

CHAPITRE 1

PLAN D'ACTION POUR L'INFIRMIER-E CPVS AU SEIN DES CENTRES DE PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES

- VICTIMES MAJEURES



Centres de
Prise en charge des
Violences Sexuelles

WWW.CPVS.BELGIUM.BE

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

ABRÉVIATIONS.....	4
1. ADMISSION.....	5
2.1. ADMISSION DIRECTE AUPRÈS DE LA STRUCTURE DU CENTRE DE PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES.....	5
PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE	5
PERMANENCE E-MAIL.....	6
ADMISSION PHYSIQUE DIRECTE AUPRÈS DE LA STRUCTURE DU CENTRE DE PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES.....	7
ADMISSION VIA LA POLICE.....	7
ADMISSION VIA LES SERVICES DE SECOURS	8
2. PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE DES VICTIMES MAJEURES.....	9
2.2. ACCUEIL ET PREMIÈRE AIDE PSYCHOLOGIQUE	9
2.3. EXAMEN MÉDICO-LÉGAL ET MÉDICAL.....	12
2.4. SOINS MÉDICAUX.....	13
PRÉLÈVEMENTS À RÉALISER À L'ADMISSION (J0) AU CPVS.....	13
TRAITEMENTS À ADMINISTRER	14
SUIVIS	15
PRISE EN CHARGE SELON TYPE DE VIOLENCE	16
2.5. PRÉPARATION DU SUIVI.....	18
2.4.1. PREMIÈRE AIDE PSYCHOLOGIQUE	18
2.4.2. RISQUE DE VIOLENCE CONTRE SOI-MÊME ET/OU PAR UN-E TIERS	19
2.4.3. INCAPACITÉ DE TRAVAIL.....	19
2.4.4. SUIVI FINANCIER ET ADMINISTRATIF	20
2.4.5. GESTION DE CAS.....	20
2.4.6. SUIVI MÉDICAL.....	20
2.4.7. SUIVI PAR LE/LA PSYCHOLOGUE DU CPVS.....	20
2.4.8. PRÉPARATION DE L'AUDITION	21
3. GESTION DE CAS	22
3.4. JOUR APRÈS LA SORTIE	22
3.5. SI LA VICTIME RAPPELLE	23
3.6. CONTACTS HEBDOMADAIRES JUSQU'À 1 MOIS APRÈS L'ADMISSION	24
3.7. CONTACTS À PARTIR D'1 MOIS APRÈS L'ADMISSION.....	26
3.8. CONTACT LES MOIS 2 ET 5 APRÈS L'ADMISSION POUR LES VICTIMES QUI N'ONT PAS PORTÉ PLAINTÉ.....	26
4. ANNEXES	28
4.4. REGISTRE DES ÉCHANTILLONS MÉDICO-LÉGAUX ENTRANTS ET SORTANTS.....	28
4.5. DOSSIER MÉDICAL CENTRE DE PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES	30
4.5.1. RISQUES DE MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES	30
4.5.2. CONTRACEPTION D'URGENCE	33

4.5.3. ÉVALUATION PSYCHIQUE DES RISQUES	34
4.5.4. TRANSFERT POUR SUIVI	37
4.5.5. NOTES COMPLÉMENTAIRES	37
4.6. ORGANIGRAMME DU PLAN D'ACTION DE L'INFIRMIER-E CPVS	38
4.6.1. ORGANIGRAMME : VIOLENCES SEXUELLES EN PHASE AIGUË	38
4.6.2. ORGANIGRAMME : VIOLENCES SEXUELLES EN PHASE NON-AIGUË	39
4.7. GROUPE DE TRAVAIL MÉDICAL	40

ABRÉVIATIONS

CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CPVS	Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles
CRV	Centre de référence VIH
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
MSM	Men who have Sex with Men (= hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes)
PEP	Post Exposure Prophylaxis
SPOC	Single Point of Contact
TAM	Technique d’Audition vidéo-filmée pour les Mineurs/-es
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
VK	Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (équivalent de SOS Enfants)

1. ADMISSION

La prise en charge offerte aux victimes par le CPVS dépend du temps écoulé depuis les violences sexuelles.

L'admission se déroule donc différemment selon ce délai :

- Si les faits ont eu lieu en **phase aiguë** (moins d'1 semaine auparavant), soulignez l'importance de se rendre au plus vite à la structure CPVS et rappelez les différentes options médicales, psychosociales, médico-légales, policières et judiciaires. Dans ce cadre, rappelez la limite cruciale de 72h après les faits¹. Vérifiez comment la victime peut se rendre au plus vite au sein de la structure CPVS.
- Si la victime prend contact avec la structure CPVS en phase **post-aiguë** (entre 1 semaine et 1 mois après les faits), invitez-la à consulter l'infirmier-e CPVS pour évaluer les examens médicaux qui peuvent éventuellement encore être effectués et le traitement qui peut éventuellement être entamé. Si elle le souhaite, cette personne peut également être vue par le/la psychologue afin d'effectuer, entre autres, une évaluation TSPT. Ensuite, en consultation avec l'infirmier-e CPVS, il sera examiné si la prise en charge peut encore être fournie au CPVS. Dans la négative, une orientation personnalisée et humaine sera proposée. Fixez un rendez-vous et discutez d'éventuels freins et de solutions possibles pour se rendre au sein de la structure CPVS.
- Si la victime prend contact avec la structure CPVS en **phase non-aiguë** (il y a plus d'1 mois), invitez-la pour une consultation unique au sein de la structure CPVS avec un bref entretien préliminaire effectué par l'infirmier-e CPVS. Vérifiez s'il est opportun pour la victime de recevoir des soins médicaux. Si tel est le cas, examinez alors s'il est préférable de le faire au sein de la structure CPVS ou si elle peut être renvoyée vers un/-e médecin traitant/-e ou un hôpital proche du domicile de la victime. Sur le plan psychologique, la demande d'aide est discutée et un suivi bref peut être proposé par le/la psychologue. Sur la base d'une liste de centres d'aide et de psychologues qualifiés/-ées spécialisés/-ées dans les traumatismes, on cherche avec la victime la solution pour l'orienter de façon humaine et personnalisée. Prenez rendez-vous si la personne le souhaite et discutez d'éventuels freins et de solutions possibles pour se rendre au sein de la structure CPVS.

2.1. Admission directe auprès de la structure du Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles

Permanence téléphonique

L'hôpital garantit une permanence téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, assurée par des infirmiers/-ères CPVS, le/la coordinateur/-rice de la structure CPVS et/ou le/la soutien administratif/-ve pour répondre par téléphone aux questions et demandes d'admission de victimes, de leurs personnes de soutien ou de tiers.

- Cela signifie que l'appel arrive directement à la structure CPVS.
 - > Si plusieurs personnes sont présentes avec vous au sein de la structure CPVS, convenez de celui ou celle qui répondra à l'appel externe.
 - > Si vous êtes seul/-e en tant qu'infirmier-e CPVS, décrochez et écoutez.
 - > Si vous êtes occupé/-e avec une autre victime, demandez le numéro auquel vous pouvez rappeler et à quel moment, et retéléphonez dès que vous avez terminé l'ensemble de la prise en charge de la victime déjà présente ou transférez l'appel à un/-e collègue dès que possible.

¹ Après 72 heures, la possibilité de prélever des échantillons médico-légaux est très limitée, et après cinq jours, elle est pratiquement réduite à néant. Dans certaines circonstances, il est possible, jusqu'à 7 jours après les faits, de trouver de l'ADN sur le col de l'utérus à l'aide d'un écouvillon, mais un spéculum doit alors être introduit. Il s'agit donc de la limite absolue pour un prélèvement.

- > Si, dans des cas exceptionnels, la permanence téléphonique n'est pas possible, installez un répondeur automatique, où vous demandez de rappeler plus tard, ou de laisser le numéro de téléphone de la victime et les heures auxquelles celle-ci peut être jointe en privé. Vous rappelez la victime dès que vous êtes disponible.
- Écoutez la question et tentez de concrétiser la demande d'aide sans être trop pressant/-e.
- S'il s'agit d'une victime, essayez de savoir de quand datent les faits, où et dans quel état la victime se trouve.
- Essayez d'être convaincant/-e et vérifiez si la victime peut venir au sein de la structure CPVS. Si les violences sexuelles ont eu lieu en phase aiguë (moins d'1 semaine auparavant) :
 - > Donnez des conseils en fonction de la situation de la victime pour préserver au mieux les traces : ne pas se laver, ne pas se couper les ongles, ne pas boire/manger/fumer, mettre le slip/les vêtements déjà enlevés dans un sac en papier et l'apporter, apporter des vêtements de rechange, apporter un/une éventuel/-le serviette hygiénique/tampon/cup/coupe menstruelle/protection pour incontinence/etc. usagé/-e dans un sac en papier²...
 - > Examinez avec la victime les possibilités de transport et l'aide qu'elle souhaite à cet égard.
 - > Discutez avec la victime pour voir si elle peut se rendre au sein de la structure CPVS par ses propres moyens ou si les services de secours doivent être dépêchés sur place. Soyez toutefois attentif/-ve sur par rapport au fait que cela entraîne automatiquement l'appel de la police par les services de secours.
- Indiquez éventuellement à la victime les sentiments et comportements normaux après un tel traumatisme. Référez-vous aux 5 points essentiels des premiers soins psychologiques (voir 2.1).
- S'il s'agit d'une personne de soutien ou d'un/-e prestataire d'aide, essayez de concrétiser la demande et expliquez les sentiments et comportements normaux après un tel traumatisme.
 - > Évaluez le besoin en informations supplémentaires. Si nécessaire, envoyez par e-mail/courrier le guide pour les personnes de soutien.
 - > Si la personne doute de la nécessité ou possibilité d'emmener la victime au sein de la structure CPVS, essayez de savoir de quand datent les faits, où la victime se trouve et dans quel état. En fonction des besoins, tentez de convaincre la personne de soutien d'emmener immédiatement la victime ou de venir à un autre moment sur rendez-vous, dans les plus brefs délais possibles.

Permanence e-mail

- Convenez avec l'équipe du délai dans lequel on répond aux e-mails : il ne peut dépasser 24 h après réception.
- Rédigez une réponse automatique dans laquelle vous expliquez qu'en cas de question urgente, il est préférable de téléphoner au CPVS et en cas d'urgence, aux services de secours. Dans ce cadre, donnez les numéros de téléphone adéquats.
- Le fait de répondre aux e-mails fait partie des tâches quotidiennes de l'infirmier-e CPVS.
- Présentez tous les avantages du CPVS pour encourager au maximum la victime à se rendre au sein de la structure CPVS si cela s'avère opportun.

² Ou un sac en plastique s'il s'agit de vêtements très humides.

