

Violences au sein du couple: les enfants en souffrance

Référentiel

à destination des professionnels de santé

Repères
théoriques et cliniques

TOME 1

Comment détecter ?

Comment accompagner ?

Comment orienter ?

*« Violences au sein du couple : les enfants en souffrance.
Référentiel à destination des professionnels de santé.
Comment détecter ? Comment accompagner ? Comment orienter ? »*

Tome 1: Repères théoriques et cliniques

Tome 2: Outils d'aide à la pratique

Réalisé avec le soutien du Fonds Houtman (ONE)

Auteure	Anne-Marie Offermans, Sociologue spécialisée dans la prévention des violences interpersonnelles, Formatrice
Equipe de recherche DMG ULB	Anne-Marie Offermans (Sociologue, Maître d'enseignement), Michel Roland (Médecin généraliste, Professeur émérite), Nadine Kacenelembogen (Médecin généraliste, Chargée de cours émérite)
Appui rédactionnel	Question Santé Asbl
Processus de validation	Stéphanie Deblaer (Sage-femme, CHU Brugmann), Gillian Douglas (Partenaire Enfants-Parents, ONE-CHU Saint-Pierre), Charlotte Graindorge (Médecin généraliste, Maison Médicale Cité Santé), Isabelle Jeanjot (Gynécologue, CHU Saint-Pierre), Solange Kouo Epa (Pédiatre, Consultations ONE), Sophie Leclercq (Partenaire Enfants-Parents, ONE-CHU Brugmann), Estelle Oiry (Sage-femme, CHU Brugmann), Catherine Preux (Pédiatre, CHU Saint-Pierre), Marie Vandepuut (Partenaire Enfants-Parents, Consultations ONE), Martine Vanderkam (Sage-femme, CHU Saint-Pierre)
Relecture	Luc Schreiden (Psychologue-psychothérapeute), Martine Content-Dupont (Psychothérapeute)
Graphisme	Marie-Noëlle Jacmin - https://tandemm.be/
Impression	1 ^{re} édition, 2017 – 2 ^e édition, mise à jour, 2018 – 3 ^e édition, 2020 : graphisme : Marie-Noëlle Jacmin 4 ^e édition, mise à jour, 2025 : graphisme : Maïté Dufrasne, Infographie ONE. © Fonds Houtman (ONE) • Dépôt légal : D/2025/7730/1

Document également disponible sur demande (info@fondshoutman.be ou secretariat.drd@one.be) et téléchargeable sur les sites <https://www.fonds-houtman.be/les-cahiers-du-fonds/> (Cahiers 23) et www.dmgulb.be

Pour de plus amples informations sur les projets soutenus par le Fonds Houtman :
0032 2 543 11 71 ou info@fondshoutman.be

La construction du référentiel

Ce référentiel a été élaboré par le Département de Médecine Générale de l'ULB à l'initiative du Fonds Houtman (ONE), soucieux de créer des synergies avec tous-tes les scientifiques et professionnels-les de terrain qui sont pré-occupé-es par le bien-être et le devenir du jeune enfant et de sa famille.

Il se base sur la méthodologie suivante :

- Une revue systématique de la littérature relative aux impacts des violences conjugales sur la santé des personnes concernées et sur les interventions efficaces en la matière.
- L'analyse de « focus-groups multidisciplinaires » de praticien-nés impliqué-es dans l'étude clinique réalisée dans le cadre de ce projet de recherche (CHU Brugmann et CHU Saint-Pierre) ou accompagnant ces familles sur le long cours.
- L'appui d'une équipe externe chargée de communication en promotion de la santé.

Il répond à un objectif principal : soutenir les professionnel-les de santé dans la détection précoce et l'accompagnement des familles concernées, qu'ils-elles soient médecins généralistes, gynécologues, obstétricien-nés, pédiatres, pédopsychiatres, sages-femmes, Partenaires Enfants-Parents (PEP's) de l'ONE, psychologues, kinésithérapeutes, assistant-es sociaux-ales ou encore tout-e acteur-riche impliqué-e dans la problématique.

Il a comme porte d'entrée les parents, en gardant à l'esprit que ce sont les enfants in utero et âgés de moins de 4 ans qui sont visés in fine. L'enfant exposé, aujourd'hui reconnu comme covictime (**>> Voir Annexe - Article 8**), se définit comme celui qui est témoin oculaire ou auditeur des épisodes de violence entre ses parents ou encore s'inquiète des conséquences de la violence sans l'avoir vue, ni entendue (constat de blessures, récit du parent, intervention policière ...) et vit dans la peur (NICE 2014).

Comment l'utiliser ?

Le professionnel de santé aura à sa disposition :

Des **repères théoriques et cliniques** auxquels il peut faire référence dans sa pratique et y trouver des pistes pour :

- Baliser ce que sont les violences au sein du couple.
- Favoriser la détection précoce en consultation sur base de signaux et symptômes avertisseurs.
- Offrir un accompagnement approprié.
- Gérer ces situations dans une optique multidisciplinaire.

Des **outils d'aide à la pratique** qui peuvent être utilisés lors d'un entretien avec le(s) parent(s) d'enfants in utero ou âgés de moins de 4 ans.

- Les **outils** constituent, pour le-la professionnel-le de santé, un soutien dans le processus de détection et d'accompagnement des familles concernées.
- Les **fiches** permettent d'ouvrir un espace d'échanges autour de la dynamique des violences et de leur impact sur l'avenir des enfants, quelle que soit l'énergie mise en œuvre par le(s) parent(s) pour les tenir à distance de celles-ci. Elles sont également un levier pour la mise en place d'un changement.

TOME 1



TOME 2



Table des matières

La construction du référentiel	3
Comment l'utiliser ?	3
1. Les violences au sein du couple : de quoi parle-t-on ?	5
Les violences au sein du couple, c'est différent des conflits	5
Le cycle et le continuum des violences	5
Les formes de violences	7
Quelques chiffres	8
Les impacts sur la santé des enfants	8
2. Comment puis-je détecter précocement les situations de violences au sein du couple ?	11
Trois prérequis à la démarche diagnostique	11
La démarche diagnostique	11
Des conditions à respecter	13
Les éléments d'attention pour le diagnostic	13
Les attitudes à développer en cas de révélation des violences	15
Les attitudes à développer en cas de déni/minimisation des violences	16
La démarche est-elle bien acceptée et efficace ?	17
3. Quel accompagnement puis-je proposer ?	18
Informar.....	18
Evaluer la situation de violences en termes de risque/protection	19
Elaborer des mesures de protection	20
Ouvrir le dialogue avec le parent auteur de violences	20
Soutenir la parentalité	21
Assurer la continuité des soins	21
Documenter la situation	22
4. Sur quelles ressources puis-je m'appuyer ?	23
Le réseau d'intervenant·es en santé	23
Les outils informatiques	23
La formation	24
Bibliographie	25
Annexe	27

Les violences au sein du couple : de quoi parle-t-on ?

.....
Ce n'est pas toujours là où on croit qu'il y a des violences. Parfois, on nous dit que tout va bien et puis en fait, on se retrouve face à des choses comme ça. (Gynécologue)

Les violences au sein du couple, c'est différent des conflits

Le **conflit** consiste en un désaccord avec divergence de points de vue sur des besoins, des choix de vie, des valeurs entre les deux partenaires du couple. Chacun-e va tenter de persuader, de convaincre l'autre qu'il-elle a raison, parfois même avec insistance. Il-elle va défendre sa position en l'argumentant, sans que la peur détermine qui sera le-la gagnant-e. Le conflit est généralement ponctuel avec, à la clé, une recherche de solutions. Il peut néanmoins évoluer en mésententes temporaires, voire récurrentes.

Les **violences au sein du couple** sont un ensemble de comportements, d'attitudes et de paroles de l'un-e des partenaires ou ex-partenaires qui vise à contrôler et à prendre le pouvoir sur l'autre. Il n'y a pas des interlocuteur-rices mais un-e seul-e en position haute (« il n'y a que moi et moi »). L'autre est traité-e comme un objet. Il n'y a pas de place pour la négociation, la prise de décision en commun et les conflits sont un prétexte pour mettre l'autre en échec. Ces violences s'expriment souvent de façon cyclique avec un moment-pivot, celui des justifications de l'auteur-e, qui se déresponsabilise et participe à la légitimité et la banalisation des actes violents. Avec le temps, les violences s'intensifient et ont tendance à devenir chroniques (**voir point suivant**).

Sans contester le fait que les conflits conjugaux peuvent avoir un impact sur l'enfant, distinguer ces deux notions est essentiel car elles n'induisent pas le même type de réponse à apporter aux familles.

Le cycle et le continuum des violences

Les violences au sein du couple surviennent rarement seules, elles ont tendance à se répéter et à devenir chroniques. Un cycle a été mis en évidence dans la littérature et apporte une clé de lecture face aux inconstances et ambivalences dans la demande d'aide. Ce cycle décrit une dynamique relationnelle dans laquelle les deux partenaires sont impliqués et qui comporte quatre moments-clés (**>> Voir Aide au dialogue - Fiche 1**) :

Les 4 moments-clés :

1. Les tensions dans le couple
2. L'épisode de violences
3. La « justification »
4. La « lune de miel »

Le cycle des violences : les 4 moments-clés

1. Une période caractérisée par des **tensions dans le couple** (hyper-contrôle, lourds silences, bouderie...) qui s'accroissent progressivement, créant un climat de peur et d'insécurité au sein de la cellule familiale. La personne victime tente de satisfaire au mieux les desideratas de son-sa partenaire.

2. **L'épisode de violences** psychologiques, physiques et/ou sexuelles qui place la personne victime et ses enfants en état de choc assorti d'un sentiment de colère ou de tristesse. C'est souvent lors d'une de ces « crises » que ces violences sont révélées au monde extérieur et notamment aux professionnel·les de santé. C'est en effet à cette occasion que l'aide de tiers est le plus souvent sollicitée.

3. La « **justification** » de l'auteur-e qui tente d'expliquer ses actes en reportant la responsabilité sur son-sa partenaire. Il-elle tente de rendre « acceptable » la portée de ses comportements et d'éviter ainsi d'en assumer les conséquences. Cette stratégie de justification peut prendre des colorations différentes : « C'est de ta faute », « Tu m'as provoqué-e », « J'ai eu une enfance malheureuse »... A terme, elle vise à banaliser ou normaliser les violences auxquelles l'auteur-e a recours. De son côté, la personne victime développe souvent des sentiments complémentaires de culpabilité. Chez l'enfant, les arguments justificatifs avancés par les parents génèrent des doutes et de la confusion.

4. La « **lune de miel** » ou la phase d'amour et de pardon pendant laquelle l'auteur-e de violences se montre particulièrement attentionné-e. C'est une période d'espoir, de retour au mythe fondateur du couple ou de la famille qui permet au système familial de se maintenir.

Les partenaires deviennent comme dépendant-es de ce cercle vicieux, les moments d'accalmie et de réconciliation étant de plus en plus rares.

C'est dans ce climat marqué par l'insécurité, les liens malmenés, la menace et les passages à l'acte que l'enfant est amené à grandir. Il ne s'agit donc pas de la simple dispute dans un couple, comme pourraient nous le faire croire certaines personnes concernées, mais d'un **processus relationnel fonctionnant à la manière d'un engrenage qui, une fois mis en place, produit les conditions de son maintien.**

Nous sommes donc en présence d'une **spirale où la fin de chaque boucle accomplit génère un risque d'intensification de la violence**. Au début de l'histoire du couple, ce ne seront sans doute que certaines conduites exagérées de l'un-e qui seront mal vécues par l'autre, avec une tendance à les excuser et sans pour autant qu'un changement soit réclamé. Ainsi s'amorce une relation où l'un-e va progressivement prendre le pouvoir, et l'autre s'en accommodera avec souvent comme espoir de conserver le lien. Avec le temps, le rapport de force aura tendance à se cristalliser, avec un-e partenaire en position de « dominant-e » manifestant des comportements qui laissent à penser que l'autre est devenu-e son « objet ». Dans ce système de contrôle coercitif, les actes de violence se cumulent et augmentent en fréquence et en intensité avec des conséquences de plus en plus lourdes pour la personne victime (perte d'autonomie, isolement, dépression, stress aigu ou post-traumatique, blessures graves...), raisons pour lesquelles on parle de « continuum des violences » (Brown 2021).

(>> Voir Aide au dialogue - Fiche 3)

Verbale et Psychologique

Insultes, obscénités, injures à caractère sexuel (également par téléphone, sms, sur les réseaux sociaux) ou encore sarcasmes sur la personne elle-même ou sur les enfants.

Attitudes ou propos méprisants, critiques, réflexions insidieuses sur le physique, les vêtements, les fréquentations, les croyances (religieuses ou spirituelles), reproches au sujet de communications échangées ou de publications sur le net..., chantages affectifs, humiliations, culpabilisations, intimidations, réactions d'indifférence, conduites dangereuses, menaces de mort, de s'en prendre à un animal de compagnie

Critiques devant les enfants, dévalorisations du rôle de parent, menaces d'enlever les enfants, harcèlements autour du droit de visite.

Economique et Administrative

Contrôle des ressources financières et matérielles (modification des codes et mots de passe des comptes bancaires, administratifs, abonnements en ligne...) allant jusqu'à la privation, au détournement de salaires, de biens, d'allocations familiales notamment par usurpation ou violation d'identité.

Contrainte au travail au-delà du supportable, opposition à la recherche d'emploi ou au retour à l'emploi après un congé parental, refus d'accès au système de santé, interdiction des dépenses liées à l'enfant.

Confiscation de documents (carte d'identité, permis de conduire, permis de séjour...).

Les formes de**Violences**

Humiliation en public, isolement, limitation de la participation aux activités, contrôle des allées et venues, installation de dispositifs de surveillance via téléphone ou GPS, exigence de joindre la personne à tout moment, de savoir où elle se trouve photos à l'appui, vérification des contacts téléphoniques, des sms et des réseaux sociaux, confiscation du téléphone, de l'ordinateur, de la tablette, des clés de voiture.

Obligation de partager ses codes de boîte mail ou comptes de réseaux sociaux.

Communication avec l'enfant pour obtenir des informations à caractère privé en cas de séparation, mise en place d'un système de géolocalisation de l'enfant en temps réel, interdiction de fréquenter les soins périnataux

Sociale et Familiale

Bousculades, gifles, coups de pieds ou de poings (au ventre), brûlures, morsures, jets d'objets au visage, utilisation d'armes blanches ou d'une arme à feu, strangulation, séquestration.

Contrôle de la contraception ou de la grossesse (poursuite ou avortement), pressions ou chantage pour obtenir des rapports sexuels, viol, blessures sur les parties génitales, pratiques sexuelles imposées (par exemple, avec plusieurs partenaires).

Diffusion de contenus intimes, photos publiées sans autorisation ou modifiées par l'IA, diffusion d'images à caractère pornographique, menaces ou diffamation sur les réseaux.

Physique et Sexuelle

Quelques chiffres...

- Les violences au sein du couple sont largement répandues et souvent dissimulées. La dernière enquête belge révèle que près d'1 femme sur 2 (de 18 à 74 ans) a vécu au cours de sa vie plusieurs formes de violences de la part de son-sa partenaire intime; plus d'1 homme sur 5 se retrouve dans cette même situation (Janssen 2024).
- Elles surviennent dans tous les milieux et classes sociales indépendamment du niveau de formation, de l'appartenance ethnique et religieuse, des revenus, de l'âge et de l'orientation sexuelle. Toutefois, le jeune âge, les addictions, les problèmes économiques constituent des facteurs de vulnérabilité.
- La grossesse est considérée comme une période à risque. En Belgique, les études réalisées en maternité évaluent entre 3,4% et 11% la prévalence des violences autour de la grossesse (Roelens 2009, Jeanjot 2008).
- Le seul fait acquis, et qui semble le plus solide prédicteur, c'est la préexistence d'une histoire de violences dans le couple. Celle-ci risque fort de se poursuivre tout au long de la période périnatale tout en sachant que la forme, la fréquence et la sévérité peuvent évoluer avec le temps.
- Toujours, selon l'enquête nationale, une personne sur trois a été témoin de violences conjugales avant l'âge de 15 ans (Janssen 2024).
- Un peu plus de 60% d'entre elles en témoignent de « parfois » à « tout le temps » (Janssen 2024).
- Un peu plus de la moitié des personnes interrogées sont aussi des victimes directes (Janssen 2024).
- Le tout jeune âge de l'enfant apparaît comme un facteur de risque supplémentaire étant donné la grande dépendance physique, psychique et émotionnelle du nouveau-né à l'égard de ses parents.

Les impacts sur la santé des enfants

L'exposition aux violences au sein du couple affecte la santé des enfants à tout âge, même in utéro.

1. Enfant in utéro

(>> Voir Aide au dialogue - Fiche 4)

Les recherches actuelles sur les traumatismes infantiles pendant la période périnatale démontrent un impact au niveau cérébral. Le stress précoce - associé à des taux élevés de cortisol - peut influencer l'organisation structurale du cerveau. Ces modifications entraînent une **altération du développement** des fonctions intellectuelles et du développement physique, des troubles du système de l'affectivité, des émotions et de la mémoire (Moureau 2016, McLaughlin 2020).

En connexion physiologique permanente avec sa mère, le fœtus, comme elle, est **en état de stress chronique** : une perturbation de ses mouvements (agitation ou manque de réaction) est dès lors observée.

Les études sur les violences subies pendant la grossesse attestent que **la prématurité et le petit poids à la naissance** en sont les conséquences les plus significativement associées (Sha 2010, Wathen 2012).

On relève également, pour le fœtus, les **risques encourus** suivants : avortement spontané, hémorragie, voire rupture utérine, décollement prématuré du placenta, suivis de souffrance et parfois de mort fœtale (Severac 2012).

2. Enfant de moins de 2 ans

(>> Voir Aide au dialogue - Fiche 5)

Après l'accouchement, le mal-être de la mère peut se traduire par une carence ou une absence de soins à l'égard de son enfant et ce d'autant plus que, selon la revue systématique sur les troubles mentaux périnataux (Howard 2013), la violence

autour de la grossesse multiplie par trois le risque de dépression du post-partum.

