ALLEZ AU SOMMAIRE

ANKE VANDENBERGHE
ELIZAVETA FOMENKO
PROF. DR. INES KEYGNAERT

Guide pratique sur la prise en charge de **violences sexuelles** et **intrafamiliales** dans les soins primaires

Première version du guide pratique sur les violences sexuelles et intrafamiliales dans les soins de santé primaires
Avril-mai 2023

Contenu

LIEN CLIQUABLE
TEXTE DÉPLIABLE

1. Les violences sexuelles et intrafamiliales, de quoi s'agit-il ? 3

2. Quelle est la prévalence des violences sexuelles et intrafamiliales ? 9

3. Quel est l'impact des violences sexuelles et intrafamiliales ? 13

4. Divulgation et dépistage 19

5. La prise en charge des victimes de violences 29

6. Évaluation et orientation psychologiques 51

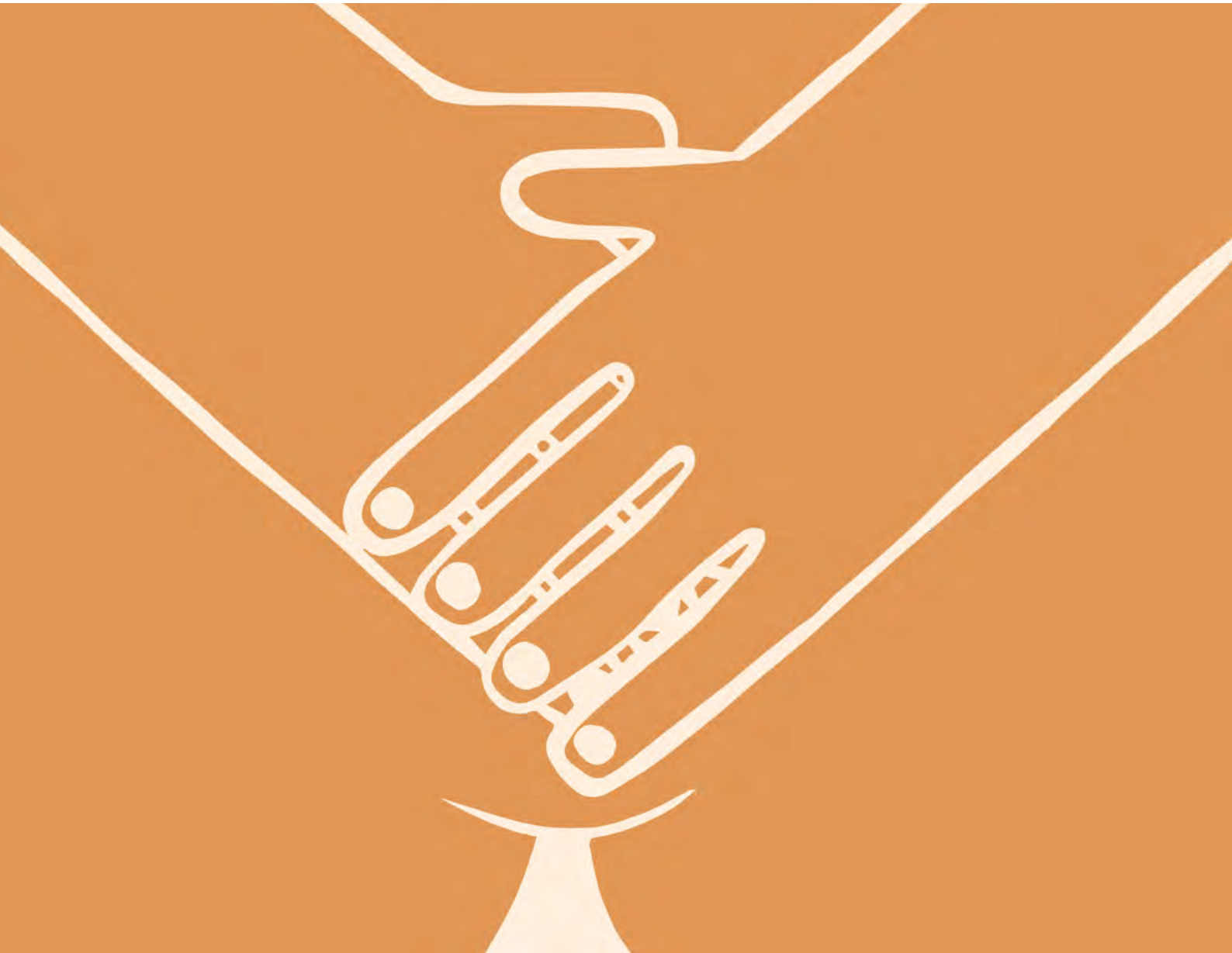
7. Le constat 53

8. Cadre juridique 56

9. Soutien à la famille et aux proches 60

10. Outils pratiques 64

1 Les **violences sexuelles** et **intrafamiliales**, de quoi s'agit-il ?



1.1 Définitions et formes des violences sexuelles

1.2 Définitions et formes des violences intrafamiliales

ⓘ LIEN CLIQUABLE

? DÉFINITION CLIQUABLE

1. Les violences sexuelles et intrafamiliales, de quoi s'agit-il ?

Message clé :

L'Organisation mondiale de la Santé définit la violence sexuelle ⓘ comme :

"tout acte sexuel, toute tentative d'obtenir un acte sexuel, toute remarque ou avance sexuelle non désirée, tout acte de traite ou tout autre acte dirigé contre la volonté de quelqu'un, par toute personne, quelle que soit sa relation avec la victime, dans n'importe quel cadre, y compris, mais sans s'y limiter, à la maison et au travail"

La violence sexuelle comprend un très large éventail de comportements.
On peut distinguer cinq types différents de violences sexuelles :

- Hands-off ? violences sexuelles :
  - Négligence sexuelle et manque de respect de l'intimité sexuelle
  - Le harcèlement sexuel
- Hands-on ? violences sexuelles:
  - Les abus sexuels
  - La tentative de viol
  - Le viol

Les violences intrafamiliales ⓘ sont le plus souvent définies en Belgique comme :

"Les violences intrafamiliales sont tout comportement coercitif et/ou intimidant répété, exercé à l'encontre d'un membre de la famille ou d'un parent ou d'un (ancien) partenaire. La violence peut être de nature physique, psychologique/émotionnelle, sexuelle et/ou économique, quel que soit l'âge des personnes concernées. Il s'agit notamment de la maltraitance des enfants, de la maltraitance des parents, de la violence du partenaire, du harcèlement, de l'inceste, etc."

Il est important de noter que chacune de ces formes de violence (physique, psychologique/émotionnelle, sexuelle et économique), y compris les menaces et les tentatives, peuvent entraîner un préjudice physique, psychologique et/ou émotionnel. Souvent, les différentes formes de violence se produisent ensemble [7].

Les violences perpétrées dans le couple et/ou dans le contexte parent-enfant font partie d'un cycle appelé "cycle des violences intrafamiliales". Ce cycle se compose de quatre phases :

1.1 Définitions et formes des violences sexuelles

1.2 Définitions et formes des violences intrafamiliales

LIEN CLIQUABLE

DÉFINITION CLIQUABLE

Les violences sexuelles et intrafamiliales sont un problème de santé publique, comme en témoignent les taux de prévalence élevés.