Admission physique directe auprès de la structure du Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles

- Quand une victime se présente directement au sein de la structure CPVS, l'infirmier-e CPVS viendra accueillir la victime dans la salle d'attente ou à l'entrée en fonction de l'aménagement spécifique du CPVS.
- Si plusieurs personnes de soutien sont présentes, vérifiez la capacité opérationnelle des locaux de la structure CPVS.
 - > Définissez avec l'équipe combien de personnes vous autorisez de façon standard à accompagner la victime et expliquez également qu'il s'agit de la règle (par ex. 1 personne de soutien ou 2 pour l'accueil).
 - > Signalez aussi toujours qu'à chaque étape différente, il sera systématiquement demandé à la victime quelle présence/quel soutien elle souhaite. Il est donc possible qu'à un moment donné, les personnes de soutien doivent retourner dans la salle d'attente.
 - > Essayez aussi de fournir un premier soutien psychologique aux personnes de soutien. Quand elles sont en surnombre ou qu'elles ont aussi besoin d'assistance, arrangez-vous avec un autre service de l'hôpital ou sollicitez les autres membres de l'équipe disponibles (psychologues par exemple) pour voir s'ils/si elles peuvent venir prêter main-forte et prendre soin des personnes de soutien.
- S'il existe une barrière linguistique entre l'infirmier-e CPVS et la victime, faites appel, dans la mesure du possible, à un/-e médiateur/-rice interculturel/-le³ et/ ou un/-e interprète.

Admission via la police

Les services de police s'engagent à organiser un transport, le plus rapidement possible vers la structure CPVS, de préférence en civil et dans un véhicule banalisé, des victimes de violences sexuelles en phase aiguë qui se présentent directement au poste de police ou avec lesquelles ils entrent en contact sur le terrain.

Les violences sexuelles en phase aiguë comprennent :

- Le (La tentative de) viol, qui a eu lieu dans les sept jours (≤ 7 jours) précédents
- L'atteinte à l'intégrité sexuelle où des traces potentielles peuvent être constatées, qui a eu lieu dans les sept jours précédents (≤ 7 jours).

Les victimes de violences sexuelles qui se présentent après plus de 7 jours au poste de police sont informées de l'offre CPVS après que l'audition a eu lieu au poste de police.

Quand un service de police (de préférence en civil) conduit une victime au sein de la structure du Centre de Prise en charge, il prévient au préalable la structure CPVS pour signaler sa venue.

- Les fonctionnaires de police se signalent, s'identifient et restent à l'extérieur de la salle d'attente de la structure CPVS afin d'éviter qu'ils/elles n'entendent une discussion d'une autre victime qui a vécu des faits, mais qui ne voudrait pas porter plainte.
- L'infirmier-e CPVS va chercher la victime. Les noms des fonctionnaires de police qui ont amené la victime et le numéro du procès-verbal sont notés.
- En fonction des dispositions locales, les inspecteurs/-rices violences sexuelles de service sont informés/-es via le SPOC par le service de police de l'admission ou par un/-e membre du personnel de la structure CPVS, et le parquet est contacté afin d'obtenir les réquisitions nécessaires à la réalisation de l'examen médico-légal.

³ Voir <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/mediation-interculturelle-dans-les-soins-de>

Admission via les services de secours

Quand la victime ou un tiers a appelé les services de secours, la victime sera d'abord amenée aux urgences.

- Quand une victime arrive d'abord aux urgences de l'hôpital partenaire du CPVS et qu'elle signale qu'il s'agit de violences sexuelles, on prendra immédiatement contact avec la structure CPVS et on déterminera qui assurera quelle prise en charge et où celle-ci aura lieu.
- Si la victime présente des lésions très graves qui nécessitent directement des soins d'urgence, soit l'infirmier-e CPVS se rendra aux urgences pour y effectuer l'examen médico-légal, soit les urgences veilleront à préserver les traces et la victime sera ensuite transférée au sein de la structure CPVS, en fonction de la politique du CPVS.
- Le respect des principes de base des CPVS est essentiel, notamment : offrir des soins holistiques, un maximum de soins par un minimum de personnes avec l'infirmier-e CPVS comme prestataire de soins principal/SPOC, offrir le plus de soins possibles en 1 seul endroit (dans la structure CPVS), et toujours préserver les traces autant que possible. La politique concrète à cet égard est à préciser pour chaque CPVS. (*Lignes directrices pour l'orientation vers et depuis les services d'urgence à insérer par le Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles*)

- Tentez d'abord de savoir qui est la victime, quel est son nom, et, si elle en dispose, demandez un document d'identité pour pouvoir l'enregistrer en tant que patient/-e et l'accueillir officiellement. Ouvrez un dossier.
- Posez des questions pour connaître l'âge de la victime lorsqu'aucun papier d'identité ne peut être remis. Signalez que c'est nécessaire pour pouvoir faire appel aux personnes adéquates et offrir la meilleure prise en charge. Pour les victimes mineures, nous vous renvoyons au plan d'action pour victimes mineures.
- Signalez que la victime ne doit pas encore raconter en détail ce qu'il s'est passé, que vous y reviendrez calmement plus tard et qu'elle pourra éventuellement aussi montrer sur des dessins où le contact physique a eu lieu. Demandez néanmoins si la victime peut (brièvement) indiquer ce qui l'amène ici et tentez ainsi de découvrir de quand datent les faits qui l'ont conduit ici.
- Apportez la première aide psychologique sur la base des cinq principes suivants :
 - > Instaurer la sécurité et la confiance
 - > Rassurer
 - > Offrir une perspective d'action
 - > Explorer l'attachement et le réseau
 - > Apporter de l'espoir et des perspectives d'avenir.

Dans ce contexte, pensez avant tout à la victime et, par extension, aux personnes de soutien.

- > Ne demandez sous aucun prétexte des détails sur ce qu'il s'est passé. L'objectif est d'apporter de la stabilité et de recueillir des informations essentielles pour déterminer les procédures à appliquer.
- > Écoutez attentivement ce que la victime souhaite confier, mais respectez ses limites (ne pas être pressant/-e).
- > Reconnaissez l'injustice, signalez que les sentiments et les pensées qu'a la victime font partie d'un processus normal.
- > Évaluez le contexte (passé, présent, futur) : qu'est-ce que la victime aimerait qu'il se passe à présent et que souhaiterait-elle dans un avenir proche ?
- > Aidez la victime à reprendre le contrôle de la situation, signalez que le fait qu'elle soit venue au CPVS est une étape très importante.
- > Aidez la victime à utiliser ses propres stratégies positives d'adaptation. Respectez sa décision.
- Selon les situations, évaluez la pertinence de faire appel à un-e psychologue de l'équipe pour vous aider dans cette tâche, en référence au point 4.1.1. "Première aide psychologique" du plan d'action pour la prise en charge psychologique au sein des CPVS :
 - > 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.

- > Il est possible de 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

Pour ces deux cas de figure, établissez les modalités d'intervention du/de la psychologue, en collaboration avec ce/cette dernier-e. Cela signifie que c'est à vous de décider quand vous souhaitez inclure un-e psychologue et préétablisiez un cadre clair avec lui/elle, afin d'obtenir un consentement mutuel sur la manière d'intervenir ensemble auprès de la victime (le/la psychologue étant principalement présent-e pour vous supporter si besoin, à ce stade de la prise en charge).

- Préservez les traces si les violences sexuelles ont eu lieu moins de 7 jours auparavant :
 - > Si les faits datent de moins de 24 heures : signalez que vous aimeriez proposer une boisson, mais que vous devez attendre un peu afin de préserver d'éventuelles traces restantes de l'auteur/-e des faits. Vous pouvez néanmoins offrir quelque chose à boire à la personne de soutien.
 - > Si les faits datent de plus de 72 heures, vous pouvez également proposer une boisson à la victime.
 - > Si la victime se présente directement/quelques heures après les faits et souhaite aller aux toilettes, demandez-lui de bien vouloir remplir un flacon d'urine (si les faits ont eu lieu moins de 5 jours auparavant) et de déposer le papier toilette utilisé dans un sac en plastique et de vous le remettre (uniquement si les faits ont lieu quelques heures auparavant). Étiquetez les échantillons et placez-les dans un sachet à fermeture zip (Safety bag) distinct.
 - > Signalez à la victime qu'elle pourra prendre une douche après l'examen médico-légal, mais qu'elle ne peut pas se laver avant, et que des vêtements de rechange sont à disposition. Vérifiez si une personne de soutien peut aller chercher des vêtements de la victime si celle-ci préfère cette solution.
- Informez la victime de façon adéquate et avec des mots simples concernant ce qu'implique la prise en charge médicale, médico-légale et psychosociale offerte par le CPVS et la nature des différentes étapes. Ce faisant, différenciez, en fonction du délai entre les faits et le moment où la victime se présente à la structure CPVS, qui effectuera ces démarches et combien de temps elles prendront.
- Tentez d'apprendre si la victime a décidé ou non de porter plainte et donnez des explications correctes à ce sujet. Si la victime n'a pas encore décidé de déposer plainte, l'infirmier-e CPVS explique clairement à la victime pendant ce premier entretien les différentes possibilités existantes et les conséquences si elle ne porte pas plainte, afin que la victime puisse prendre une décision éclairée.
 - > Si la victime souhaite porter plainte, que les violences sexuelles ont eu lieu dans les 7 jours qui précèdent et que la police n'est pas encore au courant, prenez contact par téléphone avec le SPOC de la police afin que les inspecteurs/-rices violences sexuelles puisse être appelés/-es. Indiquez que l'audition, si cela est possible/applicable, peut avoir lieu au sein de la structure CPVS directement après la prise en charge et avant que la victime ne rentre chez elle. Elle peut également se reposer un peu avant que l'audition ait lieu. Déterminez avec le service de police qui prendra contact avec le parquet pour un réquisitoire immédiat de prélèvement sur la base de la feuille de route médico-légale. L'ordre téléphonique de réquisition d'examen médico-légal est suivi d'un réquisitoire écrit pour confirmation. Vous ne devez toutefois pas l'attendre pour fournir la prise en charge holistique.

- > Si une victime de violences sexuelles en phase non aiguë se présente directement au sein de la structure CPVS et souhaite porter plainte, ce dépôt de plainte sera facilité par les acteurs partenaires du CPVS. À cette fin, les dispositions nécessaires seront prises localement en tenant compte et en se fondant sur le principe d'une prise en charge holistique des victimes de violences sexuelles aussi accessible que possible. Les auditions seront de préférence menées par un/-e fonctionnaire police ayant suivi une formation d'inspecteur/-rice violences sexuelles et au moins par un/-e fonctionnaire de police ayant une sensibilité et une certaine familiarité envers les victimes de violences sexuelles.
 - > Si la victime hésite, donnez-lui de plus amples informations. Signalez-lui qu'elle peut encore y réfléchir et que les inspecteurs/-rices violences sexuelles peuvent être appelés/-ées pour une audition tant qu'elle se trouve au sein de la structure CPVS et si les faits se sont produits moins de 7 jours auparavant. Signalez également qu'elle peut éventuellement porter plainte plus tard au poste de police, et que le CPVS peut l'aider à fixer un rendez-vous pour ce faire.
 - > Si la victime ne veut pas porter plainte, respectez cette décision. Signalez qu'elle peut encore le faire plus tard et que vous pouvez fournir des informations à ce sujet.
 - > Si la victime ne souhaite pas, ou n'est pas apte à, porter plainte, il faut néanmoins examiner si le/la Procureur/-e du Roi doit être informé/-e (conformément à l'article 353, §1er Code pénal⁴).
- Vérifiez si la victime souhaite contacter une personne en particulier et demandez-lui comment vous pouvez l'aider à entrer en contact avec ses proches (enfants, famille ou amis/-es, etc.), par exemple pour apporter des vêtements de rechange ou pour la ramener à son domicile. Si des examens médico-légaux vont avoir lieu, expliquez à la victime qu'elle peut être assistée par une personne de confiance et/ou un/-e médecin de son choix⁵ pour autant que cela ne retarde pas l'examen médico-légal et les soins médicaux. Si la victime le souhaite, cette personne est contactée et on attend si possible son arrivée pour entamer l'examen médico-légal.
 - Vérifiez si la victime a bien compris les explications qui lui ont été données et rappelez-lui qu'elle peut poser des questions à tous les stades de la prise en charge.
 - Signalez à la victime que vous allez commencer par quelques questions sur la manière dont elle se sent et que vous allez progressivement poser des questions relatives aux problèmes physiques. Ensuite, l'examen sera effectué.
 - Rendez-vous dans la salle de consultation médicale et demandez aux personnes présentes de bien vouloir patienter dans la salle d'accueil. Discutez d'abord avec la victime pour voir si elle souhaite que les personnes présentes en tant que personnes de soutien restent présentes dans la pièce pour la suite de ce premier entretien. Signalez que vous redemanderez à plusieurs reprises à la victime si elle ne préfère pas que les personnes présentes quittent la pièce. À cet effet, vous pouvez également convenir d'un signal. Respectez ensuite la décision de la victime et soyez attentif/-ve afin de repérer si le signal est donné.

