeraient systématiquement cette rencontre. Il est intéressant de corrélérer ces chiffres à la méconnaissance du protocole d'accueil des victimes de violences conjugales. Cette procédure de repérage et de prise en charge précoce, mise en place au sein du CHU de Lille en Août 2019, n'est connue que par 30% des professionnels interrogés.

Or, celui-ci propose une rencontre systématique de ces enfants par l'équipe de psychiatrie. La méconnaissance de la procédure existante au sein du CHU de Lille serait un des premiers freins à l'accueil, au suivi et au devenir de ces enfants. Une

action de communication de ce protocole auprès des praticiens apparaît comme nécessaire.

Un autre élément important a aussi été retrouvé au travers de cette étude : la question de la formation. En effet, la grande majorité des professionnels ont exprimé, au travers de notre questionnaire, leurs difficultés face à la prise en soins de ces enfants co-victimes. Ils ont très largement exprimé leur volonté de se former spécifiquement sur ce type de prise en soins. Ce souhait est pleinement en adéquation avec les mesures proposées par le Grenelle en 2019, qui mettait en avant la nécessité de former les professionnels. Celui-ci proposait un développement de compétences grâce à des enseignements certifiants en ligne. L'accessibilité, à distance, de cette formation permettrait d'accéder plus facilement à ces nouvelles notions. Cette mesure est actuellement en cours de réalisation. A ce jour, il existe des formations spécifiques, dispensées lors de journées à thème orientées vers les enjeux autour du contexte de violences conjugales. Elles sont proposées par des professionnels qualifiés et spécialisés, travaillant au contact de ces victimes.

Une des actions qui nous semble intéressante à mener serait notamment sur la formation du personnel médical dès leur entrée dans leur cursus d'interne. Préparer les jeunes professionnels à mieux repérer, évaluer et orienter les enfants co-victimes, permettrait de mieux prendre en charge cette population.

Deux points à investiguer sont à retenir dans notre étude, le premier concerne la difficulté dans la réalisation de l'entretien pédopsychiatrique et le second concerne les déclarations médico-légales. La plupart des médecins interrogés se sentent incommodés par ces deux pratiques ce qui pourrait représenter un des freins dans la prise en charge des enfants co-victimes. Une des pistes d'investigation, serait la mise en œuvre d'apport théorique et pratique précoce dans la formation médicale centrée

sur l'entretien de l'enfant. Cette proposition prend sens dans le cadre de notre étude car la population qui participe est majoritairement représentée par des médecins en début de formation avec comme orientation principale la psychiatrie adulte. La deuxième piste pourrait être de proposer une information juridique périodique, selon un cycle à définir, sur les déclarations médico-légales.

## 2. Les limites de l'étude :

### a. L'échantillon :

La première limite de notre étude est celle de l'effectif. Nous avons obtenu 47 réponses sur un total de 199 professionnels sollicités. Malgré quatre relances du service de communication de la F2RSM, nous n'avons pas pu collecter plus d'informations. Une des pistes de réflexion pouvant expliquer cette faible participation serait la période choisie pour la réalisation de cette étude. Celle-ci s'est déroulée sur les mois de Juillet et d'Août 2021 correspondants aux congés annuels. La période a été retardée par rapport au planning initialement prévu car nous avons été confrontés à une orientation secondaire de notre axe de travail en lien avec l'enquête préliminaire.

La deuxième limite est l'absence d'hétérogénéité de la population interrogée. En effet, au sein de cet échantillon nous retrouvons un taux de réponses très majoritairement représenté par les internes. Cet état de fait pourrait s'expliquer par la sensibilisation accrue des internes aux sujets de thèses dès leur arriver dans leur cursus de troisième cycle. Ils seraient donc plus impliqués dans la participation aux projets soumis, car eux même confrontés à ce type de recherches à court terme dans leur parcours de professionnalisation.

b. Le questionnaire :

Premièrement, notre travail s'est orienté sur une étude descriptive analytique au moyen d'un auto questionnaire transmis sous format numérique. Ce mode de diffusion peut constituer un biais de recrutement. L'utilisation de ce format pourrait présenter une difficulté pour les professionnels peu aguerris avec cette modalité de collecte de données.

Deuxièmement, l'auto-questionnaire est renseigné par les professionnels et parfois les données collectées peuvent être faussées par la volonté de vouloir « bien répondre ». Les participants s'orientant plus facilement vers les réponses considérées comme « attendues », et non le reflet exact de leurs représentations ou de leurs pratiques. Ce mode de recueil de données peut donc constituer une des limites de notre étude. Cependant, il est important de souligner que le caractère anonyme des réponses vient atténuer l'effet suscité. Ce qui est retrouvé dans la disparité des résultats entre les représentations de la prise en charge des enfants co-victimes et l'analyse de leurs pratiques professionnelles.

Troisièmement, nous avons souhaité réaliser une partie du questionnaire sous forme de mises en situation ce qui a pu perturber certains médecins dans leur réponse. En effet, ces cas cliniques demandaient une attention particulière et donc une prise de temps pouvant influencer sur la qualité des résultats.

Pour finir, l'auto-questionnaire, de par la construction faite par l'investigateur, peut impliquer une certaine subjectivité dans les réponses des professionnels et donc représenter un biais d'évaluation. En effet, les études qualitatives sont réalisées selon

les intentions motivant l'enquêteur, ce qui peut influencer la réponse des participants. Ceci représente une limite liée à la méthodologie choisie.

Pour améliorer l'objectivité de cette étude, il aurait été intéressant de pouvoir s'appuyer sur une analyse complémentaire de dossiers patients. Au sein du CHU de Lille, il n'existe pas à ce jour de codage spécifique pouvant permettre l'extraction de données concernant les violences conjugales.

### 3. Intérêt de cette étude :

Nous avons réalisé cette étude, dans un souci d'amélioration de la qualité des soins des enfants co-victimes et dans une volonté de faire évoluer les pratiques. La population des enfants co-victimes de violences conjugales reste très peu étudiée à ce jour. Par ailleurs, il n'existe pas de recommandations consensuelles quant à leur prise en charge. Ce travail reste un des premiers à s'orienter sur l'analyse des représentations de la prise en charge des professionnels au regard de leurs pratiques. Malgré les différents biais, et notamment la représentativité de la population répondante ce travail pourrait constituer une base de données initiale pour des études ultérieures.

