

## CHAPITRE 2

# PLAN D'ACTION POUR LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE AU SEIN DES CENTRES DE PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES



Centres de  
Prise en charge des  
Violences Sexuelles

C P V S . B E L G I U M . B E

### Droits réservés Modèle CPVS

Le modèle CPVS est la propriété de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (l'Institut). L'Institut se réserve tous les droits relatifs à ce modèle CPVS. Le modèle CPVS est un modèle vivant, qui exige d'être constamment affiné. L'Institut se réserve donc le droit d'y apporter des modifications après concertation avec les groupes de travail techniques et les parties prenantes.

# TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS .....	5
CADRE ET OBJECTIFS.....	6
1. Cadre du suivi psychologique au sein des CPVS .....	6
2. Objectifs de la prise en charge psychologique au sein des CPVS .....	6
3. Rôles des intervenant-e-s CPVS et collaboration .....	7
4. Personnes de soutien.....	7
<b>SECTION I - PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE D'UNE VICTIME MAJEURE EN PHASE AIGUË ET POST-AIGUË.....</b>	<b>8</b>
1. APERÇU .....	9
2. JOUR DE L'ADMISSION .....	10
2.1. Première aide psychologique et évaluation des risques par l'infirmier-e CPVS .....	10
2.2. Disponibilité du/de la psychologue si nécessaire.....	12
3. PREMIER MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES.....	13
3.1. Suivi attentif par l'infirmier-e CPVS à travers une gestion de cas renforcée .....	13
3.2. Premier entretien d'exploration par le/la psychologue la 1 <sup>ère</sup> ou 2 <sup>ème</sup> semaine suivant les violences sexuelles.....	13
3.3. Première évaluation psychologique par le/la psychologue possible à partir de la 3 <sup>ème</sup> semaine suivant les violences sexuelles .....	16
4. DEUXIEME ET TROISIEME MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES .....	19
4.1. Gestion de cas par l'infirmier-e CPVS après le 1 <sup>er</sup> mois suivant les violences sexuelles .....	19
4.2. Accompagnement psychologique par le/la psychologue du 2 <sup>ème</sup> au 3 <sup>ème</sup> mois suivant les violences sexuelles.....	19
4.3. Deuxième évaluation psychologique par le/la psychologue à la fin du 3 <sup>ème</sup> mois suivant l'admission .....	20
5. QUATRIEME AU SIXIEME MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES.....	21
6. SEPTIEME MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES .....	22
<b>SECTION II - PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE D'UNE VICTIME MINEURE EN PHASE AIGUË ET POST-AIGUË.....</b>	<b>23</b>
1. APERÇU .....	24
2. JOUR DE L'ADMISSION .....	26
2.1. Première aide psychologique et évaluation des risques par l'infirmier-e CPVS .....	26
2.2. Disponibilité du/de la psychologue si nécessaire.....	28

3.	PREMIER MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES.....	29
3.1.	Suivi attentif par l’infirmier-e CPVS à travers une gestion de cas renforcée .....	29
3.2.	Premier entretien d’exploration par le/la psychologue la 1 <sup>ère</sup> ou 2 <sup>ème</sup> semaine suivant les violences sexuelles.....	29
3.3.	Première évaluation psychologique par le/la psychologue possible à partir de la 3 <sup>ème</sup> semaine suivant les violences sexuelles .....	32
4.	DEUXIEME ET TROISIEME MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES .....	36
4.1.	Gestion de cas par l’infirmier-e CPVS après le 1 <sup>er</sup> mois suivant les violences sexuelles.....	36
4.2.	Accompagnement psychologique par le/la psychologue du 2 <sup>ème</sup> au 3 <sup>ème</sup> mois suivant les violences sexuelles.....	36
4.3.	Deuxième évaluation psychologique par le/la psychologue à la fin du 3 <sup>ème</sup> mois suivant les violences sexuelles.....	38
5.	QUATRIEME AU SEPTIEME MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES.....	40
6.	HUITIEME AU NEUVIEME MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES.....	41
	ANNEXES.....	42
1.	DOCUMENT D’ANAMNÈSE POUR LES VICTIMES .....	42
2.	LISTE DES TESTS PSYCHOLOGIQUES.....	47
3.	RECUEIL DES DONNÉES À ENREGISTRER SUR BASE DCD HEALTHDATA .....	49
4.	COTATIONS ET INTERPRÉTATIONS DES ÉCHELLES D’ÉVALUATION DU TSPT.....	53
5.	ARBRE DÉCISIONNEL PROPOSÉ PAR L’ÉQUIPE ARCH- ULIÈGE POUR LES VICTIMES MINEURES	55

# ABRÉVIATIONS

CPVS	Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles
ESPT	État de stress post-traumatique
EMD	Équipe multidisciplinaire
EMDR	Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires
ITQ	International Trauma Questionnaire
PAP	Première aide psychologique
PCL-5	PTSD Checklist for DSM-5 (checklist de TSPT pour DSM-5)
RSA	Réaction de stress aigu
TCC	Thérapie comportementale et cognitive
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
TSPT C	Trouble de stress post-traumatique complexe
VK	Vertrouwenscentrum Kindermishandeling

# AVANT-PROPOS

Ce document décrit les lignes directrices nationales à appliquer dans le cadre de la prise en charge psychologique des victimes de violences sexuelles en phase aigüe et post-aigüe. Il s'agit d'un trajet de soins idéal pour ce public cible, mais toute prise en charge doit être mise en place selon les besoins des victimes et les réalités de terrain possibles pour chaque Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS). Dans tous les cas, les CPVS doivent garantir que les objectifs définis par ce Modèle dans la section "cadre et objectifs" soient toujours atteints.

Le présent plan d'action a été (ré)évalué durant l'année 2023 et révisé en conséquence en 2024 et 2025, à l'initiative d'une demande du personnel CPVS.

Une large étude de réévaluation du modèle psychologique CPVS a donc été lancée en vue de réinterroger la fonction du/de la psychologue CPVS et de recentrer leurs missions autour de la prise en charge psychologique des victimes de violences sexuelles en phase aigüe. Pour ce faire, la réévaluation a été prévue en 4 temps :

- Un rapport d'étude basé sur la littérature scientifique existante réalisé par la VUB (Mental Health and Wellbeing Research Group (MENT)) ;
- Une comparaison internationale avec les prises en charges psychologiques de 6 autres centres de référence en matière de violences sexuelles existants à l'étranger (Portugal, Espagne, Norvège, Danemark, Irlande, Islande) ;
- Des entretiens réalisés avec un échantillon de 18 psychologues et 7 coordinatrices des 7 CPVS opérationnels au printemps 2023 ;
- Un focus group réunissant 6 expert-e-s issu-e-s du milieu académique en matière de psycho traumatisme et 6 psychologues CPVS ;

En raison des lacunes mises en évidence concernant les victimes mineures en phase aigüe lors de ce premier travail d'évaluation et de révision du modèle psychologique, une évaluation complémentaire a été lancée pour approfondir les recommandations relatives aux besoins spécifiques de ce public cible. Celle-ci a été réalisée en 2 temps :

- Un rapport d'étude basé sur la littérature scientifique existante réalisé par le service ARCh (Adaptation, Résilience, Changement) à l'Université de Liège.
- Des Groupes expert-e-s CPVS composés de psychologues des 5 CPVS ayant le plus d'expérience avec les victimes mineures, au moment du lancement de la révision, à savoir les CPVS de Gand, Anvers, Louvain, Liège et Charleroi.

À la lumière des résultats obtenus lors de ces étapes d'évaluation, l'Institut a exploré les différentes pistes de solution possibles pour une éventuelle adaptation du modèle psychologique CPVS. Une première proposition d'adaptation des protocoles pour les victimes majeures a été réalisée par l'Institut durant l'été 2023 et présentée au personnel CPVS lors du Groupe de travail psychologique du 11 octobre 2023. Une deuxième proposition d'adaptation des protocoles spécifiques aux victimes mineures a été présentée au Groupe de travail psychologique du 14 janvier 2025. Sur base des feedbacks reçus à l'issue de ces différents groupes de travail, l'Institut a adapté et complété le projet initial de modèle tel qu'il avait été élaboré par les Prof. Dre. Ines Keygnaert et Dre. Saar Baert.

Le modèle psychologique pour les victimes majeures a été validé par lors de la réunion « coordinatrices structures CPVS-IEFH » du 17 septembre 2024 et le groupe de travail psychologique du 14 janvier 2025 tandis que le modèle psychologique des victimes mineures a été validé au Groupe de travail psychologique du 21 août 2025.

Pour toute référence au modèle CPVS, veuillez toujours utiliser la citation suivante : L'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (éd). Centres de Prise en charge pour les Violences Sexuelles en Belgique : le modèle CPVS (Edition 2024). Bruxelles : IEFH.

# CADRE ET OBJECTIFS

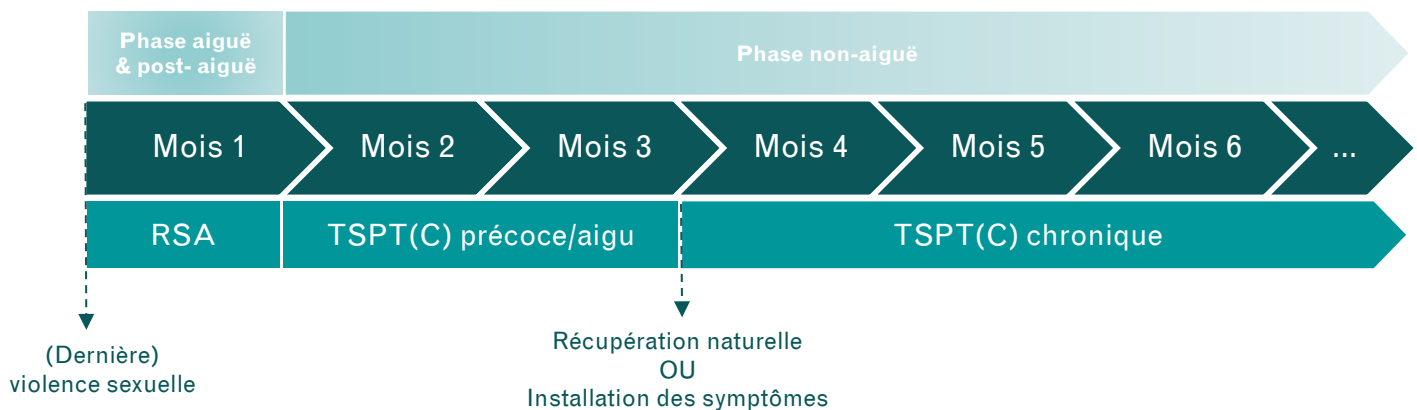
## 1. Cadre du suivi psychologique au sein des CPVS

En tant que service de première ligne, le CPVS est principalement responsable de guider les personnes ayant subi des violences sexuelles en phase aiguë et post-aiguë. Il en va de même pour l'offre psychologique au CPVS, qui s'adresse principalement aux victimes de violences sexuelles en phase aiguë<sup>1</sup> et en phase post-aiguë<sup>2</sup>.

Ainsi, pour les victimes se présentant au-delà d'un mois après les violences sexuelles, celles-ci sont réorientées vers un service psycho-social qualifié. Cela peut se faire par un-e psychologue, qui dispose jusqu'à 2 - 3 consultations maximum si cela est opportun pour la victime, ou via un entretien téléphonique personnalisé. Dans ce cas, un 1<sup>er</sup> rendez-vous avec un-e psychologue CPVS est possible selon les disponibilités restantes des psychologues de l'équipe.

Pour les victimes se présentant dans le mois suivant les violences sexuelles, l'offre de prise en charge psychologique au sein du CPVS est cadrée sur un timing de 6 mois, à compter de la première évaluation psychologique avec un-e psychologue CPVS pour les majeur-e-s et à partir de la deuxième évaluation psychologique avec un-e psychologue CPVS pour les mineur-e-s<sup>3</sup>.

Ce timing correspond à l'évolution symptomatologique du psycho traumatisme après des violences sexuelles, pouvant être schématisée comme suit :



En considération de cette évolution, les évaluations psychologiques doivent être réalisées approximativement au terme du premier mois suivant les violences sexuelles pour la première évaluation et à l'issue du troisième mois suivant les violences sexuelles pour la deuxième évaluation. En d'autres termes, la prise en charge psychologique au CPVS peut durer, au total, jusqu'à 7 mois après les violences sexuelles pour les victimes majeures et jusqu'à 9 mois pour les victimes mineures, selon la situation et les besoins de la victime.

## 2. Objectifs de la prise en charge psychologique au sein des CPVS

La prise en charge psychologique au sein des CPVS des victimes majeures et mineures de violences sexuelles en phase aiguë et post-aiguë est effectuée en partie par l'infirmier-e CPVS et majoritairement par le/la psychologue (voir point suivant). Celle-ci a pour objectifs de :

- Réduire l'incidence de l'évènement traumatique sur la vie quotidienne de la victime ;

<sup>1</sup> Les violences sexuelles en phase aiguë font référence aux victimes qui se présentent au sein d'une structure CPVS dans les 7 jours suivant les violences sexuelles

<sup>2</sup> Les violences sexuelles en phase post-aiguë font référence aux victimes qui se présentent au sein d'une structure CPVS et pour qui les violences sexuelles ont eu lieu il y a plus de 7 jours mais pas plus de 30 jours.

<sup>3</sup> Pour toutes les victimes majeures vulnérables, le/la psychologue évalue s'il est préférable de mettre en place la prise en charge psychologique selon le modèle des victimes mineures. Chaque situation est considérée dans sa singularité, selon les besoins de la victime et l'appréciation du/de la psychologue.

- Prévenir ou modérer l'apparition de symptômes liés à un psycho traumatisme ;
- Contribuer à éviter le développement d'un trouble de stress post-traumatique sur le long terme ;
- Collaborer et partager de l'expertise, dans la mesure du possible, avec le réseau extérieur.

### 3. Rôles des intervenant-e-s CPVS et collaboration

Globalement, la prise en charge psychologique des victimes de violences sexuelles en phase aiguë (et éventuellement en phase post-aiguë<sup>4</sup>) est principalement assurée par l'infirmier-e CPVS dans un premier temps et par le/la psychologue dans un deuxième temps. Plus schématiquement, une première aide psychologique ainsi qu'un suivi attentif seront principalement offerts à la victime le premier mois suivant les violences sexuelles par l'infirmier-e ; et à l'issue de ce premier mois, débutera pleinement le suivi psychologique de la victime par le/la psychologue. Des entretiens d'exploration et/ou d'évaluation effectués par le/la psychologue sont néanmoins recommandés endéans le premier mois, selon ses disponibilités et les besoins de la victime.

Une bonne collaboration entre les partenaires de soins est donc primordiale, en particulier le premier mois, pour assurer une prise en charge optimale tant pour la victime que pour le personnel. Les concertations d'équipe doivent être privilégiées pour garantir la réalisation des objectifs de la prise en charge psychologique au sein des CPVS :

- Concernant l'activation du réseau existant ou la recherche d'un nouveau réseau pour la victime, le/la psychologue travaille en collaboration avec l'infirmier-e CPVS afin de se coordonner avec ce réseau d'assistance, de sorte que la prise en charge de la victime soit optimale.
- Lors de l'admission de la victime, l'infirmier-e CPVS peut faire appel à un-e psychologue de l'équipe dans certaines situations, telles que décrites au point 2.1., pour être soutenu-e lors de la première aide psychologique.
- Les échanges et concertations de cas sont organisées régulièrement en équipe (multidisciplinaire ou par fonction). Celles-ci permettent de partager la responsabilité entre intervenant-e-s, par le biais de prises de décisions en commun, ainsi que de préserver la sécurité des victimes et du personnel, notamment en facilitant le maintien d'un cadre clair auprès de certaines victimes. Cela est d'autant plus important pour la prise de décision plus difficiles, telles que la réorientation directe ou la clôture d'un suivi en cours de prise en charge.

### 4. Personnes de soutien

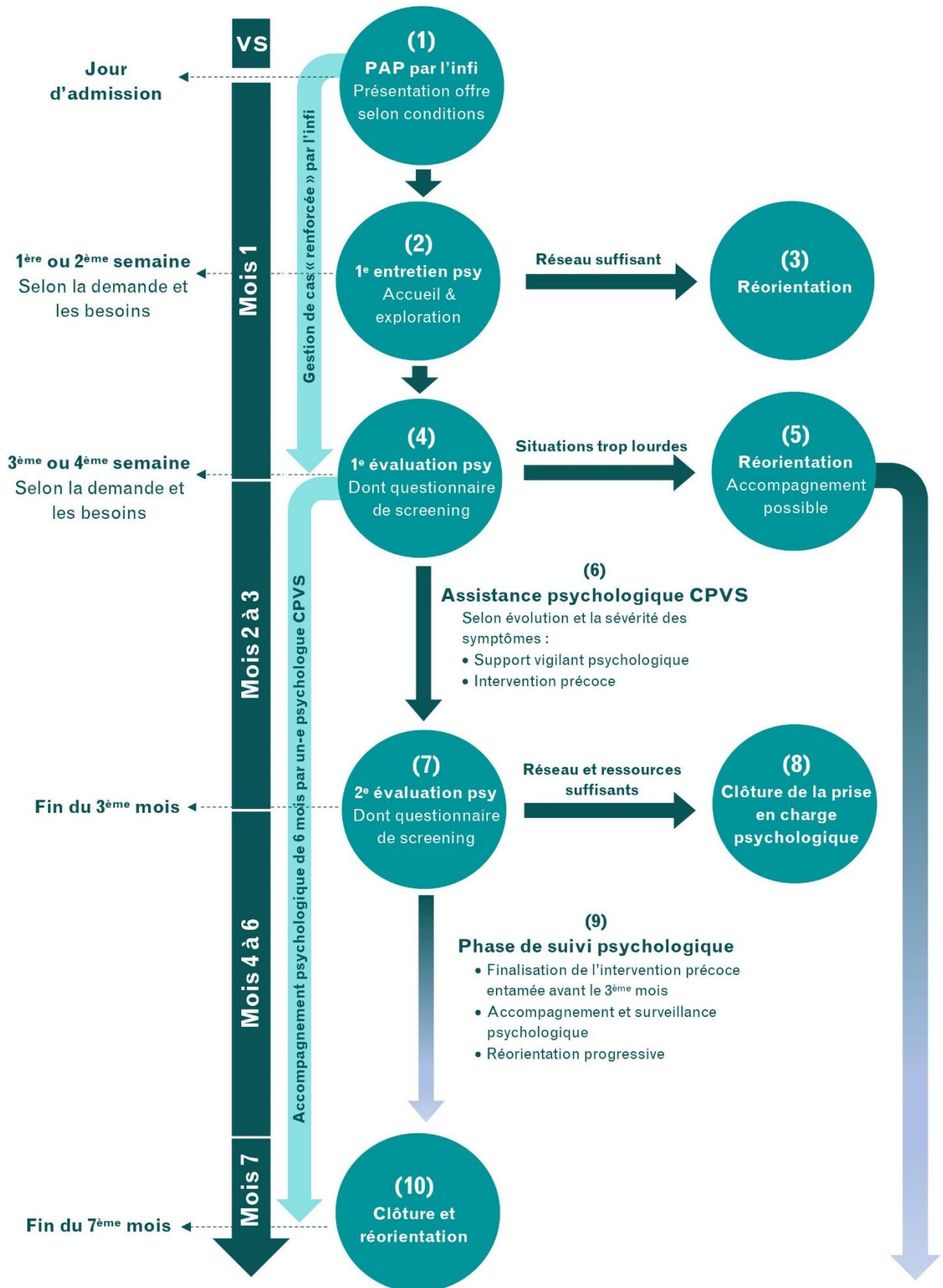
Le but de l'accompagnement de la personne de soutien est de renforcer ses compétences afin qu'elle puisse soutenir au mieux la victime dans son rétablissement, la victime restant au centre des préoccupations. Afin d'éviter les risques de conflit d'intérêts ou la mise à mal de l'alliance thérapeutique, il est recommandé que le/la psychologue évalue, selon l'âge et la situation de la victime, la nécessité d'impliquer un-e psychologue différent-e pour le suivi de la personne de soutien.