2.3. Examen médico-légal et médical

L'examen médico-légal et médical comprend une anamnèse, la constatation des lésions et blessures et les prélèvements.

Si vous remarquez la présence de lésions graves qui vont dépasser les limites de l'ordre permanent, signalez à la victime que vous allez téléphoner au/à la médecin de garde (gynécologue, urologue, gastro-entérologue, gériatre, etc.) pour effectuer avec vous l'examen médico-légal. Téléphonnez directement au/à la médecin et indiquez combien

⁴ Voir point 6 « Critères nationaux et procédures standards »

⁵ L'article 90bis du Code d'instruction criminelle stipule que chaque victime doit être consultée pour déterminer si elle souhaite bénéficier de l'assistance d'un/une médecin de son choix pendant l'examen médico-légal. Discutez avec la victime de ce qui est possible, et des conséquences de l'appel ou non d'un/une médecin de son choix sur le déroulement ultérieur de la prise en charge holistique, afin de parvenir à une décision éclairée.

de temps il va vous falloir pour effectuer la première anamnèse ou, si vous avez déjà entamé l'examen médico-légal, ce que vous avez déjà réalisé et la raison pour laquelle vous allez avoir besoin de lui/d'elle.

- En cas de blessures particulièrement graves et si la victime ne souhaite pas porter plainte, vous envisagerez notamment s'il faut ou non faire un signalement au/à la Procureur/-e du Roi (conformément à l'article 353, §1er Code pénal).⁶
- L'examen médico-légal est effectué selon la « Feuille de route médico-légale pour les majeur-e-s »
- Pensez à imprimer le rapport médico-légal en plusieurs exemplaires : un à joindre aux échantillons médico-légaux (dans une enveloppe fermée pour le laboratoire ADN), un à remettre dans une enveloppe aux inspecteurs/-rices violences sexuelles et à joindre au procès-verbal quand une plainte est déposée (uniquement dans ce cas !), et un pour le dossier au sein de la structure CPVS. Si la victime ne souhaite pas porter plainte, un exemplaire peut lui être remis. L'inspecteur-riche violences sexuelles qui procède à l'audition a le droit de consulter, avant le début de l'audition, le rapport de l'examen médico-légal réalisé à l'aide de la feuille de route médico-légale.
- Le transport des échantillons depuis la réserve sécurisée de la structure CPVS est enregistré pour chaque victime dans le registre des échantillons entrants et sortants (voir annexe 4.1). Ce registre est conservé au sein de la structure CPVS.

2.4. Soins Médicaux⁷

Les étapes décrites ci-dessous sont normalement à effectuer durant l'examen médico-légal, soit selon le plan de soins de référence infirmiers, soit sous ordre permanent, soit via l'intervention du/de la médecin de garde (voir 2.2). Dans ce dernier cas, vérifiez que toutes les étapes ont été réalisées avant que le/la médecin ne quitte la structure CPVS, et réalisez ce qui doit encore l'être. Remplissez pour ce faire le dossier médical (voir point 4.6).

Les soins médicaux sont prodigués selon le protocole ci-dessous, qui est conforme aux lignes directrices CDC, OMS et NICE et aux directives nationales relatives à la prophylaxie post-exposition au VIH⁸. Ce protocole sera régulièrement mis à jour en fonction des futures avancées scientifiques et des directives nationales et internationales.

Prélèvements à réaliser à l'admission (J0) au CPVS

- Sérologie sanguine :
 - > HIV, HBV (AgHBS, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc)⁹, syphilis, HCV, HAV-IgG¹⁰
 - > Si PEP administrée : créatinine, ALT
- PCR N. gonorrhoeae/C. trachomatis :
 - > Test à effectuer aux sites de contact sexuel (vaginal/urétral, anal, oro-pharyngé)
 - Si prélèvement vaginal : préférer prélèvement par écouvillon vaginal, urine 1e jet en second choix
 - Si prélèvement urétral (victime masculine) : urine 1er jet
- Frottis Trichomonas vaginalis : chez les victimes de sexe féminin (prélèvement vaginal)
- Herpès génital : tests en cas d'ulcères/vésicules. En cas de doute, demandez conseil à un-e médecin (gynécologue, urologue, pédiatre, spécialiste des IST).

⁶ Voir point 6 « Critères nationaux et procédures standards »

⁷ Le protocole médical a été modifié lors du groupe de travail médical de juin 2024. L'annexe (0) présente le processus de travail ainsi que la composition de ce groupe de travail.

⁸ Libois A, Florence E, Derdelinckx I, Yombi JC, Henrard S, Uurlings F, Vandecasteele S, Allard SD, Demeester R, Van Wanzele F, Ausselet N, De Wit S. Belgian guidelines for non-occupational HIV post-exposure prophylaxis 2017. Acta Clin Belg. 2018 Aug;73(4):275-280. doi: 10.1080/17843286.2018.1428506. Disponible sur le site : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29429390/>.

⁹ À rechercher sauf si une sérologie antérieure est disponible

¹⁰ Si MSM et/ou si contact oro-anal

- Test de grossesse urinaire et/ou sanguin
- Toxicologie et éthanolémie en cas de suspicion d'intoxication.

Traitements à administrer¹¹

Indiquez à chaque victime que si elle souhaite avoir des rapports sexuels dans le premier mois qui suit les violences sexuelles, ces rapports doivent être protégés (avec un préservatif). En cas de risque de VIH, il est recommandé que les contacts sexuels désirés soient protégés jusqu'à trois mois après les violences sexuelles.

L'administration des traitements fera systématiquement l'objet d'une discussion avec la victime. Selon le profil de celle-ci, la compliance attendue et les risques liés aux violences sexuelles, les prophylaxies ci-dessous pourront être proposées.

- **Prophylaxie de la transmission du VIH (Post exposure prophylaxis – PEP) :**
Commencez endéans les 72 heures suivant les violences sexuelles, selon les directives ci-dessous et avec un kit de démarrage. Planifiez le suivi avec le-la médecin de référence VIH et vérifiez également s'il est possible de tester le-la suspect-e. Si le test suspect-e est négatif, envisager d'interrompre la PEP en concertation avec le-la médecin de référence VIH.

	Recommandation en cas de violences sexuelles ¹
Anal réceptif	Recommandé
Anal insertif	Recommandé
Vaginal réceptif	Concertation avec infectiologue ³
Vaginal insertif	Concertation avec infectiologue ³
Oral réceptif avec éjaculation	Pas recommandé sauf ²
Oral réceptif sans éjaculation	Pas recommandé sauf ²
Oral insertif	Pas recommandé
Cunnilingus	N/A

1. Sauf si un préservatif a été utilisé, l'auteur-e est séronégatif-ve, ou l'auteur-e est séropositif-ve avec une charge virale prouvée indétectable
2. Charge virale VIH élevée
3. Recommandé chez les suspect-e-s à haut risque

- **Prophylaxie hépatite B :** Vaccin anti HBV : à administrer en cas de violence anale, vaginale ou orale, endéans les 14 jours, selon les directives ci-dessous.
Déterminez d'abord la nécessité d'une prophylaxie hépatite B lors de l'anamnèse : victime sans antécédents d'hépatite B ni notion de vaccination ou vaccination inconnue (toute personne née en Belgique après 1999 est considérée comme vaccinée et/ou si victime ou entourage sûr-e d'avoir été vaccinée).
 - > Sérologie de l'auteur/-e non connue et sérologie de la victime non connue (vaccination non connue/pas d'antécédents d'hépatite B à priori) ou négative avec anticorps anti-HBs < 10 UI/L (non vaccinée, pas d'antécédents d'hépatite B) : vaccination au J0, M1 et M6.
 - > Sérologie de l'auteur/-e non connue et victime vaccinée mais avec Ac anti-HBs < 10 UI/L : vaccination HBV 1 dose (boost).
 - > Victime avec Ac anti-HBs > 10 UI/L : ne rien faire
 - > Auteur/-e porteur/-se connu-e de l'AgHBs + et victime avec Ac anti-HBs < 10 UI/L : vaccination selon schéma J0, M1 et M6 ET concertation avec l'infectiologue pour discuter de l'HB-Ig (éventuellement dans les 7 jours, mais devrait être initiée dès que possible).
- **Prophylaxie hépatite A : Vaccin anti HAV :** discussion avec l'infectiologue au cours du suivi en fonction de la sérologie

¹¹ Enregistrez les vaccins administrés.

- **Prophylaxie Nessesiria Gonorhea¹² : Ceftriaxone 500mg IM (si > 150kg : 1g) :** dose unique pour toute violence vaginale, anale ou orale endéans les 7 jours suivant la violence.
 - > Si la situation contre-indique l'un de ces traitements, ne pas donner de traitement prophylactique. Réaliser une PCR de contrôle 2 semaines plus tard.
- **Prophylaxie Chlamydia Trachomatis¹² :**
 - > **Doxycycline 100mg, 2/jour** durant 7 jours PO si violence vaginale, anale ou orale endéans les 7 jours suivant la violence.
 - > **OU Azithromycine 1g = 2^{ème} choix**
 - Si contre-indication à la Doxycycline (notamment grossesse) ou incompliance suspectée
 - > Si la situation contre-indique l'un de ces traitements à ne pas donner de traitement prophylactique. Réaliser une PCR contrôle 2 semaines plus tard.
- **Contraception d'urgence :** pour toute violence vaginale chez les patientes en âge de procréer si pas de contraception ou pas de garantie d'adhésion au contraceptif. Administration : dès que possible.
 - > Pénétration vaginale sans préservatif endéans les 3 jours : UPA, lévonorgestrel ou DIU cuivre
 - > Pénétration vaginale sans préservatif endéans les 5 jours : UPA ou DIU cuivre
 - > Pénétration vaginale sans préservatif entre 5 et 12 jours ou si poids > 85kg ou BMI > 30 : DIU à proposer
- **Vaccination anti-HPV :** recommandée entre 9 et 26 ans chez toutes les victimes (quel que soit le genre) de violences sexuelles et n'ayant pas encore été totalement vacciné-e-s auparavant. La vaccination est actuellement proposée par la médecine scolaire (13-14 ans) ou réalisée de façon opportuniste, il faut donc vérifier avec la victime si ce vaccin n'a pas déjà été administré. Examiner la possibilité d'administrer le vaccin aux victimes de moins de 18 ans, voire de moins de 26 ans. Si nécessaire, réorienter chez leur médecin traitant-e, gynécologue ou pédiatre afin de rediscuter d'une telle vaccination.
- **Vaccination anti-tétanique (DTP)** à envisager si plaie souillée (milieu naturel, rouille, défécation animale...) et si dernier rappel date d'il y a 10 ans ou plus.

