

CHAPITRE 4

PLAN D'ACTION POUR LES VICTIMES MINEURES AU SEIN DES CENTRES DE PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES



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

1.	INTRODUCTION	5
2.	APERÇU	6
3.	ÉTAPE 1: L'ADMISSION.....	7
3.1	Admission directe auprès de la structure CPVS	7
a)	Que peut faire le CPVS ?.....	7
b)	Comment l'accessibilité de la structure CPVS est-elle garantie ?.....	8
3.2	Admission via la police.....	9
3.3	Admission via les services de secours	10
4.	ÉTAPE 2 : L'ACCUEIL AU SEIN DE LA STRUCTURE CPVS	11
5.	ÉTAPE 3 : PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE INITIALE PAR L'EMD.....	13
6.	ÉTAPE 4 : ANALYSE DE LA SITUATION, DE LA SECURITE ET DES FAITS PAR L'EMD	15
7.	SCÉNARIO JUDICIAIRE : ADMISSION EN PHASE AIGUË.....	18
7.1	ÉTAPE 5 : Contact avec la police et le parquet – Réquisition examen médico-légal	18
7.2	ÉTAPE 6 : Examen médical et médico-légal.....	18
7.3	ÉTAPE 7 : Déposition parent(s)/personne de soutien et audition TAM.....	20
8.	SCÉNARIO JUDICIAIRE : ADMISSION EN PHASE NON AIGUË	21
8.1	ÉTAPE 5 : Contact police et parquet – réquisition audition TAM.....	21
8.2	ÉTAPE 6 : Prise en charge médicale.....	21
9.	SCÉNARIO EXTRAJUDICIAIRE.....	23
9.1	ÉTAPE 5 : Concertation multidisciplinaire à propos du code de signalement art. 458bis CP ...	23
9.2	ÉTAPE 6 : Examen médical et médico-légal.....	24
10.	SORTIE ET PRÉPARATION DU SUIVI.....	25
11.	APTITUDE À APPRÉCIER RAISONNABLEMENT SES INTERETS CHEZ LES MINEUR-E-S.....	27
11.1	La loi relative aux droits du/de la patient/-e	27
11.2	L'évaluation de l'aptitude à apprécier raisonnablement ses intérêts dans le droit médical.....	28
11.3	Situations exceptionnelles en droit médical	30
12.	Annexes.....	31
12.1	Annexe 1 : FRML victimes mineures - judiciaire (voir document séparé)	31
12.2	Annexe 2 : FRML victimes mineures - extra-judiciaire (voir document séparé).....	31
12.3	Annexe 3 : Protocole examen médical 15+.....	31

12.4	Annexe 4 : Protocole examen médical -15.....	36
a)	Tests à réaliser lors de l'admission (J0) au CPVS.....	36
a.	Traitements prophylactiques et thérapeutiques à administrer.....	39
b.	Suivi	42
12.5	Annexe 5 : Plan de sécurité	43

ABRÉVIATIONS

CPVS	Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles
EMD	Equipe multidisciplinaire
IVS	Inspecteur/-rice Violences Sexuelles
OCJ	Ondersteuningscentrum Jeugdzorg
SAJ	Service d'Aide à la Jeunesse
SOS ENFANTS	Equipes SOS Enfants
VK	Vertrouwenscentrum Kindermishandeling

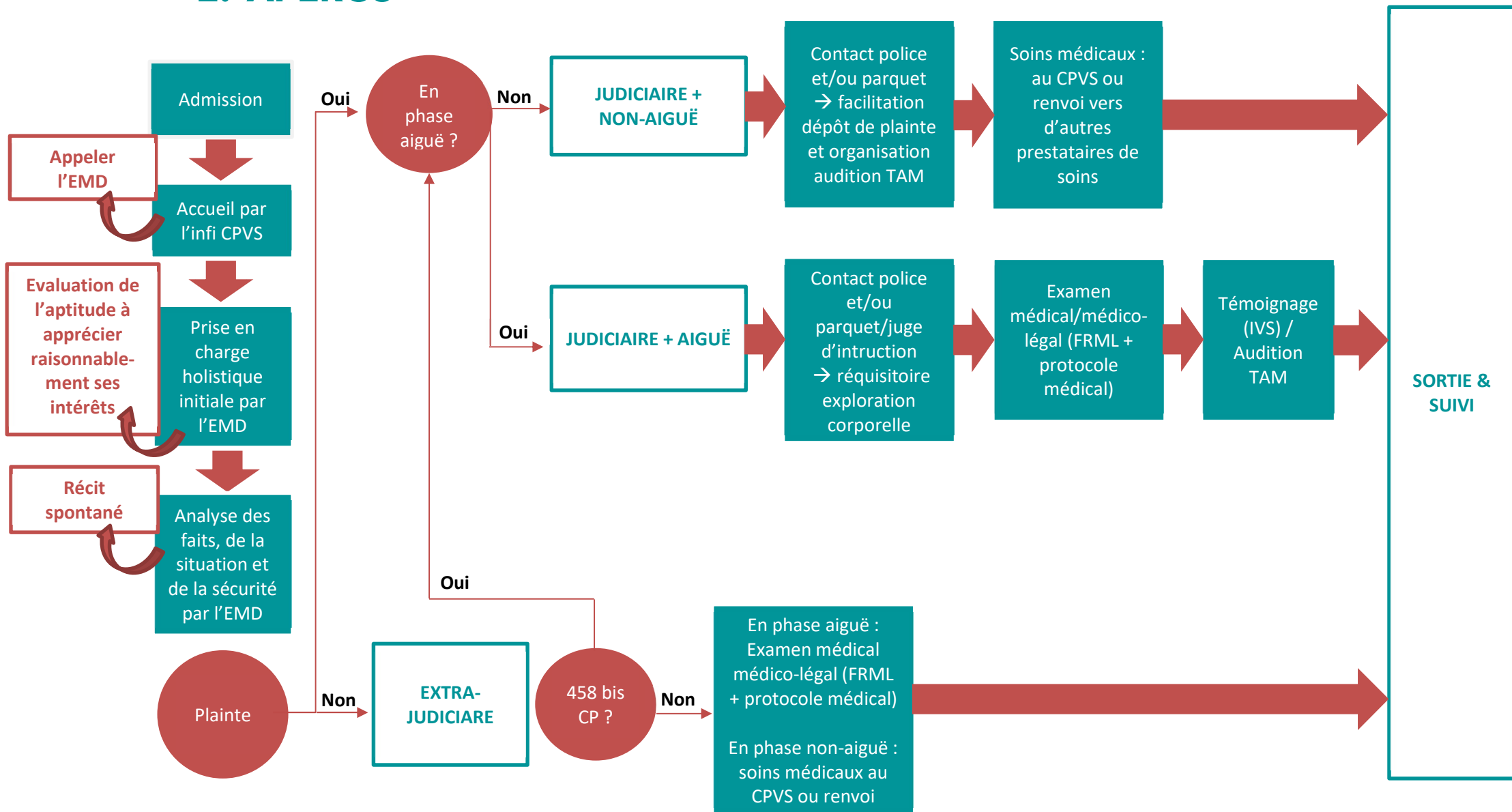
1. INTRODUCTION

La prise en charge holistique des victimes mineures nécessite une approche différente de celle des victimes majeures de violences sexuelles. La prise en charge est adaptée aux besoins du/de la mineur/-e et englobe l'admission, l'accueil par l'infirmier/-ère CPVS, la première aide psychologique, les soins médicaux et l'examen médico-légal par l'équipe multidisciplinaire composée d'au moins l'infirmier/-ère CPVS et d'un/-e médecin de garde, le suivi médical et l'orientation vers des partenaires privilégiés et/ou des services d'assistance.

Le plan d'action pour les mineurs/-es s'applique à toutes les victimes jusqu'à l'âge de 18 ans.

En cas d'incertitude sur l'âge de la victime et s'il y a des raisons de croire que la victime est mineure, le plan d'action pour les mineurs/-es est suivi en attendant la vérification de son âge.

2. APERÇU



3. ÉTAPE 1: L'ADMISSION

Une victime mineure de violences sexuelles, ou ses parent(s), tuteur/-rice ou personne de soutien, peuvent prendre contact de différentes façons avec le CPVS. Ils/Elles peuvent prendre contact directement avec le CPVS, passer par la police ou être orientés/-es par les services de secours ou des professionnels/les de l'assistance (par exemple : psychologues, généralistes...).

3.1 Admission directe auprès de la structure CPVS

L'infirmier/-ère CPVS qui assure la permanence au sein de la structure CPVS à ce moment-là s'occupe de l'admission. L'infirmier/-ère CPVS écoute toute personne qui se présente, qu'il s'agisse d'une victime, d'un parent ou d'une personne de soutien, et fournit des explications concernant ce que le CPVS peut faire pour la victime mineure.

a) Que peut faire le CPVS ?

Les services pouvant être apportés à la victime par le CPVS dépendent du temps écoulé depuis les violences sexuelles.

- *Lorsque la victime prend contact avec la structure CPVS au cours de la phase aiguë¹ :*
 - > Lors de la prise de contact par voie téléphonique ou électronique, l'infirmier/-ère CPVS souligne l'importance de se rendre au plus vite au sein de la structure CPVS afin de discuter des différentes options médicales, psychosociales, médico-légales, policières et judiciaires.
 - > Dans ce cadre, l'infirmier/-ère CPVS garde en tête la limite cruciale de 72 heures (48 heures pour les prépubères) après les faits. Après 72 heures, la possibilité de prélever des échantillons ADN est très limitée.
 - > Chez les enfants en prépuberté ou les mineurs de sexe masculin en (post-)puberté, plus aucun prélèvement ne sera effectué après 72 heures en vue de détecter des traces ADN. Un examen médico-légal clinique peut toutefois être effectué et il est possible de prélever des échantillons d'urine ou de cheveux/poils².
 - > Pour les mineures de sexe féminin en (post-)puberté, il est possible de trouver de l'ADN sur le col de l'utérus jusqu'à 7 jours après les faits. Il s'agit donc de la limite absolue pour un prélèvement.
- *Lorsque la victime prend contact avec la structure CPVS au cours de la phase non aiguë :*
 - > L'infirmier/-ère CPVS envisage avec la victime mineure et/ou son/ses parent(s) la prise en charge que le CPVS peut proposer et s'il est opportun de procéder à une admission au sein de la structure CPVS.
 - > En phase non aiguë, il convient d'examiner au cas par cas s'il est opportun de procéder à une admission au sein de la structure CPVS, compte tenu du délai écoulé depuis les faits et de la demande d'aide formulée par la victime mineure et/ou ses parent(s) ou personne de soutien.
 - > Il convient de vérifier s'il est opportun pour la victime de recevoir des soins médicaux. Si tel est le cas, l'infirmier/-ère CPVS examine si le CPVS peut assurer cette prise en charge ou s'il est préférable de renvoyer la victime mineure vers un/-e médecin traitant/-e ou un hôpital proche de son domicile³.

¹ Il est question de violences sexuelles en phase aiguë lorsqu'une victime de viol ou d'atteinte à l'intégrité sexuelle se présente dans les sept jours qui suivent les faits. Chez les mineur-e-s, l'admission a toutefois de préférence lieu dans les 72 heures qui suivent les faits.

² Pour plus de précisions concernant les prélèvements médico-légaux, voir la feuille de route médico-légale.

³ Le CPVS propose les mêmes soins médicaux à la victime mineure en phase non aiguë qu'à la victime majeure en phase non aiguë.

- > Pour la prise en charge psychosociale de la victime mineure, il convient de l'orienter de manière proactive, humaine et personnalisée vers le VK et SOS Enfants selon les modalités reprises dans l'accord de collaboration locale. La victime peut également être orientée vers d'autres services d'assistance (SACV, services d'assistance locaux...).
- > Si la victime mineure qui peut être estimée apte à apprécier raisonnablement ses intérêts⁴ ne souhaite pas faire usage des services vers lesquels elle est orientée, le CPVS peut examiner la prise en charge psychologique qu'il peut lui proposer. Cela s'applique également au(x) parent(s) ou à la personne de soutien des victimes mineures qui souhaitent bénéficier d'un soutien psychologique.
- > Si l'infirmier/-ère CPVS est inquiet/-ète à propos de la sécurité de la victime mineure, il/elle peut prendre contact avec le VK ou SOS Enfants pour discuter du meilleur plan d'action⁵.
- > Lorsque la victime mineure, son (ses) parent(s) ou sa personne de soutien indiquent vouloir déposer plainte, l'infirmier/-ère CPVS les renvoie vers la police via une prise de contact téléphonique/électronique, ou, en cas d'admission directe, contacte le SPOC des inspecteurs/-rices violences sexuelles ou le/la coordinateur-riche de la police pour faciliter le dépôt de plainte.

b) Comment l'accessibilité de la structure CPVS est-elle garantie ?