L'exposition aux violences perturbe les processus d'attachement, entraînant des **dysfonctionnements comportementaux** (Severac 2012). Le bébé risque de se trouver face à des parents «trop pris» dans l'engrenage de la violence, peu disponibles à décrypter ses rythmes et ses besoins et également avec peu d'énergie pour y répondre. Il peut alors perdre intérêt pour son environnement, anesthésier ses besoins et signaux de manque, ne plus faire de bruit, devenir triste et apathique.

A l'inverse, ses pleurs peuvent devenir de plus en plus fréquents, de plus en plus durables. Dans le chaos de la violence, les parents n'arrivent pas à le sécuriser, se sentent disqualifiés et peuvent devenir maltraitants (voir syndrome du bébé secoué).

Une autre répercussion relevée dans la revue de littérature (Evans 2008) est l'apparition de symptômes post-traumatiques tels un état d'hypervigilance, des cauchemars, des sursauts à répétition. En effet, le jeune enfant perçoit des éléments menaçants de manière récurrente (portage ou gestes brusques, bruits soudains, cris) et ressent très probablement une angoisse intense face à des actes de destruction et à la dégradation de ses deux figures parentales. Il a peut-être même assisté à des épisodes de violences durant lesquels un-e de ses parents a pu être gravement blessé-e, voire perdre la vie. Plus souvent à domicile que ses aînés, le tout-petit court aussi plus de risques de blessures et de décès.

En lien direct avec les troubles de l'attachement et le traumatisme de l'exposition aux violences, les **troubles du sommeil et de l'alimentation** sont largement documentés. D'après la revue systématique de Yount (2011), la croissance des enfants en est affectée dans

les deux premières années de vie : un risque de retard de croissance à deux ans ainsi qu'une petite taille à sept ans et à l'âge adulte.

A ce tableau clinique, s'ajoute toute une liste de **troubles psychosomatiques** au niveau ORL, dermatologique, gastro-intestinal et respiratoire (Ovaere 2007).

Des **problèmes d'apprentissage** apparaissent également car la peur et l'insécurité inhibent la découverte de l'environnement – tâche majeure de développement entre 6 et 18 mois – d'autant que l'exploration et le jeu seront peu encouragés par les parents et que l'enfant sera souvent instrumentalisé et utilisé comme objet de justification du recours à la violence (Severac 2012).

D'autres études rapportent un suivi médical aléatoire, un taux de vaccination moins élevé et davantage de consultations aux urgences (Bair-Merritt 2006).

3. Enfant de 2 à 4 ans

(>> Voir Aide au dialogue - Fiche 6)

Les conséquences de la violence au sein du couple sur l'enfant qui grandit se modulent différemment selon l'âge.

Dans sa relation à l'autre, l'enfant d'âge préscolaire peut être en retrait, avoir l'air triste, voire dépressif pensant qu'il est pour quelque chose dans les épisodes de violence, qu'il les a causés par ses actes ou sa présence. A contrario, il peut se montrer rejetant, agressif notamment à l'égard de ses condisciples en milieu d'accueil, reproduisant les comportements observés au sein de la cellule familiale. En effet, selon la méta-analyse d'Evans (2008), l'exposition aux violences augmente de manière significative le processus d'intériorisation et d'extériorisation de la problématique – près de quatre fois d'après l'étude longitudinale de Martinez-Torteya (2009).

Par ricochet, ce processus a un impact sur la socialisation de l'enfant ; celui-ci intègre des modèles violents de résolution de conflit et d'interactions sociales accompagnées de représentations biaisées du rapport homme/femme.

Au niveau **physique**, on note différents signes comme des troubles du sommeil, de l'alimentation, des symptômes psychosomatiques (eczéma, asthme, infections à répétition...) et des douleurs en tout genre (maux de ventre, de tête...).

Du point de vue de son **développement psycho-émotionnel**, le fait que l'enfant soit confronté à la violence entre ses parents au moment où il apprend à réguler ses émotions, peut l'amener à adopter des modalités d'expression inadaptées desdites émotions et notamment de la colère (Severac 2012).

Sur le plan des **apprentissages**, le stress important généré par le contexte de tensions et de violences au sein de la famille peut compromettre les compétences verbales conduisant à des troubles du développement du langage - surtout en cas de dépression maternelle - associé à un déficit de stimulation intellectuelle et sensorielle (Hungeford 2012). Il peut aussi manifester sa difficulté à se séparer en restant « collé » contre sa mère, en s'agrippant, en refusant d'aller à l'école, ce qui traduit son insécurité.

Les impacts décrits in utero et jusqu'à l'âge de 4 ans seront d'autant plus graves que l'exposition aux violences s'inscrit dans la durée et qu'existeront concomitamment d'autres facteurs, à savoir des maltraitements directs, de la négligence, un isolement social ou familial ainsi qu'une absence de soutien et de prise en charge. Si des effets négatifs tels la dépression peuvent effectivement perdurer à l'âge adulte, soulignons que les enfants exposés à ces violences, dans un pourcentage significatif, feront preuve de résilience et donc vont se reconstruire face

à ce système familial dysfonctionnel (Stanley 2011). C'est le cas de 31% à 56% parmi ces enfants en âge préscolaire qui ont bénéficié de facteurs protecteurs comme un tempérament facile, une mère non dépressive, un parent gardien, une amitié solide... (Martinez-Torteya 2009). ■

Messages-clés

La forte prévalence des violences au sein du couple, les conséquences importantes sur la santé des personnes concernées ainsi que la dynamique d'aggravation et la loi du silence caractéristiques de ces situations confirment la nécessité d'une détection précoce. Cette détection précoce permettrait d'éviter bon nombre de situations de violences déjà enkystées dans un haut degré de gravité avec un rapport dominant/dominé. Cette prévention laisserait la place à une intervention autre que la mise à l'abri de la famille et l'exclusion d'emblée de l'auteur-e de violences. Ce serait aussi le moyen privilégié d'identifier la maltraitance à l'égard des enfants et ainsi de les protéger

Comment puis-je détecter précocement les situations de violences au sein du couple ?

.....
Au départ, c'est quelque chose qui commence par de la violence psychologique et qui va parfois déboucher sur des choses beaucoup plus graves. Je pense que le diagnostic, il faut le faire dès que possible.
 (Gynécologue)



On ne trouve que ce que l'on cherche

Trois prérequis à la démarche diagnostique

Le premier : s'autoriser à penser à la violence comme diagnostic est indispensable. La peur, le silence et l'ambivalence caractéristiques chez les personnes victimes rendent ce réflexe d'autant plus capital. En effet, elles n'identifient pas toujours la violence ou la minimisent, elles ont honte et se culpabilisent très souvent. Elles sont encore dans l'espoir que les choses changent ou que la présence d'un enfant arrangera tout. Souvent, elles ne souhaitent pas être la cause de l'éclatement familial et peuvent avoir peur des représailles ou des conséquences d'une révélation comme le fait que leur enfant leur soit retiré.

Le second : disposer dans la salle d'attente, dans le bureau et les salles (accouchement, monitoring) ou mieux encore, dans les toilettes, **des affiches ou du matériel didactique informant sur les violences au sein du couple** constitue un signal de l'attention portée au problème par les professionnel·les de santé ; cela aidera les personnes concernées à se confier.

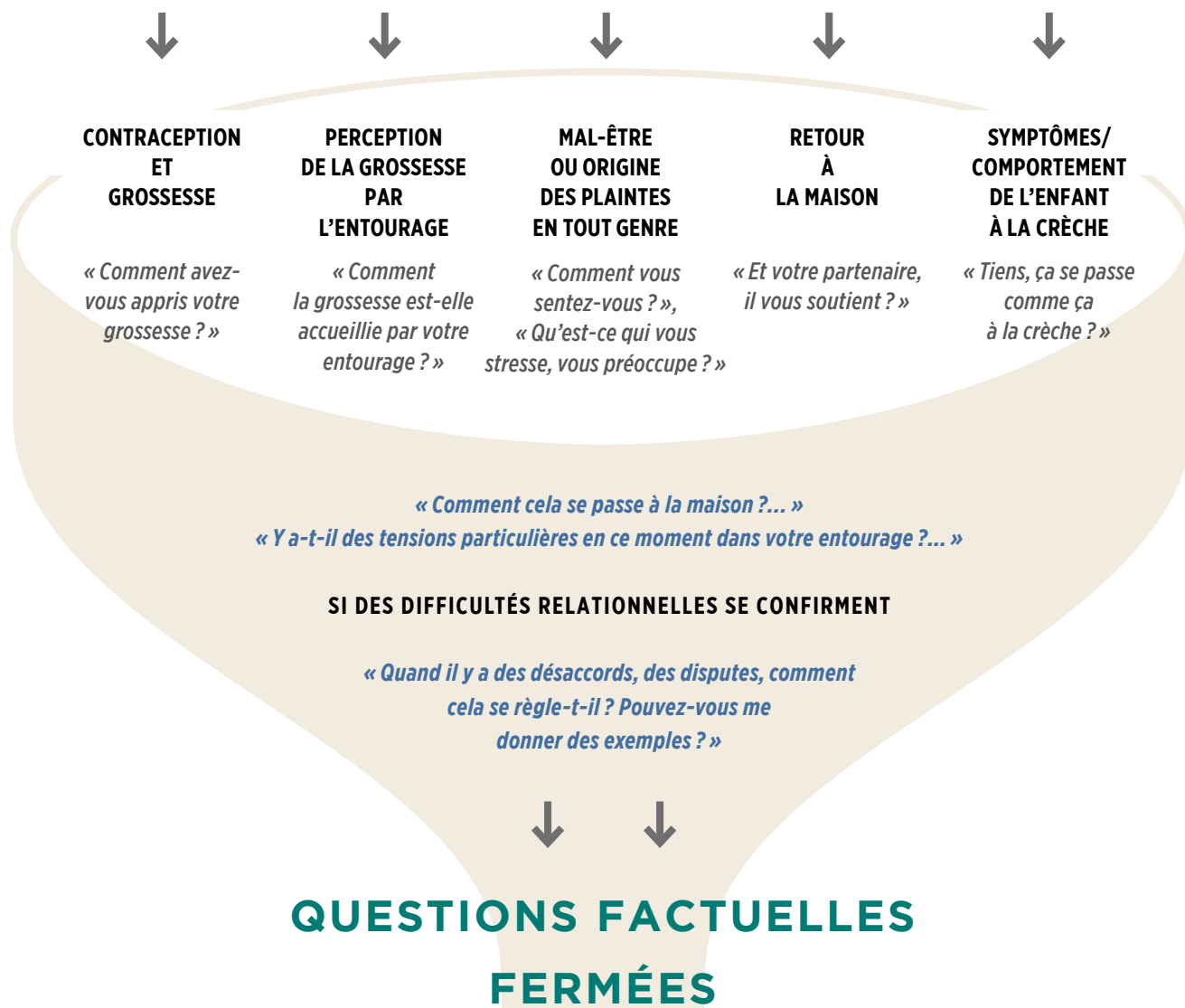
Le troisième : construire un réseau de collaboration est fondamental. Une intervention multidisciplinaire permet d'apporter aux familles un éventail de solutions ainsi que de soutenir le·la professionnel·le pratiquant en solo.

La démarche diagnostique

Au début, on était très scolaires parce qu'on n'avait pas l'habitude. Donc on était très attachées à notre questionnaire, on posait vraiment les questions les unes après les autres. Parfois donc, les patientes nous regardaient un peu bizarrement, l'air de dire : « Qu'est-ce qu'elle est en train d'écrire ? ». Maintenant, on a plus l'habitude. On pose les questions, mais pas forcément dans l'ordre du questionnaire, pour que ça passe dans une discussion sans qu'elles se sentent pistées. (Sage-femme)

La démarche consiste à interroger à partir de questions ouvertes sur la vie à la maison jusqu'à **nommer des actes concrets de violences**, en passant par des questions plus spécifiques (plus fermées) sur la relation au sein du couple et de la famille. Les portes d'entrée à ce questionnement en entonnoir sont diverses et varient en fonction du contexte.

QUESTIONS OUVERTES SUR...



« Est-ce que vous avez déjà été humilié-e, ... bousculé-e, ... frappé-e, ... menacé-e, ... contraint-e, ... avez-vous peur de votre partenaire ?... »

(>> Voir Aide au dialogue - Fiche 2)

Est-ce la première fois que vous en parlez ?
 Si non, à qui en avez-vous parlé ? et que vous a-t-on répondu ?

« Comment avez-vous appris votre grossesse ? ». Avec le contexte dans lequel la grossesse est survenue, on apprend déjà beaucoup de choses. « Et Monsieur, comment a-t-il réagi ? ». Elles me répondent. Ensuite, je leur dis que la grossesse est une période qui n'est pas évidente, que je le sais. Parfois, quand il y a eu des grossesses rapprochées, je dis en plus : « Vous avez un petit en bas âge, comment ça se passe à la maison avec Monsieur ? Est-ce que Monsieur est content aussi de la grossesse ? ». Souvent, elles répondent : « Tout va bien ». Ou alors, elles disent : « Non, c'est difficile ». A ce moment, je demande : « Est-ce qu'il y a des tensions entre vous ? Vous diriez souvent, parfois, rarement ? ». Si c'est rarement, on arrête là l'entretien. Si c'est souvent, alors je leur dis : « Les tensions, c'est des disputes ... sur quoi est-ce que vous vous disputez ? Est-ce que c'est sur le « T'as pas rangé tes chaussettes ? », « T'as pas sorti les poubelles ? » ou « Est-ce que ça va plus loin ? » Et voilà, on progresse comme ça. (Sage-femme)

Des conditions à respecter

Le questionnement progressif à propos des violences subies est réalisé pendant l'anamnèse. Il importe de poser ces questions **en privé, sans personne d'autre** (donc sans le-la conjoint-e), même un enfant (à l'exception du nourrisson). Il peut aussi être nécessaire de prendre des dispositions particulières s'il s'agit de personnes issues de l'immigration (par exemple, être du même sexe que la personne victime, s'assurer de la présence d'un-e interprète autre qu'un membre ou ami-e de la famille).

Les éléments d'attention pour le diagnostic

L'important est, comme le recommande l'OMS (2013), d'identifier un **faisceau de présomptions** des violences au sein du couple qu'il conviendra de confirmer ou d'exclure sur base des facteurs, signes/symptômes et indices décrits ci-contre et p. 14-15. Notons que ces différents éléments ont été identifiés au départ d'études réalisées auprès de la population féminine, celle-ci étant plus à risque d'être victime de violences de la part de leur partenaire.

1. Facteurs de risque prédisposant à l'émergence des violences ou à l'aggravation de celles-ci

Les facteurs ci-dessous décrivent une corrélation statistique sans preuve de causalité. Il n'y a donc pas lieu de stigmatiser certains groupes sociaux ou culturels tant cette problématique est largement répandue.

- Jeune âge (moins de 25 ans)
- Faible niveau socio-économique
- Faible niveau d'instruction
- Chômage
- Isolement
- Grossesse non désirée ou imprévue
- Dépression
- Dépression post-partum
- Assuétudes
- Maladies de longue durée ou handicaps
- Problèmes de santé mentale
- Antécédents de violences durant l'enfance ou durant la vie
- Difficultés de couple
- Période de séparation/divorce

Un signe isolé ne constitue pas une preuve

2. Signes et symptômes potentiellement révélateurs de la présence de violences au sein du couple

Je pense aux tout-petits, aux nourrissons qui peuvent couper le contact visuel, des enfants qui ne fixent pas. On n'arrive pas à capter le regard. Ça, c'est toujours très inquiétant. Ce peut être un signe de dépression chez le nourrisson... Des enfants qui crient tout le temps, des nourrissons qui pleurent sans arrêt. On voit les mamans qui prennent les nourrissons et elles n'arrivent pas à les apaiser... Je pense encore à une mauvaise prise de poids, une cassure de la courbe de croissance, ça, c'est un signe grave. N'importe quel signe somatique, de la diarrhée qui apparaît, des infections à répétition : je trouve qu'il faut être vraiment très, très attentif chez les tout-petits à des choses comme ça. (Pédiatre)

Chez la femme enceinte		Chez la mère
- Grossesse non désirée, interruption volontaire de grossesse, fausse couche - Suivi aléatoire ou tardif de grossesse - Chutes inexpliquées - Hospitalisation plus fréquente		- Dépression du post-partum - Troubles gynécologiques (douleurs pelviennes, dysfonction sexuelle, infection urinaire à répétition,...)
- Pathologies liées au stress (troubles du sommeil, de l'alimentation) - Dépression, troubles anxieux, suicidalité, comportements autodestructeurs - Troubles de stress aigu et post-traumatique, troubles dissociatifs - Assuétudes y compris le mésusage et/ou surconsommation médicamenteuse - Lésions traumatiques (coups à l'étage abdominal sans trace visible à l'examen clinique) - Troubles gastro-intestinaux chroniques et inexpliqués - Douleurs chroniques d'origine inexpliquée - Troubles cognitifs		
In utéro	Chez l'enfant âgé de moins de 2 ans	Chez l'enfant de 2 à 4 ans
- Stress chronique - Prématurité - Complications fœtales - Petit poids à la naissance	- Attitude de retrait, d'immobilisme - Hypervigilance - Pleurs incessants ou inexpliqués - Comportements « collants » - Troubles du sommeil, de l'alimentation - Perte de poids ou cassure de la courbe de croissance - Pathologies psychosomatiques (diarrhée, infections à répétition)	- Lésions traumatiques - Repli sur soi, perte d'intérêt pour l'entourage - Comportements violents à l'égard de la mère et des condisciples - Crise de colère, agitation constante - Hypervigilance, troubles du sommeil et de l'alimentation, symptômes psychosomatiques - Difficultés d'apprentissage

3. Autres indices importants évocateurs de violences au sein du couple

Quand on est face à ce genre de situations, très vite on se sent un peu plus tendu. Ou bien, j'ai mal au ventre ou bien, dès le départ, je me sens stressée. Je me dis : « Qu'est-ce qui nous arrive ? ». Alors, d'emblée, je tends des perches aux parents. Et souvent, ça confirme ce que je ressens. (Pédiatre)

Chez la personne victime	Chez l'auteur-e de violences
• Prise de parole difficile, doute, confusion • Difficultés de concentration et d'attention, pertes de mémoire • Expressions reflétant un sentiment d'insécurité (regard fuyant, difficulté à s'installer dans le fauteuil) • Hypervigilance • Auto-dévalorisation • Détachement émotionnel • Recherche constante de l'approbation du-de la conjoint.e • Interruptions de la consultation par des appels de l'auteur-e de violences	• Envahit tout l'espace de parole (répond à la place de la personne victime aux questions posées) • Impose sa présence systématiquement lors des consultations • Minimise les plaintes de la personne victime en la critiquant, en la dévalorisant en tant que parent • Remet en doute les compétences du-de la praticien-ne, lui indique les conduites à suivre • Est hyper-prévenant-e
Dans la relation mère-enfant	Chez le-la praticien-ne
• Déficit de lien avec l'enfant in utéro • Baisse de la disponibilité psychique par rapport à l'enfant • Discontinuité et incohérence dans les soins • Portage inadéquat • Négligences plus ou moins graves • Surinvestissement	• Malaise éprouvé par le-la praticien-ne dans la communication (avec la personne victime ou entre les soignant-es) • Ressenti du-de la praticien-ne que « quelque chose ne va pas »

Les attitudes à développer en cas de révélation de violences

- Ecouter avec respect l'histoire de la personne et reconnaître le courage qui lui a été nécessaire pour dévoiler la situation.
- Adopter un langage clair en reflet de ce qui est exprimé : veiller à utiliser des termes objectifs (il.elle vous a bousculé-e, menacé-e...) en vue d'aider la personne à faire une description de sa situation. A ce stade, il vaut mieux éviter les termes 'battu-e', 'maltraité-e', 'victime'/'agresseur' qui risquent de susciter des résistances.