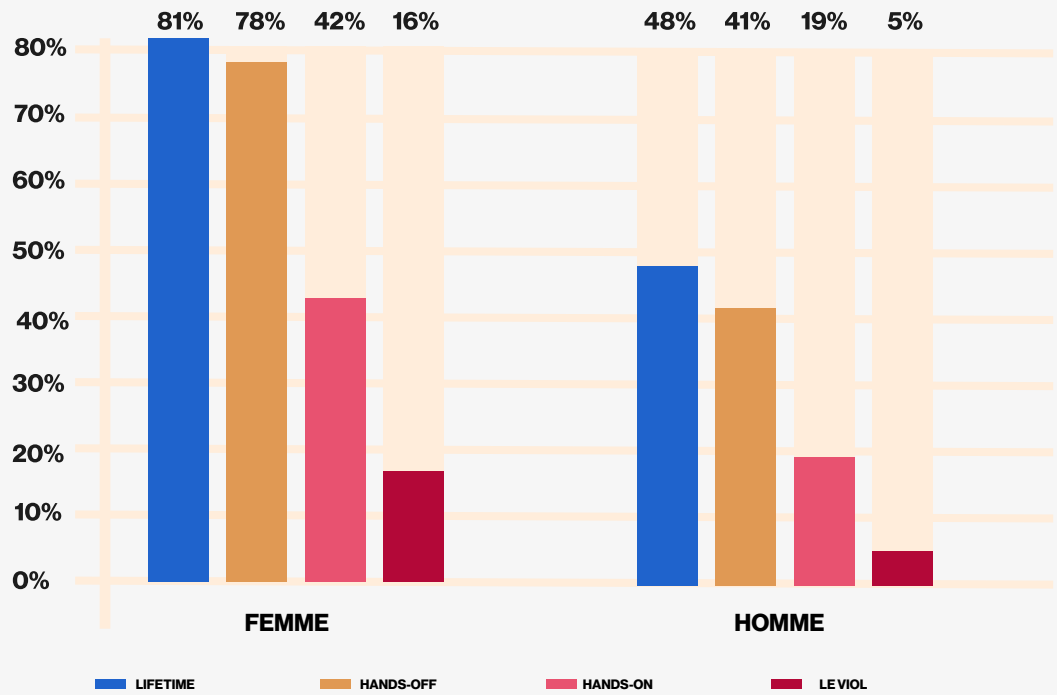


Figure 1 : Incidence des violences sexuelles chez les femmes et les hommes en Belgique à l'horizon 2020 [1].

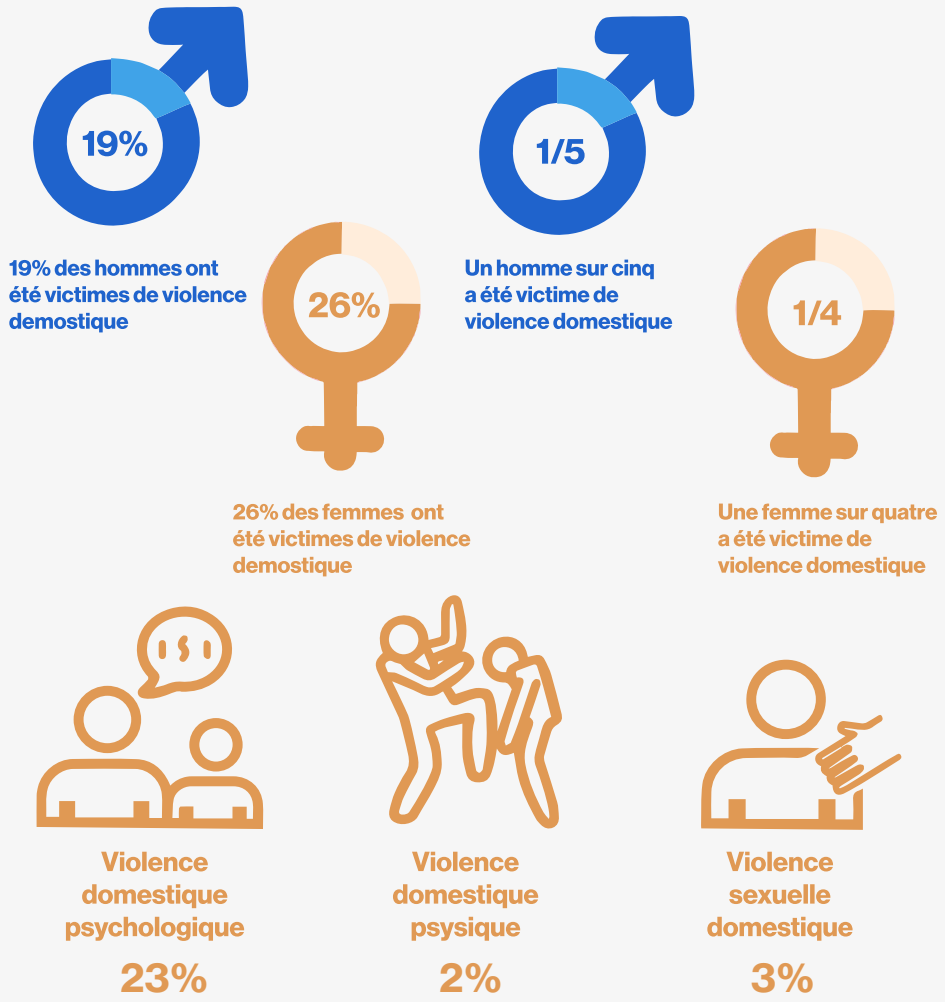


Figure 2 : Prévalence de la violence domestique pendant la deuxième vague de mesures contre le COVID-19 [2].

1.1 Définitions et formes des violences sexuelles
1.2 Définitions et formes des violences intrafamiliales

1.1 Définitions et formes des violences sexuelles

L'Organisation mondiale de la santé définit la violence sexuelle comme : "Tout acte sexuel commis contre la volonté d'une personne, par n'importe qui, indépendamment de la relation avec la victime et dans n'importe quel contexte" [3]. Cela inclut, sans s'y limiter, les (tentatives de) viols, l'esclavage sexuel, les attouchements non désirés, les menaces de violence sexuelle, les activités sexuelles obligatoires (en ligne), l'exposition non désirée à la pornographie, le voyeurisme et le harcèlement sexuel verbal [3, 4].

La loi belge utilise une définition du viol dans le cadre du consentement : "Le viol est tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature et par quelque moyen que ce soit, commis sur une personne non consentante". On parle d'absence de consentement lorsque la force, la coercition ou la tromperie sont impliquées et/ou que la victime est jugée incapable de donner son consentement (par exemple, en cas de déficience intellectuelle, si la personne a moins de 14 ans ou si elle est sous l'influence de drogues ou d'alcool) [5, 6].

Les violences sexuelles peuvent se manifester sous de nombreuses formes, tant en ligne (par exemple derrière une webcam, via un téléphone portable,...) qu'en présence physique de l'autre. Cela peut se produire avec ou sans contact physique entre la ou les victimes et le ou les auteurs [1, 7].

En se basant sur le fait qu'il y a eu ou non un contact physique entre la/les victime(s) et le/les auteur(s), la classification suivante est possible :

Violences sexuelles sans contact
(aucun contact physique entre la/les victime(s) et le/les auteur(s)).

- **Négligence sexuelle et manque de respect de l'intimité sexuelle** : absence d'intimité, manque de respect de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre de quelqu'un, considérer quelqu'un comme asexué (par exemple les personnes âgées) ou empêcher quelqu'un d'exprimer sa sexualité.
- **Le harcèlement sexuel** est toute avance sexuelle non désirée, souvent répétée et non réciproque, toute attention sexuelle non sollicitée, toute demande pour avoir des rapports sexuels ou des faveurs sexuelles, toute insinuation sexuelle ou tout autre comportement verbal ou physique de nature sexuelle. En général, le harcèlement sexuel n'implique pas de contact physique.
  - **Il peut s'agir de** harcèlement verbal, d'être forcé à se déshabiller, d'être observé pendant qu'il se déshabille, d'être forcé à regarder quelqu'un avoir des relations sexuelles ou se masturber, d'être forcé à regarder de la pornographie, d'avances ou d'invitations sexuelles non désirées, etc.