La structure CPVS est directement accessible pour les victimes de différentes façons.

- *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/-riche structure CPVS et/ou le/la soutien administratif/-ve pour répondre par téléphone aux questions et demandes d'admission de victimes, de leurs parents ou de leurs personnes de soutien. Cela signifie que l'appel arrive directement à la structure CPVS.
- > Lorsque la victime téléphone elle-même :
 - Essayez de savoir de quand datent les faits, l'âge de la victime, si elle est en sécurité et où et dans quel état elle se trouve.
 - Demandez si la victime se trouve en lieu sûr. Si ce n'est pas le cas, informez-la du fait que vous allez envoyer les services de secours.
 - Vérifiez si la victime mineure peut venir au sein de la structure CPVS ou si l'un des parents/une personne de soutien peut assurer son transport. Envoyez les services de secours si la victime mineure ne peut trouver un moyen de transport elle-même. Veuillez noter que dans le cas de l'envoi de services de secours pour des situations de viols ou d'agressions sexuelles, la police est également prévenue.
 - Écoutez la question et tentez de concrétiser la demande d'aide sans exercer de pression.
 - Donnez des conseils sur les sentiments et les comportements normaux à la suite de violences sexuelles, adaptés aux besoins du/de la mineur/-e. Faites attention à ne pas utiliser un langage suggestif lorsque vous parlez de sentiments ou de violences sexuelles. Essayez de donner une explication sans influencer le/la mineur/-e.

⁴ Formulation tirée de la loi sur les droits du patient, article 12, §2, deuxième alinéa : *Les droits énumérés dans cette loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.*

⁵ Si les services du VK ou de SOS Enfants ne sont pas joignables et que l'on craint pour la sécurité de la victime, il peut être envisagé d'hospitaliser la victime, de faire appel aux services d'aide d'urgence existants, ou de faire un signalement au/à la Procureur-e du Roi sur base de l'article 458bis CP. Cela est valable pour l'intégralité de ce plan d'action.

- 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 enlevé-s 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 papier, ou un sac en plastique s'il s'agit de vêtements très humides.
- > S'il s'agit d'un/des parent(s), d'une personne de soutien ou d'un/-e prestataire d'aide :
 - Essayez de concrétiser la demande, posez des questions sur la sécurité de la victime et expliquez les sentiments et comportements normaux des victimes mineures après un tel traumatisme.
 - Évaluez le besoin en informations supplémentaires. Si nécessaire, vous pouvez envoyer par e-mail/courrier le guide pour les personnes de soutien ou indiquer qu'il est consultable en version électronique.
 - Si la personne doute de la nécessité d'emmener la victime au sein de la structure CPVS, essayez de savoir de quand datent les faits, le contexte dans lequel ils ont eu lieu où et dans quel état la victime mineure se trouve. En fonction des besoins, tentez de convaincre le(s) parent(s), la personne de soutien ou le/la prestataire d'aide d'emmener immédiatement la victime, et de préférence dans les 72 heures qui suivent les faits, ou de venir à un autre moment sur rendez-vous.
 - Indiquez que si le(s) parent(s) ou la personne de soutien envisagent de déposer plainte, il est recommandé de parler le moins possible des faits avec la victime mineure, afin de ne pas influencer une éventuelle audition de celle-ci.
- *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 expliquant qu'en cas de question urgente, il est préférable de téléphoner au CPVS et en cas d'urgence ou situation de danger, aux services de secours. Dans ce cadre, donnez les numéros de téléphone adéquats.
 - > Présentez tous les avantages du CPVS pour encourager au maximum la victime mineure à se rendre au sein de la structure CPVS si cela s'avère opportun.
- *Admission physique directe auprès de la structure CPVS :*

Quand une victime mineure se présente directement au sein de la structure CPVS, éventuellement accompagnée par un/ses parent(s) ou une personne de soutien, l'infirmier/-ère CPVS vient les accueillir dans la salle d'attente ou à l'entrée en fonction de l'aménagement spécifique de la structure CPVS.

3.2 Admission via la police

La police s'engage 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 elle entre 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).
- *Quand la police conduit une victime mineure au sein de la structure CPVS, elle téléphone au préalable à la structure CPVS pour signaler sa venue.*
 - > Les policiers/-ères 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 de violences sexuelles, mais qui ne voudrait pas porter plainte.
 - > L'infirmier/-ère CPVS va chercher la victime. Les noms des fonctionnaires de police qui ont amené la victime et le numéro du procès-verbal sont notés.
 - > La police prend contact avec le point de contact unique (SPOC) des inspecteurs/-rices violences sexuelles et le parquet est prévenu pour requérir directement l'examen médico-légal.

Les victimes mineures de violences sexuelles qui se présentent après plus de 7 jours au poste de police sont informées de l'offre CPVS. La police renvoie les victimes mineures d'abus sexuels commis dans le contexte familial vers le VK, SOS Enfants ou le SAJ, comme stipulé dans la Circulaire GPI 58⁶. Pour les questions d'ordre général, le numéro de téléphone de la ligne d'assistance 1712 ou d'Awel (numéro 102) (en Flandre) ou de SOS Viol (0800.98.100) ou de SOS Enfants (02/542.14.10) (en Fédération Wallonie-Bruxelles) est communiqué.

Si des mesures de protection immédiates sont nécessaires, la police s'adresse au parquet. L'audition TAM est organisée par la police sur réquisition du parquet.

3.3 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 le 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/-ère CPVS se rendra aux urgences pour y effectuer l'examen médico-légal/médical avec le médecin de garde (en fonction de l'âge et du sexe de la victime mineure : le/la pédiatre, le/la gynécologue ou l'urologue), soit les urgences veilleront à préserver les traces et la victime sera ensuite transférée au sein de la structure CPVS.

Le respect des principes de base des CPVS est essentiel. La politique concrète à cet égard est à préciser pour chaque CPVS dans une directive interne relative à l'orientation vers et depuis les services d'urgence.

⁶ En exécution de la circulaire GPI 58 du 4 mai 2007 concernant l'assistance policière aux victimes dans la police intégrée, structurée à deux niveaux.

4. ÉTAPE 2 : L'ACCUEIL AU SEIN DE LA STRUCTURE CPVS

L'infirmier/-ère CPVS accueille la victime mineure et le(s) parents, le/la tuteur/-rice ou la personne de soutien qui l'accompagnent et les dirige vers la salle d'attente.

L'infirmier/-ère CPVS :

- > Se présente et signale ceci à la victime (avec ses mots et à adapter en fonction de l'âge et de la maturité de la victime, ainsi que de la situation) : *"Vous êtes au Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles, vous êtes en sécurité, nous allons faire de notre mieux pour bien vous aider. Nous allons vous expliquer ce que nous pouvons faire et ce que vous, personnellement, pouvez faire et ce que d'autres personnes encore peuvent faire pour vous."*
- > Tente de savoir qui est la victime et demande son nom et son âge, pour pouvoir l'enregistrer en tant que patient/-e et l'accueillir officiellement.
- > Signale qu'il est nécessaire de connaître l'âge pour pouvoir faire appel aux personnes adéquates et offrir la meilleure prise en charge.
- > Vérifie qui accompagne la victime mineure et quel est leur lien (parent(s), famille, personne de soutien, prestataire d'aide, etc.). Soyez attentif/-ve à la position prise par la personne adulte, à son attitude envers le/la mineur/-e (protectrice ou non) et à l'existence d'une pression sur le/la mineur/-e. Ces éléments sont importants si aucune plainte n'est déposée (voir chapitre 9 - Scénario Extrajudiciaire).
- > Ouvre un dossier CPVS.
- > Vérifie la capacité opérationnelle des locaux de la structure CPVS, si le(s) parent(s) ou la personne de soutien sont présent-e-s :
 - Définit avec l'équipe combien de personnes vous autorisez de façon standard à accompagner la victime et expliquez qu'il s'agit de la règle (par ex. 1 personne de soutien ou 2 pour l'accueil).
 - Signale aussi toujours qu'à chaque étape différente, il sera systématiquement évalué quelles personnes peuvent rester présentes, dans l'intérêt de l'enfant pour les victimes mineures qui ne peuvent être estimées aptes à apprécier raisonnablement leurs intérêts, en concertation avec la victime lorsque celle-ci peut être estimée apte à apprécier raisonnablement ses intérêts. Il est donc possible qu'à un moment donné, le(s) parent(s) ou la personne de soutien doivent retourner dans la salle d'attente.
 - Essaie aussi de fournir un premier soutien psychologique aux parents ou à la personne de soutien. Quand elles sont en surnombre ou qu'elles ont aussi besoin d'assistance, arrangez-vous avec un autre service de l'hôpital pour voir s'il peut venir prêter main-forte et prendre en charge les parents ou de la personne de soutien.
- > S'il existe une barrière linguistique entre l'infirmier/-ère CPVS et la victime mineure et son/ses parent(s) ou son/sa tuteur/-rice, faites appel à un/-e médiateur/-rice interculturel/-le⁷ ou à des interprètes sociaux/-les.

⁷ Voir : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/guide_fr_-_def.pdf.

Pour les victimes mineures, l'équipe multidisciplinaire est convoquée afin de s'occuper conjointement des victimes

:

- > En fonction de l'âge et du sexe de la victime mineure, il est recommandé que l'infirmier/-ère CPVS fasse appel aux médecins suivants :
 - Garçon ou fille en période de prépuberté : pédiatre (de garde)
 - Fille en période de (post-)puberté : gynécologue (de garde)
 - Garçon en période de (post-)puberté : urologue ou gastro-entérologue (de garde).

L'équipe multidisciplinaire (EMD), qui se compose au minimum de l'infirmier/-ère CPVS et d'un/-e médecin de garde, 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.

5. ÉTAPE 3 : PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE INITIALE PAR L'EMD

Ensuite, et avant toute chose, l'équipe multidisciplinaire prête attention à d'éventuelles implications **médicales nécessitant une prise en charge urgente** comme des convulsions, des vomissements persistants, un stridor, un état de léthargie ou une perte de connaissance, une incapacité à boire ou manger, de la fièvre et une température corporelle basse. Si cela est recommandé, l'équipe contacte un/-e médecin urgentiste ou fait admettre la victime au service des urgences.

Offrez le **premier soutien psychologique** dans un langage et à un rythme adapté à la victime mineure. Créez un environnement sécurisé pour la victime mineure. Pratiquez l'écoute active avec empathie, respectez les limites de la victime mineure, ne créez pas d'attentes irréalistes.

L'EMD se base sur les 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.*

Ne posez pas de question à propos des faits. Signalez que la victime mineure ne doit pas encore raconter en détail ce qu'il s'est passé, mais ne l'interrompez pas dans son élan. Demandez si elle peut (brièvement) indiquer ce qui l'amène. Posez la même question au(x) parent(s) ou à la personne de soutien présent-e-s, de préférence en l'absence de la victime mineure.

L'EMD explique clairement à la victime mineure et à son/ses parent(s), tuteur/-rice ou personne de soutien, ce qu'implique la prise en charge au sein du CPVS. Les informations données sont adaptées au niveau de développement de la victime mineure. L'équipe adapte son langage à l'âge et à la maturité de la victime mineure et peut utiliser des outils tels que des poupées ou des dessins.

L'EMD se concerta tout d'abord afin de déterminer si la victime mineure peut être estimée apte à apprécier raisonnablement ses intérêts ou non (voir chapitre 10 - Aptitude à apprécier raisonnablement ses intérêts chez les mineur-e-s). L'équipe rédige une note reprenant leur appréciation et l'ajoute au dossier médical.