Suivis

Tableau général :

	J0	Sem 2	Mois 1	Sem 6	Mois 3	Mois 6
HIV	X			X	X ⁹	
Syphilis	X			X		
HCV	X			X ³	X ³	X ³
AgHBs	X ⁷			X ⁴	X ⁴	
AcHBs	X ⁷					
AcHBc	X ⁷					
HAV	X ⁷					
hCG	X		X ²			
PCR gono/ChIm	X ⁷	X ¹	X ⁶			
PCR Trichomonas	X ⁷					
Hémoglobine	X ⁷					
Transanimases	X ⁷			X ^{4 ou 5}	X ³	
Créatinine	X ⁷			X ⁵		

¹² Étant donné la problématique croissante de résistance, il est recommandé de traiter moins souvent de manière préventive. Tenez compte de l'observance thérapeutique attendue et des possibilités de suivi lors du choix du traitement.

1. si non réalisée au J0 ou si traitement non donné
2. si risque de grossesse et contraception d'urgence non reçue au J0
3. si rapport « traumatique » (vaginal traumatique, anal réceptif)
4. si victime non protégée au J0
5. si administration de la PEP pendant 28 jours (selon type d'antirétroviral administré)
6. si + à l'examen initial, contrôle post traitement
7. effectué uniquement en référence aux conditions spécifiées au paragraphe 1 du protocole médical 15+
8. si MSM ou contact oro-anal
9. Si PEP a été administrée

Prise en charge selon type de violence

Violence orale

- **Prélèvements :**
 - > Prise de sang : HIV, HBV (AgHBS, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc), syphilis, HCV, HAV-IgG
 - > PCR N. gonorrhoeae/C. trachomatis oral (gorge)
 - > Test de grossesse urinaire et/ou sanguin (puisque'une grossesse modifie le traitement)
 - > Toxicologie et éthanolémie en cas de suspicion d'intoxication.
- **Traitements à envisager**
 - > Doxycycline
 - > Ceftriaxone
 - > Vaccin anti-HBV / HPV

Violence vaginale

- **Prélèvements :**
 - > PS : HIV, HBV (AgHBS, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc), syphilis, HCV, HAV-IgG. Si PEP donnée : créatinine, ALT
 - > PCR N. gonorrhoeae/C. trachomatis (vaginal, ou urinaire 2^e choix)
 - > Test de grossesse urinaire et/ou sanguin (puisque'une grossesse modifie le traitement)
 - > Toxicologie et éthanolémie en cas de suspicion d'intoxication.
- **Traitements à envisager**
 - > PEP
 - > Doxycycline
 - > Ceftriaxone
 - > Norlevo/EllaOne/DIU
 - > Vaccin anti-HBV / HPV

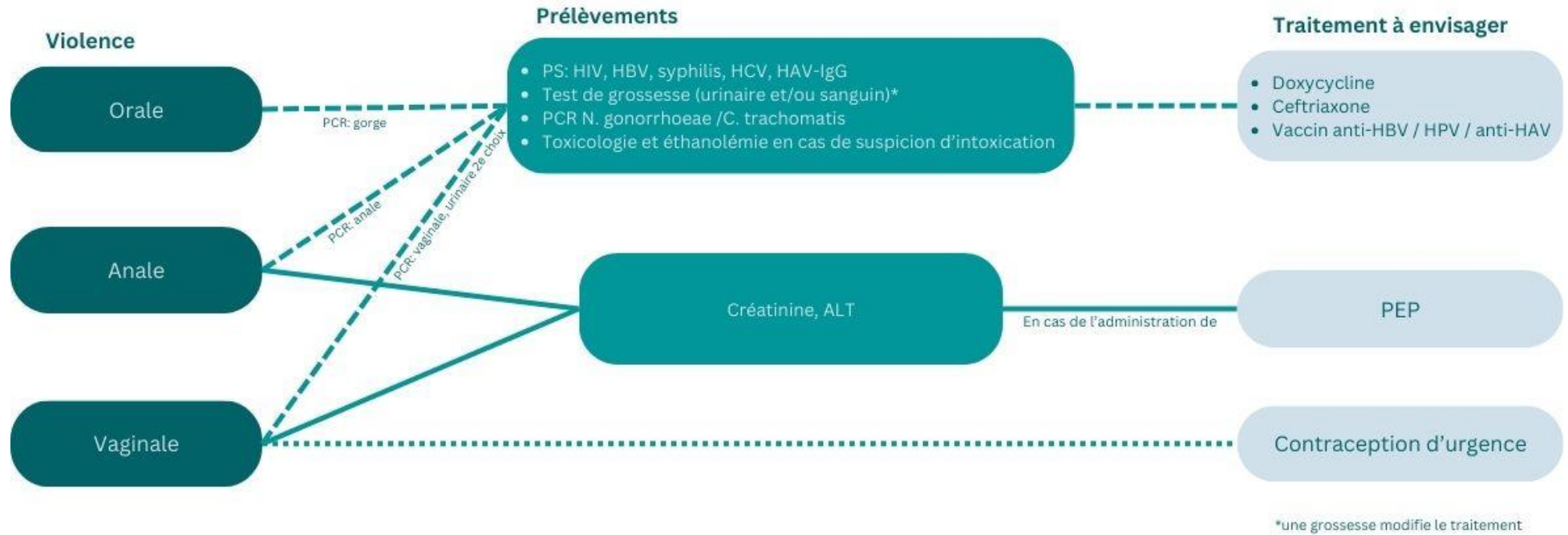
Violence anale

- **Prélèvements :**
 - > Prise de sang : HIV, HBV (AgHBS, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc), syphilis, HCV, HAV-IgG. Si PEP donnée : créatinine, ALT
 - > PCR N. gonorrhoeae/C. trachomatis oral (anal)
 - > Test de grossesse urinaire et/ou sanguin (puisque'une grossesse modifie le traitement)
 - > Toxicologie et éthanolémie en cas de suspicion d'intoxication.
- **Traitements à envisager**
 - > PEP
 - > Doxycycline
 - > Ceftriaxone
 - > Vaccin anti-HBV / HPV

Violence multiple

Prélèvements et traitements recommandés pour chaque type de violence perpétrée

Remarque : Les indications de prélèvements et traitements doivent être considérés au cas par cas. Les indications ci-dessous sont donnés afin de clarifier certaines prises en charge mais ne tiennent pas compte des situations plus complexes (grossesse, MSM, allergies, interactions médicamenteuses) pour lesquelles il faut se référer au protocole ci-dessus.



2.5. Préparation du suivi

En références au point 4.1.2. " Évaluation de risque" du plan d'action pour la prise en charge psychologique au sein des CPVS, effectuez ensuite une évaluation générale de la situation et de l'état mental de la victime. Selon vos besoins et ceux de la victime, vous pouvez demander au/à la psychologue de rester présent-e pour vous soutenir dans cette tâche, toujours selon les modalités préétablies ensemble. Cette évaluation comprend :

2.4.1. Première aide psychologique

Après que la victime a pris une douche et enfilé des vêtements propres (si elle le souhaite), que les prélèvements aient été correctement stockés et que le traitement médical ait été achevé, demandez une nouvelle fois à la victime comment elle se sent. Dans ce contexte, gardez à l'esprit les 5 principes d'un premier soutien psychologique et axez vos efforts sur la perspective d'avenir et la perspective d'action de la victime.

Lorsque c'est nécessaire, définissez avec la victime comment elle passera les jours suivants jusqu'à la prochaine consultation avec le/la psychologue via les étapes suivantes :

- Expliquez comment la victime pourrait se sentir dans les jours à venir et les émotions et états émotionnels normaux après avoir vécu ce type de faits, insistez sur le fait qu'elle peut toujours appeler le CPVS si elle a des questions ou si elle ne se sent pas bien. Discutez ensemble des signaux à reconnaître quand elle ne va pas bien et des différentes manières possibles pour retrouver son calme. Donnez des informations pour la victime et pour la personne de soutien (cf. Guide pour les personnes de soutien) et assurez-vous qu'elle dispose bien des numéros de téléphone nécessaires en cas de besoin (personnes de confiance, numéros d'urgence/lignes d'écoute et d'assistance spécifiques à sa région et ses besoins).
- Évaluez le réseau social de la victime, afin de vérifier si la victime peut compter sur le soutien de ce réseau et s'il est suffisamment accessible. Selon la situation, des questions ouvertes peuvent être directement posées à la victime¹³ et/ou le questionnaire SRQ-S¹⁴ peut être utilisé pour évaluer les réactions de son entourage. À défaut d'un réseau social ou si le réseau social ne peut fournir un soutien suffisant dans cette situation, un encadrement professionnel peut être envisagé. Si la victime retourne chez elle ou dans sa famille/chez des amies, déterminez s'il faut appeler des personnes pour venir la chercher (dans ce cas, tenez d'abord compte du temps encore nécessaire pour terminer le suivi post-prise en charge, pour l'éventuelle audition et pour la possibilité qu'elle puisse prendre un peu de repos) ou s'il est préférable que la police conduise la victime chez elle/quelqu'un d'autre après l'audition, ou si la victime peut rentrer chez elle/quelqu'un d'autre par ses propres moyens.
 - > S'il est nécessaire que la victime se rende dans un refuge, évoquez des options réalistes et sûres pour s'y rendre (éventuellement accompagnée de la police).
 - > Donnez la possibilité à la victime prendre un peu de repos au sein de la structure CPVS avant de la quitter à l'issue de l'ensemble de la prise en charge et de l'audition éventuelle.
 - > Si la victime doit être hospitalisée, convenez des moyens par lesquels la victime peut être contactée afin d'assurer le suivi.
- Fournissez également des informations à la victime sur les possibilités de consultation/prise en charge en cas de crise, si son état mental venait à se détériorer. Précisez-lui également quels sont les numéros possibles à appeler dans ces cas-là (en particulier pour les victimes qui ne prévoient pas de rendez-vous avec un-e psychologue la 1^{ère} ou 2^{ème} semaine suivant les violences sexuelles et avec celles en phase post-aiguë).
- Demandez à la victime si elle a d'autres questions et répondez-y ; offrez une perspective d'avenir.

¹³ 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 ?

¹⁴ L'échelle « Social Reactions Questionnaire – Shortened » est un questionnaire d'évaluation (16 items) permettant de mesurer la réaction des personnes à l'égard de la victime.

2.4.2. Risque de violence contre soi-même et/ou par un-e tiers

- 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 infra ; point 2.4.2 et annexe 4.2.3).
- Évaluez également le risque que la victime s'inflige des violences ou en subisse sur base de l'annexe 4.2.3., en vous concentrant sur les symptômes dissociatifs et le comportement suicidaire. Prenez les mesures décrites dans le tableau ci-dessous en fonction du profil de risque de la victime.

