

Violences au sein du couple: les enfants en souffrance

Référentiel

à destination des professionnels de santé

Comment détecter?

Comment accompagner?

Comment orienter?

Ce référentiel à destination des professionnels de santé se compose de deux tomes.

Ces deux tomes sont réunis dans ce pdf. Leur accès est possible via la [page d'accueil suivante](#).

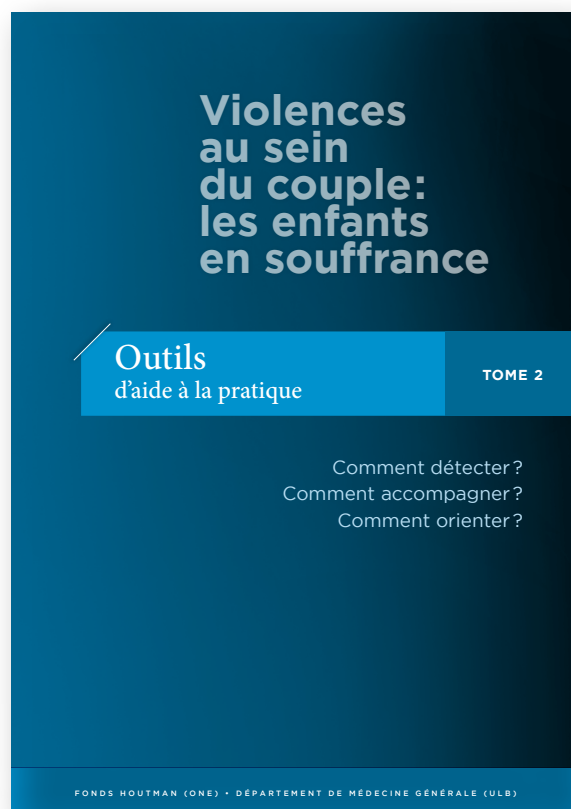
Chaque tome dispose de table des matières interactive.

TOME 1
Repères
théoriques
et cliniques



> Voir table des matières TOME 1

TOME 2
Outils d'aide
à la pratique



> Vers la liste des outils TOME 2

> Vers la liste des fiches TOME 2

Violences au sein du couple: les enfants en souffrance

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)

Auteur	Anne-Marie Offermans, Sociologue, Formatrice en milieu hospitalier et en médecine générale
Equipe de recherche DMG ULB	Anne-Marie Offermans (Sociologue, Maître d'enseignement), Michel Roland (Médecin généraliste, Professeur émérite), Nadine Kacenelenbogen (Médecin généraliste, Chargée de cours)
Appui rédactionnel	Question Santé Asbl
Processus de validation	Stéphanie Deblaer (Sage-femme, CHU Brugmann), Gillian Douglas (Travailleuse médico-sociale, 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 (Travailleuse médico-sociale, ONE-CHU Brugmann), Estelle Oiry (Sage-femme, CHU Brugmann), Catherine Preux (Pédiatre, CHU Saint-Pierre), Marie Vandenput (Travailleuse médico-sociale, Consultations ONE), Martine Vanderkam (Sage-femme, CHU Saint-Pierre)
Relecture	Luc Schreiden (Psychologue-psychothérapeute), Martine Content-Dupont (Psychothérapeute)
Graphisme	Marie-Noëlle Jacmin - www.ligne33.be
Impression	Imprimerie Graphius Bruxelles, septembre 2017 © Fonds Houtman (ONE) • Dépôt légal : D/2017/7730/2

Document également disponible sur demande (info@fondshoutman.be) et téléchargeable sur les sites <http://fondshoutman.be/cahiers/> (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 ceux, scientifiques et professionnels de terrain, qui sont préoccupés 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 praticiens impliqués 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 professionnels de santé dans la détection précoce et l'accompagnement des familles concernées, qu'ils soient médecins généralistes, gynécologues, obstétriciens, pédiatres, pédopsychiatres, sages-femmes, travailleurs médico-sociaux (TMS) de l'ONE, psychologues, kinésithérapeutes, assistants sociaux ou encore tout acteur impliqué 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 se définit comme celui qui est témoin oculaire ou auditif 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 professionnel 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 l'escalade 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'intervenants 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 va tenter de persuader, de convaincre l'autre qu'il a raison, parfois même avec insistance. Il va défendre sa position en l'argumentant, sans que la peur détermine qui sera le gagnant. 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 des partenaires ou ex-partenaires qui vise à contrôler et à prendre le pouvoir sur l'autre. Il n'y a pas des interlocuteurs mais un seul en position haute (« il n'y a que moi et moi »). L'autre est traité 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, 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 l'escalade 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 professionnels 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 qui tente d'expliquer ses actes en reportant la responsabilité sur son/sa partenaire. Il 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 », « J'ai eu une enfance malheureuse »... A terme, elle vise à banaliser ou normaliser les violences auxquelles l'auteur 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 de violences se montre particulièrement attentionné. 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 dépendants de ce cercle vicieux, les moments d'apaisement 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 accomplie 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 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 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 partenaire en position de « dominant » manifestant des comportements qui laissent à penser que l'autre est devenu son « objet ». Dans ce schéma, les actes de violence seront de plus en plus agressifs avec des conséquences de plus en plus lourdes pour la personne victime (perte d'estime de soi et d'autonomie, isolement, stress chronique, séquelles physiques...), raison pour laquelle on parle à juste titre d'« escalade de la violence ».

(>> Voir Aide au dialogue - Fiche 3)

Verbale et Psychologique

Insultes, obscénités, injures à caractère sexuel ou encore sarcasmes sur la personne elle-même ou sur les enfants.

Attitudes ou propos méprisants, réflexions insidieuses sur son physique, ses vêtements, ses fréquentations..., chantages affectifs, humiliations, culpabilisations, intimidations, réactions d'indifférence, menaces de lui enlever les enfants, de la tuer..., harcèlements autour du droit de visite, dévalorisations dans son rôle de parent.

Economique et Administrative

Contrôle des ressources financières et matérielles allant jusqu'à la privation, au détournement de salaires, de biens, d'allocations familiales, contrainte au travail au-delà de son endurance, 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

Isolement, limitation de sa participation aux activités, surveillance de ses allées/venues, contrôle de ses contacts téléphoniques ou sur les réseaux sociaux, humiliation en public, interdiction de fréquenter les soins périnataux.

Sociale et Familiale

Bousculades, gifles, coups de pieds ou de poings dans le ventre, brûlures, morsures, jets d'objets au visage, utilisation d'arme blanche, à feu, strangulation, séquestration.

Obligation de rapport sexuel en utilisant des pressions, du chantage, viol, blessures sur les parties sexuelles ou génitales, pratiques imposées (photos ou vidéos, lors de rapport sexuel, avec plusieurs partenaires).

Physique et Sexuelle

Quelques chiffres...

