

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2019

N° 2019-26

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Paul CHAMBET

né le 02/04/1990 à HONG KONG

Présentée et soutenue publiquement le 26/03/2019

**Étude épidémiologique des violences conjugales subies par les enfants
et adolescents pris en charge par l'Unité d'Accueil des Enfants en
Danger au CHU de NANTES, et lien avec leur médecin traitant**

Président : Madame le Professeur Christèle GRAS-LE GUEN

Directeur de thèse : Madame le Docteur Juliette FLEURY

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Christèle Gras Le Guen, d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Merci à son service de Pédiatrie qui m'a beaucoup apporté dans ma pratique de la médecine générale. Ce stage de six mois restera une période fondamentale dans ma formation.

A Madame le Professeur Laure Van Wassenhove, pour sa participation à ce jury et pour son enseignement au sein du Département de Médecine Générale.

A Madame le Docteur Elise Launay, pour sa participation à ce jury. Merci pour le travail de formation que vous effectuez auprès des internes et des étudiants en médecine, avec beaucoup de bienveillance.

A Madame le Docteur Nathalie Vabres, pour sa participation à ce jury. Merci du travail que vous accomplissez quotidiennement avec passion, en tant que coordonnatrice de l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger et médecin référent hospitalier.

A Madame le Docteur Juliette Fleury, d'avoir dirigé cette thèse, et pour sa participation à ce jury. Merci de m'avoir intéressé à ce sujet difficile mais ô combien intéressant. Ton dévouement pour cette cause m'a incité à donner le meilleur de moi. Merci pour ta disponibilité et ton implication de tous les instants dans ce travail.

A mes parents, d'avoir été présents à mes côtés durant toutes ces années de labeur, rien n'aurait été possible sans vous. Merci à tous les deux de votre soutien indéfectible, vous êtes parfaits.

A Astrid, de m'avoir supporté pendant tout ce temps. Merci de m'avoir transmis ta volonté sans faille, et merci pour l'amour que tu me donnes.

A ma famille, ma sœur et mes nièces adorées, ma grand mère si gentille, à mes oncles et tantes pour votre joie de vivre, à mes cousines d'être si géniales, à Jacqueline, Colette et Jean-Paul d'avoir toujours cru en moi. A ma belle famille, Carole et Claude, Eric et Sophie, de votre gentillesse. A papy, une grosse pensée, là où tu te trouves, ainsi qu'à André.

A mes amis et amies, si importants pour moi. Merci Stan, Benjamin, Erwan, Clément, Nina, Thibault, Susu, Arthur, Chakib d'être présents depuis le début. Merci Wassim, JB, Simon G., Humphrey, Simon A., Simon B., Karl, Quentin, de vous être retrouvés sur ma route plus tard.

Aux amis Tourangeaux, Raphaëlle, Antoine, Adrien, Arthur, Tiffany, Loïc.

Aux amis Nantais, Morgan, Hélène, Boris, Paul D, Dimitri, Raphaëlle, Paco, François.

A mes co-internes, durant ces trois années, sans qui cet internat n'aurait pas eu la même saveur.

SOMMAIRE

I/ INTRODUCTION.....	5
II/ MATERIEL ET METHODES.....	8
1. Population étudiée.....	8
2. Déroulement de l'étude.....	8
3. Objectifs de l'étude.....	9
4. Données recueillies.....	9
A. Données recueillies dans le dossier hospitalier.....	9
B. Données recueillies auprès du médecin traitant.....	10
5. Critères de jugement principal et secondaires.....	11
6. Statistiques et exploitation des résultats.....	11
7. Aspects administratif et réglementaire.....	12
A. Anonymat des patients.....	12
B. Information et consentement des patients.....	12
III/ RESULTATS.....	13
1. Objectif principal.....	13
A. Effectif total.....	13
B. Caractéristiques des patients.....	14
2. Objectifs secondaires.....	19
A. Caractéristiques des médecins.....	19
B. Données concernant les patients.....	22
IV/ DISCUSSION.....	25
1. Résultats de l'objectif principal.....	25
2. Résultats des objectifs secondaires.....	29
3. Forces de l'étude.....	30
4. Limites de l'étude.....	31

V/ CONCLUSION.....	32
VI/ BIBLIOGRAPHIE.....	34
VII/ GLOSSAIRE.....	37
VIII/ ANNEXES.....	38
Annexe n°1 : Questionnaire téléphonique à destination du médecin traitant...	38
Annexe n°2 : Affichage générique pour l'information des responsables légaux...	41
Annexe n°3 : Outil d'information élaboré à l'intention des médecins généralistes de Loire Atlantique sur la prise en charge des enfants et adolescents en danger	42

I/ INTRODUCTION

L'observatoire national des violences faites aux femmes (1) rapporte qu'en 2017, 219.000 femmes étaient victimes de violences physiques et/ou sexuelles commises par leur partenaire, parmi elles, 8 sur 10 dénonçaient également des violences psychologiques. Une majorité de ces foyers comprenait des enfants.

Or, les violences conjugales sont des violences qui sont également subies par l'enfant, qu'il en soit témoin ou non. Le Centre de recherche sur les violences intrafamiliales de Montréal (2) énumère les différentes formes que peuvent prendre l'exposition d'un enfant aux violences conjugales : ils peuvent recevoir directement les coups ou insultes, être obligés de s'interposer entre leurs parents, entendre les échanges depuis une autre pièce, être témoins oculaires, ils peuvent aussi constater les blessures de leur parent, devoir être en contact de la police, ou encore subir l'ambiance délétère au sein du foyer au quotidien.

Le rapport *Démarche de consensus sur les besoins de l'enfant en protection de l'enfance*, remis en février 2017 à la Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes (3), met le « besoin de sécurité », nommé « méta-besoin » au cœur des besoins fondamentaux de l'enfant. Ce rapport répond à la Convention Internationale des Droits de l'Enfants (4), ratifiée par la France en août 1990, qui « promettait ainsi de défendre et de protéger les enfants, de répondre à leurs besoins essentiels ». Or, les situations de violences conjugales mettent à mal ce besoin fondamental de sécurité, ainsi que la capacité de l'enfant à bien grandir.

En effet, ces violences ont des conséquences importantes sur ces enfants, ce qui a conduit la France à signer la convention du 7 avril 2011 du Conseil de l'Europe (5), stipulant que « les enfants sont des victimes de violence domestique, y compris en tant que témoin au sein de la famille ».

L'Organisation Mondiale de la Santé a publié un rapport européen concernant la prévention de la maltraitance sur enfant (6). Les conséquences rapportées de ces violences sont multiples : psychologiques (troubles anxio-dépressifs, troubles du comportement alimentaire, tentatives de suicide), somatiques (troubles cardiovasculaires, obésité, diabète), présence de comorbidités (addictions, délinquance), ou encore sociales (chômage, précarité).

Ce rapport corrobore de nombreuses études publiées ces dernières années. En fonction du genre de l'enfant, différentes conséquences ont même été identifiées (7) : les garçons développent surtout un comportement « externalisé » à type d'agressivité ou de violence, alors que les filles développent principalement un comportement « internalisé » à type de syndrome anxio-dépressif. L'étude de Pinto Pereira et Al. (8), quant à elle, s'intéresse aux conséquences économiques et sociales de ces enfants à l'âge adulte, en Angleterre : insécurité financière, niveau de qualification bas, congés maladie de longue durée.

L'Organisation Mondiale de la Santé (9) définit le terme de « violences conjugales » comme : « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination ». Or, dans cette étude, nous sommes partis du principe que les enfants sont victimes des violences entre parents, qu'il y ait domination sur le partenaire ou non. Nous avons ainsi décidé dans ce travail de parler d'enfant « victime de violences conjugales ».

Actuellement, il existe peu de données permettant de connaître la prévalence des violences conjugales rapportées et/ou subies par les enfants en France. Cette entité n'a jamais été étudiée au sein d'un hôpital pédiatrique français.

A Nantes, nous avons pu consulter les données concernant les enfants pris en charge en pédiatrie au CHU par l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger (UAED) (10), unité hospitalière pluridisciplinaire référente de l'enfance en danger (pédiatres, médecins légistes, psychologues, assistante sociale, puéricultrice), appartenant aux Unités d'Accueil Médico-Judiciaires (UAMJ). Cette équipe propose un accueil, une évaluation et permet une orientation des enfants vers une prise en charge adaptée. Ce type d'unité se développe progressivement en France, suite notamment à la loi de mars 2016 (11). Elle tient un rôle central dans la prise en charge des enfants victimes de violences (12).

L'objectif primaire de cette étude est d'évaluer la prévalence des violences conjugales subies par les enfants et adolescents pris en charge par l'UAED du CHU de Nantes. Le but est donc de proposer des chiffres fiables de prévalence des violences conjugales subies par les enfants, afin d'interpeller davantage les acteurs de terrain et en particulier les professionnels de santé, au sujet de la fréquence de ces violences intrafamiliales et de leur retentissement.

