

## CHAPITRE 2

# PLAN D'ACTION POUR LE/LA PSYCHOLOGUE DES CENTRES DE PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES



Centres de  
Prise en charge des  
Violences Sexuelles

[WWW.VIOLENCESSEXUELLES.BE](http://WWW.VIOLENCESSEXUELLES.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. Les modifications nécessaires seront systématiquement soumises pour validation au comité d'accompagnement national CPVS.

# TABLE DES MATIÈRES

1.	PREMIÈRE AIDE PSYCHOLOGIQUE ET ÉVALUATION DES RISQUES PAR L'INFIRMIER/-ÈRE LÉGISTE LORS DE L'ADMISSION .....	4
2.	SUIVI EFFECTUÉ PAR L'INFIRMIER/-ÈRE LÉGISTE LORS DE LA GESTION DU DOSSIER .....	5
3.	ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE DE VICTIMES MAJEURES.....	5
3.1	ÉVALUATION PAR LE/LA PSYCHOLOGUE LE 3E OU 4E JOUR APRES L'ADMISSION .....	5
	Étape 1 – Accueil.....	5
	Étape 2 – Anamnèse .....	6
	Étape 3 – Psychoéducation et plan d'encadrement .....	6
	Étape 4 – Conclusion.....	8
3.2	RÉÉVALUATION SUIVANT L'ÉVALUATION INITIALE.....	8
3.3	ÉVALUATION 1 MOIS APRÈS LES VIOLENCES SEXUELLES.....	8
	Étape 1 – Accueil.....	8
	Étape 2 – Anamnèse .....	8
	Étape 3 - Psychoéducation et plan d'encadrement .....	8
	Étape 4 – Conclusion.....	10
3.4	THÉRAPIE, ENTRETIENS DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE ET/OU RENVOI.....	10
4.	ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE DE VICTIMES MINEURES.....	11
4.1	ÉVALUATION .....	11
	Étape 1 – Accueil.....	11
	Étape 2 – Anamnèse .....	11
	Étape 3 – Psychoéducation et plan d'encadrement .....	12
	Étape 4 – Conclusion.....	12
4.2	ENCADREMENT .....	13
	Psychoéducation.....	13
	Suivi actif de l'infirmier/-ère .....	13
	Entretiens de soutien psychologique.....	13
	Traitement individuel axé sur le traumatisme .....	13
	Renvoi 14	
5.	ANNEXES .....	15
5.1	PLAN DE SÉCURITÉ .....	15
5.2	DOCUMENT D'ANAMNÈSE POUR LES VICTIMES MAJEURES .....	16
5.3	DOCUMENT D'ANAMNÈSE POUR LES VICTIMES MINEURES.....	19
3.	AUTOMUTILATION .....	20
4.	SUICIDALITÉ.....	21
5.	ABUS D'ALCOOL/DE DROGUE .....	21
6.	VIOLENCE RÉPÉTÉE EXERCÉE PAR DES TIERS.....	21
5.4	FICHE D'AIDE POUR MAJEUR-E-S.....	22
5.5	FICHE D'AIDE POUR MINEUR-E-S.....	23
5.6	LISTE DES TESTS PSYCHOLOGIQUES.....	24

# ABRÉVIATIONS

AUDIT -C	Alcohol Use Disorders Identification Test 3-items scale (test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool)
CAW	Centra Algemeen Welzijnswerk
CPMS	Centres Psycho-Médico-Sociaux
CPVS	Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles
CRIS-13	Children's Revised Impact of 13-item Event Scale (Échelle d'Impact des événements pour enfant (révisée))
CRV	Centre de référence VIH
CSM	Centre de santé mentale
EMDR	Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (trouble d'anxiété généralisée)
PCL-5	PTSD Checklist for DSM-5 (check-list de TSPT pour DSM-5)
PHQ-9	Patient Health Questionnaire 9-item scale (questionnaire sur la santé du/de la patient/-e)
RSA	Réaction de stress aigu
SAJ	Service de l'aide à la Jeunesse
SDQ-20	Somatoform Dissociation Questionnaire 20-item scale (questionnaire de troubles dissociatifs et somatoformes)
TCC	Thérapie comportementale et cognitive
TSCC	Trauma Symptom Checklist for Children (liste de Contrôle des Symptômes de Traumatisme pour Enfants)
TSCYC	Trauma Symptom Checklist for Young Children (Liste de Contrôle des Symptômes de Traumatisme pour Jeunes Enfants)
TSPT	Troubles de stress post-traumatique

# 1. PREMIÈRE AIDE PSYCHOLOGIQUE ET ÉVALUATION DES RISQUES PAR L'INFIRMIER/-ÈRE LÉGISTE LORS DE L'ADMISSION

L'infirmier/-ère légiste est responsable de l'accueil et de la première aide psychologique apportée à la victime et aux éventuelles personnes de soutien présentes. Cet accueil est proposé avant que les examens médico-légaux et que les soins ne soient réalisés. Si nécessaire et selon sa disponibilité, le/la psychologue du CPVS peut aider l'infirmier/-ère dans cette tâche.

L'infirmier/-ère apporte la première aide psychologique sur la base des cinq principes suivants :

- Instaurer la sécurité et la confiance
- Rassurer
- Offrir une perspective d'action
- Explorer l'attachement et le réseau
- Apporter de l'espoir et des perspectives d'avenir

Sur la base de ces principes, l'infirmier/-ère légiste élabore avec la victime et éventuellement la personne de soutien un plan de sécurité personnel, définissant comment la victime passera les jours suivants (annexe 5.1). Lors de l'élaboration du plan de sécurité, l'infirmier/-ère légiste effectue une évaluation du réseau social du/de la patient/-e et s'assure que le/la patient/-e peut compter sur le soutien de ce réseau. À défaut d'un réseau social, un encadrement professionnel peut être envisagé. Le plan de sécurité fournit également des informations sur la consultation/la prise en charge et l'admission en cas de crise si l'état mental du/de la patient/-e venait à se détériorer. La victime ramène le plan de sécurité chez elle et une copie est conservée dans le dossier.

En outre, l'infirmier/-ère évalue ensuite les 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.