2.4.3. Incapacité de travail

Risques	Critères	Action
FAIBLE	<ul style="list-style-type: none"> > Pas de risque de dissociation/ suicide > Réseau soutenant 	<ul style="list-style-type: none"> > Planifier un rendez-vous chez un-e psychologue du CPVS selon les modalités définies au point 2.4.7 > Commencer la gestion de cas
MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> > Risque de dissociation/suicide > Réseau soutenant 	<ul style="list-style-type: none"> > Précisez les numéros à appeler en cas de crise et comment se calmer > Planifier un rendez-vous chez le/la psychologue du CPVS selon les modalités définies au point 2.4.7 > Commencer la gestion de cas renforcée > En cas de doute, envisager l'orientation vers un/-e psychiatre de garde
HAUT (violence envers soi-même)	<ul style="list-style-type: none"> > Risque de dissociation/suicide > Pas de réseau soutenant 	<ul style="list-style-type: none"> > Précisez les numéros à appeler en cas de crise et comment se calmer > Planifier un rendez-vous chez le/la psychologue du CPVS selon les modalités définies au point 2.4.7 > Commencer la gestion de cas renforcée > Recommander l'orientation vers un/-e psychiatre de garde pour une évaluation et un éventuel traitement ambulatoire ou résidentiel
HAUT (violence par des tiers)	<ul style="list-style-type: none"> > Risque de violence par autrui 	<ul style="list-style-type: none"> > Précisez les numéros à appeler en cas de crise et comment se calmer > Planifier un rendez-vous chez le/la psychologue du CPVS selon les modalités définies au point 2.4.7. > Commencer la gestion de cas renforcée > Concertation avec un-e médecin afin de décider d'une hospitalisation éventuelle comme mesure de protection temporaire ou pour décider de faire valoir le droit de rompre le secret professionnel sur base de l'article 353, §1er du Code pénal et de signaler les faits au/à la Procureur-e du Roi (voir point 6 "Critères nationaux et procédures standards")

Un certificat médical est rédigé dans chaque cas, indiquant entre autres l'incapacité de travail pendant au minimum les 3 premiers jours liés à des activités quotidiennes. Ce certificat est établi et signé par un/-e médecin. À la fin de cette période, réévaluez si un nouveau certificat médical est nécessaire et renvoyez la victime vers le/la médecin-responsable médical/-e ou un/-e médecin généraliste.

Vérifiez également si l'éventuelle personne de soutien a besoin d'un certificat pour prendre soin de la victime. Nous prévoyons par défaut 1 jour.

2.4.4. Suivi financier et administratif

Si toute la prise en charge effectuée au sein de la structure CPVS n'est pas couverte par le forfait médical, vérifiez d'une part si la victime a un statut de résident légal, et, d'autre part, si elle a besoin d'un autre soutien ou d'un système de tiers payant. Si tel est le cas, prenez contact avec le service social pour régler à temps ces aspects.

2.4.5. Gestion de cas¹⁵

Expliquez à la victime qu'elle recevra le lendemain un appel téléphonique :

- De votre part/de la part d'un/-e collègue : signalez directement de qui il s'agira.
- Demandez à quel numéro vous pouvez joindre la victime et à quels moments pendant quelle période (pour cela, comptez au moins un intervalle de 3 heures).
- Indiquez très clairement que cela peut éventuellement varier légèrement si, par exemple, une autre victime doit être soignée à ce moment-là.
- Expliquez que l'objectif est de prendre de ses nouvelles et savoir comment elle va, de passer encore une fois en revue les rendez-vous prévus et de fournir des explications supplémentaires si nécessaire.

2.4.6. Suivi médical

- S'il ressort des examens qu'il est recommandé d'entamer une prophylaxie post-exposition (NONOPEP), vérifiez une nouvelle fois que les modalités de prise de la médication sont bien comprises par la victime.
- Fixez la première consultation avec le/la médecin du centre de référence VIH le jour 3 ou 4 en concertation avec la victime. Signalez à la victime qu'elle est attendue à plusieurs reprises chez la/le médecin du CRV afin de vérifier si la médication VIH est bien supportée et si elle doit être poursuivie ou peut éventuellement être interrompue.
- Si aucun/-e médecin du CRV n'est présent/-e au sein de la structure CPVS, expliquez à la victime comment se rendre au CRV et demandez s'il y a des obstacles éventuels à ce qu'elle s'y rende par ses propres moyens. Cherchez ensemble des solutions. Assurez-vous que la victime a avec elle la médication jusqu'à la prochaine consultation.
- Expliquez aussi que le/la médecin du CRV pourra réévaluer et prolonger l'incapacité de travail.
- D'autres ordonnances jugées opportunes selon la feuille de route sont prescrites en concertation avec le/la médecin de garde (ordre permanent si possible) ou administrées directement si possible. D'autres rendez-vous pour le suivi médical par un/-e médecin sont fixés et leur nécessité est expliquée.

2.4.7. Suivi par le/la psychologue du CPVS

- Sur base de la demande de la victime ET des informations recueillies lors de cette évaluation générale, déterminez le meilleur délai pour un premier entretien avec un-e psychologue. Si le détachement d'un-e médecin rattaché-e à un Centre de référence VIH reconnu est prévu au sein de la structure CPVS, dans la mesure du possible, cette consultation est planifiée avant ou après la consultation avec le/la médecin. Si le CRV ne se trouve pas dans l'enceinte de l'hôpital, choisissez le moment le plus approprié en concertation avec la victime. Selon les disponibilités respectives, l'infirmier-e propose à la victime un rendez-vous avec un-e psychologue la 1^{ère} ou 2^{ème} semaine maximum après l'admission, selon les indications mentionnées dans le tableau ci-dessous.

¹⁵ 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.

- > Communiquez très clairement le jour et l'heure.
- > Expliquez que l'objectif est d'examiner comment se sent la victime pour déterminer quel soutien est éventuellement nécessaire. En effet, dans la mesure du possible, il est préférable de ne parler 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.

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

- 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.
 - > Lorsque vous planifiez et expliquez à la victime en quoi consiste le rendez-vous avec un-e psychologue CPVS, dans la mesure du possible, il est préférable de ne parler 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.
 - > À nouveau, vérifier que la victime dispose bien des informations sur les possibilités de consultation/prise en charge en cas de crise, si son état mental venait à se détériorer. Précisez-lui également quels sont les numéros possibles à appeler dans ces cas-là (en particulier pour les victimes qui ne prévoient pas de rendez-vous avec un-e psychologue la 1^{ère} ou 2^{ème} semaine suivant les violences sexuelles et avec celles en phase post-aiguë).

2.4.8. Préparation de l'audition

- Si la victime/la personne de soutien doit encore rencontrer les inspecteurs/-rices violences sexuelles pour effectuer une audition enregistrée, expliquez brièvement ce qu'il va se passer et demandez-lui si elle souhaite repasser rapidement après l'audition avant de partir.

3. GESTION DE CAS¹⁶

L'infirmier-e CPVS contacte la victime et/ou la personne de soutien à intervalles réguliers avec les objectifs suivants :

- Informer, organiser et sensibiliser aux rendez-vous avec d'autres prestataires de soins, aux médicaments...
- Évaluer et soutenir l'état mental de la victime, avec une attention particulière le premier mois suivant les violences sexuelles. Si nécessaire, renvoyer vers le/la psychologue du CPVS.
- Organiser une orientation personnalisée et humaine vers les services psychosociaux internes ou externes à l'hôpital et assurer un suivi.
- Informer sur le dépôt d'une plainte à la police et assurer un suivi.
- En cas de dépôt de plainte : organiser une orientation personnalisée et humaine des victimes vers le Service d'Accueil des Victimes afin qu'elles puissent bénéficier d'information et de soutien pour ce qui concerne la procédure judiciaire et/ou la police dans le cadre du suivi policier de leur plainte.

La gestion de cas est de préférence effectuée par l'infirmier-e CPVS qui a également prodigué les soins holistiques lors du premier contact ou par deux infirmiers/-ères fixes.

Si l'infirmier-e CPVS a déjà essayé de contacter la victime au moins trois fois, mais que celle-ci n'a pas répondu, la gestion de cas peut être clôturée.

En cas de réorientation vers d'autres services, il est important de préparer ce transfert de manière la plus humaine et personnalisée possible (par exemple en organisant avec la victime ou avec son accord, un premier rendez-vous et en transmettant les informations nécessaires) et d'assurer un suivi de ce transfert (en demandant à la victime si elle a effectivement pris contact avec ces derniers, ou si elle s'est rendue au rendez-vous).

3.4. Jour après la sortie

Un premier contact téléphonique avec la victime est prévu un jour après sa sortie de la structure du Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles.

- Avant de la contacter, vérifiez encore une fois quelles consultations ont été prévues. Vérifiez s'il y a encore des rendez-vous autres que ceux avec le/la médecin spécialiste VIH et le/la psychologue du CPVS, essayez de détailler le but de cette prise en charge, combien de temps elle prendra...
- Examinez les modalités de communication proposée et tentez au maximum de respecter les horaires convenus avec la victime.
- Lors du contact, présentez-vous à nouveau et demandez à la victime comment elle va aujourd'hui. Laissez la victime parler pour qu'elle puisse dire ce qu'elle souhaite, sans la brusquer.
- Indiquez quels sont les sentiments et comportements normaux après un tel traumatisme. Rappelez-vous les 5 points essentiels des premiers soins psychologiques. Si vous remarquez que la victime souffre de troubles très graves et si vous trouvez qu'il ne vaut mieux pas attendre 2-3 jours pour voir le/la psychologue, vérifiez s'il est possible de convenir plus tôt d'un rendez-vous avec la/le psychologue du CPVS, ou faites appel au/à la psychiatre d'urgence.
- Vérifiez comment la prise en charge s'est déroulée au CPVS et s'il y a des questions supplémentaires sur la prise en charge, si les rendez-vous sont clairs. Rappelez les dates des prochains rendez-vous et rappelez le but de ces consultations :

¹⁶ 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.

- > Le jour 3 ou 4 après l'admission au sein de la structure CPVS, une consultation de suivi est prévue avec un/une médecin spécialiste du VIH. Le/la médecin vérifiera s'il est indiqué de poursuivre la prophylaxie post-exposition (PPE) ou de l'interrompre.
- > Un premier rendez-vous avec le/la psychologue du CPVS est également prévu la 1^{ère} ou 2^{ème} semaine suivant les violences sexuelles. Rappelez que le but de cet entretien d'accueil et d'exploration chez le/la psychologue du CPVS est d'estimer comment la victime se sent et gère la violence sexuelle. En fonction de cette estimation, le/la psychologue du CPVS déterminera la suite possible d'un éventuel suivi psychologique au CPVS. Le/la psychologue du CPVS donnera davantage d'explications sur les sentiments et pensées de la victime concernant les violences sexuelles et comment bien la gérer.
- > Passez aussi en revue avec les victimes les autres dates de consultations médicales éventuellement prévues à l'hôpital et indiquez à la victime comment elle peut s'y rendre. Rappelez-lui en quoi consiste la prise en charge (dans la mesure où vous avez des détails là-dessus, essayez si possible de les inventorier à l'avance).
- Assurez le suivi du dépôt de plainte.
 - > Si la victime n'a pas déposé de plainte lors de son admission, prenez en considération si elle a besoin de plus d'explications sur les options possibles et, le cas échéant, donnez des explications complémentaires. Fixez, si la victime le souhaite, un rendez-vous avec la police (voir 4.3). Si la victime ne souhaite pas porter plainte, indiquez que vous lui reposerez la question dans 2 mois, mais qu'elle est libre de poser des questions à ce sujet entre-temps.
 - > Si la victime a bel et bien porté plainte, vérifiez si elle a encore des questions à ce sujet.
- Vérifiez si la victime a encore des questions et répondez à ces questions. Si cela implique qu'il est nécessaire de fixer des rendez-vous ou contacts supplémentaires, indiquez alors clairement comment vous allez les lui communiquer et quels sont les temps d'attente possibles.
- Indiquez que la victime peut toujours rappeler la structure CPVS si elle trouve que son état psychique se dégrade. Indiquez qu'il est possible que ce soit un/-e collègue qui réponde lorsque la victime téléphone et ce qu'elle peut en attendre. Vérifiez si elle a le bon numéro de téléphone.
- Terminez par un récapitulatif des rendez-vous fixés. Indiquez encore une fois comment la victime peut accéder le plus facilement à la structure CPVS. Terminez en lui offrant des perspectives d'avenir.
- Complétez le dossier et l'enregistrement.