De plus, comme pour toute maladie chronique, il est primordial de créer un lien entre les différents acteurs de santé impliqués dans la prise en charge d'un enfant ou adolescent : le rôle du médecin traitant est ici crucial. Ainsi, l'objectif secondaire de ce travail est d'évaluer la connaissance du médecin traitant au sujet des violences subies par leur patient et, le cas échéant, de connaître la prise en charge réalisée.

II/ MATERIEL ET METHODES

1. Population étudiée

La population étudiée était constituée des enfants et adolescents pris en charge dans les services de l'hôpital femme enfant adolescent du CHU de Nantes, et/ou adressés à l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger durant l'année 2017.

L'intervention des professionnels de l'UAED peut être sollicitée par les autres médecins de l'hôpital lorsqu'ils s'inquiètent d'un danger pour un enfant hospitalisé. Certains enfants sont reçus en consultation soit sur demande d'un professionnel de santé libéral, essentiellement médecin généraliste, soit sur mandat judiciaire.

Les critères d'inclusion étaient :

- les enfants de 0 à 15 ans et 3 mois,
- ayant bénéficié d'un avis ou d'une prise en charge par l'UAED du CHU de Nantes, en consultation ou en hospitalisation, durant l'année 2017.

Le critère d'exclusion était un âge supérieur à 15 ans et 3 mois.

2. Déroulement de l'étude

Préalablement à l'étude, le recueil de données a été réalisé « au fil de l'eau » durant l'année 2017 par les professionnels de l'UAED de Nantes, ayant pris en charge les enfants. Les éléments importants de la prise en charge des patients, dont les allégations ou non de violences conjugales, ont alors été saisis sur un logiciel de recueil de données, appelé SPHINX.

Cette étude épidémiologique rétrospective monocentrique a été menée en plusieurs étapes sur une durée de 10 mois ; elle s'appuyait sur les données recueillies dans ce logiciel.

La première phase consistait en la sélection des patients et la consignation des paramètres d'évaluation.

Dans un second temps, le médecin référent désigné de chaque enfant, qu'il soit médecin généraliste ou pédiatre, était contacté, afin de lui soumettre un questionnaire téléphonique, présent dans l'annexe n°1.

3. Objectifs de l'étude

L'objectif principal était de déterminer la prévalence des violences conjugales intra familiales rapportées par les enfants et adolescents, ou un parent, pris en charge par l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger au CHU de NANTES sur l'année 2017.

Les objectifs secondaires, étaient :

- de consigner les données médico-judiciaires de la prise en charge de chaque enfant victime,
- d'établir la connaissance par le médecin traitant des violences intrafamiliales,
- de connaître la conduite tenue par le médecin lorsqu'il était informé des faits décrits.

4. Données recueillies

A. Données recueillies dans le dossier hospitalier concernant l'enfant

- L'âge
- La résidence habituelle : foyer constitué des 2 parents, chez son père, chez sa mère, garde alternée, chez sa mère dans une famille recomposée, chez son père dans une famille recomposée, chez un autre membre de la famille, en famille d'accueil, dans un lieu d'accueil collectif
- La scolarisation actuelle : âge inférieur à 3 ans, scolarité classique, graves difficultés scolaires, établissement spécialisé, classe spécialisée, déscolarisation récente
- Le mode de recrutement pour l'UAED : adressé par sa famille, son médecin traitant, un autre soignant libéral, sur réquisition, par une autre institution
- L'entrée par les urgences pédiatriques : oui, non
- La notion de violences conjugales : oui, non, ne sait pas
- La notion d'autres types de violences : oui, non
- L'auteur présumé des violences : son père, sa mère, son beau-père, sa belle-mère, son grand-

père, sa grand-mère, un membre de la fratrie, un membre de la famille élargie, un autre mineur, un inconnu

- L'existence d'une mise en danger du mineur par lui-même : oui, non, ne sait pas
- L'existence d'une intervention antérieure en protection de l'enfance ou en assistance éducative : oui, non
- Les suites données par l'UAED : IP, signalement, une enquête judiciaire, saisine du Juge des Enfants, aucune démarche
- La désignation d'un médecin traitant : oui, non.

B. Données recueillies auprès du médecin traitant

Concernant le médecin :

- L'âge
- Le sexe
- Le cadre de travail : exercice seul, cabinet libéral à plusieurs médecins, maison de santé pluriprofessionnelle
- Les correspondants privilégiés en cas de suspicion de traumatisme infligé, en citer deux
- La notion d'une formation au sujet des conséquences des violences conjugales sur les enfants : oui, non
- L'intérêt porté pour une telle formation : Oui, non
- Un antécédent d'IP et/ou signalement dans sa carrière : oui, non

Concernant le patient :

- La connaissance du patient et de sa famille: suivi régulier, peu suivi, très peu suivi ; suivi des 2 parents, suivi d'un parent, suivi d'aucun parent
- La notion de violences intrafamiliales : oui, non
- La notion de violences conjugales : oui, non
- Un antécédent de certificat médical descriptif pour un des parents : oui, non
- L'existence d'une mesure au titre de protection de l'enfance : oui, non
- La raison de cette mesure si connue
- La rédaction d'une IP et/ou un signalement pour cet enfant : oui, non

- Si oui, les signes d'alerte
- Si non, les raisons
- Si rédaction d'une IP et/ou un signalement, l'existence d'une discussion avec d'autres professionnels de santé : oui, non.

5. Critères de jugement principal et secondaires

Le critère d'évaluation principal était le diagnostic de violences conjugales subies par l'enfant, à l'issue de la prise en charge par l'UAED, au cours de l'année 2017.

Ce diagnostic était posé après une réflexion pluridisciplinaire ayant pour origine, les allégations de l'enfant et/ou des parents, ou suite à une anamnèse évocatrice de violences conjugales, ou encore sur la présence à l'examen de lésions évocatrices de violences.

Les critères d'évaluation secondaires étaient : la connaissance par le médecin traitant de l'existence de violences intrafamiliales, l'éventuelle prise en charge médico-judiciaire, et la conduite tenue par le médecin lorsqu'il était informé des faits décrits.

6. Statistiques et exploitation des résultats

Les données recueillies étaient consignées de façon anonyme, dans un tableur Excel.

Les variables qualitatives recueillies étaient décrites en effectifs et pourcentages.

Les variables quantitatives étaient décrites en effectifs et pourcentages, et par le calcul de la médiane.

7. Aspects administratif et réglementaire

A. Anonymat des patients

Les données ont été saisies initialement de façon partiellement anonymisée, au cours de l'année 2017. Elles ont été secondairement complètement anonymisées au premier janvier 2018 pour le stockage informatique.

Une recherche a été réalisée dans le dossier patient informatique, ainsi que dans le dossier papier regroupant les informations confidentielles de chaque enfant.

B. Information et consentement des patients

L'information des patients et de leurs parents quant à l'utilisation des données pour la réalisation d'une étude était effectuée grâce un affichage générique (annexe n°2) présent dans l'ensemble des services de l'Hôpital Femme Enfant Adolescent concernant la réalisation de travaux de recherche en cours sur le pôle.

L'échange d'informations entre les investigateurs et le médecin traitant était réalisé dans le cadre du secret médical et dans l'intérêt du patient comme tout échange entre professionnel libéral et hospitalier.

Le consentement du patient, ou son représentant légal, n'était pas sollicité.

Pour ce travail de recherche, une dérogation à l'information individuelle des familles des enfants inclus a été demandée. En effet, du fait du caractère « sensible » de la thématique de cette recherche : les violences intrafamiliales, il apparaissait difficile de pouvoir obtenir le consentement ou la non-opposition des parents des enfants concernés. Il s'agissait d'une étude de recherche non interventionnelle au cours de laquelle aucune modification dans la prise en charge habituelle des enfants n'avait lieu.

Afin de valider l'aspect éthique de ce travail, un protocole de recherche non interventionnelle a été réalisé, et examiné par le Groupe Nantais d'Éthique dans le Domaine de la Santé (GNEDS), qui a donné son accord, en date du 6 septembre 2018.