- La personne de soutien d'une victime majeure peut bénéficier de 2 à 3 consultations individuelles avec un-e psychologue en fonction de ses besoins. Au cours de ces séances, le/la psychologue laisse une place au soutien émotionnel et apporte une psychoéducation, entre autres à l'aide du « Guide pour les personnes de soutien ».
- La personne de soutien d'une victime mineure peut bénéficier d'un accompagnement psychologique à court ou moyen terme au CPVS, selon la situation, les besoins et l'âge de la victime. Au cours de ce suivi, le/la psychologue laisse une place au soutien émotionnel et apporte une psychoéducation en vue de renforcer les compétences de cette personne de soutien, afin que celle-ci soit capable de gérer la situation et de soutenir la victime. Pour ce faire, il peut être nécessaire de soulager la détresse et/ou de stabiliser la personne de soutien, ainsi que de lui fournir les ressources et informations adéquates en matière de psycho traumatisme chez les mineur-e-s.

<sup>4</sup> Cette répartition de compétences peut varier pour les victimes en phase post-aiguë, étant donné que celle-ci est basée sur l'évolution symptomatologique du psycho-trauma (qui démarre directement après les violences sexuelles). En effet, selon le temps écoulé entre les violences sexuelles et l'admission au CPVS, il se peut que les victimes en phase post-aiguë ne bénéficient que de la prise en charge par un-e psychologue.

# SECTION I - PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE D'UNE VICTIME MAJEURE EN PHASE AIGUË ET POST-AIGUË

# 1. APERÇU



La figure précédente schématise le cadre de suivi psychologique au CPVS pour une victime majeure, qui peut également être résumé de la manière suivante :

- **Le jour d'admission** : première aide psychologique par l'infirmier-e CPVS (1);
- **Le mois suivant les violences sexuelles** : suivi attentif et soutien psychosocial par l'infirmier-e CPVS, avec la possibilité d'un entretien d'exploration (2) auprès d'un-e psychologue CPVS la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> semaine après le dernier fait de violences sexuelles pour une victime en phase aiguë. Pour une victime en phase post-aiguë, selon le temps écoulé entre l'évènement et son admission, si nécessaire, un entretien d'exploration est prévu dans les meilleurs délais. À l'issue de ce mois suivant les violences sexuelles, un entretien d'évaluation (4) est réalisé auprès de la victime en phase aiguë ou post-aiguë par le/la psychologue, en vue de proposer une intervention adaptée selon ses besoins (au sein du CPVS ou dans un autre service plus qualifié (3 ; 5)) ;
- **Le 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> mois suivant les violences sexuelles** : assistance psychologique personnalisée (6) de la victime selon ses besoins, à savoir « support psychologique vigilant » par défaut et/ou intervention précoce en cas d'apparition ou d'aggravation de symptômes. Cette assistance peut être entamée pour une durée de 6 mois maximum, à compter de la première évaluation psychologique avec un-e psychologue CPVS. Une deuxième évaluation (7) est prévue à l'issue de cette période, afin de suivre l'évolution de la victime et déterminer les suites possibles au CPVS. Un éventuel renvoi vers des professionnel-le-s externes est également possible (8) ;
- **Du 4<sup>ème</sup> au 6<sup>ème</sup> mois suivant les violences sexuelles** : phase de suivi et de réorientation progressive (9) de la victime vers les services externes qualifiés pour une aide à plus long terme à partir du 4<sup>ème</sup> mois, afin d'assurer la meilleure transition possible ;
- **Fin du 7<sup>ème</sup> mois suivant les violences sexuelles** : À l'issue des 6 mois d'accompagnement psychologique, la victime devra être réorientée vers un-e intervenant-e/service qualifié-e et la prise en charge psychologique au CPVS devra être clôturée (10).

Toutes les étapes ci-dessus sont décrites à travers le présent plan d'action.

## 2. JOUR DE L'ADMISSION

### 2.1. Première aide psychologique et évaluation des risques par l'infirmier-e CPVS

#### 2.1.1. Première aide psychologique

En référence au point 2.1. « Accueil et première aide psychologique » du plan d'action pour l'infirmier-e CPVS, l'infirmier-e CPVS est chargé-e d'accueillir et d'offrir la première aide psychologique à la victime et à l'éventuelle personne de soutien présente.

Selon les situations, l'infirmier-e CPVS évalue la pertinence de faire appel à un-e psychologue de l'équipe :

- Il est recommandé de faire appel à un-e psychologue pour que celui/celle-ci vienne présenter l'offre psychologique CPVS lorsqu'un suivi psychologique semble bénéfique mais que la victime rencontre certaines difficultés quant au réseau psycho-social. Les obstacles suivants ont été identifiés comme des freins possibles à la demande d'aide :
  - > Une absence de réseau psycho-social ;
  - > Des antécédents et/ou aprioris négatifs envers les intervenant-e-s psychosociaux-ales ;
  - > Aucun antécédent de problèmes de santé mentale et, par conséquent, aucune expérience préalable avec un-e psychologue.

- L’infirmier-e CPVS peut également demander le soutien d’un-e psychologue de l’équipe lorsque les situations sont plus compliquées à gérer seul-e. Les situations pour lesquelles la présence supplémentaire d’un-e psychologue est reconnue comme une plus-value sont les suivantes :
  - > Présence de la famille (particulièrement si celle-ci est agitée et/ou envahissante) ;
  - > (Suspicion de) dissociation chez la victime ;
  - > Troubles psychiatriques sévères.

Dans ces cas-là, l’infirmier-e CPVS établit les modalités d’intervention du/de la psychologue, en collaboration avec ce/cette dernier-e. À savoir, l’infirmier-e décide quand il/elle souhaite inclure un-e psychologue et préétablit un cadre clair avec le/la psychologue, afin d’obtenir un consentement mutuel sur la manière d’intervenir ensemble auprès de la victime. L’infirmier-e mène la prise en charge de la victime, le/la psychologue étant présent-e pour supporter l’infirmier-e CPVS si besoin.

### 2.1.2. Évaluation de risques

L’infirmier-e CPVS effectue ensuite une évaluation générale de la situation et de l’état mental de la victime, notamment en vue de déterminer le délai d’un premier rendez-vous avec un-e psychologue CPVS. Selon les besoins de la victime et de l’infirmier-e CPVS, il peut être demandé au/à la psychologue de rester présent-e pour soutenir l’infirmier-e dans cette tâche, toujours selon les modalités préétablies par l’infirmier-e.

Cette évaluation comprend :

- > L’évaluation du réseau social de la victime, afin de vérifier si la victime peut compter sur le soutien de ce réseau. Selon la situation, des questions ouvertes peuvent être directement posées à la victime<sup>5</sup> et/ou le questionnaire SRQ-S (voir annexe 2) peut être utilisé pour évaluer les réactions de son entourage.
- > L’évaluation psychique des risques actuels de violence exercée par la victime contre elle-même et les risques de violence à l’encontre de la victime exercée par des tiers (voir point 2.4.2 « Risque de violence » et l’annexe 4.2.3 « Évaluation psychotique des risques » du plan d’action pour l’infirmier-e CPVS).

Sur base de la demande de la victime ET des informations recueillies lors de cette évaluation générale, l’infirmier-e détermine le meilleur délai pour un premier entretien avec un-e psychologue. Selon les disponibilités respectives de la victime et des psychologues de l’équipe, l’infirmier-e propose à la victime un rendez-vous avec un-e psychologue la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> semaine maximum après l’admission, selon les indications mentionnées dans le tableau ci-dessous. Pour toutes les victimes, l’offre d’un premier entretien avec un-e psychologue doit toujours être proposée et garantie. Selon les situations, un entretien peut également être proposé à la personne de soutien.

<sup>5</sup> Exemples de questions ouvertes : Avec qui suis-je en sécurité ? En qui ai-je confiance ? Vers qui puis-je me tourner lorsque je traverse une période difficile ? Avec qui puis-je faire des activités agréables ? Qui est important pour moi ? Qui m’apprécie ?

Risques de violences		Phase-aiguë	Phase post-aiguë
Violences envers elle-même	FAIBLES ET MOYENS	Un rendez-vous avec un-e psychologue CPVS est recommandé dès la 1 <sup>ère</sup> semaine suivant l'admission	Un rendez-vous avec un-e psychologue CPVS est possible jusqu'à la 2 <sup>ème</sup> semaine suivant l'admission
	ÉLEVÉS	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Le/la psychiatre de garde est, appelé-e pour une évaluation et un éventuel traitement ambulatoire ou résidentiel.</li> <li>&gt; Un rendez-vous avec un-e psychologue CPVS est prévu le plus tôt possible la 1<sup>ère</sup> semaine suivant l'admission</li> </ul>	
Violences par des tiers	FAIBLES ET MOYENS	Un rendez-vous avec un-e psychologue CPVS est recommandé à la 1 <sup>ère</sup> semaine suivant l'admission	Un rendez-vous avec un-e psychologue CPVS est possible jusqu'à la 2 <sup>ème</sup> semaine suivant l'admission
	ÉLEVÉS	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Le/la médecin sera contacté-e pour envisager ensemble une hospitalisation ou un signalement au/à la procureur-e du Roi</li> <li>&gt; Un rendez-vous avec un-e psychologue CPVS est prévu le plus tôt possible la 1<sup>ère</sup> semaine suivant l'évènement.</li> </ul>	

Lors de la planification et de l'explication du rendez-vous auprès d'un-e psychologue CPVS, dans la mesure du possible, il est préférable que l'infirmier-e CPVS ne parle que de la possibilité d'un premier entretien avec un-e psychologue CPVS, qui servira à déterminer la suite possible d'un éventuel suivi psychologique au CPVS. Dans l'intérêt de la victime et du/de la psychologue, il est important d'éviter de créer des fausses attentes quant au suivi possible. De cette manière, la responsabilité d'évaluer la pertinence et la possibilité d'une offre psychologique au CPVS, ainsi que d'en informer la victime, revient entièrement au/à la psychologue lui/elle-même.

L'infirmier-e CPVS fournit également des informations nécessaires sur la possibilité d'une consultation/prise en charge en cas de crise si l'état mental de la victime venait à se détériorer (en particulier pour les victimes qui ne prévoient pas de rendez-vous avec un-e psychologue la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> semaine suivant les violences sexuelles et avec celles en phase post-aiguë).

## 2.2. Disponibilité du/de la psychologue si nécessaire

Comme mentionné précédemment (voir point 2.1.1.), si nécessaire et selon sa disponibilité, le/la psychologue du CPVS peut aider l'infirmier-e CPVS dans ses tâches de première aide psychologique et d'évaluation des risques. En effet, à la demande de l'infirmier-e CPVS, un-e psychologue de l'équipe peut être appelé à apporter son soutien dans les cas de figure suivants :

- Il est recommandé qu'un-e psychologue vienne présenter l'offre psychologique CPVS aux victimes qui rencontrent certaines difficultés quant au réseau psycho-social. L'objectif est d'encourager les victimes plus réticentes à demander une prise en charge psychologique lorsque cela pourrait pourtant s'avérer bénéfique et/ou nécessaire. En présentant lui/elle-même l'offre psychologique au CPVS, le/la psychologue peut clarifier certaines questions et/ou appréhensions chez ces victimes et incarner un premier contact de qualité, déterminant pour la suite de leur parcours.
- Un-e psychologue peut soutenir l'infirmier-e CPVS dans des situations plus compliquées à gérer seul-e. Il est important que le/la psychologue qui apporte son soutien à l'infirmier-e s dans ces cas de figure suive le cadre préétablis par celui/celle-ci, afin de veiller à respecter le rôle de chacun-e et à ce que la prise en charge psychologique n'envahisse pas la prise en charge médicale et médico-légale.

## 3. PREMIER MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES

### 3.1. Suivi attentif par l’infirmier-e CPVS à travers une gestion de cas<sup>6</sup> renforcée

Le premier mois suivant les violences sexuelles, en complément aux tâches décrites au point 3. « Gestion de cas » du plan d’action pour l’infirmier-e CPVS, l’infirmier-e<sup>7</sup> accorde une attention particulière à l’état mental de la victime afin d’apporter un éventuel support psychologique supplémentaire. Ces contacts téléphoniques réguliers<sup>8</sup> ont notamment pour objectif de surveiller l’évolution de l’état mental de la victime jusqu’à sa prise en charge effective par un-e psychologue. Il est donc particulièrement important d’accompagner les victimes qui ont refusé le suivi psychologique ou qui ont un premier entretien avec un-e psychologue au-delà de la 1<sup>ère</sup> semaine suivant les violences sexuelles (y compris les victimes en phase post-aiguë).

Lors des contacts téléphoniques réguliers, l’infirmier-e CPVS veille à procurer la psychoéducation adéquate et une écoute active, ainsi qu’à rassurer ; à stabiliser et à sécuriser la victime lorsqu’elle en a besoin. Il/elle veille également à rappeler l’existence d’un suivi psychologique au CPVS, afin de repréciser l’offre psychologique aux victimes qui ont éventuellement oublié cette possibilité ou qui ont refusé le suivi avec un-e psychologue CPVS. Pour les victimes ayant déjà un rendez-vous fixé avec un-e psychologue, l’infirmier-e rappelle la date et les modalités du rendez-vous, en vue d’augmenter la probabilité que les victimes s’y rendent.

En fonction des besoins de la victime et de la personne de soutien, l’infirmier-e CPVS entretient d’autres contacts téléphoniques avec la victime et/ou la personne de soutien au cours du premier mois suivant la violence sexuelle (voir point 3.3 du plan d’action pour l’infirmier-e CPVS). En cas de signes de détérioration de l’état mental, l’infirmier-e CPVS peut proposer une réévaluation anticipée des symptômes psychologiques et/ou un entretien anticipé auprès de la/du psychologue CPVS, selon ses disponibilités.

Afin de garantir la sécurisation et la stabilisation de victime lors de ces contacts téléphoniques, l’infirmier-e CPVS peut demander de l’aide ou des conseils dans cette tâche auprès des psychologues de l’équipe. Ce soutien est favorisé par la mise en place de concertations de cas régulières. En effet, la coordination et les échanges en équipe doivent être privilégiés pour aider les infirmier-e-s à atteindre ces objectifs auprès des victimes et/ou la personne de soutien.

### 3.2. Premier entretien d’exploration par le/la psychologue la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> semaine suivant les violences sexuelles

Comme mentionné précédemment (voir point 2.1.2.), sur base de la demande de la victime ET des informations recueillies lors de son évaluation générale, un premier entretien avec un-e psychologue est toujours proposé par l’infirmier-e CPVS la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> semaine maximum **après son admission** :

- Si un rendez-vous est fixé la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> semaine **suivant les violences sexuelles**, ce premier entretien constitue avant tout une prise de connaissance entre la victime et le/la psychologue CPVS. Il a principalement pour objectif de sécuriser la victime ainsi que d’explorer ses besoins, sa demande et ses ressources de sorte à appréhender le contexte plus général de la victime et d’envisager les différentes possibilités de suivi psychologique (au CPVS ou non).

<sup>6</sup> Le terme « gestion de cas » fait référence à l’« accompagnement de la victime », tel que défini dans l’article 2 de la Loi relative au Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles.

<sup>7</sup> Dans la mesure du possible, il est vivement recommandé que la gestion de cas soit effectuée par l’infirmier-e légiste qui a également prodigué les soins holistiques lors du premier contact ou par deux infirmier-e-s fixes. En cas d’exception, les raisons du changement de personne de contact sont clairement expliquées à la victime lors de l’entretien téléphonique.

<sup>8</sup> Selon les situations, il se peut que la gestion de cas soit effectuée auprès des personnes de soutien également (par exemple, dans les cas de victimes en situation de vulnérabilité).

- Au-delà de la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> semaine suivant les violences sexuelles, ce premier entretien s'attache principalement à réaliser la première évaluation psychologique, telle que décrite au point 3.3. Si un premier entretien d'exploration avec la victime en phase aiguë n'a pas été souhaité par celle-ci la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> semaine suivant les violences sexuelles ou s'il s'agit d'une victime en phase post-aiguë, le/la psychologue inclut ces objectifs dans la première évaluation psychologique également (voir infra ; point 3.3.).

En fonction des besoins de la victime, cette exploration peut consister en un ou plusieurs entretiens.

Pendant cette exploration, le/la psychologue réalise les objectifs suivants :

- Accueil ;
- Sécurisation ;
- Psychoéducation ;
- Évaluation des ressources et du réseau ;
- Évaluation éventuelle des troubles psychologiques comorbides.

### Étape 1 – Accueil

- > Concertez-vous au préalable avec l'infirmier-e CPVS et/ou prenez connaissance du dossier (électronique) de la victime et renseignez-vous sur les étapes déjà entreprises par l'infirmier-e CPVS avec la victime.
- > Présentez-vous brièvement et expliquez les principes de l'encadrement psychologique, tels que décrits dans les objectifs mentionnés aux points 3.3 et 4.2.2.
- > Donnez des renseignements sur le secret professionnel et le partage de l'information. Si la victime ne souhaite pas raconter son histoire à nouveau, indiquez-lui qu'elle peut vous donner son autorisation pour consulter le contenu de son dossier patient. Dans un souci de transparence, si vous avez préalablement pris connaissance de sa situation avec l'infirmier-e, indiquez-le-lui également.
- > Soulignez que les séances reposent sur une base volontaire et sont non contraignantes.
- > Évaluez les attentes de la victime par rapport au soutien du/de la psychologue CPVS. Indiquez également ce qu'un CPVS peut proposer ou non, afin de préciser le cadre CPVS et ses limites le plus rapidement possible.

### Étape 2 – Sécurisation et psychoéducation

- > En priorité, prenez le temps de rassurer et sécuriser la victime afin qu'elle se sente entendue et en lieu sûr.
- > Apportez une psychoéducation sur les réactions possibles à la suite de violences sexuelles. Expliquez quels sont les sentiments et comportements normaux après un événement traumatique, afin de rassurer la victime ainsi que de démonter les stéréotypes et préjugés en matière de violences sexuelles. En complément, donnez-lui éventuellement un folder d'information si elles ne les ont pas déjà reçus de l'infirmier-e CPVS.
- > Communiquez à la victime les conseils adéquats pour pouvoir gérer ses propres réactions (éventuellement avec l'aide de la personne de soutien) ainsi que pour améliorer et trouver ses propres stratégies de maîtrise.