Violences sexuelles par contact direct
(il y a un contact physique entre la ou les victimes et le ou les auteurs).

- **L'abus sexuel** est la soumission forcée à un acte physique de nature sexuelle, le fait de toucher délibérément le pénis, le vagin, les fesses, les seins, y compris l'intérieur des fesses, sans le consentement de la personne. Quand on parle d'abus sexuels, il y a contact physique mais pas de pénétration.
  - **Cela inclut les abus sexuels** : toucher, pincer, caresser, embrasser, etc.
- **La tentative de viol** est la tentative de pénétration sexuelle forcée de tout orifice avec un objet ou une partie du corps d'une personne sans le consentement de cette dernière.
- **Le viol** est tout acte de pénétration sexuelle de tout orifice avec une partie du corps ou un objet, par la force, la menace du recours à la force, la coercition, l'utilisation d'un environnement coercitif contre la volonté d'une personne ou contre une personne incapable de donner un consentement véritable.
  - **Cela comprend**: le viol unique (pénétration sexuelle orale, vaginale et/ou anale et/ou pénétration sexuelle de tout autre orifice corporel), les viols multiples (plusieurs orifices, plusieurs fois), le viol collectif (par plusieurs personnes en même temps ou l'une après l'autre), l'avortement contraint, les relations sexuelles forcées dans le cadre d'un mariage ou d'une relation, etc.

1.1 Définitions et formes des violences sexuelles

1.2 Définitions et formes des violences intrafamiliales

LIEN CLIQUABLE

1.2 Définitions et formes des violences intrafamiliales

Les violences intrafamiliales sont le plus souvent définies en Belgique comme : « Les violences intrafamiliales sont tout comportement coercitif et/ou intimidant répété, exercé à l'encontre d'un membre de la famille ou d'un parent ou d'un (ancien) partenaire. La violence peut être de nature physique, psychologique/émotionnelle, sexuelle et/ou économique, quel que soit l'âge des personnes concernées. Il s'agit notamment de la maltraitance des enfants, de la maltraitance des parents, de la violence du partenaire, du harcèlement, de l'inceste, etc. » Il est important de noter que chacune de ces formes de violence (physique, psychologique/émotionnelle, sexuelle et économique), y compris les menaces et les tentatives, peuvent entraîner un préjudice physique, psychologique et/ou émotionnel. Souvent, les différentes formes de violence se produisent ensemble [8].

Différentes formes de violence [9]:

Violence physique : les blessures peuvent varier entre des blessures mineures, visibles ou non, des os cassés et des lacérations, des blessures à la tête et des blessures aux organes internes. Pour de nombreuses victimes, les violences ont lieu régulièrement. Certains sont menacés avec des armes, comme des couteaux, ou des articles ménagers, comme un fer à repasser chaud, des cigarettes ou un tuyau en caoutchouc. La violence physique peut prendre de nombreuses formes, comme la destruction de biens, le meurtre ou la blessure d'animaux domestiques ;

Violence psychologique/émotionnelle: peut inclure des abus verbaux subtils ou manifestes, des humiliations, des menaces ou tout comportement visant à effrayer ou à terroriser la personnevictime de la violence. Les victimes peuv ent perdre leur confiance en soi, leur estime de soi ou leur autonomie. La violence psychologique/émotionnelle peut prendre de nombreuses formes, notamment les menaces de suicide, la jalousie extrême, la traque, le harcèlement au travail ou par le biais de la technologie;

Violence sexuelle: Tout acte sexuel commis contre la volonté d'une personne, par n'importe qui, indépendamment de la relation avec la victime et dans n'importe quel contexte (**voir définitions et formes de la violence sexuelle**);

Violence socio-économique: isolement de la victime de sa famille, de ses amis et d'autres contacts dans la communauté. La violence économique comprend la restriction de l'accès à l'argent et aux besoins essentiels, l'utilisation frauduleuse de l'argent d'autrui à des fins personnelles ou le vol de la victime; la soustraction, l'utilisation abusive ou la dissimulation illégale de fonds ou de biens ;

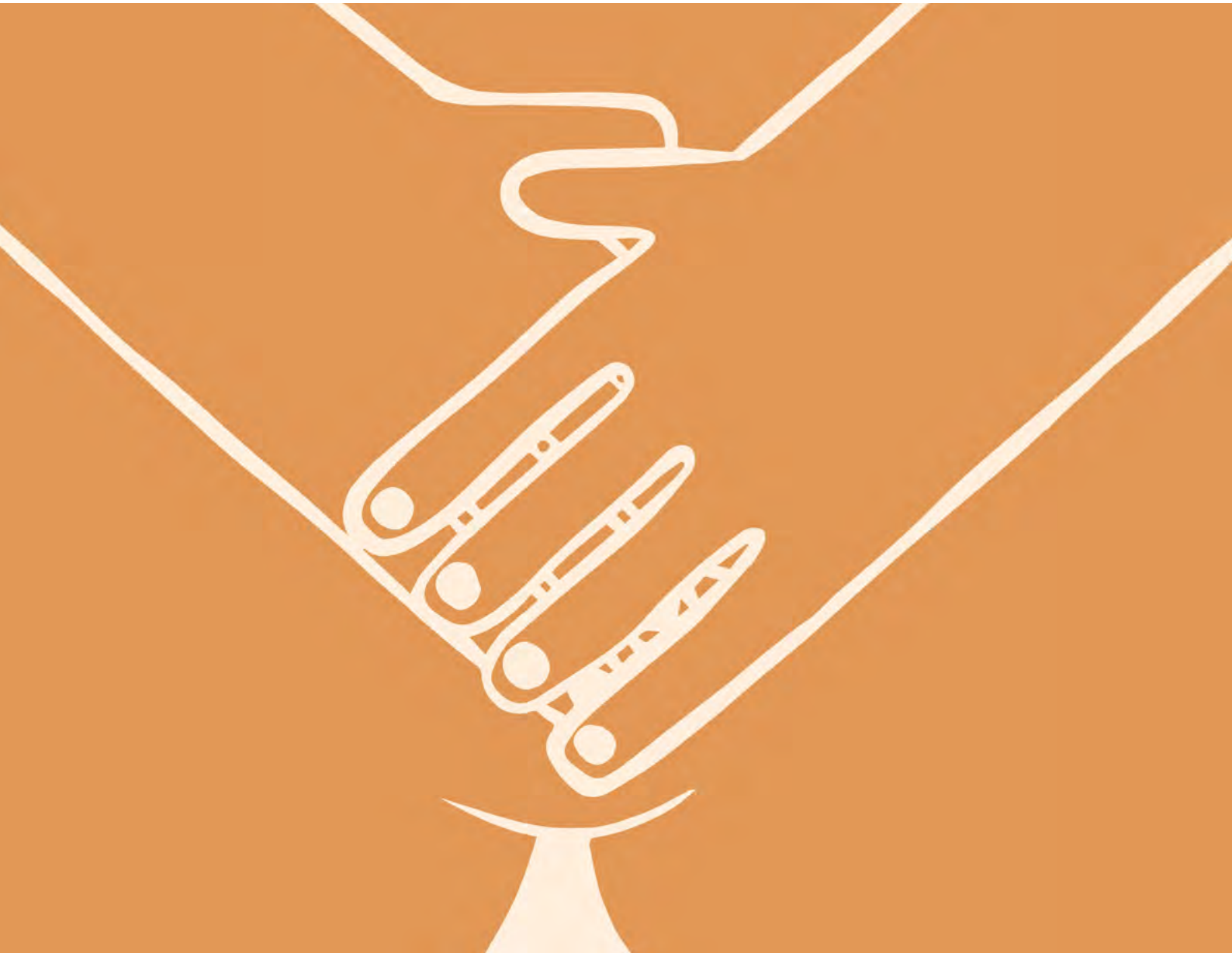
Négligence: l'absentéisme persistante à répondre aux besoins physiques et/ou psychologiques fondamentaux d'une personne dont vous vous occupez, par exemple ne la protéger pas contre un préjudice physique ou un danger, ou ne lui fournir pas l'accès à des soins ou traitements médicaux appropriés. Il peut également s'agir de la négligence ou de l'absence de réponse aux besoins émotionnels fondamentaux de l'autre personne.