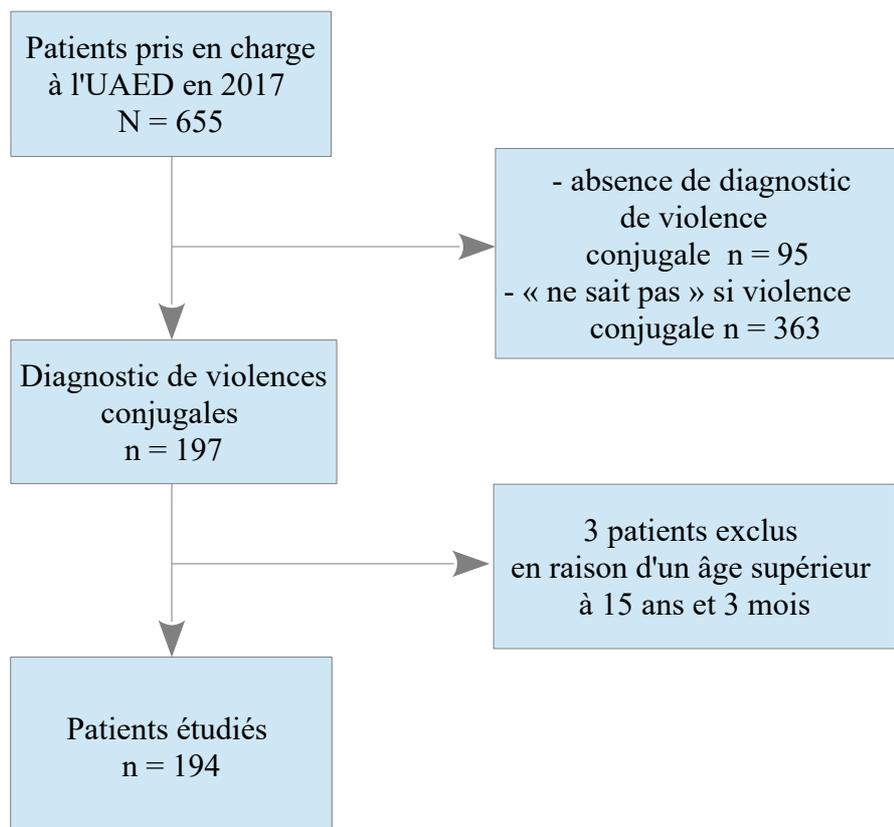
III/ RESULTATS

1. Objectif principal

A. Effectif total

En 2017, 655 patients ont été évalués par les professionnels de l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger.

Flow-Chart n°1 : Effectif total



Des violences conjugales ont été diagnostiquées dans 197 situations.

Pour 95 enfants, aucun argument en faveur de violences conjugales n'a été identifié.

Dans 363 cas, l'évaluation n'a permis ni de confirmer, ni d'infirmier l'hypothèse de violences conjugales éventuelles.

3 patients ont été exclus, en raison d'un âge supérieur à 15 ans et 3 mois.

Ainsi, la **prévalence des violences conjugales chez les enfants pris en charge par l'UAED**, après application du critère d'exclusion, **était de 29,6%**.

Au total, sur les 194 patients victimes de violences conjugales recensés ayant consulté l'UAED en 2017, les dossiers de 188 patients ont été consultés.

En effet, 2 patients n'ont pu être identifiés pour cause de données anonymisées d'emblée. Pour 4 patients, le dossier papier était inexistant et n'a donc pas pu être consulté.

4 patients ont consulté plusieurs fois à l'UAED pour des motifs différents au cours de l'année 2017, ils n'ont été comptabilisés qu'une seule fois dans cette étude.

B. Caractéristiques des patients

a) Sexe

Sur les 194 patients, 100 (51,5%) étaient des filles, 94 (48,5%) étaient des garçons.

b) Age

Quatre catégories d'âge ont été étudiées :

- [0 à 24 mois] : 26 patients (13,4%)
-]2 ans – 6 ans] : 54 patients (27,8%)
-]6 ans – 11 ans] : 64 patients (33%)
-]11 ans – 15 ans 3 mois] : 50 patients (25,8%).

L'âge médian était de 7 ans et 9 mois. Le premier quartile Q1 était de 4 ans et le 3e quartile Q3 était de 11 ans et 3 mois. Pour un espace interquartile (EI) de 7 ans et 3 mois.

c) Recours aux urgences pédiatriques

43 patients (22,2%) ont eu recours à l'UAED via le service des urgences pédiatriques, tandis que 151 patients (77,8%) y ont consulté par d'autres voies, telles que la réquisition ou la consultation programmée en externe.

d) Mode de recrutement

Pour 127 enfants (61,1%), lorsqu'une plainte était déposée au préalable, l'UAED agissait alors sur réquisition d'un pédiatre par l'autorité judiciaire.

35 (16,8%) étaient adressés vers l'UAED directement par la famille.

20 (9,6%) étaient adressés par leur médecin traitant.

19 (9,1%) étaient adressés par une autre institution, telles que les services de protection de l'enfance du département, ou encore l'éducation nationale.

7 (3,4%) étaient adressés par un autre soignant libéral.

e) Résidence habituelle de l'enfant

86 patients (44,3%) vivaient chez leur mère.

39 (20,1%) vivaient dans un foyer dans lequel les deux parents vivaient également.

30 (15,5%) vivaient en garde alternée entre leurs deux parents.

19 (9,8%) vivaient avec leur mère dans une famille recomposée.

8 patients(4,1%) vivaient en établissement, et 6 enfants (3,1%) vivaient en famille d'accueil.

3 (1,5%) vivaient chez leur père seul, et 3 (1,5%) vivaient avec leur père dans une famille recomposée.

f) Existence d'un suivi antérieur ou en cours par les services de protection de l'enfance

Pour 112 enfants (57,7%), il s'agissait de la première démarche à ce sujet.

82 patients (42,3%) étaient déjà connus par les services de protection de l'enfance.

g) Scolarisation

136 enfants (70,1%) suivaient une scolarité classique sans difficulté majeure.

40 (20,6%) avaient un âge inférieur à 3 ans, et n'étaient donc pas scolarisés.

10 (5,2%) avaient de graves difficultés scolaires.

4 (2,1%) suivaient leur scolarité en établissement spécialisé type ITEP.

Chez 3 patients (1,5%), une déscolarisation récente était constatée.

Un patient (0,5%) était en classe spécialisée type SEGPA.

Les autres caractéristiques des patients sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : caractéristiques des patients

	Effectif (N = 194)	Pourcentage (%)
<u>Autres types de violences :</u>		
Oui	183	94,3
Non	11	5,7
<u>Violences physiques :</u>		
Oui	135	73,8
Non	48	26,2
<u>Violences psychologiques :</u>		
Oui	92	50,3
Non	91	49,7
<u>Carence affective grave/négligence :</u>		
Oui	48	26,2
Non	135	73,8
<u>Violences sexuelles :</u>		
Oui	41	22,4
Non	142	77,6
<u>Auteur présumé des violences :</u>		
Le père	144	74,2
La mère	43	22,2
Un autre mineur	16	8,2
Le beau-père	15	7,7
Le grand-père	4	2,1
La belle-mère	3	1,5
Un membre de la fratrie	3	1,5
Un membre de la famille élargie	2	1
La grand-mère	2	1
Un inconnu	2	1
<u>Mise en danger du mineur par lui-même :</u>		
Non renseigné	99	51
Oui	54	27,8
Non	41	21,1
<u>Suites administratives et judiciaires :</u>		
Enquête judiciaire	130	59,7
Information Préoccupante	40	18,3
Signalement	31	14,2
Juge des Enfants	9	4,1
Aucune	8	3,7

h) Auteur présumé des violences (voir tableau)

Ces chiffres concernent l'auteur présumé de tous types de violences confondues exercées sur le patient.

Certains enfants ont dénoncé plusieurs auteurs.

i) Suites administratives et judiciaires (voir tableau)

130 enfants (59,7%) ont été reçus par l'UAED sur mandat judiciaire ; l'enquête en cours ayant débouché sur une expertise médico-légale sur réquisition.

A l'issue de l'évaluation par l'UAED, une Information Préoccupante a été faite pour 40 patients (18,3%), un signalement pour 31 patients (14,2%).

Le Juge des Enfants était saisi pour 9 enfants (4,1%).

Pour 8 de ces enfants (3,7%), aucune démarche n'a été entreprise.