### Étape 3 – Évaluation des ressources et du réseau

Évaluez l'état actuel de la victime et portez une attention particulière à son environnement social. Compte tenu de l'importance du soutien social, de l'environnement et des relations, il est effectivement important d'avoir une estimation de la façon dont les victimes perçoivent leur réseau social<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> De nombreuses études ont démontré que le soutien social est associé à des taux de TSPT plus faibles, tandis que les réactions sociales négatives à l'égard de la victime conduisent à des taux de TSPT plus élevés.

Évaluez les aspects suivants et inscrivez-les systématiquement dans le document d'anamnèse (annexe 3.2.3.2.1.) :

- > Appétit/hydratation et sommeil ;
- > Lieu où la victime parvient à se reposer ;
- > Éventuels problèmes auxquels la victime fait face actuellement ;
- > Situation familiale (relation de couple, enfants, famille, état civil, statut de résident légal, etc.) ;
- > Vie professionnelle et/ou scolaire ;
- > Fonctionnement social et relationnel (loisirs, réseau social, situation de vie, moyens financiers, etc.) ;
- > Assistance psycho-sociale antérieure et ressenti par rapport à celle-ci ou réseau d'assistance actuel ;
- > Domaines importants et/ou problématiques de la vie (éventuelles souffrances et/ou forces actuelles) ;
- > Ressources et sources d'énergie ;
- > Sentiment de honte et/ou de culpabilité.

Recourez si nécessaire aux échelles mentionnées en annexe (voir annexe 3.2.3.2.2) pour évaluer le soutien social de la victime et les réactions sociales vécues par la victime à la suite des violences sexuelles.

#### Étape 4 - Évaluation éventuelle des troubles psychologiques comorbides

Selon les besoins et l'état mental de la victime, vous pouvez déjà effectuer une évaluation des troubles comorbides à ce stade d'exploration. Par exemple, en cas d'idées suicidaires, de dissociation<sup>10</sup>, d'alcoolisme ou de toxicomanie, il est conseillé de réaliser un screening de ces troubles le plus rapidement possible, auprès des victimes concernées.

Recourez si nécessaire aux échelles mentionnées en annexe (voir annexe 2) pour appuyer le processus diagnostique et thérapeutique de divers troubles psychologiques possibles, en fonction de la situation.

Si un traitement médicamenteux supplémentaire est indiqué, renvoyez alors la victime vers son/sa médecin traitant/-e ou le/la psychiatre.

Si la victime présente un risque élevé d'automutilation sévère et de suicide, contactez le/la psychiatre de garde pour une évaluation directe et un éventuel traitement ambulatoire ou résidentiel. Si possible, activez également le réseau d'assistance existant de la victime. La prochaine date de consultation à laquelle vous pourrez revoir la victime doit être coordonnée avec le/la psychiatre.

#### Étape 5 - Possibilité d'une réorientation directe à l'issue du premier entretien

Sur base de l'évaluation des ressources, évaluez si la victime bénéficie d'un réseau psycho-social et si la victime peut compter sur le soutien de ce réseau. Si le réseau est soutenant et que la victime est suffisamment autonome pour trouver ses ressources afin de s'engager/continuer un suivi psychologique externe, réorientez-la directement vers un service d'aide/psychologue externe (nouveau-elle ou existant-e).

La réorientation se fait toujours en accord avec la victime, de manière active et soutenue, afin d'assurer une transition entre le CPVS et le service d'aide/psychologue externe. La collaboration avec le réseau extérieur est importante pour sensibiliser et partager l'expertise en matière de psycho traumatisme avec les intervenant-e-s externes.

<sup>10</sup> Il est important d'étudier la dissociation en elle-même, car elle peut être liée à un risque important de suicide et à un comportement autodestructeur. La dissociation traumatique (DT) en elle-même peut également constituer un facteur prédictif d'un éventuel futur TSPT.

Pour ce faire, procédez aux étapes suivantes :

- > Demandez préalablement à la victime si elle est suffisamment à l'aise d'aborder les violences sexuelles avec un-e/son/sa psychologue externe.
  - > Si oui, avec l'autorisation de la victime et dans la mesure du possible, tentez de prendre contact avec un-e/son/sa psychologue externe afin de créer du lien avec le réseau. Évaluez ce qu'il est possible de faire pour le/la psychologue en matière de traitement du trauma après une violence sexuelle et si il/elle se sent confortable avec ces thématiques. Si besoin, prenez le temps d'aborder plus en profondeur les techniques de stabilisation et la suite nécessaire dans le cadre du traitement des traumas, afin de le/la rassurer et le/la mettre en confiance ;
  - > Si non, proposez un second entretien avec la victime pour une évaluation psychologique en vue d'adapter l'offre psychologique au sein des CPVS selon ses besoin (voir infra ; point 3.3).

Afin de favoriser des prises de décisions communes quant à la réorientation directe (ou non) d'une victime, des concertations de cas sont organisées régulièrement en équipe.

### Étape 6 – Conclusion

Prenez le temps de clôturer la consultation avec la victime et assurez-vous qu'elle dispose bien des numéros de téléphone nécessaires en cas de besoin (numéros d'urgence/lignes d'écoute et d'assistance spécifiques à sa région et ses besoins). Fournissez toujours des informations sur la consultation/la prise en charge en cas de crise. Précisez à la victime quels sont les numéros possibles à appeler en cas de détérioration de son état mental.

Fixez un prochain rendez-vous pour un entretien d'évaluation, idéalement prévu à la 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> semaine au plus tard suivant les violences sexuelles.

Complétez ensuite le dossier de la victime avec les informations recueillies (voir annexe 3.2.3.2.3).

### 3.3. Première évaluation psychologique par le/la psychologue possible à partir de la 3<sup>ème</sup> semaine suivant les violences sexuelles

Compte tenu l'évolution symptomatologique du psycho traumatisme après des violences sexuelles, la première évaluation psychologique est idéalement réalisée vers la 4<sup>ème</sup> semaine suivant le dernier fait de violence sexuelle et n'est pas recommandée avant la 3<sup>ème</sup> semaine suivant ce dernier fait.

Si un premier entretien d'exploration avec la victime en phase aiguë n'a pas été souhaité par celle-ci la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> semaine suivant les violences sexuelles ou s'il s'agit d'une victime en phase post-aiguë, le/la psychologue inclut les objectifs prévus au point 3.2. dans la première évaluation psychologique également.

L'objectif de cette évaluation est de permettre au/à la psychologue d'évaluer l'état mental de la victime et de déterminer l'intervention la plus adaptée selon les besoins de la victime, que cela soit au sein du CPVS ou auprès d'un autre service d'aide/psychologue externe plus qualifié. Pour ce faire, l'évaluation s'attachera notamment à détecter les éventuels risques de TSPT(C) et/ou autre(s) psychopathologie(s) liée(s) à l'évènement traumatique et ce, via l'utilisation d'échelles recommandées scientifiquement.

En fonction des besoins de la victime, cette évaluation peut consister en un ou plusieurs entretiens.

## Étape 1 – Anamnèse de l'état mental

1. Accueillez la victime et commencez par lui indiquer l'objectif de cette évaluation.
2. Évaluez l'état mental de la victime via les aspects suivants (principalement par l'observation) et inscrivez-les systématiquement dans le document d'anamnèse (annexes 3.2.3.2.1 et 3.2.3.2.3.) :
  - > Impression générale (apparence) ;
  - > Fonctions cognitives (conscience, orientation, fonctions intellectuelles, perception et réflexion) ;
  - > Fonctions affectives (humeur et affect, fonctions sociales et émotionnelles) ;
  - > Fonctions conatives (psychomotricité, motivation et comportement).
3. Estimez ses réactions au stress aigu (RSA) à la suite des violences sexuelles en utilisant par défaut l'échelle PCL-5 ou ITQ comme support à l'analyse clinique du/de la psychologue, l'analyse clinique du/de la psychologue prévalant toujours sur les résultats des échelles. De fait, l'utilisation de ces questionnaires procure un support complémentaire pour le/la psychologue lors de son analyse. Ceux-ci fournissent des données tangibles sur lesquelles s'appuyer pour la prise de décision future et permettent de situer la victime et suivre son évolution. De plus, ces échelles peuvent éventuellement constituer un outil de psychoéducation auprès de la victime si nécessaire.
  - > **PCL-5 PTSD Checklist for DSM-5** est un questionnaire qui se concentre sur les caractéristiques de TSPT selon les critères du DSM-5. Il est couramment utilisé et encouragé comme outil d'évaluation avec les victimes de violences sexuelles via l'approche continue, mais ne permet pas de faire la distinction entre le TSPT et le TSPTC. Le PCL-5 comporte également une échelle annexe pour mesurer l'exposition antérieure aux traumatismes (critère A1)<sup>11</sup>.
  - > **L'International Trauma Questionnaire (ITQ)** est un questionnaire qui se concentre sur les caractéristiques de TSPT selon les critères de la CIM-11. Il s'avère plus utile pour faire la distinction entre le TSPT et le TSPTC puisqu'il identifie les symptômes des deux troubles. L'approche dimensionnelle est recommandée pour suivre l'évolution des symptômes en réponse à l'assistance psychologique apportée au CPVS.

La cotation et l'interprétation de ces deux échelles via les approches recommandées ci-dessus sont développée à l'annexe 4.

Ces deux questionnaires de screening peuvent être remplis par le/la psychologue ou par auto-déclaration<sup>12</sup>. Étant donné que ces échelles reposent sur une base scientifique solide en ce qui concerne l'auto-déclaration, il est également possible que les victimes remplissent elles-mêmes les questionnaires tout en conservant une grande fiabilité. Les diagnostics<sup>13</sup>, quant à eux, doivent être effectués par un-e psychologue ou un-e psychiatre à un stade ultérieur du trajet de soins.

4. Évaluez attentivement la présence de symptômes dissociatifs, dépressifs et suicidaires et les compétences d'adaptation utilisées (alcool/drogues/automutilation, réseau social). En fonction de la situation, recourez si nécessaire aux échelles mentionnées en annexe (voir annexe 2) pour appuyer le processus diagnostique et thérapeutique de divers troubles psychologiques possibles.

Si un traitement médicamenteux supplémentaire est indiqué, renvoyez alors la victime vers son/sa médecin traitant/-e ou le/la psychiatre.

<sup>11</sup> Il n'est pas possible de prendre en compte le traumatisme complexe des personnes si l'exposition antérieure à un(des) traumatisme(s) n'a pas été mesurée au départ. Ne pas confondre l'exposition antérieure à un(des) traumatisme(s) avec le TSPT complexe (1).

<sup>12</sup> Par exemple, il peut être recommandé de convier la victime un peu avant la consultation planifiée, afin de lui laisser le temps de compléter le questionnaire au CPVS avant son entretien avec le/la psychologue et de pouvoir intervenir facilement en cas de besoin.

<sup>13</sup> Le PCL-5 et l'ITQ peuvent également être utilisés comme outil de diagnostic provisoire (voir annexe 3.2.3.2.4).

Si la victime présente un risque élevé d'automutilation sévère et de suicide, contactez le/la psychiatre de garde pour une évaluation directe et un éventuel traitement ambulatoire ou résidentiel. Si possible, activez également le réseau d'assistance existant de la victime. La prochaine date de consultation à laquelle vous pourrez revoir la victime doit être coordonnée avec le/la psychiatre.

## Étape 2 – Détermination d'une intervention psychologique adaptée (CPVS ou hors CPVS)

En accord et en discussion avec la victime, sur base de l'évaluation psychologique de la victime (état mental, ressources, besoins), évaluez si la suite de son accompagnement psychologique se prolongera au CPVS ou s'il se passera avec un service d'aide/psychologue externe :

- **Accompagnement de réorientation vers un service d'aide/psychologue externe (voir point 4.2.1):**  
Si la situation psychologique de la victime est trop complexe à gérer à court terme et qu'une prise en charge psychologique de 6 mois ne sera de toute façon pas suffisant, entamez un accompagnement de réorientation. Cette victime sera donc réorientée progressivement et activement vers un service d'aide/psychologue externe pouvant offrir un suivi plus ciblé et sur le long terme. Cet accompagnement actif est possible jusqu'à 6 mois suivant le premier entretien d'évaluation et inclut, si nécessaire, une forme de surveillance<sup>14</sup> psychologique des victimes concernées.
- **Assistance psychologique au CPVS pour une durée de 6 mois (voir point 4.2.2.) :**  
Si un accompagnement psychologique à court terme s'avère bénéfique pour la victime, celle-ci pourra bénéficier d'une prise en charge psychologique au CPVS pour une durée de 6 mois, à compter de sa première évaluation psychologique. L'objectif de ce suivi est principalement d'aider la victime concernée à réduire l'incidence de l'évènement stressant sur sa vie quotidienne et d'éviter l'apparition de problèmes secondaires ainsi que de la rendre suffisamment autonome pour trouver ses propres ressources.

Afin de favoriser des prises de décisions communes quant à la réorientation (ou non) d'une victime, des concertations de cas sont organisées régulièrement en équipe.

## Étape 3 – Conclusion

Comme pour le point 3.2, prenez le temps de clôturer la consultation avec la victime et assurez-vous qu'elle dispose bien des numéros de téléphone nécessaires en cas de besoin (numéros d'urgence et lignes d'écoute et d'assistance spécifiques à sa région et ses besoins). Cela est d'autant plus nécessaire si un entretien d'exploration n'a pas eu lieu préalablement.

Fournissez toujours des informations sur la consultation/la prise en charge en cas de crise. Précisez à la victime quels sont les numéros possibles à appeler en cas de détérioration de son état mental. Fixez un nouveau rendez-vous pour un prochain entretien d'accompagnement psychologique, sur base de ce qui aura été décidé à l'étape 2. Complétez ensuite le dossier de la victime avec les informations recueillies.

A l'issue de cette évaluation, il est recommandé d'inscrire la victime le plus tôt possible sur une liste d'attente d'un service d'aide/psychologue externe, sur base de son évaluation psychologique et de ses besoins. L'objectif est d'anticiper l'éventuelle réorientation future de la victime, prévue au terme de la prise en charge CPVS, et d'assurer une transition plus ciblée vers des services d'aide/psychologues externes répondant spécifiquement aux besoins de chaque victime.

<sup>14</sup> Par surveillance est entendu des entretiens ponctuels en vue de surveiller (l'évolution de) l'état psychologique de la victime, afin de la soutenir, la sécuriser et la stabiliser si nécessaire. La surveillance n'a donc pas pour objectif d'entamer un traitement thérapeutique avec la victime.

## 4. DEUXIEME ET TROISIEME MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES

### 4.1. Gestion de cas par l'infirmier-e CPVS après le 1<sup>er</sup> mois suivant les violences sexuelles

Conformément au plan d'action pour l'infirmier-e CPVS (voir points 3.4. et 3.5), l'infirmier-e CPVS espace progressivement les contacts téléphonique avec la victime et/ou la personne de soutien et effectue les tâches mentionnées dans le plan d'action.

En fonction des besoins de la victime et/ou de la personne de soutien, l'infirmier-e CPVS entretient d'autres contacts téléphoniques au cours des premiers mois suivant l'admission au CPVS.

### 4.2. Accompagnement psychologique par le/la psychologue du 2<sup>ème</sup> au 3<sup>ème</sup> mois suivant les violences sexuelles

#### 4.2.1 Accompagnement de réorientation vers un service d'aide/psychologue externe

Comme mentionné à l'étape 2 du point 3.3., dans ces cas-là, la réorientation se fait toujours en accord avec la victime, de manière active et soutenue. L'objectif est d'assurer le lien durant la transition entre l'aide de première ligne au CPVS et le suivi à plus long terme auprès d'un service d'aide/psychologue externe de qualité. Ainsi, un accompagnement et une surveillance psychologique des victimes concernées sont mis en place par le/la psychologue en fonction des besoins de la victime pour une durée de 6 mois maximum.

La collaboration avec le réseau extérieur est importante pour sensibiliser et partager l'expertise en matière de psycho traumatisme avec les intervenant-e-s externes.

#### 4.2.2 Assistance psychologique au CPVS

Le/la psychologue met en place un « support psychologique vigilant » par défaut et/ou a recours à une intervention précoce en cas d'apparition ou d'aggravation de symptômes.

Comme mentionné à l'étape 2 du point 3.3., le but de cette prise en charge est d'aider les victimes à réduire l'incidence de l'évènement stressant sur leur vie, d'éviter l'apparition de problèmes secondaires dans leur vie quotidienne et de les rendre suffisamment autonomes pour trouver leurs propres ressources. La méthode d'intervention, le nombre et la fréquence des séances sont déterminés selon les besoins et les ressources de la victime ainsi qu'en fonction de l'appréciation du/de la psychologue, en vue d'atteindre ces objectifs.

> « Support psychologique vigilant » par défaut :

Par défaut, le/la psychologue dispense de soins psycho-sociaux et un suivi de qualité auprès de la victime dans le but de soulager sa détresse. Ce support psychologique vigilant met l'accent sur la psychoéducation, la stabilisation et l'autonomisation de la victime.

> Intervention précoce en cas d'apparition ou d'aggravation de symptômes :

Si des (nouveaux) symptômes liés au psycho traumatisme (TSPT et/ou troubles comorbides) apparaissent ou s'aggravent entre le 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> mois après le dernier fait de violence sexuelle, le/la psychologue met en place une intervention précoce adaptée aux besoins et à la situation de la victime (en particulier auprès des victimes qui ont peu de chances de se rétablir par elles-mêmes).

Par "intervention précoce" est entendu un traitement psychologique et thérapeutique endéans les 3 mois suivant l'évènement traumatique, dans le but de prévenir ou modérer l'apparition de symptômes liés à un psycho traumatisme ainsi que de contribuer à éviter le développement d'un TSPT chronique.

Si le/la psychologue opte pour une intervention précoce, de préférence<sup>15</sup>, il est recommandé de commencer un traitement précoce de TCC axé sur le traumatisme (thérapie de traitement cognitif, thérapie cognitive pour les TSPT, thérapie par exposition à la narration, thérapie d'exposition prolongée) ou d'EMDR si cela est préférable pour la victime.

#### 4.3. Deuxième évaluation psychologique par le/la psychologue à la fin du 3<sup>ème</sup> mois suivant l'admission

Pour toutes les victimes bénéficiant d'une assistance psychologique au CPVS, un deuxième entretien d'évaluation a lieu trois mois après les violences sexuelles pour évaluer l'évolution de la victime depuis le début de la prise en charge. Le but est de déterminer si le stress perturbe encore la vie quotidienne de la victime ainsi que si celle-ci a suffisamment de ressources pour réintégrer sa vie, fonctionner en société de manière autonome et/ou pour continuer un éventuel suivi externe sur le long terme (si nécessaire).

##### Étape 1 – Anamnèse générale

Accueillez la victime et commencez par lui indiquer l'objectif de cette évaluation. Évaluez ensuite comment la victime s'est sentie au cours des deux derniers mois et comment elle a fait face à ces sentiments.

Évaluez à nouveau l'état actuel et mental de la victime, en portant notamment une attention particulière à son environnement social, comme décrit à l'étape 3 du point 3.2. et à l'étape 1 du point 3.3.