Les violences perpétrées dans le couple et/ou dans le contexte parent-enfant font partie d'un cycle appelé **« cycle des violences intrafamiliales »**. Ce cycle est utilisé par l'auteur pour obtenir et maintenir un pouvoir sur sa victime. Dans une relation (entre partenaires, entre parent et enfant, ...) marquée par la violence, ce cycle se répète et s'accélère dans le temps. Les formes de violence utilisées deviennent aussi souvent plus graves et la phase de lune de miel devient de plus en plus courte avec le temps, jusqu'à parfois disparaître complètement. Ce n'est souvent qu'à ce moment-là que les victimes réalisent qu'elles ne peuvent plus supporter cela seules et qu'elles cherchent une aide extérieure.

1.1 Définitions et formes des violences sexuelles

1.2 Définitions et formes des violences intrafamiliales

2 Quelle est la prévalence des **violences sexuelles** et **intrafamiliales** ?



2. Quelle est la prévalence des violences sexuelles et intrafamiliales ?

Les violences sexuelles et intrafamiliales se produisent dans le monde entier et touchent des personnes de tous les genres, de toutes les catégories d'âge, et transpercent les frontières culturelles, ethniques et économiques [10, 11]. En Belgique aussi, les violences sexuelles et intrafamiliales sont un problème de santé publique.

Plusieurs études ont été menées sur la prévalence des **violences sexuelles** en Belgique. Pourtant, ce n'est qu'en 2021, qu'une étude suffisamment représentative de l'ensemble de la population belge n'était menée. Les taux de prévalence variaient de 20,4 % à 22,3 % pour les femmes et de 10,1 % à 10,7 % pour les hommes victimes de violences sexuelles [12, 13].

? DÉFINITION CLIQUABLE

La première étude représentative concernant les violences sexuelles en Belgique menée par le Prof. Dr. Ines Keygnaert a montré que 64% de la population belge âgée de 16 à 69 ans a déjà été victime d'une forme de violence sexuelle au cours de sa vie : cela concerne 81% des femmes et 48% des hommes de cette tranche d'âge [1]. En outre, 44% ont déclaré avoir subi des violences sexuelles au cours des 12 mois précédant leur participation. Les taux de prévalence des violences sexuelles au cours des 12 derniers mois sont les plus élevés dans la tranche d'âge des 16-24 ans [14, 15]. Dans la sous-étude portant sur la population belge âgée de plus de 70 ans, 55% des femmes et 29% des hommes ont été victimes de violences sexuelles à un moment donné de leur vie. Pour 8,4% d'entre elles, la dernière violence sexuelle a eu lieu au cours des 12 derniers mois ; plus précisément, ce pourcentage était de 7% pour les violences sexuelles sans contact physique et de 2,5% pour les violences sexuelles avec contact physique [16].

Néanmoins, les taux de prévalence restent une sous-estimation de la réalité [17, 18]. L'étude susmentionnée a révélé que l'estimation jusqu'ici supposée selon laquelle seul 1 viol adulte sur 10 serait signalé aux travailleurs sociaux tels que la police et autres [10, 12] était surestimée : aujourd'hui, seuls 7 % cherchent une aide formelle et 5 % vont à la police [1].

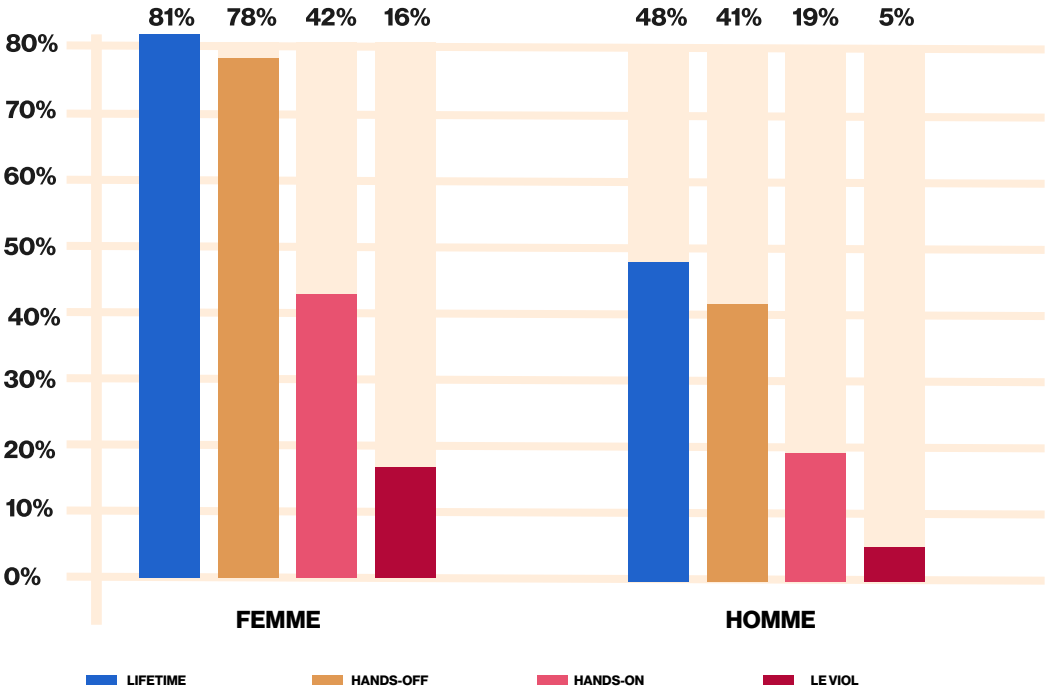


Figure 1 ? : Incidence des violences sexuelles chez les femmes et les hommes en Belgique à l'horizon 2020 [1].

Des recherches ont également montré que les **LGBT+** et les migrants sont des groupes à risque de subir des violences sexuelles [19-22]. Par exemple, 78 % des répondants LGBT+ ont déclaré avoir déjà été victimes de violences sexuelles, soit 16 % de plus que les répondants hétérosexuels [20, 22]. Une étude menée en Belgique et aux Pays-Bas a révélé des taux de prévalence allant jusqu'à 56,6 % pour les violences sexuelles à l'encontre des migrants [21].

Les violences intrafamiliales sont également un problème de santé publique qui se manifeste sur tous les continents, dans toutes les classes sociales et dans tous les milieux, avec des effets négatifs importants sur la santé et le bien-être des membres de la famille ainsi que sur leur environnement [4, 14].

LIEN CLIQUABLE
DÉFINITION CLIQUABLE

Dans une étude récente sur les relations, le stress et l'agression au cours des 12 premiers mois de la pandémie du COVID-19 en Belgique, dirigée par le professeur Dr Ines Keygnaert, 29,8 % des personnes interrogées ont déclaré avoir été victimes de violence domestique au moins une fois au cours de la première et de la deuxième vague des mesures sanitaires lors de la pandémie du COVID-19 [14]. La **figure 2** présente la prévalence par sexe, ce qui est conforme aux recherches précédentes sur les expériences des femmes et des hommes en matière de violences psychologiques, physiques et sexuelles [12]. Dans cette étude, 12,5 % des répondants ont déclaré avoir été victimes de la violence de leur partenaire et au moins 13,1 % des répondants ont été victimes de violences commises par leur entourage le plus proche au cours des douze mois précédant l'étude. Il a été déclaré qu'environ 1 Belge sur 4 est victime de violence domestique sur une base annuelle [12]. Lors des mesures sanitaires du COVID-19, il apparaît que dans les 12 premiers mois des mesures, environ 1 Belge sur 3 a été victime de violence domestique en Belgique [14].