### 4. Perspectives :

Au travers de cette étude, il en ressort que la majorité des médecins se sentent en difficultés avec la prise en charge des enfants co-victimes de violences conjugales. La possibilité d'être formé et accompagné dans ce type de prise en charge apparaît comme essentiel. Les résultats de notre enquête ne font que renforcer la nécessité

d'un travail global en réseau avec une approche multidisciplinaire. Le renfort de la formation et l'intensification l'information apporterait une meilleure identification des enfants co-victimes de violences conjugales et permettraient ainsi de travailler spécifiquement sur les conséquences de cette violence à laquelle ils ont été exposés.

Toutefois, il n'existe pas à ce jour de recommandations consensuelles quant à la prise en charge de ces enfants. La mise en place de celles-ci par un collège de professionnels, permettrait une homogénéisation des pratiques avec un cadre de références clairement défini.

## Bibliographie :

1. Impact des violences conjugales sur les enfants [Internet]. L'impact des violences conjugales sur les enfants. [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.violencesconjugales-enfants.fr/>
2. Un Grenelle et des mesures fortes pour lutter contre les violences conjugales [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/un-grenelle-et-des-mesures-fortes-pour-lutter-contre-les-violences-conjugales>
3. Violences conjugales pendant le confinement: plus de plaintes, annonce Schiappa [Internet]. L'Express.fr. 2020 [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.lexpress.fr/actualite/societe/pendant-le-confinement-il-y-aurait-eu-moins-de-femicides-que-d-habitude-dit-schiappa\\_2126494.html](https://www.lexpress.fr/actualite/societe/pendant-le-confinement-il-y-aurait-eu-moins-de-femicides-que-d-habitude-dit-schiappa_2126494.html)
4. Covid L. Les risques de violence auxquels sont confrontés les femmes et leurs enfants pendant la crise actuelle de COVID-19 ne peuvent être ignorés. :5.
5. Larousse É. Définitions : violence - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 16 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/violence/82071>
6. OMS | Violence [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 16 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/violence/fr/>
7. Violence conjugale [Internet]. [cité 23 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>
8. Ministère de l'Intérieur. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2019.
9. Ministère de l'Intérieur. Communiqué sur l'étude nationale relative aux morts violentes au sein du couple en 2019 [Internet]. <https://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiques/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple-en-20192>. [cité 23 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiques/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple-en-20192>
10. Sadlier K. La parentalité face à la violence dans le couple [Internet]. Violences conjugales : un défi pour la parentalité. Dunod; 2015 [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/violences-conjugales-un-defi-pour-la-parentalite--9782100709861-page-1.htm>
11. R. Peronne, M. Nannini. Violence et abus sexuels dans la famille. Une approche systémique et communicationnelle. ESF Editeur. Paris; 2000.
12. Walker LE. The battered woman syndrome. Fourth Edition. New York: Springer Publishing Company; 2017. 564 p.

13. Frequently Asked Questions [Internet]. Domestic Abuse Intervention Programs. [cité 26 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.theduluthmodel.org/what-is-the-duluth-model/frequently-asked-questions/>
14. Coutanceau R. Chapitre 10. Le couple : violences psychologiques, une réalité parfois objectivable, parfois invisible [Internet]. Violences psychologiques. Dunod; 2014 [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/violences-psychologiques--9782100712380-page-105.htm>
15. Hirigoyen M-F. Préface - Violences conjugales et familles [Internet]. Violences conjugales et famille. Dunod; 2016 [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/violences-conjugales-et-famille--9782100749386-page-XVI.htm>
16. OMS | La violence sexuelle [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12\\_37/fr/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_37/fr/)
17. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes [Internet]. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86236/WHO\\_RHR\\_12.37\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86236/WHO_RHR_12.37_fre.pdf?sequence=1)
18. S. Freud. Trois essais sur la théorie sexuelle (1905). Gallimard. Paris; 1987.
19. R Dorey. La relation d'emprise. (Nouvelle Revue de psychanalyse).
20. Francequin G, éditeur. Tu me fais peur quand tu cries: sortir des violences conjugales. Toulouse: Erès; 2010. 340 p. (Sociologie clinique).
21. Coutanceau R. Auteurs de violence au sein du couple : prise en charge et prévention | Vie publique.fr [Internet]. [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/28136-auteurs-de-violence-au-sein-du-couple-prise-en-charge-et-prevention>
22. Manseur Zahia. Souffrances sociales. Entre projet de départ et soumission : la souffrance de la femme battue. Bruxelles: De Boeck; 2004.
23. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels | Vie publique.fr [Internet]. [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/24751-les-femmes-victimes-de-violences-conjugales-le-role-des-professionnels>
24. Roberts GL, Lawrence JM, Williams GM, Raphael B. The impact of domestic violence on women's mental health. Aust N Z J Public Health. 1998;22(7):796-801.
25. Article 215 - Code civil - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006422766/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006422766/)



26. LOI no 92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes (1). 92-684 juill 22, 1992.
27. LOI n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. 2006-399 avr 4, 2006.
28. LOI n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants (1). 2010-769 juill 9, 2010.
29. LOI n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales (1). 2020-936 juill 30, 2020.
30. Larousse É. Définitions : témoin - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 23 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/t%C3%A9moin/77204>
31. Larousse É. Définitions : victime - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/victime/81855>
32. Wolfe DA, Crooks CV, Lee V, McIntyre-Smith A, Jaffe PG. The Effects of Children's Exposure to Domestic Violence: A Meta-Analysis and Critique. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2003;17.
33. Savard N, Gaudron CZ. État des lieux des recherches sur les enfants exposés à la violence conjugale. :10.
34. Catherine Vasselier-Novelli, Charles Heim. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de r. 36, Familles et corps souffrant. 36, Familles et corps souffrant. Bruxelles: De Boeck; 2006.
35. Zaouche-Gaudron. Exposés aux violences conjugales, les enfants de l'oubli. Eres. (Enfance et parentalité).
36. Guédeney N, Guédeney A, Rabouam C. Violences conjugales et attachement des jeunes enfants. *Perspect Psy.* oct 2013;52(3):222-30.
37. Graham-Bermann SA, Gruber G, Howell KH, Girz L. Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Child Abuse Negl.* sept 2009;33(9):648-60.
38. Paul Olivia. Développement socio-affectif des enfants exposés à la violence conjugale : une approche de la sécurité émotionnelle. Toulouse;
39. Paul O. Fratrie en contexte de violence conjugale [Internet]. Érès; 2021 [cité 29 juill 2021]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/socialisation-familiale-des-jeunes-enfant--9782749270265-page-209.htm>