Pour réévaluer l'état mental et les ressources de la victime, utilisez la même échelle que celle utilisée lors de la première évaluation. Le but est d'estimer le développement de TSPT, d'obtenir un suivi de l'évolution psychologique ainsi que d'évaluer les éventuels progrès de la thérapie chez les victimes pour lesquelles un traitement précoce axé sur le traumatisme a déjà été entamé.

##### Étape 2 – Détermination de la suite de l'intervention psychologique (CPVS ou hors CPVS)

En accord avec la victime et sur base de son anamnèse, évaluez les différentes possibilités quant à la continuité d'un suivi au CPVS ou non :

- > Clôture effective de la prise en charge :
  - Si le stress ne perturbe plus la vie quotidienne de la victime, que celle-ci a suffisamment de ressources pour réintégrer sa vie et fonctionner en société de manière autonome et/ou pour continuer un éventuel suivi sur le long terme, clôturez la prise en charge de la victime au sein du CPVS.

Prenez le temps de clôturer la séance avec la victime et assurez-vous qu'elle dispose bien des numéros de téléphone nécessaires en cas de besoin (numéros d'urgence/lignes d'écoute et d'assistance spécifiques à sa région et ses besoins). Fournissez également les informations sur la consultation/la prise en charge en cas de crise. Précisez à la victime qu'elle peut toujours appeler le CPVS dans les semaines qui viennent en cas de détérioration de son état mental. Si l'appel a lieu dans la période des 3 mois suivants la deuxième évaluation, ce qui est nécessaire pour la victime et ce qui peut encore être fait par le CPVS sera évalué.

- > Finalisation de l'intervention précoce entamée avant le 3<sup>ème</sup> mois suivant les violences sexuelles :
  - Si une intervention précoce a été entamée avant le 3<sup>ème</sup> mois suivant les violences sexuelles et est toujours en cours, prenez le temps de terminer cette intervention précoce. Une fois finalisée, démarrez progressivement la phase de suivi psychologique, possible jusqu'à la fin du 6<sup>ème</sup> mois suivant les violences sexuelles.

<sup>15</sup> Méthodes d'interventions précoces recommandées par les directives internationales (NICE et ISTSS)

- > Phase de suivi psychologique :
  - Si le stress perturbe encore la vie quotidienne de la victime, que celle-ci n'a pas suffisamment de ressources pour réintégrer sa vie et fonctionner en société de manière autonome et/ou pour continuer un éventuel suivi sur le long terme, continuez avec un suivi au CPVS jusqu'à la fin du 6<sup>ème</sup> mois suivant les violences sexuelles au plus tard. Ainsi, un accompagnement et une surveillance psychologique des victimes concernées sont encore mis en place par le/la psychologue en fonction des besoins de la victime pour une durée de 3 mois maximum.
  - En cas de risque(s) élevé(s), prenez contact avec le/la psychiatre de garde pour une évaluation et un éventuel traitement ambulatoire ou résidentiel. Déterminez en concertation avec le/la psychiatre les responsabilités de chacun dans la suite de la prise en charge

### Étape 3 – Conclusion

Prenez le temps de clôturer la séance avec la victime et fixez éventuellement un nouveau rendez-vous pour un prochain entretien d'accompagnement psychologique, sur base de ce qui aura été décidé à l'étape 2. Complétez ensuite le dossier de la victime avec les informations recueillies.

## 5. QUATRIEME AU SIXIEME MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES

Tel que décrit au point 4.3., si des symptômes liés au psycho-traumatisme sont toujours présents ou si l'intervention précoce est encore en cours, le/la psychologue dispose encore de 3 mois supplémentaires au cours desquels il/elle pourra finaliser le traitement entamé et/ou continuer un suivi psychologique de la victime, de sorte à l'accompagner et surveiller son état psychologique le temps nécessaire. Dès que la victime commence à se stabiliser, il est possible d'espacer progressivement le temps entre chaque séance.

À ce stade, selon la situation de la victime et l'éventuelle nécessité d'une réorientation, il est vivement recommandé de commencer à organiser la réorientation de la victime, petit à petit, vers un service d'aide/psychologue externe pour la suite de son traitement à long terme. La réorientation de ces victimes se fait toujours en accord avec la victime, de manière active et soutenue, afin d'assurer le lien durant la transition entre l'aide de première ligne au CPVS et le suivi à plus long terme auprès d'un service d'aide/psychologue externe.

La collaboration avec le réseau extérieur est importante pour sensibiliser et partager l'expertise en matière de psycho traumatisme avec les intervenant-e-s externes. Pour ce faire, procédez aux étapes suivantes :

- > Demandez préalablement à la victime si elle est suffisamment à l'aise d'aborder les violences sexuelles avec un-e/son/sa psychologue externe.
  - > Si oui, avec l'autorisation de la victime et dans la mesure du possible, tentez de prendre contact avec un-e/son/sa psychologue externe afin de créer du lien avec le réseau. Évaluez ce qu'il est possible de faire pour le/la psychologue en matière de traitement du trauma après une violence sexuelle et s'il/elle se sent confortable avec ces thématiques. Si besoin, prenez le temps d'aborder plus en profondeur les techniques de stabilisation et la suite nécessaire dans le cadre du traitement des traumas, afin de le/la rassurer et le/la mettre en confiance ;
  - > Si non, proposez encore quelques entretiens de suivi psychologique au sein du CPVS, possibles jusqu'à 3 mois suivant la deuxième évaluation psychologique. Tâchez de fournir à la victime un maximum d'informations concernant des services d'aide/psychologues externes pertinent-e-s selon ses besoins et assurez-vous qu'elle dispose bien des numéros de téléphone nécessaires (numéros d'urgence/lignes d'écoute et d'assistance spécifiques à sa région et ses besoins).

Afin de favoriser des prises de décisions communes quant à la réorientation, ou non, d'une victime , des concertations de cas sont organisées régulièrement en équipe.

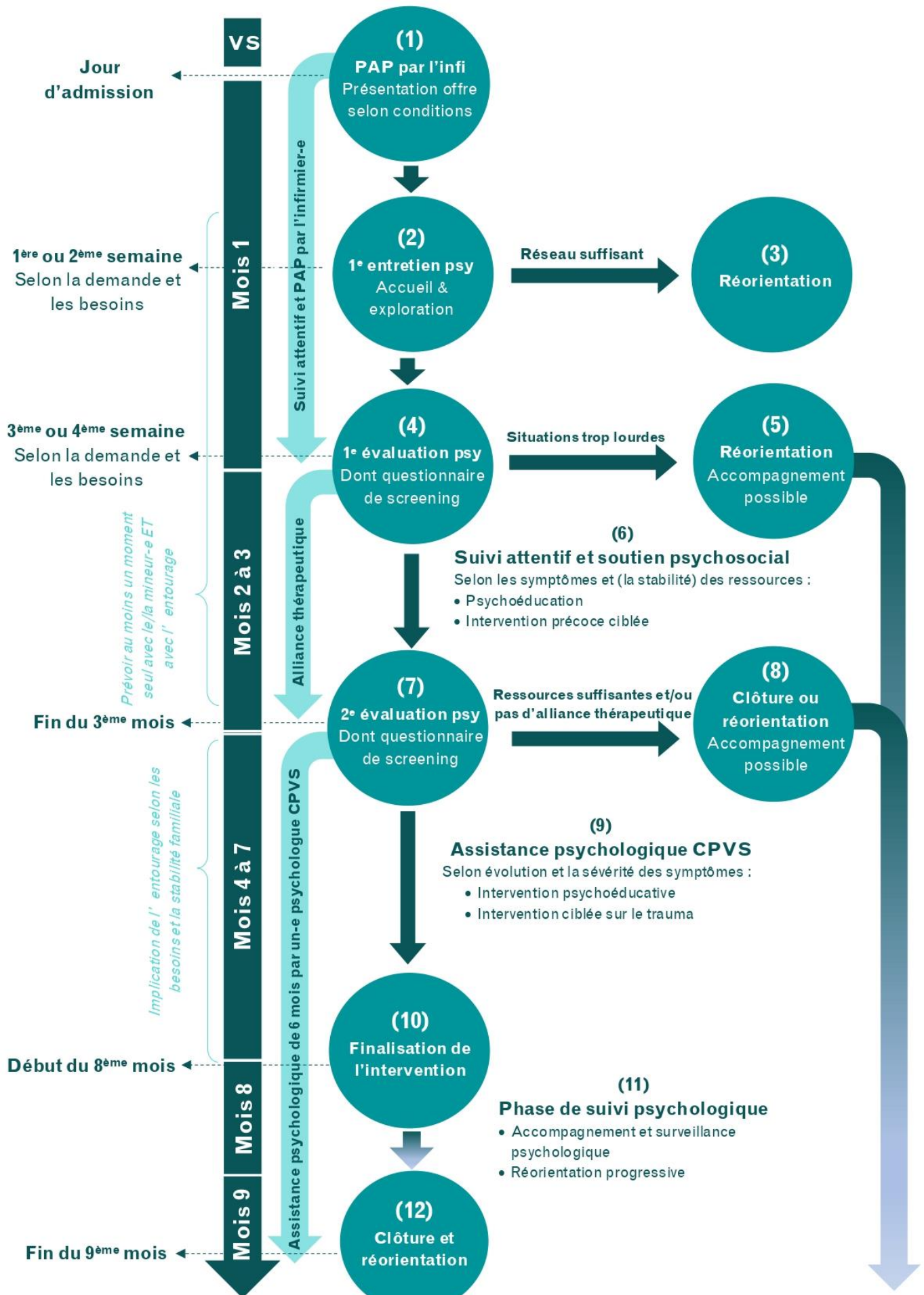
## 6. SEPTIEME MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES

Le/la psychologue dispose donc d'encore un mois supplémentaire au cours duquel il/elle pourra prendre le temps de clôturer la prise en charge au CPVS, selon les mêmes modalités que décrites à l'étape 3 du point 3.3.

Pour les victimes pour lesquelles un accompagnement à la réorientation n'a pas encore été mis en place, le/la psychologue organise, au cours de cette période, la réorientation de la victime vers un service d'aide/psychologue externe pour la suite de son traitement à long terme, selon les mêmes modalités que décrites au point 4.2.

## **SECTION II - PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE D'UNE VICTIME MINEURE EN PHASE AIGUË ET POST-AIGUË**

# 1. APERÇU



La figure précédente schématise le cadre de suivi psychologique au CPVS pour une victime mineure, qui peut également être résumé de la manière suivante :

- **Le jour d'admission** : première aide psychologique par l'infirmier-e CPVS (1);
- **Le mois suivant les violences sexuelles** : suivi attentif et soutien psychosocial par l'infirmier-e CPVS, avec la possibilité d'un entretien d'exploration (2) auprès d'un-e psychologue CPVS la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> semaine après le dernier fait de violences sexuelles pour les victimes en phase aiguë et/ou leur personne de soutien. Pour les victimes en phase post-aiguë, selon le temps écoulé entre l'évènement et son admission, si nécessaire, un entretien d'exploration est prévu dans les meilleurs délais. À l'issue de ce mois suivant les violences sexuelles, un entretien d'évaluation (4) est réalisé par le/la psychologue auprès de la victime en phase aiguë ou post-aiguë et/ou de sa personne de soutien, selon l'âge de la victime. L'objectif de cette évaluation est de déterminer les suites possibles (au sein du CPVS ou dans un autre service plus qualifié (5)) ;
- **Le 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> mois suivant les violences sexuelles** : suivi attentif et soutien psychosocial par le/la psychologue CPVS (6), principalement via de la psychoéducation auprès de la victime et éventuellement de sa personne de soutien, selon la situation. En cas d'apparition importante ou d'aggravation de symptômes chez la victime, une intervention précoce ciblée sur le trauma peut être effectuée selon les ressources disponibles de la victime et la stabilité de celles-ci (voir les indicateurs à prendre en compte au point 4.2.1 section II).

Une deuxième évaluation (7) est prévue à l'issue de cette période en vue d'une réévaluation de l'état psychologique de la victime ainsi que ses ressources et/ou celles de sa personne de soutien, afin de proposer une intervention adaptée selon la situation (au sein du CPVS ou dans un autre service plus qualifié (5)). L'alliance thérapeutique est également évaluée à cette période afin de questionner la plus-value, ou non, de continuer un suivi au CPVS lorsque l'alliance ne s'installe pas facilement. Un éventuel renvoi vers des professionnel-le-s externes est également possible (5) ;

- **Du 4<sup>ème</sup> au 7<sup>ème</sup> mois suivant les violences sexuelles** : assistance psychologique personnalisée (9) de la victime et/ou de sa personne de soutien selon ses/leurs besoins, à savoir « support psychologique vigilant » par défaut et/ou intervention ciblée sur le trauma en cas d'apparition ou d'aggravation de symptômes. Cette assistance peut être entamée pour une durée de 6 mois maximum, à compter de la deuxième évaluation psychologique avec un-e psychologue CPVS.
- **Du 8<sup>ème</sup> au 9<sup>ème</sup> mois suivant les violences sexuelles** : finalisation de l'intervention (10) via une phase de suivi psychologique incluant un accompagnement et une surveillance psychologique le temps de la réorientation progressive (11) de la victime et/ou de sa personne de soutien vers les services externes qualifiés pour une aide à plus long terme. Cette réorientation progressive peut être entamée au plus tard à partir du 8<sup>ème</sup> mois, afin d'assurer la meilleure transition possible. À l'issue du 9<sup>ème</sup> mois, les victimes devront être réorientées vers un-e intervenant-e/service qualifié-e et la prise en charge psychologique au CPVS devra être clôturée (12).

Toutes les étapes ci-dessus sont décrites à travers le présent plan d'action.

## 2. JOUR DE L'ADMISSION

### 2.1. Première aide psychologique et évaluation des risques par l'infirmier-e CPVS

En référence au point 4 du plan d'action pour les victimes mineures, l'équipe multidisciplinaire est convoquée afin de s'occuper conjointement des victimes mineures. L'équipe multidisciplinaire (EMD), qui se compose au minimum de l'infirmier-e CPVS et d'un-e médecin de garde (en fonction de l'âge et du sexe), assurera la prise en charge holistique des victimes mineures et prendra des décisions concertées concernant la prise en charge proposée au sein du CPVS afin de garantir la sécurité du/de la mineur-e. Si le/la psychologue CPVS est disponible, il/elle peut rejoindre l'EMD.

#### 2.1.1. Première aide psychologique

La première aide psychologique est réalisée auprès de la victime et de l'éventuelle personne de soutien présente par l'infirmier-e et/ou l'EMD selon la nécessité, afin d'accroître son/leur sentiment de sécurité, en suivant la procédure décrite au point 5 du plan d'action pour les victimes mineures. Il est primordial de ne poser aucune question proactivement à propos des faits à ce stade (mais n'interrompez pas la victime dans son élan si tel est le cas).

L'EMD évalue la pertinence de faire appel à un-e psychologue de l'équipe selon les mêmes étapes et modalités que pour les victimes majeures (voir point 2.1.1 section I). Le matériel doit toutefois être adapté à la prise en charge des mineur-e-s, tant du point de vue de leurs besoins primaires (de quoi boire, manger, être changé...), que d'outils permettant l'expression et la symbolisation des mineur-e-s (dessins, personnages, animaux...) (8).

#### 2.1.2. Évaluation de risques

- **Modalités pour l'évaluation de risques :**

En référence au point 6 du plan d'action pour les victimes mineures, l'EMD effectue ensuite une évaluation générale de la situation et de l'état mental de la victime et/ou de la personne de soutien, en vue de déterminer si la victime mineure est en sécurité et les risques de violence. L'EMD peut prendre contact avec SOS Enfants/VK pour organiser une concertation multidisciplinaire ainsi que demander conseil et soutien dans ce processus d'évaluation.

Sur base des modalités décrites au point 2.1.2 de la section I, l'EMD effectue l'évaluation de risque avec une attention particulière pour le réseau social de la victime mineure, afin de vérifier la stabilité de l'entourage de la victime et si ce réseau est suffisamment soutenant.

- **Modalités pour la prise du premier rendez-vous avec un-e psychologue CPVS :**

Sur base de la demande de la victime, des informations recueillies lors de cette évaluation générale ET des précautions décrites ci-dessous, l'EMD détermine le meilleur délai pour un premier entretien avec un-e psychologue sur base des indications mentionnées dans le tableau ci-dessous.

Risques de violences		Phase-aiguë	Phase post-aiguë
Violences envers elle-même	FAIBLES ET MOYENS	Un rendez-vous avec un-e psychologue CPVS est recommandé dès la 1 <sup>ère</sup> semaine suivant l'admission	Un rendez-vous avec un-e psychologue CPVS est possible jusqu'à la 2 <sup>ème</sup> semaine suivant l'admission
	ÉLEVÉS	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Un-e (pédo)psychiatre de garde et un-e pédiatre de garde est appelé-e pour une évaluation et un éventuel traitement ambulatoire ou résidentiel. Si le/la (pédo)psychiatre n'est pas directement disponible, une hospitalisation peut être envisagée en attendant.</li> <li>&gt; Un rendez-vous avec un-e psychologue CPVS est prévu le plus tôt possible la 1<sup>ère</sup> semaine suivant l'admission.</li> </ul>	

Violences par des tiers	FAIBLES ET MOYENS	Un rendez-vous avec un-e psychologue CPVS est recommandé à la 1 <sup>ère</sup> semaine suivant l'admission	Un rendez-vous avec un-e psychologue CPVS est possible jusqu'à la 2 <sup>ème</sup> semaine suivant l'admission
	ÉLEVÉS	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; L'EMD peut invoquer le droit de parole prévu par l'article 458bis et signaler les faits au/à la procureur-e du roi.</li> <li>&gt; L'EMD se consulte pour évaluer si une hospitalisation doit être envisagée.</li> <li>&gt; Un rendez-vous avec un-e psychologue CPVS est prévu le plus tôt possible la 1<sup>ère</sup> semaine suivant l'évènement.</li> </ul>	

Selon les disponibilités respectives, l'EMD propose à la victime et à sa personne de soutien un premier rendez-vous<sup>16</sup> conjoint avec un-e psychologue pour évaluer la situation. Lorsque la victime est apte<sup>17</sup> à apprécier raisonnablement ses intérêts et ne souhaite pas la présence de sa personne de soutien ou en cas de contre-indication(s)<sup>18</sup>, un entretien individuel est prévu avec la victime. Dans tous les cas, la personne de soutien peut aussi bénéficier d'un entretien individuel.

### **PRECAUTIONS A PRENDRE EN COMPTE :**

- **Audition TAM :**

Conformément au point 10 du plan d'action pour les victimes mineures, le soutien psychologique ne débute, de préférence qu'après l'audition TAM pour éviter toute collusion.

- > Néanmoins, lorsqu'il y a un besoin urgent de fournir un soutien psychologique à la victime mineure en cas de danger pour la santé mentale de la victime et/ou que l'audition TAM n'est pas réalisée rapidement<sup>19</sup>, il est possible de proposer ce soutien avant l'audition TAM, dans le but de protéger la victime et d'éviter une atteinte grave à sa santé mentale.
- > Afin d'éviter toute collusion, il s'agit dans ce cas d'entretien de soutien psychologique et pas d'un traitement thérapeutique, puisque cela aborde les faits-mêmes. Cela signifie qu'il est possible de procurer des soins psychologiques afin d'apaiser la victime et travailler sur l'aspect émotionnel, tels que la PAP et la psychoéducation, ainsi que de travailler l'alliance thérapeutique, tant que les faits ne sont pas abordés proactivement.

