

CHAPITRE 2

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



Centres de
Prise en charge des
Violences Sexuelles

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

Droits réservés Modèle CPVS

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

TABLE DES MATIÈRES

SECTION I - PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE D'UNE VICTIME MAJEURE EN PHASE AIGUË ET POST-AIGUË.....	5
1. AVANT-PROPOS.....	6
2. CADRE ET OBJECTIFS.....	7
2.1 Cadre du suivi psychologique au sein des CPVS.....	7
2.2 Objectifs de la prise en charge psychologique au sein des CPVS.....	7
2.3 Rôles des intervenant-e-s CPVS et collaboration.....	8
2.4 Personnes de soutien.....	8
3. APERÇU.....	9
4. JOUR DE L'ADMISSION.....	10
4.1 Première aide psychologique et évaluation des risques par l'infirmier-e CPVS.....	10
4.1.1. Première aide psychologique.....	10
4.1.2. Évaluation de risques.....	11
4.2 Disponibilité du/de la psychologue si nécessaire.....	12
5. PREMIER MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES.....	13
5.1 Suivi attentif par l'infirmier-e CPVS à travers une gestion de cas renforcée.....	13
5.2 Premier entretien d'exploration par le/la psychologue la 1ère ou 2ème semaine suivant les violences sexuelles.....	13
Étape 1 – Accueil.....	14
Étape 2 – Sécurisation et psychoéducation.....	14
Étape 3 – Évaluation des ressources et du réseau.....	14
Étape 4 – Évaluation éventuelle des troubles psychologiques comorbides.....	15
Étape 5 - Possibilité d'une réorientation directe à l'issue du premier entretien.....	15
Étape 6 – Conclusion.....	16
5.3 Première évaluation psychologique par le/la psychologue possible à partir de la 3ème semaine suivant les violences sexuelles.....	16
Étape 1 – Anamnèse de l'état mental.....	17
Étape 2 – Détermination d'une intervention psychologique adaptée (CPVS ou hors CPVS).....	18
Étape 3 – Conclusion.....	18
6. DEUXIEME ET TROISIEME MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES.....	19
6.1 Gestion de cas par l'infirmier-e CPVS après le 1er mois suivant les violences sexuelles.....	19
6.2 Accompagnement psychologique par le/la psychologue du 2ème au 3ème mois suivant les violences sexuelles.....	19
6.2.1 Accompagnement de réorientation vers un service d'aide/psychologue externe.....	19
6.2.2 Assistance psychologique au CPVS.....	19
6.3 Deuxième évaluation psychologique par le/la psychologue à la fin du 3ème mois suivant l'admission.....	20
Étape 1 – Anamnèse générale.....	20
Étape 2 – Détermination de la suite de l'intervention psychologique (CPVS ou hors CPVS).....	20
Étape 3 – Conclusion.....	21

7.	QUATRIEME AU SIXIEME MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES.....	21
8.	SEPTIEME MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES	22
9.	ANNEXES	23
9.1	DOCUMENT D'ANAMNÈSE POUR LES VICTIMES MAJEURES	23
9.2	DOCUMENT D'ANAMNÈSE POUR LES VICTIMES MINEURES.....	28
9.3	LISTE DES TESTS PSYCHOLOGIQUES.....	29
9.4	RECUEIL DES DONNÉES À ENREGISTRER SUR BASE DCD HEALTHDATA	30
9.5	COTATIONS ET INTERPRÉTATIONS DES ÉCHELLES D'ÉVALUATION DU TSPT.....	33

ABRÉVIATIONS

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

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

1. AVANT-PROPOS

Ce document décrit les lignes directrices nationales à appliquer dans le cadre de la prise en charge psychologique des victimes de violences sexuelles en phase aiguë et post-aiguë. Il s'agit d'un trajet de soins idéal pour ce public-cible, mais toute prise en charge doit être mise en place selon les besoins des victimes et les réalités de terrain possibles pour chaque Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS). Dans tous les cas, les CPVS doivent garantir que les objectifs définis par ce Modèle au point 2.2. soient toujours atteints.

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

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

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

À la lumière des résultats obtenus lors de ces étapes d'évaluation, l'Institut a exploré les différentes pistes de solution possibles pour une éventuelle adaptation du modèle psychologique CPVS. Une première proposition d'adaptation des protocoles a été réalisée par l'Institut durant l'été 2023 et présentée au personnel CPVS lors du Groupe de travail psychologique du 11 octobre 2023. Sur base des feedbacks reçus à l'issue de ce groupe de travail, l'Institut a adapté et complété le projet initial de modèle tel qu'il avait été élaboré par les Prof. Dre. Ines Keygnaert et Dre. Saar Baert. Le modèle a ensuite été validé par lors de la réunion « coordinatrices structures CPVS-IEFH » du 17 septembre 2024 et le groupe de travail psychologique du 14 janvier 2025.