40. Salmona DM. Comprendre et prendre en charge l'impact psychotraumatique des violences conjugales pour mieux protéger les femmes et les enfants qui en sont victimes. :20.
41. Levendosky AA, Huth-Bocks AC, Semel MA, Shapiro DL. Trauma Symptoms in Preschool-Age Children Exposed to Domestic Violence. *J Interpers Violence*. févr 2002;17(2):150-64.
42. Becker E de. L'enfant exposé aux violences conjugales. *Inf Psychiatr*. 2 mai 2019;Volume 95(4):261-9.
43. Hamed NA. L'enfant au cœur des violences conjugales. *Inf Psychiatr*. 2010;Volume 86(10):839-47.
44. Doucet M, Fortin A. La parentification et les conflits de loyauté chez l'enfant exposé à la violence conjugale : contribution du point de vue de l'enfant sur la violence. *Enfance*. 2010;N° 2(2):201-21.
45. Doucet M, Fortin A. Examen des profils d'adaptation chez les enfants exposés à la violence conjugale. *Can J Behav Sci Rev Can Sci Comport*. avr 2014;46(2):162-74.
46. Fortin A, Lachance L. La parentification chez l'enfant exposé à la violence conjugale. *Rev Int Educ Fam*. 19 déc 2011;n° 29(1):63-86.
47. Procédure : repérage et prise en charge précoce des victimes de violence conjugale.

Annexes :

<b>Annexe 1</b> : Étude préliminaire-questionnaire .....	2
<b>Annexe 2</b> : Étude préliminaire-fiche explicative .....	5
<b>Annexe 3</b> : Questionnaire.....	7
<b>Annexe 4</b> : Procédure victimes violences conjugales au CHU de Lille .....	16

## Annexe 1 : Étude préliminaire-questionnaire

### Questionnaire sur la caractérisation du parcours de santé des enfants co-victimes de violences conjugales au sein du CHRU de Lille.

Ce questionnaire est dédié aux équipes de psychiatrie des urgences adultes, pédiatriques (de jour ou de garde) et travaillant au sein de l'unité médico-judiciaire (psychiatres, pédopsychiatres, ou psychologues).

Veuillez remplir le questionnaire présenté ci-dessous lors de votre entretien avec un enfant présumé co-victime de violences conjugales.

Si vous n'avez pas pu rencontrer l'enfant mais en cas de rencontre avec une victime adulte de violences conjugales, veuillez-vous reporter à l'encart adéquat en question 18.

#### 1 - Ce questionnaire a été réalisé au sein de :

- Urgences pédopsychiatriques de l'enfant et de l'adolescent (UPEA)
- Urgences pédiatriques
- Urgences adultes
- Unité médico-judiciaire

#### 2 - Ce questionnaire a été rempli par :

- Interne de psychiatrie aux urgences adultes
- Sénior de psychiatrie aux urgences adultes
- Autres soignants :.....
- Interne de psychiatrie aux urgences pédiatriques
- Sénior de psychiatrie aux urgences pédiatriques
- Autres soignants :.....
- Interne de psychiatrie à l'UPEA
- Sénior de psychiatrie à l'UPEA
- Autres soignants :.....
- Psychologue à l'UMJ
- Autres soignants :.....

#### A REMPLIR SI LE MOTIF INITIAL DE CONSULTATION CONCERNE LE PARENT

#### 3 - Le motif de consultation de l'adulte est-il en lien avec les violences conjugales présumées ?

Oui / Non

#### 4 - Précisez le motif de la consultation initiale de l'adulte ? (Violence sur la mère, idées suicidaires de la mère, passage à l'acte de l'enfant ....) :

.....

#### 5 - L'enfant et/ou son parent sont-ils adressés par un professionnel sur l'un des services concernés par l'étude ?

##### Si oui, quel est ce professionnel ?

- Médecin traitant
- Psychiatre
- Association d'aide aux victimes
- Services de police
- Consultation spontanée
- Autres :.....

#### 6 - Cet adressage est-il en lien avec des violences conjugales présumées repérées par les professionnels en question ?

Oui / Non

#### 7 - Quel âge a l'enfant :

.....

**8 - Quel est le genre de l'enfant :**

Garçon / Fille

**9 - Y a t'il d'autres enfants au sein du domicile :**

Oui / Non :

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4	Enfant 5
Age					
Sexe					
Suivi antérieur					

**10 - Évaluation de la typologie des violences présumées subies par le parent agressé :**

- Violences physiques
- Violences psychologiques
- Violences sexuelles
- Violences économiques
- Violences verbales

**11 - Caractérisation du statut de l'enfant face à ces violences présumées :**

- Victime directe
- Témoin
- Victime directe et témoin

**12 - Évaluation de la typologie des violences présumées subies par l'enfant :**

- Violences physiques
- Violences psychologiques
- Violences sexuelles
- Violences économiques
- Violences verbales

**13 - L'enfant a-t-il déjà bénéficié d'un suivi médico-psychologique au préalable ?**

- Non
- Oui, lequel.....

**14 - Lors de votre entretien avec l'enfant que retrouvez-vous sur le plan clinique ? (plusieurs choix sont possibles)**

- Troubles thymiques
- Troubles du comportement
- Troubles anxieux
- Idées suicidaires
- Tentative de suicide
- Trouble de stress post traumatique
- Trouble des apprentissages
- Trouble de l'attachement
- Autres :.....