- Les violences au sein du couple sont largement répandues et souvent dissimulées. La dernière enquête nationale belge révèle que 1 femme sur 20 (de 18 à 75 ans) a vécu des situations de violences conjugales « très graves » au cours des 12 derniers mois ; près de 2 hommes sur 100 se retrouvent dans ces mêmes situations (Pieters 2010).
- 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, les enfants furent témoins dans plus de 40% des cas de violences conjugales déclarées au cours des 12 derniers mois (Pieters 2010).
- C'est aussi lors des situations de violences graves (48,8%) ou très graves (43%) que les enfants sont les plus présents (Pieters 2010).
- D'autres études signalent que 10% d'entre eux deviennent des victimes directes (Offermans 2010).
- 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 structurelle 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).

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 dernière 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 de ses parents a pu être gravement blessé, 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 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 professionnels de santé ; cela aidera les personnes concernées à se confier.

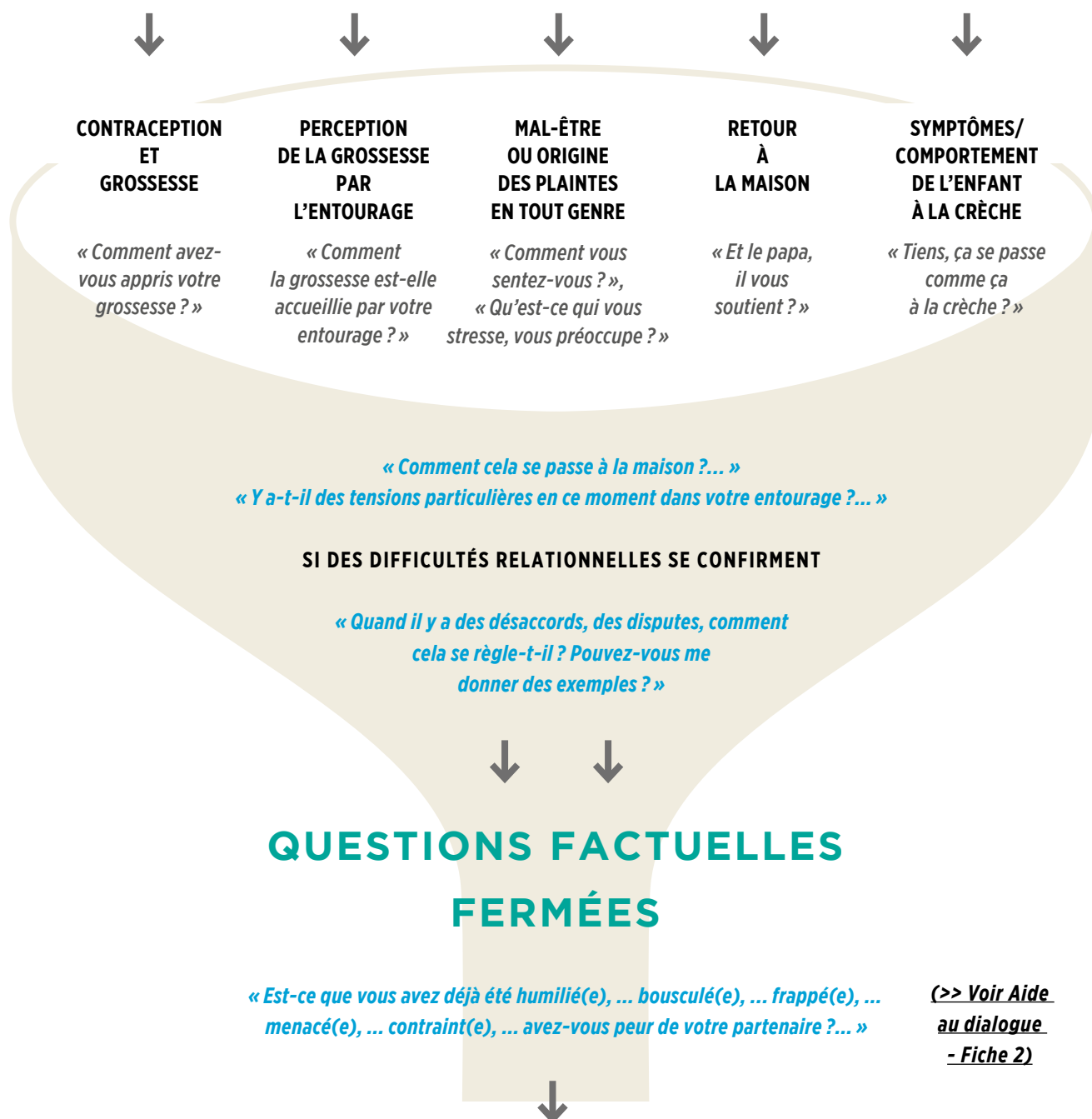
Le troisième : construire un réseau de collaboration est fondamental. Une intervention multidisciplinaire permet d'apporter aux familles un éventail de solutions ainsi que de soutenir le professionnel pratiquant en solo.

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...



« 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 interprète autre qu'un membre ou ami 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
- Addictions
- 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, anxiété, syndrome de stress post-traumatique (PTSD) - Addictions - 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		
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 de violences
• Prise de parole difficile • Expressions reflétant un sentiment d'insécurité (regard fuyant, difficulté à s'installer dans le fauteuil) • Auto-dévalorisation • Recherche constante de l'approbation du/de la conjoint(e) • Interruptions de la consultation par des appels de l'auteur 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 praticien, lui indique les conduites à suivre • Est hyper-prévenant
Dans la relation mère-enfant	Chez le praticien
• 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 praticien dans la communication (avec la personne victime ou entre les soignants) • Ressenti du praticien que « quelque chose ne va pas »

Les attitudes à développer en cas de révélation des 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 vous a bousculé, menacé...) en vue d'aider la personne à faire une description la plus complète possible de sa situation. A ce stade, il vaut mieux éviter les termes 'battu(e)', 'maltraité(e)', 'victime'/'agresseur' qui risquent de susciter des résistances.

- 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.

- Etre soutenant et dans le non-jugement : la reconnaissance par le praticien 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. (Travailleuse médico-sociale, Consultations prénatales ONE)

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

Informers. 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 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 praticien 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 praticien aborde ces questions et les trois quarts d'entre elles (97% chez les femmes enceintes) souhaitent qu'il 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. (Travailleuse médico-sociale, Consultations prénatales ONE)



Les femmes concernées apprécient que le praticien aborde ces questions et les trois quarts d'entre elles (97% chez les femmes enceintes) souhaitent qu'il 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 praticien de la situation de violences peut être le point de départ d'un changement. Comme mentionné dans les dernières 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. Informer sur **les services d'aide disponibles** reste à ce stade fondamental puisque l'on sait que quand les personnes victimes ont conscience de l'existence de services d'aide 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 n'existe pas d'outil validé en la matière à destination des intervenants en santé. Les **indicateurs** suivants, identifiés dans le cadre de protocoles de prise en charge de femmes victimes, peuvent toutefois être pris en considération **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'escalade des violences : type de violences subies (psychologique, physique, sexuelle...), fréquence et évolution dans le temps, degré d'emprise du partenaire, 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 problèmes d'addiction, 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 amis, les collègues, le réseau de professionnels...