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

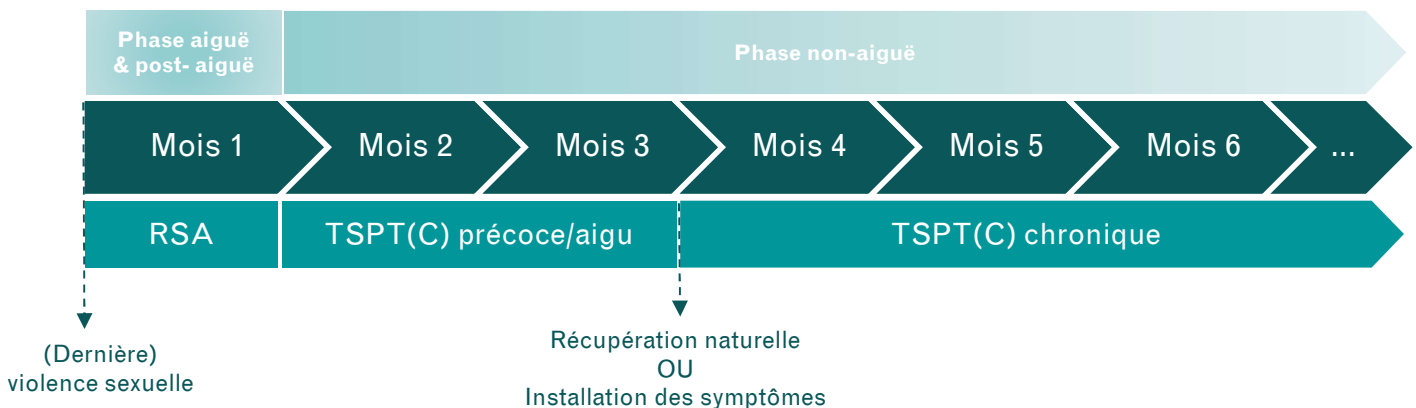
2. CADRE ET OBJECTIFS

2.1 Cadre du suivi psychologique au sein des CPVS

En tant que service de première ligne, le CPVS est principalement responsable de guider les personnes ayant subi des violences sexuelles en phase aiguë et post-aiguë. Il en va de même pour l'offre psychologique au CPVS, qui s'adresse principalement aux victimes de violences sexuelles en phase aiguë¹ et en phase post-aiguë².

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

Pour les victimes se présentant dans le mois suivant les violences sexuelles, l'offre de prise en charge psychologique au sein du CPVS est cadrée sur un timing de 6 mois, à compter de la première évaluation psychologique avec un-e psychologue CPVS. Ce timing correspond à l'évolution symptomatologique du psycho traumatisme après des violences sexuelles, pouvant être schématisée comme suit :



En considération de cette évolution, la première évaluation psychologique doit être réalisée approximativement au terme du premier mois suivant les violences sexuelles. En d'autres termes, la prise en charge psychologique au CPVS peut durer, au total, jusqu'à 7 mois après les violences sexuelles, selon la situation et les besoins de la victime.

2.2 Objectifs de la prise en charge psychologique au sein des CPVS

La prise en charge psychologique au sein des CPVS des victimes de violences sexuelles en phase aiguë et post-aiguë est effectuée en partie par l'infirmier-e CPVS et majoritairement par le/la psychologue (voir point 2.3.). Celle-ci a pour objectifs de :

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

¹ Les violences sexuelles en phase aiguë font référence aux victimes qui se présentent au sein d'une structure CPVS dans les 7 jours suivant les violences sexuelles
² Les violences sexuelles en phase post-aiguë font référence aux victimes qui se présentent au sein d'une structure CPVS et pour qui les violences sexuelles ont eu lieu il y a plus de 7 jours mais pas plus de 30 jours.

2.3 Rôles des intervenant-e-s CPVS et collaboration

Globalement, la prise en charge psychologique des victimes de violences sexuelles en phase aiguë (et éventuellement en phase post-aiguë³) est principalement assurée par l’infirmier-e CPVS dans un premier temps et par le/la psychologue dans un deuxième temps. Plus schématiquement, une première aide psychologique ainsi qu’un suivi attentif seront principalement offerts à la victime le premier mois suivant les violences sexuelles par l’infirmier-e ; et à l’issue de ce premier mois, débutera pleinement le suivi psychologique de la victime par le/la psychologue. Des entretiens d’exploration et/ou d’évaluation sont/peuvent également être effectués par le/la psychologue endéans le premier mois, selon ses disponibilités et les besoins de la victime.

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

- Concernant l’activation du réseau existant ou la recherche d’un nouveau réseau pour la victime, le/la psychologue travaille en collaboration avec l’infirmier-e CPVS afin de se coordonner avec ce réseau d’assistance, de sorte que la prise en charge de la victime soit optimale.
- Lors de l’admission de la victime, l’infirmier-e CPVS peut faire appel à un-e psychologue de l’équipe dans certaines situations, telles que décrites au point 4.1., pour être soutenu-e lors de la première aide psychologique.
- Les échanges en équipe permettent également de partager la responsabilité entre intervenant-e-s, par le biais de prises de décisions en commun, ainsi que de préserver la sécurité des victimes et du personnel, notamment en facilitant le maintien d’un cadre clair auprès de certaines victimes.