3.5. Si la victime rappelle

- Vérifiez quelle est la demande d'aide concrète lorsque la victime rappelle.
 - > Donnez des informations ou indications générales, s'il s'agit de consultations et de prise en charge.
 - > S'il s'agit de plaintes relatives à la santé, ou si vous pensez que la victime ne se sent pas bien, tentez de savoir si elle a des intentions suicidaires et des symptômes de dissociation. En cas de risque moyen, et si la victime accepte de revenir au sein de la structure CPVS, fixez le plus vite possible un rendez-vous avec le/la psychologue du CPVS pour une réévaluation des plaintes psychiques. Si cela arrive les premiers jours après les faits, prévoyez-le la semaine suivante. Si les faits se sont produits il y a plus d'une semaine, prévoyez-le de préférence la même semaine. En cas de risque élevé, prenez contact avec le/la psychiatre de garde (via les urgences) pour une évaluation et un éventuel traitement ambulatoire ou résidentiel. Travaillez ici de façon proactive orientée sur la victime.
 - > Notez bien les rendez-vous et complétez le dossier, suivant la situation.

3.6. Contacts hebdomadaires jusqu'à 1 mois après l'admission

Conformément au point 5.1. du plan d'action pour une prise en charge psychologique au CPVS, effectuez un suivi attentif de l'état mental de la victime à travers une gestion de cas renforcée, en particulier auprès des victimes ayant refusé le suivi psychologique ou pour qui le premier entretien avec un-e psychologue CPVS est prévu au-delà de la 1^{ère} semaine suivant les violences sexuelles (y compris les victimes en phase post-aiguë). En d'autres termes, le premier mois suivant les violences sexuelles, accordez une attention particulière à l'état mental de la victime afin 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.

Contactez la victime et/ou la personne de soutien les semaines 1, 2 et 3 après l'admission ou plus régulièrement, selon les besoins de la victime et/ou la personne de soutien. En cas de signes de détérioration de l'état mental, proposez éventuellement une réévaluation anticipée des symptômes psychologiques et/ou un entretien anticipé auprès de la/du psychologue CPVS, selon ses disponibilités.

Avant de prendre contact :

- Examinez d'abord le résultat de la première consultation avec le/la médecin spécialiste VIH :
 - > La médication PEP a-t-elle été arrêtée ou poursuivie ?
 - > A-t-on procédé ou non à un test VIH de l'auteur/-e, si l'auteur/-e est connu/-e ?
- Examinez aussi les éventuelles notes de la dernière consultation chez le/la psychologue du CPVS, si elle a eu lieu :
 - > Entretien d'accueil et d'exploration
 - > Entretien d'évaluation psychologique
 - > Éventuelle réorientation
 - > Autre.
- Vérifiez ce qui a été discuté pendant les précédents contacts téléphoniques et quel autre suivi est encore en cours.

Prenez contact comme convenu et passez en revue les choses suivantes :

- Veillez principalement à procurer la psychoéducation adéquate et une écoute active : Demandez à la victime comment elle va depuis le dernier contact et laissez-la parler pour qu'elle puisse dire ce qu'elle veut, sans la brusquer. Indiquez les sentiments et comportements normaux après un tel traumatisme. Référez-vous notamment aux 5 points essentiels de la première prise en charge psychologique décrits au point 2.1 (voir supra).
 - > Demandez à la victime comment elle va et quels mécanismes d'adaptation elle utilise maintenant (sondez l'utilisation d'alcool, de drogues, l'automutilation, des pensées suicidaires éventuelles...). Sondez la qualité du contact social avec son réseau et si la victime bénéficie d'un soutien. Si nécessaire, apportez une psychoéducation et prenez le temps de la rassurer et de la sécuriser lorsqu'elle en a besoin. Afin de garantir la sécurisation et la stabilisation des victimes lors de ces contacts téléphoniques, vous pouvez demander de l'aide ou des conseils dans cette tâche auprès des psychologues de l'équipe.
 - > Si la victime a déjà eu un rendez-vous avec un-e psychologue CPVS, vérifiez comment la prise en charge s'est déroulée et rappelez la date et les modalités de son éventuel prochain entretien fixé. Dans les cas où la victime n'a pas (encore) de rendez-vous prévu avec un-e psychologue du CPVS, rappelez-lui l'existence d'un suivi psychologique au CPVS, afin de répréciser l'offre psychologique aux victimes qui ont éventuellement oublié cette possibilité ou qui ont refusé le suivi avec un-e psychologue CPVS.

- > Si vous remarquez que la victime souffre de troubles très graves et si vous trouvez qu'il n'est pas indiqué d'attendre la prochaine consultation prévue chez le/la psychologue du CPVS, discutez avec la victime pour savoir si elle pourrait se rendre plus tôt à la consultation et examinez les disponibilités du/de la psychologue CPVS en fonction. Si la situation est très urgente, faites appel à la psychiatrie d'urgence.
- Assurez le suivi médical de la victime :
 - > Demandez si la victime a des problèmes médicaux et donnez-lui/à la personne de soutien des conseils pour y faire face.
 - > Vérifiez comment la prise en charge s'est déroulée avec le/la médecin spécialiste VIH et si la victime a encore des questions concernant la prise en charge. Vérifiez comment la victime se sent lors de la prise de PEP et soutenez-la dans son observance thérapeutique. Expliquez à nouveau comment prendre la PEP et les effets secondaires possibles. Rappelez à la victime la date de son prochain rendez-vous avec le/la médecin spécialiste VIH et expliquez ce qui sera évalué lors de cette consultation.
 - > Examinez si des consultations médicales de suivi supplémentaires sont prévues ou doivent encore être prévues.
- Assurez le suivi du (souhait de) dépôt de plainte.
 - > Si la victime n'a pas déposé de plainte lors de son admission, demandez-lui si elle a besoin de plus d'explications sur les options et donnez-les le cas échéant. Fixez, si souhaité, un rendez-vous avec la police. Si la victime ne souhaite pas porter plainte, indiquez que vous reposerez la question dans 1 mois, mais qu'elle est libre de poser des questions à ce sujet entre-temps. Dans le cas de questions de nature judiciaire, un renvoi peut être fait à l'aide juridique de première ligne.
 - > Si la victime a bel et bien porté plainte, vérifiez si elle a encore des questions sur l'enquête de police et/ou sur les procédures judiciaires.
 - Assurez une orientation personnalisée et humaine vers le Service d'Accueil des Victimes de la Maison de justice concernée pour les questions concernant les procédures judiciaires. Si la victime a déjà été en contact avec le Service d'Accueil des Victimes, renvoyez la victime de façon personnalisée et humaine vers l'assistant/-e de justice chargé/-e du dossier. Si vous ne savez pas encore qui est l'assistant/-e de justice, appelez la Maison de Justice compétente pour demander son nom et inscrivez-le dans le dossier CPVS de la victime.
- Vérifiez si la victime a encore des questions et répondez-y. Si cela implique qu'il est nécessaire de fixer des rendez-vous ou contacts supplémentaires, indiquez alors clairement comment vous allez les lui communiquer et quels sont les délais d'attente possibles.

Clôturez :

- Indiquez que la victime peut toujours rappeler la structure CPVS, si elle trouve que son état psychique se dégrade. Indiquez qu'il est possible que ce soit un/-e collègue qui réponde au téléphone, et ce qu'elle peut en attendre. Vérifiez si la victime a le bon numéro de téléphone.
- Terminez en offrant des perspectives d'avenir.
- Complétez le dossier et l'enregistrement.

3.7. Contacts à partir d'1 mois après l'admission

Contactez la victime et/ou la personne de soutien 1 mois, 6 semaines et 2 mois après l'admission. À partir du mois 2 après l'admission, arrêtez progressivement la gestion de cas selon le souhait de la victime et/ou de la personne de soutien et concentrez-vous davantage sur l'orientation.

Répétez les points comme indiqué au chapitre 3.3. À partir du mois 1, discutez également des sujets spécifiques suivants :

- Vérifiez quel soutien est encore souhaité par la victime : dans quel laps de temps la victime veut-elle que vous l'appeliez ? Ne laissez de préférence pas passer plus de 2 semaines. Cela peut diminuer progressivement ou être intensifié en cas de besoin.
- Explorez le contact social de la victime avec son réseau, si la victime bénéficie d'un soutien. Comment l'activer ? Comment est la relation avec le/la partenaire/les enfants/les parents éventuels et un soutien supplémentaire est-il également nécessaire ? Rappelez ici aussi l'assistance éventuelle du/de la psychologue/sexologue du CPVS à ce sujet.
- Assurez le suivi du (souhait de) dépôt de plainte.
 - > Si la victime n'a pas déposé de plainte lors de son admission, demandez-lui si elle a besoin de plus d'explications sur les options et, le cas échéant, donnez des explications complémentaires. Dans le cas de questions de nature judiciaire, un renvoi peut être fait à l'aide juridique de première ligne. Fixez, si souhaité, un rendez-vous avec la police. Si la victime ne souhaite pas porter plainte, indiquez que vous le lui redemanderez 2 et 5 mois après l'admission.
 - > Si la victime a bel et bien porté plainte, vérifiez si elle a encore des questions concernant l'enquête de police et/ou sur les procédures judiciaires.
 - Si la victime a des questions sur l'enquête de police, renvoyez-la vers le/la gestionnaire de liaison de la police et/ou au service d'assistance policière aux victimes (SAPV).
 - Assurez une orientation personnalisée et humaine vers le Service d'Accueil des Victimes de la Maison de justice concernée pour les questions concernant les procédures légales. Si la victime a déjà été en contact avec le Service d'Accueil des Victimes, renvoyez la victime de façon personnalisée et humaine vers l'assistant/-e de justice chargé/-e du dossier. Si vous ne savez pas encore qui est l'assistant/-e de justice, appelez la Maison de Justice compétente pour demander son nom et inscrivez-le dans le dossier CPVS de la victime.

3.8. Contact les mois 2 et 5 après l'admission pour les victimes qui n'ont pas porté plainte

Les victimes qui n'ont pas porté plainte 2 à 5 mois après leur admission au CPVS seront spécifiquement contactées quant à leur éventuel souhait de porter plainte et au sujet de la conservation des prélèvements médico-légaux et des vêtements.