**15 - Au décours de votre consultation avez-vous orienté le patient vers d'autres structures ou services partenaires ?**

- Centre médico psychologique
- Psychiatre ou psychologue libéral
- Association d'aide aux victimes
- Protection maternelle et infantile
- Commissariat de police
- Unité médico-judiciaire
- Centre Régional Psychotrauma

**16 - Sous quelle forme a été réalisé votre orientation ?**

- Coordonnées données au patient
- Brochures informatives
- Contact des structures par l'équipe de soins
- Prise de rendez-vous par l'équipe de soins

**17 – Avez-vous été amené.e à rédiger un signalement judiciaire ou une information préoccupante ?**

- Non
- Information Préoccupante
- Signalement judiciaire
- Prise de rendez-vous par l'équipe de soins

**18 - Étiez-vous au courant de l'existence d'un protocole de prise en charge systématique des enfants co-victimes de violences conjugales au sein des services d'accueil et d'urgence du CHRU de Lille ?**

Oui / Non

**19 – Par qui l'enfant est-il accompagné lors de la consultation ?**

.....

**20 - Vous n'avez pas pu rencontrer l'enfant au cours d'un entretien. Quelles démarches spécifiques avez-vous réalisées ?**

- Signalement judiciaire
- Information Préoccupante
- Contact d'un tiers pour amener l'enfant sur les urgences afin de l'évaluer au cours d'un futur entretien.
- Contact d'un service spécialisé (ex : police, SAMU,.... ) pour intervention au domicile

## Annexe 2 : Étude préliminaire-fiche explicative

### Caractérisation du parcours de soin des enfants victimes de violences conjugales dans Le cadre d'un recours en urgence au sein du CHRU de Lille

Actuellement en 6<sup>ème</sup> semestre de DES de psychiatrie, j'ai choisi de me spécialiser plus précisément dans l'évaluation et la prise en charge des enfants et des adolescents. Mon travail de thèse porte sur la prise en charge des enfants co-victimes de violences conjugales. Le but de cette étude est de caractériser le parcours de soin de ces enfants au sein de services de recours en urgence.

Lors de mes différents stages, j'ai eu l'opportunité de rencontrer et d'accompagner de nombreux enfants issus de contextes familiaux violents. Ces suivis m'ont permis d'identifier des difficultés de repérage, de soutien et d'orientation de ces jeunes. Dans ce contexte, je souhaite donc travailler sur cette thématique qui s'inscrit pleinement dans le plan interministériel de 2017 à 2019 et notamment du premier Grenelle du 3 Septembre 2019 initié pour « prendre des engagements concrets et collectifs visant à lutter toujours plus efficacement contre les violences conjugales ». Les violences conjugales, et notamment l'impact de celles-ci sur ces enfants co-victimes, sont une problématique de santé publique.

La situation sanitaire actuelle en lien avec le coronavirus et plus précisément le confinement n'ont fait que renforcer cette conjoncture. Dans ce contexte de pandémie, le Ministère de l'intérieur annonçait une augmentation de 30% des violences intrafamiliales de Mars 2020 à Mai 2020 et l'Organisation Mondiale de la Santé publiait, le 7 Avril 2020, des pistes de travail pour soutenir les services de santé dans la démarche d'aide aux femmes et enfants victimes de violences conjugales

*Afin de pouvoir recenser cette population au sein de différents services d'urgence du CHU de Lille j'ai réalisé un questionnaire à destination des professionnels de santé.*

*La majorité des victimes au sein du couple étant des femmes et la plupart des violences étant perpétrées par des hommes, nous avons pris le parti d'étudier le profil des enfants de ces femmes victimes.*

*Dans le but de pouvoir analyser le plus justement possible cette population d'enfants co-victimes, nous vous serions reconnaissant de bien vouloir prendre quelques minutes suite à votre consultation avec l'enfant et/ou l'adulte victime, afin de répondre au questionnaire en lien avec mon sujet de thèse.*

Celui-ci sera rempli par des professionnels du domaine de la Santé Mentale (IDE en psychiatrie, psychologues, psychiatres).

Dans l'éventualité où il existerait d'autres victimes au sein d'une fratrie, il vous sera possible de compléter un questionnaire par enfant reçu en consultation.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement supplémentaire et tout questionnaire.

Eva BERARD  
berard.eva@gmail.com



## Annexe 3 : Questionnaire

# Enfants co-victimes de violences conjugales

Je suis Eva Bérard, interne en 8ème semestre de pédopsychiatrie, je me permets de vous solliciter pour mon travail de thèse que je réalise sous la direction du Dr Gaud responsable des Urgences Psychiatriques des Enfants et des Adolescents de Lille.

Ce questionnaire portant sur les enfants co-victimes de violences conjugales est à destination des internes du DES de psychiatrie de Lille ainsi que des médecins psychiatres affiliés à la ligne de garde du CHU de Lille.

La réalisation de celui-ci se fera de manière parfaitement anonyme et prendra environ 5 min de votre temps.

Vous pouvez me contacter à l'adresse ci-dessous pour toute demande supplémentaire.  
[Berard.eva@gmail.com](mailto:Berard.eva@gmail.com)

Merci par avance.

---

### \*Obligatoire

1. Vous êtes ? \*

- Une Femme
- Un Homme
- Autres

2. Vous avez ? \*

- Moins de 30 ans
- Entre 30 et 39 ans
- Entre 40 et 49 ans
- Plus de 50 ans
- Je ne souhaite pas le préciser

3. Vous êtes ? \*

- Interne 1ère année - phase socle
  - Interne 2ème année - phase
  - approfondissement Interne 3ème année
  - phase approfondissement
  - Interne 4ème année - phase d'approfondissement FST ou Option
  - Interne 4ème année - phase de
  - consolidation Interne 5ème année -
  - phase de consolidation
  - CCA.AH
- Sénior

4. Quel est votre exercice principal ou votre orientation si vous êtes interne ? \*

- Psychiatrie adulte
- Psychiatrie enfant et adolescent
- Addictologie
- Psychiatrie de la personne âgée