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 professionnel 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 professionnel soit convié 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.

Soutenir la parentalité

Pour autant que la sécurité des personnes demeure assurée, il est essentiel de favoriser les liens parent-enfant. Le praticien 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 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 la mère, au vu des disqualifications et des critiques constantes dont elle peut souvent faire l'objet, entraînant chez elle perte de confiance et d'estime de soi. Elle sera, par ricochet, bénéfique pour l'enfant quand on sait à quel point l'estime de soi de la mère est nécessaire à la construction de son identité.

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. À 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 médecin généraliste, d'une sage-femme, du/de la TMS de l'ONE, d'un(e) puériculteur(rice), 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 parental. Il s'agira dès lors de réfléchir avec la personne victime – voire avec l'auteur, si la sécurité est assurée – à la constitution ou la restauration d'un **réseau d'entraide et de soutien** (famille, ami(e)s, professionnels...) 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 (Recommandations de Bonne Pratique SSMG 2010).

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 : le SAS (Set Aggression Sexuelle)
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 praticien
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'intervenants en santé

L'accompagnement de ces familles confirme la nécessité de créer du lien et de se **construire un réseau d'intervenants** (>> Voir Outil 7). Les travailleurs médico-sociaux (TMS) de l'ONE et les médecins généralistes sont des interlocuteurs à privilégier au vu du suivi à domicile qu'ils proposent. Ceux-ci ont une meilleure connaissance des ressources, voire des fonctionnements familiaux et peuvent rester vigilants 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 intervenants, ses objectifs, ses avantages et ses limites, et obtenir son accord.
- Ne partager les informations confidentielles qu'avec d'autres intervenants que l'état ou la profession oblige également au secret professionnel, et qui ont en charge la même mission auprès de ce/cette patient(e).
- Transmettre uniquement les informations nécessaires aux soins à dispenser.

Il est également opportun de respecter ses limites en tant que professionnel 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. (Travailleuse médico-sociale, 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 intervenants.
- 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 praticiens, augmente leur aptitude à intervenir de manière appropriée et améliore l'accompagnement qu'ils proposent aux familles. Ceci est confirmé en particulier quand il s'agit de programmes de formation à multiples facettes. La formation des professionnels de santé apparaît comme **un des points essentiels dans les recommandations OMS (2013) et NICE (2014)**. 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 à destination des professionnels de santé sont organisées par la Société Scientifique de Médecine Générale (www.ssmg.be/cellules-specifiques/violences-familiales) et par l'ONE (www.one.be) (voir également à ce sujet la brochure Fédération Wallonie-Bruxelles « un enfant exposé aux violences conjugales est un enfant maltraité » - www.egalite.cfwb.be). ■

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.
- 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).
- 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.
- 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).
- 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.
- 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, 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. Téléchargeable sur le site 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.

Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes.

Non aux violences, Plan d'Action National de lutte contre toutes les formes de violence basée sur le genre, (PAN 2015-2019). Téléchargeable sur le site www.igvm-iefh.belgium.be.

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, Kacenenbogen N. La prévalence des violences entre partenaires : Pourquoi la détection par le médecin généraliste?, *Revue Médicale de Bruxelles*. 2010; 31:403-414.

Office de la Naissance et de l'Enfance. Pour un accompagnement réfléchi des familles, un référentiel de soutien à la parentalité. Bruxelles, Décembre 2012.

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.

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. Téléchargeable sur le site 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. Téléchargeable sur le site www.onpe.gouv.fr.

Pieters J, Italiano P, Offermans A-M, Hellemans S.

Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle, Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes. Bruxelles, 2010. Téléchargeable sur le site www.igvm-iefh.belgium.be.

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.

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.

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. Téléchargeable sur le site 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. Téléchargeable sur le site www.pom.be.ch.

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. Téléchargeable sur le site 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.

Vanhalewyn M, Offermans A-M, Pas L. Recommandations de Bonne Pratique - Détection des violences conjugales, Société Scientifique de Médecine Générale. Bruxelles, 2009. Téléchargeable sur le site www.ssmg.be.

Vanhalewyn M, Offermans A-M, Pas L. Modèle de Travail - Approche clinique des violences conjugales, Société Scientifique de Médecine Générale. Bruxelles, 2010. Téléchargeable sur le site www.ssmg.be.

Vanhalewyn M, Offermans A-M, Pas L. Les Violences Conjugales - cadre juridique et déontologique : aspects relatifs au dossier et au certificat médical, Société Scientifique de Médecine Générale. Bruxelles, 2010. Téléchargeable sur le site www.ssmg.be.

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. Téléchargeable sur le site 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 1er 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 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, §§ 1er 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

§ 1er *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 1er, 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

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)

Auteur	Anne-Marie Offermans, Sociologue, Formatrice en milieu hospitalier et en médecine générale
Equipe de recherche DMG ULB	Anne-Marie Offermans (Sociologue, Maître d'enseignement), Michel Roland (Médecin généraliste, Professeur émérite), Nadine Kacenelenbogen (Médecin généraliste, Chargée de cours)
Appui rédactionnel	Question Santé Asbl
Processus de validation	Stéphanie Deblaer (Sage-femme, CHU Brugmann), Gillian Douglas (Travailleuse médico-sociale, 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 (Travailleuse médico-sociale, ONE-CHU Brugmann), Estelle Oiry (Sage-femme, CHU Brugmann), Catherine Preux (Pédiatre, CHU Saint-Pierre), Marie Vandenput (Travailleuse médico-sociale, Consultations ONE), Martine Vanderkam (Sage-femme, CHU Saint-Pierre)
Relecture	Luc Schreiden (Psychologue-psychothérapeute), Martine Content-Dupont (Psychothérapeute)
Graphisme	Marie-Noëlle Jacmin - www.ligne33.be
Impression	Imprimerie Graphius Bruxelles, septembre 2017 © Fonds Houtman (ONE) • Dépôt légal : D/2017/7730/2

Document également disponible sur demande (info@fondshoutman.be) et téléchargeable sur les sites <http://fondshoutman.be/cahiers/> (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 praticien,
 mais bien de le 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 professionnel de santé peut décider, en fonction de son itinéraire dans la consultation, d'utiliser les outils, soit en regard d'une question qu'il 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, élaboré par la SSMG et validé par l'Ordre des médecins	12
Outil 7 : Tableau des ressources	13
 Méthodologie et références	 24