- Demandez comment la victime se positionne vis-à-vis du dépôt de plainte. Indiquez-lui les possibilités et les conséquences possibles.
- Si la victime décide de porter plainte, fournissez-lui les informations nécessaires sur la façon de déposer la plainte. Rappelez à la victime qu'elle mentionne lors de son dépôt de plainte qu'elle a reçu des soins en phase aiguë au CPVS (y compris l'examen médico-légal). Ce dépôt de plainte sera facilité par les acteurs partenaires du Centre du Prise en charge des Violences Sexuelles. À cette fin, les dispositions nécessaires seront prises localement en tenant compte et en se fondant sur le principe d'une prise en charge holistique des victimes de violences sexuelles aussi accessible que possible. Les auditions seront de préférence menées par un/-e fonctionnaire police ayant suivi une formation d'inspecteur/-rice violences sexuelles et au moins par un/-e fonctionnaire de police ayant une sensibilité et une certaine familiarité envers les victimes de violences sexuelles. Discutez avec la police de la façon dont la saisie des prélèvements aura lieu et expliquez cela à la victime.

- Si la victime indique qu'elle ne sait pas encore si elle veut déposer plainte, vérifiez si des explications supplémentaires sont nécessaires, mais n'insistez pas sur cela. Le but est que la victime puisse prendre une décision éclairée. Expliquez-lui qu'elle peut à tout moment décider de porter plainte, mais que les prélèvements médico-légaux seront détruits et que ses vêtements lui seront rendus 6 mois après l'admission et ne pourront donc plus servir de preuve après ce délai. Indiquez qu'une copie de la feuille de route médico-légale peut encore être requise par le parquet en cas de dépôt de plainte.
- Si la victime demande à récupérer ses vêtements et/ou que les prélèvements soient détruits avant la fin de la période de conservation de 6 mois, c'est possible. Pour ce faire, l'accord écrit de la victime doit être donné via le formulaire d'autorisation pour la restitution des vêtements/la destruction des prélèvements médico-légaux (voir feuille de route médico-légale).
- Si la victime décide, après la période de conservation de 6 mois, de ne pas porter plainte et qu'elle a été informée des conséquences, ou que la victime n'est plus joignable, les prélèvements liés à cette victime seront automatiquement détruits. Aucune autorisation de la victime n'est nécessaire pour cela. Les vêtements peuvent être retournés à la victime à sa demande, ou détruits, et la feuille de route médico-légale est conservée dans le dossier médical.
- Si la prise de contact a eu lieu au mois 2 et que la victime n'a pas encore pris de décision, expliquez que vous la contacterez au mois 5 pour lui reposer la question. Si la prise de contact a eu lieu au mois 5 et que la victime ne veut pas porter plainte, expliquez que vous ne la recontacterez plus et que les prélèvements seront détruits automatiquement après 6 mois.
- Enregistrez et complétez le dossier.

4. ANNEXES

4.4. Registre des échantillons médico-légaux entrants et sortants

Date	Magistrat/-e	Echantillon	Localisation de l'échantillon au CPVS	Nom et prénom infirmier/-e CPVS	Signature infirmier/-e CPVS

4.5. Dossier médical Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles

Numéro CPVS :

4.5.1. Risques de maladies sexuellement transmissibles

A. Détails des violences sexuelles

Date et heure :/...../20..... à.....heures

Nature de l'agression :

- Anale
- Vaginale
- Orale
- Autre :

Y a-t-il eu une éjaculation ?

Un préservatif a-t-il été utilisé durant les faits ?

Circonstances aggravantes (*par exemple, lésions souillées par le sang ou le sperme de l'auteur(s)/-e(s)*) :

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

B. Informations relatives à l'auteur(s)/-e(s)

Relation auteur(s)-victime :

- Partenaire
- Ex-partenaire
- Membre de la famille/colocataire
- Connaissance > 24 heures
- Connaissance < 24 heures
- Inconnu-e
- Ne se souvient pas
- Autre :

Antécédents sexuels :

- A eu des rapports sexuels avec des hommes
- N'a pas eu de rapports sexuels avec des hommes
- Inconnu

Usage de drogues par voie intraveineuse :

- Oui
- Non
- Inconnu

Statut VIH :

- Positif
- Négatif
- Inconnu

C. Prévention post exposition VIH

Selon le flowchart du CPVS/les directives locales, la PEP VIH est :

- Recommandée
- À envisager
- Non recommandée

La victime est-elle âgée de moins de 16 ans, enceinte, allaitante ou atteinte d'une maladie grave ?

- Oui
- Non

Si oui ; après une concertation avec un/-e médecin-spécialiste en la matière, il a été décidé ce qui suit :

.....

.....

La raison de la thérapie, les éventuels effets secondaires, le dosage et l'importance de l'observance et du suivi ont été abordés avec la victime :

- Oui
- Non

La médication éventuellement interférente a été examinée :

- Oui
- Non

• Via le schéma standard :

- Oui
- Non

• Vérifié auprès de l'infectiologue/du/de la médecin urgentiste :

- Oui
- Non -> Nom du/de la médecin :

Un kit de démarrage a été remis :

- Oui
- Non, refusé

Heure de la première prise : heures

La victime a reçu une brochure d'information :

- Oui
- Non

Le dossier a été transmis à un/-e médecin-spécialiste :

- Oui
- Non

Nom de l'hôpital où le/la médecin-spécialiste exerce :

Date à laquelle la première consultation a été programmée : / /20.....

D. PEP Hépatite B

Selon la feuille de route du CPVS ou les directives locales, la PEP Hépatite B est :

- Recommandée
- Non-recommandée

La PEP Hépatite B a été :

- Administrée
- Refusée

La victime a reçu une brochure d'information :

- Oui
- Non

Les coordonnées d'un/-e médecin-spécialiste ont été fournies à la victime :

- Oui
- Non

E. Chlamydia / Neisseria Gonorrhoea / Autres

Selon le flowchart du CPVS ou les directives locales, l'administration d'antibiotiques est :

- Recommandée
- Non-recommandée

Des antibiotiques ont été administrés :

- Oui
- Non, refusé

Ceftriaxone 500mg à 1g
Azithromycine 2g
Métronidazole 2 g

Autres médicaments :

Linisol 1% sol

Vaccin contre le papillomavirus humain	Numéro de lot :	Date de péremption :
Vaccin contre le tétanos	Numéro de lot :	Date de péremption :
Vaccin contre l'Hépatite A	Numéro de lot :	Date de péremption :

La victime a reçu une brochure d'information :

- Oui
- Non

Les coordonnées d'un/-e médecin-spécialiste ont été fournies à la victime :

- Oui
- Non

F. Sécurité des futurs contacts sexuels

Les moyens de contraception qu'il est recommandé d'utiliser durant les 3 mois qui suivent l'agression ont été abordés avec la victime :

- Oui
- Non, pas nécessaire

4.5.2. Contraception d'urgence

A-t-on effectué un test de grossesse :

- Oui --> Résultat :
- Non

Dernière menstruation : Intervalle de temps après les violences sexuelles :

Autres contacts sexuels non protégés depuis la dernière menstruation :

Une contraception d'urgence a-t-elle été administrée :

- Oui --> Type:
- Non

Consultation de contrôle recommandée :

Oui

Non

Un DIU a été DISCUTÉ :

Oui

Non

Sans objet

4.5.3. Évaluation psychique des risques¹⁷

Impression générale de l'état mental de la victime :

A. Prévention/Risque de dissociation

<u>Comportement</u> :	Normal	Repli	Aucun contact visuel	Agité	Retard moteur
<u>Humeur</u> :	Normal	Plat	Hyper/Maniaque*	Anxieux	
<u>Façon de parler</u> :	Normal	Hâtivement	Lent	Incohérent	

Cognition : Normal / Anormal*(délires), spécifiez :

Autre (spécifiez) :

B. Risque de violence par autrui

La victime mentionne-t-elle à plusieurs reprises la violence d'autrui ?

Non

Oui**

Y a-t-il des symptômes qui indiquent que d'autres personnes sont violentes ?

Non

Oui**

Si oui, décrivez :

.....

.....

¹⁷ L'évaluation de risques est un outil qui aide à déterminer s'il existe des facteurs de risques ou de protection chez la victime en matière de dissociation et/ou de risques de violence envers soi-même ou autrui. Pour utiliser cet outil, vous pouvez vous référer au point 2.4.2. du plan d'action (Risque de violence contre soi-même et/ou par un tiers) pour vous aider dans l'interprétation des réponses.

Concernant les astérisques, ceu-ci ne doivent pas être considérés comme des scores mais plutôt comme un signal d'alarme : lorsqu'il y a un ou plusieurs astérisque(s), soyez vigilant-e et surveillez les autres réponses et comportements de la victime en général. Lors de l'évaluation, portez également une attention particulière au réseau car il s'agit d'un des facteurs de protection les plus « impactant » pour la victime étant donné que le risque de dissociation ou de suicide diffère notamment selon que la victime dispose d'un réseau soutenant ou non.

C. Facteurs de protection¹⁸

Présence d'un réseau social de soutien vers lequel les victimes peuvent se tourner dans les 3 jours qui suivent ?

- Non**
- Oui

Assistance ambulatoire actuelle ?

- Oui
- Non

Si oui, spécifiez :

Admission psychiatrique actuelle

La victime se trouve-t-elle actuellement dans un établissement résidentiel ?

- Oui
- Non

Si oui, spécifiez :

Autres remarques :

D. Evaluation de l'intention suicidaire actuelle

Pensez-vous actuellement à vous blesser ou à vous faire du mal sérieusement (sérieusement = intention de mourir) ?

- Non
- Oui*

Fréquence :

- Envie sporadique
- Régulière
- Continue
- Irrésistible

Intensité des pensées suicidaires :

- Légère
- Modérée
- Extrême* (avec intention de mort)

Vous pensez à mettre fin à votre vie dernièrement ?

- Non
- Oui*

¹⁸ En qui la victime a-t-elle confiance ? Comment peut-elle se calmer ?

Si oui, fréquence :

- Sporadiquement
- Souvent
- Très souvent
- En continu

Pensez-vous qu'il y ait un risque que vous tentiez de vous suicider ?

- Non
- Oui*

Si oui, avez-vous pensé à une méthode ? :

- Non
- Oui

Ces moyens sont-ils immédiatement disponibles ?

- Non
- Oui**

Avez-vous des projets concrets ?

- Non
- Oui**

Autres remarques

E. Décision infirmier-e CPVS

Impression subjective du/de la patient/-e :

.....

.....

Avis de l'infirmier-e :

- Le/La patient-e peut rentrer chez lui/elle
- Orientation vers la psychiatrie pour une consultation de crise
- Hospitalisation/hébergement
- Signalement (VK/SOS Enfants/ONE, Procureur/-e du Roi, SAJ.....)
- Autre (équipe mobile de crise.) :

Raison de l'avis :

.....

4.5.4. Transfert pour suivi

Médecin généraliste :

Nom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Autorisation de lui envoyer un rapport :

Oui

Non

Le rapport a été remis à la victime :

Oui

Non

Le rapport a été envoyé au/à la médecin traitant-e :

Oui

Non

Autre médecin (gynécologue, pédiatre, psychiatre, ...)