- Respecter le rythme de la personne et éviter de faire pression pour obtenir des détails dont elle ne veut pas parler. Il est important de créer un lien sécurisé plutôt que risquer une reviviscence des événements traumatiques.
- Accueillir la révélation des violences : exprimer dans son discours que la personne victime n'est pas seule à vivre une situation de violences (d'autres sont dans le cas), qu'elle n'est pas à critiquer et que ses réactions sont une réponse normale à ce type de situation.
- Être soutenant-e et dans le non-jugement : la reconnaissance par le-la praticien-ne du sérieux des faits et de leur impact traumatique peut être le point de départ d'un changement de la situation.

- Faire part de ses inquiétudes (votre état de santé me préoccupe) et exprimer l'inacceptabilité de tout comportement violent (en distinguant les actes de la personne elle-même).
- Tenir compte des différences liées à la culture.

Je reçois beaucoup de mamans maghrébines, par exemple, ou des femmes qui ne parlent pas très bien le français. Et on va adapter chaque fois notre discours à la personne qui est en face de soi. (Partenaire Enfants-Parents, Consultations prénatales ONE)

- Informer à propos des ressources existantes dans le domaine (**>> Voir Outil 7**).

Informier. Parce que je vois qu'il y a plein de femmes qui ont l'impression de n'avoir recours à rien, alors qu'en fait, on peut les soutenir. (Pédopsychiatre)

- Assurer la confidentialité pour autant que cela n'entraîne pas d'effets négatifs pour la personne ou ses proches: ne pas intervenir auprès de l'auteur-e sans l'accord de la personne victime.
- Envisager le retour à domicile: s'enquérir du risque qu'elle encourt du fait d'en avoir parlé et prévoir les mesures de protection nécessaires (**>> Voir à ce propos Chapitre 3, p. 19-20**).

Les attitudes à développer en cas de déni/minimisation des violences

- Laisser la porte ouverte à une prochaine entrevue et l'informer de sa disponibilité à l'écoute si la situation venait à changer.
- Lui fournir les moyens de contacter les ressources locales appropriées.
- L'encourager à reprendre rendez-vous pour un suivi médical.
- Si la personne victime choisit de ne pas révéler sa situation, l'intervention du/de la praticien-ne pourra faire la différence. Plusieurs entrevues peuvent être nécessaires avant qu'elle ait conscience de sa situation et qu'elle se sente à l'aise pour aborder le sujet.
- Documenter dans le dossier médical la réponse de la personne victime quant à son déni de la situation de violences.

Cette mère avait tendance à minimiser. C'était très étrange, elle racontait des choses horribles et graves qui se passaient avec son mari qui était excessivement violent, mais toujours en riant. Alors, je l'ai reprise en disant : « Mais vous riez alors que vous racontez des choses atroces, que votre vie est en danger. Je suis étonnée de la discordance entre votre discours et votre attitude physique ». Elle était terriblement mal à l'aise. Et elle me disait : « Madame, c'est pas possible, je peux pas le quitter, il y a la maison ». Il y avait toute la vie qu'elle avait construite autour qui allait s'effondrer. Et donc, elle ne pouvait pas imaginer quitter la maison ou vendre la maison, imaginer la garde alternée pour les enfants... (Pédiatre)

La démarche est-elle bien acceptée et efficace ?

L'approche des violences par questionnaire en entonnoir est d'autant mieux acceptée par les personnes interrogées qu'elle est **incluse dans l'anamnèse** au même titre que les informations recueillies sur le poids, l'usage de tabac ou d'alcool.

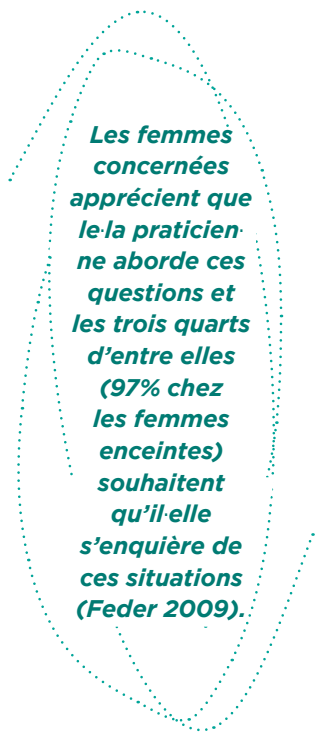
Même si certaines personnes peuvent s'étonner de la particularité des questions, c'est l'explication du bien-fondé de la démarche qui permet de lever les réticences.

Les femmes concernées apprécient que le-la praticien-ne aborde ces questions et les trois quarts d'entre elles (97% chez les femmes enceintes) souhaitent qu'il-elle s'enquière de ces situations (Feder 2009).

Lorsque ces questions d'exploration des violences subies sont posées de façon systématique, les patientes savent aussi qu'elles peuvent y revenir lors d'une prochaine consultation si elles n'étaient pas encore prêtes à y répondre la première fois. Chaque question qui lève une méconnaissance est une graine semée.

A l'inverse, les **effets négatifs d'un dépistage sont minimes** ; une impression d'intrusion dans la vie privée, un stress émotionnel, une crainte de non-respect de la confidentialité ou d'être stigmatisées, une peur de représailles du conjoint sont rapportés par un petit nombre de femmes (Nelson 2012, O'Doherty 2015). ■

En tout cas, j'ai eu des mamans qui m'ont dit : « Ce sont de drôles de questions ». Mais, ce sont souvent des femmes un peu plus intellectuelles, entre guillemets, qui s'étonnent. Sinon, je trouve que les gens prennent ça assez bien. Et si on me pose la question, j'explique : « Mais nous, vous savez, on est sensibles au fait que la violence peut survenir et que la grossesse est un moment qui déclenche parfois des choses comme ça ». D'ailleurs, elles disent souvent : « Mais, c'est bien ». Donc oui, je suis assez convaincue de l'utilité de le faire systématiquement. (Partenaire Enfants-Parents, Consultations prénatales ONE)



Les femmes concernées apprécient que le-la praticien-ne aborde ces questions et les trois quarts d'entre elles (97% chez les femmes enceintes) souhaitent qu'il-elle s'enquière de ces situations (Feder 2009).

3

Quel accompagnement puis-je proposer ?

.....
J'aurais envie de dire : la première chose, c'est de permettre la parole. C'est-à-dire que les parents sentent qu'ils peuvent nous parler. A partir du moment où ils nous disent, on peut faire une évaluation. Et à ce moment-là, on peut voir les outils qui sont à notre disposition et qu'on peut leur proposer. (Sage-femme)
.....

Les interventions suivantes se pratiquent tantôt dans l'ordre chronologique présenté ci-après, tantôt se combinent en un même temps de consultation, et auront souvent à être répétées.

Informer

La reconnaissance par le-la praticien-ne de la situation de violences peut être le point de départ d'un changement. Comme mentionné dans les revues systématiques sur l'efficacité des interventions en périnatalité, parler avec la (future) mère des **différentes formes de violences, de son caractère cyclique et de son engrenage** (>> Voir Aide au dialogue - Fiches 1 à 3) est tout à fait « productif » et l'aide à se recentrer sur elle (Rivas 2016, Bair-Meritt 2014, Van Parys 2014, Kelly 2013).

J'ai abordé le cycle de la violence avec plusieurs patientes. Et à chaque fois, il y a eu un retour très positif, même si elles ne s'y reconnaissaient pas dans un premier temps. Et quand elles ne s'y reconnaissaient pas, c'était souvent parce qu'il n'y avait pas de phase de lune de miel. Le mari était tout le temps, tout le temps violent. Avec ce cycle, j'ai l'impression qu'elles se sentent mieux comprises. Et lorsqu'elles s'y reconnaissaient, là il y avait quand même un soulagement de ne pas se sentir coupable de ce qui se passe, mais de voir que c'était une dynamique relationnelle plutôt que quelque chose qu'elles suscitaient chez l'autre. (Psychologue)

De même, faire des liens avec les symptômes ou plaintes que la personne victime décrit à son propos ou chez son enfant ou encore envisager **l'impact négatif des violences sur la santé** des personnes concernées (>> Voir Aide au dialogue - Fiches 4 à 6) sont autant de leviers pour augmenter la prise de conscience de l'importance de la situation.

Informer que, pendant la grossesse, la violence est mauvaise pour l'enfant à venir. Parce que les femmes réagissent parfois au fait que c'est mauvais pour l'enfant. Pour elles, « bon tant pis » elles vont se faire frapper, mais pas pour l'enfant. (Pédopsychiatre)

Il s'agira aussi d'être à l'écoute des besoins de la personne concernée, de ses demandes et de sa motivation à faire évoluer sa situation. Le rythme de la personne est à prendre en compte aussi bien dans la reconnaissance de la problématique dans sa vie que dans les actions à entreprendre. Présenter son rôle et l'aide proposée ainsi que les limites de celle-ci donnent un cadre clair et sécurisant lors de la première phase de l'accompagnement. Informer sur **les services d'aide disponibles** est à ce stade fondamental puisque l'on sait que quand les personnes victimes ont conscience de l'existence de ressources dans ce domaine, elles sont davantage enclines à remettre en question leur situation et à initier un changement opportun (>> Voir Outil 7).

Evaluer la situation de violences en termes de risque/protection

Une évaluation sera réalisée, d'une part, dans le but de caractériser la nature du danger encouru par la personne victime et son ou ses enfant(s) et d'en estimer sa gravité et, d'autre part, d'apprécier le degré de sensibilité des parents aux besoins de l'enfant ainsi que leur capacité à y répondre. Elle permettra à terme de déterminer l'urgence - ce qui ne peut être différé - ainsi que les modalités d'aide et de protection adéquates.

Actuellement, en Belgique, il existe des outils exhaustifs et détaillés en la matière (Pôle des Ressources 2023, IEFH 2023). Les **indicateurs** suivants, identifiés dans le cadre de dispositifs de prise en charge de femmes victimes, peuvent être pris en considération en 1^{ère} ligne **au niveau des violences (>> Voir Outil 4)** :

- La sécurité immédiate : peur déclarée par la personne victime pour sa vie et celle de ses enfants (y compris le risque d'en avoir parlé à un tiers).
- L'intensification des violences : type de violences subies (psychologique, physique, sexuelle...), fréquence et évolution dans le temps, degré d'emprise/de contrôle, mode d'exposition de l'enfant, violences en dehors du foyer.
- Les antécédents : signalement de violences physiques (éventuellement avec d'autres partenaires), violences autour de la grossesse, tentatives de suicide.
- Les menaces de mort (y compris présence d'armes) à l'égard de la personne victime, des enfants et d'autres membres de la famille.

Il est également important de considérer le **contexte** dans lequel elles ont lieu :

- Les facteurs de vulnérabilité : la dépendance économique, sociale, administrative, les assuétudes, les violences durant l'enfance, la séparation récente ou imminente du couple, les facteurs de stress (problème de santé, deuil...).
- Les obstacles aux ressources intra- et extra-familiales : le soutien de la famille (grands-parents, fratrie...) et des proches, les ami-es, les collègues, le réseau de professionnel·les...

Dans l'évaluation de la **qualité de la relation** enfant-parent victime, on portera une attention toute particulière aux éléments suivants :

- La dépression, la dépression du post-partum, les autres pathologies psychiatriques.
- Le degré de conscience chez le parent de l'impact des violences sur l'enfant.
- La capacité à développer des conditions assurant une protection à l'intérieur et/ou à l'extérieur de la famille.
- La capacité à évoluer, à se remettre en question et à demander de l'aide.

Enfin, pour autant que la sécurité soit assurée, l'évaluation de la qualité de la relation enfant - parent auteur sera envisagée, puisque son comportement indique une défaillance de sa capacité à protéger l'enfant.

Elaborer des mesures de protection

La sécurité doit être une préoccupation continue au vu du déficit du système familial à ce niveau. Ce sera tout particulièrement le cas si une séparation est en perspective. Envisager avec la personne victime des mesures de protection est une action qui a un impact positif de plus en plus affirmé sur la réduction des violences et sur la qualité de vie, selon les dernières revues systématiques (Rivas 2016, Van Parys 2014). Ces mesures de protection pourront, par exemple, prendre la forme d'un séjour plus long en maternité en vue de se donner du temps.

Il s'agira d'élaborer un **plan de sécurité**, qui inclut des actions spécifiques à accomplir quand le risque de violences est le plus élevé (**>> Voir Outil 5**).

Par ailleurs, mettre fin à la violence au sein du couple relève d'un processus qui s'inscrit dans la durée et caractérisé par des pas en avant et des pas en arrière. En présence d'enfants, cet enjeu du temps de la maturation des adultes est, dans certains cas, incompatible avec les impératifs de protection liés au développement et au bien-être de l'enfant. Dès lors, il sera parfois nécessaire de procéder à un signalement auprès des autorités compétentes lorsque le-la professionnel-le de santé ne peut assurer la sécurité de la victime, même avec l'aide de tiers, et que le danger est considéré comme grave et imminent tel que le prévoit l'article 458bis du Code Pénal (**>> Voir Annexe - Article 458bis**). La brochure ONE « Que faire si je suis confronté à une situation de maltraitance d'enfant ? - m'appuyer sur un réseau de confiance » est un document de référence utile pour orienter sa décision (téléchargeable sur le site de l'Office de la Naissance et de l'Enfance : www.one.be). En outre, il se pourrait que le-a professionnel-le soit convié-e à participer à une concertation organisée en vue de protéger l'intégrité physique

et psychique de la victime ou de tiers ou encore de prévenir certains délits (**>> Voir Annexe - Article 458ter**). La participation à ce type de concertation nécessite une réflexion éthique et le discernement qui s'impose.

Ouvrir le dialogue avec le parent auteur de violences

Moi je trouve que c'est important d'inclure davantage les pères. Parce que c'est vrai qu'il y a une catégorie de pères qui sont vraiment dangereux et qui sont du côté de la perversion. Mais il y a toute une catégorie de pères qui sont en demande, qui sont dépassés et qui seraient ravis qu'on les aide. Et souvent, les pères, on les met de côté de façon systématique. Je pense donc que ce serait intéressant d'évaluer dans quelle catégorie ils se retrouvent. Il y a des pères qui tireraient bénéfice d'un travail. On a trop tendance à se focaliser sur les femmes, je trouve. (Psychologue)

Ouvrir le dialogue avec le parent auteur fait partie intégrante de la démarche d'accompagnement de ces familles, comme spécifié dans les recommandations NICE (2014). Le **rencontrer séparément**, c'est reconnaître l'importance de sa position dans le système et c'est favoriser un changement vers davantage de sécurité relationnelle.

Comme pour son-sa partenaire, il conviendra d'être à l'écoute de ses besoins, de ses difficultés face à l'enfant (à venir) et de ses demandes éventuelles. Soulignons que l'**informer sur la souffrance vécue par l'enfant** face aux dysfonctionnements familiaux (**>> Voir Aide au dialogue - Fiches 4 à 6**) peut être un levier intéressant pour proposer une aide spécifique à l'auteur-e.

Soutenir la parentalité

Pour autant que la sécurité des personnes demeure assurée, il est essentiel de favoriser les liens parent-enfant. Le-la praticien-ne veillera non seulement à soutenir les parents en expliquant les **besoins** et les aptitudes de l'enfant, mais également à valoriser les **compétences** de chacun-e à s'occuper de celui-ci et à répondre adéquatement à ses besoins (voir à ce sujet la brochure ONE « Pour un accompagnement réfléchi des familles, un référentiel de soutien à la parentalité », téléchargeable sur le site de l'Office de la Naissance et de l'Enfance : www.one.be). Cette **valorisation** est fondamentale, plus particulièrement pour le parent victime, au vu des disqualifications et des critiques constantes dont il peut souvent faire l'objet, entraînant chez lui perte de confiance et d'estime de soi. Ce soutien sera, par ricochet, bénéfique pour l'enfant quand on sait à quel point l'estime de soi de la figure d'attachement est nécessaire à la construction de son identité (McLaughlin 2020).

Proposer un cadre et des **points de repères éducatifs** est utile dans ces familles dans la mesure où le parent victime est davantage centré sur les besoins et les rythmes de son-sa partenaire que sur ceux de son ou ses enfants.

Enfin, il est approprié d'orienter vers un **accompagnement** soit multimodal (guidance psychosociale + soutien thérapeutique + aide à la parentalité + ...) (Howarth 2016), soit vers une intervention axée sur la dyade mère-enfant (Recommandations OMS 2013) ou encore vers une guidance psychosociale de la famille (Recommandations NICE 2014). Preuves à l'appui, ces interventions améliorent la relation d'attachement mère-enfant et réduisent les symptômes de stress post-traumatiques et les problèmes de comportement chez l'enfant. A l'heure actuelle, c'est l'approche multimodale qui semble la plus pertinente.