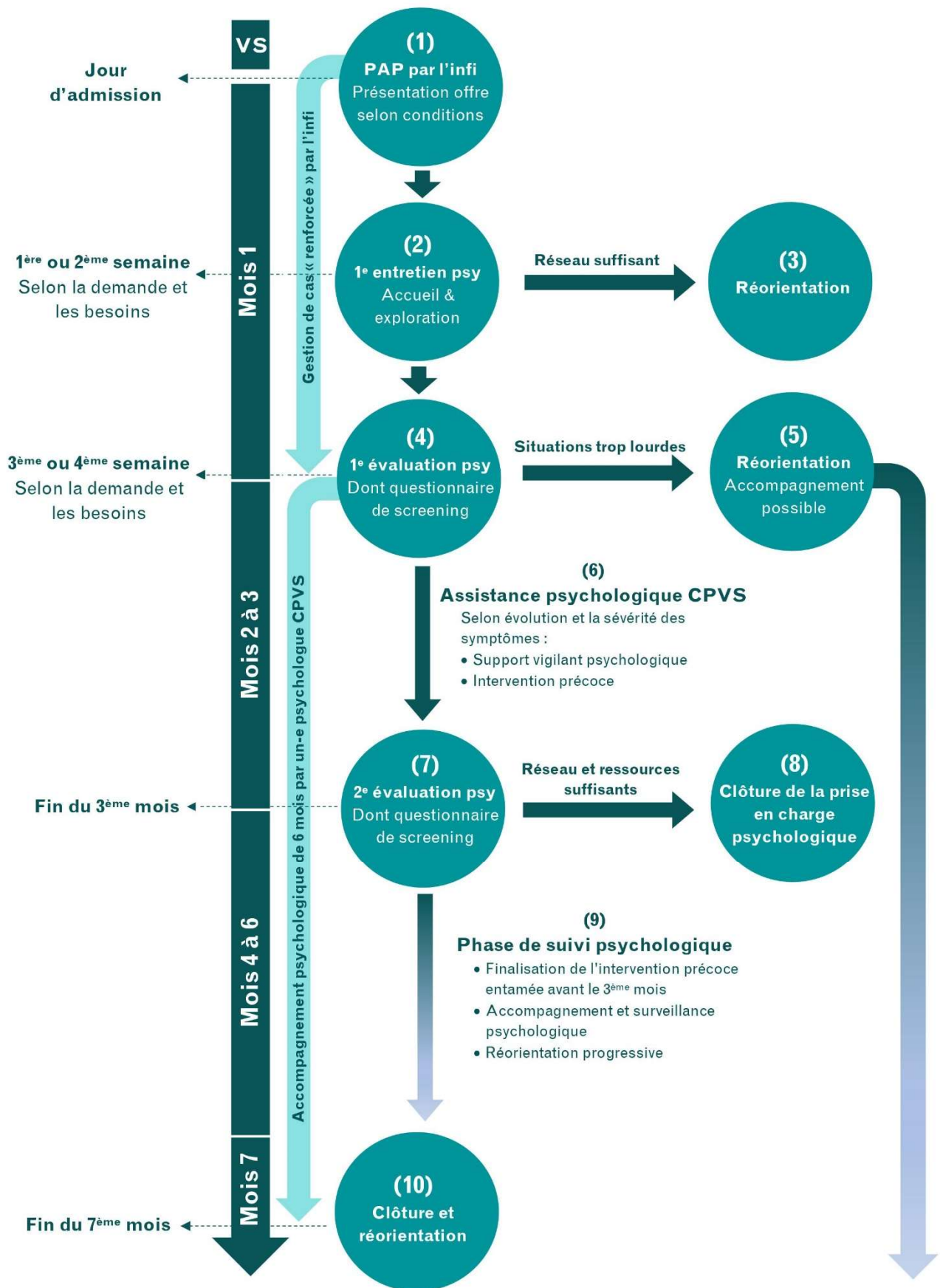
2.4 Personnes de soutien

La personne de soutien peut bénéficier de 2 à 3 consultations individuelles avec un-e psychologue en fonction de ses besoins. Au cours de ces séances, le/la psychologue laisse une place au soutien émotionnel et apporte une psychoéducation, entre autres à l’aide du « Guide pour les personnes de soutien ».

Afin d’éviter les risques de conflit d’intérêts ou la mise à mal de la relation thérapeutique, il est recommandé que le/la psychologue en charge de la personne de soutien soit différent-e de celui/celle de la victime concernée.

³ Cette répartition de compétences peut varier pour les victimes en phase post-aiguë, étant donné que celle-ci est basée sur l’évolution symptomatologique du psycho-trauma (qui démarre directement après les violences sexuelles). En effet, selon le temps écoulé entre les violences sexuelles et l’admission au CPVS, il se peut que les victimes en phase post-aiguë ne bénéficient que de la prise en charge par un-e psychologue.

3. APERÇU



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

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

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

4. JOUR DE L'ADMISSION

4.1 Première aide psychologique et évaluation des risques par l'infirmier-e CPVS

4.1.1. Première aide psychologique

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

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

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

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

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

4.1.2. Évaluation de risques

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

Cette évaluation comprend :

- > L’évaluation du réseau social de la victime, afin de vérifier si la victime peut compter sur le soutien de ce réseau. Selon la situation, des questions ouvertes peuvent être directement posées à la victime⁴ et/ou le questionnaire SRQ-S (voir annexe 9.3) peut être utilisé pour évaluer les réactions de son entourage.
- > L’évaluation psychique des risques actuels de violence exercée par la victime contre elle-même et les risques de violence à l’encontre de la victime exercée par des tiers (voir point 2.4.2 « Risque de violence » et l’annexe 4.2.3 « Évaluation psychotique des risques » du plan d’action pour l’infirmier-e CPVS).

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

⁴ Exemples de questions ouvertes : Avec qui suis-je en sécurité ? En qui ai-je confiance ? Vers qui puis-je me tourner lorsque je traverse une période difficile ? Avec qui puis-je faire des activités agréables ? Qui est important pour moi ? Qui m’apprécie ?

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

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

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

4.2 Disponibilité du/de la psychologue si nécessaire

Comme mentionné précédemment (voir point 4.1.), si nécessaire et selon sa disponibilité, le/la psychologue du CPVS peut aider l'infirmier-e CPVS dans ses tâches de première aide psychologique et d'évaluation des risques. En effet, à la demande de l'infirmier-e CPVS, un-e psychologue de l'équipe peut être appelé à apporter son soutien dans les cas de figure suivants :

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

5. PREMIER MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES

5.1 Suivi attentif par l'infirmier-e CPVS à travers une gestion de cas⁵ renforcée

Le premier mois suivant les violences sexuelles, en complément aux tâches décrites au point 3. « Gestion de cas » du plan d'action pour l'infirmier-e CPVS, l'infirmier-e⁶ accorde une attention particulière à l'état mental de la victime afin d'apporter un éventuel support psychologique supplémentaire. Ces contacts téléphoniques réguliers⁷ ont notamment pour objectif de surveiller l'évolution de l'état mental de la victime jusqu'à sa prise en charge effective par un-e psychologue. Il est donc particulièrement important d'accompagner les victimes qui ont refusé le suivi psychologique ou qui ont un premier entretien avec un-e psychologue au-delà de la 1^{ère} semaine suivant les violences sexuelles (y compris les victimes en phase post-aiguë).

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

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

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

5.2 Premier entretien d'exploration par le/la psychologue la 1^{ère} ou 2^{ème} semaine suivant les violences sexuelles

Comme mentionné précédemment (voir point 4.1.2.), sur base de la demande de la victime ET des informations recueillies lors de son évaluation générale, un premier entretien avec un-e psychologue est toujours proposé par l'infirmier-e CPVS la 1^{ère} ou 2^{ème} semaine maximum **après son admission** :

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

⁵ Le terme « gestion de cas » fait référence à l'« accompagnement de la victime », tel que défini dans l'article 2 de la Loi relative au Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles.