Cette étude a également examiné l'incidence des violences domestiques **indirectes** au cours de la première et deuxième vague de la pandémie du COVID-19. Dans le cas de la violence indirecte, le répondant est témoin de la violence perpétrée sur un partenaire domestique. Cela montre que pendant la première et/ou la deuxième vague de la pandémie COVID-19, 18,2% des répondants ont déclaré qu'un membre de leur famille avait été victime de violence domestique au moins une fois et que le répondant en était conscient [14]. Pour 14% des répondants qui vivaient ensemble avec au moins un enfant (moins de 18 ans), cette violence était indirecte, c'est-à-dire une violence sur les enfants. Dans 28% des cas, cette violence avait été perpétrée par le répondant lui-même ou par le (beau-)parent de l'enfant et dans 35% des cas par l'(ex)partenaire du répondant ou l'autre (beau-)parent de l'enfant [2, 23].

? DÉFINITION CLIQUABLE

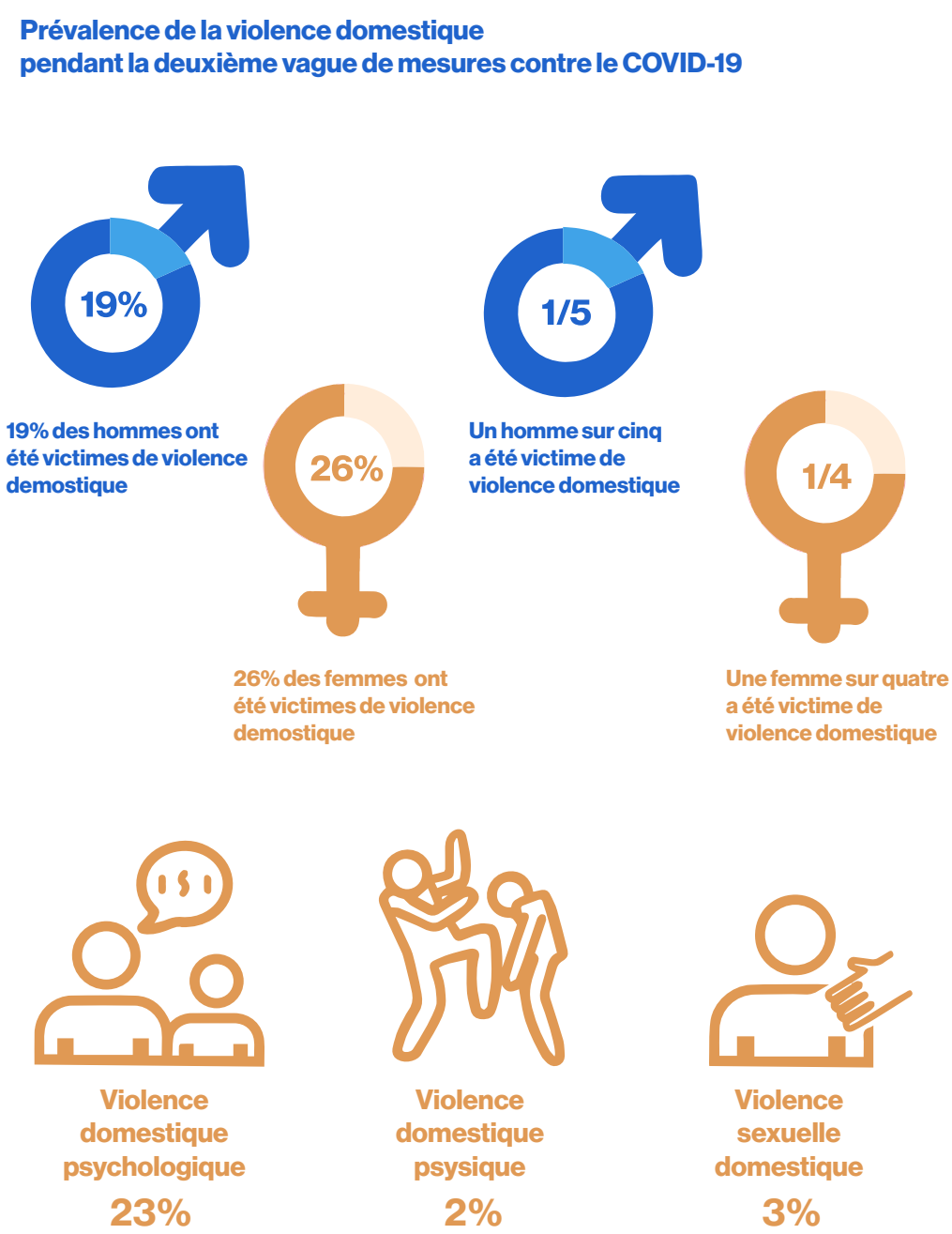
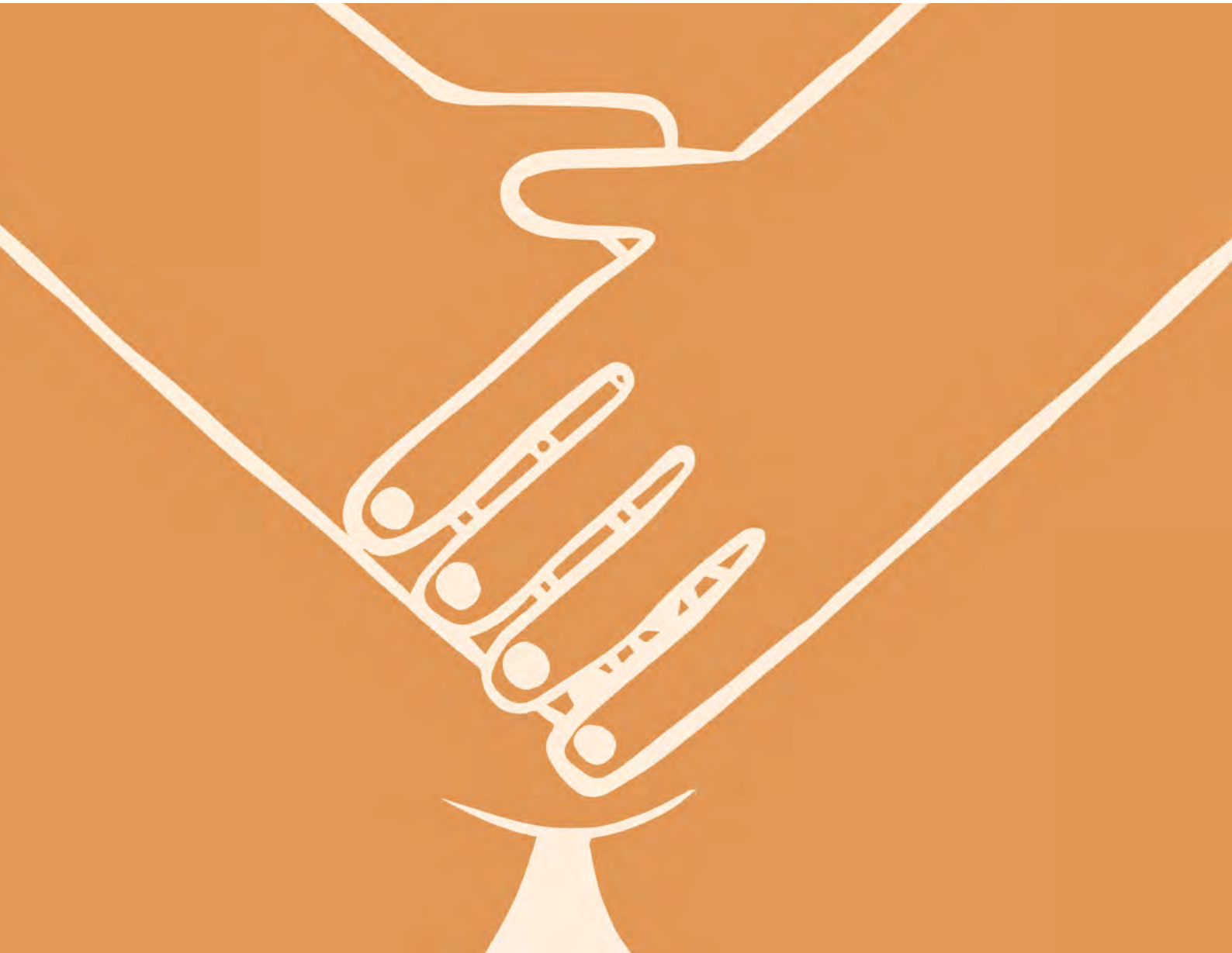