Assurer la continuité des soins

Maintenant ce qui est très chouette, c'est qu'on a une psychologue et une assistante sociale qui sont là pour nous aider. Donc quand nous avons dépisté, on peut faire appel à elles pour continuer à prendre la patiente en charge et continuer son suivi au-delà de nos compétences de sages-femmes. On se réunit tous les quinze jours pour faire un feedback des cas, faire le point sur la prise en charge. Et on explique aux patientes justement qu'on travaille en équipe et qu'on s'occupera bien d'elles. (Sage-femme)

Assurer un **suivi régulier et rapproché** est nécessaire dans ces situations de violences. Initier un contact, lors d'une consultation prénatale ou du séjour en maternité, avec le-la psychologue et/ou l'assistant-e social-e de l'hôpital est une démarche bénéfique. Elle permet de poser les premiers jalons d'une guidance psychosociale qui a fait ses preuves dans la littérature (Rivas 2016, Kelly 2013). Cependant, il faut se rappeler que les parents ne seront pas nécessairement en demande, vivant l'événement qui, souvent pour les mères, signifie de manière illusoire la fin des violences (« bébé sauveur »).

Le plus important est d'organiser ou d'intensifier un **suivi à domicile** en réseau – passage du-de la médecin généraliste, d'un-e sage-femme, du-de la PEP's de l'ONE, d'un-e puériculteur-ice, etc. – intervention dont l'efficacité sur la diminution des violences et l'amélioration de la santé physique et mentale a été mentionnée comme prometteuse dans les dernières revues systématiques (Rivas 2016, Van Parys 2014, Kelly 2013). Le but recherché est, en plus de veiller à la qualité de la relation parent-enfant, d'ouvrir le système familial vers l'extérieur et de mobiliser des ressources susceptibles de jouer un rôle

protecteur et de pallier le manque de coéquipier. Il s'agira dès lors de réfléchir avec la personne victime – voire avec l'auteur-e, si la sécurité est assurée – à la constitution ou la restauration d'un **réseau d'entraide et de soutien** (famille, ami-es, professionnels-les...) et sur la manière de l'activer (**>> Voir Aide au dialogue - Fiche 7**).

Prévoir un suivi pédiatrique rapproché est également nécessaire.

Documenter la situation

Il s'agira de consigner de manière exhaustive et minutieuse dans le **dossier médical** ses

observations objectives et les déclarations subjectives de la personne victime (Guide de Pratique Clinique SSMG-DMG ULB 2018).

Je nomme et même j'écris dans les dossiers ce qu'elles me disent et qui m'inquiète. Donc, je fais mes remarques : « Vous me dites que quand il se passe ça, vous avez envie de le jeter par la fenêtre, je peux comprendre, je le note »... Et puis plus tard : « Donc le mois passé, vous m'avez dit ça, ça et ça. Comment ça va maintenant ? ». Je ne laisse pas des petits mots en l'air. Je les reprends et sans jugement. (Médecin généraliste, Maison Médicale)

Anamnèse	• Début des violences, fréquence, type, intensification, antécédents, conséquences pour la personne victime et les autres membres de la famille
Examen clinique	• Liste exhaustive des lésions et séquelles • Description précise avec schémas et photographies. • En cas de violences sexuelles : orienter vers le Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS)
Hypothèses diagnostiques	• Notes ou annotations personnelles en cas de doute, de suspicion ou de déni de la personne - « Elle dit ne pas vivre une situation de violences au sein du couple » - « Ce qu'elle dit ne concorde pas avec les lésions observées » • Initiatives de la part du/de la praticien-ne
Plan de soins	• Liste des examens et des démarches complémentaires proposées

A la demande de la personne victime, un **certificat** pourra être rédigé et, le cas échéant, conservé dans le dossier. Un aide-mémoire à la rédaction de ce certificat est validé par l'Ordre des médecins et est actuellement disponible (**>> Voir Outil 6**). Rappelons que le certificat spécifiera :

- L'identification de la personne victime, du médecin, la date et l'heure de l'examen, la signature du médecin sur chaque page.
- La durée de l'Incapacité Totale de Travail (ITT) : elle démontre la gravité de la violence en cas de plainte et se rapporte à la capacité du patient à

effectuer ses activités courantes. L'évaluation des répercussions des violences sur le fonctionnement personnel du patient sera donc réalisée même si le patient ne travaille pas professionnellement (femmes au foyer, personnes au chômage ou sans emploi, retraités, enfants).

- La mention « sous réserve de complications et d'évolution ou avis d'experts (psychiatre, gynécologue, pédiatre...) ».

Le certificat sera remis personnellement et une copie sera conservée dans le dossier médical. ■

Sur quelles ressources puis-je m'appuyer ?

4

.....

Et tout de suite, on se dit qu'on n'est plus seule. Ça, c'est vraiment très, très important. Et à l'ONE, il y a plein de ressources, à l'ONE il y a des avocats, il y a toutes sortes ... Donc, contacter les « ONE », ça veut dire aussi pour moi trouver des gens de terrain qui sont proches des familles dans les quartiers. (Pédiatre)

.....

Le réseau d'intervenant-es en santé

L'accompagnement de ces familles confirme la nécessité de créer du lien et de se **construire un réseau intervenant-es** (>> Voir Outil 7). Les Partenaires Enfants-Parents (PEP's) de l'ONE et les médecins généralistes sont des interlocuteur-rices à privilégier au vu du suivi à domicile qu'ils-elles proposent. Ceux-elles-ci ont une meilleure connaissance des ressources, voire des fonctionnements familiaux et peuvent rester vigilant-es à l'évolution de la situation.

Rappelons ici les **lignes directrices du secret partagé**, de nature à garantir la qualité des échanges :

- Informer le patient du projet de partage d'informations à d'autres intervenant-es, ses objectifs, ses avantages et ses limites, et obtenir son accord.
- Ne partager les informations confidentielles qu'avec d'autres intervenant-es que l'état ou la profession oblige également au secret professionnel, et qui ont en charge la même mission auprès de ce patient.
- Transmettre uniquement les informations nécessaires aux soins à dispenser.

Il est également opportun de respecter ses limites en tant que professionnel-le au vu de la complexité de ces situations et d'accepter les déconvenues qui font partie intégrante du cheminement vers un éventuel changement.

Moi, je dis souvent qu'on reste disponibles. Et elle sait qu'elle peut venir, elle a les coordonnées. Je mets mes limites aussi parce que c'est important. Mais je suis disponible pour qu'elle vienne si elle a quelque chose à ajouter, quelque chose à évoquer. Un changement dans sa trajectoire de vie, quelque chose d'autre à envisager. (Partenaire Enfants-Parents, Consultations prénatales ONE)

Les outils informatiques

Disposer d'outils informatiques tels le Dossier Médical Informatisé (DMI) constitue une **assistance à la pratique** intéressante et ce à plusieurs niveaux :

- Ils permettent une transmission rapide de l'information.
- Cette transmission se fait de manière formelle ce qui évite toute difficulté de communication entre les intervenant-es.
- Ils offrent la possibilité d'un suivi du patient et de son évolution dans le temps.

La formation

Moi je me suis sentie très démunie quand j'étais toute jeune pédiatre. Je me rappelle qu'à la première confrontation au cabinet avec un cas de maltraitance, je me suis dit : « Nom d'un chien, t'as fait la médecine, en pédiatrie, mais t'es pas formée ». Et puis, il y a eu une formation sur la maltraitance avec l'ONE. Je me suis inscrite tout de suite. (Pédiatre)

Comme le soulignent les deux études randomisées contrôlées en médecine générale (Feder 2011, Lo Fo Wong 2006), la formation à la prévention des violences au sein du couple favorise la détection précoce du problème par les praticien·nes, augmente leur aptitude à intervenir de manière appropriée et améliore l'accompagnement qu'ils·elles proposent aux familles. Ceci est confirmé en particulier quand il s'agit de programmes de formation à multiples facettes. La formation des professionnel·les de santé apparaît comme **un des points essentiels dans les recommandations OMS (2013), NICE (2014) et HAS (2019)**. Elle constitue aussi une des pierres angulaires des programmes de screening en anténatal efficaces en termes d'identification des femmes victimes (O'Reilly 2010).

Des sessions de formation et des certifications à destination des professionnel·les de 1^{ère} ligne sont organisées en présentiel et/ou distanciel par différents organismes dont le Département de Médecine Générale ainsi que par l'ONE (www.one.be). Elles visent à réduire le risque de (re)victimisation des personnes concernées. ■

Les programmes de dépistage à plusieurs composantes en anténatal augmentent tout particulièrement le taux de détection des femmes victimes. Ils incluent une formation initiale et continue, un accès direct aux ressources en interne/externe, des protocoles de dépistage efficaces, le soutien de l'institution, voire des instances publiques (O'Campo 2011).

Bibliographie

- Bair-Merritt MH, Blackstone M, Feudtner C.** Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review, *Pediatrics*. 2006 Feb; 117(2): 278-90.
- Bair-Merritt MH, Lewis-O'Connor A, Goel S, Amato P, Ismailji T, Jelley M, Lenahan P, Cronholm P.** Primary care-based interventions for intimate partner violence: a systematic review, *Am J Prev Med*. 2014 Feb; 46(2):188-94.
- Brown E, Mazuy M.** Violences conjugales subies par les femmes. Persistance du continuum des violences et de l'asymétrie de genre. *Terrains/Théories* 14/2021.
- Carpenter G L, Ann M. Stacks A M.** Developmental effects of exposure to Intimate Partner Violence in early childhood: A review of the literature, *Children and Youth Services Review*. 2009; 31:831-839.
- Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, Watts C.** Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say?, *Lancet*. 2015 Apr; 385(9977):1555-66.
- Evans SE, Davies C, DiLillo D.** Exposure to domestic violence: a meta-analysis of child and adolescent outcomes, *Aggression and Violent Behavior*. 2008; 13:131-140.
- Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R and al.** How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet the UK National Screening Committee criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria, *Health Technology Assessment*. 2009; 13(16):17-27.
- Feder G, Agnew DR, & Baird K.** Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2011; 378(9805): 1788-1789.
- Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT, Bewley S.** Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy: a systematic review and meta-Analysis, *PLOS Medecine*. 2014; 11(1).
- Haute Autorité de Santé.** Recommandation de bonne pratique. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : Comment repérer – évaluer. Juin 2019. www.has-sante.fr.
- Hibel LC, Granger DA, Blair C, Cox MJ, Family Life Project Key Investigators.** Intimate partner violence moderates the association between mother infant adrenocortical activity across an emotional challenge, *J Fam Psychol*. 2009 Oct; 23(5):615-25.
- Hibel LC, Granger DA, Blair C, Cox MJ, Family Life Project Key Investigators.** Maternal sensitivity buffers the adrenocortical implications of intimate partner violence exposure during early childhood, *Development and Psychopathology*. 2011 May; 23(2):689-701.
- Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G.** Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis, *PLOS Medecine*. 2013 May; 10(5).
- Howarth E, Moore Th HM, Welton NJ, Lewis N, Stanley N, MacMillan H, Shaw A, Bryden HP, Feder G.** IMPROving Outcomes for children exposed to domestic Violence (IMPROVE): an evidence synthesis. *Public Health Research*. 2016 Dec; 4(10).
- Hungerford A, Wait SK, Fritz AM, Clement CM.** Exposure to intimate partner violence and children's psychological adjustment, cognitive functioning, and social competence: a review, *Aggression and Violent Behavior*. 2012; 17:373-382.
- Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes.** Plan d'Action National de lutte contre les violences basées sur le genre, (PAN 2021-2025). www.igvm-iefh.belgium.be.
- Jaffe PG, Campbell M, Hamilton LH, Juodis M.** Children in danger of domestic homicide, *Child Abuse & Neglect*. 2012 Jan; 36(1):71-4.
- Jahanfar S, Janssen PA, Howard LM, Dowswell Th.** Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013 Feb 28; (2).
- Janssen C, Vesentini F.** Les violences liées au genre en Belgique. Chiffres clés de l'Enquête européenne sur la violence à l'égard des femmes et d'autres formes de violence interpersonnelle (EU-GBV. 2021-2022). Avril 2024. www.iweps.be/publication/les-violences-liees-au-genre-en-belgique.
- Jeannot I, Barlow P, Rozenberg S.** Domestic violence during pregnancy: survey of patients and healthproviders, *Journal of Women's Health*. 2008 May; 17(4):557-67.
- Kelly M, Morgan A, Carmona Ch, Canning U, Haynes Ch, Hoy A, Francis J, Jeong K, Axe V, Begum R, Jelley S, Burlace S.** Review of interventions to identify, prevent, reduce and respond to domestic violence prepared by the British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, NICE. April 2013.
- Kendall-Tackett KA.** Violence against women and the perinatal period: the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, post-partum, and breastfeeding, *Trauma Violence Abuse*. 2007 Jul; 8(3):344-53.
- Leneghan S, Gillen P, Sinclair M.** Interventions to reduce domestic abuse in pregnancy: a qualitative systematic review, *The royal college of Midwives, Evidence Based Midwifery*. 2012; 10(4):137-142.
- Lo Fo Wong SH, Wester F, Mol SSL, Lagro-Janssen TLM.** Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial, *British Journal of General Practice*. 2006; 56(525):249-257.
- Lukasse M, Schroll AM, Ryding EL, Campbell J, Karro H, Kristjansdottir H, Laanpere M, Steingrimsdottir T, Tabor A, Temmerman M, Van Parys AS, Wangel AM, Schei B.** Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2014 Jul; 93(7):669-77.
- Martin SL, Macy RJ, Sullivan K, Magee ML.** Pregnancy-associated violent deaths : the role of intimate partner violence, *Trauma Violence Abuse*. 2007 Apr; 8(2):135-48.
- Martinez-Torteya C, Bogat GA, von Eye A, Levendosky AA.** Resilience among children exposed to domestic violence: the role of risk and protective factors, *Child Development*. 2009 March/April; 80(2):562-77.
- McLaughlin K, Colich N, Rodman A, Weissman D.** Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: a transdiagnostic model of risk and resilience. *BMC Medicine*. 2020;18:96.
- McMahon S, Armstrong DY.** Intimate partner violence during pregnancy : best practices for social workers, *Health Soc Work*. 2012 Feb; 37(1):9-17.

- Mejdoubi J, Van den Heijcant SC, Van Leerdam FJ, Heymans MW, Hirsing RA, Crijnen AA.** Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women : a randomized controlled trial, PLoS One. 2013 Oct; 8(10).
- Moureau A, Delvenne V.** Traces cérébrales des traumatismes infantiles et devenir psychopathologique, Psychiatrie de l'enfant. 2016; 59(1).
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Domestic violence and abuse: multi-agency working, Nice Public health guideline. Feb 2014. www.nice.org.uk.
- Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I.** Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the 2004 US Preventive Services Task Force Recommendation, Ann Intern Med. 2012; 156:796-808.
- O'Campo P, Kirst M, Tsamis Ch, Chambers C, Ahmad F.** Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings : evidence generated from a realist-informed systematic review, Social Science & Medicine. 72 (2011); 855-866.
- O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A.** Screening women for intimate partner violence in healthcare settings, Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jul 22; (7).
- Offermans A-M, Vanhalewyn M, Van der Schueren Th, Roland M, Fauquert B, Kacenelenbogen N.** Guide de Pratique Clinique - Détection des violences conjugales, Société Scientifique de Médecine Générale-Département de Médecine Générale ULB. Bruxelles, 2018. www.ssmg.be et www.dmgulb.be.
- Offermans A-M, Warlet F-J.** Les Violences Conjugales- cadre juridique et déontologique : aspects relatifs au dossier et au certificat médical, Société Scientifique de Médecine Générale. Bruxelles, 2025. www.ssmg.be et www.dmgulb.be.
- Office de la Naissance et de l'Enfance,** Direction Générale de l'Aide à la Jeunesse et Délégué Général des Droits de l'Enfant. Pour un accompagnement réfléchi des familles, un référentiel de soutien à la parentalité.Bruxelles, Juin 2023. www.parentalite.be.
- Office de la Naissance et de l'Enfance.** Que faire si je suis confronté à une situation de maltraitance d'enfant ? - m'appuyer sur un réseau de confiance. Bruxelles. www.one.be.
- O'Reilly R, Beale B, Gillies D.** Screening and intervention for domestic violence during pregnancy care: a systematic review, Trauma Violence Abuse. 2010; 11: 190-201.
- Organisation Mondiale de la Santé (WHO).** Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, WHO Clinical and Policy Guidelines, WHO. Geneva, 2013. www.who.int.
- Ovaere F, Sardo-Infirri S., Touahria-Gaillard A., Lévy J.-M.** L'impact de la violence conjugale sur les enfants, Revue critique de littérature, Rapport final, octobre 2007. www.onpe.gouv.fr.
- Rivas C, Ramsay J, Sadowski L, Davidson LL, Dunne D, Eldridge S, Hegarty K, Taft A, Feder G.** Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse, Campbell Systematic Reviews. 2016; 2.
- Rivett M, Howarth E, Harold G.** Watching from the stairs: towards an evidence-based practice in work with child witnesses of domestic violence, Clin Child Psychol Psychiatry. 2006; 11:103.
- Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M.,** Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: a survey study, Eur J Obstet Gynaecol Reprod Bio. 2008; 137(1):37-42.
- Sarkar NN.** The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome, Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2008 April; 28(3): 266-271.
- Séverac N.** Les enfants exposés à la violence conjugale, Recherches et pratiques, Rapport d'étude, ONED. Paris, 2012. www.onpe.gouv.fr.
- Shah PS, Shah J.** Knowledge synthesis group on determinants of preterm/LBW births. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes a systematic review and meta- analyses, J Womens Health (Larchmt). 2010; 19:2017-2031.
- Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique (SSGO),** Violence domestique : guide pratique - Améliorer la prise en charge des femmes concernées, Gynécologie Suisse. 2009. https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/vie_privée/ViolenceDomestique/pdf/SGGG_Violence_domestique.pdf
- Stanley N.** Children experiencing domestic violence: a research review. Dartington: Research in Practice. 2011.
- Stover CS, Meadows AL, Kaufman J.** Interventions for intimate partner violence : review and implications for evidence-based practice, Professional Psychology: Research and Practice. 2009; 40(3):223-233.
- Taillieu TL, Brownridge DA.** Violence against pregnant women: prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research, Aggression and Violent Behavior. 2010; 15:14-35.
- Thackeray JD, Hibbard R, Dowd MD and the committee on child abuse and neglect, and the committee on injury, violence, and poison prevention.** Clinical Report-Intimate Partner Violence: The Role of the Pediatrician, Pediatrics. 2010 May; 125(5):1094-1100.
- Trabold N.** Screening for intimate partner violence within a health care setting: a systematic review of the literature, Social Work in Health Care. 2007; 45(1):1-18.
- US Department of justice, U.S. Department of Health and Human Services.** Evidence-Based Practices for Children Exposed to Violence: a selection from federal databases, US Department of justice. 2009. www.nccadv.org.
- US Preventive Services Task Force.** Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults, Annals of Internal Medicine. 2012 June; 156(11):796-808.
- Van Parys A-S, Verhamme A, Temmermann M, Verstraelen H.** Intimate partner violence and pregnancy: a systematic review of interventions, PLoS One. 2014 Jan; 9(1).
- Wathen N.** La victimisation avec violence : répercussions sur la santé des femmes et des enfants, Division de la recherche de la statistique, Ministère de la Justice Canada. 2012. www.justice.gc.ca.
- Wu V, Huff H, Bhandari M.** Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: a systematic review and meta-analysis, Trauma Violence Abuse. 2010; 11:71-82.
- Yount KM, DiGirolamo AM, Ramakrishnan U.** Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: a conceptual review of the pathways of influence, Social Science & Medicine. 2011 May; 72(9):1534-54.