5. Vous avez déjà réalisé des gardes aux urgences psychiatriques du CHU de Lille ? \*

- Oui  
 Non

Vos représentations :

6. Sur quel(s) critère(s) estimeriez vous qu'une consultation médico-psychologique en urgence serait indiquée pour les enfants co-victimes de violences conjugales ? \*

- Quelle que soit la situation.  
 En fonction de l'âge de l'enfant.  
 Sur des signes d'appel (symptômes et inquiétudes évoquées par leur parent)  
 Vous ne les rencontrez pas mais vous donnez les consignes de veille au parent concernant les enfant Autre :  \_\_\_\_\_

7. Pensez-vous que les violences conjugales perpétrées lorsque les enfants ne sont physiquement pas présents (dans une autre pièce, lors de son sommeil,...) puissent engendrer un risque de répercussions psychologiques ? ( cotez le risque ) \*

- Oui, parfois.  
 Oui, souvent  
 Oui, toujours.  
 Non, rarement.  
 Non, jamais.  
 je n'ai pas d'opinion

8. Pensez-vous que l'exposition à des violences conjugales peut avoir un impact sur la trajectoire développementale au niveau affectif et comportemental chez les enfants ? \*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Toujours

9. Selon vous, quelle(s) symptomatologie(s) clinique(s) peut être retrouvée(s) chez les enfants c victimes de violences conjugales ? \*

- Trouble anxieux
- Trouble dépressif
- Trouble du comportement
- Trouble de l'adaptation
- Trouble de stress post traumatique
- Trouble des apprentissages
- Trouble du sommeil
- Conduites addictives
- Idées suicidaires et tentatives de suicide
- Aucune si ils ne sont pas témoins directs ou co-victimes.

Autre :  \_\_\_\_\_

10. Selon vous, l'impact sur le développement chez un enfant co-victime de violences conjugale par rapport à un enfant victime de violence physique directe, est-il ? \*

- Moins important
- Equivalent
- Plus important
- Je n'ai pas d'avis

11. A quelle tranche d'âge vous paraît-il important de rencontrer un enfant co-victime de violences conjugales ? \*

- 0 à 3 ans
- 3 ans à 6 ans
- 6 ans à 10 ans
- 10 ans à 18 ans

En pratique 1/2:

12. Dans votre pratique aux urgences, rencontrez-vous en entretien des victimes de violences conjugales ? \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jamais           Très souvent

13. Une femme victime de violences conjugales se présente aux urgences somatiques. Vous la rencontrez au cours d'un entretien psychiatrique. Que faites-vous ? \*

- Vous lui demandez si elle est en sécurité au domicile.
- Vous appelez le mari pour questionner la conjugopathie.
- Vous questionnez la présence d'enfant au domicile.
- Vous créez un climat de confiance.
- Vous questionnez la patiente sur les violences subies.
- Vous l'orientez sur l'Unité médico-judiciaire.
- Vous lui fournissez les informations sur les associations d'aide aux victimes.
- Vous l'orientez sur une structure de soins médico-psychologique. Vous faites un signalement.

Autre :

14. Une femme Mme A. se présente aux urgences somatiques pour des violences conjugales. Vous la rencontrez au cours d'un entretien psychiatrique. Elle vous informe qu'elle a un enfant de 5 ans qui est à la maison et vous explique que, lors des actes de violences, son fils est le plus souvent devant la télévision ou dans sa chambre en train de jouer. Elle ajoute qu'il n'a jamais subi de violence directe. Dans ce contexte, que faites-vous pour cet enfant ? \*

- Vous questionnez la sécurité de cet enfant au domicile.
- Vous demandez à pouvoir rencontrer cet enfant pour l'évaluer.
- Vous recherchez la présence de signes cliniques d'appel.
- Vous pensez qu'il est important de le rencontrer mais vous l'orientez sur une structure d'accueil spécialisée (exemple :UPEA)
- L'enfant n'étant pas présent lors des actes de violences vous estimez qu'il n'y a pas nécessité d'une évaluation en urgence, mais vous préconisez à Mme A une consultation spécifique pour son enfant si apparition de signes d'appel.

15. Si vous avez répondu que vous rencontrez cet enfant à la question précédente, selon vous il a un risque de.....

- Troubles du sommeil.
- Troubles de l'alimentation.
- Troubles anxieux.
- Troubles thymiques.
- Troubles somatiques.
- Troubles du comportement.
- Troubles de l'adaptation.
- Trouble de stress post-traumatique.
- Troubles des apprentissages.
- Idées suicidaires et tentatives de suicide.
- Conduites addictologiques.
- Peu de risques car l'enfant n'était pas exposé directement.

Autre :  \_\_\_\_\_

En pratique 2/3

:

16. Si Mme A. avait eu une adolescente de 14 ans qui s'interposait régulièrement entre ses deux parents lors des actes violents. Qu'auriez-vous fait pour cette jeune #lle ? \*

- Vous auriez appelé le père pour connaître son point de vue sur la situation au domicile.
- Vous l'auriez rencontrée au vu du contexte familial.
- Vous l'auriez orientée sur une structure d'accueil spécialisée pour qu'elle puisse être rencontrée. Vous auriez recherché les signes cliniques d'appel.
- Vous auriez réalisé un signalement.

17. Auriez-vous rencontré l'enfant de Mme A. si celui-ci avait été un nourrisson pour lequel il n'y aurait pas eu de violence directe ?

- Non vous ne l'auriez pas rencontré car, à cet âge, l'enfant ne perçoit pas les violences parentales.
- Non vous ne l'auriez pas rencontré car il n'aurait pas subi de violence directe.
- Oui vous l'auriez rencontré.
- Non vous ne l'auriez pas rencontré mais vous l'auriez orienté sur une structure spécialisée pour l'évaluer.