Figure 2 ? : Prévalence de la violence domestique pendant la deuxième vague de mesures contre le COVID-19 [2].

3 Quel est l'impact des **violences sexuelles** et **intrafamiliales** ?



3. Quel est l'impact des violences sexuelles et intrafamiliales ?

3.1 Pendant l'expériencede violence: les résponses biologique face à la violence

3.2 Après la victimisation les conséquences de la violence

LIEN CLIQUABLE

Message clé :

Lors de la violence sexuelle, le corps de la victime passe en «mode survie» et déclenche l'une des **réactions biologiques** suivantes : réaction par la lutte-fuite-immobilisation et apaisement.

La violence sexuelle peut avoir de nombreuses conséquences à court et à long terme:

- **Conséquences physiques, sexuelles et reproductives**
- **Conséquences psychologiques**
- **Conséquences neurobiologiques**
- **Conséquences socio-économiques**

3.1 Pendant l'expérience de violence : les réponses biologiques face à la violence

La violence sexuelle peut être perçue par les victimes comme un acte mettant leur vie en danger. Lors d'un acte de violence sexuelle, les victimes peuvent avoir des réactions qu'elles ne contrôlent pas consciemment. Ces réactions peuvent être considérées comme un "mode de survie". Elles sont souvent automatiques et constituent la réaction naturelle de l'organisme face au danger. Parfois, les victimes réagissent d'une manière à laquelle elles ne s'attendraient absolument pas. On peut les appeler la réponse "lutte-fuite-inhibition-et-apaisement" [24, 25].

- **La lutte**: certains individus peuvent se défendre lorsqu'ils sont attaqués ; cependant, dans environ un tiers des cas, les victimes ne se défendent pas car leur corps répond par l'un des autres mécanismes énumérés ci-dessous. Lutter peut entraîner des risques de blessures supplémentaires [24, 25].
- **La fuite**: une réaction courante est de fuir, mais il est également fréquent que le corps réagisse autrement. En outre, il n'est pas toujours possible de fuir lorsque la force, le chantage émotionnel ou la coercition sont utilisés pour empêcher les victimes de s'enfuir [24, 25].
- **L'inhibition**: l'inhibition est une réaction involontaire courante à une menace perçue comme imminente. C'est une réaction qui se produit fréquemment lors de violences sexuelles, mais qui est souvent mal comprise par les victimes et les autres [24, 25]. Pendant un acte de violence sexuelle, il se peut que la victime ne puisse rien faire d'autre que de se figer.
- **L'apaisement**: les victimes peuvent se protéger contre les expériences psychologiques ou physiques négatives en "apaisant" l'assaillant. En obéissant, en coopérant ou en calmant l'assaillant, il peut arriver que la situation de violence prenne fin plus rapidement et que le risque de nouveaux préjudices soit réduit [24, 25].

Les victimes sont souvent déçues de leur propre réaction et se demandent ensuite pourquoi elles ne se sont pas défendues ou n'ont pas fui. Il est donc très important d'indiquer qu'ils ne pouvaient pas choisir à ce moment-là, leur corps a choisi de survivre de cette façon.

3.2 Après la victimisation : les conséquences de la violence

3.1 Pendant l'expériencede violence: les résponses biologique face à la violence

3.2 Après la victimisation les conséquences de la violence

? DÉFINITION CLIQUABLE

Effets physiques, sexuels et reproductifs

Les effets physiques de la violence peuvent inclure des blessures aiguës telles que des bleus, des écorchures, des hémorragies et des fractures, ainsi que des infections telles que le tétanos. Le patient peut être dans un état très instable et souffrir d'une grande douleur. Des amputations, des déficiences fonctionnelles et même la mort peuvent résulter de violences très violentes [17, 26, 27].

Les maladies sexuellement transmissibles (y compris le **VIH/sida ?**), les maladies inflammatoires pelviennes, les infections des voies urinaires, les douleurs génitales et extra-génitales chroniques et les dysfonctionnements sexuels sont très spécifiques de la violence sexuelle. Les femmes victimes peuvent connaître des périodes de menstruation perturbées et des saignements vaginaux aigus [28-32]. Lors d'attaques impliquant des violences physiques, les femmes enceintes peuvent faire une fausse couche [30]. Les lésions génitales telles que les lacérations du vagin, du périnée, du rectum et de l'anus, l'érythème pénien, anal ou scrotal sont couramment associées à des viols physiquement violents [27], ainsi qu'à des grossesses non désirées, des avortements forcés, des stérilités (prolongées) et des décès [33]. Il faut cependant noter qu'il n'existe pas de typologie universellement acceptée des lésions et qu'il n'y a souvent aucune lésion physique à la suite de violences sexuelles [27].

Les complications à plus long terme comprennent des douleurs chroniques, des migraines, ainsi que d'autres conséquences sanitaires de nature gastro-intestinale, des symptômes psychologiques, cardiopulmonaires et neurologiques [26].

En ce qui concerne spécifiquement les violences sexuelles, les éléments suivants sont ajoutés : saignements vaginaux, rapports sexuels et menstruations douloureuses, irritations génitales, fibromes, douleurs pelviennes et diminution du désir sexuel [17, 26].

Conséquences psychologiques

Les réactions psychologiques courantes qui surviennent immédiatement après des formes graves de violence sont **le choc, le déni, l'isolement auto-imposé ou le retrait social, la colère, la peur, la dépression, la perte d'intérêt pour les activités** et ce que l'on appelle les "**symptômes de stress aigu**". Les symptômes de stress aigu peuvent inclure des cauchemars et/ou des flashbacks, l'évitement des lieux liés à l'incident ou à l'auteur, une vigilance excessive face au danger perçu et/ou un sentiment d'irritabilité, de gêne ou d'engourdissement [34, 35]. Les symptômes peuvent apparaître immédiatement après la violence et peuvent être présents pendant des années, surtout s'ils ne sont pas traités [36, 37].

Si les symptômes persistent dans le temps, la victime peut être diagnostiquée comme souffrante du **syndrome de stress post-traumatique** (**SSPT ?**). Le SSPT est souvent diagnostiqué chez les victimes de violences sexuelles. Les symptômes semblent généralement s'atténuer avec le temps [25, 38, 39]. En outre, le SSPT se manifeste souvent chez les victimes de formes graves de violence en association avec la dépression, l'anxiété, le désespoir et l'hostilité [39-42]. **Les symptômes atteignent leur maximum à la troisième semaine**, persistent souvent pendant un à deux mois, puis disparaissent [26]. Cependant, beaucoup d'entre eux connaîtront des effets plus durables et plus graves, comme le **SSPT, la toxicomanie, la dépression et le suicide**, qui sont souvent associés les uns aux autres [25, 26, 42].