⁶ Dans la mesure du possible, il est vivement recommandé que la gestion de cas soit effectuée par l'infirmier-e légiste qui a également prodigué les soins holistiques lors du premier contact ou par deux infirmier-e-s fixes. En cas d'exception, les raisons du changement de personne de contact sont clairement expliquées à la victime lors de l'entretien téléphonique.

⁷ Selon les situations, il se peut que la gestion de cas soit effectuée auprès des personnes de soutien également (par exemple, dans les cas de victimes en situation de vulnérabilité).

- Au-delà de la 1^{ère} ou 2^{ème} semaine suivant les violences sexuelles, ce premier entretien s'attache principalement à réaliser la première évaluation psychologique, telle que décrite au point 5.3. Si un premier entretien d'exploration avec la victime en phase aiguë n'a pas été souhaité par celle-ci la 1^{ère} ou 2^{ème} semaine suivant les violences sexuelles ou s'il s'agit d'une victime en phase post-aiguë, le/la psychologue inclut ces objectifs dans la première évaluation psychologique également (voir infra ; point 5.3.).

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

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

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

Étape 1 – Accueil

- > Concertez-vous au préalable avec l'infirmier-e CPVS et/ou prenez connaissance du dossier (électronique) de la victime et renseignez-vous sur les étapes déjà entreprises par l'infirmier-e CPVS avec la victime.
- > Présentez-vous brièvement et expliquez les principes de l'encadrement psychologique, tels que décrits dans les objectifs mentionnés aux points 5.3 et 6.2.2.
- > Donnez des renseignements sur le secret professionnel et le partage de l'information. Si la victime ne souhaite pas raconter son histoire à nouveau, indiquez-lui qu'elle peut vous donner son autorisation pour consulter le contenu de son dossier patient. Dans un souci de transparence, si vous avez préalablement pris connaissance de sa situation avec l'infirmier-e, indiquez-le-lui également.
- > Soulignez que les séances reposent sur une base volontaire et sont non contraignantes.
- > Évaluez les attentes de la victime par rapport au soutien du/de la psychologue CPVS. Indiquez également ce qu'un CPVS peut proposer ou non, afin de préciser le cadre CPVS et ses limites le plus rapidement possible.

Étape 2 – Sécurisation et psychoéducation

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

Étape 3 – Évaluation des ressources et du réseau

Évaluez l'état actuel de la victime et portez une attention particulière à son environnement social. Compte tenu de l'importance du soutien social, de l'environnement et des relations, il est effectivement important d'avoir une estimation de la façon dont les victimes perçoivent leur réseau social⁸.

⁸ De nombreuses études ont démontré que le soutien social est associé à des taux de TSPT plus faibles, tandis que les réactions sociales négatives à l'égard de la victime conduisent à des taux de TSPT plus élevés.

Évaluez les aspects suivants et inscrivez-les systématiquement dans le document d'anamnèse (annexe 9.1.) :

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

Recourez si nécessaire aux échelles mentionnées en annexe (voir annexe 9.3.) pour évaluer le soutien social de la victime et les réactions sociales vécues par la victime à la suite des violences sexuelles.

Étape 4 - Évaluation éventuelle des troubles psychologiques comorbides

Selon les besoins et l'état mental de la victime, vous pouvez déjà effectuer une évaluation des troubles comorbides à ce stade d'exploration. Par exemple, en cas d'idées suicidaires, de dissociation⁹, d'alcoolisme ou de toxicomanie, il est conseillé de réaliser un screening de ces troubles le plus rapidement possible, auprès des victimes concernées.

Recourez si nécessaire aux échelles mentionnées en annexe (voir annexe 9.3.) pour appuyer le processus diagnostique et thérapeutique de divers troubles psychologiques possibles, en fonction de la situation.

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

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

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

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

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

⁹ Il est important d'étudier la dissociation en elle-même, car elle peut être liée à un risque important de suicide et à un comportement autodestructeur. La dissociation traumatique (DT) en elle-même peut également constituer un facteur prédictif d'un éventuel futur TSPT.

Pour ce faire, procédez aux étapes suivantes :

- > Demandez préalablement à la victime si elle est suffisamment à l'aise d'aborder les violences sexuelles avec un-e/son/sa psychologue externe.
 - > Si oui, avec l'autorisation de la victime et dans la mesure du possible, tentez de prendre contact avec un-e/son/sa psychologue externe afin de créer du lien avec le réseau. Évaluez ce qu'il est possible de faire pour le/la psychologue en matière de traitement du trauma après une violence sexuelle et si il/elle se sent confortable avec ces thématiques. Si besoin, prenez le temps d'aborder plus en profondeur les techniques de stabilisation et la suite nécessaire dans le cadre du traitement des traumatismes, afin de le/la rassurer et le/la mettre en confiance ;
 - > Si non, proposez un second entretien avec la victime pour une évaluation psychologique en vue d'adapter l'offre psychologique au sein des CPVS selon ses besoins (voir infra ; point 5.3).

Afin de favoriser des prises de décisions communes quant à la réorientation directe (ou non) d'une victime et de permettre le maintien d'un cadre clair auprès de certaines victimes, des concertations de cas sont organisées régulièrement en équipe. En effet, la coordination et les échanges en équipe doivent être privilégiés pour partager la responsabilité entre intervenant-e-s quant à certaines décisions plus difficiles, ainsi que pour préserver la sécurité des victimes et du personnel.

Étape 6 – Conclusion

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

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

Complétez ensuite le dossier de la victime avec les informations recueillies (voir annexe 9.4.).