<p>&gt; En cas de risque faible et moyen chez un/-e patient/-e dont les violences sexuelles ont eu lieu il y a moins d'un mois, un rendez-vous sera pris avec le/la patient/-e et éventuellement la personne de soutien pour une évaluation avec le/la psychologue du CPVS le 3e ou 4e jour après l'admission.</p>
<p>&gt; En cas de risque faible et moyen chez un/-e patient/-e dont les violences sexuelles ont eu lieu il y a plus d'un mois, un rendez-vous sera pris avec le/la patient/-e et éventuellement la personne de soutien pour une évaluation par le/la psychologue du CPVS (évaluation TSPT incluse) dans les 1 à 2 semaine(s) suivant l'admission. Comme le Centre de Prise en charge des Violences sexuelles est principalement responsable de guider les personnes ayant subi des violences sexuelles en phase aigüe, le/la psychologue orientera le/la patient/-e (par le biais de l'évaluation) pendant/après 3-4 consultations.</p>
<p>&gt; S'il y a un risque élevé de violence envers soi-même, le/la psychiatre de garde est, pour les victimes majeures, appelé/-e pour une évaluation et un éventuel traitement ambulatoire ou résidentiel. Pour les mineurs/-es, un/-e pédopsychiatre est appelé/-e ou une hospitalisation est envisagée en attendant le/la pédopsychiatre. Le/la patient/-e et éventuellement la personne de soutien seront invités/-ées à une consultation avec le/la psychologue du CPVS environ 3 à 4 jours après l'admission.</p>
<p>&gt; En cas de risque élevé de violence exercée par des tiers, le/la médecin ou pédiatre sera contacté/-e pour envisager ensemble une hospitalisation ou un signalement au/à la procureur/-e du Roi, tant pour les majeurs/-es que pour les mineurs/-es. Le/la patient/-e et la personne de soutien seront invités/-ées à une consultation avec le/la psychologue du CPVS environ 3 à 4 jours après l'admission.</p>

## 2. SUIVI EFFECTUÉ PAR L'INFIRMIER/-ÈRE LÉGISTE LORS DE LA GESTION DU DOSSIER

Le lendemain de son départ du CPVS, le/la patient/-e et/ou les personnes de soutien sont contactés/-es par l'infirmier/-ère légiste. Celui/Celle-ci demande au/à la patient/-e et éventuellement aux personnes de soutien comment ils/elles se sentent, comment la prise en charge s'est déroulée au Centre et si les dispositions prises pour le suivi sont claires, et apporte un soutien supplémentaire. L'infirmier/-ère légiste l'informe également du prochain rendez-vous avec le/la psychologue du CPVS et le/la médecin spécialiste du VIH du Centre de référence VIH le 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour, lui indique quand il/elle est attendu/-e et le déroulement de la procédure.

En fonction des besoins de la victime et des personnes de soutien, l'infirmier/-ère légiste entretient d'autres contacts téléphoniques avec la victime et/ou les personnes de soutien au cours des premiers mois suivant l'admission au CPVS (voir Plan d'action pour l'infirmier/-ère légiste). Le/la psychologue aide l'infirmier/-ère dans cette tâche par le biais de concertations de cas régulières.

## 3. ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE DE VICTIMES MAJEURES

### 3.1 ÉVALUATION PAR LE/LA PSYCHOLOGUE LE 3<sup>E</sup> OU 4<sup>E</sup> JOUR APRES L'ADMISSION

Le 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour, le/la patient/-e se rend à une première consultation auprès du/de la psychologue du CPVS. Si le détachement d'un médecin spécialiste en VIH est prévu au CPVS, cette consultation est planifiée avant ou après la consultation avec le médecin. Si le CRV ne se trouve pas dans l'enceinte de l'hôpital, on choisit le moment le plus approprié en concertation avec le/la patient/-e.

L'objectif de cette évaluation est de permettre au/à la psychologue d'évaluer l'état mental du/de la patient/-e, d'appréhender le contexte plus général de la victime et d'élaborer un plan d'action. En fonction des besoins de la victime, cette évaluation peut consister en un ou plusieurs entretiens. Pendant ces entretiens, les points suivants sont abordés.

#### Étape 1 – Accueil

- > Concertez-vous au préalable avec l'infirmier/-ère légiste ou ouvrez le dossier du/de la patient/-e, lisez le plan de sécurité et vérifiez quelles étapes l'infirmier/-ère légiste a déjà entreprises avec la victime.
- > Présentez-vous brièvement et expliquez les principes de l'encadrement psychologique.
- > Donnez au/à la patient/-e et à l'éventuelle personne de soutien des renseignements sur le secret professionnel et le partage de l'information (dossier partagé).
- > Soulignez que les séances dans le cadre d'une relation de collaboration, reposent sur une base volontaire et sont non contraignantes.
- > Parlez du renvoi vers le/la psychologue du CPVS (Comment ont-ils/elles été orienté-e-s vers le/la psychologue du CPVS ?).
- > Mesurez les attentes par rapport au soutien du/de la psychologue du CPVS et indiquez ce qu'un Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles peut proposer.

## Étape 2 – Anamnèse

Évaluez les aspects suivants et inscrivez-les systématiquement dans le document d'anamnèse (annexe 5.2) : Laissez à la victime se un temps pour reprendre ses moyens et posez-lui des questions sur son état actuel :

- > Comment évalue-t-elle son appétit et son sommeil ? La victime boit-elle suffisamment ?
- > Où la victime parvient-elle à se reposer ?
- > À quels problèmes la victime fait-elle face actuellement ?
- > Sa 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, etc.)
- > Assistance antérieure et ressenti par rapport à celle-ci, réseau d'assistance actuel
- > Domaines importants de la vie - domaines problématiques pour le/la patient/-e (de quoi souffre actuellement le/la patient/-e ? Qu'est-ce qui va bien ?)
- > Ressources et sources d'énergie

Évaluez l'état mental du/de la patient/-e (principalement par l'observation) :

- > 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)

Recherchez ses réactions au stress aigu (RSA) à la suite des violences sexuelles en utilisant par défaut le PCL-5. Cette liste de 20 éléments évalue les RSA/TSPT.