- **Collaboration avec SOS Enfants/VK :**

Sur base des modalités de collaboration convenues avec les équipes SOS Enfants/VK, l'EMD évalue si le moment est opportun pour impliquer SOS Enfants/VK. Discutez avec la victime et/ou la personne de soutien des services que peuvent offrir leurs équipes et expliquez leur fonctionnement ainsi que le type de soutien que SOS Enfants/VK peuvent proposer.

- **Le consentement pour un suivi psychologique :**

Pour toutes les situations extrajudiciaires, les règles du droit médical s'appliquent et prévoient que le /la patient-e a le droit de donner son consentement de manière éclairée, préalable et libre à toute intervention du/de la professionnel-le<sup>20</sup>.

<sup>16</sup> Pour les mêmes raisons que celles mentionnées à la section I, il est préférable que, dans la mesure du possible, l'infirmier-e CPVS ne parle que de la possibilité d'un premier entretien avec un-e psychologue CPVS, qui servira à déterminer la suite possible d'un éventuel suivi psychologique au CPVS.

<sup>17</sup> Conformément au point 11 du plan d'action pour les victimes mineures, l'EMD évalue l'aptitude de la victime mineure à exercer ses droits en tant que patient-e de manière autonome. Pour ce faire, l'EMD peut demander conseil à SOS Enfants/VK et note les conclusions dans le dossier médical.

<sup>18</sup> En cas de suspicion de maltraitance/abus intrafamilial et/ou d'hostilité, incapacité ou instabilité de la part de la personne de soutien (émotionnelle ou psychologique, éventuellement en lien avec une maladie mentale ou trouble dû à la consommation de substance)

<sup>19</sup> La COL 03/2021 relative à l'enregistrement audiovisuel de l'audition des mineurs et des majeurs vulnérables victimes ou témoins d'infractions prévoit : « L'audition a lieu le plus rapidement possible, en tenant compte de la nécessité de protéger la personne à auditionner ainsi que de la gravité des faits ».

<sup>20</sup> Art. 8, §1 et art. 12, §1 et 2, loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients. Plus d'informations sont disponibles dans le plan d'action pour les

L'EMD suit la procédure décrite au point 11 du plan d'action pour les victimes mineures :

- > Pour entamer un suivi psychologique, il faut demander le consentement éclairé de la victime mineure qui peut être estimée apte à apprécier raisonnablement ses intérêts ou du/de la (des) représentant-e(s) légal-e(aux) de la victime mineure qui ne peut être estimée apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.
  - Dans les cas où l'EMD estime que la victime mineure n'est pas apte à apprécier raisonnablement ses intérêts, les parents exercent les droits de patient-e.
    - Pour autant, la demande du consentement des deux parents n'est pas obligatoire systématiquement (voir point 11.2 du plan d'action pour les victimes mineures). En effet, il est supposé de bonne foi que le/la parent présent-e qui consent a toujours l'accord de l'autre parent<sup>21</sup> ; sauf s'il existe une raison objective qui pourrait faire douter l'intervenant-e que le/la parent absent refuserait de donner son autorisation.
    - En effet, si l'EMD apprend de manière (in)directe que les parents ont une opinion différente (ou a de sérieux doutes à ce sujet), l'EMD doit tout mettre en œuvre pour obtenir l'autorisation des deux parents.
    - Si le désaccord persiste, la prise en charge est alors interrompue jusqu'à ce qu'un accord soit trouvé (via le tribunal de la jeunesse ou par consentement mutuel). Toutefois, dans les situations d'urgence, l'intérêt supérieur du/de la mineur-e prévaut sur une divergence d'opinion entre les parents (voir point 11.2 du plan d'action pour les victimes mineures). Il est même possible, après concertation multidisciplinaire, de s'écarter des décisions prises par les parents afin d'éviter une menace pour la vie du/de la mineur-e ou une atteinte grave à sa santé<sup>22</sup>. Une prise en charge psychologique peut également être nécessaire pour prévenir une atteinte grave à la santé mentale de la victime mineure. Il est alors primordial de bien veiller à consigner et justifier la décision contraire dans le dossier médical de la victime mineure.
  - Dans les cas où l'EMD estime que la victime mineure est apte à apprécier raisonnablement ses intérêts, celle-ci exerce ses droits en tant que patient-e de manière autonome. La volonté des parents ne constitue pas un facteur décisif.

L'EMD fournit des informations nécessaires sur la possibilité d'une consultation/prise en charge en cas de crise si l'état mental de la victime venait à se détériorer (en particulier pour les victimes qui ne prévoient pas de rendez-vous avec un-e psychologue la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> semaine suivant les violences sexuelles et avec celles en phase post-aiguë).

## 2.2. Disponibilité du/de la psychologue si nécessaire

Comme décrit au point 2.1.1 de la section I, si nécessaire et selon sa disponibilité, un-e psychologue de l'équipe peut être appelé à apporter son soutien, à la demande de l'infirmier-e CPVS, dans les cas de figure suivants :

- Il est recommandé qu'un-e psychologue vienne présenter l'offre psychologique CPVS aux victimes qui rencontrent certaines difficultés quant au réseau psycho-social.
- Un-e psychologue peut soutenir l'infirmier-e CPVS dans des situations plus compliquées à gérer seul-e. La présence d'un-e psychologue est d'autant plus reconnue comme une plus-value la famille de la victime mineure est présente (en particulier si celle-ci est agitée et/ou envahissante).

victimes mineures et sur le site de l'Ordre des médecins, via la rubrique FAQ, Patient mineur - Droits du patient - Suspicion d'abus.

<sup>21</sup> Avis du Conseil national de l'Ordre des Médecins du 16 novembre 1996, Le médecin et les enfants de parents non-cohabitants au regard des modifications de la législation en la matière (BCN n° 76, p. 20) et Avis du Conseil national de l'Ordre des Médecins du 6 février 2010, Dispensation de soins à des mineurs - Consentement des deux parents : <https://ordomedic.be/fr/avis/deontologie/consentement-eclairé/dispensation-de-soins-a-des-mineurs-consentement-des-deux-parents> (consulté le 9/09/2021).

<sup>22</sup> Art. 15, §2, loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients).

## 3. PREMIER MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES

### 3.1. Suivi attentif par l’infirmier-e CPVS à travers une gestion de cas<sup>23</sup> renforcée

Le premier mois suivant les violences sexuelles, en complément aux tâches décrites au point 3. « Gestion de cas » du plan d’action pour l’infirmier-e CPVS, l’infirmier-e<sup>24</sup> accorde une attention particulière à l’état mental de la victime, telle que décrit dans la section I. Cette gestion de cas renforcée se fait via des contacts téléphoniques réguliers et peut être effectuée directement auprès des personnes de soutien, selon la situation et l’âge de la victime. L’objectif est d’apporter un éventuel support psychologique supplémentaire et de surveiller l’évolution de l’état mental de la victime jusqu’à sa prise en charge effective par un-e psychologue.

Les mêmes modalités que mentionnées au point 3.1 de la section I sont d’application.

En fonction des besoins de la victime et de la personne de soutien, l’infirmier-e CPVS entretient d’autres contacts téléphoniques au cours du premier mois suivant la violence sexuelle (voir point 3.3 du plan d’action pour l’infirmier-e CPVS). En cas de signes de détérioration de l’état mental, l’infirmier-e CPVS peut proposer une réévaluation anticipée des symptômes psychologiques et/ou un entretien anticipé auprès de la/du psychologue CPVS, selon ses disponibilités.

### 3.2. Premier entretien d’exploration par le/la psychologue la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> semaine suivant les violences sexuelles

Comme mentionné précédemment au point 2.1.2, sur base de la demande de la victime ET des informations recueillies lors de son évaluation générale, un premier entretien psychologique conjoint (sauf exceptions) est toujours proposé par l’EMD à la victime mineure et sa personne de soutien la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> semaine maximum **après son admission** :

- Si un rendez-vous est fixé la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> semaine suivant les violences sexuelles, ce premier entretien constitue avant tout une prise de connaissance avec la victime et/ou sa personne de soutien. Il a principalement pour objectif de sécuriser la victime et/ou sa personne de soutien ainsi que d’explorer ses/leurs besoins, sa/leur demande et ses/leurs ressources. L’objectif d’appréhender le contexte plus général de la victime et/ou de sa personne de soutien ainsi que d’envisager les différentes possibilités de suivi psychologique (au CPVS ou non).
- Au-delà de la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> semaine suivant les violences sexuelles, ce premier entretien s’attache principalement à réaliser la première évaluation psychologique, telle que décrite au point 3.3 de la section II.  
Si un premier entretien d’exploration avec la victime en phase aiguë n’a pas été souhaité par celle-ci la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> semaine suivant les violences sexuelles ou s’il s’agit d’une victime en phase post-aiguë, le/la psychologue inclut ces objectifs dans la première évaluation psychologique également (voir infra ; point 3.3.).

En fonction des besoins de la victime et/ou de la personne de soutien, cette exploration peut consister en un ou plusieurs entretiens, et s’effectue avec le matériel adapté.

Pendant cette exploration, le/la psychologue réalise les objectifs suivants auprès de la victime mineure et/ou sa personne de soutien, selon les modalités prévues au point 3.2 de la section I:

<sup>23</sup> Le terme « gestion de cas » fait référence à l’ « accompagnement de la victime », tel que défini dans l’article 2 de la Loi relative au Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles.

<sup>24</sup> Dans la mesure du possible, il est vivement recommandé que la gestion de cas soit effectuée par l’infirmier-e légiste qui a également prodigué les soins holistiques lors du premier contact ou par deux infirmier-e-s fixes. En cas d’exception, les raisons du changement de personne de contact sont clairement expliquées à la victime lors de l’entretien téléphonique.

- Accueil ;
- Sécurisation ;
- Psychoéducation sur les réactions normales suite à un événement traumatique;
- Évaluation des ressources et du réseau ;
- Évaluation de l'implication de la personne de soutien ;
- Évaluation éventuelle des troubles psychologiques comorbides.

### Étape 1 – Accueil

Voir point 3.2 Section I.

### Étape 2 – Sécurisation et psychoéducation

Voir point 3.2 Section I, avec le matériel adapté.

### Étape 3 – Évaluation des ressources et du réseau

Évaluez l'état actuel de la victime et portez une attention particulière à son environnement social. Compte tenu de l'importance du soutien social, de l'environnement et des relations pour les victimes mineures, il est effectivement primordial d'évaluer la stabilité cet environnement social et de la manière dont la victime peut compter sur ce soutien.

Un grand nombre de mineur-e-s sont intégré-e-s dans un réseau d'assistance et de soutien tel que l'école, les CPMS, les dispositifs d'aide à la jeunesse, les familles d'accueil, les CSM, des services d'aide psychosociale (CAW/les Services d'Aide aux Victimes, Centres de planning familial, etc.), l'assistance à domicile, les centres de revalidation, les conseiller-e-s du Tribunal de la jeunesse. Ce réseau étant plus ou moins solide et coordonné selon les situations, il est important que vous commenciez assez rapidement à dresser un état des lieux des ressources disponibles. Commencez rapidement à collaborer avec ce réseau et éventuellement à le renforcer, afin de garantir une bonne assistance.

Évaluez les aspects suivants et inscrivez-les systématiquement dans le document d'anamnèse (annexe 1.) :

- > Appétit/hydratation et sommeil ;
- > Lieu où la victime parvient à se reposer ;
- > Éventuels problèmes auxquels la victime et sa famille fait/font face actuellement ;
- > Situation familiale (fonctionnement des parents, cohésion familiale, adversités éventuellement rencontrées par la famille telles qu'un déménagement, des difficultés financières ou des changements dans la structure familiale, etc) ;
- > Vie scolaire ;
- > Fonctionnement social et relationnel (loisirs, réseau social, situation de vie, moyens financiers, etc.) ;
- > Assistance psycho-sociale antérieure et ressenti par rapport à celle-ci ou réseau d'assistance actuel ;
- > Domaines importants et/ou problématiques de la vie (éventuelles souffrances et/ou forces actuelles) ;
- > Ressources et sources d'énergie ;
- > Sentiment de honte et/ou de culpabilité.
- > Le risque de violence exercée par des tiers sur le/la mineur-e ;

Selon l'âge de la victime<sup>25</sup>, recourez si nécessaire aux échelles mentionnées en annexe (voir annexe 2) pour évaluer le soutien social de la victime et les réactions sociales vécues par la victime à la suite des violences sexuelles.

#### Étape 4 - Évaluation de l'implication de la personne de soutien

L'implication de la personne de soutien a pour but de renforcer la sécurité et la stabilité de la victime mineure en s'assurant que sa personne de soutien puisse fournir une aide et gérer la situation de manière adéquate, au regard des spécificités du psycho-trauma propres aux victimes mineures.

Selon l'âge de la victime et son aptitude à apprécier raisonnablement ses intérêts (voir supra ; point 2.1.2), évaluez si la personne de soutien doit être impliquée dans la prise en charge CPVS et de quelle manière, via des entretiens séparés et/ou conjoints. Chaque situation est évidemment considérée dans sa singularité, selon les besoins de la victime et l'appréciation du/de la psychologue. Basez votre analyse de la situation sur les indicateurs suivants :

- > La victime a moins de 6 ans : impliquez systématiquement la personne de soutien. Le suivi psychologique est alors principalement axé sur la personne de soutien, mais toujours dans l'intérêt du rétablissement du/de la mineur-e ;
- > La victime a entre 6 à 12 ans : tenez compte des indicateurs suivants pour vous aider à déterminer l'implication de la personne de soutien :
  - La victime est apte à apprécier raisonnablement ses intérêts :
    - Oui : la victime décide si la suite du suivi se fera conjointement ou séparément. En fonction des autres indicateurs, vous pouvez conseiller la victime à propos de cette décision ;
    - Non : sur base des autres indicateurs mentionnés ici et de l'accord du(des) parent(s), évaluez si la suite du suivi se fera ensemble ou séparément. En cas de doute, vous pouvez consulter l'EMD pour vous aider ;
  - Souhaits et besoins de la victime mineure ;
  - Fonctionnement des parents (cohésion familiale, adversités éventuelles, ...) ;
  - Réactivité familiale et place occupée par celle-ci ;
  - Réseau existant autour de la victime et/ou de sa famille ;
  - Développement du/de la mineur-e (cognitif/émotionnel/intellectuel/langagier/etc) ;
  - Contexte d'agression ;
- > La victime a plus de 12 ans : prenez en considération du souhait de la victime et envisagez ensemble comment mettre en place le suivi le plus adapté.

En cas d'implication de la personne de soutien dans la prise en charge de la victime mineure, sur base de votre analyse (voir étape 3 et 4) et en concertation avec la victime et sa personne de soutien, déterminez sous quelle forme la suite du suivi sera effectué dans un premier temps, pour un accompagnement psychologique optimal de chacun-e:

- > Les entretiens peuvent être conjoints, séparés ou mixtes et évoluer dans le temps en fonction des besoins et de la situation ;
- > Si les entretiens sont prévus séparément, il est recommandé que les suivis soient assurés par des psychologues différents. Une bonne collaboration au sein de l'équipe est alors nécessaire ;
- > Il est important de garder à l'esprit que l'objectif de la prise en charge de la figure de soutien a pour but de permettre le (renforcement au) soutien du/de la mineur-e dans son processus de rétablissement. La victime

<sup>25</sup> L'échelle SRQ-S est valable pour un public adulte et adolescent.

doit toujours rester au centre du questionnement, la mission<sup>26</sup> des psychologues CPVS étant de se concentrer avant tout sur la personne victime et les conséquences des violences sexuelles sur la vie de celle-ci.

- > Dans tous les cas, il est recommandé de prévoir au moins un moment seul avec chacun-e, afin de prévoir des espaces de parole distincts dans lesquels la victime et la figure de soutien peuvent s'exprimer librement ainsi que de vous permettre d'avoir un aperçu plus complet de la situation ;

### Étape 5 - Évaluation éventuelle des troubles psychologiques comorbides

Voir point 3.2 Section I.

Si la victime présente un risque élevé d'automutilation sévère et de suicide, contactez le/la (pédo)psychiatre de garde pour une évaluation directe et un éventuel traitement ambulatoire ou résidentiel. Coordonnez-vous au maximum avec le/la (pédo)psychiatre pour la prochaine consultation.

### Étape 6 - Possibilité d'une réorientation directe à l'issue du premier entretien

Sur base de l'évaluation des ressources, évaluez si la victime et/ou la personne de soutien bénéficie d'un réseau psycho-social suffisamment soutenant et peut compter sur le soutien de ce réseau :

- > Si le réseau est pleinement soutenant et que la victime et/ou la personne de soutien est suffisamment autonome pour trouver ses ressources afin de s'engager/continuer un suivi psychologique externe, réorientez-la/les directement vers un service d'aide/psychologue externe (nouveau-lle ou existant-e).
- > Si un suivi psychosocial chez SOS Enfants/VK est (plus) indiqué et/ou déjà entamé, déterminez avec leur équipe quelle serait la meilleure prise en charge à mettre en place pour la victime et/ou la personne de soutien.

Collaborez toujours avec le réseau pour sensibiliser et partager l'expertise en matière de psycho traumatisme avec les intervenant-e-s externes, ainsi que pour assurer une bonne coordination entre les intervenant-e-s/services concernés et de limiter le nombre d'interventions auprès du/de la mineur-e.

La réorientation se fait toujours en accord avec la victime et/ou sa personne de soutien, de manière active et soutenue, afin d'assurer une transition entre le CPVS et le service d'aide/psychologue externe. Pour ce faire, procédez aux étapes décrites au point 3.2 de la section I.

Afin de favoriser des prises de décisions communes quant à la réorientation directe (ou non) d'une victime et/ou de sa personne de soutien, discutez-en avec votre équipe.

### Étape 7 – Conclusion

Voir point 3.2 Section I.

## 3.3. Première évaluation psychologique par le/la psychologue possible à partir de la 3<sup>ème</sup> semaine suivant les violences sexuelles

Compte tenu l'évolution symptomatologique du psycho traumatisme après des violences sexuelles, la première évaluation psychologique est idéalement réalisée vers la 4<sup>ème</sup> semaine suivant le dernier fait de violence sexuelle et n'est pas recommandée avant la 3<sup>ème</sup> semaine suivant ce dernier fait.

<sup>26</sup> Traiter les symptômes liés à un(des) psycho traumatisme(s) de la personne de soutien de manière ciblée et approfondie ne fait donc pas partie des missions CPVS.

Si un premier entretien d'exploration avec la victime en phase aiguë n'a pas été possible ou souhaité par celle-ci la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> semaine suivant les violences sexuelles ou s'il s'agit d'une victime en phase post-aiguë, le/la psychologue inclut les objectifs prévus au point 3.2. dans la première évaluation psychologique également.

L'objectif de cette évaluation est de permettre au/à la psychologue d'évaluer l'état mental de la victime mineure principalement et de déterminer s'il vaut mieux, dans l'intérêt de la victime, que se prise en charge psychologique et/ou celle de sa personne de soutien se poursuive au CPVS ou dans un autre service d'aide/intervenant-e externe plus qualifié. Pour ce faire, l'évaluation s'attachera notamment à évaluer la situation et les besoins de la victime mineure, ainsi que de détecter les éventuels risques de TSPT(C) ou autre(s) psychopathologie(s) liée(s) à l'évènement traumatique chez celle-ci et ce, via l'utilisation d'échelles recommandées scientifiquement. Si nécessaire, une évaluation plus générale de l'état mental de la personne de soutien<sup>27</sup> peut également être envisagée dans ce contexte.