5.3 Première évaluation psychologique par le/la psychologue possible à partir de la 3^{ème} semaine suivant les violences sexuelles

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

Si un premier entretien d'exploration avec la victime en phase aiguë n'a pas été souhaité par celle-ci la 1^{ère} ou 2^{ème} semaine suivant les violences sexuelles ou s'il s'agit d'une victime en phase post-aiguë, le/la psychologue inclut les objectifs prévus au point 5.2. dans la première évaluation psychologique également.

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

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

Étape 1 – Anamnèse de l'état mental

1. Accueillez la victime et commencez par lui indiquer l'objectif de cette évaluation.
2. Évaluez l'état mental de la victime via les aspects suivants (principalement par l'observation) et inscrivez-les systématiquement dans le document d'anamnèse (annexes 9.1 et 9.4.) :
 - > Impression générale (apparence) ;
 - > Fonctions cognitives (conscience, orientation, fonctions intellectuelles, perception et réflexion) ;
 - > Fonctions affectives (humeur et affect, fonctions sociales et émotionnelles) ;
 - > Fonctions conatives (psychomotricité, motivation et comportement).
3. Estimez ses réactions au stress aigu (RSA) à la suite des violences sexuelles en utilisant par défaut l'échelle PCL-5 ou ITQ comme support à l'analyse clinique du/de la psychologue, l'analyse clinique du/de la psychologue prévalant toujours sur les résultats des échelles. De fait, l'utilisation de ces questionnaires procure un support complémentaire pour le/la psychologue lors de son analyse. Ceux-ci fournissent des données tangibles sur lesquelles s'appuyer pour la prise de décision future et permettent de situer la victime et suivre son évolution. De plus, ces échelles peuvent éventuellement constituer un outil de psychoéducation auprès de la victime si nécessaire.
 - > **PCL-5 PTSD Checklist for DSM-5** est un questionnaire qui se concentre sur les caractéristiques de TSPT selon les critères du DSM-5. Il est couramment utilisé et encouragé comme outil d'évaluation avec les victimes de violences sexuelles via l'approche continue, mais ne permet pas de faire la distinction entre le TSPT et le TSPTC. Le PCL-5 comporte également une échelle annexe pour mesurer l'exposition antérieure aux traumatismes (critère A1)¹⁰.
 - > **L'International Trauma Questionnaire (ITQ)** est un questionnaire qui se concentre sur les caractéristiques de TSPT selon les critères de la CIM-11. Il s'avère plus utile pour faire la distinction entre le TSPT et le TSPTC puisqu'il identifie les symptômes des deux troubles. L'approche dimensionnelle est recommandée pour suivre l'évolution des symptômes en réponse à l'assistance psychologique apportée au CPVS.

La cotation et l'interprétation de ces deux échelles via les approches recommandées ci-dessus sont développée à l'annexe 9.5.

Ces deux questionnaires de screening peuvent être remplis par le/la psychologue ou par auto-déclaration¹¹. Étant donné que ces échelles reposent sur une base scientifique solide en ce qui concerne l'auto-déclaration, il est également possible que les victimes remplissent elles-mêmes les questionnaires tout en conservant une grande fiabilité. Les diagnostics¹², quant à eux, doivent être effectués par un-e psychologue ou un-e psychiatre à un stade ultérieur du trajet de soins.

4. Évaluez attentivement la présence de symptômes dissociatifs, dépressifs et suicidaires et les compétences d'adaptation utilisées (alcool/drogues/automutilation, réseau social). En fonction de la situation, recourez si nécessaire aux échelles mentionnées en annexe (voir annexe 9.3.) pour appuyer le processus diagnostique et thérapeutique de divers troubles psychologiques possibles.

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

¹⁰ Il n'est pas possible de prendre en compte le traumatisme complexe des personnes si l'exposition antérieure à un(des) traumatisme(s) n'a pas été mesurée au départ. Ne pas confondre l'exposition antérieure à un(des) traumatisme(s) avec le TSPT complexe (1).

¹¹ Par exemple, il peut être recommandé de convier la victime un peu avant la consultation planifiée, afin de lui laisser le temps de compléter le questionnaire au CPVS avant son entretien avec le/la psychologue et de pouvoir intervenir facilement en cas de besoin.

¹² Le PCL-5 et l'ITQ peuvent également être utilisés comme outil de diagnostic provisoire (voir annexe 9.5.).

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

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

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

- **Accompagnement de réorientation vers un service d'aide/psychologue externe (voir point 6.2.1):**
Si la situation psychologique de la victime est trop complexe à gérer à court terme et qu'une prise en charge psychologique de 6 mois ne sera de toute façon pas suffisant, entamez un accompagnement de réorientation. Cette victime sera donc réorientée progressivement et activement vers un service d'aide/psychologue externe pouvant offrir un suivi plus ciblé et sur le long terme. Cet accompagnement actif est possible jusqu'à 6 mois suivant le premier entretien d'évaluation et inclut, si nécessaire, une forme de surveillance¹³ psychologique des victimes concernées.
- **Assistance psychologique au CPVS pour une durée de 6 mois (voir point 6.2.2.) :**
Si un accompagnement psychologique à court terme s'avère bénéfique pour la victime, celle-ci pourra bénéficier d'une prise en charge psychologique au CPVS pour une durée de 6 mois, à compter de sa première évaluation psychologique. L'objectif de ce suivi est principalement d'aider la victime concernée à réduire l'incidence de l'évènement stressant sur sa vie quotidienne et d'éviter l'apparition de problèmes secondaires ainsi que de la rendre suffisamment autonome pour trouver ses propres ressources.

Afin de favoriser des prises de décisions communes quant à la réorientation (ou non) d'une victime et de permettre le maintien d'un cadre clair auprès de certaines victimes, des concertations de cas sont organisées régulièrement en équipe. En effet, la coordination et les échanges en équipe doivent être privilégiés pour partager la responsabilité entre intervenant-e-s quant à certaines décisions plus difficiles, ainsi que pour préserver la sécurité des victimes et du personnel.