Évaluez attentivement la présence de symptômes dissociatifs, dépressifs et suicidaires et les compétences d'adaptation utilisées (alcool/drogues/automutilation, réseau social).

Recourez si nécessaire aux échelles suivantes pour appuyer le processus diagnostique et thérapeutique de divers troubles psychologiques :

- > PHQ-9 : cette liste de 9 points évalue principalement la dépression ;
- > GAD-7 : cette liste de 7 points évalue principalement l'anxiété ;
- > SDQ-20 : cette liste de 20 points évalue les troubles dissociatifs.

## Étape 3 – Psychoéducation et plan d'encadrement

Apportez une psychoéducation sur les réactions de RSA et TSPT à la suite des violences sexuelles et expliquez quels sont les sentiments et comportements normaux après un tel traumatisme. Donnez éventuellement un folder d'information à l'intention des victimes, ainsi que le « Guide pour les personnes de soutien », si elles ne les ont pas déjà reçus de l'infirmier/-ère. Avec le/la patient/-e et/ou la personne de soutien, élaborer la fiche d'aide (annexe 5.4) afin que le/la patient/-e puisse contrôler ses propres réactions (éventuellement avec l'aide de la personne de soutien) et améliorer et trouver ses propres stratégies de maîtrise.

Décidez avec le/la patient/-e de la suite de son accompagnement. En fonction de l'anamnèse, établissez l'évaluation suivante :

> Pas de réactions de RSA ou réactions de RSA faibles (PCL-5 < 33)

Ce/-tte patient/-e devra recevoir un suivi actif de l'infirmier/-ère légiste jusqu'à un mois après les violences sexuelles (1). En fin de consultation, fournissez toujours des informations sur la consultation/ la prise en charge et l'admission en cas de crise. Précisez qu'il/elle peut toujours appeler le Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles en cas de détérioration de son état mental. L'infirmier/-ère légiste – qui prendra régulièrement contact par téléphone – peut, en cas de signes de détérioration de l'état mental, proposer une réévaluation anticipée des symptômes psychologiques auprès de la/du psychologue du CPVS. Fixez un nouveau rendez-vous un mois après ce 1er entretien.

Si le/la patient/-e éprouve des difficultés d'adaptation à la suite des violences sexuelles, un maximum de 4 entretiens de soutien psychologique peut être entamé. Ces entretiens de soutien psychologique mettent l'accent sur l'autonomisation et la stabilisation du/de la patient/-e et/ou de son réseau, sans se concentrer sur le traumatisme.

Lorsque le/la patient/-e souffre de dépression, de symptômes suicidaires ou d'automutilation et de problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, orientez-le/la vers un/-e psychologue extérieur/-e au CPVS pour qu'il/elle soit traité/-e. Si possible, activez également le réseau d'assistance existant de la victime. Si un traitement médicamenteux supplémentaire est indiqué, renvoyez alors le/la patient/-e vers son médecin traitant ou le/la psychiatre.

S'il y a un risque élevé d'automutilation sévère et de suicide, contactez le/la psychiatre/pédopsychiatre de garde pour une évaluation et un éventuel traitement ambulatoire ou résidentiel.

> Réactions de RSA importantes (PCL-5 ≥ 33)

Pour ce/-tte patient/-e, vous devez commencer un traitement individuel axé sur le traumatisme. Comme le prescrivent les directives NICE, commencez de préférence un traitement 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) (1) pour 8-12 séances.

Ce protocole sera adapté en fonction des éventuels futurs changements au niveau des directives internationales. Ces séances sont offertes gratuitement au sein du Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles. Fixez un rendez-vous pour déterminer la première séance.

Si le/la patient/-e souffre de troubles dépressifs comorbides, suicidaires ou d'automutilation et de problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, traitez également ces troubles. Si possible, activez également le réseau d'assistance existant de la victime. Si le/la patient/-e fait déjà l'objet d'un suivi psychologique ou psychiatrique, discutez avec lui/elle pour savoir s'il/elle continuera à se rendre chez son/sa praticien/-ne actuel/-le pour la suite du traitement des symptômes non liés au traumatisme. Ce suivi est recommandé mais ne sera pas remboursé par le CPVS. Prenez alors contact avec le/la psychologue ou psychiatre actuel/-le et mettez-vous d'accord sur le traitement.

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

Si le/la patient/-e 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 par le/la psychologue est à convenir avec le/la psychiatre.

#### Étape 4 – Conclusion

Fixez un nouveau rendez-vous.

Renvoyez-les patients/-es vers le centre de référence VIH (si un rendez-vous y a lieu ensuite).

Complétez le dossier du/de la patient/-e.

### 3.2 RÉÉVALUATION SUIVANT L'ÉVALUATION INITIALE

Pour les patients/-es ne présentant pas de réactions de RSA ou des réactions faibles (PCL-5 < 33) pour qui un suivi actif avait initialement été proposé et lorsque le/la patient/-e a contacté le CPVS pour une réévaluation, celle-ci est planifiée le plus tôt possible après la prise de contact. Lors de cette évaluation, les mêmes étapes qu'au point 1.3 sont approfondies (évaluation le 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour après l'admission).

### 3.3 ÉVALUATION 1 MOIS APRÈS LES VIOLENCES SEXUELLES

Un mois après les violences sexuelles, une consultation a lieu dans le but d'estimer le développement de TSPT et de commencer éventuellement un traitement ou d'évaluer les progrès de la thérapie pour les patients/-es pour lesquels/-les un traitement axé sur le traumatisme a déjà été entamé.

#### Étape 1 – Accueil

Évaluez comment le/la patient/-e s'est senti/-e au cours du dernier mois et comment il/elle a géré les événements.

Indiquez l'objectif de cette évaluation.

#### Étape 2 – Anamnèse

Effectuez à nouveau l'anamnèse, comme décrit à l'étape 2, chapitre 1.3 (évaluation le 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour après l'admission).

Identifiez également le contexte plus large du/de la patient/-e. Posez donc des questions sur :

- > Les antécédents (familiaux) psychiatriques/psychologiques et médicaux ;
- > La prévention des violences sexuelles intergénérationnelles ;
- > La médication actuelle et la consommation de substances.