- *Si la victime mineure peut être estimée apte à apprécier raisonnablement ses intérêts selon l'EMD et que le(s) parent(s) ou le/la tuteur/-rice ne sont pas présent-e-s :*
 - > L'EMD examine, en concertation avec la victime mineure, s'il est opportun et souhaité d'informer le(s) parent(s) ou le/la tuteur/-rice et de leur demander de venir sur place.
 - > Si la victime mineure **souhaite informer** le(s) parent(s) ou le/la tuteur/-rice, l'équipe prend contact avec eux/-elles. L'équipe voit avec la victime mineure s'il est déjà possible d'entreprendre certaines démarches en vue de préserver les traces, dans l'attente de l'arrivée du/des parent(s) ou du/de la tuteur/-rice.
 - > Si la victime mineure **ne souhaite pas informer** le(s) parent(s) ou le/la tuteur/-rice, l'équipe assure la prise en charge holistique sans que le(s) parent(s) ou le/la tuteur/-rice soient présent-e-s ou informé-e-s.

- Si la victime mineure ne peut être estimée apte à apprécier raisonnablement ses intérêts selon l'équipe multidisciplinaire, et que le(s) parent(s) ou le/la tuteur/-rice ne sont pas présent-e-s :
 - > L'équipe lui indique qu'elle doit informer le(s) parent(s) ou le/la tuteur/-rice. Si cela est possible compte tenu de l'âge de la victime mineure, l'équipe se concerta toujours avec la victime mineure pour déterminer quel parent l'équipe peut contacter. L'équipe agit dans l'intérêt de la victime mineure.
 - > Si le(s) parent(s) pourrai(en)t être l'(les) auteur-e(-s) des faits ou qu'il(s) n'apporte(nt) pas une sécurité suffisante à la victime, l'équipe se concerta afin de décider s'il est nécessaire d'invoquer le droit de signalement prévu à l'article 458bis du Code pénal (voir chapitre 8 - Scénario Extrajudiciaire).
 - > L'équipe peut, si elle le souhaite ou en cas de doute sur la façon dont elle doit aborder la situation, prendre contact avec le VK ou SOS Enfants pour organiser une concertation multidisciplinaire, selon les modalités convenues dans l'accord de collaboration locale.

L'équipe veille à préserver les traces si (elle soupçonne que) les violences sexuelles ont eu lieu en phase aiguë⁸.

En fonction de l'infrastructure de la structure CPVS, la victime mineure et le(s) parent(s) ou le/la tuteur/-rice ou la personne de soutien seront conduit/-es dans une salle d'attente ou de consultation séparée.

- > Si la victime mineure peut être estimée apte à apprécier raisonnablement ses intérêts, il lui sera demandé (éventuellement séparément) si le(s) parent(s)/tuteur/-rice(s) ou la personne de soutien peuvent être présent/-es. L'équipe prête attention à la communication non-verbale de la victime mineure.
- > Il est également préférable de prévoir un moment durant lequel la victime mineure qui n'est pas estimée apte à estimer raisonnablement ses intérêts sera seule et pourra s'exprimer en-dehors de tout pression.
- > Si l'espace prévu pour les personnes de soutien est plus limité que le nombre de personnes de soutien présentes, on demandera à la victime mineure qui peut l'accompagner (voir l'ÉTAPE 2 : L'accueil au sein du CPVS).
- > L'équipe convient d'un signal avec la victime mineure qui peut être estimée apte à apprécier raisonnablement ses intérêts ; ce signal pourra être utilisé si la victime mineure souhaite que le(s) parent(s), le/la tuteur/-rice ou la personne de soutien quitte(nt) la pièce.

⁸ Pour de plus amples informations sur les démarches visant à préserver les traces : voir le plan d'action pour l'infirmier/-ère CPVS dans les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles – victimes majeures, p.9.

6. ÉTAPE 4 : ANALYSE DE LA SITUATION, DE LA SECURITE ET DES FAITS PAR L'EMD

L'EMD demande à la victime mineure de raconter avec ses propres mots les faits qui ont mené à son admission au CPVS. L'équipe adapte son langage à l'âge et à la maturité de la victime mineure. L'équipe ne pose pas de questions suggestives ou des questions qui peuvent influencer, mais laisse la victime mineure raconter les faits librement (**récit spontané**).

L'équipe se base sur le récit spontané pour :

- > Evaluer la date à laquelle les faits ont eu lieu et déterminer s'il est question de violences en phase aiguë (\leq 7 jours) ou en phase non aiguë (+7 jours), et si les faits ont eu lieu il y a plus ou moins de 72 heures (48 heures pour les prépubères) ;
- > Evaluer les endroits où il y a eu contact sur le corps de la victime mineure ;
- > Evaluer s'il est éventuellement question de contrainte de tiers pour divulguer ou taire quelque chose⁹.

L'équipe essaie – si cela est recommandé et possible – d'écouter l'histoire du/des parent(s)/tuteur/-rice en l'absence de la victime mineure.

L'EMD évalue (éventuellement en concertation avec un/-e (pédo-)psychiatre ou le/la psychologue du CPVS) le risque que la victime s'inflige des violences ou en subisse, en se concentrant sur les symptômes dissociatifs et le comportement suicidaire.

S'il le souhaite, le CPVS peut prendre contact avec le VK ou SOS Enfants pour organiser une concertation multidisciplinaire.

Prenez les mesures suivantes en fonction du profil de risque de la victime. Ces actions peuvent également être réalisées durant la préparation du suivi et avant que la victime quitte la structure CPVS.

Risque	Critère	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 de suivi avec le VK ou SOS Enfants en concertation avec les services concernés, comme prévu au niveau local ; > Sur base des modalités de collaboration locale, contacter le SAJ qui évaluera les critères de danger et/ou de difficulté selon ses propres critères d'intervention.
MOYEN	<ul style="list-style-type: none"> > Risque de dissociation/suicide > Réseau soutenant 	<ul style="list-style-type: none"> > Faire le plan de sécurité pour les mineur-e-s \geq 12 ans ; > Planifier un rendez-vous de suivi avec le VK ou SOS Enfants en concertation avec les

⁹ Dans les situations où une pression est exercée sur la victime mineure afin qu'elle taise quelque chose, il convient, en cas de décision de non-dépôt de plainte, que l'équipe évalue si elle invoque l'article 458bis du Code pénal (voir chapitre 6).

		<p>services concernés ;</p> <ul style="list-style-type: none"> › Envisager l'orientation vers un-e pédopsychiatre de garde ou un-e pédiatre de garde ; › Contacter les parents si cela n'a pas encore été fait ; › Sur base des modalités de collaboration locale, contacter le SAJ qui évaluera les critères de danger et/ou de difficulté selon ses propres critères d'intervention.
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"> › Faire le plan de sécurité pour les mineurs ≥ 12 ans ; › Planifier un rendez-vous de suivi avec le VK ou SOS Enfants en concertation avec les services concernés ; › Envisager l'orientation vers un-e pédopsychiatre de garde et un-e pédiatre de garde pour une évaluation et un éventuel traitement ambulatoire ou résidentiel ; › Envisager l'hospitalisation ; › Contacter les parents si cela n'a pas encore été fait ; › Sur base des modalités de collaboration locale, contacter le SAJ qui évaluera les critères de danger et/ou de difficulté selon ses propres critères d'intervention.
HAUT (violence par autrui)	<ul style="list-style-type: none"> › Risque de violence par autrui 	<ul style="list-style-type: none"> › Faire le plan de sécurité pour les mineurs ≥ 12 ans ; › Contacter le parquet ; › Contacter (éventuellement en concertation avec le parquet) le VK/OCJ ou SOS Enfants ; › Envisager l'hospitalisation ; › Sur base des modalités de collaboration locale, contacter le SAJ qui évaluera les critères de danger et/ou de difficulté selon ses propres critères d'intervention.

Si la police ou le parquet n'ont pas encore connaissance des faits, l'équipe vérifiera si la victime mineure ou son/sa/ses parent(s)/tuteur/-rice veulent déposer une plainte ou non.

- > **La victime mineure peut toujours déposer une plainte, même si le(s) parent(s) ne le souhaite(nt) pas.** Il faut noter que, dans ce cas, la police sera toutefois obligée d'informer les personnes civilement responsables de la victime mineure. Le(s) parent(s), le/la tuteur/-rice ou la personne de soutien peuvent également indiquer s'ils/elles veulent déposer une plainte.
- > L'équipe informe correctement la victime mineure sur ce qu'il se passera si elle décide de porter plainte. L'équipe s'efforce d'expliquer aussi clairement que possible les étapes suivantes si la victime mineure ou son/ses/sa parent(s)/tuteur/-rice ou sa personne de soutien déposent une plainte. Ces informations sont données sur mesure en fonction de la victime mineure.

L'équipe informe la victime mineure, et son/sa/ses parent(s)/tuteur/-rice ou personne de soutien, sur l'existence (ou la suspicion) de violences en phase aiguë ou en phase non aiguë. L'équipe explique de quelle manière cet élément affecte les démarches ultérieures que le CPVS prendra en fonction des différents scénarios (dans les chapitres 6, 7 et 8).

En fonction de la volonté de porter plainte et de la phase dans laquelle les faits ont été commis, le scénario est différent :

- > S'il y a une volonté de porter plainte, ou si une plainte a déjà été déposée, l'EMD suit la procédure prévue au...
 - **Point 7 « Scénario judiciaire : admission en phase aiguë »** pour les faits commis en phase aiguë ;
 - **Point 8 « Scénario judiciaire : admission en phase non-aiguë »** pour les faits commis en phase non aiguë.
- > S'il n'y a pas de volonté de déposer une plainte, l'EMD suit les étapes décrites **au point 9 : « Scénario extrajudiciaire »**.

7. SCÉNARIO JUDICIAIRE : ADMISSION EN PHASE AIGÜE

7.1 ÉTAPE 5 : Contact avec la police et le parquet – Réquisition examen médico-légal

Il existe deux situations pour lesquelles le scénario judiciaire s'applique : une victime, ses parents ou personne de soutien peuvent déposer plainte ou L'EMD peut décider d'utiliser son droit de signalement au/à la Procureur/-e du Roi.

- Si la victime mineure et son/sa/ses parent(s)/tuteur/-rice ou personne de soutien souhaitent déposer une plainte :
 - > L'EMD contacte le Single Point Of Contact (SPOC) des inspecteurs/-rices violences sexuelles ;
 - > Le parquet et/ou le/la juge d'instruction est averti/-e afin d'obtenir une réquisition immédiate pour l'examen médico-légal. Le parquet confirme ensuite la réquisition orale par écrit.

L'opportunité d'effectuer un prélèvement d'échantillons médico-légaux est étudiée, en tenant compte des éléments suivants :

- > Les **informations** relatives aux faits sur base du récit spontané (de la victime mineure et/ou de son (ses) parent(s) ou personne de soutien qui l'accompagne(nt)). S'il y a trop de doutes par rapport au récit et, par conséquent, sur le fait que des violences sexuelles ont eu lieu et sur les formes qu'elles ont prises, il peut ne pas être approprié de faire subir des prélèvements médico-légaux (complets) à la personne mineure. Discutez de l'opportunité de l'examen médico-légal avec l'équipe multidisciplinaire et/ou le parquet avant de demander la réquisition.
- > Le **temps** écoulé depuis les faits. Le prélèvement d'échantillons en vue de détecter l'ADN n'est opportun que dans les 72 heures après les faits chez les victimes mineures (48 heures chez les prépubères), à l'exception des victimes de sexe féminin en (post-)puberté, sur lesquelles il est encore possible de trouver des traces ADN dans les 7 jours. Après 72 heures, il est encore possible d'effectuer un examen médico-légal clinique et de collecter des échantillons d'urine ou de cheveux/poils.
- Si, à l'issue d'une concertation multidisciplinaire, l'équipe invoque le droit de signalement prévu à l'article 458bis du Code pénal, elle signale les faits au/à la procureur/-e du Roi.

Les contacts se déroulent selon les modalités convenues dans l'accord de collaboration locale. Le parquet veille à la protection de la victime mineure et fait à cet effet appel aux procédures existantes en matière de protection de la jeunesse et saisira le VK/le SAJ.