Si cela n'a pas encore été fait, il est recommandé de prévoir au moins un moment seul avec la victime et la personne de soutien.

En fonction des besoins de la victime et/ou de la personne de soutien, cette évaluation peut consister en un ou plusieurs entretiens, et s'effectue avec le matériel adapté.

### Étape 1 – Anamnèse de l'état mental

1. Accueillez la victime et/ou la personne de soutien et commencez par lui/leur indiquer l'objectif de cette évaluation.
2. Évaluez l'état mental de la victime via les aspects suivants (principalement par l'observation) et inscrivez-les systématiquement dans le document d'anamnèse (annexes 3.2.3.2.1 et 3) :
  - > Impression générale (apparence) ;
  - > Fonctions cognitives (conscience, orientation, fonctions intellectuelles, perception et réflexion) ;
  - > Fonctions affectives (humeur et affect, fonctions sociales et émotionnelles) ;
  - > Fonctions conatives (psychomotricité, motivation et comportement).
3. Identifiez le contexte le plus large de la victime mineure et/ou de sa personne de soutien, notamment via les éléments suivants :
  - > Les antécédents (familiaux) psychiatriques/psychologiques et médicaux ;
  - > La prévention des violences sexuelles intergénérationnelles ;
  - > La médication actuelle et la consommation de substances ;
  - > Les domaines importants de la vie et ceux problématiques (ce qui fait éventuellement souffrir la victime en ce moment et ce qui va bien pour elle) ;
  - > Réseau existant (continuer à explorer et dresser un état des lieux des ressources existantes autour de la victime et/ou de son entourage) ;
4. Estimez ses réactions au stress aigu (RSA et/ou les symptômes spécifiques liés au traumatisme à la suite des violences sexuelles. L'analyse clinique du/de la psychologue est déterminante à cet égard. Les questionnaires CRIES-13, CATS ou TSC(Y)C peuvent être utilisés à l'appui de l'analyse clinique<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> Lors de l'anamnèse et de l'évaluation, l'état d'esprit des personnes de soutien peut être évalué pour comprendre le contexte de la victime et comment cela pourrait éventuellement l'impacter.

<sup>28</sup> Le choix du questionnaire dépend des préférences personnelles du/de la psychologue CPVS et de la disponibilité du questionnaire au sein du CPVS dans la

L'objectif du dépistage est de dresser un inventaire global des événements traumatiques. Cela implique que l'entretien ne doit pas (encore) demander des détails sur les événements à ce stade, ni de description détaillée des expériences (passées et/ou actuelles). Les détails ne sont demandés que plus tard (9).

- > **Children's Revised Impact of Event Scale'International (CRIES-13)** est un questionnaire permettant de dépister la présence de (symptômes) de TSPT chez les enfants de 8 à 18 ans. Il existe une version pour les enfants et une version pour les parents. Le CRIES permet également d'établir un plan de traitement adapté et d'évaluer le traitement (9 ; annexe 2).
- > **Child and Adolescent Trauma Screen (CATS)** est un questionnaire court qui permet de mesurer les expériences traumatiques et de dépister la présence de symptômes de TSPT chez les enfants de 7 à 17 ans (version auto rapportée ou par le/la soignant-e). Il existe également une version pour les parents d'enfants âgés de 3 à 6 ans.
- > **Liste de Contrôle des Symptômes de Traumatisme pour Enfants (TSCC)** est un questionnaire d'(auto-)évaluation destiné aux enfants de 8 à 16 ans. Il permet l'évaluation de l'exposition aux événements traumatiques, le degré de stress post-traumatique chez l'enfant ainsi qu'une large gamme de symptômes tels que le TSPT, la dépression, l'anxiété, les symptômes dissociatifs et de colère (8 ; annexe 2).
- > **Liste de Contrôle des Symptômes de Traumatisme pour Jeunes Enfants (TSCYC)** est un questionnaire basé sur le TSCC à destination de la personne de soutien des enfants âgés de 3 à 12 ans. Il permet de mesurer les manifestations comportementales du trauma chez les jeunes enfants (annexe 2).

La cotation et l'interprétation de ces deux échelles via les approches recommandées ci-dessus sont développées à l'annexe 4.

Ces trois questionnaires de screening peuvent être remplis directement avec la victime et/ou la personne de soutien ou peuvent être complétés par le/la psychologue après la séance (pour éviter l'appropriation des symptômes par la victime et/ou la personne de soutien). La méthodologie varie selon que vous souhaitez évaluer l'état exact de la victime ou le ressenti de la victime et/ou de sa personne de soutien.

5. Selon ce qui a déjà été réalisée lors d'un éventuel entretien d'exploration préalable, continuez ou entamez l'évaluation de l'implication de la personne de soutien dans la prise en charge psychologique CPVS ainsi que de la nécessité de coordonner et collaborer avec le réseau sur base des critères mentionnés aux étapes 3 et 4 du point 3.2. Il est important d'encourager le soutien social du/de la mineur-e en veillant à ce qu'il/elle soit entourée de personnes ressources ayant un même objectif.
6. Évaluez attentivement la présence de symptômes dissociatifs, dépressifs et suicidaires et les compétences d'adaptation utilisées (alcool/drogues/automutilation, réseau social). En fonction de la situation, recourez si nécessaire aux échelles mentionnées en annexe (voir annexe 2) pour appuyer le processus diagnostique et thérapeutique de divers troubles psychologiques possibles.

Si un traitement médicamenteux supplémentaire est indiqué, renvoyez alors la victime vers son/sa médecin traitant/-e ou le/la (pédo)psychiatre. En cas de risques élevés, référez-vous au tableau du point 2.1.2. pour les actions à réaliser.

Si la victime présente un risque élevé d'automutilation sévère et de suicide, contactez le/la (pédo)psychiatre de garde pour une évaluation directe et un éventuel traitement ambulatoire ou résidentiel. Si possible, activez également le réseau d'assistance existant de la victime. La prochaine date de consultation à laquelle vous pourrez revoir la victime doit être coordonnée avec le/la (pédo)psychiatre.

---

langue de la victime. Tous les questionnaires ne sont pas nécessairement déjà validés dans la langue de la victime et/ou disponibles sur le CPVS.

## Étape 2 – Détermination de la suite de la prise en charge au CPVS ou hors CPVS

En accord et en discussion avec la victime et/ou sa personne de soutien, sur base de l'évaluation psychologique de la victime (état mental, ressources, besoins), évaluez si la suite de son/leur accompagnement psychologique se prolongera au CPVS ou s'il se passera avec un service d'aide/intervenant-e externe :

- Accompagnement de réorientation vers un service d'aide/intervenant externe (voir point 4.2.1 section II):  
Si la situation psychologique de la victime est trop complexe à gérer à court terme et qu'une prise en charge psychologique de 6 mois ne sera de toute façon pas suffisant, entamez un accompagnement de réorientation.
- Suivi attentif et soutien psychosocial au CPVS (voir point 4.2.2 section II.) :  
Si un accompagnement psychologique à court terme s'avère bénéfique pour la victime, commencez par mettre en place un suivi attentif de la victime et/ou sa personne de soutien pour une durée de 2 mois, entre la première et la deuxième évaluation psychologique.

Afin de favoriser des prises de décisions communes quant à la réorientation directe (ou non) d'une victime et/ou de sa personne de soutien, discutez-en avec votre équipe.

Dans tous les cas, lorsqu'un suivi sur le plus long terme sera probablement nécessaire par la suite, il est recommandé d'anticiper la réorientation future au maximum. Pour ce faire, inscrivez la victime et/ou sa personne de soutien dès que possible sur une liste d'attente d'un service de 2<sup>ème</sup> ligne adapté, selon l'évaluation psychologique et les besoins présents.

## Étape 3 – Conclusion

Voir point 3.2 Section I.

## 4. DEUXIEME ET TROISIEME MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES

### 4.1. Gestion de cas par l’infirmier-e CPVS après le 1<sup>er</sup> mois suivant les violences sexuelles

Conformément au plan d’action pour l’infirmier-e CPVS (voir points 3.4. et 3.5), l’infirmier-e CPVS espace progressivement les contacts téléphonique avec la victime et/ou la personne de soutien et effectue les tâches mentionnées dans le plan d’action.

En fonction des besoins de la victime et/ou des personnes de soutien, l’infirmier-e CPVS entretient d’autres contacts téléphoniques au cours des premiers mois suivant l’admission au CPVS.

### 4.2. Accompagnement psychologique par le/la psychologue du 2<sup>ème</sup> au 3<sup>ème</sup> mois suivant les violences sexuelles

#### 4.2.1 Accompagnement de réorientation vers un service d’aide/intervenant-e externe

Comme mentionné à l’étape 2 du point 3.3, en cas de situations trop complexes, la réorientation se fait toujours en accord avec la victime, de manière active et soutenue. L’objectif est d’assurer le lien durant une transition progressive entre l’aide de première ligne au CPVS et le suivi à plus long terme auprès d’un service d’aide/intervenant-e externe de qualité, pouvant offrir un suivi plus ciblé et sur le long terme. Ainsi, un accompagnement est possible jusqu’à 8 mois suivant le premier entretien d’évaluation et inclut, si nécessaire, une forme de surveillance<sup>29</sup> psychologique de la victime. Le/la psychologue fournit des informations nécessaires sur la possibilité d’une consultation/prise en charge en cas de crise si l’état mental de la victime venait à se détériorer.

La collaboration avec le réseau extérieur est importante pour sensibiliser et partager l’expertise en matière de psycho traumatisme avec les intervenant-e-s externes ainsi que de coordonner la prise en charge avec ceux/celles-ci. Dans les cas d’une situation familiale préoccupante non judiciairisée, le/la psychologue réoriente, de préférence, vers les équipes de SOS Enfants/VK selon les modalités décrites à l’étape 3 du point 3.2. Section II.

#### 4.2.2 Suivi attentif et soutien psychosocial au CPVS

Le/la psychologue met en place un suivi attentif et soutien psychosocial adaptés à la situation de la victime et/ou de sa personne de soutien en procurant par défaut toute(s) forme(s) de psychoéducation adéquate(s), avec le matériel adapté, et/ou en recourant à une intervention précoce en cas d’apparition ou d’aggravation importante des symptômes selon la prise en compte d’indicateurs définis (voir infra). En effet, dans un premier temps, il est recommandé d’entamer une période de "surveillance vigilante" avant d’envisager une intervention psychologique plus intensive après un événement traumatogène, étant donné que les mineur-e-s voient particulièrement leurs symptômes s’atténuer avec le temps (8).

L’objectif de cette période de suivi attentif est principalement d’aider la victime et/ou sa personne de soutien à soulager sa/leur détresse, de restaurer son/leur sentiment de sécurité, de la/les stabiliser ainsi que de permettre et faciliter l’expression symbolique de la victime (avec et sans sa personne de soutien). Ces temps d’écoute peuvent aider à clarifier les émotions ressenties, trouver des mots, et soutenir le récit. Pour ce faire, il est important que le/la psychologue comprenne comment l’événement traumatique affecte la victime mineure, sa famille et son réseau (8). Pour ce faire, durant cette période, le/la psychologue continuera à cartographier (et éventuellement de renforcer) le réseau autour de la victime, tout en favorisant la création (ou le maintien) d’une alliance thérapeutique solide.

<sup>29</sup> Par surveillance est entendu des entretiens ponctuels en vue de surveiller (l’évolution de) l’état psychologique de la victime, afin de la soutenir, la sécuriser et la stabiliser si nécessaire. La surveillance n’a donc pas pour objectif d’entamer un traitement thérapeutique avec la victime.

La méthode d'intervention, le nombre et la fréquence des séances sont déterminés selon les besoins et les ressources de la victime et/ou sa personne de soutien ainsi qu'en fonction de l'appréciation du/de la psychologue, en vue d'atteindre ces objectifs. Pour ce faire, l'arbre décisionnel en annexe (voir annexe 5) peut être utilisé comme support pour aider à déterminer le suivi le plus adapté selon la situation.

> **Psychoéducation par défaut :**

La psychoéducation à destination d'une victime mineure et/ou de sa personne de soutien a pour but de les aider à prévenir ou à réduire les symptômes de SPT et à favoriser une récupération positive après un événement traumatique via la dispensation d'informations qualitatives et adaptées à la situation (8).

> **Intervention ciblée précoce<sup>30</sup> en cas d'apparition ou d'aggravation importante de symptômes :**

Si des (nouveaux) symptômes liés au psycho traumatisme (TSPT et/ou troubles comorbides) apparaissent ou s'aggravent entre le 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> mois après le dernier fait de violence sexuelle, le/la psychologue met en place une intervention ciblée précoce, uniquement si la victime est à risque de développer des réactions post-traumatiques persistantes et que la psychoéducation ne suffit pas à traiter les symptômes de détresse graves. Afin d'évaluer la nécessité de mettre en place une telle intervention et de s'assurer que celle-ci n'ait pas de potentiel traumatique, le/la psychologue prend en compte les indicateurs suivants dans son analyse :

- Âge de la victime ;
- Moment de la prise en charge (en phase aigüe ou post-aigüe) ;
- Facteurs de stress et de risques préexistants ;
- Besoins en ressources du/de la mineur-e ;
- Capacité d'adaptation du/de la mineur-e ;
- Gravité des symptômes de détresse, notamment via les résultats au questionnaire de screening : ampleur de l'exposition au trauma, intensité de la détresse, niveau actuel des difficultés psychosociales, impact sur le fonctionnement, etc ;
- Fonctionnement et réaction(s) des parents : cohésion familiale, place occupée par la famille, adversités éventuellement rencontrées par la famille, etc ;

Si le/la psychologue opte pour une intervention ciblées précoce sur base de ces indicateurs, il est recommandé de commencer, de préférence, un traitement cognitivo-comportementaux centrés sur le traumatisme (TF-CBT) ou, exceptionnellement à ce stade, d'EMDR si cela est préférable pour la victime. Pour avoir recours à ces deux types d'interventions auprès d'une victime mineures, les conditions pré requises suivantes doivent être remplies:

- Pas de situation d'abus, de maltraitance ni de violence intrafamiliale en cours ;
- Plus d'exposition à une situation potentiellement traumatogène (l'événement traumatisant est passé) ;
- Pas de comorbidité (p.ex., déconseillé en cas de bipolarité, psychose ou abus de substance) ;
- Protection et sécurité suffisante au moment de la demande (le sentiment de sécurité prime) ;
- Stabilité émotionnelle et psychologique de la personne de soutien (p.ex., pas de perturbation liée à une éventuelle maladie mentale ou trouble dû à la consommation de substance) ;
- Pas d'hostilité, de réticence ou d'incapacité de la part de la personne de soutien à soutenir le/la mineur-e ;

<sup>30</sup> Par "intervention précoce" est entendu un traitement psychologique et thérapeutique endéans les 3 mois suivant l'évènement traumatique, dans le but de prévenir ou modérer l'apparition de symptômes liés à un psycho traumatisme ainsi que de contribuer à éviter le développement d'un TSPT chronique. Ces traitements adoptent une approche structurée avec des étapes définies et un nombre fixe de séances. Malgré la standardisation de ces interventions, il est crucial pour le/la psychologue de conserver de la souplesse ainsi que de suivre son intuition et son sens clinique pour s'ajuster à chaque situation. Il/elle doit donc se sentir libre de modifier raisonnablement la fréquence, la durée ou encore le nombre de séances, selon son appréciation (8).

Lors de ces interventions, la personne de soutien peut être présente pour une ou plusieurs séances. Une décision clinique doit être prise pour déterminer si la personne de soutien est suffisamment soutenante et disponible pour participer à l'intervention de manière constructive, même minimalement<sup>31</sup> (8).

Sa présence pendant la séance dépend du souhait de la victime mineure et de l'évaluation clinique de son besoin de soutien parental. Par exemple, si les réactions de la personne de soutien risquent de perturber le soutien émotionnel, ou si la victime possède des compétences suffisantes en autorégulation et préfère être indépendante, l'intervention peut être effectuée individuellement. Dans ce cas, des informations et des conseils sont fournis à celle-ci, pour qu'il/elle puisse soutenir adéquatement la victime après la séance (8).

### 4.3. Deuxième évaluation psychologique par le/la psychologue à la fin du 3<sup>ème</sup> mois suivant les violences sexuelles

Un deuxième entretien d'évaluation a lieu trois mois après les (dernières) violences sexuelles pour évaluer l'évolution générale de la victime depuis le début de la prise en charge. Si nécessaire, dans ce contexte, cette évaluation peut éventuellement inclure l'évolution générale de la personne de soutien<sup>32</sup>.

À ce stade, l'alliance thérapeutique est également incluse dans l'évaluation du/de la psychologue. Le but est d'interroger la relation de confiance avec la victime et/ou la personne de soutien à un stade suffisamment avancé de la prise en charge et de questionner la plus-value, ou non, de continuer un suivi au CPVS lorsque l'alliance ne s'installe pas facilement entre le/la psychologue et la victime et/ou la personne de soutien.

#### Étape 1 – Anamnèse générale

Voir point 3.2 Section I

#### Étape 2 – Détermination de la suite de l'intervention psychologique (CPVS ou hors CPVS)

Sur base de l'anamnèse et en accord avec la victime et/ou la personne de soutien, évaluez les différentes possibilités quant à la continuité d'un suivi au CPVS ou non :

##### > **Clôture effective de la prise en charge ou accompagnement à la réorientation :**

- Si le stress ne perturbe plus la vie quotidienne de la victime, que les symptômes et l'apaisement de la victime sont suffisants pour être pérennes, clôturez la prise en charge de la victime au sein du CPVS. Le suivi s'interrompt également lorsqu'un rétablissement suffisant au bien-être de la victime mineure est atteint, à savoir que celle-ci et/ou sa personne de soutien a(ont) suffisamment de ressources pour réintégrer sa/leur vie, fonctionner en société de manière autonome, savoir vers qui se tourner en cas de besoin et/ou pour continuer un éventuel suivi sur le long terme

Prenez le temps de clôturer la séance avec la victime et assurez-vous qu'elle dispose bien des numéros de téléphone nécessaires en cas de besoin (numéros d'urgence/lignes d'écoute et d'assistance spécifiques à sa région et ses besoins). Fournissez également les informations sur la consultation/la prise en charge en cas de crise. Précisez à la victime qu'elle peut toujours appeler le CPVS dans les semaines qui viennent en cas de détérioration de son état mental. Si l'appel a lieu dans la période des 6 mois suivants la deuxième évaluation, ce qui est nécessaire pour la victime et ce qui peut encore être fait par le CPVS sera évalué.

<sup>31</sup> Des séances individuelles séparées peuvent être réalisées avec la personne de soutien lorsque sa participation à l'intervention avec la victime est jugée contre-indiquée par le/la psychologue. Dans ces cas-là, fournir une psychoéducation ou des conseils parentaux peut être plus efficace que d'exclure la personne de soutien (8).