FICHES 1 À 7

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

p.15 à 23

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, 5% de femmes et 1,7% d'hommes en situations de violences très graves sur les 12 derniers mois)
- ☐ **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, addictions, 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, addictions, 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** > 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** > 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 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 <
- ◆ j'informe sur les aides 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, addictions, 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 TMS de l'ONE en vue d'initier une guidance psychosociale avec la personne victime
- ◆ j'organise ou intensifie un suivi à domicile : passage de son/d'un(e) médecin généraliste, d'une sage-femme, du/de la TMS de l'ONE, d'un(e) puériculteur(rice)...
- ◆ 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 le papa, 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 sa/son 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 sa/son partenaire ou de divorcer dans un avenir proche
- ☐ Le/la partenaire dit qu'il/elle ne peut pas vivre sans elle/lui et affirme qu'il/elle le suivra et le harcèlera même après la séparation

5. Menaces de la part de l'auteur 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 la/le tuer et/ou de tuer les enfants et/ou de se suicider
- ☐ Le/la partenaire a menacé les ami(e)s et parent(e)s de la/du patient(e)

6. Autres

- ☐ Le/la partenaire abuse d'alcool ou de drogues, notamment de celles qui aiguissent la violence et l'agressivité (cocaïne, amphétamines)
- ☐ Le/la partenaire sait que la/le 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, amis, 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 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-ci/celle-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, élaboré par la SSMG et 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)

.....
.....

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 ? :

.....
.....

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 :

Outil 7:

Tableau des ressources

SERVICES GÉNÉRALISTES

TYPE D'AIDE	SERVICES	DÉFINITION ET COORDONNÉES
Ecoute	ECOUTE Violence conjugale	0800 30 030 - numéro d'appel gratuit, accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7
Psychologique	Service de Santé Mentale	Lieu d'accueil où des professionnels, 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)
	Centre de Planning Familial	Offre un accueil, une écoute, une aide dans tous les domaines de la vie relationnelle, affective et sexuelle www.loveattitude.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 auteurs, 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 page suivante
Hébergement	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 suivante
Auteurs - aide spécialisée	Praxis	Propose un accompagnement individuel ou en groupe aux auteurs de violences conjugales et intra-familiales sous contrainte judiciaire ou sur base volontaire Voir répertoires page suivante
Mineurs- Aide spécialisée	Service SOS-enfants de l'ONE	Accompagnement de l'enfant dans et en relation avec son milieu familial et son environnement social - organisation de consultations pré/postnatales, visites à domicile www.one.be
	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 SPÉCIALISÉS 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
	Bru-Stars - Coordination de réseau santé mentale	Accompagnement des enfants présentant des vulnérabilités psychologiques, et de leur entourage (équipe mobile, réseau et liaisons intersectorielles) www.bru-stars.be
BRABANT	Archipel BW - Coordination de réseau santé mentale	Accompagnement des enfants présentant des vulnérabilités psychologiques, et de leur entourage (équipe mobile, réseau et liaisons intersectorielles) www.archipelbw.be
	Bébé-accueil - Nivelles	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

Suite >> Outil 7:

Tableau des ressources

SERVICES SPÉCIALISÉS EN PÉRINATALITÉ

TYPE D'AIDE	SERVICES	DÉFINITION ET COORDONNÉES
HAINAUT	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 chrysalide.regionducentre@gmail.com
	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 petites.bulles@apepcharleroi.be
	Pré-en-bulle - Tournai/Mouscron-Comines	Accompagnement du lien parent-bébé dans les situations de grande précarité preenbulle.bm@gmail.com
	Rhéseau - Coordination de réseau santé mentale	Accompagnement des enfants présentant des vulnérabilités psychologiques, et de leur entourage (équipe mobile, réseau et liaisons intersectorielles) www.rheseau.be
LIÈGE	Diapason (UTE AIGS) - Liège	Evaluation de l'interaction parents-enfant et interventions thérapeutiques visant à soutenir la parentalité et renforcer l'accordage affectif www.aigs.be/diapason.php
	Neuf mois et après ?... (L'oasis familiale) - Hannut/Waremme	Accompagnement périnatal multidisciplinaire des familles précarisées www.oasis-familiale.com
	Parents en exil (Tabane) - Liège	Soutien à la parentalité lorsque celle-ci est fragilisée par le contexte migratoire parentsenexil@gmail.com
	Realism 0-18 - Coordination de réseau santé mentale	Accompagnement des enfants présentant des vulnérabilités psychologiques, et de leur entourage (équipe mobile, réseau et liaisons intersectorielles) www.realism0-18.be
	Seconde peau - Liège	Accompagnement à domicile de la relation parent-enfant le plus précocement possible seconde.peau@fmm.be
LUXEMBOURG	Bébé-accueil - Bertrix	Accompagnement psychosocial des futurs parents www.bebe-accueil.be
	Réseau Matilda - Coordination de réseau santé mentale	Accompagnement des enfants présentant des vulnérabilités psychologiques, et de leur entourage (équipe mobile, réseau et liaisons intersectorielles) www.matilda-lux.be
NAMUR	Espace Ecllosion (IDEF) - Région de la Basse-Sambre	Accompagnement psychosocial, éducatif, pédagogique des (futurs) parents et jusqu'aux 2 ans et demi de l'enfant espace.eclosion@hotmail.com
	Kirikou - Coordination de réseau santé mentale	Accompagnement des enfants présentant des vulnérabilités psychologiques, et de leur entourage (équipe mobile, réseau et liaisons intersectorielles) www.reseau-sante-kirikou.be
	Service mobile d'éducation familiale (IDEF) - Région de la 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
	Netzwerk-koordination	Accompagnement des enfants présentant des vulnérabilités psychologiques, et de leur entourage (équipe mobile, réseau et liaisons intersectorielles) 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 : **www.equal.brussels**

Du **matériel d'information** est également disponible sur demande, auprès :

- du SPF Santé Publique (affiches) : **psysoc@health.belgium.be**
- de la Région wallonne (affiches, folders et cartes de visites) : **egalitedeschances.actionsociale@spw.wallonie.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 de l'escalade, 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(e)s, professionnels...) 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 professionnel pourra se référer s'il 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 praticien, mais bien de le soutenir dans le processus d'accompagnement des parents concernés.