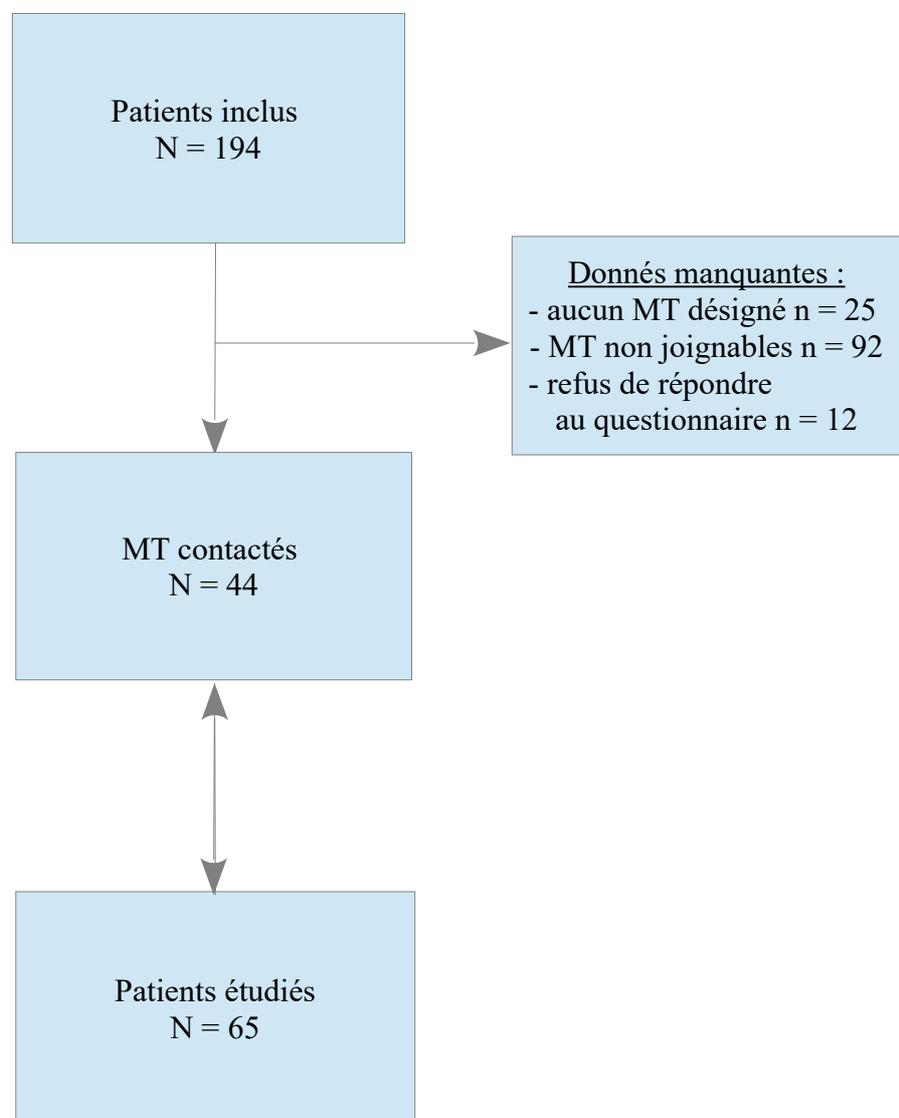
A noter que pour certains des patients, plusieurs démarches ont été entreprises.

2. Objectifs secondaires

A. Caractéristiques des médecins

44 médecins traitants ont pu être contactés, au sujet de 65 patients victimes de violences ; certains médecins traitants avaient plusieurs patients.

Flow-Chart n°2 : effectif objectifs secondaires



Les caractéristiques sont détaillées dans le tableau n°2.

Tableau 2 : caractéristiques des médecins

	Effectif (n = 44)	Pourcentage (%)
<u>Sexe :</u>		
Féminin	24	55
Masculin	20	45
<u>Age (années) :</u>		
< 30	0	0
[30-40[16	36,4
[40-50[8	18,2
[50-60[12	27,3
≥ 60	8	18,2
<u>Cadre de travail :</u>		
Exercice libéral seul	6	13,6
Exercice libéral regroupant plusieurs médecins	30	68,2
Maison de santé pluridisciplinaire	8	18,2

Le sexe des médecins, leur âge et leur cadre de travail sont résumés dans le tableau n°2.

a) Correspondants privilégiés

Chaque médecin a nommé ses 2 correspondants privilégiés lors de la suspicion de violences subies par l'enfant :

- 22 (25%) : les urgences pédiatriques,
- 19 (22%) l'UAED,
- 9 (10%) la CRIP,
- 7 (8%) le procureur de la république,
- 6 (7%) la PMI,
- 5 (6%) une équipe référente hospitalière,
- 4 (5%) un pédiatre référent,
- 4 (5%) un pédopsychiatre,
- 2 (2%) l'aide sociale à l'enfance,
- 2 (2%) une assistante sociale,
- 2 (2%) le conseil de l'ordre,
- 1 (1%) un site internet afin de rechercher la démarche à suivre,
- 1 (1%) un référent violences conjugales,
- 1 (1%) le juge des tutelles,
- 1 (1%) le psychologue du cabinet,
- 1 (1%) la gendarmerie,
- 1 (1%) un centre médico-psychologique.

b) Antécédent de formation au sujet des conséquences sur les enfants des violences conjugales

8 médecins (18,2%) se souvenaient avoir été destinataires d'une formation au sujet des conséquences des violences conjugales sur les enfants.

c) Intérêt porté pour une telle formation

Parmi les médecins n'ayant pas bénéficié de formation au sujet des conséquences sur les enfants des violences conjugales, 33 médecins (91,7%) disaient être intéressés par une telle formation.

d) Antécédent d'IP et/ou signalement dans la carrière du médecin

18 médecins (40,9%) ont déclaré avoir déjà rédigé une IP et/ou un signalement.

B. Données concernant les patients

a) Suivi du patient et de sa famille

Les médecins interrogés ont rapporté un suivi régulier de 17 patients (26,2%), un suivi peu régulier pour 33 patients (50,8%), et très peu régulier pour 15 patients (23%).

Pour 10 patients (15,9%), le médecin suivait également les 2 parents.

Pour 36 (55,4%), il suivait un seul des parents.

Pour 17 (27%), aucun des deux parents n'était suivi par ce médecin.

A noter que 2 patients étaient suivis par des pédiatres, ainsi, les données concernant le suivi de leurs parents n'ont pas été comptabilisées.

b) Notion de violences intrafamiliales

Les médecins questionnés rapportaient avoir notion de violences intrafamiliales chez 38 patients (58,5%).

c) Notion de violences conjugales

Les médecins questionnés rapportaient avoir notion de violences conjugales chez 19 patients (29,2%).

d) Antécédent de certificat médical descriptif réalisé

4 médecins (6,2%) avaient rédigé un certificat médical descriptif de coups et blessures pour l'un des parents du patient.

Dans ces 4 situations, il s'agissait de la mère du patient.

e) Notion de démarche ou de mesure au titre de protection de l'enfance

15 médecins (23,1%) avaient notion d'une démarche au titre de protection de l'enfance, pour l'enfant ou sa fratrie : une information préoccupante dans 5 situations (7,7%), un signalement dans une situation (1,5%).

Une mesure (suivi ASE, placement) était en cours dans 9 cas (13,8%).

f) Raison de cette démarche ou mesure

La raison n'était pas connue par le médecin dans 8 cas (53,3%).

Des violences physiques étaient à l'origine de cette mesure dans 3 cas (20%), des violences conjugales pour 2 cas (13,3%), une carence ou des négligences graves pour 1 patient (6,7%), des violences sexuelles pour 1 cas (6,7%).

g) Rédaction d'une IP et/ou un signalement pour ce patient

Le médecin traitant avait réalisé une IP et/ou un signalement pour 5 patients (7,7%) :

- dans 3 situations (60%), les violences étaient révélées par l'un des parents,
- dans 2 situations (40%), les violences étaient révélées par l'enfant.

h) Si aucune IP et/ou signalement réalisés, les raisons

Les raisons exprimées par le médecin étaient :

- pour 37 enfants (61,7%), aucune connaissance des faits,
- pour 9 (15%), un suivi administratif ou judiciaire déjà en cours,
- pour 8 (13,3%), il estimait que l'enfant n'était pas en danger,
- pour 3 (5%), peur de rompre le lien avec la famille,
- pour 1 (1,7%), l'UAED a été contacté directement, avant toute autre démarche,
- pour 1 (1,7%), le médecin a encouragé le parent à porter plainte,
- pour 1 (1,7%), des mesures d'éloignement de l'auteur des violences étaient déjà prises par la famille.

i) Si mesure prise, discussion avec d'autres professionnels de santé

Lors de la rédaction d'une information préoccupante ou d'un signalement, les médecins des 5 enfants (100%) avaient discuté de la situation de maltraitance de cet enfant avec d'autres professionnels de santé.

IV/DISCUSSION

1. Résultats de l'objectif principal

Notre étude a permis de retrouver la présence de violences conjugales au sein du foyer, pour 194 patients sur les 655 pris en charge par l'UAED en 2017, soit une prévalence de 29,6%.

Parmi ces 655 patients, on dénombrait 363 situations (55,4%) pour lesquelles la prise en charge n'avait pas permis de confirmer ou d'infirmer la présence de violences conjugales ; la prévalence retrouvée est donc sûrement sous-estimée.

Les données épidémiologiques concernant les violences conjugales subies par les enfants en France sont rares. L'étude nationale annuelle sur les morts violentes au sein du couple (13), publiée tous les ans par le Ministère de l'Intérieur, rapportait que 130 femmes et 21 hommes avaient été tués par leur partenaire en 2017. La présence des enfants au domicile n'était pas un frein pour la commission des faits : 50 enfants étaient exposés directement ou indirectement à ces violences. 25 enfants mineurs sont décédés, tués par un de leurs parents dans un contexte de violences au sein du couple.

L'étude épidémiologique fondatrice est l'Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France (ENVEFF) (14), réalisée en 2001. Elle est la première enquête en France permettant de nommer et de compter les violences à destination des femmes, y compris les violences conjugales. L'enquête reposait sur un questionnaire téléphonique mené sur une courte période, et n'abordait pas la question des enfants. Elle a permis d'ouvrir la voie à de nombreuses autres études sur ce sujet.

Nous avons également démontré, qu'en plus des violences conjugales, la quasi-totalité de ces enfants (94,4%) étaient la cible d'autres types de violences.