3.1 Pendant l'expériencede violence: les résponses biologique face à la violence

3.2 Après la victimisation les conséquences de la violence

? DÉFINITION CLIQUABLE

La principale différence entre les symptômes de stress aigu et le trouble de stress post-traumatique est la durée des symptômes (on parle de trouble de stress post-traumatique lorsque les symptômes persistent plus de 1 à 3 mois après l'exposition à l'événement) et l'apparition de symptômes dissociatifs tels que la dépersonnalisation et la déréalisation [43]. Environ la moitié des personnes ayant subi des violences sexuelles développent des symptômes de stress post-traumatique [25]. Le **SSPT ?** se caractérise par la reviviscence des symptômes et des aspects du traumatisme, l'évitement des souvenirs du traumatisme, l'hyperexcitation et l'apathie. Les symptômes du SSPT peuvent apparaître immédiatement ou avec un certain retard [44].

Les autres conséquences psychologiques peuvent être **une faible estime de soi, des troubles de l'humeur et de l'anxiété, des troubles du sommeil, des troubles de l'alimentation, une toxicomanie, une phobie sociale, des idées suicidaires ou le suicide, l'agressivité et la confusion des rôles sexuels** [26, 32, 45-49].

En outre, plusieurs études ont montré que la vulnérabilité psychologique est un facteur de risque important pour la victimisation de la violence physique, psychologique et sexuelle [2, 26, 34, 50, 51]. Par exemple, une étude récente sur les relations, le stress et l'agression au cours des 12 premiers mois de la pandémie du COVID-19 en Belgique, dirigée par le professeur Ines Keygnaert, a révélé que les victimes de violence domestique présentaient plus souvent des niveaux de stress plus élevés, davantage de symptômes de dépression et d'anxiété, davantage de symptômes de stress aigu, davantage de pensées et de tentatives suicidaires et de comportements autodestructeurs, et consommaient plus souvent de l'alcool, des sédatifs, du cannabis et d'autres drogues [2].
Cette constatation renforce le fait qu'il est essentiel de fournir un soutien approprié aux victimes pour prévenir la revictimisation.

La première étape du traitement d'un traumatisme psychologique consiste à **reconnaître les symptômes**. Les victimes ont du mal à voir le lien entre une ou plusieurs expériences passées de violence et les plaintes physiques, psychologiques ou sexuelles actuelles et/ou les problèmes sociaux, relationnels ou socio-économiques [1]. Par exemple, les victimes éprouvent souvent **des plaintes somatiques inexpliquées** et se rendent donc régulièrement chez le médecin. Dans ce cas, le médecin doit s'enquérir avec empathie de tout traumatisme vécu et des caractéristiques qui y sont associées [25, 52].

Conséquences neurobiologiques

La violence peut avoir des effets à long terme sur le développement du cerveau. Ceci est largement dû à la présence d'un stress à long terme (cfr SSPT). Le stress prolongé a un effet sur la taille du cerveau, sa structure et son fonctionnement. Cette physiopathologie débute dans l'hypothalamus, l'hypophyse et l'axe surrénalien. Cet axe assure une connexion ou plutôt une interaction entre les glandes endocrines du cerveau et les reins. Ces glandes entrent en action dès que le stress est présent [54-56].

3.1 Pendant l'expériencede violence: les résponses biologique face à la violence

3.2 Après la victimisation les conséquences de la violence

LIEN CLIQUABLE

Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien :

Le stress est perçu ? L'hypothalamus, l'hypophyse et l'axe surrénalien entrent en action et libèrent (beaucoup) de cortisol. Le cortisol est initialement très utile dans des situations stressantes "normales". Grâce au cortisol, davantage de sang pénètre dans nos muscles, ce qui nous rend plus fort, notre système immunitaire est activé afin de mieux prévenir les infections et nos émotions sont inhibées afin que vous puissions mieux penser et nous concentrer. Il s'agit donc de réactions physiques utiles en cas de stress quotidien, comme lors d'un examen, d'un moment de tension dans la circulation, etc.

Le stress résultant d'une situation traumatique :

Toutefois, ce type de stress positif, qui nous permet de mieux faire face à une situation stressante, est différent du stress aigu ou du stress traumatique. En cas d'événement hautement traumatisant (comme un viol, une menace de mort, ...), les glandes entrent immédiatement en action et de nombreuses substances et hormones sont libérées dans le sang. Cette réaction est automatique et se produit complètement en dehors de notre conscience. Plus le danger est perçu comme grand, plus la situation est perçue comme menaçante pour notre intégrité physique, mentale ou sexuelle, plus l'hypothalamus, l'hypophyse et l'axe surrénalien vont sécréter d'hormones. Dans le cas d'un événement traumatique, tant d'hormones sont sécrétées que les effets positifs du stress ne s'appliquent plus. Le cerveau reptilien entre en action et prend le contrôle. Les réactions biologiques instinctives de survie (**voir chapitre 3.1**) ont lieu et le comportement de la victime échappe à son contrôle.

Si le cortisol est présent dans l'organisme pendant trop longtemps et en trop grande quantité, il peut commencer à être nocif. C'est le cas pour les symptômes de stress aigu qui finissent par évoluer vers un SSTP, lequel provoque à son tour des niveaux élevés et prolongés de cortisol dans l'organisme [55, 56].

3.1 Pendant l'expériencede violence: les résponses biologique face à la violence

3.2 Après la victimisation les conséquences de la violence

On peut distinguer quatre mécanismes nuisibles :