7.2 ÉTAPE 6 : Examen médical et médico-légal

Avant de procéder à l'examen médical et médico-légal, l'équipe définit qui se chargera de quelle partie de l'examen. Si l'infirmier/-ère CPVS n'a pas besoin du soutien du/de la médecin de garde, il/elle réalise l'examen médico-légal sur base de la « Feuille de route pour l'examen médico-légal chez les mineur-e-s (FRML) judiciaire » et le protocole médical, selon un ordre permanent du/de la médecin, qui reste joignable pour répondre aux éventuelles questions.

- > L'équipe multidisciplinaire explique à la victime mineure et à son/sa/ses parent(s)/tuteur/-rice ou personne de soutien en quoi consistent précisément l'examen médico-légal et le prélèvement d'échantillons. L'équipe explique le mieux possible en quoi consisteront les différentes étapes, éventuellement à l'aide d'une poupée ou d'un dessin pour illustrer certaines procédures et positions, et indique qui fera quoi.

- > La victime mineure est accompagnée par l'infirmier/-ère CPVS dans la salle de consultation. Durant l'examen, la victime mineure peut se faire accompagner par un/ses parent(s) ou une personne de soutien. Il est important que la victime mineure se sente à l'aise avec les personnes présentes.

Demandez à la victime mineure qui peut être présent/-e dans la salle de consultation et confirmez le signal convenu, qu'il/elle peut faire lorsqu'il/elle souhaite que son/ses parent(s) ou sa personne de soutien quitte la pièce. L'équipe souligne qu'elle respectera toujours ce signal et demandera alors immédiatement au(x)/à la parents/tuteur/-rice/personne de soutien de quitter la pièce.

- > Aucun acte ne sera imposé à l'enfant ou au/à la jeune. L'équipe demande toujours l'autorisation de la victime mineure apte à apprécier raisonnablement ses intérêts pour effectuer l'examen médico-légal/médical.
- > Ce n'est que si l'enfant est très agité/-e et qu'un examen physique est vital que celui-ci peut avoir lieu sous sédation ou anesthésie légère (par exemple avec Kalinox[®]). En cas d'anesthésie, il convient de le signaler dans le rapport médico-légal. L'administration d'une anesthésie se fait en concertation avec le service de pédiatrie et dans un local où la victime mineure peut faire l'objet d'une observation. En cas de douleur, un antalgique est administré. Le plus important est toutefois que l'équipe multidisciplinaire tente en permanence de rassurer la victime et de créer un environnement sûr.
- > La victime mineure sera examinée en décubitus dorsal, en décubitus ventral (genou et poitrine) ou en position latérale. Un examen au spéculum doit absolument être évité chez les victimes mineures en période de prépuberté.

L'examen médico-légal est effectué selon la FRML. Voir annexe 1 pour le rapport de la feuille de route médico-légale.

- > 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 fermée 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 CPVS.
- > Dans le cadre de la FRML, il faut veiller à éviter autant que possible de poser des questions dirigées et suggestives, afin de ne pas influencer l'audition TAM. Ce n'est que lorsqu'il est impossible, pour des raisons médicales ou médico-légales (décision concernant le prélèvement d'échantillons), de fournir une prise en charge adéquate uniquement sur la base du récit spontané, que des questions dirigées peuvent être posées à la victime mineure.

Vérifiez le protocole médical :

- > Pour les mineurs/-es de 15 ans et plus : voir annexe 3
- > Pour les mineurs/-es de moins de 15 ans, les soins médicaux sont prodigués selon le protocole en annexe 4, qui est conforme aux directives nationales du Comité d'accompagnement des Centres de référence du VIH, et aux lignes directrices internationales CDC et NICE. Ce protocole doit être adapté à la réalité de chaque CPVS et à toutes les modifications futures des directives nationales et internationales.

Le protocole médical accorde également de l'attention à l'évaluation des risques de violences contre soi-même ou par des tiers.

Pour pratiquer des actes médicaux, il faut demander le consentement éclairé de la victime mineure qui peut être estimée apte à apprécier raisonnablement ses intérêts ou des parent(s)/tuteur/-rice de la victime mineure qui ne peut être estimée apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.

À l'issue de l'examen médico-légal, la victime peut prendre une douche et mettre des vêtements propres. L'équipe stocke correctement les prélèvements.

L'inspecteur/-rice violences sexuelles de garde est informé/-e que l'examen médico-légal a été effectué. L'inspecteur/-rice violences sexuelles s'occupe de la saisie et de la mise sous scellés des prélèvements médico-légaux, des vêtements et du rapport médico-légal. Selon les accords locaux, la structure CPVS et/ou les laboratoires s'occupent de la conservation des prélèvements médico-légaux du rapport médico-légal.

7.3 ÉTAPE 7 : Déposition parent(s)/personne de soutien et audition TAM¹⁰

- La déposition du ou des parent(s) ou personne de soutien
 - > De préférence, l'inspecteur/-rice violences sexuelles se rend également sur place pour prendre la déposition du ou des parent(s) ou personne de soutien qui accompagnent la victime mineure. Les procès-verbaux des dépositions recueillies sont transmis par l'inspecteur/-rice violences sexuelles au service de police qui mènera la suite de l'enquête.
 - > Si l'inspecteur/-rice violences sexuelles ne peut pas se rendre sur place, des accords sont conclus au niveau local à propos de l'endroit où le(s) parent(s) ou la personne de soutien peuvent faire une déposition et sur la manière dont la police peut faciliter cette démarche.
- L'audition TAM
 - > L'audition TAM est requise par le parquet.
 - > L'audition TAM est organisée le plus rapidement possible en tenant compte des disponibilités des fonctionnaires de police habilités/-es à mener une audition audiovisuelle pour les victimes mineures, de l'organisation locale du réseau TAM et en accordant une attention particulière au rythme de la victime mineure.
 - > Elle peut être organisée le jour même de l'admission au CPVS ou à une date ultérieure. Toutefois, l'audition TAM doit être effectuée dès que possible.
 - > L'audition TAM peut avoir lieu au sein de la structure CPVS, si celui-ci dispose d'un local d'audition TAM agréé, ou dans un local d'audition TAM plus proche du domicile de la victime.
 - > La victime et ses parents seront informés/-es par la police de la date et de l'heure de l'audition.

¹⁰ Voir circulaire ministérielle du 16 juillet 2001 relative à l'enregistrement audiovisuel de l'audition de mineurs victimes ou témoins d'infractions, ou les circulaires ultérieures qui remplacent la précédente.

8. SCÉNARIO JUDICIAIRE : ADMISSION EN PHASE NON AIGÜÈ

8.1 ÉTAPE 5 : Contact police et parquet – réquisition audition TAM¹¹

Il existe deux situations pour lesquelles le scénario judiciaire s'applique : une victime, ses parents ou personne de soutien peuvent déposer plainte ou L'EMD peut décider d'utiliser son droit de signalement au/à la Procureur/-e du Roi.

- Si la victime s'est présentée directement au sein de la structure CPVS pour des faits qui ont eu lieu en phase non aiguë, l'équipe multidisciplinaire vérifie si la victime, son/sa/ses parent(s)/tuteur/-rice ou personne de soutien souhaite déposer plainte.
 - > L'EMD contacte le SPOC des inspecteur-riche-s violences sexuelles pour les informer qu'une victime mineure de violences sexuelles s'est présentée au sein de la structure CPVS et que la victime mineure, et/ou son/sa/ses parent(s)/tuteur/-rice ou personne de soutien souhaite déposer plainte. Le SPOC des inspecteurs/-rices violences sexuelles ou le/la coordinateur/-rice de la police facilite le dépôt de plainte.
 - > La police informe le parquet qui requerra l'audition TAM. L'audition TAM doit être planifiée dès que possible, en tenant compte du rythme de la victime mineure ; cette dernière et ses parents/tuteur/-rice seront informé-e-s par la police de la date et de l'heure de l'audition. L'audition sera organisée le plus près possible du domicile de la victime mineure. Si la structure CPVS dispose d'un local d'audition TAM agréé, elle peut également le mettre à disposition.
 - > L'EMD indique aux parent(s)/tuteur-riche/personne de soutien qu'il est recommandé qu'ils/elles ne posent aucune question à propos des faits avant l'audition TAM, pour éviter toute collusion.
- Si, à l'issue d'une concertation multidisciplinaire, l'équipe invoque le droit de signalement prévu à l'article 458bis du Code pénal, elle signale les faits au/à la procureur/-e du Roi.

Si la victime s'est présentée directement auprès de la police, le service de police informera la victime à propos de l'offre du CPVS et des autres instances qui apportent une assistance aux victimes.

Le parquet veille à la protection de la victime mineure et fait à cet effet appel aux procédures existantes en matière de protection de la jeunesse et saisira le VK/le SAJ.

8.2 ÉTAPE 6 : Prise en charge médicale

Si la victime mineure et ses parent(s)/tuteur/-rice ou personne de soutien se sont présentés/-es directement auprès de la structure CPVS, ou ont été orienté/-es vers la structure CPVS par la police, il faut examiner les soins médicaux qui peuvent encore leur être proposés, compte tenu du délai écoulé depuis les faits et de la demande d'aide de la victime.

¹¹ En phase non aiguë, la recherche de traces ne donnera aucun résultat ; il n'y aura donc pas d'examen médico-légal systématique. Dans des circonstances exceptionnelles, le/la juge d'instruction peut décider qu'il est tout de même judicieux de pratiquer un examen médico-légal, compte tenu du délai écoulé, des violences commises et de l'âge de la victime. Dans ce cas, l'examen aura lieu après l'audition TAM.

Si les soins médicaux sont proposés au sein-même de la structure CPVS, le protocole médical est parcouru :

- > Pour les mineurs/-es de 15 ans et plus : voir annexe 3
- > Pour les mineurs/-es de moins de 15 ans, les soins médicaux sont prodigués selon le protocole en annexe 4, qui est conforme aux directives du Comité d'accompagnement des Centres de référence du VIH, et aux lignes directrices internationales CDC et NICE. Ce protocole doit être adapté à la réalité de chaque Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles et à toutes les modifications futures des directives nationales et internationales.

Le protocole médical accorde de l'attention à l'évaluation des risques de violences contre soi-même ou par des tiers.

Pour pratiquer des actes médicaux, il faut demander le consentement éclairé de la victime mineure qui peut être estimée apte à apprécier raisonnablement ses intérêts ou des parent(s)/tuteur/-rice de la victime mineure qui ne peut être estimée apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.

9. SCÉNARIO EXTRAJUDICIAIRE

9.1 ÉTAPE 5 : Concertation multidisciplinaire à propos du code de signalement art. 458bis CP¹²

Si la victime mineure ou ses parent(s)/tuteur/-rice/personne de soutien ne souhaitent pas déposer plainte, l'équipe multidisciplinaire doit se concerter afin de décider d'invoquer ou non le droit de signalement prévu à l'article 458bis du Code pénal. En outre, avant d'envisager de signaler au/à la Procureur/-e du Roi, l'équipe du CPVS doit d'abord réfléchir à relayer ses inquiétudes vers le SAJ. Ce dernier évaluera les critères de danger et/ou de difficultés relayés par le CPVS selon ses propres critères d'intervention. En effet, le CPVS ne peut signaler au/à la Procureur/-e du Roi qu'en cas de danger grave et imminent.

En cas de doute sur l'application de l'article 458bis du Code pénal, l'équipe peut faire appel à l'expertise du VK ou à l'équipe de SOS Enfants. Si le CPVS soupçonne que la victime mineure se trouve dans une situation de danger, il prend automatiquement contact avec le VK ou SOS Enfants¹³.

L'article 458bis du Code pénal stipule que le secret professionnel peut être levé lorsque :

- Un/-e/des prestataire(s) de soins a/ont connaissance de faits punissables concernant des violences sexuelles
- Commis sur une personne mineure ou sur une personne majeure vulnérable
- Et que
 - > Soit il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale de la personne mineure ou de la personne majeure vulnérable ;
 - > Soit/et il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres personnes mineures ou majeures vulnérables soient victimes de violences sexuelles ;
- Et que le/la/les prestataire(s) de soins n'est/ne sont pas en mesure, seul/-e ou à l'aide de tiers, de protéger l'intégrité de la victime ou d'autres personnes mineures ou majeures vulnérables.

Il est particulièrement important d'envisager de manière fondée l'application de l'article 458bis du Code pénal en présence de signaux indiquant une contrainte exercée sur la victime mineure et faire particulièrement attention aux situations où l'on soupçonne qu'une personne faisant partie du ménage ou chargée de l'éducation du/de la mineur/-e est l'auteur/-e des violences sexuelles.