Annexe

Article 422bis du code pénal

Sera puni d'un emprisonnement de huit jours à un an et d'une amende de 50 à 500 euros ou d'une de ces peines seulement, celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention. Le délit requiert que l'absténant pouvait intervenir sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui. Lorsqu'il n'a pas constaté personnellement le péril auquel se trouvait exposée la personne à assister, l'absténant ne pourra être puni lorsque les circonstances dans lesquelles il a été invité à intervenir pouvaient lui faire croire au manque de sérieux de l'appel ou à l'existence de risques. La peine prévue à l'alinéa 1^{er} est portée à deux ans lorsque la personne exposée à un péril grave est mineure d'âge ou est une personne dont la situation de vulnérabilité en raison de l'âge, d'un état de grossesse, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale était apparente ou connue de l'auteur des faits.

Article 8 - Loi du 13 juillet 2023

Lors de l'adoption et de la mise en oeuvre de toute décision, politique ou mesure en lien avec le champ d'application de la présente loi, les personnes et autorités visées à l'article 5 reconnaissent à l'enfant qui a été exposé aux violences visées sans être directement victime mais en connaissant la victime directe, la qualité de victime et ce, dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

Article 458bis du code pénal

Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 371/1 à 377, 377quater, 379, 380, 383bis, §§ 1^{er} et 2, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425, 426 et 433quinquies, qui a été commise sur un mineur ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, de la violence entre partenaires, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée, et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité, soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité.

Article 458ter du code pénal - Loi du 6 juillet 2017

§ 1^{er} *Il n'y a pas d'infraction lorsqu'une personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets, communique ceux-ci dans le cadre d'une concertation organisée soit par ou en vertu d'une loi, d'un décret ou d'une ordonnance, soit moyennant une autorisation motivée du procureur du Roi.*

Cette concertation peut exclusivement être organisée soit en vue de protéger l'intégrité physique et psychique de la personne ou de tiers, soit en vue de prévenir les délits visés au Titre I^{er} du Livre II ou les délits commis dans le cadre d'une organisation criminelle, telle qu'elle est définie à l'article 324bis.

La loi, le décret ou l'ordonnance, ou l'autorisation motivée du procureur du Roi, visés à l'alinéa 1^{er}, déterminent au moins qui peut participer à la concertation, avec quelle finalité et selon quelles modalités la concertation aura lieu.

§ 2 *Les participants sont tenus au secret relativement aux secrets communiqués durant la concertation. Toute personne violant ce secret sera punie des peines prévues à l'article 458. Les secrets qui sont communiqués pendant cette concertation, ne peuvent donner lieu à la poursuite pénale que des seuls délits pour lesquels la concertation a été organisée.*

Référentiel à destination des professionnels de santé

TOME 1 /

Repères théoriques et cliniques

TOME 2 /

Outils d'aide à la pratique



Violences au sein du couple: les enfants en souffrance

Référentiel

à destination des professionnels de santé

Outils d'aide à la pratique

TOME 2

Comment détecter ?
Comment accompagner ?
Comment orienter ?

*« Violences au sein du couple : les enfants en souffrance.
Référentiel à destination des professionnels de santé.
Comment détecter ? Comment accompagner ? Comment orienter ? »*

Tome 1: Repères théoriques et cliniques

Tome 2: Outils d'aide à la pratique

Réalisé avec le soutien du Fonds Houtman (ONE)

Auteure	Anne-Marie Offermans, Sociologue spécialisée dans la prévention des violences interpersonnelles, Formatrice
Equipe de recherche DMG ULB	Anne-Marie Offermans (Sociologue, Maître d'enseignement), Michel Roland (Médecin généraliste, Professeur émérite), Nadine Kacenenbogen (Médecin généraliste, Chargée de cours émérite)
Appui rédactionnel	Question Santé Asbl
Processus de validation	Stéphanie Deblaer (Sage-femme, CHU Brugmann), Gillian Douglas (Partenaire Enfants-Parents, ONE-CHU Saint-Pierre), Charlotte Graindorge (Médecin généraliste, Maison Médicale Cité Santé), Isabelle Jeanjot (Gynécologue, CHU Saint-Pierre), Solange Kouo Epa (Pédiatre, Consultations ONE), Sophie Leclercq (Partenaire Enfants-Parents, ONE-CHU Brugmann), Estelle Oiry (Sage-femme, CHU Brugmann), Catherine Preux (Pédiatre, CHU Saint-Pierre), Marie Vandepuut (Partenaire Enfants-Parents, Consultations ONE), Martine Vanderkam (Sage-femme, CHU Saint-Pierre)
Relecture	Luc Schreiden (Psychologue-psychothérapeute), Martine Content-Dupont (Psychothérapeute)
Graphisme	Marie-Noëlle Jacmin - https://tandemm.be/
Impression	1 ^{re} édition, 2017 – 2 ^e édition, mise à jour, 2018 – 3 ^e édition, 2020 : graphisme : Marie-Noëlle Jacmin 4 ^e édition, mise à jour, 2025 : graphisme : Maïté Dufrasne, Infographie ONE. © Fonds Houtman (ONE) • Dépôt légal : D/2025/7730/1

Document également disponible sur demande (info@fondshoutman.be ou secretariat.drd@one.be) et téléchargeable sur les sites <https://www.fonds-houtman.be/les-cahiers-du-fonds/> (Cahiers 23) et www.dmgulb.be

Pour de plus amples informations sur les projets soutenus par le Fonds Houtman :
0032 2 543 11 71 ou info@fondshoutman.be

Les outils du professionnel de santé

.....
*Il y a des outils, je les connais,
 je les utilise partiellement
 et j'y vais progressivement.
 Mais grâce à ça, j'ai les choses
 en tête. Je n'oublie pas.*
 (Pédiatre)

Les outils n'ont pas vocation
 de se substituer au sens
 clinique du·de la praticien·ne,
 mais bien de le·la soutenir
 dans le processus de détection
 et d'accompagnement
 des familles concernées.
 Ils bénéficient d'un niveau
 de preuve 2C selon
 la classification GRADE.

Les outils 1 et 2 reprennent les étapes-clés de la démarche recommandée en termes de détection et d'accompagnement des situations de violences au sein du couple.

L'outil 3 concerne la démarche diagnostique avec son questionnaire en entonnoir.

Les outils 4 et 5 visent l'évaluation des situations de violences et l'élaboration de scénarios de protection.

L'outil 6 propose un aide-mémoire à la rédaction du certificat médical.

L'outil 7 présente les différentes ressources d'aide dans le domaine.

Comment les utiliser ?

Le·la professionnel·le de santé peut décider, en fonction de son itinéraire dans la consultation, d'utiliser les outils, soit en regard d'une question qu'il·elle se pose, soit en regard du stade d'intervention dans la situation. Les outils sont complémentaires, se renvoyant mutuellement les uns aux autres. Ils sont proposés selon une trajectoire qui va de la détection précoce à la prise en charge. Cependant, chacun d'entre eux peut aussi être utilisé isolément.

Liste des outils du professionnel de santé

Mode d'emploi	3
Outil 1 : Diagnostic précoce - canevas recommandé	5
Outil 2 : Approche clinique - canevas recommandé	7
Outil 3 : Questionnement en entonnoir	9
Outil 4 : Grille d'évaluation des risques	10
Outil 5 : Gestion des risques	11
Outil 6 : Aide-mémoire à la rédaction du certificat médical, validé par l'Ordre des médecins	12
Outil 7 : Tableau des ressources	14
Méthodologie et références	25

FICHES 1 À 7

**Les fiches d'aide
au dialogue avec
les (futurs) parents**

p.16 à 24

Outil 1:

Diagnostic précoce – canevas recommandé

Je pense à la violence au sein du couple comme diagnostic : c'est fréquent et très souvent dissimulé (en Belgique, 48,7% de femmes et 23,5% d'hommes vivent au cours de leur vie plusieurs formes de violences commises par leur partenaire intime)

Je dispose des affiches et du matériel didactique relatifs aux violences au sein du couple

sur le bureau/cabinet de consultation, dans la salle d'attente, dans les toilettes [Outil 7]

Je construis au préalable un réseau de collaboration [Outil 7]

- ☐ **Je pose des questions en entonnoir** - tout d'abord ouvertes sur la vie à la maison jusqu'à nommer des actes concrets de violence - **dans de bonnes conditions** (pour que la démarche soit bien acceptée) [Outil 3]
- en privé, lorsque la personne est non accompagnée
 - de préférence pendant l'anamnèse au même titre que les informations recueillies sur le poids, l'usage de tabac ou d'alcool
 - avec des mesures particulières si la personne est issue de l'immigration

- ☐ **Je prends en compte les principaux éléments d'attention** [Tome 1 - p. 13]

Principaux éléments d'attention

Facteurs de risque

- > Jeune âge, grossesse non désirée ou imprévue, isolement, séparation/divorce, antécédents de violences familiales, assuétudes, problèmes de santé mentale

Signes/symptômes

- **Femme enceinte** > Grossesse non désirée, pathologies liées au stress, suivi aléatoire ou tardif de grossesse
- **Mère** > Dépression, anxiété, dépression post-partum, troubles dissociatifs, troubles cognitifs, assuétudes, lésions traumatiques, troubles gynécologiques
- **In utéro** > Stress chronique, prématurité, petit poids à la naissance, troubles du développement
- **Enfant de - de 2 ans** > Attitude de retrait, hypervigilance, comportements « collants », pathologies psychosomatiques
- **Enfant de 2 à 4 ans** > Troubles du comportement, du sommeil, de l'alimentation, difficultés d'apprentissage

Indices

- **Personne victime** > Prise de parole difficile, auto-dévalorisation, sentiment d'insécurité
- **Auteur-e** > Envahissement de l'espace de parole, minimisation des plaintes, présence systématique, prévenance exagérée
- **Mère-enfant** > Déficit de lien, discontinuité et incohérence dans les soins, surinvestissement
- **Praticien-ne** > Malaise, ressenti que « quelque chose ne va pas »

Suite >> **Outil 1:**

Diagnostic précoce – canevas recommandé

En cas de révélation des violences [Tome 1 - p. 15]

- ◆ je nomme clairement les violences, je suis soutenant-e et dans le non-jugement, je crée un lien sûr
- ◆ je formule que la personne n'est pas seule à vivre cette situation, c'est plus fréquent que l'on croit
- ◆ je fais part de mes inquiétudes (« votre état de santé me préoccupe ») et exprime l'inacceptabilité de tout comportement violent en distinguant les actes de la personne elle-même
- ◆ j'indique les aides spécialisées envisageables [Outil 7]
- ◆ je rappelle la confidentialité des entretiens
- ◆ j'envisage le retour à domicile : je m'enquiers du risque qu'elle encourt du fait d'en avoir parlé et je prévois les mesures de protection nécessaires [Outil 4]
..... [Outil 5]

En cas de déni/minimisation des violences [Tome 1 - p. 16]

- ◆ je laisse la porte ouverte à une prochaine entrevue et je l'informe de ma disponibilité à l'écouter si la situation venait à changer
- ◆ je l'encourage à reprendre rendez-vous pour un suivi médical
- ◆ je documente dans le dossier médical la réponse de la personne victime quant à son déni/minimisation de la situation de violences [Tome 1 - p. 22]

Outil 2:

Approche clinique – canevas recommandé

Les interventions suivantes se pratiquent tantôt dans l'ordre chronologique présenté ci-après, tantôt se combinent en un même temps de consultation, et auront souvent à être répétées.

J'informe [Tome 1 - p. 18]

- ◆ je parle avec le parent victime des différentes formes de violences, du cycle et de son engrenage > Fiche 1-3 <
- ◆ j'envisage l'impact des violences sur la santé de l'enfant > Fiche 4-6 <
- ◆ je présente mon rôle, l'aide que je peux proposer ainsi que les limites de celle-ci
- ◆ j'informe sur les services disponibles [Outil 7]

J'évalue la situation de violences en termes de risque/protection [Tome 1 - p. 19]

Principales balises cliniques

[Outil 4]

Gravité de la situation

- > Type de violences, aggravation et fréquence, degré d'emprise, présence de l'enfant lors des scènes de violence, antécédents

Danger potentiel

- > Sécurité immédiate, risque léthal (présence d'armes, menace de mort...), risque suicidaire

Contexte familial et social

- > Situation de précarité ou de vulnérabilité, assuétudes, séparation, obstacles aux ressources intra et extrafamiliales

Qualité de la relation

- > Dépression, autres pathologies psychiatriques, degré de conscience de l'impact des violences sur l'enfant, capacité à développer des conditions assurant une protection

J'envisage des mesures de protection [Tome 1 - p. 20]

- ◆ j'élabore un plan de sécurité, plan qui inclut des actions spécifiques à faire en cas de violences [Outil 5]
- ◆ je procède à un signalement auprès des autorités compétentes notamment lorsque je ne peux assurer sa sécurité, même avec l'aide de tiers, et que le danger est considéré comme grave et imminent tel que le prévoit l'article 458bis du Code Pénal Brochure ONE / www.one.be

☐ **J'ouvre le dialogue avec le parent auteur pour autant que la sécurité des personnes demeure assurée** [Tome 1 - p. 20]

- ◆ je suis à l'écoute de ses besoins, de ses difficultés face à l'enfant (à venir) et de ses demandes éventuelles
- ◆ je l'informe sur la souffrance vécue par l'enfant face aux dysfonctionnements familiaux > Fiche 4-6 <
- ◆ je lui propose une aide spécifique [Outil 7]

Suite >> **Outil 2:** Approche clinique – canevas recommandé

Je soutiens la parentalité [Tome 1 - p. 21]

- ◆ j'explique les besoins et les aptitudes de l'enfant Brochure ONE / www.one.be
- ◆ je valorise les compétences de chacun à s'occuper de l'enfant et à répondre adéquatement à ses besoins
- ◆ je propose un cadre et des points de repères éducatifs
- ◆ j'oriente, si nécessaire, vers un accompagnement approprié : guidance psychosociale, soutien thérapeutique, aide à la parentalité [Outil 7]

J'assure la continuité des soins [Tome 1 - p. 21]

- ◆ je facilite le contact avec le-la psychologue et/ou l'assistant-e social-e de l'hôpital, le-la PEP's de l'ONE en vue d'initier une guidance psychosociale avec la personne victime et/ou l'orienter vers un service ad-hoc
- ◆ j'organise ou intensifie un suivi à domicile : passage de son-sa/d'un-e médecin généraliste, d'un-e sage-femme, du-de la PEP's de l'ONE, d'un-e puériculteur-riche ...
- ◆ j'envisage avec la personne victime un réseau d'entraide et de soutien à activer > Fiche 7 <
- ◆ je prévois un suivi (pédiatre, gynécologue, médecin généraliste) rapproché

Je documente la situation [Tome 1 - p. 22]

- ◆ je note dans le dossier médical mes observations objectives bien distinctes des informations subjectives, la description exhaustive des lésions constatées, la liste des examens et démarches complémentaires
- ◆ j'établis un certificat médical sur base de l'aide-mémoire à la rédaction du certificat médical validé par l'Ordre des médecins [Outil 6]

Je m'appuie activement sur des ressources [Tome 1 - p. 23]

- ◆ je travaille avec le réseau d'aide spécialisée [Outil 7]
- ◆ je respecte les règles du secret partagé de nature à garantir la qualité des échanges
- ◆ je participe à des séances de sensibilisation/formation

Outil 3 :

Questionnement en entonnoir

QUESTIONS OUVERTES SUR...

↓

CONTRACEPTION ET GROSSESSE

« Comment avez-vous appris votre grossesse ? »

↓

PERCEPTION DE LA GROSSESSE PAR L'ENTOURAGE

« Comment la grossesse est-elle accueillie par votre entourage ? »

↓

MAL-ÊTRE OU ORIGINE DES PLAINTES EN TOUT GENRE

« Comment vous sentez-vous ? »,
« Qu'est-ce qui vous stresse, vous préoccupe ? »

↓

RETOUR À LA MAISON

« Et votre partenaire, il vous soutient ? »

↓

SYMPTÔMES/ COMPORTEMENT DE L'ENFANT À LA CRÈCHE

« Tiens, ça se passe comme ça à la crèche ? »

« Comment cela se passe à la maison ?... »
« Y a-t-il des tensions particulières en ce moment dans votre entourage ?... »

SI DES DIFFICULTÉS RELATIONNELLES SE CONFIRMENT

« Quand il y a des désaccords, des disputes, comment cela se règle-t-il ? Pouvez-vous me donner des exemples ? »

↓ ↓

QUESTIONS FACTUELLES FERMÉES

« Est-ce que vous avez déjà été humilié-e, ... bousculé-e, ... frappé-e, ... menacé-e, ... contraint-e, ... avez-vous peur de votre partenaire ?... »

(>> Voir Aide
au dialogue
- Fiche 2)

↓

Est-ce la première fois que vous en parlez ?
Si non, à qui en avez-vous parlé ? et que vous a-t-on répondu ?