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

Mode d'emploi 15

Fiche 1 : Cycle de la violence et vécu de l'enfant 17

Fiche 2 : Formes de violences 18

Fiche 3 : Escalade des violences 19

Fiche 4 : Impacts sur la santé de l'enfant in utéro 20

Fiche 5 : Impacts sur la santé de l'enfant de moins de 2 ans 21

Fiche 6 : Impacts sur la santé de l'enfant de 2 à 4 ans 22

Fiche 7 : Cercle de personnes-ressources 23

Méthodologie et références 24

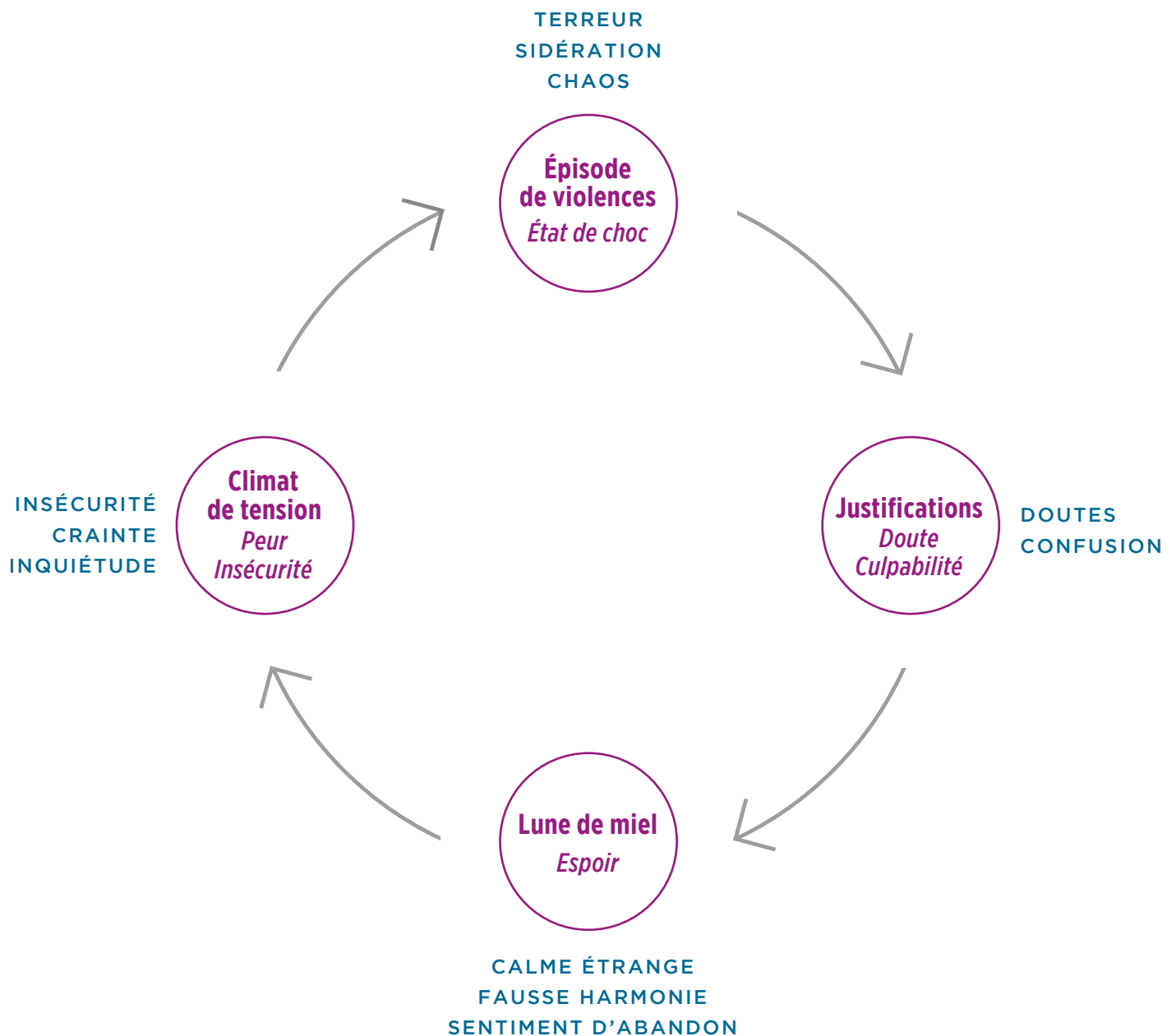
OUTILS 1 À 7

**Les outils
du professionnel
de santé**

p.5 à 14

> 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 ou encore sarcasmes sur la personne elle-même ou sur les enfants.

Attitudes ou propos méprisants, réflexions insidieuses sur son physique, ses vêtements, ses fréquentations..., chantages affectifs, humiliations, culpabilisations, intimidations, réactions d'indifférence, menaces de lui enlever les enfants, de la tuer..., harcèlements autour du droit de visite, dévalorisations dans son rôle de parent.

Economique et Administrative

Contrôle des ressources financières et matérielles allant jusqu'à la privation, au détournement de salaires, de biens, d'allocations familiales, contrainte au travail au-delà de son endurance, 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

Isolement, limitation de sa participation aux activités, surveillance de ses allées/venues, contrôle de ses contacts téléphoniques ou sur les réseaux sociaux, humiliation en public, interdiction de fréquenter les soins périnataux.

Sociale et Familiale

Bousculades, gifles, coups de pieds ou de poings dans le ventre, brûlures, morsures, jets d'objets au visage, utilisation d'arme blanche, à feu, strangulation, séquestration.

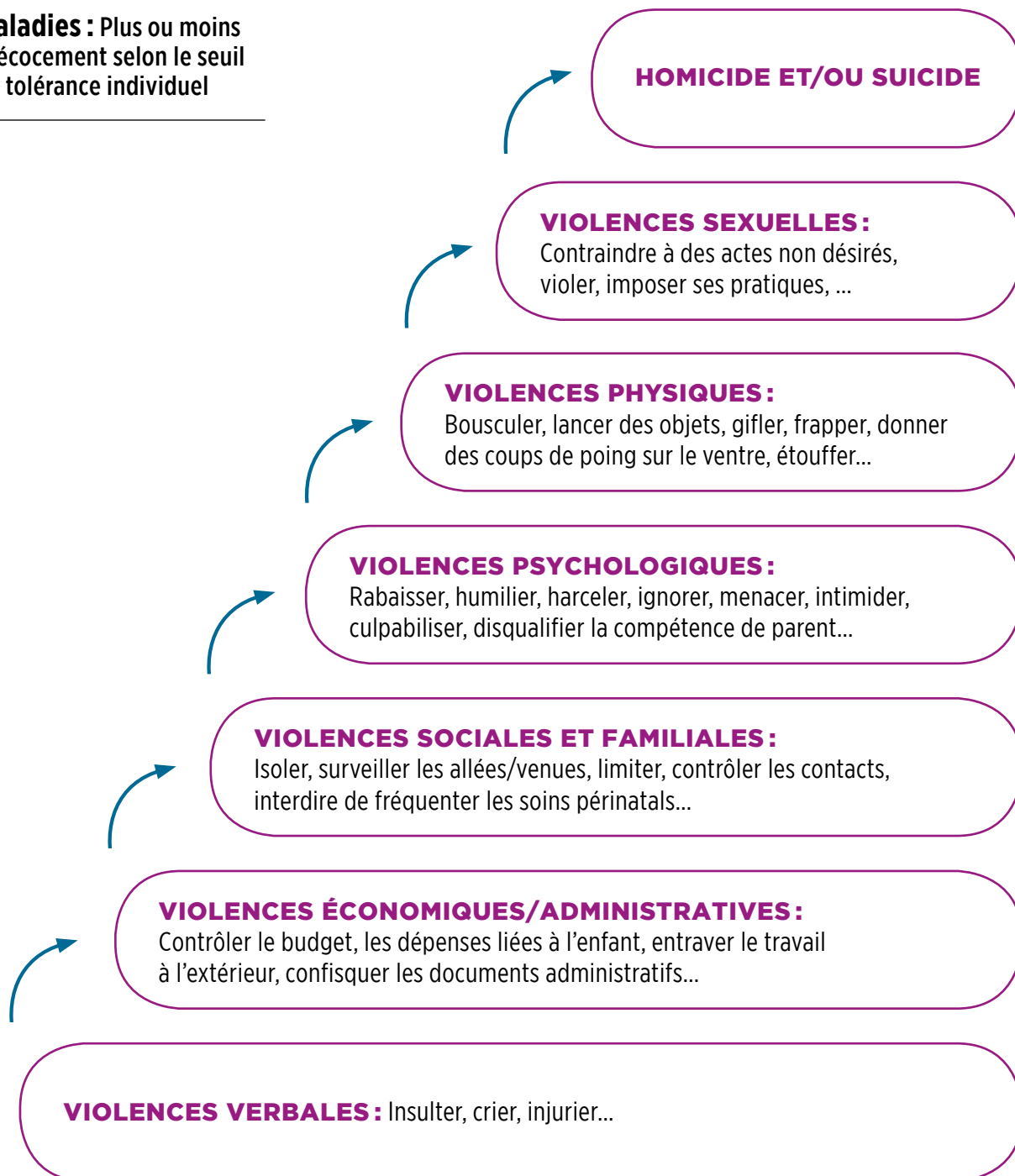
Obligation de rapport sexuel en utilisant des pressions, du chantage, viol, blessures sur les parties sexuelles ou génitales, pratiques imposées (photos ou vidéos, lors de rapport sexuel, avec plusieurs partenaires).