<sup>32</sup> Lors de l'anamnèse et de l'évaluation, l'état d'esprit des personnes de soutien peut être évalué pour comprendre le contexte de la victime et comment cela pourrait éventuellement l'impacter.

- Si l'alliance thérapeutique avec la victime et/ou la personne de soutien s'installe difficilement et semble trop compliquée à mettre en place dans les 6 mois restants, réorientez la/les progressivement vers un service d'aide/intervenant-e externe qualifié (existant ou nouveau). Un accompagnement et une surveillance psychologique peut encore être mis en place en fonction des besoins et de la situation, pour une durée de 6 mois maximum, afin d'assurer une transition progressive.

> **Assistance psychologique CPVS :**

- Si le stress perturbe encore la vie quotidienne de la victime, que les symptômes et l'apaisement de la victime ne sont pas suffisants pour être pérennes et qu'un rétablissement suffisant au bien-être de la victime mineure n'est pas encore atteint (voir supra) continuez avec une assistance psychologique au CPVS. Cette assistance doit être adaptée selon l'évolution et la sévérité des symptômes jusqu'à la fin du 9<sup>ème</sup> mois suivant les violences sexuelles au plus tard.
- En cas de risque(s) élevé(s), prenez contact avec le/la (pédo)psychiatre de garde pour une évaluation et un éventuel traitement ambulatoire ou résidentiel. Déterminez en concertation avec l'EMD les responsabilités de chacun dans la suite de la prise en charge

### Étape 3 – Conclusion

Prenez le temps de clôturer la séance avec la victime et fixez éventuellement un nouveau rendez-vous pour un prochain entretien, sur base de ce qui aura été décidé à l'étape 2. Complétez ensuite le dossier de la victime avec les informations recueillies.

## 5. QUATRIEME AU SEPTIEME MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES

Le/la psychologue met en place une assistance psychologique adaptée aux besoins et à la situation de la victime mineure et/ou de sa personne de soutien, selon l'évolution et l'apparition de symptômes, tout en favorisant le maintien d'une alliance thérapeutique solide.

Le but de cette prise en charge est d'aider la victime et/ou la personne de soutien à réduire l'incidence de l'évènement stressant sur leur vie quotidienne, d'éviter l'apparition de problèmes secondaires, de prévenir le développement de TSPT ainsi que de les rendre suffisamment autonomes pour trouver leurs propres ressources.

La méthode d'intervention, le nombre et la fréquence des séances sont déterminés selon les besoins et les ressources de la victime ainsi qu'en fonction de l'appréciation du/de la psychologue, en vue d'atteindre ces objectifs. Pour ce faire, l'arbre décisionnel en annexe (voir annexe 5) peut être utilisé comme support pour aider à déterminer le suivi le plus adapté selon la situation.

### > **Intervention psychoéducative :**

Par défaut, le/la psychologue dispense de soins psycho-sociaux et un suivi de qualité auprès de la victime et/ou la personne de soutien dans le but de soulager sa/leur détresse, ainsi que de continuer à accroître le soutien social et le sentiment de contrôle. Ce type d'intervention met l'accent sur la sécurisation, la stabilisation et l'autonomisation de la victime et/ou de la personne de soutien, tel que décrit supra; point 4.2.2. Diverses formes d'interventions existent afin de prévenir l'aggravation des symptômes liés au psycho-traumatisme et d'accompagner la victime et/ou la personne de soutien dans son/leur processus de rétablissement.

### > **Intervention ciblée<sup>33</sup> en cas d'apparition ou d'aggravation de symptômes :**

Comme décrit au point 4.2.2., si des (nouveaux) symptômes liés au psycho traumatisme (TSPT et/ou troubles comorbides) apparaissent ou s'aggravent entre le 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> mois après le dernier fait de violence sexuelle, le/la psychologue met encore en place une intervention ciblée adaptée aux besoins et à la situation de la victime sur base des mêmes indicateurs décrits au point 4.2.2. En cas d'intervention ciblée, il est recommandé de commencer, de préférence<sup>34</sup>, un traitement cognitivo-comportementaux centrés sur le traumatisme (TF-CBT) ou d'EMDR selon ce qui est préférable pour la victime. Les mêmes conditions pré-requises décrites au point 4.2.2 sont également d'application.

Comme mentionné au point 4.2.2, si l'intervention ciblée précoce lancée entre le 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> mois est encore en cours, le/la psychologue dispose encore de 4 mois supplémentaires au cours desquels il/elle pourra finaliser le traitement entamé.

Dans tous les cas, il est recommandé de finaliser l'intervention pour la fin du 7<sup>ème</sup> mois suivant le dernier fait de violences sexuelles. Une fois l'intervention terminée, une phase de suivi est possible pour la victime jusqu'à la fin du 9<sup>ème</sup> mois, de sorte à l'accompagner et surveiller son état psychologique le temps nécessaire d'une éventuelle clôture ou réorientation. Dès que la victime commence à se stabiliser, il est possible d'espacer progressivement le temps entre chaque séance.

<sup>33</sup> Une intervention ciblée dite "normale" fait référence aux interventions qui ont lieu après la stabilisation des symptômes, environ trois mois après l'évènement traumatogène.

<sup>34</sup> Méthodes d'interventions précoces recommandées par les directives internationales (NICE et ISTSS)

## 6. HUITIEME AU NEUVIEME MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES

À ce stade, selon la situation et l'éventuelle nécessité d'une réorientation, il est vivement recommandé de commencer à organiser progressivement la réorientation de la victime et éventuellement sa personne de soutien vers un service d'aide/psychologue externe pour la suite de son traitement à long terme, si cela est nécessaire. La réorientation se fait toujours en accord avec la victime ou du/de la(des) représentant-e(s) légal-e(aux), de manière active et soutenue, afin d'assurer le lien durant la transition entre l'aide de première ligne au CPVS et le suivi à plus long terme.

La collaboration avec le réseau extérieur est importante pour sensibiliser et partager l'expertise en matière de psycho traumatisme, ainsi que pour assurer une bonne coordination entre les intervenant-e-s/services concernés et de limiter le nombre d'interventions auprès du/de la mineur-e. Pour ce faire, procédez aux étapes suivantes :

- > Demandez préalablement à la victime et/ou la personne de soutien si elle(s) est/sont suffisamment à l'aise d'aborder les violences sexuelles avec un-e/son/sa psychologue externe.
- > Si oui, avec l'autorisation de la victime et dans la mesure du possible, tentez de prendre contact avec un-e/son/sa psychologue externe afin de créer du lien avec le réseau, si ça n'a pas déjà été fait antérieurement dans la prise en charge ;
- > Si non, proposez encore quelques entretiens de suivi psychologique au sein du CPVS, possibles jusqu'à 9 mois suivant les violences sexuelles, avant la clôture définitive.

À l'issue du 9<sup>ème</sup> mois suivant les violences sexuelles, clôturez la prise en charge selon les modalités décrites au point 3.2 de la Section I.

# ANNEXES

## 1. DOCUMENT D'ANAMNÈSE POUR LES VICTIMES

Numéro du dossier CPVS : .....

Nom du/de la psychologue chargé de l'anamnèse : .....

Date anamnèse : .....

*Les aspects ci-dessous sont discutés pendant la séance d'évaluation, après laquelle le/la psychologue les inscrit dans cette liste :*

### 1. ANTÉCÉDENTS

Dans le cas où la victime n'a pas été examinée par l'infirmier-e CPVS :

Date (estimée) des derniers faits de violence sexuelle : .....

Lien avec l'auteur :

- Membre de la famille
- (Ex-)partenaire
- Connaissance
- Inconnu-e
- Autre

Plainte à la police pour ces faits :

- Oui
- Non

Si oui, date (estimée) de la plainte : .....

Expériences antérieures de violence sexuelle et/ou expériences traumatisantes :

- Oui
- Non

La victime at-t-elle des antécédents de problèmes de santé mentale ?

- Oui
- Non

Si oui, quel type de diagnostic ? .....

Si oui, date du diagnostic : .....

Admission psychiatrique antérieure :

- Oui
- Non

Si oui, motif de l'admission psychiatrique : .....

Si oui, date de la dernière admission psychiatrique : .....

Si oui, médecin traitant et établissement : .....

Assistance antérieure :

- Oui
- Non

Si oui, type d'assistance et date : .....

Réseau d'assistance actuellement existant :

- Oui
- Non

Si oui, type d'assistance et date de début : .....

.....

## 2. SYMPTÔMES SPÉCIFIQUES AU TRAUMATISME

### 2.1. Victimes majeures

Recours au questionnaire PCL-5 :

- Oui
- Non

Si oui, score PCL-5 : .....

Si non, raisons .....

Recours au questionnaire ITQ :

- Oui
- Non

Si oui, score ITQ : .....

Si non, raisons .....

### 2.2. Victimes mineures

Recours au questionnaire CRIES :

- Oui
- Non

Si oui, score CRIES : .....

Si non, raisons .....

Recours au questionnaire TSC(Y)C:

- Oui
- Non

Si oui, score TSC(Y)C : .....

Si non, raisons .....

Recours au questionnaire CATS

- Oui
- Non

Si oui, score CATS : .....

Si non, raisons .....

### 3. SYMPTÔMES DISSOCIATIFS

Suspicion de symptômes dissociatifs :

- Oui
- Non
- Inconnu

Score sur SDQ 20 : .....

### 4. DÉPRESSION

Symptômes de dépression :

- Aucun
- Légers
- Sévères
- Inconnu

Recours optionnel PHQ-9 :

- Oui
- Non

Si oui, score sur PHQ-9 : .....

### 5. ANXIÉTÉ

Symptômes d'anxiété :

- Aucun
- Légers
- Sévères
- Inconnu

Recours optionnel GAD-7 :

- Oui
- Non

Si oui, score sur GAD-7 : .....

### 6. COMPORTEMENTS A RISQUES

La victime présente-elle un ou des comportement(s) à risques ?

Si oui, décrivez le(s) type(s) de comportement(s), la raison et la fréquence<sup>35</sup> : .....

.....

.....

.....

### 7. AUTOMUTILISATION

La victime s'est-elle automutilisée ou blessée depuis les violences sexuelles/sa dernière visite au Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles ?

- Oui

<sup>35</sup> Par comportement à risques est notamment entendu la *recherche active voire compulsive de situations, de comportements ou de produits connus comme pouvant être dangereux à court ou à moyen terme (7)*. En ce sens, la consommation d'alcool et/ou d'autres substances doit être sondée. En fonction de la situation et en cas de suspicion d'abus de substances problématique, recourez si nécessaire aux échelles mentionnées en annexe (voir annexe 2) pour appuyer le processus diagnostique et thérapeutique de divers troubles psychologiques possibles.

Non

Si oui, décrivez la raison, la fréquence, la méthode et l'intention : .....

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

La victime songe-t-elle en ce moment (même de façon passagère) à s'automutiler ou à se blesser ?

- Oui
- Non
- Inconnu

Si oui, décrivez la fréquence, la méthode et l'intensité de ces pensées : .....

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

## 8. SUICIDALITÉ

### 8.1. Pensées suicidaires

La victime a-t-elle songé à mettre fin à sa vie depuis les violences sexuelles/sa dernière visite au Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles ?

- Oui
- Non

Ces derniers jours, la victime a-t-elle pensé au suicide ?

- Oui
- Non
- Inconnu

Si oui, quelle est l'intensité de ces pensées ? : .....

.....  
.....

### 8.2. Tentative de suicide

La victime a-t-elle tenté de mettre fin à sa vie depuis les violences sexuelles/sa dernière visite au Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles ?

- Oui
- Non

Si oui, décrivez la méthode, la fréquence, la combinaison avec une intoxication et les éventuels soins nécessaires : .....

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

### 8.3. Intentions suicidaires actuelles

La victime pense-t-elle en ce moment (même de façon passagère) à mettre fin à sa vie ?

- Oui
- Non

Si oui, fréquence : .....

La victime pense-t-elle qu'elle risque de se suicider avant la prochaine consultation ?

- Oui
- Non

Si oui, décrivez la méthode et l'accessibilité de ces moyens : .....

### 9. VIOLENCE RÉPÉTÉE EXERCÉE PAR DES TIERS

La victime se plaint-elle de violences répétées exercées par des tiers ou présente-t-elle des symptômes de violences répétées exercées par des tiers ?

- Oui
- Non

### 10. VICTIMISATION SECONDAIRE

Au-delà des faits eux-mêmes, la victime a-t-elle éprouvé une(des) difficulté(s) ?

- Oui
- Non

Si oui, décrivez la(les) difficulté(s) rencontrée(s) : .....

La victime a-t-elle vécu des réactions et/ou des jugements difficiles de la part d'autrui ?

- Oui
- Non

Si oui, décrivez les réactions difficiles : .....

La victime a-t-elle bénéficié du soutien ?

- Oui
- Non

Si oui, le soutien apporté à la victime était-il approprié ? : .....

De quoi la victime aurait-elle eu besoin et quelle différence cela aurait-il pu faire pour elle ? : .....

## 2. LISTE DES TESTS PSYCHOLOGIQUES

Les échelles psychologiques suivantes sont recommandées scientifiquement pour évaluer les différents symptômes liés à un psycho traumatisme, notamment à la suite de violences sexuelles (liste non-exhaustive). Leur utilisation est à adapter selon chaque situation et besoins de la victime :

- **AUDIT**      ***Alcohol Use Disorders Identification Test***  
Échelle d'évaluation (10 items) permettant de mesurer la consommation d'alcool, les comportements de consommation et les problèmes liés à l'alcool étant donné que le TSPT est fortement associé à l'abus d'alcool.
- **CAPS-5**      ***Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5***  
Échelle de diagnostic (30 items) pouvant être envisagé pour identifier les éventuels symptômes post-traumatiques, y compris leur fréquence et leur gravité. Il permet également d'évaluer les syndromes de stress post-traumatique actuels ou passés. Ces entretiens diagnostiques structurés constituent la référence absolue, mais son administration nécessite du temps ainsi qu'un personnel qualifié (psychologue clinicien-ne formé-e à son utilisation).
- **CATS**      ***Child and Adolescent Trauma Screen (CATS)***  
Échelle d'évaluation des symptômes de TSPT chez les enfants de 8 à 18 ans selon les critères du DSM-5. Elle regroupe 40 items divisés en trois sous-échelles : exposition au traumatisme (15 items), symptomatologie (20 items) et interférence avec le fonctionnement psychosocial (5 items) Il s'agit d'une courte échelle, capable de mesurer à la fois l'exposition traumatique et la symptomatologie.
- **CRIS-13**      ***Children's Revised Impact of Event Scale***  
Échelle d'évaluation des symptômes de TSPT chez les enfants de 8 à 18 ans selon les critères du DSM-4. La version de 13 items (CRIS-13) regroupe trois sous-échelles : évitement, répétition et hyperactivation. Il s'agit d'une courte échelle, utile pour identifier les enfants à risque de développer un TSPT et pour lesquelles une intervention devrait être mise en place. Elle permet également une surveillance active de l'évolution des symptômes.
- **DAST**      ***Drug Abuse Screening Test***  
Échelle d'évaluation (10 items) permettant de mesurer la consommation de drogue(s) (hors alcool et tabac). Il existe effectivement un lien évident entre les traumatismes et la toxicomanie.
- **FSSQ**      ***Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire***  
Échelle d'évaluation (8 items) permettant de mesurer le soutien social de la victime (voir étape 3 du point 5.2.).
- **GAD-7**      ***Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale***  
Échelle d'évaluation (7 items) permettant d'identifier les symptômes d'anxiété et d'en mesurer leur gravité.
- **SGATS**      ***Shame and Guilt After Trauma Scale***  
Échelle d'évaluation (9 items) permettant d'évaluer l'éventuel sentiment de honte et/ou de culpabilité, qui peuvent survenir après un événement traumatique. Ces deux émotions peuvent constituer un facteur contribuant au développement et au maintien du TSPT.
- **ITQ**      ***International Trauma Questionnaire***  
Échelle d'évaluation (18 items) permettant d'identifier les symptômes post-traumatiques. Il permet également de faire la distinction entre le TSPT et le TSPTC (voir étape 1 du point 5.3.).

- **PCL-5**      ***PTSD Checklist for DSM-5 (avec critère A)***  
Échelle d'évaluation (20 items) permettant d'identifier les symptômes post-traumatiques. Il peut également être utilisé comme un outil de suivi et/ou de diagnostic provisoire. Son échelle annexe (avec critère A) permet de mesurer l'exposition antérieure aux traumatismes (voir étape 1 du point 5.3.).
- **PHQ-9**      ***Patient Health Questionnaire 9-item scale***  
Échelle d'évaluation (9 items) permettant d'évaluer le degré de gravité de dépression. Il peut aussi être utilisé comme un outil de diagnostic et de suivi.
- **SDQ-20**      ***Somatoform Dissociation Questionnaire 20-item scale***  
Échelle d'évaluation (20 items) permettant d'identifier les risques de dissociation.
- **SRQ-S**      ***Social Reactions Questionnaire – Shortened***  
Échelle d'évaluation (16 items) permettant de mesurer la réaction des personnes à l'égard de la victime adulte ou adolescente (voir étape 3 du point 5.2.).
- **TSCC**      ***Trauma Symptom Checklist for Children***  
Échelle évaluation destinée aux enfants de 8 à 16 ans pour mesurer l'exposition aux événements traumatiques et aider à identifier les enfants qui pourraient bénéficier d'une évaluation plus approfondie et qui nécessitent un traitement adapté. Elle comprend 54 items répartis en six sous-échelles cliniques : colère, anxiété, dépression, dissociation, stress post-traumatique et préoccupations sexuelles, ainsi que deux échelles de validité permettant de déterminer s'il y a sous-déclaration ou sur-déclaration. (8; 9).
- **TSCYC**      ***Trauma Symptom Checklist for Young Children***  
Échelle d'évaluation basé sur le TSCC, à remplir par les parents des enfants âgés de 3 à 12 ans. Elle permet de mesurer les symptômes de stress post-traumatique et autres problèmes liés au traumatisme chez les jeunes enfants. Elle comprend 90 items répartis en huit sous-échelles dont trois évaluent les symptômes du TSPT, tandis que les autres évaluent d'autres symptômes émotionnels et de dysrégulation. Le TSCYC propose également des échelles de validité pour évaluer la fiabilité du rapport parental.

### 3. RECUEIL DES DONNÉES À ENREGISTRER SUR BASE DCD HEALTHDATA

#### 1. DONNÉES DE LA VICTIME

Ces données sont à compléter uniquement dans le cas où la victime n'a pas été examinée par l'infirmier-e CPVS<sup>36</sup> :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse (code postal et pays de domicile) : .....

Date de naissance : .....

Sexe :

- Femme
- Homme
- Sexe indéterminé
- Sexe inconnu

Nationalité : .....

#### 2. DONNÉES LIÉES AU SUIVI PSYCHOLOGIQUE :

Ces données sont à compléter après chaque consultation avec la victime, afin d'avoir une vue d'ensemble sur son suivi psychologique global pour chaque victime (durée totale du suivi et évolution de l'état psychologique de la victime)<sup>37</sup>.

Comme mentionné dans le Manuel destiné aux collaborateurs CPVS concernant l'enregistrement au sein des CPVS, les consultations ayant lieu le jour de l'admission et qui n'étaient pas initialement planifiées avec le-la psychologue doivent également être enregistrées dans cette section et ce, même si elles ont lieu avec l'infirmier-e à titre de soutien.