En pratique 3/3 :

18. Dans votre pratique, vous sentez-vous à l'aise avec l'évaluation clinique pédopsychiatrie ? \*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalement

19. Dans votre pratique, vous sentez-vous à l'aise avec la réalisation d'un écrit type signalement ou information préoccupante ? \*

- Oui  
 Non

20. Vous sentez-vous à l'aise avec la prise en charge des enfants co-victimes de violences conjugales ? \*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalement

21. Estimez-vous avoir suffisamment de connaissances sur l'orientation possible des enfants co-victimes de violences conjugales ? \*

- Oui  
 Non

22. Avez-vous déjà effectué des recherches personnelles sur la thématique des enfants exposés aux violences conjugales ? \*

Oui

Non

23. Avez-vous connaissance de procédure en lien avec les victimes de violences conjugales au sein du CHU de Lille ? \*

Oui

Non

24. Avez-vous déjà assisté à une formation en lien avec les enfants co-victimes de violences conjugales ? \*

Oui

Non

25. Souhaiteriez-vous bénéficier d'une formation complémentaire sur ce sujet ? \*

Oui

Non

26. Souhaiteriez-vous bénéficier d'une formation sur l'évaluation globale pédopsychiatrie ? \*

Oui

Non

27. Souhaiteriez-vous bénéficier d'une formation sur les déclarations médico-légales (informati préoccupante/signalement) ?




- Oui
- Non

Fin du  
questionnaire

Merci pour votre participation et le temps que vous avez accordé pour la construction de mon travail de thèse.

## Annexe 4 : Procédure victimes violences conjugales au CHU de Lille

 <p>Pôle Urgence</p>	<b>Procédure</b>  <b>REPERAGE ET PRISE EN CHARGE PRECOCE DES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE</b>	Code du document : 2-Procédure/ QUA-PR- 001163
		Date d'application : 29/08/2019 Version : 001 Page 1 sur 7
<b>Rédaction-Gruppe de Travail</b> Dr.Warembourg, psychiatre Chef d'UF Urgences Psychiatriques, Dr A.Przybylak, médecin urgentiste. S.Robert, assistante sociale, C.Rosenstrauch, psychologue (urgences) Dr Y.Delannoy, médecin légiste, S.Vanhoove, psychologue (UMJ) Dr N.Gaud, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent (UPEA) Dr A.Matthews, pédiatre (pédiatrie sociale) P.Depoortere, assistante sociale (psychiatrie)		<b>Validation</b>  Nom / Prénom : Pr E.Wiel Fonction : Chef de Pôle Adjoint, Chef de Service des Urgences Adultes
<b>Périmètre d'application : Pôle de l'Urgence</b>		

### ***POURQUOI***

La prise en charge des femmes victimes de violences conjugales est un enjeu de santé publique qui implique la sensibilisation des équipes soignantes quel que soit leur statut : de l'aide-soignant au médecin en passant par les psychologues, les services sociaux, les infirmiers, les unités médico-judiciaires...


C'est une prise en charge qui doit être pluri-disciplinaire et transversale afin d'être optimale.

Cette prise en charge globale passe par le repérage précoce des situations de violences conjugales dans un service d'urgence mais aussi de réponses adaptées à chaque situation individuelle qui nécessitent une sensibilisation de tous les acteurs de soins afin d'optimiser cette prise en charge.

Elle implique différents pôles de l'institution : urgences, pédiatrie, psychiatrie et médecine légale.

L'objectif est d'améliorer le parcours patient en uniformisant, au travers du protocole médical, la prise en charge des victimes de violences conjugales, en favorisant la transmission des informations entre les différents professionnels concernés. Il permet également d'améliorer la qualité des soins en recherchant plus systématiquement l'existence de violences notamment au sein d'un couple dès lors qu'une personne blessée se présente dans un service d'urgences. Le cas échéant, s'interroger, lorsque cette violence existe sur les conséquences et complications pour la victime et les enfants. Il s'agit là de prendre en charge des patients vulnérables et, au-delà de la prise en soins, de pouvoir les protéger, les guider et les orienter.

Il s'agit donc de proposer une prise en charge globale et pluri-disciplinaire : médicale et psychologique voire psychiatrique, pédiatrique si besoin, sociale et Médico-légale au travers d'une accentuation de la collaboration entre les services d'urgence, l'Unité Médico-judiciaire ainsi que les services de police et les associations d'aide aux victimes.

	<b>Procédure</b>  <b>REPERAGE ET PRISE EN CHARGE PRECOCE DES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE</b>	Code du document : 2-Procédure/ QUA-PR- 001163
		Date d'application : 29/08/2019
		Version : 001
		Page 2 sur 7

### **QUI**

Les femmes victimes de violences conjugales nécessitent une prise en charge globale :

1. La prise en charge est d'abord somatique fonction du motif de venue.
2. Prise en charge psychologique : Evaluation par la psychologue des urgences en heures ouvrées, en binôme avec l'une des assistantes sociales du service.
3. Si besoin, prise en charge psychiatrique (notamment en cas de risque suicidaire)
4. En heures ouvrées, orientation vers l'Unité Médico Judiciaire, même en l'absence de dépôt de plainte. En dehors des heures d'ouverture de l'UMJ, les coordonnées du service via une plaquette d'information sont remises à la patiente. Les femmes victimes de violences conjugales peuvent être orientées vers l'UMJ afin qu'un certificat soit établi même en l'absence de dépôt de plainte. Lors de cas particulier, l'UMJ se chargera de communiquer directement avec les autorités judiciaires

En cas de présence d'enfants, orientation de ces derniers vers le service d'urgence pédiatrique en lien avec la pédiatrie sociale. Si les enfants ne sont pas présents aux urgences mais au domicile : s'assurer que ces derniers sont en sécurité et transmission des informations au service social des urgences.


5. Transmission des coordonnées d'associations d'aide aux victimes de violences conjugales (plaquette d'information)

Afin de s'assurer un respect des différentes étapes de prise en charge , **l'infirmière de psychiatrie a un rôle de coordinatrice** de cette prise en charge avec les différents acteurs de soins : son rôle est en effet d'accompagner la patiente victime de violences conjugales afin qu'elle puisse bénéficier de cette prise en charge mais aussi de s'assurer de la transmission des informations : lien avec l'UMJ, le service social des urgences si la prise en charge se fait en dehors des heures ouvrées, remise des différentes coordonnées nécessaires à la prise en charge.