73,1% d'entre eux rapportaient également des violences physiques. Ce chiffre est appuyé par l'article de Knickerbocker et Al (15), qui a retrouvé une prévalence augmentée de la violence

physique sur enfant dans les familles retrouvant une violence physique entre partenaires, par rapport à la population générale. Deux explications étaient données : la première mettait en lumière des facteurs de risque communs chez l'agresseur tels que sa personnalité (impulsivité, agressivité), son état psychologique (anxiété, dépression), ou encore son histoire personnelle (violence dans l'enfance, troubles du comportement). En second lieu, ils estimaient que la victime du couple n'était pas en mesure de répondre aux besoins fondamentaux de son enfant, étant elle-même dans une situation de détresse psychologique.

On retrouvait des violences psychologiques pour 50 % d'entre eux. Karen Sadlier (16), psychologue consultante pour la Mission internationale pour la protection des femmes victimes de violences (MIPROF), rapporte que les violences conjugales sont des violences psychologiques sur l'enfant. Elles génèrent un sentiment de terreur et d'insécurité avec apparition fréquente d'un syndrome de stress post traumatique.

On retrouvait également chez 25,8% une carence affective majeure ou des négligences graves, et chez 23,1% des enfants des violences d'ordre sexuel.

Ces éléments démontrent que les différents types de violences sont très souvent intriqués, on parle alors de polyvictimisation. Le point fondamental est alors de toujours rechercher les autres types de violence lorsque l'on est confronté à une situation de violence sur enfant, comme le rappellent McTavish et AL. (17).

Cette notion de polyvictimisation a déjà été démontrée dans de nombreuses études. L'article de Hamby et Al. (18) mettait en avant les résultats d'une enquête téléphonique nationale réalisée aux Etats-Unis afin d'étudier l'exposition de 4549 enfants et adolescents aux différentes formes de violences. Un tiers des enfants ayant rapporté des violences conjugales déclaraient avoir été victimes d'autres types de violences sur l'année passée, et plus de la moitié d'entre eux avaient été victimes d'autres violences au cours de leur vie.

Outre les pays occidentaux, on retrouve également cette notion de polyvictimisation sur d'autres continents, témoignant d'un phénomène mondial. Comme à Hong Kong : le travail de Chan et Al. (19) portant sur les témoignages de 5841 élèves, retrouvait de fortes prévalences de violences principalement physiques chez les enfants victimes de violences conjugales. Elles étaient expliquées notamment par la perpétration de châtiments corporels, encore très ancrés dans la culture chinoise.

Dans l'article rédigé par Devries et Al. (20), c'est la population des jeunes ougandais qui a été étudiée. Parmi tous les enfants sondés, un quart ont rapporté être victimes de violences conjugales, et la quasi totalité de ces enfants étaient également victime d'au moins un autre type de violences.

Enfin, la méta-analyse réalisée par Sternberg et Al. (21) avait mis en évidence que les enfants victimes de plusieurs formes de violences au sein de la famille étaient plus à risque de développer des troubles psychologiques ou physiques que les enfants victimes d'un seul type de violences.

Dans deux tiers des cas, l'auteur présumé des faits, était le père ou le beau-père. Alors que la mère, ou la belle-mère, n'était suspectée que dans seulement 20% des cas. Ces chiffres se rapprochent des données épidémiologiques actuelles comptabilisant les morts violentes au sein du couple en 2017 (2), qui démontrent que, dans une très large majorité, c'est un homme qui en est l'auteur.

Nous avons également démontré que plus d'un quart de ces enfants s'étaient mis en danger, sous différentes formes (automutilation, tentative de suicide, addictions, hétéroagressivité). Ces comportements appartiennent à la longue liste de conséquences des violences sur enfants. Ainsi, chaque situation de mise en danger d'un enfant doit faire évoquer des violences subies.

Nos résultats corroborent de nombreuses études démontrant ces effets sur les enfants, comme celle de Gilbert et Al. (22), concernant les preuves de l'association entre violence sur enfant, et troubles psychologiques/difficultés sociales à l'âge adulte. Des associations fortes étaient retrouvées pour la dépression, le syndrome de stress post traumatique, les troubles du comportement ou encore les addictions.

D'autres études ont abordé plus particulièrement les conséquences des violences conjugales sur les enfants. Dans *Jamapediatrics*, Campbell et Al. (23) retrouvaient une augmentation des comportements « internalisés » (timidité, dépression, introversivité) et « externalisés » (agressivité, opposition) chez les enfants exposés à ces violences.

Zaouche Gaudron et Al. (24) ont confirmé ces résultats, en allant plus loin : ils ont déterminé des facteurs de risque de développer ces troubles socio-affectifs. Les facteurs retrouvés étaient : l'intensité de l'exposition aux violences conjugales, le sentiment de blâme de l'enfant, la parentification de l'enfant, ainsi que les conflits de loyauté.

En France, un rapport de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (25), s'est intéressé plus particulièrement aux nombreuses conséquences de ces violences sur le développement psychomoteur, en fonction de l'âge. Parmi elles, on retrouvait : chez les moins de 2 ans, un retard statur pondéral en lien avec des troubles du comportement alimentaire, ou encore des troubles du sommeil. Chez les 2-4 ans, on retrouvait une déficience des habiletés intellectuelles, ou une dépendance exagérée à la mère, chez les 5-12 ans, des difficultés de concentration, ou encore un comportement de manipulation. Enfin, pour les adolescents, on retrouvait une faible estime de soi, une agressivité, ou bien de la délinquance.

Les conséquences sur la santé éducationnelle telles que les problèmes d'apprentissage, l'absentéisme scolaire, ou le décrochage scolaire (26) sont également illustrées dans ce travail. En effet, presque 10 % des enfants et adolescents de notre échantillon présentaient de graves difficultés scolaires, étaient dans une classe ou un établissement spécialisé, ou étaient déscolarisés.

Nous avons aussi démontré que 22,2% des enfants ont eu recours aux urgences pédiatriques. Ce fort pourcentage rappelle le rôle privilégié des urgences pédiatriques dans le dispositif de dépistage des violences, notamment en cas de risque à court terme pour l'enfant.

Ces chiffres sont corroborés par le fait que la moitié des médecins traitants nomment l'hôpital comme partenaire privilégié (25% les urgences pédiatriques, 22% l'UAED, 6% une équipe référente hospitalière). Seuls 10% des médecins citent la CRIP, ce qui est trop peu en regard de la place centrale qu'occupe ce dispositif depuis une dizaine d'années.

Dès qu'une situation de suspicion de violence sur enfant se présente, un médecin de l'équipe référente hospitalière est contacté, l'UAED à Nantes, afin de prendre en charge l'enfant. De plus, comme le stipule la recommandation 6 du rapport de 2018 du Défenseur des droits (27), il est désormais recommandé dans chaque hôpital français, de nommer un médecin référent protection de l'enfance.

De plus, parmi les différents modes de recrutement, le médecin traitant était l'initiateur de la démarche dans 9,5% des cas seulement, via la consultation UAED directement, ou en adressant le patient aux urgences.

Le médecin généraliste et le pédiatre de ville représentent souvent le premier recours en ambulatoire lors d'une situation de traumatisme infligé. Ils constituent ainsi un maillon essentiel de la chaîne de la protection de l'enfance.

L'article d'E. Michaud (28) montre une nette amélioration des connaissances des médecins généralistes au sujet de l'IP, après distribution d'un outil d'information sur l'IP (annexe 3). Cela tend à démontrer que les médecins généralistes sont peu informés globalement des démarches à entreprendre devant une telle situation, et ce malgré une demande importante de leur part.

Afin de répondre à cette demande, la MIPROF a mis en ligne une plaquette explicative (29), ainsi qu'une vidéo appelée « Tom et Lena » (30) évoquant l'impact des violences conjugales sur les enfants, en leur présentant une situation concrète. Ces éléments visent à améliorer le repérage, la prise en charge et l'orientation par les professionnels de santé, de ces enfants victimes.

Enfin, le Juge des Enfants était saisi pour 9 enfants sur 194, ce qui est trop peu au vu des faits graves rapportés par ces jeunes patients.

2. Résultats des objectifs secondaires

Les médecins questionnés rapportaient avoir notion de violences intrafamiliales dans plus de la moitié des situations, et avaient plus particulièrement notion de violences conjugales dans un tiers des cas. Or, ils déclaraient avoir réalisé une IP et/ou un signalement pour 5 enfants seulement.

La raison principale invoquée était la non connaissance des faits, dans plus de la moitié des situations. Pour 8 patients, la notion de violences conjugales était connue par le médecin traitant, mais sans démarche réalisée, celui-ci estimant l'enfant en sécurité.

Il est important de rappeler qu'il n'est pas nécessaire d'avoir la preuve de violences pour réaliser une Information Préoccupante (31).

De plus, 4 médecins avaient rédigé un certificat médical descriptif pour des violences conjugales, pour les mères de 4 patients, sans rédiger d'information préoccupante pour les enfants.