Si l'équipe décide, en concertation interne, ou après contact avec le VK ou l'équipe SOS Enfants, qu'une situation précise remplit les conditions de l'article 458bis du Code pénal, elle pourra informer le/la procureur/-e du Roi des faits. En Fédération Wallonie-Bruxelles, un double signalement au SAJ est indiqué. Dans ce cas, l'équipe attend les instructions du parquet.

Si un examen médico-légal est requis, il faut pour ce faire suivre la feuille de route du chapitre 7 en phase aiguë, et les étapes du chapitre 8 en phase non aiguë.

Si l'équipe décide de ne pas invoquer l'article 458bis du Code pénal, les démarches suivantes sont entreprises.

¹² Plus d'informations sur l'application de l'article 458bis CP dans le Code de signalement Secret professionnel CPVS.

¹³ Pour la Fédération Wallonie-Bruxelles : SOS Enfants conseillera au CPVS de renvoyer ou non vers le SAJ en vue d'une prise en charge spécialisée. En fonction de la situation et des disponibilités de chacun/-e, le CPVS peut prendre contact avec le SAJ directement, en cas d'inquiétude.

9.2 ÉTAPE 6 : Examen médical et médico-légal

- En phase non aiguë

Il faut examiner les soins médicaux qui peuvent encore être proposés par le CPVS, compte tenu du délai écoulé depuis les faits.

- En phase aiguë

L'examen médical se déroule selon la « Feuille de route médico-légale – extrajudiciaire pour les victimes mineures » (voir annexe 2) et le protocole médical (voir annexe 3 pour les + de 15 ans et annexe 4 pour les – de 15 ans).

- > Avant de procéder à l'examen médical et médico-légal, l'équipe définit qui se chargera de quelle partie de l'examen. Si l'infirmier/-ère CPVS n'a pas besoin du soutien du/de la médecin de garde, il/elle réalise l'examen médico-légal sur base de la FRML extrajudiciaire, selon un ordre permanent du/de la médecin, qui reste joignable pour répondre aux éventuelles questions.
- > L'équipe multidisciplinaire explique à la victime mineure et à son/sa/ses parent(s)/tuteur/-rice ou personne de soutien en quoi consistent précisément l'examen médico-légal et le prélèvement d'échantillons.

L'équipe explique le mieux possible en quoi consisteront les différentes étapes, éventuellement à l'aide d'une poupée ou d'un dessin pour illustrer certaines procédures et positions, et indique qui fera quoi.

- > Aucun acte ne sera imposé à l'enfant ou au/à la jeune. L'équipe demande toujours l'autorisation de la victime mineure apte à apprécier raisonnablement ses intérêts pour effectuer l'examen médico-légal et au(x) parent(s) ou au/à la tuteur/-rice si la victime n'est pas apte à apprécier raisonnablement ses intérêts. L'autorisation (consentement éclairé) de la victime mineure ou de ses parents ou tuteur/-rice est requise pour chaque volet de l'examen médical.
- > Ce n'est que si l'enfant est très agité/-e et qu'un examen physique est vital que celui-ci peut avoir lieu sous sédation ou anesthésie légère (par exemple avec Kalinox®). En cas d'anesthésie, il convient de le signaler dans le rapport médico-légal. L'administration d'une anesthésie se fait en concertation avec le service de pédiatrie et dans un local où la victime mineure peut faire l'objet d'une observation. En cas de douleur, un antalgique est administré. Le plus important est toutefois que l'équipe multidisciplinaire tente en permanence de rassurer la victime et de créer un environnement sûr.
- > La victime mineure sera examinée en décubitus dorsal, en décubitus ventral (genou et poitrine) ou en position latérale. Un examen au spéculum doit absolument être évité chez les victimes mineures en période de prépuberté.
- > Le dossier médical ainsi que les échantillons ADN et les vêtements sont conservés pendant 50 ans au sein de la structure CPVS ou dans un laboratoire de l'hôpital avec lequel un protocole a été conclu. Les échantillons biologiques prélevés pour la toxicologie sont conservés pendant un maximum de 5 ans.

À l'issue de l'examen médico-légal, la victime peut prendre une douche et mettre des vêtements propres. L'équipe stocke correctement les prélèvements.

10. SORTIE ET PRÉPARATION DU SUIVI

L'infirmier/-ère CPVS prend en charge la sortie et la préparation du suivi. Il/Elle peut se faire assister par le/la médecin de garde qui suit la victime mineure, ou par le/la psychologue du CPVS s'il/si elle est présent/-e.

- L'infirmier/-ère CPVS demande à la victime comment elle se sent. Indiquez que la victime ou son/sa/ses parent(s)/tuteur/-rice ou personne de contact peuvent téléphoner s'ils/si elles ont des questions. Le(s) parent(s) ou le/la tuteur/-rice reçoivent le Guide pour les personnes de soutien.
- Quel que soit le niveau de risque pour la victime mineure, le CPVS prend contact avec le VK ou SOS Enfants dans le cadre de l'organisation du suivi psychosocial de la victime mineure, selon les modalités reprises dans l'accord de collaboration locale et en tenant compte des conditions suivantes :

- > L'équipe demande à la victime mineure apte à apprécier raisonnablement ses intérêts si elle a des objections concernant cette prise de contact. Elle suit les souhaits du/de la mineur/-e. Si l'EMD est préoccupée par la sécurité de la victime mineure, elle peut toujours contacter VK ou SOS Enfants pour discuter du dossier (de manière anonyme).

Uniquement si la victime mineure apte à apprécier raisonnablement ses propres intérêts s'oppose à être orientée vers le VK ou SOS Enfants, ET qu'il n'est pas question de situation dangereuse, le CPVS peut offrir un suivi psychologique sans contacter VK ou SOS Enfants.

- > Si la victime mineure n'est pas apte à apprécier raisonnablement ses intérêts, l'EMD peut contacter le VK ou SOS Enfants sans se concerter avec les parents dans le cas d'une suspicion d'abus sexuels sur enfant (peu importe que ces abus aient été commis par une personne connue ou inconnue).
- > De préférence, le soutien psychologique ne débute qu'après l'audition TAM pour éviter toute collusion, mais lorsqu'il y a un besoin urgent de fournir un soutien psychologique à la victime mineure, le VK/SOS Enfants ou le/la psychologue CPVS peuvent déjà proposer un soutien avant l'audition TAM.
- > Il s'agit dans ce cas d'un soutien psychologique et pas d'entretiens à propos des faits-mêmes, pour éviter toute collusion. Cependant, aucune offre en matière de soutien ou d'assistance n'est proposée aux parents avant la réalisation de l'audition TAM.
- > Le VK ou SOS Enfants tiennent le CPVS au courant de la suite de l'assistance, selon les modalités reprises dans l'accord de collaboration locale.
- Afin de garantir la sécurité du/de la mineur/-e qui est en danger et lorsqu'il est question d'une situation de crise, il peut être procédé à l'hospitalisation du/de la mineur/-e dans son intérêt. Le CPVS est en effet tenu de prendre les mesures appropriées en adéquation avec l'intérêt de l'enfant et qui protègent la santé physique ou mentale de la victime mineure.
 - > L'équipe multidisciplinaire doit obtenir l'autorisation de la victime mineure qui peut être estimée apte à apprécier raisonnablement ses intérêts (consentement éclairé) et impliquer la victime mineure qui ne peut être estimée apte à apprécier raisonnablement ses intérêts dans la décision.
 - > L'équipe demande au(x) parent(s) s'il(s) est (sont) prêt(s) à apporter sa/leur collaboration à une hospitalisation.
 - > Si le(s) parent(s) ou la victime mineure s'oppose(nt) à l'hospitalisation volontaire, l'infirmier/-ère CPVS peut contacter le parquet pour demander l'hospitalisation forcée.
- L'infirmier/-ère CPVS du CPVS oriente également les victimes vers d'autres services d'assistance, comme le Service d'Accueil des Victimes (SAcV) de la Maison de Justice, et explique l'aide qu'ils peuvent apporter,

éventuellement en concertation avec VK ou SOS Enfants.

- Fournissez les informations sur le suivi médical et donnez les certificats nécessaires.
 - > Pour justifier l'absence à l'école ou au travail, un certificat médical est rédigé dans chaque cas, indiquant l'incapacité pour le/la mineur-e de participer à des activités quotidiennes pendant au minimum les 3 premiers jours. Ce certificat est établi et signé par un/-e médecin.

À la fin de cette période, réévaluez si un nouveau certificat médical est nécessaire.

Vérifiez également si le(s) parent(s) ou l'éventuelle personne de soutien ont besoin d'un certificat pour prendre soin de la victime.
 - > S'il ressort des examens qu'il est recommandé d'entamer une prophylaxie post-exposition (NONOPEP), vérifiez une nouvelle fois avec la victime mineure et/ou son/sa/ses parent(s)/tuteur/-rice que les modalités de prise de la médication sont bien comprises.

Fixez la première consultation avec le/la médecin du centre de référence VIH (ou le/la pédiatre infectiologue) le jour 3 ou 4 en concertation avec la victime mineure et son/sa/ses parent(s) ou tuteur/-rice. Signalez que la victime est attendue à plusieurs reprises chez la/le médecin du centre de référence VIH 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 centre de référence VIH n'est présent/-e au sein de la structure CPVS, expliquez à la victime comment se rendre au centre de référence VIH 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 dispose de la médication jusqu'à la prochaine consultation.
 - > D'autres ordonnances jugées opportunes selon la feuille de route sont prescrites par le/la médecin de garde ou administrées directement si possible. D'autres rendez-vous pour le suivi médical par un/-e médecin sont fixés et leur nécessité est expliquée.
- Fournissez des informations sur le dépôt de plainte et l'audition.
 - > Si une plainte a été déposée et que l'audition TAM n'a pas encore eu lieu, signalez à la victime mineure et à son/sa/ses parent(s)/tuteur/-rice ou personne de soutien qu'ils/elles recevront un message de la part de la police pour leur indiquer le moment et le lieu de l'audition TAM. Informez le(s) parent(s) ou la personne de soutien du fait qu'ils/elles ne peuvent poser aucune question à propos des faits à la victime mineure avant l'audition TAM, pour éviter toute collusion éventuelle.
 - > Si aucune plainte n'a été déposée, l'infirmier/-ère CPVS indique à la victime mineure et à son/ses parent(s) où s'adresser s'ils/si elles souhaitent déposer plainte dans le futur. Il/Elle leur signale aussi qu'ils/elles pourront également toujours reprendre contact avec le CPVS.
- Prenez des arrangements concernant la gestion de cas qui sera effectuée par le CPVS et concernant qui l'infirmier/-ère CPVS peut contacter.
 - > La gestion de cas est également reliée au volet médical, en particulier en cas de prescription d'une PEP et/ou d'autres médicaments.
 - > Lorsque l'infirmier/-ère CPVS est préoccupé/-e par la sécurité de la victime mineure durant les contacts téléphoniques qui suivent la sortie du CPVS, il/elle prend contact avec le VK, SOS Enfants ou le SAJ.
 - > Pour plus d'informations concernant la gestion de cas : voir le Plan d'action pour l'infirmier/-ère CPVS.

11. APTITUDE À APPRÉCIER RAISONNABLEMENT SES INTERETS CHEZ LES MINEUR-E-S¹⁴

Les mineurs/-es sont soumis/-es à l'autorité parentale de leurs parents. Cela signifie que les parents/tuteurs/-rices ont le droit de prendre des décisions sur des questions relatives au bien-être et à la santé de leurs enfants. Les parents ont l'autorité parentale sur leurs enfants jusqu'à l'âge de 18 ans¹⁵. L'autorité parentale doit toujours être exercée dans l'intérêt de l'enfant, et non dans l'intérêt des parents¹⁶.

L'**autorité parentale** n'implique pas que les parents ont le monopole de l'exercice des droits de leurs enfants jusqu'à l'âge de la majorité. Les parents doivent plutôt être vus comme les personnes qui donnent à leurs enfants l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice de leurs droits, d'une manière qui correspond au développement de leurs capacités¹⁷. Plus l'enfant se développe, apprend et expérimente par lui-même/elle-même, plus les parents doivent relâcher les rênes pour permettre à l'enfant de faire ses propres choix¹⁸.