### **QUAND**

Le repérage des situations de violences conjugales démarre dès l'arrivée de la patiente dans la zone d'accueil et d'orientation des urgences. Chaque agent est susceptible de pouvoir repérer ces situations et informer le médecin référent du dossier qui doit alors mettre en place les différentes actions nécessaires à une prise en charge globale et multidisciplinaire. Pour ce faire, il informe l'IDE en poste en psychiatrie afin que cette dernière puisse contacter les différents intervenants.

### **COMMENT**


 <p>Pôle Urgence</p>	<p><b>Procédure</b></p> <p><b>REPERAGE ET PRISE EN CHARGE PRECOCE DES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE</b></p>	<p>Code du document : 2-Procédure/ QUA-PR- 001163</p> <p>Date d'application : 29/08/2019 Version : 001</p> <p><b>Page 3 sur 7</b></p>
---	--	---

- Aux urgences dès la zone d'accueil et d'orientation : premier repérage en fonction du motif de venue aux urgences notamment lorsque la patiente évoque dès l'entrée l'existence de violences conjugales : Il peut s'agir d'une femme seule ou avec enfants : orientation aux urgences adultes et lien avec la pédiatrie voire accueil des enfants en pédiatrie.
- En zone de soins (cf annexe 1)
  - La patiente admise aux urgences dans un contexte de violences conjugales connues : elle est prise en charge par une équipe pluridisciplinaire : urgentiste, binôme psychologue-assistante sociale, équipe de psychiatrie (notamment en dehors des jours ouvrés). A noter qu'en dehors des jours ouvrés, le dossier sera transmis par l'IDE de psychiatrie au service social afin que la patiente soit recontactée (patiente prévenue de ces démarches).
  - Une orientation vers l'Unité Médico-Judiciaire est proposée à la patiente dès son passage aux urgences en heures et jours ouvrés sinon un rendez-vous sera pris. L'objectif est l'élaboration d'un certificat médical initial par le médecin légiste et ce, même en l'absence de dépôt de plainte.
  - La patiente ne vient pas pour une raison de violence conjugale mais un des soignants repère cette situation. Le soignant informe le médecin responsable du dossier. La suite de la prise en charge est identique.
- La patiente veut déposer plainte : aide au contact avec le commissariat et les différentes associations d'aide aux victimes.
- Présence d'enfants aux urgences (cf. annexe 2) :
  - ✓ Les enfants et leur mère (sauf contre-indication médicale, et en fonction des places disponibles en UHCD pédiatrique pédiatrie) sont pris en charge à l'UHCD des urgences pédiatriques. L'infirmière psychiatrique viendra chercher la mère pour l'amener aux urgences adultes au moment des soins somatiques.
  - ✓ Prise en charge conjointe des enfants par les pédiatres et l'équipe de pédopsychiatrie des urgences (UPEA) : Evaluation psychiatrique systématique des enfants. En dehors des heures ouvrées, hospitalisation si possible en UHCD pédiatrique afin que les enfants soit évalués par l'UPEA le lendemain. En cas d'impossibilité, évaluation par l'équipe de psychiatrie de garde.
  - ✓ Dans tous les cas, le cadre est prévenu et prévient le directeur.
  - ✓ En cas de danger avéré sur l'enfant, mise à l'abri immédiate : hospitalisation en pédiatrie (cadre de garde prévenu) et réévaluation médico-psycho sociale.

 <p><b>CHU</b> LILLE</p> <p><u>Pôle Urgence</u></p>	<b>Procédure</b>	Code du document : 2-Procédure/ QUA-PR- 001163
	<i>REPERAGE ET PRISE EN CHARGE PRECOCE DES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE</i>	Date d'application : 29/08/2019
		Version : 001
		Page 4 sur 7

- Dans tous les cas :
  - Dès qu'une situation de violence conjugale est repérée, l'infirmière de l'équipe en poste en psychiatrie est prévenue afin de coordonner la prise en charge avec les différents intervenants : médecins urgentistes, pédiatres, service social, psychologue ou psychiatre, UPEA et UMJ.
  - Prise en charge clinique globale : somatique et psychologique, voire psychiatrique
  - Prise en charge sociale
  - Orientation vers l'UMJ
  - Hospitalisation si nécessaire : soit aux urgences, soit en psychiatrie (lien étroit avec le centre d'accueil et de crise de l'hôpital Fontan du CHU de Lille).
  - Travail en réseau avec les associations d'aide aux victimes notamment les associations dont l'action est centrée sur la question de la violence conjugale.



	<b>Procédure</b>  <b>REPERAGE ET PRISE EN CHARGE PRECOCE DES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE</b>	Code du document : [P_TYPE] / [P_UNIT] / [P_REF]
		Date d'application : [P_APPLICATION_DATE]
		Version : [P_REVISION]
		Page 5 sur 7

Annexe 1

## Prise en charge d'une femme victime de violences conjugales aux urgences adultes du CHU de Lille

Médecin Urgentiste de la zone accueillant la patiente est informé par le soignant ayant repéré la situation de violence conjugale



Médecin urgentiste informe IDE en poste en psychiatrie

Heures ouvrées

Gardes et jours fériés



Entretien avec un binôme assistante sociale/psychologue

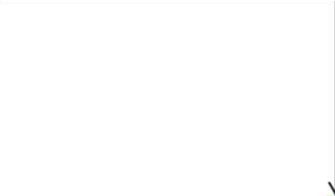
**Entretien par l'IDE en poste en psychiatrie :**

- Information de la patiente
- Coordonnées associations aide aux victimes
- Prévient la patiente qu'elle sera contactée par le service social (coordonnées de la patiente transmises au service social)
- Coordonnées UMJ laissées à la patiente



Orientation vers l'UMJ : l'IDE en poste en psychiatrie contacte l'UMJ afin qu'un médecin légiste puisse voir la patiente (si possible) **même en l'absence de dépôt de plainte**