Dans ces situations il est également important d'aborder le sujet des enfants vivants au domicile avec leur maman, et de s'interroger sur la rédaction d'une information préoccupante.

Moins de la moitié des médecins déclaraient avoir déjà rédigé une IP et/ou un signalement au cours de leur carrière. Cette statistique est en adéquation avec le fait que moins de 5% des IP et/ou signalement sont rédigés par des médecins généralistes, d'après le rapport présenté par Anne Tursz en 2014 au sujet des violences faites aux enfants (12).

Les médecins interrogés ont rapporté un suivi régulier de seulement un quart de ces jeunes patients. Ils estimaient voir peu leur patient dans la moitié des cas, et le voir très peu dans un quart des situations. Ces résultats permettent de pondérer la fréquente méconnaissance de la situation par le médecin traitant, par le fait que ces patients ont, pour trois quart d'entre eux, un suivi sporadique.

Ce suivi sporadique représente une double peine pour ces enfants qui n'ont pas de suivi médical correct, et chez qui il est très difficile de dépister des violences intrafamiliales.

3. Forces de l'étude

A notre connaissance, aucune étude en France portant sur la prévalence des violences conjugales chez les patients pris en charge dans une UAMJP n'a été publiée. Ainsi, la création de nouvelles données épidémiologiques sur ce sujet permettent d'étudier et d'améliorer la prise en charge de chaque enfant victime.

Les travaux sur les violences conjugales subies par les enfants sont rarement des études épidémiologiques, mais plutôt des études de recherche concernant le retentissement sur les enfants de telles violences.

De plus, ces chiffres sont assez représentatifs des enfants victimes de violence pris en charge au CHU de Nantes. En effet, l'UAED, comme les autres équipes référentes hospitalières, est une

unité mobile qui intervient lorsqu'un traumatisme infligé sur enfant est suspecté au sein de l'Hopital (10). Toutes les suspicions de violence sur enfant sont donc vues par un ou plusieurs membres de cette unité.

On peut ajouter que cette étude est centrée sur les enfants, à la différence de la plupart des autres études au sujet des violences conjugales, qui sont centrées sur les victimes au sein du couple, à savoir le plus souvent les femmes.

Enfin, cela a permis de mettre l'accent sur un des maillons essentiels de la chaîne du dépistage du traumatisme infligé, qui est le médecin traitant. En rappelant les moyens à leur disposition et les difficultés auxquelles ils doivent faire face, et en mettant en évidence leur motivation à dépister et orienter, afin de protéger les enfants et adolescents dont ils s'occupent.

4. Limites de l'étude

Notre travail est une étude monocentrique, portant sur un petit effectif, tant pour les enfants que les médecins contactés ; elle représente un travail préparatoire à la réalisation d'autres études sur le même sujet, portant sur des effectifs plus importants et réunissant plusieurs centres.

Il existe un biais de sélection par l'objectif même de ce service. Afin de s'en affranchir, on pourrait envisager un travail prospectif ayant comme porte d'entrée les urgences pédiatriques, ou bien un service de pédiatrie générale, afin d'obtenir un meilleur niveau de preuve. Cependant, le fonctionnement du CHU de Nantes est tel, qu'il permet d'alerter l'UAED dès la moindre suspicion de traumatisme infligé détecté chez un enfant de n'importe quel service.

Enfin, la prévalence des violences conjugales est très probablement sous estimée, cette information étant difficile à obtenir par essence même. Il faut souligner la présence de cette limite dans toutes les études similaires ; cela doit pas empêcher de réaliser de telles études, bien au contraire.

V/CONCLUSION

La forte prévalence des violences conjugales subies par les enfants et adolescents pris en charge par l'UAED du CHU de Nantes en 2017 met en lumière la fréquence de l'association entre les différents types de violences sur enfant (physique, psychologique, négligence grave, sexuelle, conjugale). Il est donc fondamental de dépister tous les autres types de violence lorsque l'on est confronté à l'une d'elles.

D'autant que de nombreuses études démontrent des conséquences psychologiques, physiques, développementales, socio-économiques majeures chez l'enfant exposé à des violences quelles qu'elles soient.

Notre travail est la première étude à réaliser des statistiques sur le nombre d'enfants victimes de violences conjugales ayant consulté une équipe référente protection de l'enfance hospitalière, en France.

Le médecin traitant est la clef de voute de la démarche de dépistage des violences intrafamiliales. De récentes études ont pourtant démontré un manque d'information pour une grande part de ces médecins.

Dans ce but d'information, un outil a été créé par Etienne Michaud et l'UAED du CHU de Nantes, à destination des médecins traitants de Loire Atlantique, au sujet de la prise en charge des enfants et adolescents victimes de violence.

Actuellement, en France, on constate une certaine prise de conscience du nombre encore trop important d'enfants victimes de violences, avec notamment le vote de la loi du 30 novembre 2018 relative à l'interdiction des Violences Educatives Ordinaires. Cette loi, rapportée dans un article du quotidien « le Monde »(32), entre dans le cadre du plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019 (33).

Plusieurs articles récents traitent le sujet des enfants victimes de violences conjugales, tel que celui du Nouvel Obs (34), contenant un entretien réalisé auprès d'Edouard Durand, juge des enfants au tribunal de grande instance de Bobigny, membre du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, et personnage très impliqué dans ce domaine.

Dans ce contexte, il est nécessaire de réaliser des travaux prospectifs de plus grande ampleur, à visée nationale, afin d'obtenir des chiffres fiables au sujet des enfants victimes de violences conjugales en France. Il pourrait être intéressant d'effectuer un recensement des différents types de violences subies par les enfants, au sein de tous les hôpitaux français.

VI/BIBLIOGRAPHIE

1. violences_au_sein_du_couple_et_violences_sexuelles_novembre_2018.pdf [Internet]. [cité 20 janv 2019]. Disponible sur: https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/violences_au_sein_du_couple_et_violences_sexuelles_novembre_2018.pdf
2. Définition | Les enfants exposés à la violence conjugale [Internet]. [cité 15 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.enfants-exposes.criviff.qc.ca/definition-0>
3. rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf [Internet]. [cité 22 févr 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf
4. Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) [Internet]. Humanium. [cité 25 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.humanium.org/fr/convention/>
5. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique Istanbul, 11.V.2011 . <https://rm.coe.int/1680084840>
6. European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf [Internet]. [cité 14 déc 2018]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf?ua=1
7. Blair F, McFarlane J, Nava A, Gilroy H, Maddoux J. Child Witness to Domestic Abuse: Baseline Data Analysis for a Seven-Year Prospective Study. *Pediatr Nurs.* févr 2015;41(1):23-9.
8. Snehal M. Pinto Pereira, PhD, Leah Li, PhD, Chris Power, PhD. Child Maltreatment and Adult Living Standards at 50 Years. *Pediatrics.* 2017 ; 139. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/139/1/e20161595.full.pdf>
9. La violence à l'encontre des femmes [Internet]. [cité 31 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
10. Vabres N, Launay E, Fleury J, Lemesle M, Picherot G, Gras-Le Guen C. Plaidoyer pour des pôles de référence hospitaliers pédiatriques spécialisés en protection de l'enfance. *Archives de Pédiatrie.* 1 déc 2016;23(12):1219-21.
11. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016-297 mars 14, 2016.
12. Inserm_RapportThematique_MaltraitanceEnfants_RapportComplet_2014.pdf [Internet]. [cité 14 déc 2018]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_MaltraitanceEnfants_RapportComplet_2014.pdf
13. Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-annee-2017.pdf [Internet]. [cité 5 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2018/11/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-annee-2017.pdf>

14. pop_et_soc_francais_364.fr.pdf [Internet]. [cité 20 janv 2019]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf
15. Knickerbocker L, Heyman R, Slep A, Jouriles EN, McDonald R. Co-occurrence of child and partner maltreatment: Definitions, prevalence, theory, and implications for assessment. *European Psychologist*. 2007;12(1):36-44.
16. Karen S. Violences conjugales : un défi pour la parentalité [Internet]. *Enfances*. Paris: Dunod; 2016. Disponible sur: <https://www.cairn.info/violences-conjugales-un-defi-pour-la-parentalite--9782100709861.htm>
17. McTavish JR, MacGregor JCD, Wathen CN, MacMillan HL. Children's exposure to intimate partner violence: an overview. *International Review of Psychiatry*. 2 sept 2016;28(5):504-18.
18. Hamby S, Finkelhor D, Turner H, Ormrod R. The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth. *Child Abuse & Neglect*. 1 oct 2010;34(10):734-41.
19. Chan KL. Association Between Intimate Partner Violence and Child Maltreatment in a Representative Student Sample in Hong Kong. *Violence Against Women*. 1 avr 2015;21(4):500-15.
20. Devries KM, Knight L, Child JC, Kyegombe N, Hossain M, Lees S, et al. Witnessing intimate partner violence and child maltreatment in Ugandan children: a cross-sectional survey. *BMJ Open* [Internet]. 28 févr 2017 [cité 21 janv 2019];7(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5337724/>
21. Sternberg KJ, Baradaran LP, Abbott CB, Lamb ME, Guterman E. Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems: A meta-analysis. *Developmental Review*. 1 mars 2006;26(1):89-112.
22. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 3 janv 2009;373(9657):68-81.
23. Campbell KA, Thomas AM, Cook LJ, Keenan HT. Resolution of Intimate Partner Violence and Child Behavior Problems After Investigation for Suspected Child Maltreatment. *JAMA Pediatr*. 1 mars 2013;167(3):236-42.
24. Gaudron Z. Le développement socio-affectif des enfants exposés à la violence conjugale et leurs représentations de cette violence : une approche de la sécurité émotionnelle :142. Rapport de l'ONED. décembre 2014.
25. Séverac N. Les enfants exposés à la violence conjugale. :81. Rapport de l'ONED. décembre 2012.
26. Encadré 1 – Enfants exposés à la violence conjugale [Internet]. INSPQ. [cité 15 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-conjugale/encadre-1-enfants-exposes-la-violence-conjugale>
27. Rapport De la naissance à 6 ans : au commencement des droits. Défenseur des droits. 2018. [Internet]. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae-2018-num-15.11.18.pdf>