Outil 4 :

Grille d'évaluation des risques

INDICATEURS

1. Sécurité immédiate

- ☐ Le-la patient-e déclare avoir peur pour sa vie et celles de ses enfants

2. Escalade des violences

- ☐ Un contrôle est exercé par le-la partenaire sur tout ou partie des activités quotidiennes
- ☐ La fréquence et la gravité des violences physiques s'intensifient au fil du temps
- ☐ Le-la patient-e déclare subir des violences sexuelles de la part de son-sa partenaire
- ☐ Les épisodes de violence se produisent également en dehors du domicile
- ☐ Le-la partenaire a également des comportements violents à l'égard des autres, notamment des enfants

3. Antécédents

- ☐ Le-la patient-e a déjà signalé des lésions graves et/ou très graves
- ☐ Des actes de violence se sont produits pendant la grossesse
- ☐ Le-la patient-e a déjà tenté de se suicider ou a souffert de dépression

4. Projet ou contexte de séparation

- ☐ Le-la patient-e projette de quitter son-sa partenaire ou de divorcer dans un avenir proche
- ☐ Le-la partenaire dit qu'il-elle ne peut pas vivre sans lui-elle et affirme qu'il-elle le-la suivra et le-la harcèlera même après la séparation

5. Menaces de la part de l'auteur-e de violences

- ☐ Le-la partenaire l'a menacé-e avec une arme ou un objet dangereux ou a tenté de l'étrangler
- ☐ Le-la partenaire menace de le-la tuer et/ou de tuer les enfants et/ou de se suicider
- ☐ Le-la partenaire a menacé les ami-es et parent-es de la-du patient-e

6. Autres

- ☐ Le-la partenaire abuse d'alcool ou de drogues, notamment de celles qui aiguisent la violence et l'agressivité (cocaïne, amphétamines)
- ☐ Le-la partenaire sait que le-la patient-e a cherché ou demandé une aide extérieure

Plus il y a d'indicateurs cochés, plus le risque léthal est élevé.

Outil 5 :

Gestion des risques

Mesures d'urgences

- Prévoir la sécurité immédiate au cabinet médical et durant les transferts vers d'autres destinations
- Exhorter la personne victime à trouver un endroit sécurisé (famille, ami-es, refuge)
- Si la personne choisit de ne pas retourner chez elle, apporter l'aide nécessaire pour se procurer un logement en sécurité
- Ré-envisager les ressources et les documents écrits utiles (plan de sécurité, numéros de téléphone utiles).
Il n'y a pas lieu de proposer une intervention centrée sur le couple : l'expérience prouve que l'auteur-e peut user de représailles lorsque le couple se retrouve seul
- Fournir les références adéquates dans le domaine des violences conjugales
- Inclure les lignes téléphoniques de crise disponibles

Plan de sécurité à établir si la personne est encore en relation avec son·sa partenaire

- Identifier les facteurs de protection/facteurs déclenchant les violences
- Déterminer les conduites à mettre en place en cas de violences
- Identifier les personnes (famille/proche) qui peuvent apporter de l'aide et du soutien
- Informer les enfants des conduites à tenir lors d'incidents de violences (personne chez qui se réfugier...)
- Fournir des n° de téléphone importants en cas d'urgence (lister les lieux d'accueil neutres disponibles)
- Identifier la (ou les) personne(s) de confiance chez qui il est possible de laisser un sac de départ avec (copie) de la carte d'identité, des documents personnels, des certificats médicaux, de l'argent et des vêtements

Mesures de protection à envisager si la personne n'est plus en relation avec son·sa partenaire

- Sécuriser le logis et si nécessaire, modifier les habitudes de vie et les numéros de téléphone
- Privilégier les endroits publics pour rencontrer le·la partenaire
- Envisager comment s'en aller en cas de nouvelle confrontation avec celui-elle-ci
- Informer les voisins et les collègues de travail quant au moment et à la manière d'avertir la police
- Expliquer aux enfants ce qu'ils devront faire si le parent auteur les contacte ou revient de manière inattendue

Outil 6 :

Aide-mémoire à la rédaction du certificat médical, validé par l'Ordre des médecins

Je soussigné, Dr (nom et prénom)

.....
.....

à (lieu) N° INAMI

Certifie avoir examiné le à h

à (lieu)

Nom (nom et prénom du patient)

.....
.....

Date de naissance

Résidant à

Code postal

Rue N°

Ce patient déclare :

(Description par le patient des faits avec la date et l'heure à laquelle ils se sont produits
Peut faire l'objet d'une Attestation Dixit en annexe)

.....
.....

Ses plaintes actuelles sont :

(Description précise des symptômes, douleurs et autres plaintes)

.....
.....
.....

Examen physique :

(Description exhaustive des lésions constatées : nature (griffure, ecchymose, hématome, plaie, autres...), aspect (forme, taille, couleur et âge) et localisation)

.....
.....
.....

Etat psychique au moment du constat :

.....
.....
.....

Photos ou schémas joints : (Toute page annexée au certificat doit être numérotée, datée, signée et mise en lien avec le constat)

.....
.....

Examens complémentaires à prévoir :

.....
.....
.....

Les lésions peuvent-elles être compatibles avec les déclarations du patient ? : (facultatif)

.....
.....

Orientation : (par exemple, vers un service d'aide aux victimes)

.....
.....

Traitements proposés :

.....
.....

Suite au traumatisme, une ITT* est prescrite

du / / au / / inclus

.....
.....

* Il s'agit ici de prendre en compte la capacité du patient à effectuer ses activités courantes et d'évaluer les répercussions des violences sur le fonctionnement **personnel** du patient. Cette évaluation sera donc réalisée même si le patient ne travaille pas professionnellement

Constat remis au patient à sa demande ou à son représentant légal.

Certificat rédigé sous réserve de complications et d'évolution ou avis d'experts (psychiatre, gynécologue, pédiatre...).

Certifié sincère le **à**

Signature :

Cachet :

Suite >> **Outil 6 :**

Aide-mémoire à la rédaction du certificat médical, validé par l'Ordre des médecins

ANNEXE

Attestation dixit

Selon les dires du patient*(Description par la personne concernée des faits avec la date et l'heure à laquelle ils se sont produits sans mentionner l'identité de l'auteur-e)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dr (nom et prénom)

.....

à (lieu) N° INAMI

Date :

Signature :**Cachet :**

Outil 7:

Tableau des ressources

SERVICES GÉNÉRALISTES

TYPE D'AIDE	SERVICES	DÉFINITION ET COORDONNÉES
Ecoute	ECOUTE Violences conjugales	0800 30 030 - numéro d'appel gratuit, accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7
	SOS Viol	0800 98 100
	Ecoute Prévention Suicide	0800 32 123
	Mariage & Migration	0800 90 901
	SEOS	0800 200 99 - pour toute personne qui se questionne sur la notion de consentement ou sur des comportements potentiellement inadéquats ou encore qui présentent des fantasmes sexuels déviants
	Ecoute Enfants	103 - numéro d'appel gratuit, accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7
Tchat	App-Elles	www.solidarite-femmes.be/nos-services
	SOS-Viol	www.sosviol.be/tchat
	SEOS	seos.be/tchat
	Maintenantjenparle.be	www.maintenantjenparle.be - en cas d'abus sexuels
Psychologique	Service de Santé Mentale	Lieu d'accueil où des professionnel·les, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, sont à l'écoute et aident à la réflexion en vue de solutions adaptées www.lbfsm.be (Ligue Bruxelloise Francophone pour la santé mentale) www.cresam.be (Centre de référence en santé mentale - Région Wallonne)
	Réseau 107 - Région Bruxelles-Capitale Réseau 107 - Région wallonne	Soins psychologiques de première ligne et spécialisés via les réseaux de santé mentale: séance individuelle, de groupe remboursée par l'INAMI www.107bru.be covid.aviq.be/fr/trouver-du-soutien/psychologues_conventionnes
	Centre de Planning Familial	Offre un accueil, une écoute, une aide dans tous les domaines de la vie relationnelle, affective et sexuelle www.monplanningfamilial.be
Juridique	Service d'Aide Sociale aux Justiciables	Fournit des informations pratiques sur les aides existantes et les démarches à effectuer. Assure une aide psychologique et sociale aux auteur·es, victimes et à leurs proches www.maisonsdejustice.be
	Service d'accueil des Victimes auprès du Parquet	Propose une information sur l'évolution du dossier ainsi qu'une assistance aux différents stades de la procédure judiciaire www.maisonsdejustice.be
Dépôt de plainte	Zone de police - Assistance policière aux victimes	Par zone de police, un·e policier·ère en matière de violences conjugales et par commissariat, un bureau d'assistance policière aux victimes Voir répertoires ci-dessous
Mineurs	ONE - Consultation prénatale et pour enfants	Accompagnement de la grossesse et psycho-médico-social de l'enfant de 0 à 6 ans dans et en relation avec son milieu de vie : suivi de la santé de l'enfant, programmes de santé et dépistages, accompagnement individualisé de la famille, offre d'activités collectives. Service gratuit my.one.be
	Coordination de réseau santé mentale - Bruxelles-Capitale - Brabant Wallon - Hainaut - Liège - Luxembourg - Namur - Communauté germanophone	Accompagnement des enfants présentant des vulnérabilités psychologiques, et de leur entourage (équipe mobile, réseau et liaisons intersectorielles) www.bru-stars.be www.archipelbw.be www.rheseau.be www.realism0-18.be www.matilda-lux.be www.reseau-sante-kirikou.be netzwerk.kijupsy@klinik.st-vith.be

Des **répertoires** reprenant les différents services d'aide sont téléchargeables pour :
 - la Région Wallonne : www.ecouteviolencesconjugales.be
 - la Région de Bruxelles-Capitale : stop-violence.brussels

AIDE SPECIALISÉE

TYPE D'AIDE	SERVICES	DÉFINITION ET COORDONNÉES
Victimes	Maison d'accueil et d'hébergement	Accueil téléphonique, consultations ponctuelles ou de suivi, hébergement en situation de crise avec adresse confidentielle, accompagnement spécifique des enfants. Voir répertoires page ci-dessus
	Prise en charge intégrée - Bruxelles-Capitale - Brabant Wallon - Liège - Namur	Dispositif interdisciplinaire de soutien et de protection des personnes en situation critique de violences conjugales/intrafamiliales. Il s'adresse principalement aux professionnel·les olista@safe.brussels www.divico.org/brabant-wallon/accueil www.divico.org/liege www.namur.be/fr/ma-ville/social/cohesion-sociale/egalite-des-chances/espace-vif-namur
Auteurs	Praxis	Propose un accompagnement individuel ou en groupe aux auteur·es de violences conjugales et intra-familiales sous contrainte judiciaire ou sur base volontaire www.asblpraxis.be
	UPPL	Propose, pour les auteur·es d'infraction à caractère sexuel y compris les mineurs, des prises en charge cliniques, des programmes de groupes socio-éducatifs ainsi que des groupes de prise en charge socio-éducative www.uppl.be/services
	I.T.E.R.	Centre ambulatoire d'aide aux auteur·es d'abus sexuels www.iter-hulp.be/index.php?n=16&id=16&taal=F&mnav=A
Mineurs	Equipes SOS-enfants	Offrent un accueil, une écoute et une aide aux enfants jusqu'à 18 ans. Prise en charge multidisciplinaire de tout type de maltraitance. Soutien des familles en cas de suspicion ou cas avéré de maltraitance www.one.be/professionnel/maltraitance/les-equipes-sos-enfants
	Service de l'Aide à la Jeunesse	Offre une aide aux jeunes en difficulté ou en danger ainsi qu'à leurs familles et leurs proches www.aidealajeunesse.cfwb.be

SERVICES EN PÉRINATALITÉ

TYPE D'AIDE	SERVICES	DÉFINITION ET COORDONNÉES
BRUXELLES-CAPITALE	Aquarelle	Accompagnement global à la naissance aux mamans vivant dans des situations précaires, sans sécurité sociale www.aquarelle-bru.be
	Medimmigrants	Donne des informations sur l'accès aux soins de santé aux femmes enceintes en situation de séjour illégal ou précaire ainsi qu'à leur entourage www.medimmigrant.be/fr/infos/situations-specifiques/femmes-enceintes-en-situation-de-sejour-precaire
BRABANT	Antenne périnatale Eclotions	Accompagnement psychosocial des futurs parents www.sosenfantsbw.be
HAINAUT	Accordages - Mons	Accompagnement autour de la naissance auprès des familles les plus vulnérables dès la grossesse et jusqu'aux 3 ans de l'enfant www.accordagesmons.be
	Chrysalide (APEP) - La Louvière	Suivi préventif et continu au domicile des familles à vulnérabilités multiples pendant la grossesse et jusqu'aux 3 ans de l'enfant accueil@sap-chrysalide.be
	Echoline - Charleroi	Accompagnement personnalisé aux femmes et à leurs familles en difficultés sociale, médicale et/ou psychologique durant la période périnatale pouvant s'étendre jusqu'aux 3 ans de l'enfant www.echoline.be
	Petites Bulles (APEP) - Charleroi	Accompagnement dès le début de la grossesse du lien parents-enfant dans les situations de grande vulnérabilité psychique et/ou sociale www.apepcharleroi.be
	Pré-en-bulle - Tournai/Mouscron-Comines	Accompagnement du lien parent-bébé dans les situations de grande précarité preenbulle.bm@gmail.com
	LIÈGE	
LIÈGE	Natis - Huy	Accompagnement périnatal des futurs parents ou jeunes parents rencontrant des difficultés émotionnelles, psychologiques, familiales ou socio-économiques natis@lecraf.be
	Diapason (UTE AIGS) - Liège	Evaluation de l'interaction parents-enfant et interventions thérapeutiques visant à soutenir la parentalité et renforcer l'accordage affectif diapason@aigs.be
	Neuf mois et après ?... - Hannut - Waremme	Accompagnement périnatal multidisciplinaire des familles précarisées www.oasis-familiale.com/9-mois-et-apres
	Parents en exil (Tabane) - Liège	Soutien à la parentalité lorsque celle-ci est fragilisée par le contexte migratoire parentsenexil@gmail.com
	Seconde peau - Liège	Accompagnement à domicile de la relation parent-enfant le plus précocement possible www.secondepeau.be
	Le berceau - Verviers	Accompagnement des futurs/jeunes parents vivant une situation fragile socialement, psychologiquement, financièrement dès la grossesse et jusqu'aux 3 ans de l'enfant. www.berceau-sap.be ou berceau@sosverviers.be
	LUXEMBOURG	
NAMUR	Bébé-accueil - Bertrix	Accompagnement psychosocial des futurs parents www.alem-luxembourg.be/fr/missions/bebe-accueil
	Espace Ecllosion Basse-Sambre	Accompagnement psychosocial, éducatif, pédagogique des (futurs) parents et jusqu'aux 2 ans et demi de l'enfant espace.eclosion@gmail.com
	Service mobile d'éducation familiale Basse-Sambre	Accompagnement psychosocial, éducatif, pédagogique des parents et jusqu'aux 6 ans de l'enfant idef.auvelais@skynet.be
COMMUNAUTÉ GERMANO-PHONE	Frühhilfe ostbelgien	Evaluation de l'interaction parents-enfant et guidance des parents et jusqu'aux 6 ans de l'enfant (visite à domicile, psychoéducation, réhabilitation) fruehhilfe.ostbelgien@skynet.be

Les fiches d'aide au dialogue avec les (futurs) parents

Je trouve intéressant les outils d'information adressés aux deux parents, d'avoir des documents qui informent de toutes les conséquences sur les enfants. Ça leur dit que c'est leur responsabilité parentale. Et puis, ça va dans le sens de responsabiliser les pères et les mères. Donc parfois, ça percute quand on fait des entretiens en disant : « Mais ce n'est pas une question de couple, c'est une question d'être parents responsables ». Il y en a certains, je pense, que ça fait réfléchir. Il est donc vraiment important de détailler tous les effets négatifs des violences et les conséquences sur les enfants. Ce sera parfois le rôle de brochures plutôt scientifiques, mais que quelqu'un les lise... ça, ça peut avoir un autre impact. (Psychologue)

Les fiches 1 à 3 aident à la prise de conscience de la dynamique dans laquelle les (futurs) parents sont « pris », ainsi que du vécu de l'enfant dans un tel contexte. Echanger autour du cycle et du continuum, c'est donner l'occasion aux parents de se reconnaître dans les explications données et de prévenir une aggravation des violences.

Les fiches 4 à 6 informent de l'impact des violences sur l'enfant depuis sa vie in utéro jusqu'à l'âge de 4 ans. Repérer, dans les fiches, des symptômes manifestés par l'enfant favorise le processus de responsabilisation de la part des parents et permet d'envisager les mesures de protection à mettre en place. Réussir à en parler, c'est déjà agir et agir, c'est changer la trajectoire de leur enfant.

La fiche 7 propose la constitution ou la restauration d'un réseau d'entraide et soutien (famille, ami·es, professionnel·les...) et initie un premier pas vers un changement.

Comment les utiliser ?

Les fiches sont destinées à être utilisées lors d'un entretien avec les (futurs) parents qui se déroulera, idéalement, dans des conditions qui favorisent le dialogue.

Elles présentent de manière schématique les contenus développés dans le tome 1 : « Repères théoriques et cliniques ». C'est à ce dernier que le·la professionnel·le pourra se référer s'il-elle souhaite étayer davantage ces informations.

Elles ont été conçues dans une logique d'amorce de changement en veillant à l'articulation entre la phase informative et la phase de construction commune de pistes d'actions. Il est dès lors conseillé de les envisager dans l'ordre proposé dans ce guide avec **comme objectif annoncé aux parents, la protection de l'enfant (à venir) et la mise en place d'actions à son égard.**

Elles n'ont toutefois pas vocation de se substituer au sens clinique du·de la praticien·ne, mais bien de le·la soutenir dans le processus d'accompagnement des parents concernés.