L'enfant a en effet différents droits qui doivent être garantis, notamment le droit au respect de son intégrité morale, physique, psychique et sexuelle, et le droit de s'exprimer sur toute question qui le concerne ; son opinion est prise en considération, eu égard à son âge et à son discernement¹⁹.

11.1 La loi relative aux droits du/de la patient/-e

En droit médical, la loi relative aux droits du/de la patient/-e (ci-après : « LDP »)²⁰ tient très spécifiquement compte de ces droits fondamentaux des enfants. La LDP stipule dans ce cadre qu'un/-e patient/-e mineur/-e est associé/-e à l'exercice de ses droits en tant que patient/-e en tenant compte de son **âge** et de sa **maturité**. Lorsque le/la mineur/-e est apte à **apprécier raisonnablement ses intérêts**, il/elle peut exercer ses droits en tant que patient/-e de manière autonome.²¹

La LDP est d'application sur les droits relatifs aux soins de santé, c'est-à-dire les services dispensés par un/-e praticien/-ne professionnel/-le en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un/-e patient/-e²².

¹⁴ Le texte de ce chapitre s'inspire du chapitre 2 de la thèse du Dr. Michel Deneayer : DENEYER, M. (2012) *Deontologische, ethische en wettelijke implicaties van de zorg voor minderjarigen*, VUBPRESS Brussels University Press.

¹⁵ Art. 372, Code civil.

¹⁶ Art. 22bis Constitution.

¹⁷ Art. 5, Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989, et ratifiée par l'État belge en 1992 (M.B. 17/01/1992).

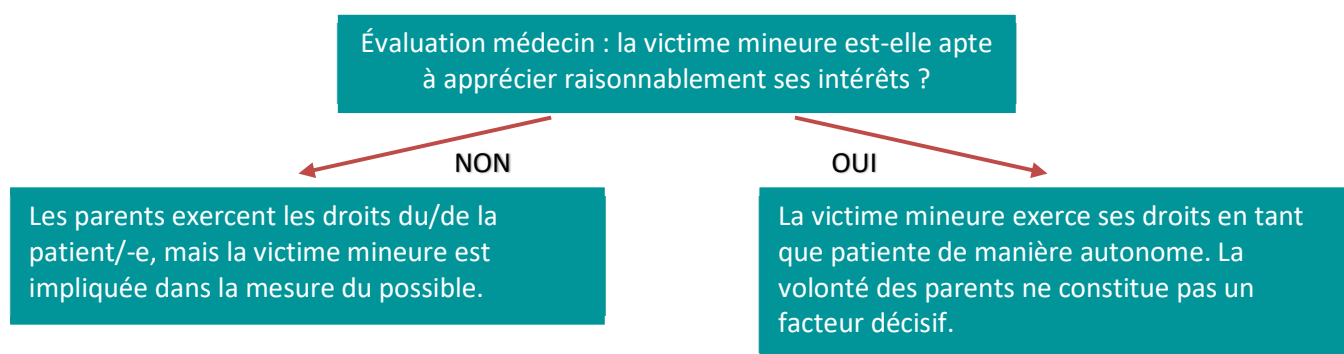
¹⁸ Par. 84, Comité des droits de l'enfant NU (CRC), Observation générale n°12 (2009) : Le droit de l'enfant d'être entendu, 20 juillet 2009, CRC/C/GC/12.

¹⁹ Art. 22bis de la Constitution belge.

²⁰ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (WPR) (B.S. 26/09/2002).

²¹ Art. 12, §2, LDP.

²² Art. 2, 2°, LDP.



Dans le modèle CPVS, l'évaluation de l'aptitude de la victime mineure à apprécier raisonnablement ses intérêts est pertinente pour les aspects suivants :

- > le droit à disposer des informations nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable (pertinent pour la mise en œuvre de la feuille de route médico-légale et de la feuille de route pour l'examen médical, ainsi que du protocole médical)²³ ;
- > le droit de donner son consentement au préalable, librement et de manière éclairée, à toute intervention du/de la praticien/-ne professionnel/-le (pertinent pour l'examen médical)²⁴ ;
- > le droit à la protection de sa vie privée et au respect de son intimité lors de toute intervention du/de la praticien/-ne professionnel/-le et en particulier en ce qui concerne les informations relatives à sa santé (pertinent pour informer les parents au sujet de l'admission de leur enfant)²⁵.

11.2 L'évaluation de l'aptitude à apprécier raisonnablement ses intérêts dans le droit médical

Aucun critère légal n'est prévu pour aider les médecins à évaluer l'aptitude à apprécier raisonnablement ses intérêts. C'est la raison pour laquelle la prise en charge des victimes mineures de violences sexuelles au sein d'un CPVS se base sur la concertation multidisciplinaire. Dès son admission, le/la patient/-e est, dans la mesure du possible, accueilli/-e par une équipe composée au minimum d'un/-e infirmier/-ère CPVS et d'un/-e médecin de garde. Pour l'évaluation de l'aptitude à apprécier raisonnablement ses intérêts, l'équipe peut également faire appel au/à la psychologue du CPVS s'il/si elle est présent-e, ou à un/-e autre médecin.

Lors de l'évaluation de l'aptitude à apprécier raisonnablement ses intérêts, l'équipe médicale peut notamment tenir compte des aspects suivants²⁶ :

- > La victime mineure est pleinement consciente, il n'est pas question d'intoxication, l'état de santé est suffisamment bon et n'influence pas la capacité de la victime mineure ;
- > L'état psychologique n'est pas tel que la victime mineure ne réagit pas aux informations ou aux sollicitations du personnel médical (suite au choc ou au stress traumatique) ;
- > L'âge de la victime mineure (l'âge seul n'est toutefois pas un critère suffisant) ;

²³ Art. 7, §1, LDP.

²⁴ Art. 8, §1, LDP.

²⁵ Art. 10, §1, LDP.

²⁶ Comité des droits de l'enfant NU (CRC), Observation générale n°12 (2009) : Le droit de l'enfant d'être entendu, 20 juillet 2009, CRC/C/GC/12 ; Conseil de l'Europe, Lignes directrices du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe sur une justice adaptée aux enfants, adoptée par le Comité des Ministres le 17 novembre 2020 ; DENEYER, M. (2012) *Deontologische, ethische en wettelijke implicaties van de zorg voor minderjarigen*, VUBPRESS Brussels University Press.

- > La victime mineure semble comprendre les informations données ;
- > La victime mineure semble comprendre le contexte et la situation dans lesquels elle se trouve ;
- > La victime mineure semble vouloir et pouvoir prendre une décision elle-même sans subir de pression (loyauté, enjeux de sécurité physiques et psychiques, etc.) ;
- > La décision prise semble être motivée de manière rationnelle ;
- > La victime mineure semble pouvoir évaluer les conséquences de cette décision.

La victime mineure doit comprendre suffisamment le contexte pour pouvoir l'évaluer elle-même raisonnablement et prendre une décision. La notion de compréhension suffisante ne signifie pas qu'elle doit comprendre pleinement tous les aspects.

- Si l'équipe estime que la victime mineure est apte à apprécier raisonnablement ses intérêts :
 - > La victime mineure peut alors décider elle-même si les informations du dossier médical peuvent être partagées avec ses parents et si l'examen médical peut être pratiqué.
- Si l'équipe estime que la victime mineure n'est pas apte à apprécier raisonnablement ses intérêts :
 - > Ce sont alors les parents ayant l'autorité parentale qui exerceront les droits en tant que patient/-e au nom de la victime mineure. Dans ce cas, les parents doivent être informés de l'admission de la victime mineure au CPVS et donner leur autorisation pour l'examen médical.

Les parents ne doivent cependant pas être présents tous les deux pour donner leur autorisation. Si l'un des parents est présent et prend une décision dans le cadre de l'autorité parentale, le médecin peut supposer de bonne foi que cette décision vaut également pour l'autre parent²⁷.

La notion de « bonne foi » implique qu'il n'y a pas de raison objective de douter que le parent absent refuserait de donner son autorisation et qu'il y a des raisons fondées de supposer que le parent présent a bien veillé à obtenir l'autorisation du parent absent²⁸.

Parfois, le personnel soignant peut apprendre de manière directe ou indirecte que le parent absent a une opinion différente concernant les soins médicaux. Par conséquent, s'il y a des raisons d'avoir des doutes quant au fait que l'autre parent donnerait l'autorisation, ou s'il y a des raisons fondées de supposer que le parent présent n'a pas fait le maximum pour obtenir l'autorisation du parent absent, par exemple dans le cadre d'une procédure de divorce compliquée, les options sont les suivantes :

- Dans le cadre de **l'examen médico-légal** :
 - > Lorsqu'une plainte a été déposée, sur base de la réquisition du parquet/du/de la juge d'instruction, il est possible de réaliser une exploration corporelle en vue de prélever des échantillons médico-légaux. Cela peut se faire sans l'autorisation du ou des parent(s).
 - > Lorsqu'aucune plainte n'a été déposée, les règles du droit médical s'appliquent (voir point suivant).

Toutefois, en cas de soupçons sérieux de maltraitance à l'égard du/de la mineur/-e, l'EMD peut invoquer le droit de parole prévu par l'article 458bis et signaler les faits au/à la procureur/-e du Roi, en vue de l'éventuelle réquisition d'une exploration corporelle et du prélèvement d'échantillons médico-légaux par la suite.

²⁷ Art. 373, Code civil.

²⁸ Renchon, J., Avis relatif à une éventuelle hospitalisation des victimes mineures au sein des centres de prise en charge des violence sexuelles, 22 janvier 2021, non-publié.

- Dans le cadre de **la prise en charge médicale**²⁹:
 - > Si l'EMD apprend que les parents ont une opinion différente à propos du traitement médical ou du prélèvement d'échantillons médico-légaux (dans un contexte extrajudiciaire), l'EMD a tout intérêt à chercher à obtenir l'autorisation des deux parents. L'EMD doit tout mettre en œuvre pour obtenir l'autorisation des deux parents, éventuellement en recourant aux conseils d'un/-e confrère/consœur ou à une concertation multidisciplinaire. Si le désaccord persiste, chacun des parents peut soumettre le litige au tribunal de la jeunesse.

Tous les éléments relatifs à la décision prise doivent figurer dans le dossier médical.
 - > Dans les situations d'urgence, l'intérêt du/de la mineur/-e prévaut sur une divergence d'opinion entre les parents, et 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. Documentez correctement dans le dossier médical la déviation de la décision des parents dans l'intérêt supérieur du/de la mineur/-e.

11.3 Situations exceptionnelles en droit médical

Lorsqu'il y a une menace pour la vie de la victime mineure ou la possibilité d'une atteinte grave à sa santé, l'équipe peut décider d'informer malgré tout les parents, même si la victime mineure est apte à apprécier raisonnablement ses intérêts³⁰. La situation d'urgence peut par exemple être d'application lorsqu'il apparaît, durant la prise en charge de la victime mineure au CPVS, que celle-ci a des pensées suicidaires ou gravement dépressives. L'équipe doit ajouter une motivation écrite dans le dossier médical³¹ afin de justifier la dérogation aux règles.

De même, dans les situations d'urgence, l'équipe multidisciplinaire peut s'écarter de la décision des parents, lorsque ce sont eux qui exercent les droits de leur enfant en tant que patient/-e, quand cela est dans l'intérêt de l'enfant, et pour éviter une menace pour sa vie ou une atteinte grave à sa santé³².

²⁹ 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).

³⁰ Art. 15, §2, LDP.

³¹ Art. 15, §3, LDP.

³² DENEYER, M. (2012) *Deontologische, ethische en wettelijke implicaties van de zorg voor minderjarigen*, VUBPRESS Brussels University Press, p. 35.

12. Annexes

12.1 Annexe 1 : FRML victimes mineures - judiciaire (voir document séparé)

12.2 Annexe 2 : FRML victimes mineures - extra-judiciaire (voir document séparé)

12.3 Annexe 3 : Protocole examen médical 15+³³

Les étapes décrites ci-dessous sont normalement à effectuer durant l'examen médico-légal, soit selon le plan de soins de référence infirmiers 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 le 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 VIH³⁴. Ce protocole sera régulièrement mis à jour en fonction des futures avancées scientifiques et des directives nationales et internationales.