#### Étape 3 - Psychoéducation et plan d'encadrement

Décidez avec le/la patient/-e de la suite de son encadrement. En fonction de l'anamnèse, établissez l'évaluation suivante :

- > Pas de réactions de TSPT ou réactions de RSA faibles (PCL-5 < 33)

Ce/-tte patient/-e devra recevoir un suivi actif de l'infirmier/-ère légiste (1). Passez à nouveau en revue le plan de sécurité de la victime et faites les ajustements nécessaires. En fin de consultation, fournissez toujours des informations sur la consultation/la prise en charge et l'admission en cas de crise. Précisez qu'il/elle peut toujours appeler le CPVS en cas de détérioration de son état mental. L'infirmier/-ère légiste – qui prendra régulièrement contact par téléphone – peut, en cas de signes de détérioration de l'état mental, proposer une réévaluation des symptômes psychologiques auprès du/de la psychologue CPVS.

Si le/la patient/-e éprouve des difficultés d'adaptation à la suite des violences sexuelles, un maximum de 4 entretiens de soutien psychologique peut être entamé. Ces entretiens de soutien psychologique mettent l'accent sur l'autonomisation et la stabilisation du/de la patient/-e et/ou de son réseau, sans se concentrer sur le traumatisme.

Lorsque le/la patient/-e souffre de dépression, de symptômes suicidaires ou d'automutilation et de problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, orientez-le/la vers un/-e psychologue extérieur/-e au Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles pour qu'il/elle soit traité/-e.

Si possible, activez également le réseau d'assistance existant de la victime. Si un traitement médicamenteux supplémentaire est indiqué, renvoyez alors le/la patient/-e vers son médecin traitant ou le/la psychiatre.

Si le/la patient/-e 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.

Les victimes qui se présentent pour la première fois au Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles plus d'un mois après les violences sexuelles doivent être orientées de façon ciblée lors d'une ou de deux consultation(s).

> Réactions de TSPT importantes (PCL-5  $\geq$  33)

Pour ce/-tte patient/-e, vous devez commencer un traitement individuel axé sur le traumatisme. Comme le prescrivent les directives NICE, commencez de préférence un traitement 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) pour 8-12 séances.

Envisagez l'EMDR pour les patients/-es présentant des réactions de TSPT importantes entre un et 3 mois après les violences sexuelles. Proposez l'EMDR aux patients/-es qui présentent ces réactions plus de 3 mois après les violences sexuelles (1). Ce protocole sera adapté en fonction des éventuels futurs changements au niveau des directives internationales.

Ces séances sont offertes gratuitement au Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles. Fixez un rendez-vous pour déterminer la première séance.

Si le/la patient/-e souffre de troubles dépressifs comorbides, suicidaires ou d'automutilation et de problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, traitez également ces troubles. Si possible, activez également le réseau d'assistance existant de la victime. Si le/la patient/-e fait déjà l'objet d'un suivi psychologique ou psychiatrique, discutez avec lui/elle pour savoir s'il/elle continuera à se rendre chez son/sa praticien/-ne actuel/-le pour la suite du traitement des symptômes non liés au traumatisme. Ce suivi est recommandé mais ne sera pas remboursé par le Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles. Prenez alors contact avec le/la psychologue ou psychiatre actuel/-le et mettez-vous d'accord sur le traitement.

Si un traitement médicamenteux supplémentaire est indiqué, renvoyez alors le/la patient/-e vers le/la psychiatre.

Si le/la patient/-e présente un risque élevé d'automutilation sévère et de suicide, contactez le/la psychiatre de garde pour une évaluation et un éventuel traitement ambulatoire ou résidentiel. La prochaine date de consultation par le/la psychologue est à convenir avec le/la psychiatre. Si possible, activez également le réseau d'assistance existant de la victime.

Les victimes qui se présentent pour la première fois au Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles plus d'un mois après les violences sexuelles doivent être orientées de façon ciblée lors d'une ou de deux consultation(s).

## Étape 4 – Conclusion

Fixez un nouveau rendez-vous, si nécessaire.

Renvoyez-les patients/-es vers le centre de référence VIH (si un rendez-vous y a lieu ensuite).

Complétez le dossier du/de la patient/-e.

### 3.4 THÉRAPIE, ENTRETIENS DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE ET/OU RENVOI

En fonction de l'anamnèse, le/la psychologue peut procéder à une thérapie axée sur le traumatisme, à des entretiens de soutien psychologique et/ou à un renvoi, et ce autant pour la victime que pour sa personne de soutien.

Une thérapie axée sur le traumatisme est lancée pour un maximum de 20 séances. Après 8 à 12 séances de thérapie et à la fin de la thérapie, effectuez à nouveau l'évaluation comme décrit au chapitre 3.1. Si les symptômes de TSPT ont disparu ou sont faibles, mettez alors fin à la thérapie. Si des symptômes liés au traumatisme et des symptômes comorbides sont toujours présents, proposez alors encore quelques séances supplémentaires au cours desquelles vous orienterez le/la patient/-e vers d'autres spécialistes extérieurs au Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles pour la suite de son traitement. En cas de risque élevé, 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.

Si le/la patient/-e éprouve des difficultés d'adaptation à la suite des violences sexuelles, mais n'a pas besoin de thérapie, un maximum de 4 entretiens de soutien psychologique peut être entamé. Ces entretiens de soutien psychologique mettent l'accent sur la psychoéducation, l'autonomisation et la stabilisation du/de la patient/-e et/ou de son réseau, sans se concentrer sur le traumatisme. Le/la psychologue, en collaboration avec l'infirmier/-ère légiste, peut également se coordonner avec le réseau d'assistance existant de la victime, de sorte que la prise en charge de la victime soit optimale.

Si une thérapie au Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles n'est pas indiquée, pas faisable ou doit être clôturée, organisez le renvoi de la victime vers son/sa propre psychologue/psychiatre ou vers un/-e psychologue/psychiatre externe ou orientez la victime vers le service d'aide aux victimes du CAW/les Services d'Aide aux Victimes de manière personnalisée et humaine. Après identification d'un-e spécialiste approprié-e, contactez, avec le consentement de la victime, le/la prestataire de soins afin de l'informer de la situation.