Étape 3 – Conclusion

Comme pour le point 5.2, prenez le temps de clôturer la consultation avec la victime et assurez-vous qu'elle dispose bien des numéros de téléphone nécessaires en cas de besoin (numéros d'urgence et lignes d'écoute et d'assistance spécifiques à sa région et ses besoins). Cela est d'autant plus nécessaire si un entretien d'exploration n'a pas eu lieu préalablement.

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

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

¹³ Par surveillance est entendu des entretiens ponctuels en vue de surveiller (l'évolution de) l'état psychologique de la victime, afin de la soutenir, la sécuriser et la stabiliser si nécessaire. La surveillance n'a donc pas pour objectif d'entamer un traitement thérapeutique avec la victime.

6. DEUXIEME ET TROISIEME MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES

6.1 Gestion de cas par l'infirmier-e CPVS après le 1^{er} mois suivant les violences sexuelles

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

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

6.2 Accompagnement psychologique par le/la psychologue du 2^{ème} au 3^{ème} mois suivant les violences sexuelles

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

Comme mentionné à l'étape 2 du point 5.3., dans ces cas-là, la réorientation se fait toujours en accord avec la victime, de manière active et soutenue. L'objectif est d'assurer le lien durant la transition entre l'aide de première ligne au CPVS et le suivi à plus long terme auprès d'un service d'aide/psychologue externe de qualité. Ainsi, un accompagnement et une surveillance psychologique des victimes concernées sont mis en place par le/la psychologue en fonction des besoins de la victime pour une durée de 6 mois maximum.

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

6.2.2 Assistance psychologique au CPVS

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

Comme mentionné à l'étape 2 du point 5.3., le but de cette prise en charge est d'aider les victimes à réduire l'incidence de l'évènement stressant sur leur vie, d'éviter l'apparition de problèmes secondaires dans leur vie quotidienne et de les rendre suffisamment autonomes pour trouver leurs propres ressources. La méthode d'intervention, le nombre et la fréquence des séances sont déterminés selon les besoins et les ressources de la victime ainsi qu'en fonction de l'appréciation du/de la psychologue, en vue d'atteindre ces objectifs.

> « Support psychologique vigilant » par défaut :

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

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

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

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

Si le/la psychologue opte pour une intervention précoce, de préférence¹⁴, il est recommandé de commencer un traitement précoce de TCC axé sur le traumatisme (thérapie de traitement cognitif, thérapie cognitive pour les TSPT, thérapie par exposition à la narration, thérapie d'exposition prolongée) ou d'EMDR si cela est préférable pour la victime.

6.3 Deuxième évaluation psychologique par le/la psychologue à la fin du 3^{ème} mois suivant l'admission

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

Étape 1 – Anamnèse générale

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

Évaluez à nouveau l'état actuel et mental de la victime, en portant notamment une attention particulière à son environnement social, comme décrit à l'étape 3 du point 5.2. et à l'étape 1 du point 5.3.

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

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

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

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

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

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

¹⁴ Méthodes d'interventions précoces recommandées par les directives internationales (NICE et ISTSS)

> Phase de suivi psychologique :

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

Étape 3 – Conclusion

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

7. QUATRIÈME AU SIXIÈME MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES

Tel que décrit au point 6.3., si des symptômes liés au psycho-traumatisme sont toujours présents ou si l'intervention précoce est encore en cours, le/la psychologue dispose encore de 3 mois supplémentaires au cours desquels il/elle pourra finaliser le traitement entamé et/ou continuer un suivi psychologique de la victime, de sorte à l'accompagner et surveiller son état psychologique le temps nécessaire. Dès que la victime commence à se stabiliser, il est possible d'espacer progressivement le temps entre chaque séance.

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

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

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

Afin de favoriser des prises de décisions communes quant à la réorientation, ou non, d'une victime et de permettre le maintien d'un cadre clair auprès de certaines victimes, des concertations de cas sont organisées régulièrement en équipe. En effet, la coordination et les échanges en équipe doivent être privilégiés pour partager la responsabilité entre intervenant-e-s quant à certaines décisions plus difficiles, ainsi que pour préserver la sécurité des victimes et du personnel.

8. SEPTIEME MOIS SUIVANT LES VIOLENCES SEXUELLES

Le/la psychologue dispose donc d'encore un mois supplémentaire au cours duquel il/elle pourra prendre le temps de clôturer la prise en charge au CPVS, selon les mêmes modalités que décrites à l'étape 3 du point 5.3.

Pour les victimes pour lesquelles un accompagnement à la réorientation n'a pas encore été mis en place, le/la psychologue organise, au cours de cette période, la réorientation de la victime vers un service d'aide/psychologue externe pour la suite de son traitement à long terme, selon les mêmes modalités que décrites au point 6.

9. ANNEXES

9.1 DOCUMENT D'ANAMNÈSE POUR LES VICTIMES MAJEURES

Numéro du dossier CPVS :

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

Date anamnèse :

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

1. ANTÉCÉDENTS

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

Date (estimée) des derniers faits de violence sexuelle :

Lien avec l'auteur :

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

Plainte à la police pour ces faits :

- Oui
- Non

Si oui, date (estimée) de la plainte :

Expériences antérieures de violence sexuelle et/ou expériences traumatisantes :

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

Si oui, quel type de diagnostic ?