Physique et Sexuelle

> Fiche 3 <

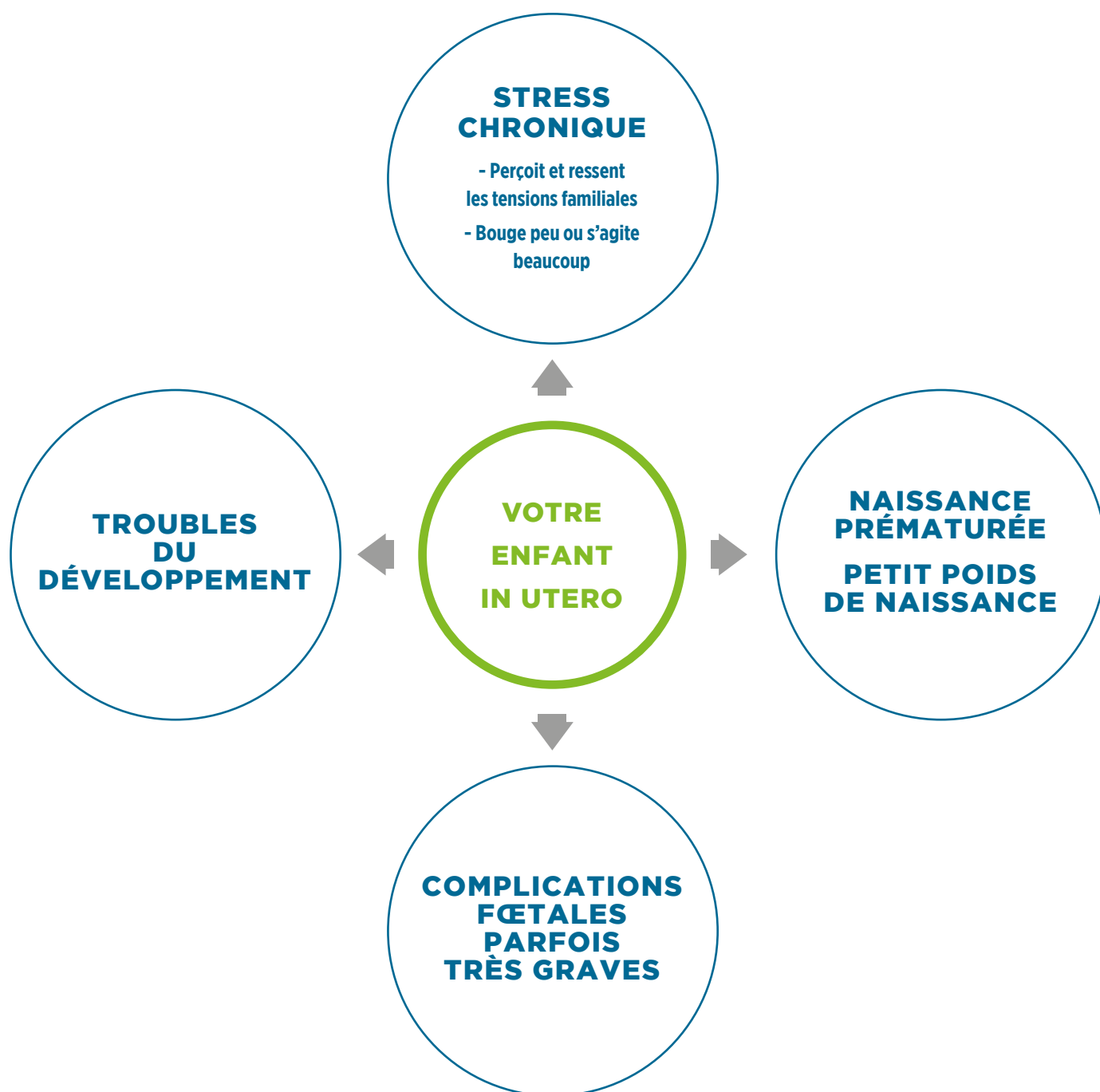
Escalade des violences

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



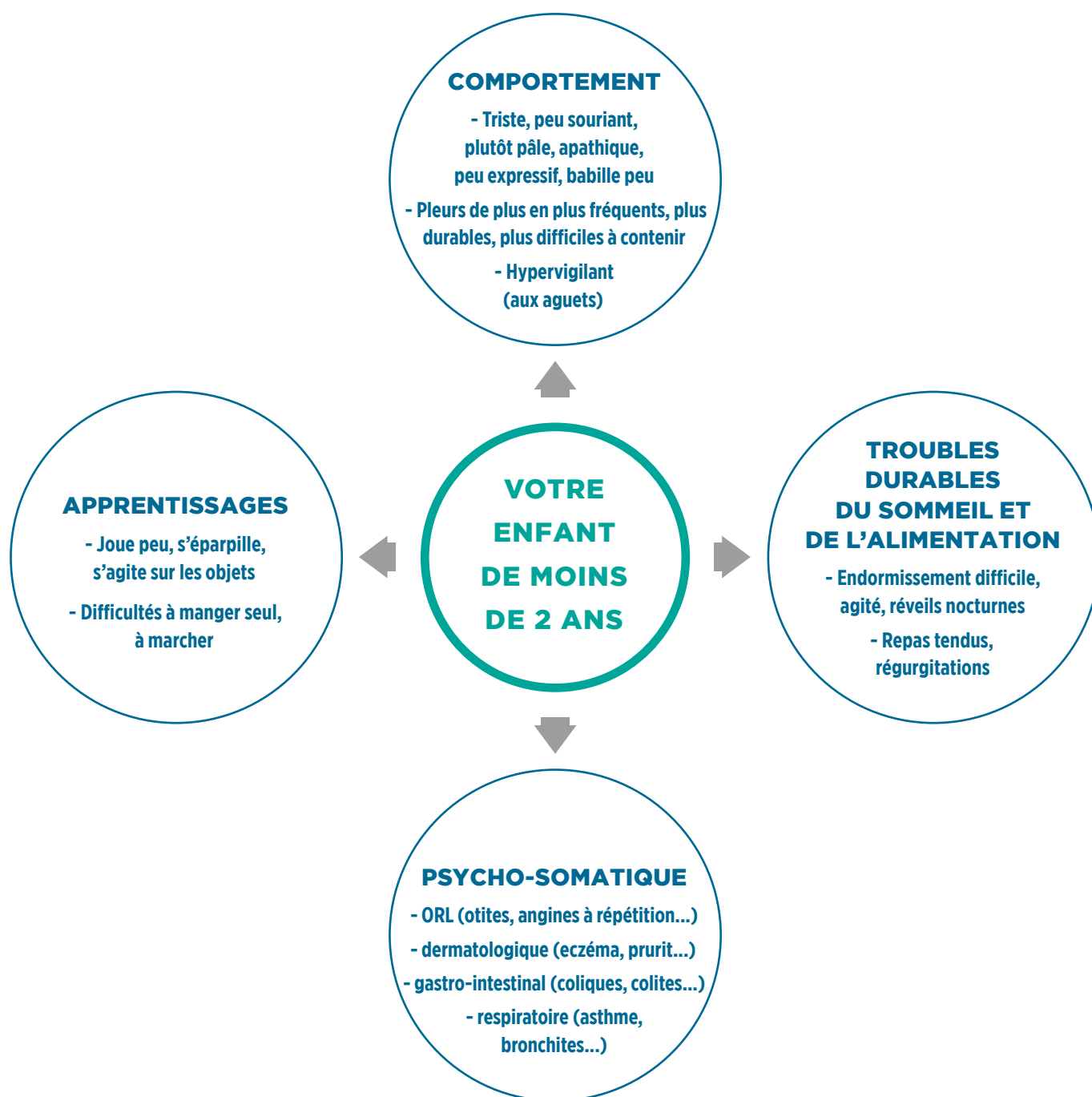
> Fiche 4 <

Impacts sur la santé de l'enfant in utéro



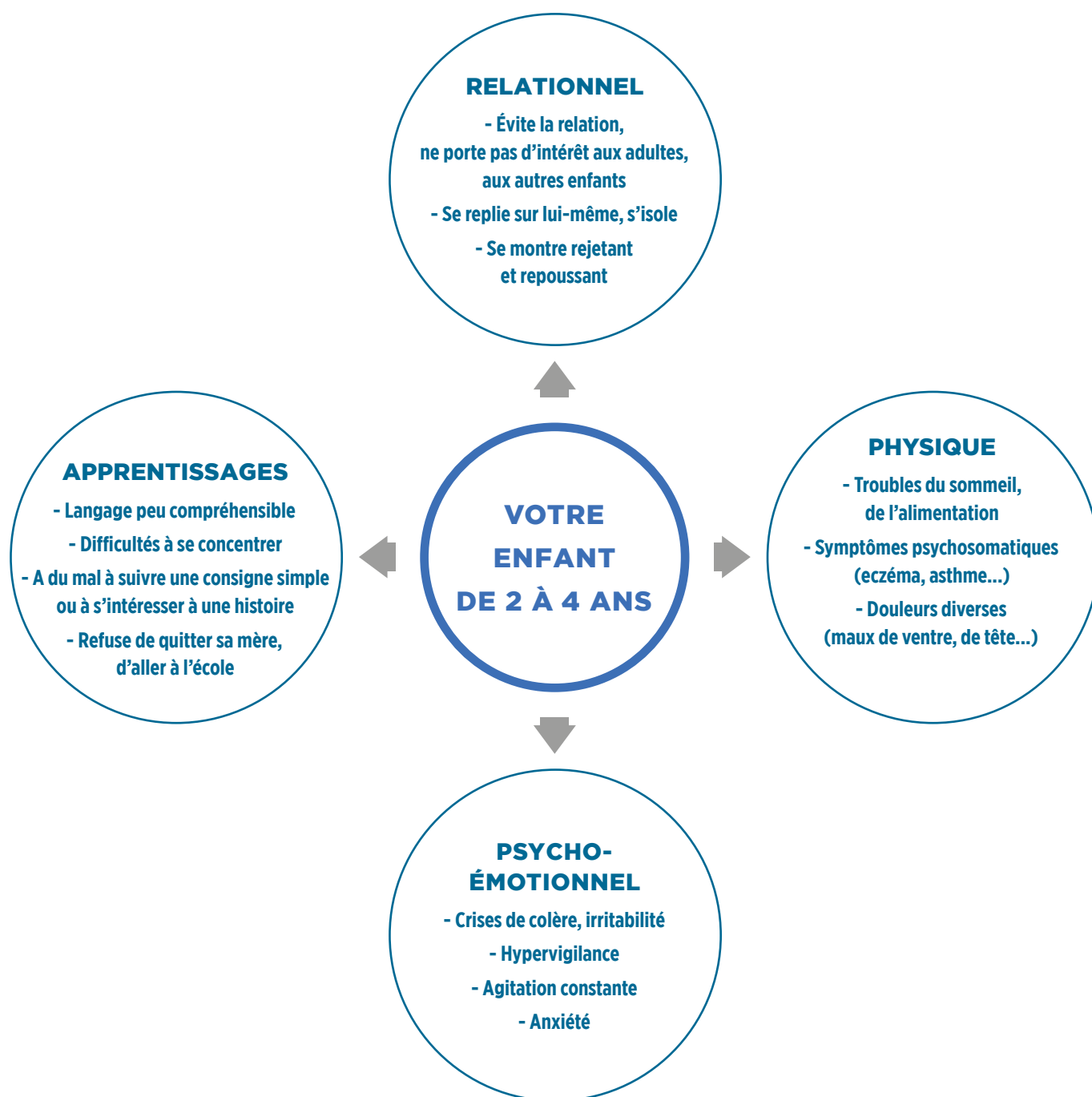
> Fiche 5 <

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



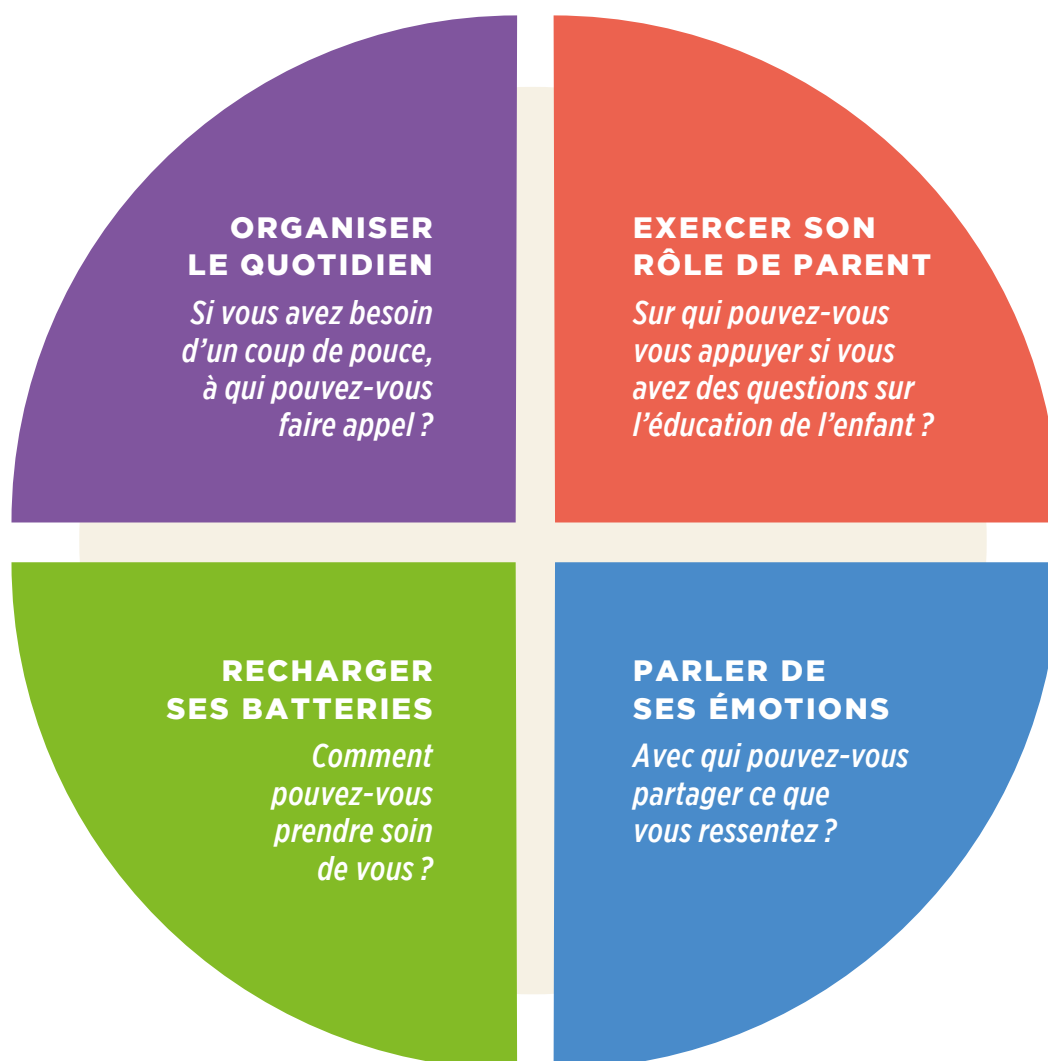
> Fiche 6 <

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 professionnels 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) et de NICE (2014). Il tient également compte des réalités de terrain grâce à l'expertise de praticiens consultés 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.

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).

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.

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).

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.

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, 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. Téléchargeable sur le site 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.

Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes. Non aux violences, Plan d'Action National de lutte contre toutes les formes de violence basée sur le genre, (PAN 2015-2019). Téléchargeable sur le site www.igvm-iefh.belgium.be.

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, Kacenenbogen N. La prévalence des violences entre partenaires: Pourquoi la détection par le médecin généraliste ?, Revue Médicale de Bruxelles. 2010; 31:403-414.

Office de la Naissance et de l'Enfance. Pour un accompagnement réfléchi des familles, un référentiel de soutien à la parentalité. Bruxelles, Décembre 2012.