Les personnes de soutien peuvent participer aux séances de groupe destinées aux personnes de soutien, sous la supervision d'un/-e psychologue et éventuellement d'un/-e infirmier/-ère légiste, ou bénéficier d'une séance individuelle avec le/la psychologue. Au cours de cette séance, apportez une psychoéducation à l'aide du « Guide pour les personnes de soutien », et laissez une place au soutien émotionnel.

Ces différentes étapes sont toujours consignées dans le dossier du/de la patient/-e.

## 4. ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE DE VICTIMES MINEURES

### 4.1 ÉVALUATION

Le 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour après l'admission, le/la patient/-e mineur/-e se rend à une première consultation auprès du/de la psychologue du CPVS accompagné/-e de la personne de soutien. Si le centre de référence VIH est situé au même endroit que le Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles, cette consultation est planifiée avant ou après la consultation au CRV. Si le centre de référence VIH ne se trouve pas dans l'enceinte de l'hôpital, on choisit le moment le plus approprié en concertation avec le/la patient/-e mineur/-e ou la personne de soutien.

Un mois après les violences sexuelles, une évaluation a lieu dans le but d'estimer le développement de TSPT et de commencer éventuellement un traitement axé sur le traumatisme ou d'évaluer les progrès de la thérapie pour les patients/-es mineurs/-es pour lesquels/-les un traitement axé sur le traumatisme a déjà été entamé.

Au cours d'un éventuel traitement supplémentaire, refaites l'évaluation à la fin de la thérapie.

L'objectif de cette évaluation est de permettre au/à la psychologue d'évaluer l'état mental du/de la patient/-e mineur/-e et d'appréhender le contexte plus général de la victime en question et d'élaborer un plan d'action. En fonction des besoins de la victime mineure et de la personne de soutien, cette évaluation peut consister en un ou plusieurs entretiens. Pendant ces entretiens, les points suivants sont abordés.

#### Étape 1 – Accueil

- > Concertez-vous avec l'infirmier/-ère légiste ou ouvrez le dossier du/de la patient/-e, lisez le plan de sécurité et vérifiez quelles étapes l'infirmier/-ère légiste a déjà entreprises avec la victime mineure et la personne de soutien.
- > Présentez-vous brièvement ainsi que le fonctionnement du Centre et expliquez les principes de l'encadrement psychologique dans le Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles.
- > Donnez au/à la patient/-e et à l'éventuelle personne de soutien des renseignements sur le secret professionnel et le partage de l'information (dossier partagé).
- > Expliquez et soulignez que les séances dans le cadre d'une relation de collaboration, reposent sur une base volontaire et sont non contraignantes.
- > Parlez du renvoi vers le/la psychologue du CPVS (Comment ont-ils/elles été orienté-e-s vers le/la psychologue du CPVS ?)
- > Mesurez les attentes par rapport au soutien du/de la psychologue du CPVS et indiquez ce qu'un Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles peut proposer.

#### Étape 2 – Anamnèse

Évaluez les aspects suivants avec la victime mineure et/ou la personne de soutien et inscrivez-les systématiquement dans le document d'anamnèse (voir annexe 5.3).

Laissez la victime mineure et sa personne de soutien un temps pour reprendre leurs moyens et posez-leur des questions sur l'état actuel de chacun-e :

- > Comment évaluent-elles leur appétit et leur sommeil ? La victime et la personne de soutien boivent-elles suffisamment ?

- > Où la victime mineure et la personne de soutien parviennent-elles à se reposer ?
- > À quels problèmes la victime mineure et la personne de soutien font-elles face actuellement ?
- > Quelle est la situation familiale ?
- > Comment cela se passe-t-il à l'école ?
- > Comment se passe le fonctionnement social et relationnel (loisirs, réseau social, etc.) ?
- > Une assistance antérieure a-t-elle été reçue et quel est leur ressenti par rapport à celle-ci ? À quoi ressemble leur réseau d'assistance actuel ?
- > Quelles sont les ressources et les sources d'énergie de la victime mineure et ses personnes de soutien (à qui peuvent-elles s'adresser, etc.) ?

Identifiez le contexte le plus large de la victime et ce, principalement lors des évaluations à partir d'1 mois après les violences sexuelles. Les éléments suivants peuvent pour ce faire être abordés :

- > Les antécédents (familiaux) psychiatriques/psychologiques et médicaux ;
- > La prévention des violences sexuelles intergénérationnelles ;
- > La médication actuelle et la consommation de substances ;
- > Les domaines importants de la vie – les domaines problématiques : De quoi souffre actuellement le/la patient/-e ? Qu'est-ce qui va bien ? ;
- > Le risque de violence exercée par des tiers sur le/la mineur/-e ;
- > ...

Évaluez l'état mental du/de la patient/-e (principalement par l'observation) :

- > Impression générale
- > Fonctions cognitives (conscience, orientation, fonctions intellectuelles, perception et réflexion)
- > Fonctions affectives (humeur et affect, fonctions sociales et émotionnelles)
- > Fonctions conatives (psychomotricité, motivation et comportement)

Évaluez les symptômes spécifiques au traumatisme à la suite des violences sexuelles et utilisez pour cela la Liste de Contrôle des Symptômes de Traumatisme pour Enfants (TSCC) pour les 8 à 17 ans. Pour les enfants de 3 à 12 ans, laissez les parents remplir la Liste de Contrôle des Symptômes de Traumatisme pour Jeunes Enfants (TSCYC). Évaluez-la CRIES-13 s'il est exceptionnellement impossible de recourir à la TSCC pour les enfants de 8 à 17 ans.

### Étape 3 – Psychoéducation et plan d'encadrement

Avec le/la patient/-e et la personne de soutien, décidez de la suite de son accompagnement (voir 4.2), sur la base de l'anamnèse.

### Étape 4 – Conclusion

Fixez un nouveau rendez-vous.

Renvoyez-les patients/-es vers le centre de référence VIH, si c'est d'application. Complétez le dossier du/de la patient/-e.