Liste des fiches d'aide au dialogue avec les (futurs) parents

Mode d'emploi 16

Fiche 1 : Cycle de la violence et vécu de l'enfant 18

Fiche 2 : Formes de violences 19

Fiche 3 : Continuum des violences 20

Fiche 4 : Impacts sur la santé de l'enfant in utéro 21

Fiche 5 : Impacts sur la santé de l'enfant de moins de 2 ans 22

Fiche 6 : Impacts sur la santé de l'enfant de 2 à 4 ans 23

Fiche 7 : Cercle de personnes-ressources 24

Méthodologie et références 25

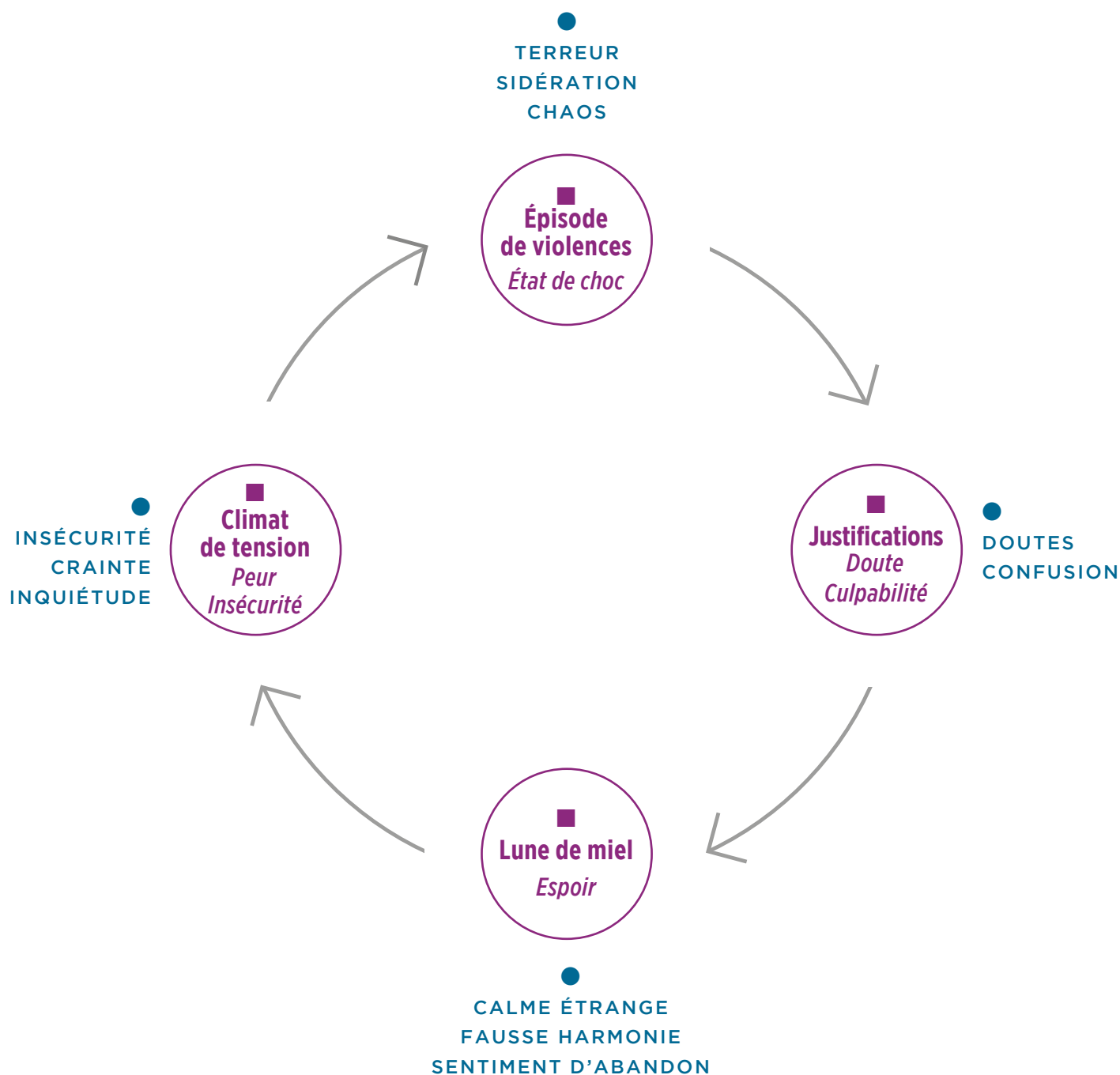
OUTILS 1 À 7

**Les outils
du professionnel
de santé**

p.5 à 15

> Fiche 1 <

Cycle de la violence et vécu de l'enfant



Légende :

■ Vécu du couple

● Vécu de l'enfant

> Fiche 2 <

Formes de violences

Verbale et Psychologique

Insultes, obscénités, injures à caractère sexuel (également par téléphone, sms, sur les réseaux sociaux) ou encore sarcasmes sur la personne elle-même ou sur les enfants.

Attitudes ou propos méprisants, critiques, réflexions insidieuses sur le physique, les vêtements, les fréquentations, les croyances (religieuses ou spirituelles), reproches au sujet de communications échangées ou de publications sur le net..., chantages affectifs, humiliations, culpabilisations, intimidations, réactions d'indifférence, conduites dangereuses, menaces de mort, de s'en prendre à un animal de compagnie

Critiques devant les enfants, dévalorisations du rôle de parent, menaces d'enlever les enfants, harcèlements autour du droit de visite.

Economique et Administrative

Contrôle des ressources financières et matérielles (modification des codes et mots de passe des comptes bancaires, administratifs, abonnements en ligne...) allant jusqu'à la privation, au détournement de salaires, de biens, d'allocations familiales notamment par usurpation ou violation d'identité.

Contrainte au travail au-delà du supportable, opposition à la recherche d'emploi ou au retour à l'emploi après un congé parental, refus d'accès au système de santé, interdiction des dépenses liées à l'enfant.

Confiscation de documents (carte d'identité, permis de conduire, permis de séjour...).

Les formes de

Violences

Humiliation en public, isolement, limitation de la participation aux activités, contrôle des allées et venues, installation de dispositifs de surveillance via téléphone ou GPS, exigence de joindre la personne à tout moment, de savoir où elle se trouve photos à l'appui, vérification des contacts téléphoniques, des sms et des réseaux sociaux, confiscation du téléphone, de l'ordinateur, de la tablette, des clés de voiture.

Obligation de partager ses codes de boîte mail ou comptes de réseaux sociaux.

Communication avec l'enfant pour obtenir des informations à caractère privé en cas de séparation, mise en place d'un système de géolocalisation de l'enfant en temps réel, interdiction de fréquenter les soins périnataux

Bousculades, gifles, coups de pieds ou de poings (au ventre), brûlures, morsures, jets d'objets au visage, utilisation d'armes blanches ou d'une arme à feu, strangulation, séquestration.

Contrôle de la contraception ou de la grossesse (poursuite ou avortement), pressions ou chantage pour obtenir des rapports sexuels, viol, blessures sur les parties génitales, pratiques sexuelles imposées (par exemple, avec plusieurs partenaires).

Diffusion de contenus intimes, photos publiées sans autorisation ou modifiées par l'IA, diffusion d'images à caractère pornographique, menaces ou diffamation sur les réseaux.

Physique et Sexuelle

Sociale et Familiale

> Fiche 3 <

Continuum des violences

Maladies : Plus ou moins précocement selon le seuil de tolérance individuel

VIOLENCES SEXUELLES :

Contraindre à des actes non désirés, violer, imposer ses pratiques, ...

VIOLENCES PHYSIQUES :

Bousculer, lancer des objets, gifler, frapper, donner des coups de poing sur le ventre, étouffer...

VIOLENCES PSYCHOLOGIQUES :

Rabaisser, humilier, harceler, ignorer, menacer, intimider, culpabiliser, disqualifier la compétence de parent...

VIOLENCES SOCIALES ET FAMILIALES :

Isoler, surveiller les allées/venues, limiter, contrôler les contacts (téléphone, sms, réseaux sociaux...), interdire de fréquenter les soins périnataux, ...

VIOLENCES ÉCONOMIQUES/ADMINISTRATIVES :

Contrôler le budget, les dépenses liées à l'enfant, entraver le travail à l'extérieur, confisquer les documents administratifs...

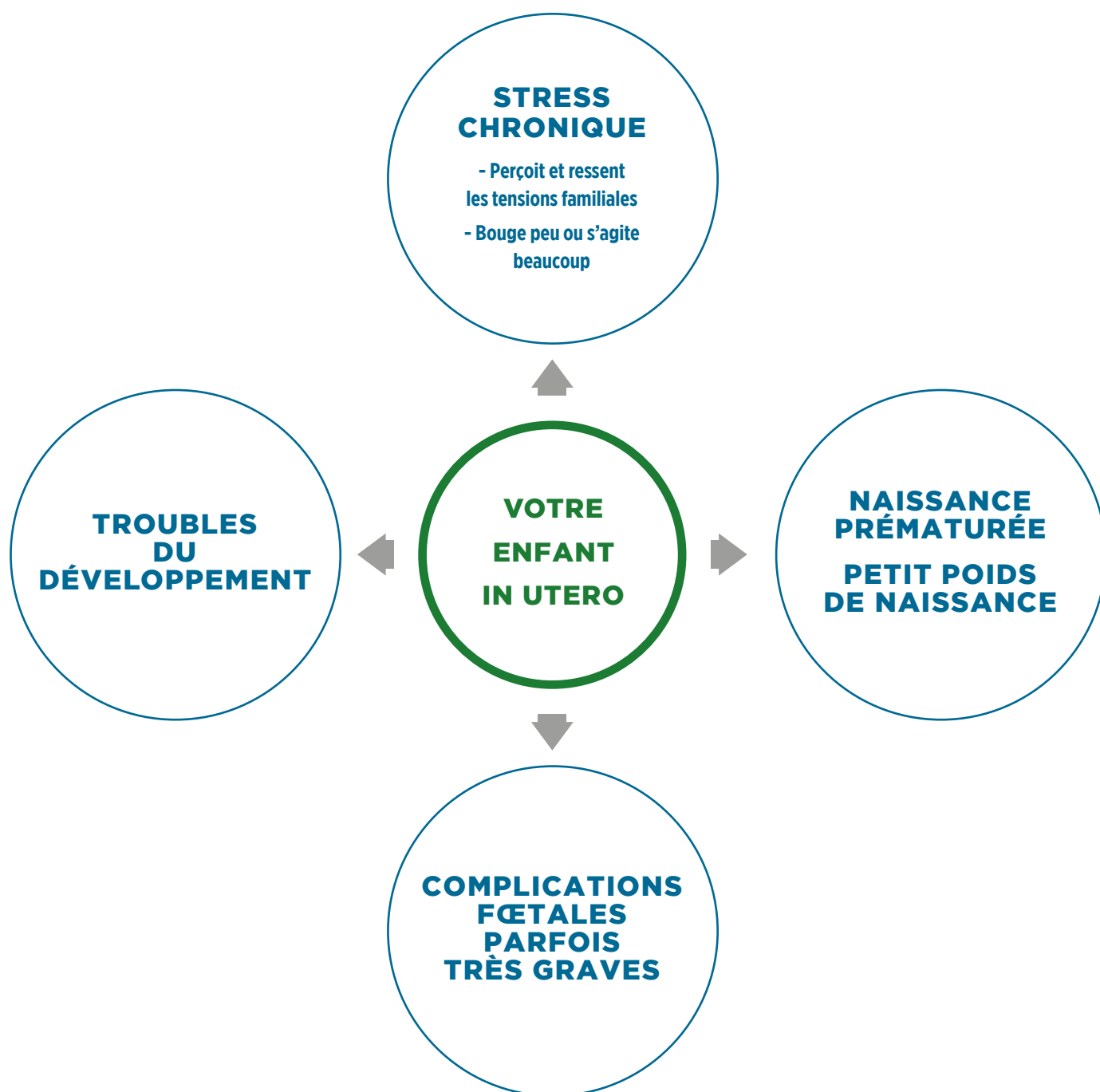
VIOLENCES VERBALES :

Insulter, crier, injurier...