**Entretien psychiatrique** en cas d'idée suicidaire ou de symptomatologie psychiatrique aigue



*Dans tous les cas*

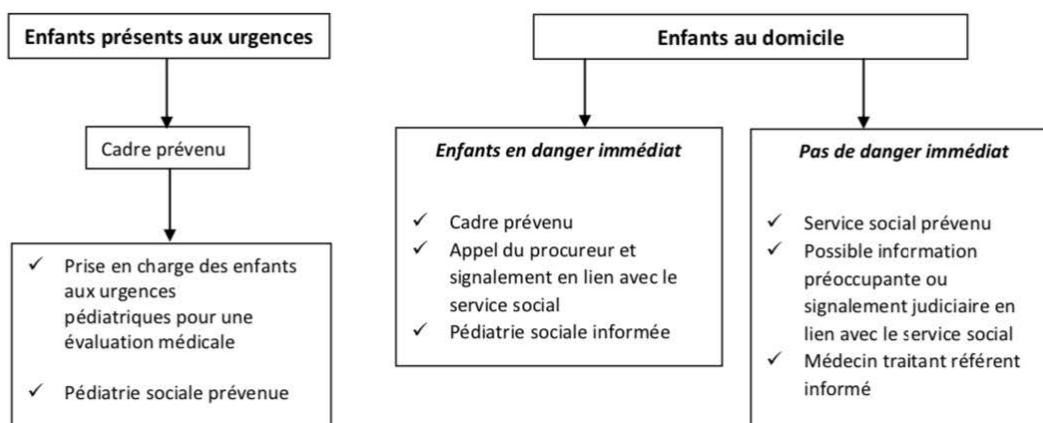
- Toujours proposer l'anonymat
- Coordonnées association aide aux victimes de violences conjugales laissées à la patiente
- Information faite sur droits de la patiente
- Courrier de sortie si retour à domicile

Seule la version informatique du logiciel de gestion documentaire est valide  
© Document interne, propriété du C.H.U de Lille

 Pôle Urgence	<b>Procédure</b>  <b>REPERAGE ET PRISE EN CHARGE PRECOCE DES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE</b>	Code du document : [P_TYPE] / [P_UNIT] / [P_REF]
		Date d'application : [P_APPLICATION_DATE] Version : [P_REVISION]
		Page 6 sur 7


Annexe 2

**Prise en charge d'une femme victime de violences conjugales aux urgences :  
Prise en charge des enfants**



- Dans tous les cas**
- S'enquérir de la présence d'enfants
  - **Evaluer la situation de danger : immédiat ou non ?**
  - Service social informé
  - S'assurer de la sortie en sécurité de la patiente et des enfants
  - En cas de danger immédiat : penser au signalement en lien avec les services du procureur : si enfants aux urgences : organisé par les urgences pédiatriques ; si enfant au domicile, par le médecin référent du dossier de la mère.

Seule la version informatique du logiciel de gestion documentaire est valide  
© Document interne, propriété du C.H.U de Lille

	<b>Procédure</b>	Code du document : [P_TYPE] / [P_UNIT] / [P_REF]
	<i>REPERAGE ET PRISE EN CHARGE PRECOCE DES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE</i>	Date d'application : [P_APPLICATION_DATE]
		Version : [P_REVISION]
		Page 7 sur 7

<b>Malette de garde :</b> oui                      non	<b>Restriction de lecture :</b> [Public]
Qui : Cadre de santé, Directeur, Médecin	

\*\*\*\*\*

## OBLIGATOIRE

### Formulaire à compléter pour diffuser le document

Type du document (procédure, protocole, etc...)	Procédure
Date d'application souhaitée (jj/mm/aaaa)	26/08/2019
Pôle, clinique, secteur concerné	Pôle urgences /urgences adultes
Direction, fonction support concernée	-
Thématique HAS (si connu)	
Malette de garde (oui/non) Si oui métier concerné (plusieurs choix possibles)	Oui  Cadre de santé Directeur Médecin
Restriction de lecture (oui/non) Si oui laquelle ? (ex : Pharmacien, Technicien de laboratoire, etc...)	Non
Le document qualité a-t-il un lien avec un ou des autres documents ? (oui/non) Si oui le(s)quel(s)	Non
Destinataire d'un mail de diffusion (oui/non) A qui souhaitez-vous adresser un message de diffusion de mise en ligne du document ?	Non

\*\*\*\*\*



**AUTEURE : Nom : BERARD**

**Prénom : Eva**

**Date de soutenance : 21 Octobre 2021**

**Titre de la thèse : Enfants co-victimes de violences conjugales : Quels sont les freins à leur prise en charge ?**

**Thèse - Médecine - Lille « 2021 »**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES + spécialité : DES Psychiatrie**

**Mots-clés : enfant, co-victime, violence conjugale, prise en charge, frein,**

**Résumé :**

**Introduction :** En France, 143000 enfants vivaient au sein d'un foyer où opèrent des violences conjugales. La prise de conscience du risque développemental encouru par ces enfants est récente. Malgré des pistes d'amélioration proposées et des protocoles de soins instaurés, la prise en charge de ces enfants représente un enjeu clinique. L'objectif de ce travail est de pouvoir évaluer quels sont les freins à la prise en charge de ces enfants co-victimes au sein du CHU de Lille lors d'un recours en urgence.

**Méthodes :** Analyse descriptive au travers d'une enquête menée auprès des psychiatres séniors de la ligne de garde du CHU de Lille et des internes en DES de psychiatrie de Lille. Un auto-questionnaire anonyme a été envoyé, à la population étudiée.

**Résultats :** Sur un total de 199 professionnels enquêtés nous avons eu un retour de 47 questionnaires avec une majorité d'internes de spécialité. L'ensemble des professionnels ont conscience de l'impact potentiel chez les enfants co-victimes mais repèrent des difficultés dans leur prise en charge. Trois thématiques ont été retrouvées comme pouvant freiner la prise en soins de ces enfants : les connaissances spécifiques en lien avec la population d'enfants exposés, la pratique d'une évaluation pédopsychiatrique et la réalisation de déclarations médico-légales.

**Conclusion :** Cette étude nous conforte dans la nécessité d'améliorer la prise en charge de ces enfants notamment au travers de la formation des professionnels et de la diffusion d'information sur les outils déjà existants.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr Cottencin Olivier**

**Assesseur : Dr Doubliez Patrice**

**Directeur de thèse : Dr Gaud Nicolas**