Si oui, date du diagnostic :

Admission psychiatrique antérieure :

- Oui
- Non

Si oui, motif de l'admission psychiatrique :

Si oui, date de la dernière admission psychiatrique :

Si oui, médecin traitant et établissement :

Assistance antérieure :

- Oui
- Non

Si oui, type d'assistance et date :

Réseau d'assistance actuellement existant :

- Oui
- Non

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

2. RÉACTIONS AU STRESS AIGU (RSA) ET AU STRESS POST-TRAUMATIQUE (SPT)

Recours au questionnaire PCL-5 :

- Oui
- Non

Si oui, score PCL-5 :

Si non, raisons

3. SYMPTÔMES DISSOCIATIFS

Suspicion de symptômes dissociatifs :

- Oui
- Non
- Inconnu

Score sur SDQ 20 :

4. DÉPRESSION

Symptômes de dépression :

- Aucun
- Légers
- Sévères
- Inconnu

Recours optionnel PHQ-9 :

- Oui
- Non

Si oui, score sur PHQ-9 :

5. ANXIÉTÉ

Symptômes d'anxiété :

- Aucun
- Légers
- Sévères
- Inconnu

Recours optionnel GAD-7 :

- Oui
- Non

Si oui, score sur GAD-7 :

6. COMPORTEMENTS A RISQUES

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

Si oui, décrivez le(s) type(s) de comportement(s), la raison et la fréquence¹⁵ :

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

7. AUTOMUTILATION

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

- Oui
- Non

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

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

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

- Oui
- Non
- Inconnu

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

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

8. SUICIDALITÉ

8.1. Pensées suicidaires

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

- Oui
- Non

¹⁵ Par comportement à risques est notamment entendu la *recherche active voire compulsive de situations, de comportements ou de produits connus comme pouvant être dangereux à court ou à moyen terme (7)*. En ce sens, la consommation d'alcool et/ou d'autres substances doit être sondée. En fonction de la situation, recourez si nécessaire aux échelles mentionnées en annexe (voir annexe 9.3.) pour appuyer le processus diagnostique et thérapeutique de divers troubles psychologiques possibles.

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

- Oui
- Non
- Inconnu

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

.....

.....

8.2. Tentative de suicide

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

- Oui
- Non

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

.....

.....

8.3. Intentions suicidaires actuelles

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

- Oui
- Non

Si oui, fréquence :

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

- Oui
- Non

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

.....

.....

9. VIOLENCE RÉPÉTÉE EXERCÉE PAR DES TIERS

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

- Oui
- Non

10. VICTIMISATION SECONDAIRE

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

- Oui
- Non

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

.....

.....

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

- Oui
- Non

Si oui, décrivez les réactions difficiles :

.....

.....

La victime a-t-elle bénéficié du soutien ?

- Oui
- Non

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

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

9.2 DOCUMENT D'ANAMNÈSE POUR LES VICTIMES MINEURES

9.3 LISTE DES TESTS PSYCHOLOGIQUES

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

- **AUDIT** ***Alcohol Use Disorders Identification Test***
Échelle d'évaluation (10 items) permettant de mesurer la consommation d'alcool, les comportements de consommation et les problèmes liés à l'alcool étant donné que le TSPT est fortement associé à l'abus d'alcool.
- **CAPS-5** ***Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5***
Échelle de diagnostic (30 items) pouvant être envisagé pour identifier les éventuels symptômes post-traumatiques, y compris leur fréquence et leur gravité. Il permet également d'évaluer les syndromes de stress post-traumatique actuels ou passés. Ces entretiens diagnostiques structurés constituent la référence absolue, mais son administration nécessite du temps ainsi qu'un personnel qualifié (psychologue clinicien-ne formé-e à son utilisation).
- **DAST** ***Drug Abuse Screening Test***
Échelle d'évaluation (10 items) permettant de mesurer la consommation de drogue(s) (hors alcool et tabac). Il existe effectivement un lien évident entre les traumatismes et la toxicomanie.
- **FSSQ** ***Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire***
Échelle d'évaluation (8 items) permettant de mesurer le soutien social de la victime (voir étape 3 du point 5.2.).
- **GAD-7** ***Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale***
Échelle d'évaluation (7 items) permettant d'identifier les symptômes d'anxiété et d'en mesurer leur gravité.
- **SGATS** ***Shame and Guilt After Trauma Scale***
Échelle d'évaluation (9 items) permettant d'évaluer l'éventuel sentiment de honte et/ou de culpabilité, qui peuvent survenir après un événement traumatique. Ces deux émotions peuvent constituer un facteur contribuant au développement et au maintien du TSPT.
- **ITQ** ***International Trauma Questionnaire***
Échelle d'évaluation (18 items) permettant d'identifier les symptômes post-traumatiques. Il permet également de faire la distinction entre le TSPT et le TSPTC (voir étape 1 du point 5.3.).
- **PCL-5** ***PTSD Checklist for DSM-5 (avec critère A)***
Échelle d'évaluation (20 items) permettant d'identifier les symptômes post-traumatiques. Il peut également être utilisé comme un outil de suivi et/ou de diagnostic provisoire. Son échelle annexe (avec critère A) permet de mesurer l'exposition antérieure aux traumatismes (voir étape 1 du point 5.3.).
- **PHQ-9** ***Patient Health Questionnaire 9-item scale***
Échelle d'évaluation (9 items) permettant d'évaluer le degré de gravité de dépression. Il peut aussi être utilisé comme un outil de diagnostic et de suivi.
- **SDQ-20** ***Somatiform Dissociation Questionnaire 20-item scale***
Échelle d'évaluation (20 items) permettant d'identifier les risques de dissociation.
- **SRQ-5** ***Social Reactions Questionnaire – Shortened***
Échelle d'évaluation (16 items) permettant de mesurer la réaction des personnes à l'égard de la victime (voir étape 3 du point 5.2.).

9.4 RECUEIL DES DONNÉES À ENREGISTRER SUR BASE DCD HEALTHDATA

1. DONNÉES DE LA VICTIME

Ces données sont à compléter uniquement dans le cas où la victime n'a pas été examinée par l'infirmier-e CPVS¹⁶ :

Nom :

Prénom :

Adresse (code postal et pays de domicile) :

Date de naissance :

Sexe :

- Femme
- Homme
- Sexe indéterminé
- Sexe inconnu

Nationalité :

2. DONNÉES LIÉES AU SUIVI PSYCHOLOGIQUE :

Ces données sont à compléter après chaque consultation avec la victime, afin d'avoir une vue d'ensemble sur son suivi psychologique global pour chaque victime (durée totale du suivi et évolution de l'état psychologique de la victime)¹⁷.

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

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

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

2.1. Informations générales de la consultation

Numéro du dossier CPVS :

Date de la consultation planifiée :

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

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

¹⁶ Enregistrement informatique automatique via la carte d'identité.