Type de médecin :

Nom :

Date du rendez-vous :

4.5.5. Notes complémentaires

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

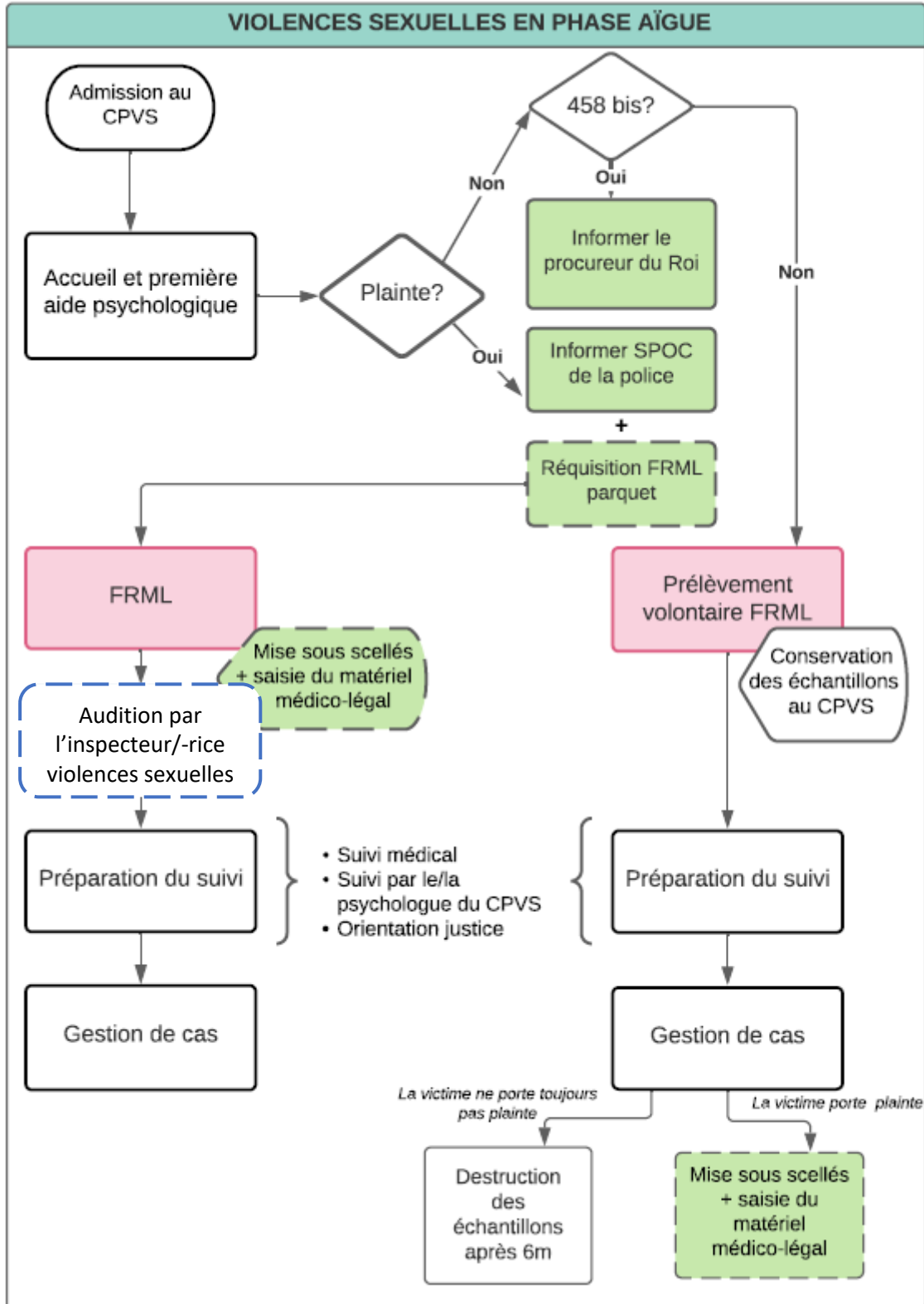
Nom de l'infirmier-e:

Date :/...../20.....

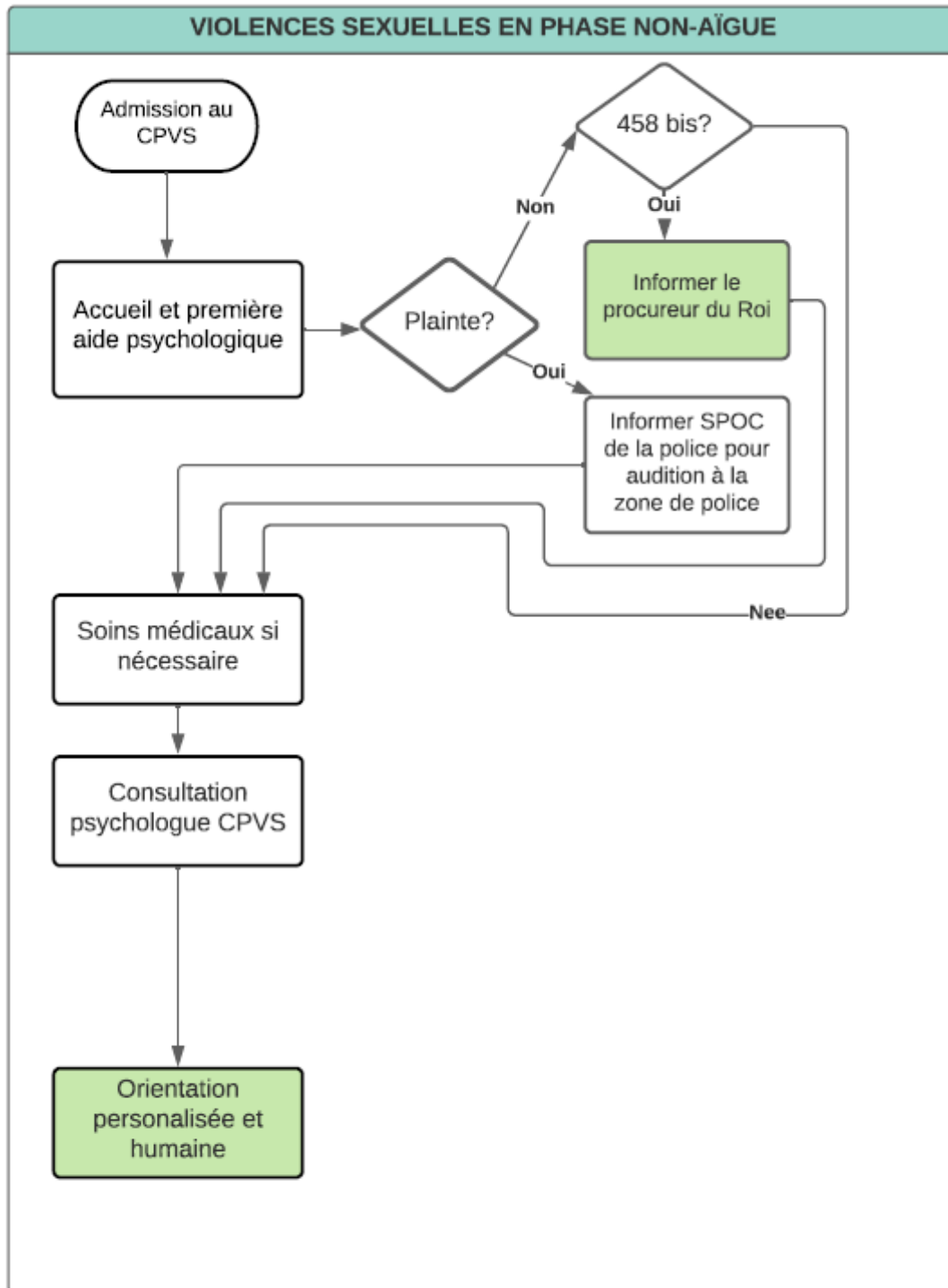
Signature :

4.6. Organigramme du plan d'action de l'infirmier-e CPVS

4.6.1. Organigramme : violences sexuelles en phase aiguë



4.6.2. Organigramme : violences sexuelles en phase non-aiguë



4.7. Groupe de travail médical

L'Institut coordonne chaque année la réunion du groupe de travail médical. En préparation de la réunion du groupe de travail médical de 2024, des retours ont été formulés par les CPVS concernant le point 2.3 sur les soins médicaux. Ces retours ont été intégrés et discutés lors de la réunion du groupe de travail médical de juin 2024. La Dr Charlotte Rousseau a présidé cette session et a été activement impliquée, avant et après la réunion, dans la révision du protocole de soins médicaux.

Le groupe de travail médical est composé d'un ensemble de médecins, coordinateurs et infirmiers représentant les CPVS. Le tableau ci-dessous présente la composition du groupe de travail médical en juin 2024.

Angelozzi Valeria	Médecin-responsable médicale CPVS Liège
Cardon Annelies	Coordinatrice d'équipe CPVS IEFH
Cooman Mayté	Attachée CPVS IEFH
Coryn Nele	Gynécologue CPVS Flandre orientale
Courtens Nathalie	Coordinatrice CPVS Flandre occidentale
Czech Nele	Infectiologue CPVS Limbourg
De Schepper Sarah	Coordinatrice CPVS Anvers
Dejonge Nathalie	Pédiatre CPVS Namur
Desbenoit Sophie	Coordinatrice CPVS Charleroi
Descheerder Marie-Angélique	Infectiologue CPVS Flandre orientale
Dijck Ruth	Coordinatrice CPVS Louvain
Ernst Marie	Bio-statisticienne Université de Liège
Gilles Christine	Médecin-responsable médicale CPVS Bruxelles
Istace Bénédicte	Médecin-responsable médicale CPVS Luxembourg
Karst Wouter	Pédiatre et médecin légiste CPVS Anvers
Kint Ilse	Médecin-responsable médicale CPVS Anvers
Lauwaert Karen	Attachée CPVS IEFH
Marliere Camille	Infectiologue CPVS Namur
Moyse Sarah	Attachée CPVS IEFH
Papaleo Alberto	Infectiologue CPVS Charleroi
Passau Mélissa	Coordinatrice CPVS Bruxelles
Paulissen Liesbet	Coordinatrice CPVS Limbourg
Peusens Mélody	Infirmière CPVS Liège
Remmery Marleen	Coordinatrice CPVS Flandre orientale
Roelens Kristien	Médecin-responsable médicale CPVS Flandre orientale
Rousseau Charlotte	Médecin-responsable médicale CPVS Bruxelles
Thevenin Stéphanie	Coordinatrice CPVS Luxembourg
Vincent Flo	Attachée CPVS IEFH
Wuestenbergh Joke	Médecin-responsable médicale CPVS Louvain

COLOPHON

Rédacteur :

Institut pour l'égalité des femmes et des hommes
Place Victor Horta 401060 Bruxelles
T 02 233 44 00
egalite.hommesfemmes@iefh.belgique.be
<http://igvm-iefh.belgium.be>

Auteur-e-s initiaux-les :

Keygnaert Ines, Baert Saar, Gilles Christine, Rousseau Charlotte, Remmery Marleen, Wuestenbergs Joke, Libois Agnes, Hainaut Marc, Uurlings Françoise, Verplancke Jana, Lemmens Gilbert, Roelens Kristien

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 référence à ce chapitre, veuillez utiliser la citation suivante : Keygnaert, I., Baert. S., Gilles C., Rousseau C., Remmery M., Wuestenbergs J., Libois A., Hainaut M., Uurlings F., Verplancke J. Lemmens G. & Roelens K. Plan d'action pour l'infirmier-e CPVS au sein des Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles – victimes majeures. Dans L'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (éd). *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.



.be