## 4.2 ENCADREMENT

En fonction de l'anamnèse, le/la psychologue peut procéder à l'établissement d'un plan d'encadrement pour les victimes et les personnes de soutien. Ces différentes étapes sont toujours consignées dans le dossier du/de la patient/-e. Ci-dessous, vous trouverez différentes indications pour la poursuite de l'encadrement.

### Psychoéducation

Apportez une psychoéducation sur les symptômes spécifiques au traumatisme à la suite des violences sexuelles et expliquez quels sont les sentiments et comportements normaux après un tel traumatisme. Donnez éventuellement un folder d'information à l'intention des victimes, ainsi que le « Guide pour les personnes de soutien », s'ils/si elles ne les ont pas déjà reçus de l'infirmier/-ère.

Avec le/la patient/-e et/ou la personne de soutien, élaborer la fiche d'aide (voir annexe 5.5) afin que le/la patient/-e puisse contrôler ses propres réactions (éventuellement avec l'aide de la personne de soutien) et améliorer et trouver ses propres stratégies de maîtrise.

### Suivi actif de l'infirmier/-ère

Proposez un suivi actif de l'infirmier/-ère légiste au moins jusqu'à 1 mois après les violences sexuelles et ce en cas d'absence de symptômes spécifiques au traumatisme ou de symptômes légers (1) et/ou en présence d'un réseau informel et/ou d'assistance solide. En fin de consultation, fournissez toujours des informations sur la consultation/la prise en charge et l'admission en situation de crise. Précisez qu'il/elle peut toujours appeler le Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles en cas de détérioration de son état mental ou s'ils/si elles ont des questions. L'infirmier/-ère légiste – qui prendra régulièrement contact par téléphone – peut, en cas de signes de détérioration de l'état mental, proposer une réévaluation des symptômes psychologiques auprès du/de la psychologue CPVS.

### Entretiens de soutien psychologique

Proposez des entretiens hebdomadaires de soutien psychologique jusqu'à 1 mois après les violences sexuelles et ce dans le cas d'absence de symptômes spécifiques au traumatisme ou de symptômes légers et/ou en l'absence d'un réseau informel et/ou d'assistance solide. Ces entretiens de soutien psychologique mettent l'accent sur l'autonomisation et la stabilisation de la victime mineure et de son réseau, sans se concentrer sur le traumatisme. Le/la psychologue, en collaboration avec l'infirmier/-ère légiste, peut également se coordonner avec le réseau d'assistance existant de la victime, de sorte que la prise en charge de la victime soit optimale.

### Traitement individuel axé sur le traumatisme

Envisagez d'entamer un traitement individuel axé sur le traumatisme avec les victimes mineures souffrant de graves symptômes spécifiques au traumatisme pendant maximum 20 séances. Comme le prescrivent les directives NICE, il s'agit de préférence d'un traitement de TCC axé sur le traumatisme (1). Ces séances sont offertes gratuitement au Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles. Proposez ces séances en particulier aux victimes de 7 à 17 ans présentant encore des symptômes spécifiques au traumatisme 3 mois après les violences sexuelles.

Conformément aux directives NICE, envisagez l'EMDR pour ce groupe d'âge si les victimes ne sont pas ouvertes au traitement individuel de TCC axé sur le traumatisme (1) ou si ce traitement ne fait pas effet. Pour les enfants de moins de 7 ans, envisagez une thérapie ludique et stabilisez les personnes de soutien. À la fin de la thérapie, effectuez à nouveau une évaluation (voir chapitre 1.3).

Ce protocole sera adapté en fonction des éventuels futurs changements au niveau des directives internationales.

## Renvoi

Avec l'accord du/de la patient-e, activez toujours le réseau d'assistance déjà existant de la victime et/ou de la personne de soutien. Un grand nombre de mineur-e-s sont intégrés dans un réseau d'assistance et de soutien, comme l'école, les CPMS, les dispositifs d'aide à la jeunesse, les familles d'accueil, les CSM, des services d'aide psychosociale (CAW/les Services d'Aide aux Victimes, Centres de planning familial, etc.), l'assistance à domicile, les centres de réhabilitation, les conseillers/ères du Tribunal de la jeunesse et le Ondersteuningscentrum Jeugdzorg (OCJ). Collaborez toujours avec ces partenaires et organisez une bonne coordination entre les services concernés afin de garantir une bonne assistance. Si le/la patient/-e fait déjà l'objet d'un suivi psychologique ou psychiatrique, discutez avec lui/elle ou avec la personne de soutien pour savoir s'il/elle continuera à se rendre chez son/sa praticien/-ne actuel/-le pour la suite du traitement des symptômes non liés au traumatisme.

Si une thérapie au Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles n'est pas indiquée, pas faisable ou doit être achevée, mais que vous estimez qu'un soutien supplémentaire est nécessaire, recommandez à la victime de contacter son/sa propre psychologue/psychiatre pour reprendre ou continuer le suivi ou renvoyez-la vers un/-e psychologue/psychiatre externe ou vers une autre forme d'assistance (comme une assistance à domicile, une famille d'accueil, une aide aux jeunes, SOS Enfants, etc.). Les victimes qui se présentent pour la première fois au Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles plus d'un mois après les violences sexuelles doivent être orientées de façon ciblée lors de trois ou de quatre consultations.

Lorsque le/la patient/-e et/ou la personne de soutien souffre de dépression, de symptômes suicidaires ou d'automutilation et de problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, orientez-le/la si nécessaire vers un/ une (pédo)psychologue extérieur/-e au Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles pour qu'il/elle soit traité/-e. Si le/la patient/-e mineur/-e présente un risque élevé d'automutilation sévère et de suicide, contactez le/la pédopsychiatre pour une évaluation directe et un éventuel traitement ambulatoire ou résidentiel.

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

Si le/la patient/-e a des questions concernant la procédure judiciaire, orientez la/le vers le Service d'Accueil des Victimes des Maisons de Justice de manière personnalisée et humaine.

Après identification d'un-e spécialiste approprié-e, contactez, avec le consentement de la victime, le/la prestataire de soins afin de l'informer de la situation.