Féminicide/Infanticide/Homicide et/ou suicide

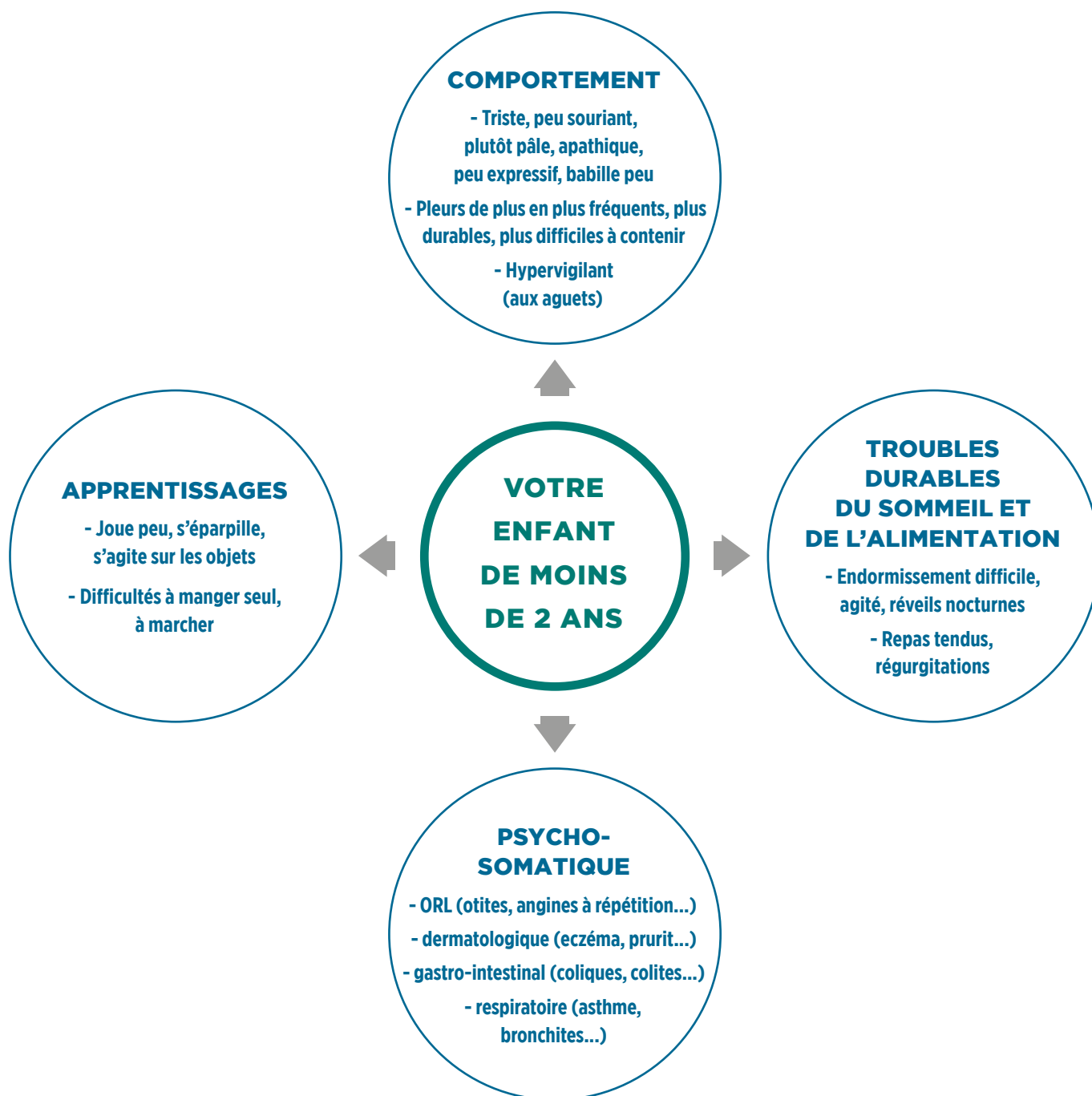
> Fiche 4 <

Impacts sur la santé de l'enfant in utéro



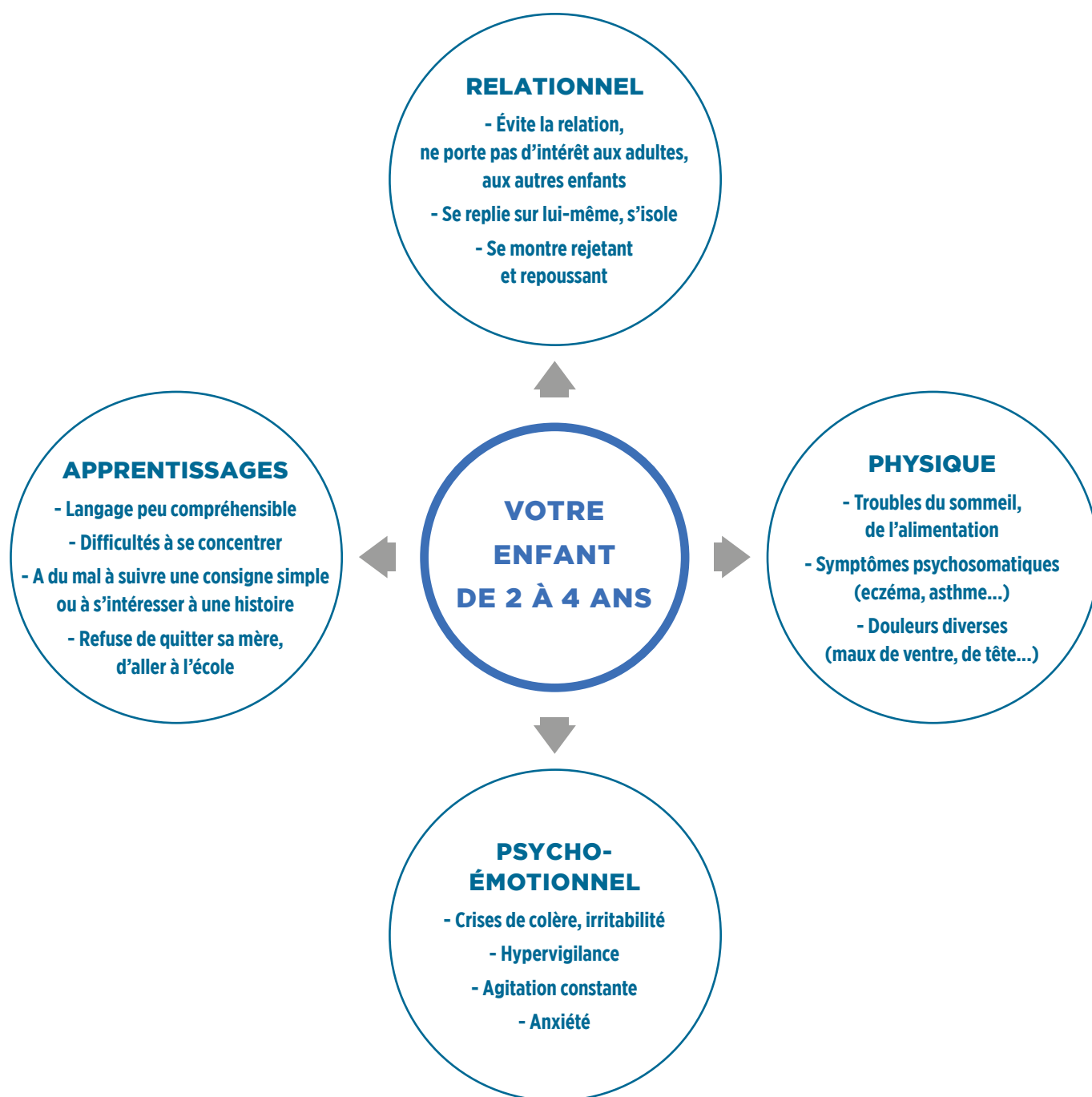
> Fiche 5 <

Impacts sur la santé de l'enfant de moins de 2 ans



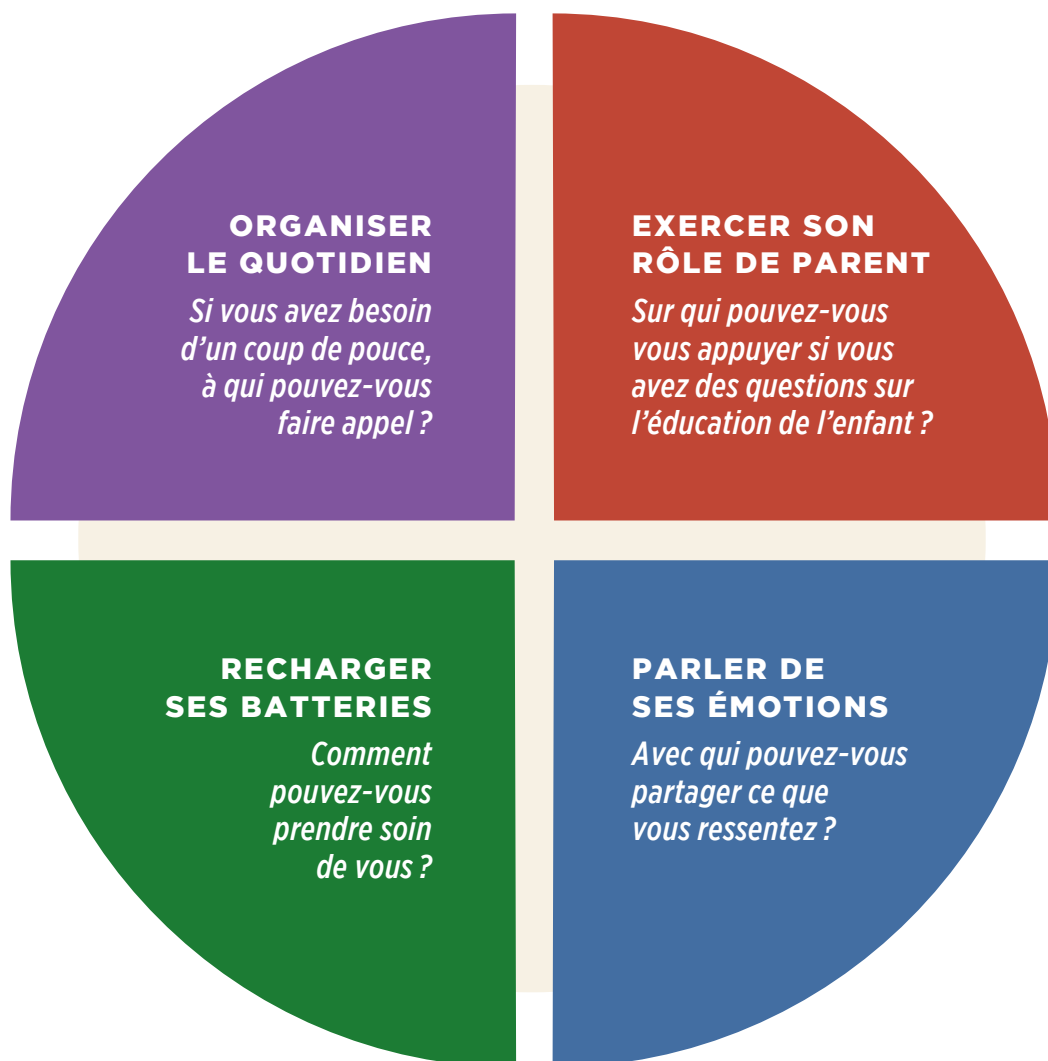
> Fiche 6 <

Impacts sur la santé de l'enfant de 2 à 4 ans



> Fiche 7 <

Cercle de personnes-ressources



Méthodologie et références

Le référentiel à destination des professionnel·les de santé se base sur une revue systématique de la littérature. Il intègre les niveaux de preuve disponibles dans les dernières revues systématiques et les recommandations de bonne pratique de l'OMS (2013), de NICE (2014) et de la HAS (2019). Il tient également compte des réalités de terrain grâce à l'expertise de praticien·nes consulté·es lors de son élaboration et de sa validation. Il bénéficie de l'expérience acquise lors de formation sur la problématique. Enfin, il est alimenté par des contenus récoltés dans d'autres outils ou expériences dans le domaine.

Les publications

- Bair-Merritt MH, Blackstone M, Feudtner C.** Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review, *Pediatrics*. 2006 Feb; 117(2): 278-90.
- Bair-Merritt MH, Lewis-O'Connor A, Goel S, Amato P, Ismailji T, Jelley M, Lenahan P, Cronholm P.** Primary care-based interventions for intimate partner violence: a systematic review, *Am J Prev Med*. 2014 Feb; 46(2):188-94.
- Brown E, Mazuy M.** Violences conjugales subies par les femmes. Persistance du continuum des violences et de l'asymétrie de genre. *Terrains/Théories* 14/2021.
- Carpenter G L, Ann M. Stacks A M.** Developmental effects of exposure to Intimate Partner Violence in early childhood: A review of the literature, *Children and Youth Services Review*. 2009; 31:831-839.
- Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, Watts C.** Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say?, *Lancet*. 2015 Apr; 385(9977):1555-66.
- Evans SE, Davies C, DiLillo D.** Exposure to domestic violence: a meta-analysis of child and adolescent outcomes, *Aggression and Violent Behavior*. 2008; 13:131-140.
- Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R and al.** How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet the UK National Screening Committee criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria, *Health Technology Assessment*. 2009; 13(16):17-27.
- Feder G, Agnew DR, & Baird K.** Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2011; 378(9805): 1788-1789.
- Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT, Bewley S.** Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy: a systematic review and meta-Analysis, *PLOS Medecine*. 2014; 11(1).
- Haute Autorité de Santé.** Recommandation de bonne pratique. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : Comment repérer – évaluer. Juin 2019. www.has-sante.fr.
- Hibel LC, Granger DA, Blair C, Cox MJ, Family Life Project Key Investigators.** Intimate partner violence moderates the association between mother infant adrenocortical activity across an emotional challenge, *J Fam Psychol*. 2009 Oct; 23(5):615-25.
- Hibel LC, Granger DA, Blair C, Cox MJ, Family Life Project Key Investigators.** Maternal sensitivity buffers the adrenocortical implications of intimate partner violence exposure during early childhood, *Development and Psychopathology*. 2011 May; 23(2):689-701.
- Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G.** Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis, *PLOS Medecine*. 2013 May; 10(5).
- Howarth E, Moore Th HM, Welton NJ, Lewis N, Stanley N, MacMillan H, Shaw A, Bryden HP, Feder G.** IMPROving Outcomes for children exposed to domestic Violence (IMPROVE): an evidence synthesis. *Public Health Research*. 2016 Dec; 4(10).
- Hungerford A, Wait SK, Fritz AM, Clement CM.** Exposure to intimate partner violence and children's psychological adjustment, cognitive functioning, and social competence: a review, *Aggression and Violent Behavior*. 2012; 17:373-382.
- Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes.** Plan d'Action National de lutte contre les violences basées sur le genre, (PAN 2021-2025). www.igvm-iefh.belgium.be.
- Jaffe PG, Campbell M, Hamilton LH, Juodis M.** Children in danger of domestic homicide, *Child Abuse & Neglect*. 2012 Jan; 36(1):71-4.
- Jahanfar S, Janssen PA, Howard LM, Dowswell Th.** Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013 Feb 28; (2).
- Janssen C, Vesentini F.** Les violences liées au genre en Belgique. Chiffres clés de l'Enquête européenne sur la violence à l'égard des femmes et d'autres formes de violence interpersonnelle (EU-GBV. 2021-2022). Avril 2024. www.iweps.be/publication/les-violences-liees-au-genre-en-belgique/.
- Jeanjot I, Barlow P, Rozenberg S.** Domestic violence during pregnancy: survey of patients and healthproviders, *Journal of Women's Health*. 2008 May; 17(4):557-67.
- Kelly M, Morgan A, Carmona Ch, Canning U, Haynes Ch, Hoy A, Francis J, Jeong K, Axe V, Begum R, Jelley S, Burlace S.** Review of interventions to identify, prevent, reduce and respond to domestic violence prepared by the British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, NICE. April 2013.

Kendall-Tackett KA. Violence against women and the perinatal period: the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, post-partum, and breastfeeding, *Trauma Violence Abuse*. 2007 Jul; 8(3):344-53.

Leneghan S, Gillen P, Sinclair M. Interventions to reduce domestic abuse in pregnancy: a qualitative systematic review, *The royal college of Midwives, Evidence Based Midwifery*. 2012; 10(4):137-142.

Lo Fo Wong SH, Wester F, Mol SSL, Lagro-Janssen TLM. Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial, *British Journal of General Practice*. 2006; 56(525):249-257.

Lukasse M, Schroll AM, Ryding EL, Campbell J, Karro H, Kristjansdottir H, Laanpere M, Steingrimsdottir T, Tabor A, Temmerman M, Van Parys AS, Wangel AM, Schei B. Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2014 Jul; 93(7):669-77.

Martin SL, Macy RJ, Sullivan K, Magee ML. Pregnancy-associated violent deaths : the role of intimate partner violence, *Trauma Violence Abuse*. 2007 Apr; 8(2):135-48.

Martinez-Torteya C, Bogat GA, von Eye A, Levendosky AA. Resilience among children exposed to domestic violence: the role of risk and protective factors, *Child Development*. 2009 March/April; 80(2):562-77.

McLaughlin K, Colich N, Rodman A, Weissman D. Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: a transdiagnostic model of risk and resilience. *BMC Medicine*. 2020;18:96.

McMahon S, Armstrong DY. Intimate partner violence during pregnancy : best practices for social workers, *Health Soc Work*. 2012 Feb; 37(1):9-17.

Mejdoubi J, Van den Heijkant SC, Van Leerdam FJ, Heymans MW, Hirasig RA, Crijnen AA. Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women : a randomized controlled trial, *PLoS One*. 2013 Oct; 8(10).

Moureau A, Delvenne V. Traces cérébrales des traumatismes infantiles et devenir psychopathologique, *Psychiatrie de l'enfant*. 2016; 59(1).

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Domestic violence and abuse: multi-agency working, *Nice Public health guideline*. Feb 2014. www.nice.org.uk.

Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the 2004 US Preventive Services Task Force Recommendation, *Ann Intern Med*. 2012; 156:796-808.

O'Campo P, Kirst M, Tsamis Ch, Chambers C, Ahmad F. Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings : evidence generated from a realist-informed systematic review, *Social Science & Medicine*. 72 (2011); 855-866.

O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings, *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 22; (7).

Offermans A-M, Vanhalewyn M, Van der Schueren Th, Roland M, Fauquert B, Kacenelenbogen N. Guide de Pratique Clinique - Détection des violences conjugales, Société Scientifique de Médecine Générale-Département de Médecine Générale ULB. Bruxelles, 2018. www.ssmg.be et www.dmgulb.be.

Offermans A-M, Warlet F-J. Les Violences Conjugales- cadre juridique et déontologique : aspects relatifs au dossier et au certificat médical, Société Scientifique de Médecine Générale. Bruxelles, 2025. www.ssmg.be et www.dmgulb.be.

Office de la Naissance et de l'Enfance, Direction Générale de l'Aide à la Jeunesse et Délégué Général des Droits de l'Enfant. Pour un accompagnement réfléchi des familles, un référentiel de soutien à la parentalité.Bruxelles, Juin 2023. www.parentalite.be.

Office de la Naissance et de l'Enfance. Que faire si je suis confronté à une situation de maltraitance d'enfant ? - m'appuyer sur un réseau de confiance. Bruxelles. www.one.be.

O'Reilly R, Beale B, Gillies D. Screening and intervention for domestic violence during pregnancy care: a systematic review, *Trauma Violence Abuse*. 2010; 11: 190-201.

Organisation Mondiale de la Santé (WHO). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, WHO Clinical and Policy Guidelines, WHO. Geneva, 2013. www.who.int.

Ovaere F., Sardo-Infirri S., Touahria-Gaillard A., Lévy J.-M. L'impact de la violence conjugale sur les enfants, *Revue critique de littérature*, Rapport final, octobre 2007. www.onpe.gouv.fr.

Rivas C, Ramsay J, Sadowski L, Davidson LL, Dunne D, Eldridge S, Hegarty K, Taft A, Feder G. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse, *Campbell Systematic Reviews*. 2016; 2.

Rivett M, Howarth E, Harold G. Watching from the stairs: towards an evidence-based practice in work with child witnesses of domestic violence, *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2006; 11:103.

Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M., Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: a survey study, *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Bio*. 2008; 137(1):37-42.

Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2008 April; 28(3): 266-271.

Séverac N. Les enfants exposés à la violence conjugale, Recherches et pratiques, Rapport d'étude, ONED. Paris, 2012. www.onpe.gouv.fr.

Shah PS, Shah J. Knowledge synthesis group on determinants of preterm/LBW births. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes a systematic review and meta- analyses, *J Womens Health (Larchmt)*. 2010; 19:2017-2031.

Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique (SSGO),

Violence domestique : guide pratique - Améliorer la prise en charge des femmes concernées, Gynécologie Suisse. 2009.

www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/vie_privée/ViolenceDomestique/pdf/SGGG_Violence_domestique.pdf

Stanley N. Children experiencing domestic violence: a research review. Dartington: Research in Practice. 2011.

Stover CS, Meadows AL, Kaufman J. Interventions for intimate partner violence : review and implications for evidence-based practice, Professional Psychology: Research and Practice. 2009; 40(3):223-233.

Taillieu TL, Brownridge DA. Violence against pregnant women: prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research, Aggression and Violent Behavior. 2010; 15:14-35.

Thackeray JD, Hibbard R, Dowd MD and the committee on child abuse and neglect, and the committee on injury, violence, and poison prevention. Clinical Report-Intimate Partner Violence: The Role of the Pediatrician, Pediatrics. 2010 May; 125(5):1094-1100.

Trabold N. Screening for intimate partner violence within a health care setting: a systematic review of the literature, Social Work in Health Care. 2007; 45(1):1-18.

US Department of justice, U.S. Department of Health and Human Services. Evidence-Based Practices for Children Exposed to Violence: a selection from federal databases, US Department of justice. 2009. www.nccadv.org.

US Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults, Annals of Internal Medicine. 2012 June; 156(11):796-808.

Van Parys A-S, Verhamme A, Temmermann M, Verstraelen H. Intimate partner violence and pregnancy: a systematic review of interventions, PLoS One. 2014 Jan; 9(1).

Wathen N. La victimisation avec violence : répercussions sur la santé des femmes et des enfants, Division de la recherche de la statistique, Ministère de la Justice Canada. 2012. www.justice.gc.ca.

Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: a systematic review and meta-analysis, Trauma Violence Abuse. 2010; 11:71-82.

Yount KM, DiGirolamo AM, Ramakrishnan U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: a conceptual review of the pathways of influence, Social Science & Medicine. 2011 May; 72(9):1534-54.

Les outils de prévention

Campbell J. Danger Assessment, 2003. www.ojp.gov/pdffiles1/jr000250e.pdf

Danel P & al. La santé des enfants exposés aux violences conjugales, Le monde du silence - brochure éditée par le Conseil général de la Haute-Loire, en collaboration avec le Groupement régional de Santé publique d'Auvergne, octobre 2015 https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/SEFVC-Brochure-Le_monde_du_silence.pdf

Danel P & al. Livret d'accompagnement de la brochure « La santé des enfants exposés aux violences conjugales » -outil édité par le Conseil général de la Haute-Loire en collaboration avec le Groupement régional de Santé publique d'Auvergne, octobre 2015. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Livretsanteviolenceconjugale.pdf>

Fédération Wallonie-Bruxelles. Un enfant exposé aux violences conjugales est un enfant maltraité. Bruxelles, 2013. <https://parentalite.be/ressources/bibliotheque/un-enfant-expose-aux-violences-conjugales-est-un-enfant-maltraite>.

Flores J, Lampron Ch, Maurice P. Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique. Québec, janvier 2010. www.inspq.qc.ca.

Frisch-Desmarez Ch. La violence conjugale frappe les enfants, Yapaka.be. Bruxelles, mai 2016. www.yapaka.be.

Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes. Outil de détection du contrôle coercitif - Guide destiné aux psychologues cliniciens.ne.s - Guide destiné à la police, aux services d'aide aux victimes ainsi qu'aux intervenant-e-s psychosociaux de la première ligne. 2023. www.igvm-iefh.belgium.be.

Karzabi I, Latourès A. Cyber-violences conjugales : Repérer, accompagner, orienter les victimes. Centre Hubertine Auclert. Région Ile de France. Novembre 2022.

Offermans A-M, Warlet F-J. Les Violences Conjugales- cadre juridique et déontologique : aspects relatifs au dossier et au certificat médical, Société Scientifique de Médecine Générale. Bruxelles, 2025. www.ssmg.be et www.dmgulb.be.

Pôle des Ressources en violences conjugales et intrafamiliales. Evaluation intersectorielle des violences conjugales dans le couple (Outil EVIVICO). Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes. 2023.

Sadlier K. Les mots pour le dire, Tome 1/2/3 - Guide à destination des professionnel-le-s, développé par le Département de la Seine-Saint-Denis, 2011. <https://ressources.seinesaintdenis.fr/Outils-d-aide-a-l-entretien-Les-mots-pour-le-dire>.

Willaume A & al. Et si c'était du contrôle coercitif ? Repenser les pratiques socio-judiciaires pour (mieux) protéger les victimes de violences conjugales. Un référentiel commun Belgique - France - Québec. Anthemis. Novembre 2025.

Référentiel à destination des professionnels de santé

TOME 1 /
Repères théoriques et cliniques

TOME 2 /
Outils d'aide à la pratique