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

- Sérologie sanguine :
 - > HIV, HBV (AgHBS, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc)³⁵, syphilis, HCV, HAV-IgG³⁶
 - > Si PEP administrée : créatinine, ALT 2)
- 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).
- Test de grossesse urinaire et/ou sanguin
- Toxicologie et éthanolémie en cas de suspicion d'intoxication.

2. Traitements à administrer³⁷

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

³³Le protocole médical a été modifié lors 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.

³⁴ 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/>.

³⁵ À rechercher sauf si une sérologie antérieure est disponible

³⁶ Si MSM et/ou si contact oro-anal

³⁷ Enregistrez les vaccins administrés.

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
- **Prophylaxie Nessesiria Gonorhea³⁸** : 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.

³⁸ 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.

- **Prophylaxie Chlamydia Trachomatis38 :**
 - > **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.

3) 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.

4)
- **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.

3. 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/Chlm	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		

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

4. 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

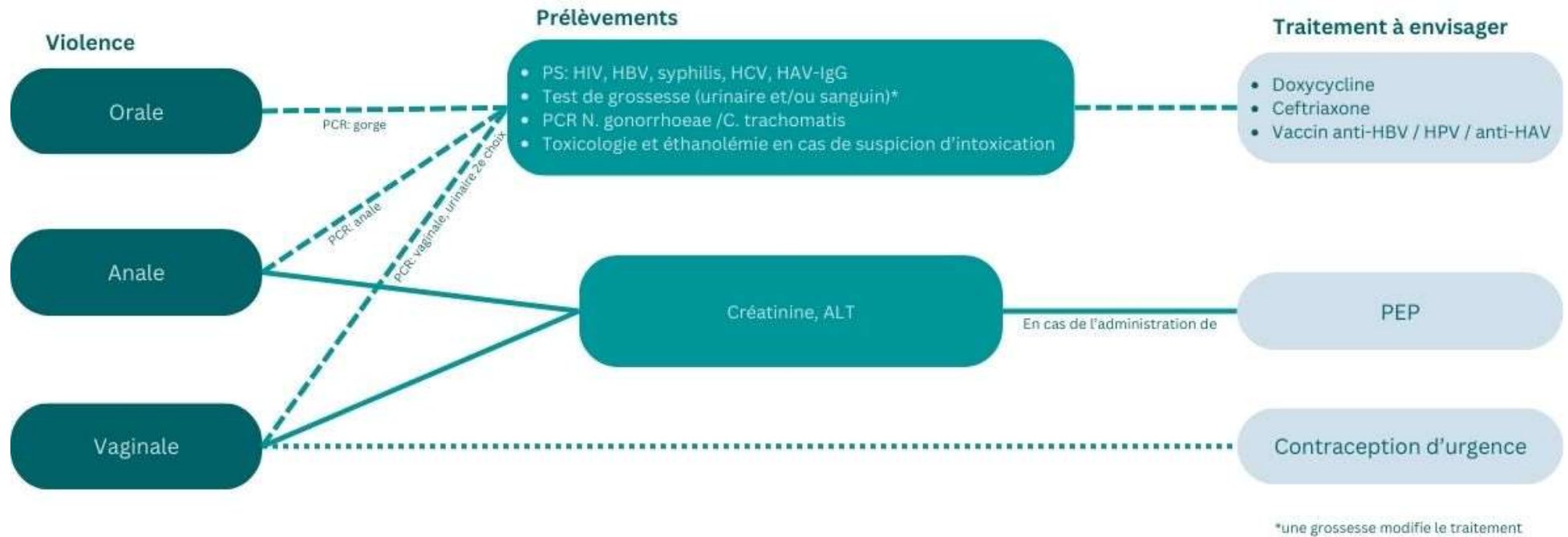
Violence anale

- **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 données 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.



12.4 Annexe 4 : Protocole examen médical -15³⁹

Les étapes suivantes sont normalement à effectuer lors de l'examen médico-légal via l'intervention du/de la médecin de garde. Vérifiez que toutes les étapes ont été passées en revue, et réalisez ce qui doit encore être fait. Remplissez le dossier médical (voir 4.6 du plan d'action infirmier/-ère CPVS au sein des Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles – victimes majeures).

Pour les mineurs/-es âgés/-es de 15 ans et plus, le même protocole de soins médicaux est utilisé que pour les adultes (voir 12.3). Pour les mineurs/-es de moins de 15 ans, les soins médicaux sont prodigués selon le protocole ci-dessous, qui est conforme aux lignes directrices internationales CDC, OMS et NICE et aux directives nationales relatives à la prophylaxie post-exposition au VIH40. Ce protocole sera régulièrement mis à jour en fonction des futures avancées scientifiques et des directives nationales et internationales.

a) Tests à réaliser lors de l'admission (J0) au CPVS

- Avant d'effectuer des tests sur des victimes mineures de moins de 15 ans, il est important de prendre en considération les recommandations suivantes :
 - > Chez les enfants et les adolescents/-es, il est nécessaire d'éviter autant que possible la douleur et les traumatismes. Par conséquent, il ne faut jamais utiliser de spéculum, certainement chez les filles prépubères. Chez les filles prépubères, les prélèvements (tant médico-légaux que médicaux) ne doivent jamais être réalisés plus profondément que dans le vestibule, en raison de la sensibilité de l'hymen avant la puberté. Chez les enfants et les adolescents/-es, comme chez les plus de 15 ans, un diagnostic et un dépistage adéquats sont tout aussi importants.
 - > L'anamnèse est peu fiable chez les jeunes enfants. La fiabilité d'une anamnèse peut être affectée chez les jeunes en raison de l'usage de la violence, de la présence ou de l'absence d'intoxication ou de dissociation, ou parce que l'âge de développement n'est pas encore adéquat. Cette fiabilité s'applique également aux contacts sexuels rapportés qui sont communiqués par le biais du récit spontané.⁴¹ Si l'on choisit de faire des tests supplémentaires, alors, quelle que soit l'histoire, la PCR de N. gonorrhoeae/C. trachomatis doit être effectuée par voie urogénitale, pharyngée et rectale.
 - > Les facteurs à prendre en compte dans le dépistage des IST chez les enfants et les adolescents/-es sont les suivants :

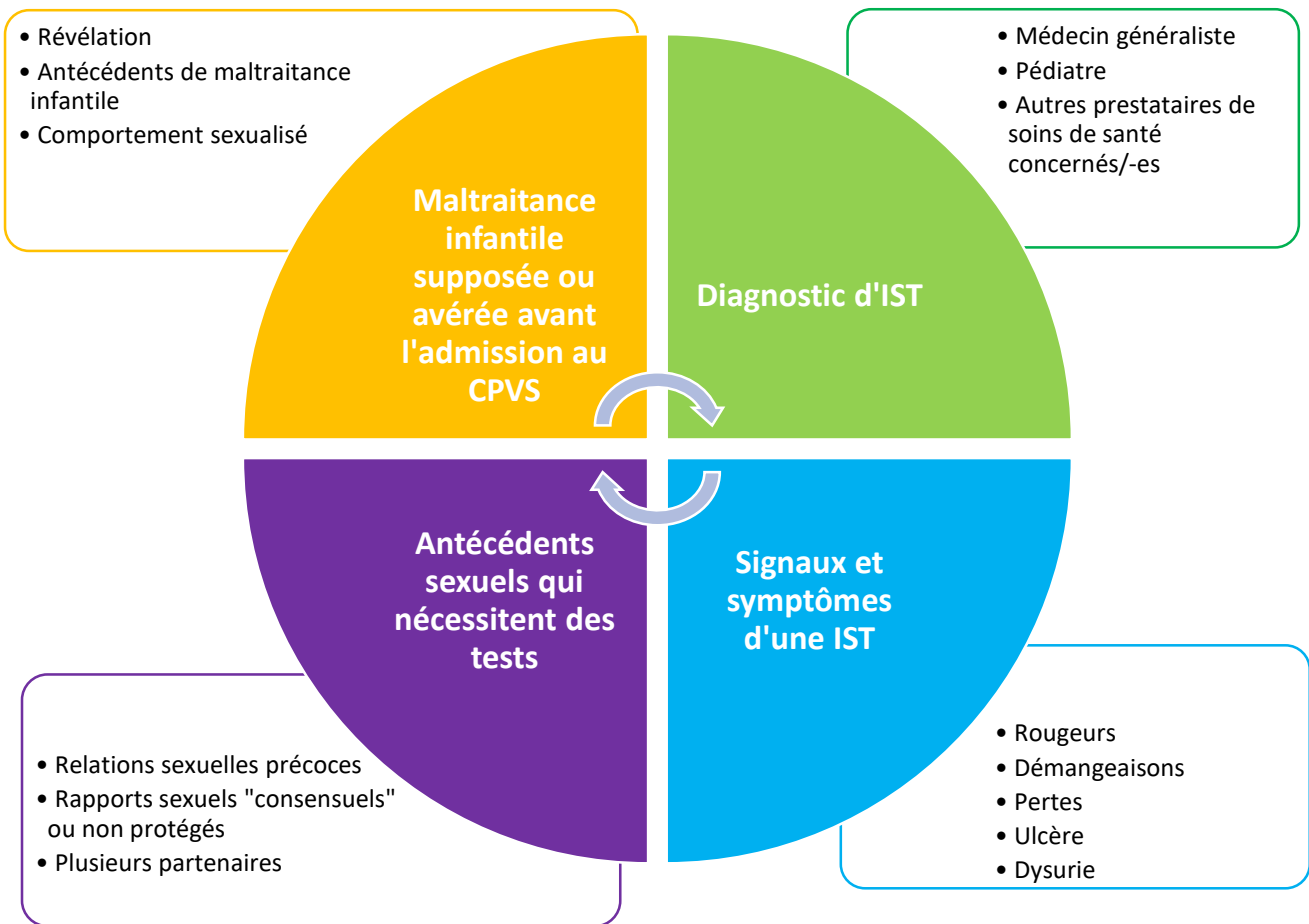
³⁹ Le protocole médical a été modifié suite à une discussion au sein du groupe de travail médical le 15 septembre 2021 et après un feedback complémentaire de Marjolein Mattheij, Petra Schelstraete, Sophie Thirion, Jaan Toelen et Koen Vanden Driessche.

⁴⁰ 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/>.

⁴¹ Les recherches montrent que 59 % des tests anaux positifs chez les mineurs/-es et 77 % des tests oraux positifs chez les mineurs/-es ne sont pas associés à une histoire de contact sexuel à cet endroit, voir : Kellogg ND, Melville JD, Lukefahr JL, Nienow SM, Russell EL. Genital and Extragenital Gonorrhea and Chlamydia in Children and Adolescents Evaluated for Sexual Abuse. Pediatr Emerg Care. 2018 Nov;34(11):761-766. doi: 10.1097/PEC.0000000000001014. PMID: 28072668.

- L'enfant ou l'adolescent/-e a subi une pénétration ou il existe des preuves de blessures récentes ou cicatrisées causées par une pénétration au niveau des organes génitaux, de l'anus ou de l'oropharynx.
 - Les enfants ou les adolescents/-e chez qui une IST a été diagnostiquée doivent également être testés/-es pour d'autres IST.
 - L'enfant a été abusé par un/-e inconnu/-e.
 - L'enfant ou l'adolescent/-e a été abusé/-e par un/-e auteur/-e atteint/-e d'une infection connue par une IST ou qui présente un risque élevé d'IST (par exemple, consommateur-riche de drogues par voie intraveineuse, homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, personne qui multiplie les partenaires sexuels/-les ou ayant des antécédents médicaux en matière d'IST).
 - L'enfant ou l'adolescent/-e a une sœur/un frère, un autre parent ou une autre personne de la famille qui a une IST.
 - L'enfant ou l'adolescent/-e présente des signes ou des symptômes d'une IST (par exemple, pertes ou douleurs vaginales, démangeaisons ou odeurs génitales, symptômes au niveau des voies urinaires ou lésions ou ulcères au niveau des organes génitaux).
- > Prévoyez toujours un nouveau test (voir tableau suivant).