## SOS Enfants/hospitalisation/admission

En cas de risque de violence exercée par des tiers sur l'enfant, consultez la famille pour déterminer si le moment est opportun pour impliquer SOS Enfants (pour autant qu'il s'agisse d'une situation familiale préoccupante et que SOS Enfants ne soit pas encore impliqué, si aucune plainte n'a encore été déposée). Consultez le/la patient/-e et la personne de soutien et discutez des types de soutien que SOS Enfants peut proposer.

S'il y a lieu, envisagez avec le/la pédiatre si une hospitalisation (pédiatrique) est nécessaire pour établir un autre plan d'action en vue de protéger la victime mineure.

En cas de refus d'aide, envisagez avec le/la pédiatre une admission de danger sur la base du droit de parole (voir article 458 bis du Code Pénal et code de signalement secret professionnel).

# 5. ANNEXES

## 5.1 PLAN DE SÉCURITÉ

### VERS QUI PUIS-JE ME TOURNER DANS LES PROCHAINS JOURS ?

Où suis-je en sécurité ? En qui ai-je confiance ?

Nom, adresse et numéro de téléphone : .....

Nom, adresse et numéro de téléphone : .....

Nom, adresse et numéro de téléphone : .....

SIGNAUX	REPOS
---------	-------

Que je ne vais pas bien

Comment puis-je me reposer ?

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

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

NUMÉROS D'URGENCE ET LIGNES D'ASSISTANCE TÉLÉPHONIQUE	DISTRACTION
--	-------------

**En cas d'urgences ?**

Police : 101

Appli 112

Qu'est-ce qui me permet de me distraire ?

Comment puis-je me défouler ou me décharger ?

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

### Services d'écoute et d'assistance

Télé-Accueil : numéro de téléphone 107 ou chat sur le site  
[www.sos-amitie.com](http://www.sos-amitie.com)

Ligne d'écoute SOS Viol : 0800 98 100 et chat  
[www.sosviol.be](http://www.sosviol.be)

Écoute Violences Conjugales : 0800 30 030 et chat  
[www.ecouteviolencesconjugales.be](http://www.ecouteviolencesconjugales.be)

Centre de Prévention du Suicide : 0800 32 123

Chat violence sexuelle sur mineur-e-s :  
[www.maintenantjenparle.be](http://www.maintenantjenparle.be)

### ASSISTANCE SPÉCIFIQUE DANS VOTRE RÉGION

Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles : .....

Mon médecin traitant : .....

Autre aide : .....

.....

.....

.....

## 5.2 DOCUMENT D'ANAMNÈSE POUR LES VICTIMES MAJEURES

Numéro du CPVS du/de la patient/-e ...../20...../.....

Nom psychologue : .....

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/-ère légiste :

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

Lien avec l'agresseur : Membre de la famille/ (ex-)partenaire / Connaissance / Inconnu / Autre  
Plainte à la police pour ces faits : NON / OUI

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

Expériences antérieures de violence sexuelle et/ou expériences traumatisantes : NON / OUI

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

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

Si oui, date du diagnostic ? .....

Admission psychiatrique antérieure : NON / OUI

Admission psychiatrique actuelle : NON / OUI

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

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

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

Assistance antérieure : NON / OUI

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

Réseau d'assistance actuel : NON / OUI

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 : NON / OUI

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

Si non, raisons : .....

**3. SYMPTÔMES DISSOCIATIFS**

Suspicion de symptômes dissociatifs :

NON/OUI

Score sur SDQ 20 : .....

**4. DÉPRESSION**

Symptômes de dépression :

AUCUN

LÉG  
ERSSÉ  
VÈ  
RE  
S

Recours optionnel PHQ-9 :

NON / OUI

Si oui, score sur PHQ-9 :

.....

**5. ANGOISSES**

Symptômes d'angoisse :

AUCUN

LÉG  
ERSSÉ  
VÈ  
RE  
S

Recours optionnel GAD-7 :

NON / OUI

Score sur GAD-7 :

.....

**6. ABUS D'ALCOOL (AUDIT-C)**À quelle fréquence le/la patient/-e boit-il/elle de l'alcool ?

0 = jamais

1 = 1 fois par mois ou moins

2 = 2 à 4 fois par mois

3 = 2 à 3 fois par semaine

4 = 4 fois par semaine ou plus

Combien de verres de boisson alcoolisée le/la patient/-e consomme-t-il/elle sur une journée normale ?

0 = 1 ou 2

1 = 3 ou 4

2 = 5 ou 6

3 = 7, 8 ou 9

4 = 10 ou plus

À quelle fréquence le/la patient/-e consomme-t-il/elle six verres ou plus de boissons alcoolisées lors d'un événement ?

0 = jamais

1 = moins d'une fois par mois

2 = tous les mois

3 = toutes les semaines

4 = tous les jours ou presque tous les jours Score à l'AUDIT-C : .....

## 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 ? NON / OUI

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 ? NON / OUI

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 ? NON / OUI

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

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 ? NON / OUI

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 ? NON / OUI

Si oui, fréquence : .....

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

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 ? NON / OUI

### 5.3 DOCUMENT D'ANAMNÈSE POUR LES VICTIMES MINEURES

Numéro du CPVS : ...../20...../.....

Nom psychologue : .....

Date anamnèse : ..... / ..... / .....

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

Type d'enseignement suivi par la victime :

- Non scolarisé-e
- Enseignement maternel
- Enseignement primaire
- Enseignement secondaire
- Enseignement supérieur

#### 1. ANTÉCÉDENTS

Dans le cas où la victime n'a pas été examinée par l'infirmier/-ère légiste :

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

Lien avec l'agresseur : Membre de la famille/ (ex)-partenaire / Connaissance / Inconnu / Autre Plainte à la police pour ces faits : NON / OUI

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

Expériences antérieures de violence sexuelle et/ou expériences traumatisantes : NON / OUI

La victime a-t-elle des antécédents de problèmes de santé mentale ? NON / OUI

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

Si oui, date du diagnostic ? .....

Admission psychiatrique antérieure : NON / OUI

Admission psychiatrique actuelle : NON / OUI

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

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

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

.....

Assistance antérieure : NON / OUI

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

.....