28. Michaud E, Fleury J, Launay E, Pendezec G, Gras-Le-Guen C, Vabres N. Évaluation d'un outil spécifique sur l'information préoccupante pour les médecins généralistes de Loire-Atlantique. Archives de Pédiatrie. 1 nov 2017;24(11):1103-10.
29. 17-livret-tom-et-lena-nov-2017.pdf [Internet]. [cité 11 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/sites/default/files/fichiers/17-livret-tom-et-lena-nov-2017.pdf>
30. Tom et Lena - Vidéo dailymotion [Internet]. Dailymotion. [cité 20 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.dailymotion.com/video/x3efezd>
31. fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf [Internet]. [cité 14 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf
32. A l'issue de longs débats, l'Assemblée adopte la loi contre les violences éducatives ordinaires. 30 nov 2018 [cité 27 janv 2019]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/11/30/l-assemblee-adopte-la-loi-contre-les-violences-educatives-ordinaires_5390553_3224.html
33. violences_plan17-19_dp.pdf [Internet]. [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/violences_plan17-19_dp.pdf
34. L'enfant n'est pas seulement témoin des violences conjugales. Il en est victime [Internet]. L'Obs. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.nouvelobs.com/societe/20180126.OBS1299/l-enfant-n-est-pas-seulement-temoin-des-violences-conjugales-il-en-est-victime.html>

VII/GLOSSAIRE

ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CRIP	Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
GNEDS	Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
IP	Information Préoccupante
JDE	Juge Des Enfants
MIPROF	Mission internationale pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains
MT	Médecin Traitant
ONED	Observatoire National des Enfants en Danger
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RNI	Recherche Non Interventionnelle
UAED	Unité d'Accueil des Enfants En Danger
UAMJP	Unité d'Accueil Médico Judiciaire Pédiatrique
VC	Violences Conjugales

VIII/ANNEXES

ANNEXE N°1 : Questionnaire téléphonique à destination du médecin traitant

Vous avez été désigné comme médecin correspondant par la famille d'un enfant pris en charge, en 2017, par l'équipe de l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger du CHU de Nantes. Au cours de l'évaluation médico-psycho-sociale, une situation de violences conjugales a été identifiée.

Nous réalisons actuellement un travail de recherche dont les objectifs sont de mieux connaître les caractéristiques des enfants victimes de violences conjugales. Nous nous intéressons, en particulier, aux soins antérieurs au diagnostic hospitalier de violences subies. C'est pourquoi, si vous êtes d'accord, nous aimerions vous poser quelques questions qui concernent la prise en charge que vous avez proposée à ce jeune patient et sa famille.

Données concernant le médecin :

- Nom :
- Age :
 - o < 30 ans
 - o 30-40 ans
 - o 40-50 ans
 - o 50-60 ans
 - o > 60 ans
- Sexe :
 - o Homme
 - o Femme
- Cadre de travail :
 - o Exercice en cabinet libéral - 1 médecin
 - o Exercice en cabinet libéral regroupant plusieurs médecins
 - o Exercice en cabinet libéral ou maison de santé pluridisciplinaire
 - o Exercice autre précisez :

Données concernant le patient :

- Nom Prénom :
- Identifiant :
- Date de prise en charge à l'UAED :

- 1) Au sujet de ce jeune patient, vous diriez :
 - o Que vous le connaissez bien ; vous le suivez régulièrement.
 - o Que vous le voyez peu fréquemment.
 - o Que vous ne l'avez que très peu vu.
 - o Que vous suivez aussi un de ses parents.
 - o Que vous suivez aussi ses 2 parents (ou parent/beau-parent).

- 2) Avant la prise en charge à l'UAED, aviez-vous déjà suspecté des violences intrafamiliales ?
 - o OUI
 - o NON

- 3) Avant la prise en charge à l'UAED, aviez-vous déjà suspecté des violences conjugales ?

- NON
- 12) Selon vous, si une nouvelle situation d'enfant ou adolescent victime violences conjugales se présentait, vers quel(s) professionnel(s) ou institution(s) pourriez-vous vous tourner pour être guidé ?
- Réponse libre (si possible, citez au moins 2 correspondants)
 -
 -
- 13) Parmi les professionnel(s) ou institution(s) suivants, lesquels vous sembleraient pouvoir vous guider dans une telle situation ?
 - les urgences pédiatriques
 - le service de médecine légale
 - une équipe référente pédiatrique hospitalière (type UAED)
 - le référent hospitalier violences conjugales
 - la CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes)
 - les services de protection de l'enfance, l'Aide Sociale à l'Enfance
 - la PMI (Protection Maternelle Infantile)
 - le service de santé scolaire
 - le parquet des mineurs, la justice
 - les services de police et gendarmerie
- 14) Durant vos études de médecine, vous souvenez-vous avoir été destinataire d'une formation au sujet des conséquences sur les enfants des violences conjugales ?
 - OUI
 - NON
- 15) Si NON, seriez-vous intéressés par une telle formation ?
 - OUI
 - NON

Je vous remercie beaucoup d'avoir accepté de répondre à ce questionnaire.
Si vous le souhaitez, je pourrai vous transmettre les résultats de cette étude.

- Adresse mail du médecin s'il en fait la demande :

CHU de Nantes

Recherche et santé à l'hôpital mère-enfant



Madame, Monsieur,

Votre enfant est hospitalisé au sein du CHU de Nantes. Comme toutes les institutions hospitalo-universitaires, l'expertise des équipes médicales et paramédicales est garante d'une qualité de soins optimale pour votre enfant. Elle impose également un devoir de recherche et d'enseignement dans le but d'améliorer nos connaissances et les transmettre aux futurs professionnels.

Encadrées par l'équipe de recherche du centre d'investigation clinique femme-enfant-adolescent (CIC FEA), et autorisées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) et le Groupe nantais d'éthique dans le domaine de la santé (Gneds), nos équipes conduisent un certain nombre de recherches dans le domaine de la santé, afin d'**améliorer la qualité des soins et la prise en charge des enfants.**

Pour ce faire, le personnel médical et les personnes dûment habilitées sont susceptibles d'utiliser, dans le plus strict respect de la confidentialité, **les données cliniques anonymisées et les échantillons biologiques issus de la prise en charge de votre enfant** : déchets opératoires (tissus, biopsies etc...) et déchets de soins (selles, urines, aspirats gastriques etc...).

Vous pourrez être informés de nos recherches à votre demande par le médecin responsable de son suivi, les soignants et/ou l'équipe du CIC FEA (02 40 08 78 04), et pourrez à tout moment les solliciter pour de plus amples renseignements, ou simplement pour vous y opposer, sans impact sur la qualité des soins prodigués.

Vous remerciant sincèrement pour votre contribution décisive dans l'avancée de nos connaissances.

Sandrine Delage
directrice du pôle
femme-enfant-adolescent

Pr Paul Barrière
chef du pôle
femme-enfant-adolescent



www.chu-nantes.fr
service communication - juin 2015

En vertu de la loi informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée (notamment par la loi n° 2004-801 du 5 août 2004) le traitement informatisé de vos données personnelles a été autorisé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (Cnil) et vous disposez à cet égard d'un droit d'accès, d'opposition, et de rectification des données enregistrées sur informatique à tout moment, par l'intermédiaire de votre médecin.

ANNEXE N°3 : Outil d'information élaboré à l'intention des médecins généralistes de Loire Atlantique sur la prise en charge des enfants et adolescents en danger

Outil d'information à destination des médecins généralistes de Loire-Atlantique sur la prise en charge des enfants et adolescents en danger

Ce que dit la loi du 5 mars 2007 :

Elle réforme la protection de l'enfance en mettant l'accent sur la notion de danger, prenant en compte les situations de négligences et de carences graves dans l'objectif d'une meilleure prévention.