Les consultations psychologiques téléphoniques complètes doivent également être enregistrées dans cette section. Cependant, les contacts téléphoniques qui consistent uniquement à se renseigner sur les raisons d'absence de la victime ou qui se rapportent à l'organisation d'une réorientation doivent être remplis dans la section relatives aux contacts de gestion de cas.

Lorsqu'une victime ne se présente pas à la séance planifiée, il est également important de l'enregistrer dans cette section. L'analyse de ces données aura pour but d'obtenir un aperçu du profil et des raisons pour lesquelles ces victimes ne se présentent pas.

##### 2.1. Informations générales de la consultation

Numéro du dossier CPVS : .....

Date de la consultation planifiée : .....

Présence de la victime et/ou de sa personne de soutien à la consultation planifiée avec le/la psychologue :

- Présent-e
- Absent-e : la victime a annulé > 48h et a planifié un nouveau rendez-vous

<sup>36</sup> Enregistrement informatique automatique via la carte d'identité.

<sup>37</sup> Il n'est pas nécessaire de compléter toutes les données mentionnées dans cette section après chaque consultation avec la victime et/ou sa personne de soutien : seules les données disponibles suffisent.

- Absent-e : la victime a annulé > 48h et n'a pas planifié de nouveau rendez-vous
- Absent-e : la victime a annulé < 48h et a planifié un nouveau rendez-vous
- Absent-e : la victime a annulé < 48h et n'a pas planifié de nouveau rendez-vous
- Absent-e : la victime n'a pas annulé préalablement

En cas de présence de la victime et/ou de sa personne de soutien, qui est venu-e à la consultation exactement (« client thérapie »):

- La victime uniquement
- La victime et sa personne de soutien
- La personne de soutien uniquement
- Information inconnue

Nécessité d'une assistance linguistique ou d'une médiation interculturelle :

- Une traduction n'est pas nécessaire
- Une traduction est nécessaire
- Information inconnue

Si oui, la présence d'une assistance linguistique ou d'une médiation interculturelle a-t-elle pu être assurée :

- Pas de traducteur-riche professionnel-le ou ad-hoc disponible/présent-e
- Le-la traducteur-riche professionnel-le est présent-e (par téléphone, vidéo ou sur place)
- Un-e traducteur-riche ad-hoc est présent-e
- Information inconnue

## 2.2. Informations liées à l'intervention

Quel type d'intervention a été effectué lors de la séance :

- Entretien de soutien psychologique (en vue de prévenir le développement d'un psycho-traumatisme)<sup>38</sup>
- Thérapie axée sur le traitement du traumatisme
- Entretien visant à réorienter la victime vers un service d'aide/psychologue externe
- Entretien ayant pour but de réinstaurer le lien relationnel et/ou familial
- Entretien de co-consultation
- Information inconnue

En cas de thérapie axée sur le traitement du psycho-traumatisme, quel type de thérapie a été dispensée :

- EMDR
- TCC axé sur le traumatisme
- Thérapie systémique
- Thérapie centrée sur le/la client-e
- Thérapie psychodynamique
- Information inconnue

## 2.3. Résultats des tests d'évaluation psychologique

En cas de recours au PCL-5<sup>39</sup> :

- Score total : .....
- Score lié à la reviviscence (critère B) : .....

<sup>38</sup> Consultation axée sur la psychoéducation, la clarification des besoins, l'autonomisation et la stabilisation de la victime et/ou de sa personne de soutien, sans se concentrer spécifiquement sur le traitement de l'éventuel traumatisme de la victime.

<sup>39</sup> Comme mentionné à l'étape 1 du point 5.3., l'approche continue du PCL-5 est recommandée pour l'évaluation des symptômes de TSPT et son diagnostic. L'addition et l'interprétation des scores y sont décrites, ainsi que dans le Manuel destiné aux collaborateur-riche-s CPVS concernant l'enregistrement au sein des CPVS.

- Score lié à l'évitement (critère C) : .....
- Score lié aux émotions (critère D) : .....
- Score lié à l'irritabilité (critère E) : .....
- Indication pour le diagnostic de TSPT<sup>40</sup> : .....

En cas de recours au CRIES-13 :

- Score total : .....

En cas de recours au TSCC :

- Scores liés à l'anxiété: .....
- Scores liés à la dépression: .....
- Scores liés à la colère: .....
- Scores liés au SPT: .....
- Scores liés à la dissociation: .....
- Scores liés à la dissociation-manifeste: .....
- Scores liés à la dissociation - fantaisie: .....
- Scores liés aux troubles sexuels: .....
- Scores liés à la préoccupation sexuelle: .....
- Scores liés à la détresse sexuelle: .....
- Scores total manqué: .....
- Scores de sous-rapportage: .....
- Scores de sur-rapportage: .....

En cas de recours au TSCYC :

- Scores liés à la reviviscence: .....
- Scores liés à l'évitement: .....
- Scores liés à l'irritabilité: .....
- Scores liés au TSPT total: .....
- Scores liés à la dissociation: .....
- Scores liés à la dépression: .....
- Scores liés à l'anxiété: .....
- Scores liés à la colère: .....
- Scores liés aux troubles sexuels: .....
- Scores liés au déni: .....
- Scores liés aux réactions atypiques: .....

La victime présente-t-elle des symptômes dissociatifs ?

- Oui
- Non
- Information inconnue

Si oui, score sur SDQ-20.....

La victime présente-t-elle des symptômes de dépression :

- Aucun
- Légers
- Sévères

<sup>40</sup> Présence d'au moins 1 symptôme B (revécu), 1 symptôme C (évitement), 2 symptômes D (émotions) et 2 symptômes E (irritabilité)

- Information inconnue

Si recours au PHQ-9, score : .....

La victime présente-t-elle des symptômes d'anxiété/angoisse :

- Aucun
- Légers
- Sévères

Si recours au GAD-7, score : .....

Comment est la consommation d'alcool de la victime ?

Si recours à l'AUDIT-C, score : .....

La victime manifeste-t-elle une(des) intention(s) actuelle(s) d'automutilation :

- Oui
- Non
- Information inconnue

La victime manifeste-t-elle une(des) intention(s) suicidaire(s) actuelle(s) :

- Oui
- Non
- Information inconnue

## 4. COTATIONS ET INTERPRÉTATIONS DES ÉCHELLES D'ÉVALUATION DU TSPT

### PCL-5 PTSD Checklist for DSM-5 (*Références 1 et 3*)

> **Approche continue d'évaluation :**

La cotation et l'interprétation du PCL-5 peut se faire directement, en additionnant le score des items.

L'approche continue est celle où l'échelle PCL-5 est utilisée dans son ensemble, de 0 à 80, et où les scores sur l'échelle sont considérés en tant que tels. Cette approche permet de tenir compte de la sévérité de l'ESPT (une somme plus élevée indique une sévérité globale plus élevée des symptômes de l'ESPT). Le score de gravité pour chacun des critères de symptômes dans le DSM-5 peut être obtenu en additionnant le score des items contenus correspondant à chaque critère : B (items 1-5), C (items 6-7), D (items 8-14), et E (items 15-20).

> **Approche diagnostique :**

Les items avec un score de 2 ("modérément") ou plus peuvent être considérés comme des critères atteints/symptômes présents.

Pour poser un diagnostic, le/la psychologue suit ensuite les critères diagnostiques du DSM-5 qui requièrent la présence d'au moins : 1 item B (questions 1-5), 1 item C (questions 6-7), 2 items D. (Références 1 et 3).

### International Trauma Questionnaire (ITQ) (*Références 4 et 5*)

> **Approche dimensionnelle d'évaluation :**

L'approche dimensionnelle permet de calculer un score total de Stress post-traumatique (SSPT) et de Perturbation de l'auto-organisation (DSO) via le système de cotation relative à l'échelle de Likert. Les scores les plus élevés indiquent une plus grande sévérité des symptômes.

Les scores dimensionnels sont présentés en deux sous-échelles principales, correspondant chacune à un groupe de symptômes de SSPT et de DSO. Les scores du SSPT et du DSO peuvent être obtenus en additionnant les scores sur l'échelle de Likert des items contenus correspondant à chaque critère<sup>41</sup> :

- SSPT : reviviscence dans le présent (P1-2), évitement (P3-4), sentiment de menace actuelle (P5-6)
- DSO : Régulation Emotionnelle (C1-2), perception de soi négative (C3-4), déficit dans les relations (C5-6)

> **Approche diagnostique :**

Les items avec un score de 2 ou plus peuvent être considérés comme des critères atteints/symptômes présents.

Pour poser un diagnostic, le/la psychologue suit ensuite les critères diagnostiques du CIM-11 qui requièrent la présence d'au moins un des deux symptômes pour chacun des trois groupes de symptômes associés au SSPT OU<sup>42</sup> au DSO, ainsi que la présence d'au moins un indicateur des trois types de déficience fonctionnelle associés un groupe de symptômes de SSPT et de DSO :

- SSPT : P1-2, P3-4, P5-6 avec P7,8 ou 9
- DSO : C1-2, C3-4, C5-6 avec C7, 8 ou 9

<sup>41</sup> Ne pas inclure les critères de déficience fonctionnelle de TSPT et de perturbation d'auto-organisation dans l'addition des scores totaux des deux sous-échelles principales (P7.8.9 et C7.8.9).

<sup>42</sup> Une personne peut recevoir un diagnostic de SSPT ou de SSPT Complexe, mais pas les deux. Un SSPT est diagnostiqué si les critères pour SSPT sont atteints uniquement (critères DSO pas atteint) tandis qu'un SSPT Complexe est diagnostiqué si les critères pour SSPT sont atteints ainsi que les critères DSO.

## Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-13) (Référence 9)

### > **Approche continue d'évaluation :**

La cotation et l'interprétation du CRIES peut se faire directement, en additionnant le score de chaque items (échelle de Likert à 4 points). Le score maximum est de 65. Cette approche permet de tenir compte de la sévérité de l'ESPT (une somme plus élevée indique une sévérité globale plus élevée des symptômes de l'ESPT). En d'autres termes, plus le score est élevé, plus l'enfant souffre de symptômes de stress post-traumatique.

Il est important d'intégrer les résultats du CRIES-13 à une évaluation clinique complète qui tient compte du contexte du jeune et de son entourage, des facteurs de risque et de protection également

### > **Approche diagnostique :**

Le CRIES est un questionnaire de dépistage permettant de repérer la présence de symptômes de TSPT mais n'est pas un outil diagnostique.

## Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) (Références 3 & 8)

### > **Approche continue d'évaluation :**

Pour utiliser le CATS, la victime et ou sa personne de soutien indique si elle a vécu au moins un événement potentiellement traumatisant (EPT). Si aucun EPT n'a été signalé, l'évaluation est terminée. Si la victime a coché au moins un EPT, elle indique l'événement le plus stressant qu'elle a vécu (ou pour leur enfant) et évaluent les symptômes de stress (de leur enfant).

La cotation et l'interprétation du CATS peut se faire directement, en additionnant le score de chaque rubrique (échelle de Likert à 4 points). Les scores plus élevés indiquent une sévérité et une fréquence plus accrue de la symptomatologie. Les scores sont calculés différemment selon la tranche d'âge :

- 7 à 17 ans: le score total des symptômes est calculé en additionnant les scores bruts des rubriques 1-20 (intervalle possible : 0-60). Des scores  $\geq 21$  indiquent une symptomatologie cliniquement significative.
- 3 à 6 ans: le score total est calculé en additionnant les rubriques 1-16 (intervalle possible : 0-48). Des scores  $\geq 16$  indiquent une symptomatologie cliniquement significative

Davantage d'informations sur le manuel d'administration et de scores & interprétation : <https://istss.org/wp-content/uploads/2024/08/Clinical-Guide-for-Administering-CATS.pdf>

### > **Approche diagnostique :**

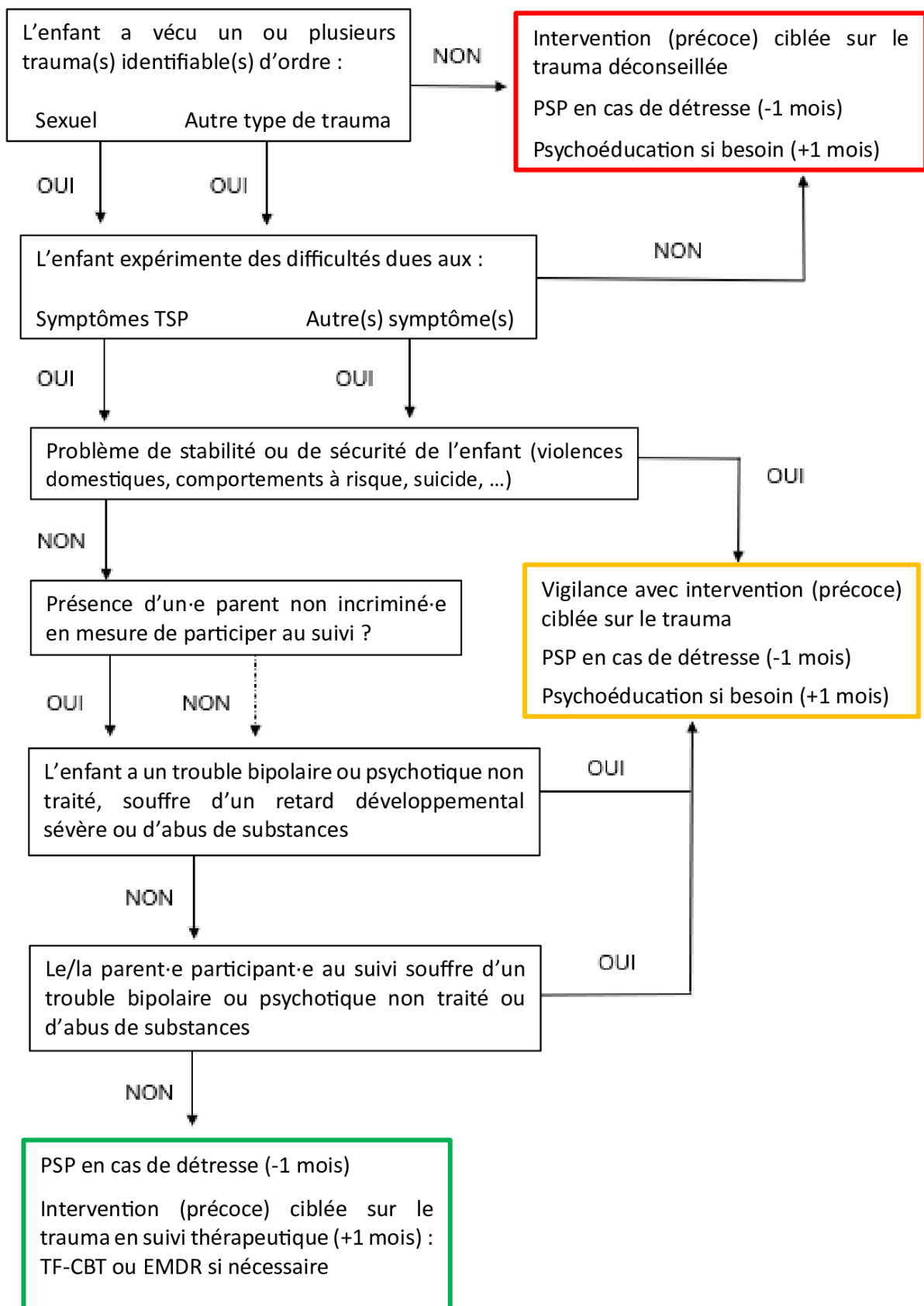
Le CATS est un questionnaire de dépistage permettant de repérer la présence de symptômes de TSPT. Les résultats positifs au CATS doivent être suivis d'un entretien clinique semi-structuré pour aller plus loin.

## Trauma Symptom Checklist for (Young) Children (TSC(Y)C) (Référence 9)

### > **Approche continue d'évaluation :**

Voir Manuel et vidéo d'interprétation spécifique

5. ARBRE DÉCISIONNEL PROPOSÉ PAR L'ÉQUIPE ARCH- ULIÈGE POUR LES VICTIMES MINEURES (8)



## RÉFÉRENCES

- (1) Van Overmeire R, Mental health and wellbeing research group – VUB, Revue de littérature concernant les interventions précoces utilisées pour la prévention du TSPT après une violence sexuelle, 2023.
- (2) NICE. Post-traumatic stress disorder: NICE guideline. National Institute of Health and Care Excellence, 2018.
- (3) ISTSS: <https://istss.org/clinical-resources>
- (4) The International Trauma Consortium, advancing research in global psychotraumatologie: <https://www.traumameasuresglobal.com/itq>
- (5) Comorbidity Guidelines, the University of Sydney - Matilda Center: <https://comorbidityguidelines.org.au/appendices/appendix-p-the-international-trauma-questionnaire-itq>
- (6) Baert S, Fomenko E et Keygnaert I, ICRH- UGent, Enregistrement au sein des centres de prise en charge des violences sexuelles - BSACC-M&E : Manuel destiné aux collaborateurs CPVS concernant l'enregistrement au sein des CPVS.
- (7) Salmona M, Association Mémoire traumatique et victimologie, Conduites à risques : <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/conduites-a-risque.html>
- (8) Delhalle M. et Herroudi L., Service de Psychotraumatisme et de Psychologie Légale - ULiège, Rapport d'étude : La prise en charge thérapeutique précoce des mineurs victimes de violences sexuelles, 2024.
- (9) Beer R., Verlinden E., Lindauer R., Traumacentrum van de Bascule, protocol voor classificatie, screening en diagnostiek van trauma- en stressorgerelateerde & dissociatieve stoornissen bij kinderen en adolescenten, 2020.

# COLOPHON

## Rédacteur :

Institut pour l'égalité des femmes et des hommes  
Place Victor Horta 40  
1060 Bruxelles  
T 02 233 44 00  
egalite.hommesfemmes@iefh.belgique.be  
<http://igvm-iefh.belgium.be>

## Auteur-e-s initiaux-les – version 2020 :

Keygnaert Ines, Baert Saar, Van Praet Koen, Van Melkebeke Inse, Bal Sarah, Verplancke Jana, Declercq Frédéric, Lemmens Gilbert

## Auteur-e-s de la version révisée 2026 :

Simon Marie (Attachée CPVS, Institut pour l'égalité des femmes et des hommes)

## Éditeur responsable :

Michel Pasteel – Directeur de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes

## Numéro de dépôt :

D/2026/10.043/9

Les fonctions, les titres et les grades utilisés dans cette publication font référence aux personnes de tout-e sexe ou identité de genre.

Pour toute mention de ce chapitre, veuillez utiliser la référence suivante : Simon. M., Keygnaert, I., Baert. S., Van Praet K., Van Melkebeke I., Bal S., Verplancke J., Declercq F. & Lemmens G. Plan d'action pour la prise en charge psychologique au sein des Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles. Dans L'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (ed). *Centres de Prise en charge des violences sexuelles en Belgique : le Modèle CPVS* (Edition 2026). Bruxelles: IEFH.

*Deze publicatie is ook beschikbaar in het Nederlands.*



Institut pour l'égalité  
des femmes et des hommes

Instituut voor de gelijkheid  
van vrouwen en mannen

.be