Réseau d'assistance actuel : NON / OUI

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

.....

**2. SYMPTÔMES SPÉCIFIQUES AU TRAUMATISME**

TSCC		
	Score approximatif	Score T
Angoisse		
Dépression		
Colère		
Stress post-traumatique		
Dissociation		
Dissociation – manifeste		
Dissociation - fantaisie		
Troubles sexuels		
Préoccupation sexuelle		
Détresse sexuelle		
Total manqué		
Sous-rapportage		
Sur-rapportage		

TSCYC		
	Score approximatif	Score T
<b>TSPT</b>		
Reviviscence		
Évitement		
Irritabilité		
<i>Stress post-traumatique TOTAL</i>		
<b>Troubles émotionnels et comportementaux</b>		
Dissociation		
Dépression		
Angoisse		
Colère		
Troubles sexuels		
<b>Validité</b>		
Déni		
Réaction atypique		

**3. 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 ? NON / OUI

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 ? NON / OUI

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

.....

.....

#### 4. SUICIDALITÉ

##### 4.1. 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 ? NON / OUI

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

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

.....

##### 4.2. 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 ? NON / OUI

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

.....

.....

.....

##### 4.3. Intentions suicidaires actuelles

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

Si oui, fréquence : .....

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

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

.....

#### 5. ABUS D'ALCOOL/DE DROGUE

Suspicion d'abus d'alcool problématique : NON / OUI

Suspicion d'abus de drogue problématique : NON / OUI

#### 6. 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 ?

## 5.4 FICHE D'AIDE POUR MAJEUR-E-S

### SECURITE ET CONFIANCE

Où suis-je en sécurité ? En qui ai-je confiance ?

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

### REPOS

Qu'est-ce qui me calme ?

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

### CONNEXION ET RÉSEAU

Avec qui puis-je faire des activités agréables ? Qui est important pour moi ? Qui m'apprécie ?

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

Vers qui puis-je me tourner lorsque je traverse une période difficile ?

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

### AVENIR (RÊVES)

Qu'est-ce que j'attends avec impatience ?  
 Qu'est-ce que je veux encore faire

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

### ACTION

Qu'est-ce qui m'amène de la distraction ?  
 Comment puis-je me faire plaisir ou me défouler ?

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

### NUMÉROS D'URGENCE ET LIGNES D'ASSISTANCE

#### En cas d'urgence ?

Police : 101

App 112

#### Services d'écoute et d'assistance

Télé-Accueil : numéro de téléphone 107 ou chat sur le site [www.sos-amitie.com](http://www.sos-amitie.com)

Ligne d'écoute SOS Viol : 0800 98 100 et chat [www.sosviol.be](http://www.sosviol.be)

Écoute Violences Conjugales : 0800 30 030 et chat [www.ecouteviolencesconjugales.be](http://www.ecouteviolencesconjugales.be)

Centre de Prévention du Suicide : 0800 32 123

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

### ASSISTANCE SPECIFIQUE PRÈS DE CHEZ VOUS

Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles : .....

Mon médecin traitant : .....

Autre assistance :

.....  
 .....

## 5.5 FICHE D'AIDE POUR MINEUR-E-S

### SECURITE ET CONFIANCE REPOS

Où suis-je en sécurité ? En qui ai-je confiance ?

Qu'est-ce qui me calme ?

.....

.....

.....

### CONNEXION ET RÉSEAU

Avec qui puis-je faire des activités agréables ? Qui est important pour moi ? Qui m'apprécie ?

Vers qui puis-je me tourner lorsque je traverse une période difficile ?

.....

.....

.....

### AVENIR (RÊVES) ACTION

Qu'est-ce que j'attends avec impatience ?

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

Qu'est-ce que je veux encore faire

Comment puis-je me faire plaisir ou me défouler ?

.....

.....

.....

### NUMÉROS D'URGENCE ET LIGNES D'ASSISTANCE QUELS SONT MES TALENTS ?

**En cas d'urgence ?**

Police : 101

App 112

**Services d'écoute et d'assistance**

Chat sur la violence, les abus, la maltraitance des enfants : [www.maintenantjenparle.be](http://www.maintenantjenparle.be)

Chat pour les mineur-e-s et jeunes : [www.arrete.be](http://www.arrete.be)

Centre de Prévention du Suicide : 0800 32 123

.....

.....

.....

.....

.....

### ASSISTANCE SPECIFIQUE PRÈS DE CHEZ VOUS

Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles : .....

Mon médecin traitant : .....

Autre assistance :

.....

.....

## 5.6 LISTE DES TESTS PSYCHOLOGIQUES

Chaque Centre de Prise en charge dispose des tests psychologiques suivants, disponibles en néerlandais, français et anglais :

- AUDIT-C Alcohol Use Disorders Identification Test 3-items scale
- CRIES-13 Children's Revised Impact of Event 13-item Scale
- GAD-7 Generalized Anxiety Disorder 7-item scale
- PCL-5 PTSD Checklist for DSM-5
- PHQ-9 Patient Health Questionnaire 9-item scale
- SDQ-20 Somatoform Dissociation Questionnaire 20-item scale
- TSCC Liste de contrôle des symptômes de traumatismes pour les enfants
- TSCYC Questionnaire sur les symptômes de traumatismes chez les jeunes enfants

# COLOPHON

## Rédacteur :

Institut pour l'égalité des femmes et des hommes  
Rue Ernest Blerot 1  
1070 Bruxelles  
T 02 233 44 00  
egalite.hommesfemmes@iefh.belgique.be  
<http://igvm-iefh.belgium.be>

## Auteurs initiales :

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

## Éditeur responsable :

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

## Numéro de dépôt :

D/2021/10.043/36

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 : Keygnaert, I., Baert, S., Van Praet K., Van Melkebeke I., Bal S., Verplancke J., Declercq F. & Lemmens G. (2020). Plan d'action pour le/la psychologue des Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles. Dans L'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (ed). *Centres de Prise en charge des violences sexuelles en Belgique : le Modèle CPVS* (Edition 2021). Bruxelles: IEFH.

*Deze publicatie is ook beschikbaar in het Nederlands.*