Elle instaure le **secret partagé** entre les professionnels dans l'intérêt de l'enfant.

Elle permet au praticien en cas de doute diagnostique de saisir les autorités administratives en réalisant une **Information Préoccupante (IP)** à la **Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes** du département (CRIP).

Le médecin n'a pas à être certain de la maltraitance ni à en apporter la preuve.

OBJECTIFS DE CET OUTIL :

Connaître les signes de maltraitance chez l'enfant et l'adolescent

Connaître les recours possibles face à une situation de mineur en danger en pratique, notamment quand solliciter la CRIP et par quels moyens.

Connaître les actions déclenchées par le conseil départemental suite à une Information Préoccupante

LES FEUX ROUGES :

Suspecter une situation de maltraitance devant :

- une ecchymose ou une fracture avant l'âge du déplacement
- une lésion traumatique (ecchymose, brûlure ou fracture) de localisation inhabituelle avec mécanisme accidentel peu plausible ou absence d'explication
- absence inhabituelle d'expression de la douleur
- accidents domestiques multiples
- consultations répétées pour symptômes flous
- mises en danger répétées
- grossesse chez une jeune fille de moins de 15 ans
- un retard staturo-pondéral, un retard de développement psychomoteur, des troubles du comportement et des apprentissages sans étiologie.

LES VIOLENCES SEXUELLES :

Le plus souvent il s'agit d'une suspicion de la part de l'entourage ou de révélation par le mineur de faits anciens.
Dans ces cas il est possible de réaliser une information préoccupante et de proposer une consultation spécialisée.

L'**urgence médicale** nécessitant l'**hospitalisation** est rare :

- Agression datant de moins de 72 heures nécessitant : des soins urgents (contraception d'urgence...), des prélèvements à la recherche d'ADN sur réquisition
- Signes somatiques ou psychiques sévères.

LIENS UTILES :

Fiche HAS (octobre 2014) : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-lenfant-reperage-et-conduite-a-tenir
Site internet Loire-Atlantique -> patron pour réalisation d'une information préoccupante : http://www.loire-atlantique.fr/jcms/services/enfance-famille/la-protection-de-l-enfance/alerter-sur-la-situation-preoccupante-d-un-enfant/alerter-sur-la-situation-preoccupante-d-un-enfant-fr-t1_29377?portal=aca_6941&category=t1_8458

L'INFORMATION PREOCCUPANTE (IP) :

Qu'est-ce qu'une information préoccupante ?

Il s'agit d'une information transmise à la CRIP afin d'alerter sur :
« *Tout élément pouvant laisser craindre que la santé d'un mineur, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être.* »

Quelle finalité ?

Evaluer la situation du mineur pour caractériser le danger ou le risque de danger. Déterminer les aides adaptées d'accompagnement ou de prévention dont ce mineur et sa famille ont besoin.

Quels moyens ?

La CRIP sollicite une évaluation. Les professionnels recueillent le point de vue des parents sur les difficultés rencontrées (sauf si contraire à l'intérêt de l'enfant).

Le conseil départemental peut proposer :

- Un suivi PMI, une orientation vers une prise en charge thérapeutique
- Des aides à domicile : aide éducative, interventions de Techniciens d'Intervention Sociale et Familiale (TISF), prestations d'accompagnement en économie sociale et familiale (logement, gestion du budget, aides financières...)
- Un accueil provisoire ou modulable de l'enfant

A tout moment le conseil départemental peut saisir la justice pour :

- Demander une mesure de protection judiciaire
- Demander une enquête pénale.

Il faut informer les parents de ses inquiétudes concernant leur enfant SAUF si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.

EN CAS DE DANGER IMMEDIAT :

Réaliser un **signalement au Procureur de la République** et adresser une copie à la CRIP. **Une hospitalisation est toujours possible** pour mise à l'abri : contacter le senior des urgences pédiatriques au 02 40 08 38 06



NE RESTEZ PAS SEUL

COORDONNÉES :

Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)

tel : 02 51 17 21 88, Fax : 02 51 17 21 89 (du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 18h) crip44@loire-atlantique.fr
Département de Loire-Atlantique, Direction générale solidarité, Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes, 3 quai Ceineray, 44041 NANTES cedex 1
En dehors des heures d'ouverture de la CRIP, contacter le 119

Parquet des mineurs de Nantes : 02 51 17 96 88

Parquet des mineurs de Saint-Nazaire : 02 72 27 30 29

Protection maternelle et infantile (PMI)

Liste des centres médicaux sociaux (CMS) sur le site : <http://www.loire-atlantique.fr> rubrique « Enfance Famille », puis « les lieux d'accueil et d'information », et à la fin du **cahier de santé**

CHU NANTES :

Unité d'accueil des enfants en danger (UAED) 02 40 08 44 54
Hôpital femme enfant adolescent, 7 quai Moncoussu, 44093 Nantes Cedex 1
Urgences pédiatriques : 02 40 08 38 06

Médecine scolaire :

- 1) De la petite à la moyenne section : recours à la PMI
- 2) De la grande section à la terminale : Service Promotion de la Santé Scolaire <http://www.ia44.ac-nantes.fr> rubrique « santé » dans « vie à l'école ».
- 3) De la grande section au CM2 pour les écoles de la ville de Nantes : Service Santé Scolaire de la ville de Nantes 02 40 41 90 40

Document réalisé par Etienne MICHAUD, Dr Juliette FLEURY, Dr Nathalie VABRES, en collaboration avec le Département de Loire-Atlantique.

**Vu, le Président du Jury,
Professeur Christèle Gras-Le Guen**

**Vu, le Directeur de Thèse,
Docteur Juliette Fleury**

**Vu, le Doyen de la Faculté,
Professeur Pascale Jolliet**

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DES VIOLENCES CONJUGALES SUBIES PAR LES ENFANTS ET ADOLESCENTS PRIS EN CHARGE PAR L'UNITE D'ACCUEIL DES ENFANTS EN DANGER AU CHU DE NANTES, ET LIEN AVEC LEUR MEDECIN TRAITANT

RESUME

Introduction : Les violences conjugales sont des violences intrafamiliales dont les enfants sont également victimes, qui ont de graves conséquences. A Nantes, l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger reçoit les enfants victimes de toutes formes de violences pour une évaluation, un diagnostic, une orientation. Notre objectif principal était de déterminer la prévalence des enfants victimes de violences conjugales reçus dans cette unité en 2017, l'objectif secondaire était d'établir un lien avec leur médecin traitant.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude épidémiologique rétrospective sur la population des enfants et adolescents – âgés de 0 à 15 ans et 3 mois - évalués par l'UAED en 2017. Le critère d'évaluation principal était le diagnostic de violences conjugales subies par l'enfant à l'issue de l'évaluation à l'UAED. Les critères d'évaluation secondaires étaient les caractéristiques de la prise en charge médico-judiciaire de chaque enfant victime, ainsi que la connaissance par le médecin traitant des violences intrafamiliales, et la conduite tenue par le médecin lorsqu'il était informé des faits décrits.

Résultats : Sur 655 patients évalués par l'UAED en 2017, 197 étaient victimes de violences conjugales. 3 patients ont été exclus pour un âge supérieur à 15 ans et 3 mois. La prévalence de patients victimes de violences conjugales était donc de 29,6%. L'âge médian était de 7 ans et 9 mois. Pour 94,4% de ces enfants, étaient identifiés d'autres types de violences (73,1% des violences physiques, 50 % des violences psychologiques, 25,8% des négligences graves, 23,1% des violences sexuelles). 42,3% des mineurs victimes étaient déjà connus par les services de protection de l'enfance. Le père ou le beau-père était le ou un des auteur(s) présumé(s) dans 67,9% des situations ; la mère ou la belle-mère dans 19,6% des cas. Parmi les conséquences des violences intrafamiliales observées, 51% des enfants ou adolescents présentaient des mises en danger. Près de 10% de ces enfants ne suivaient pas une scolarité normale. Un juge des enfants, garant de la protection du mineur, n'était saisi que pour 9/194 enfants. Le médecin traitant avait la notion de violences intrafamiliales dans 58,5% des cas ; l'existence de violences conjugales était connue dans 29,2% des cas. Le médecin a rédigé une IP pour 5 patients (7,7%).

Discussion : Notre travail a démontré la forte prévalence d'enfants et adolescents victimes de violences conjugales au sein des patients évalués par une unité hospitalière de protection de l'enfance. La très grande majorité de ces enfants subissent plusieurs types de violences associées. Les conséquences de ces violences sont graves et multiples, notamment avec des mises en danger fréquentes du mineur par lui-même. Malgré son rôle central dans le dépistage et l'orientation des enfants victimes de violences, le médecin traitant n'a pas toujours connaissance des violences intrafamiliales. Dans ce cadre, peu de démarches d'alerte en vue d'une protection sont effectuées par le médecin traitant, ce qui peut s'expliquer principalement par un défaut de formation.

MOTS CLES : Maltraitance – Violences conjugales – Médecine générale – Enfance en danger – Protection de l'enfance