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.

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). Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes, intervenir et produire des données, OMS. Genève, 2012. Téléchargeable sur le site www.who.int.

Organisation Mondiale de la Santé (WHO). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, WHO Clinical and Policy Guidelines, WHO. Geneva, 2013. Téléchargeable sur le site 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. Téléchargeable sur le site www.onpe.gouv.fr.

Pieters J, Italiano P, Offermans A-M, Hellemans S. Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle, Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes. Bruxelles, 2010. Téléchargeable sur le site www.igvm-iefh.belgium.be.

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.

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.

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. Téléchargeable sur le site 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.

Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A, Zarowsky C. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors, PLoS One. 2011 March; 6(3).

Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique (SSGO), Violence domestique : guide pratique - Améliorer la prise en charge des femmes concernées, Gynécologie Suisse. 2009. Téléchargeable sur le site www.pom.be.ch.

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. Téléchargeable sur le site 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.

Vanhalewyn M, Offermans A-M, Pas L. Recommandations de Bonne Pratique - Détection des violences conjugales, Société Scientifique de Médecine Générale. Bruxelles, 2009. Téléchargeable sur le site www.ssmg.be.

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. Téléchargeable sur le site 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, Danger Assessment, 2003.
<http://www.ncdsv.org/images/dangerassessment.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
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SEEV-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.
<http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Livretsanteviolenceconjugale.pdf>

Fédération Wallonie-Bruxelles. Un enfant exposé aux violences conjugales est un enfant maltraité. Bruxelles, 2013.
http://www.cpvf.org/wp-content/uploads/EnfantExposeViolenceConjugale_publication.pdf

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. Téléchargeable sur le site www.inspq.qc.ca.

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

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. Téléchargeable sur le site: www.seine-saint-denis.fr/Observatoire-des-violences-envers-les-femmes.

Vanhalewyn M, Offermans A-M, Pas L. Modèle de Travail - Approche clinique des violences conjugales, Société Scientifique de Médecine Générale. Bruxelles, 2010. Téléchargeable sur le site www.ssmg.be.

Vanhalewyn M, Offermans A-M, Pas L. Les Violences Conjugales - cadre juridique et déontologique : aspects relatifs au dossier et au certificat médical, Société Scientifique de Médecine Générale. Bruxelles, 2010. Téléchargeable sur le site www.ssmg.be.

Veltjen A, Van Vossle A, Groenen A. Outil d'évaluation des risques de violence entre partenaires, Institut pour l'Egalité des femmes et des hommes. Bruxelles, 2016. Téléchargeable sur le www.risicotaxatie.be.

Référentiel à destination des professionnels de santé

TOME 1 /

Repères théoriques et cliniques

TOME 2 /

Outils d'aide à la pratique