Nous testons quand au moins l'un des champs suivants peut être coché :



Si c'est le cas, les tests suivants sont recommandés :

- Sérologie :
 - > HIV
 - > HBV (AgHBS, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc)
 - > syphilis
 - > HCV +
 - > si contact oro-anal, également HAV-IgG. Si homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (ci-après : HSH), quel que soit le type de contact : toujours HAV-IgG.
- Hémoglobine, créatinine, transaminases : seulement si une médication PEP, telle que Stribild®, est administrée. Contrôle selon le type d'antirétroviral administré. Si admission plus de 72 heures après les faits, ne pas effectuer.
- PCR N. gonorrhoeae/C. trachomatis
 - > **Chez les filles** : test PCR standard large, indépendamment des informations sur les contacts sexuels tirées de l'(hétéro)anamnèse :
 - Chez les filles prépubères : pharyngé, vulvaire (dans le vestibule) et intra-anal (juste après le sphincter)

- Chez les filles postpubères : pharyngé, vaginal (après l'hymen) et intra-anal (juste après le sphincter).
- En cas de pertes : chez les filles, également microscopie, culture & aussi PCR standard Trichomonas vaginalis et Candida : analyse d'urine ou examen vaginal au JO, mais pas de prophylaxie préventive standard, traitement uniquement si résultat positif au test. Idéalement sur le même écouvillon que N. gonorrhoeae/C. trachomatis
- Si symptomatique, microscopie et culture en plus de l'écouvillon PCR.
- > **Chez les garçons** : test PCR standard large, indépendamment des informations sur les contacts sexuels tirées de l'(hétéro)anamnèse : pharyngé et intra-anal (juste après le sphincter). Pénis : PCR premier jet d'urine.
- En cas de pertes chez les garçons prépubères : méatal (pour recueillir les pertes)
- En cas de pertes chez les garçons en post-puberté : urétral
- Lorsque symptomatique (rougeur très prononcée, éruption blanchâtre, outre swab PCR, également microscopie culture.
- Herpès génital : test uniquement en cas d'ulcères/lésions : swab dans un milieu de transport viral pour culture et/ou PCR.
- Test de grossesse urinaire et/ou sanguin si jeune fille pubère (à partir de Menarche).
- Toxicologie (urine) et éthanolémie (labo) en cas de suspicion clinique d'intoxication.

a. Traitements prophylactiques et thérapeutiques à administrer

- Signalez aux victimes actives sexuellement que si elles souhaitent avoir des rapports sexuels dans le premier mois qui suit les violences sexuelles, ces rapports doivent être protégés (avec un préservatif).
- Prophylaxie de la transmission du VIH (Post exposure prophylaxis – PEP) : est toujours prioritaire car elle n'est efficace que lorsqu'elle est commencée rapidement, endéans les 72 heures, selon les directives ci-dessous et avec kit de démarrage. Planifiez le suivi auprès des Centres de référence du VIH ou avec le/la pédiatre (si possible, un/-e infectiologue pédiatrique) et vérifiez également s'il est possible de tester l'auteur-e, ce qui pourrait permettre de stopper plus tôt la prise d'une PEP. Posologie à adapter en fonction du protocole pédiatrique en place dans le centre.

Évaluation des risques VIH ⁴²						
Auteur-e	Diagnostic VIH connu	Auteur-e inconnu-e de la victime	Adulte connu-e de la victime	Adolescent-e connu-e de la victime	Enfant connu de la victime	Inquiétude par rapport au comportement sans révélation
	5	3	2	1	0	0
Victime	Ne se rappelle pas les événements relatifs aux violences	Anamnèse impossible en raison du stade de développement ou stade pré-verbal	Possibilité d'effectuer une anamnèse			
	2	1	0			
Anamnèse sexuelle de la victime	Signale des antécédents de pénétration, avec exposition possible à du sang, du sperme, des sécrétions vaginales ou rectales <u>au niveau des muqueuses ou de zones de peau non intactes</u>	Ne signale pas d'antécédents de pénétration, avec exposition possible à du sang, du sperme, des sécrétions vaginales ou rectales <u>au niveau des muqueuses ou de zones de peau non intactes</u>	Signale une exposition de la peau ou des muqueuses à de l'urine, des sécrétions nasales, de la salive, de la sueur ou des larmes <u>sur la peau ou les muqueuses</u>	Signale une exposition de surfaces <u>de peau intactes</u> à du sang, du sperme, des sécrétions vaginales ou rectales	Signale des contacts qui n'ont pas engendré une exposition à des fluides corporels	Nie tout contact sexuel
	5	4	0	0	0	0
Examen clinique	Traumatisme vaginal ou anal aigu	Sperme ou autres sécrétions visibles <u>au niveau de la zone génitale</u>	Sperme ou autres sécrétions visibles au niveau de zones <u>de peau intactes</u>	Pas de sécrétions visibles ni de lésions aiguës		
	5	4	1	0		

Pour chaque ligne, indiquez 1 élément, ou l'élément qui s'applique au cas et qui a le score le plus élevé. Additionnez les 4 chiffres.

Score 0-2 : Pas de traitement recommandé.

Score 3-5 : Traitement à envisager.

Score 6-17 : Traitement recommandé.

⁴² Tableau Évaluation des risques VIH : traduction de HIV Risk Assessment Scale van het Children's Hospital of Philadelphia, à consulter via <https://www.chop.edu/clinical-pathway/abuse-sexual-suspected-hiv-risk-assessment-clinical-pathway-emergency>.

- Vaccin anti HBV : à administrer selon sérologie de l'auteur/-e et de la victime, agression anale, vaginale ou orale (les enfants nés en Belgique après 1999 sont a priori vaccinés).
 - > Sérologie de l'auteur/-e non connue et victime anticorps anti-HBs < 10 UI/L (non vaccinée, pas d'antécédents d'HBV) :
 - enfant < 10 ans : 3 doses du vaccin pédiatrique : 0 – 1 – 6 mois
 - enfant 10-15 ans : 2 doses du vaccin adulte : 0 et 6 mois
 - > Sérologie de l'auteur/-e non connue et victime vaccinée mais avec Ac anti-HBs < 10 UI/L : vaccination HBV 1 dose (boost) et contrôler la sérologie ensuite s'il y a un doute sur l'antécédent de vaccination
 - > Victime avec Ac anti-HBs > 10 UI/L : ne rien faire
 - > Auteur/-e connu/-e pour être porteur/-se de l'AgHBs + et victime non vaccinée ou victime vaccinée mais avec des anticorps anti-HBs < 10 UI/L : vaccination selon schéma ci-dessus ET concertation d'urgence avec l'infectiologue (pédiatrique) pour discuter de l'administration d'immunoglobuline de l'hépatite B
- Vaccin VHA : en fonction de la sérologie de la victime. Si la victime n'est pas immunisée (test VHA-IgG négatif), contactez l'infectiologue pour discuter du traitement.
- Antibiotiques
 - > Directive générale : La prophylaxie préventive n'est pas indiquée de manière systématique chez les enfants en raison de la difficulté à respecter les protocoles les plus récents, de la douleur associée à l'administration et des effets vomitifs qui peuvent compromettre l'absorption de la PEP. Par conséquent, une consultation multidisciplinaire est toujours nécessaire pour déterminer les traitements (préventifs) à administrer.
 - > Ceftriaxon 30mg/kg, max 500mg, IM : dose unique (à ne pas administrer d'emblée si allergie à la pénicilline)
 - > Azithromycine : 10mg/kg (jusqu'à max 1g pour les moins de 45 kg) per os : dose unique,

OU

Doxycycline : Lors de l'admission : dose d'attaque. À partir du jour 2-7 : dose d'entretien (voir cadre)

Doxycycline		
≥ 8 ans et < 45 kg	Attaque : 4,4 mg/kg/jour en 1 dose	Entretien : 2,2 mg/kg/jour en 1 dose
≥ 45 kg	Attaque : 200 mg/jour en 1 dose	Entretien : 100 mg/jour en 1 dose

- En cas de résultat positif N. gonorrhoeae of C. trachomatis : Doxycycline: Lors de l'admission : d'attaque. À partir du jour 2-7 : dose d'entretien (voir cadre)
- En cas de résultat positif Trichomonas vaginalis et/ou vaginose bactérienne : uniquement dose de métronidazole durant 7 jours : ne donner que plusieurs heures après l'administration de l'azithromycine et de la contraception d'urgence en raison du risque que le métronidazole induise des vomissements. (Donc, possibilité de le donner à emporter)

1 ^{ère} ligne – Monothérapie Metronidazole			
Âge			
1-3 ans	50mg (3xjour)	PO	7 jours
3-7 ans	100 mg (2xjour)	PO	7 jours
7-10 ans	100 mg (3xjour)	PO	7 jours
≥10 ans	400 mg (2xjour)	PO	7 jours
	OR 2g	PO	Stat

- Contraception d'urgence (levonorgestrel/acétate d'ullipristal) : pour toute agression vaginale chez les filles à partir de la ménarche. Administration : dès que possible et au plus tard dans les 3 (Levonorgestrel)/5 (Ulipristalacetaat) jours après le contact sexuel. L'effet et la fiabilité diminuent jour après jour.
- Envisager la vaccination anti-tétanique en cas de plaies profondes et sales et si non vacciné/-e.
- Vaccination anti-HPV : recommandée entre 9 et 26 ans chez tou-te-s les patient-e-s (quel que soit le genre) victimes de violences sexuelles et n'ayant pas encore été totalement vacciné-e-s auparavant. La vaccination est actuellement proposée par la médecine scolaire (13-14ans) ou réalisée de façon opportuniste, il faut donc vérifier avec la/le patient-e si ce vaccin n'a pas déjà été administré.

N'oubliez pas d'enregistrer l'administration d'une vaccination anti-HPV.

En-dessous de 15 ans : 2 doses de Gardasil ; entre J0 et Mois 1 et à Mois 6.

b. Suivi

Tableau général :

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

1. si non réalisée au J0 ou si traitement non donné

2. si risque de grossesse et contraception d'urgence non reçu au T0

3. si rapport « traumatique » (pénétration toujours traumatique chez l'enfant)

4. si patient/-e non protégé au J0

5. si administration de la PEP pendant 28 jours (selon type d'antirétroviral administré)

6. peut être déplacé au mois 1 ou à la semaine 6

7. effectué uniquement dans les conditions spécifiées au

point 12.4, b) du protocole médical -15

12.5 Annexe 5 : Plan de sécurité

QUI PUIS-JE CONTACTER DANS LES PROCHAINS JOURS ?

Où es-tu en sécurité ? En qui as-tu confiance ?

Nom, adresse et numéro de téléphone :

Nom, adresse et numéro de téléphone :

Nom, adresse et numéro de téléphone :

SIGNAUX

Que je ne vais pas bien

.....

CALME

Qu'est-ce qui me calme ?

.....

NUMÉROS D'URGENCE ETS LIGNES D'ASSISTANCE TÉLÉPHONIQUE

En cas d'urgence ou de danger ?

Police : 101

Appli 112

Ecoute et assistance

Télé-Accueil : appelle le 107 ou chat sur www.sos-amitie.com/web/internet/chat

Sos viol : 0800 98 100

Écoute Violences Conjugales : 0800 30 030 et chat www.ecouteviolencesconjugales.be

Centre de Prévention du Suicide : 0800 32 123

Chat violence et abus sur mineur-e-s : maintenantjenparle.be

Chat pour les mineur-e-s et jeunes victimes de violences dans leurs relations intimes : arrete.be

DISTRACTION

Qu'est-ce qui m'apporte de la distraction ?

Comment puis-je m'amuser ou me détendre ?

UNE ASSISTANCE SPECIFIQUE DANS VOTRE REGION

Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles :

Ma/mon médecin traitant/-e :

Autre assistance :

.....

COLOPHON

Rédacteur :

Institut pour l'égalité des femmes et des hommes
Place Victor Horta
1060 Bruxelles
T 02 233 44 00
info@iefh.be
https://iefh.be

Auteur-e-s initiaux-les – version 2019 :

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

Auteur-e-s de la version révisée 2021 :

Cardon Annelies (Attachée CPVS, Institut pour l'égalité des femmes et des hommes)
Moysse Sarah (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/2025/10.043/13

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., Cardon A., Moysse 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 les victimes mineures au sein des centres de prise en charge des violences sexuelles. 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 2025). Bruxelles : IEFH.

Deze publicatie is ook beschikbaar in het Nederlands.