¹⁷ Il n'est pas nécessaire de compléter toutes les données mentionnées dans cette section après chaque consultation avec la victime et/ou sa personne de soutien : seules les données disponibles suffisent.

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

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

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

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

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

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

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

2.2. Informations liées à l'intervention

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

- Entretien de soutien psychologique (en vue de prévenir le développement d'un psycho-traumatisme)¹⁸
- Thérapie axée sur le traitement du traumatisme
- Entretien visant à réorienter la victime vers un service d'aide/psychologue externe
- Entretien ayant pour but de réinstaurer le lien relationnel et/ou familial
- Entretien de co-consultation
- Information inconnue

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

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

2.3. Résultats des tests d'évaluation psychologique

En cas de recours au PCL-5¹⁹ :

- Score total :
- Score lié à la reviviscence (critère B) :
- Score lié à l'évitement (critère C) :
- Score lié aux émotions (critère D) :

¹⁸ Consultation axée sur la psychoéducation, la clarification des besoins, l'autonomisation et la stabilisation de la victime et/ou de sa personne de soutien, sans se concentrer spécifiquement sur le traitement de l'éventuel traumatisme de la victime.

¹⁹ Comme mentionné à l'étape 1 du point 5.3., l'approche continue du PCL-5 est recommandée pour l'évaluation des symptômes de TSPT et son diagnostic. L'addition et l'interprétation des scores y sont décrites, ainsi que dans le Manuel destiné aux collaborateur-riche-s CPVS concernant l'enregistrement au sein des CPVS.

- Score lié à l'irritabilité (critère E) :
- Indication pour le diagnostic de TSPT²⁰ :

La victime présente-t-elle des symptômes dissociatifs ?

- Oui
- Non
- Information inconnue

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

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

- Aucun
- Légers
- Sévères
- Information inconnue

Si recours au PHQ-9, score :

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

- Aucun
- Légers
- Sévères

Si recours au GAD-7, score :

Comment est la consommation d'alcool de la victime ?

Si recours à l'AUDIT-C, score :

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

- Oui
- Non
- Information inconnue

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

- Oui
- Non
- Information inconnue

²⁰ Présence d'au moins 1 symptôme B (revécu), 1 symptôme C (éviter), 2 symptômes D (émotions) et 2 symptômes E (irritabilité)

9.5 COTATIONS ET INTERPRÉTATIONS DES ÉCHELLES D'ÉVALUATION DU TSPT

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

> **Approche continue d'évaluation :**

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

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

> **Approche diagnostique :**

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

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

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

> **Approche dimensionnelle d'évaluation :**

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

Les scores dimensionnels sont présentés en deux sous-échelles principales, correspondant chacune à un groupe de symptômes de SSPT et de DSO. Les scores du SSPT et du DSO peuvent être obtenu en additionnant les scores sur l'échelle de Likert des items contenus correspondant à chaque critère²¹ :

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

> **Approche diagnostique :**

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

Pour poser un diagnostic, le/la psychologue suit ensuite les critères diagnostiques du CIM-11 qui requièrent la présence d'au moins un des deux symptômes pour chacun des trois groupes de symptômes associés au SSPT OU²² au DSO, ainsi que la présence d'au moins un indicateur des trois types de déficience fonctionnelle associés un groupe de symptômes de SSPT et de DSO :

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

²¹ Ne pas inclure les critères de déficience fonctionnelle de TSPT et de perturbation d'auto-organisation dans l'addition des scores totaux des deux sous-échelles principales (P7.8.9 et C7.8.9).

²² Une personne peut recevoir un diagnostic de SSPT ou de SSPT Complexe, mais pas les deux. Un SSPT est diagnostiqué si les critères pour SSPT sont atteints uniquement (critères DSO pas atteint) tandis qu'un SSPT Complexe est diagnostiqué si les critères pour SSPT sont atteints ainsi que les critères DSO.

RÉFÉRENCES

- (1) Van Overmeire R, Mental health and wellbeing research group (VUB) (2023), Revue de littérature concernant les interventions précoces utilisées pour la prévention du TSPT après une violence sexuelle, p. 23)
- (2) NICE. Post-traumatic stress disorder: NICE guideline. National Institute of Health and Care Excellence; 2018 5 December 2018
- (3) ISTSS: <https://istss.org/clinical-resources/assessing-trauma/ptsd-checklist-dsm-5>
- (4) The International Trauma Consortium, advancing research in global psychotraumatologie: <https://www.traumameasuresglobal.com/itq>
- (5) Comorbidity Guidelines, the University of Sydney - Matilda Center: <https://comorbidityguidelines.org.au/appendices/appendix-p-the-international-trauma-questionnaire-itq>
- (6) Baert S, Fomenko E et Keygnaert I, ICRH- UGent, Enregistrement au sein des centres de prise en charge des violences sexuelles - BSACC-M&E : Manuel destiné aux collaborateur-ric-e-s CPVS concernant l'enregistrement au sein des CPVS.
- (7) Salmona M, Association Mémoire traumatique et victimologie, Conduites à risques : <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/conduites-a-risque.html>

COLOPHON

Rédacteur :

Institut pour l'égalité des femmes et des hommes
Place Victor Horta 40
1060 Bruxelles
T 02 233 44 00
info@iefh.be
https://iefh.be

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

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

Auteur-e-s de la version révisée 2025 :

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

Éditeur responsable :

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

Numéro de dépôt :

D/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 mention de ce chapitre, veuillez utiliser la référence suivante : Simon. M., Keygnaert, I., Baert. S., Van Praet K., Van Melkebeke I., Bal S., Verplancke J., Declercq F. & Lemmens G. Plan d'action pour la prise en charge psychologique au sein des Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles. Dans L'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (ed). *Centres de Prise en charges des violences sexuelles en Belgique : le Modèle CPVS* (Edition 2025). Bruxelles: IEFH.

Deze publicatie is ook beschikbaar in het Nederlands.