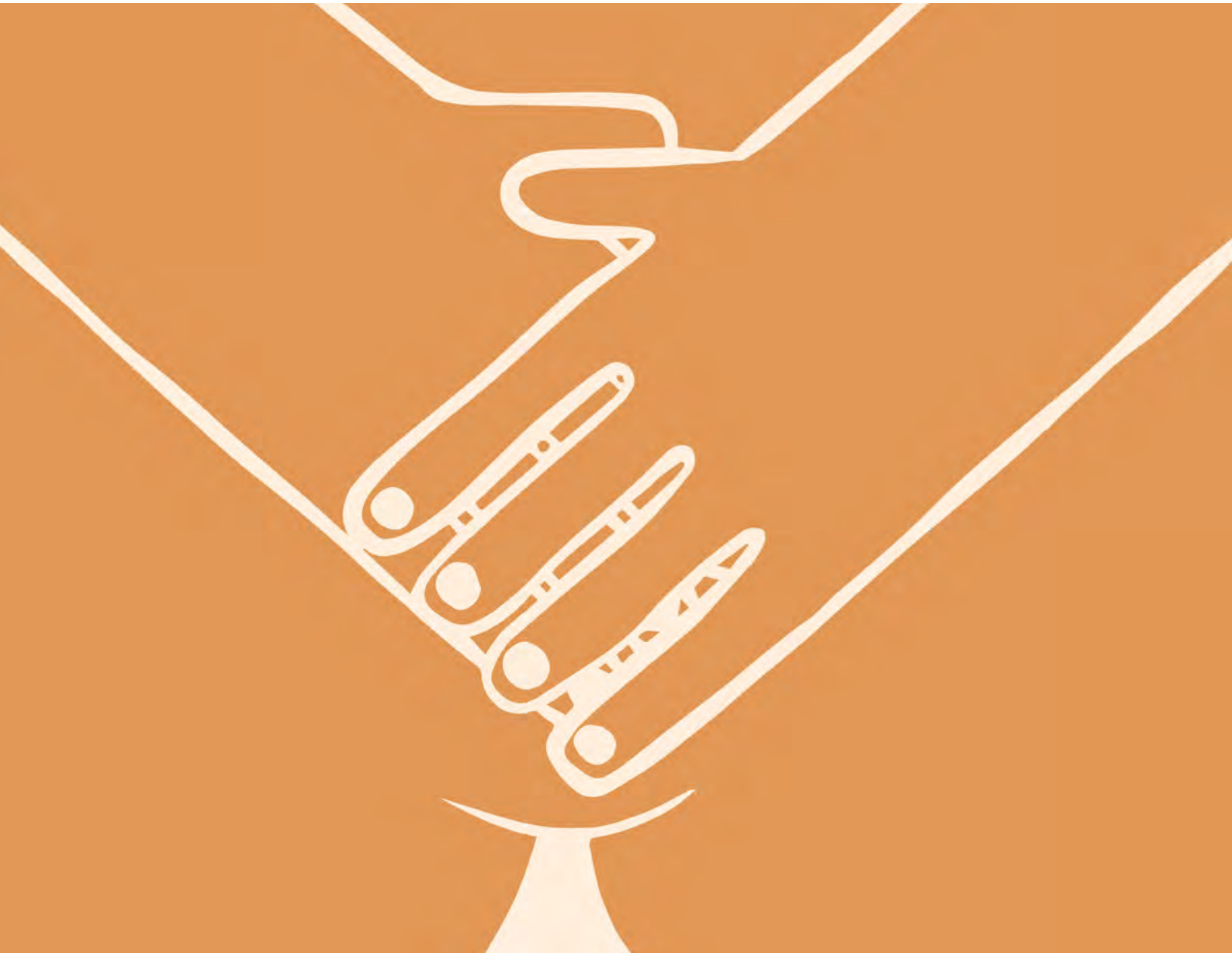
- **L'amygdale** : Le cortisol augmente l'activité du "centre de la peur" du cerveau. C'est dans ce centre de la peur que naissent les réactions biologiques automatiques. Le cerveau reptilien, en d'autres termes. Si l'activité du centre de la peur reste trop élevée, il finira par y avoir une perturbation de son fonctionnement. À un âge plus avancé, ou après que l'amygdale a été perturbée pendant longtemps par des niveaux élevés de cortisol, cela signifie, entre autres, que l'on surestime souvent le danger et/ou que l'on sous-estime sa propre autosuffisance. Il peut même perturber complètement les réponses biologiques automatiques au danger, les amenant à se modifier, à se réduire ou à disparaître au fil du temps. Cela peut conduire à une réponse réduite ou inadéquate au danger et au stress.
- **L'hippocampe** :
  - Des taux élevés et prolongés de cortisol dans l'organisme perturbent le stockage des informations dans le cerveau. Les études, par exemple, deviendront beaucoup plus difficiles et des problèmes de mémoire apparaîtront. En outre, il existe un risque accru de maladie d'Alzheimer à un âge plus avancé et d'autres problèmes psychologiques tels que la dépression.
  - Des taux élevés et prolongés de cortisol dans l'organisme perturbent également la régularisation du stress et donc la régularisation de l'hypothalamus, de l'hypophyse et de l'axe surrénalien. Les niveaux de cortisol restent élevés en raison de cette perturbation, ce qui crée un cercle vicieux de niveaux élevés de cortisol et de dommages encore plus importants au cerveau.
- **Cortex préfrontal** : Une dernière conséquence des taux élevés et prolongés de cortisol est le rétrécissement du cerveau, plus particulièrement du cortex préfrontal. Le cortex préfrontal devient alors effectivement plus petit en taille. Cependant, c'est là que se déroulent les fonctions cognitives et émotionnelles, notamment la prise de décision, la planification et le comportement ou l'interaction sociale. Lorsque le cortex préfrontal est endommagé ou sous-développé, des problèmes tels que l'incapacité à planifier, la prise de décisions impulsives ou l'incapacité à prendre des décisions, un comportement inapproprié ou maladroit en société et des comportements incontrôlés tels que l'abus de drogues et d'alcool, la prise de risques sexuels et les comportements transgressifs, la dépense de plus d'argent que prévu ou que l'on a, ainsi que l'agressivité, peuvent survenir.

Tous ces effets sur le cerveau peuvent se répercuter sur l'ADN. Des niveaux élevés de stress et de traumatisme - tels que les formes de violence sexuelle à long terme, les abus sur les enfants, etc. - commencent à manipuler l'ADN, pour ainsi dire. Ces modifications de l'ADN relèvent de l'épigénétique. Cela signifie également que cette forme altérée devient héréditaire. En d'autres termes, les conséquences neurobiologiques ou les dommages causés au cerveau peuvent être hérités. Cela signifie que les enfants de victimes, par exemple, d'abus et/ou de violences sexuelles ont également un risque accru de développer des problèmes d'apprentissage, des troubles de l'anxiété, des interactions sociales problématiques, une réponse au stress altérée, etc. Même si cette personne n'a pas vécu elle-même d'événements traumatiques. Nous appelons cela le traumatisme transgénérationnel ou le traumatisme intergénérationnel. C'est un traumatisme qui se transmet de génération en génération [57, 58].

Conséquences socio-économiques

Les victimes de violence ont plus de chances d'abandonner l'école ou de ne pas pouvoir travailler. En particulier dans le cas des violences sexuelles, les victimes sont souvent confrontées à la stigmatisation et à la discrimination de la société, des prestataires de soins, de leur communauté et de leur famille, y compris de leur partenaire [59-63]. Le fait d'épouser l'auteur du viol, de donner naissance à un enfant non désiré à la suite du viol, la pression exercée pour ne pas signaler le cas, la condamnation, le rejet de la famille ou l'abandon par le partenaire en sont quelques exemples [17, 25, 26, 64].

4 Divulgation et dépistage



4. Divulgation et dépistage

4.1 Processus de divulgation

4.2 Recherche d'aide

4.3 Rendre les expériences de violence discutables

LIEN CLIQUABLE

Message clé :

La divulgation de la violence consiste en deux processus :

- Reconnaître que l'on est victime de violence.
  C'est le début de ce que l'on appelle le "processus d'identification de la violence".
- Décider de ce que l'on veut dire et à qui on veut le dire, ou la "divulgation sélective".

- Attitude empathique et sans jugement
- Assurer la confidentialité
- Une communication non verbale soignée
- Techniques de questionnement appropriées
- Respecter le rythme de la victime
- Offrir la possibilité de communiquer de manière non verbale

L'éveil des soupçons concernant une ou plusieurs expériences possibles de violence peut se faire au moyen **du plan par étapes** de Sensoa en coopération avec Domus Medica [65].

Notez les signaux, les inquiétudes et les soupçons que vous avez remarqués de la manière la plus précise et la plus factuelle possible dans le dossier du patient.

4.1 Processus de divulgation

Bien que la divulgation de la violence contribue au rétablissement psychologique et physique des victimes, il existe de nombreux obstacles à la divulgation. La peur de la réaction des autres, le fait de ne pas vouloir accabler les autres, le (manque de) confidentialité, les croyances culturelles et/ou le langage utilisé pour discuter de la sexualité sont quelques exemples d'obstacles [34]. Souvent, les victimes ont peur des conséquences d'une divulgation, notamment d'être condamnées, blâmées ou incrédules. Des recherches ont montré que les victimes de violence sont plus disposées à divulguer si elles ont été victimisées fréquemment, si elles ont été victimisées par plusieurs auteurs, si elles ont de sérieuses inquiétudes quant aux conséquences pour elles-mêmes et pour leur entourage, et si elles se perçoivent comme des victimes de violence [34, 66].

La divulgation de la violence consiste en deux processus :

- Reconnaître que l'on est victime de violence.
  C'est le début de ce que l'on appelle le « **processus d'identification de la violence** ».
- Décider de ce que l'on veut dire et à qui on veut le dire, ou la « **divulgation sélective** ».

4.1 Processus de divulgation

4.2 Recherche d'aide

4.3 Rendre les expériences de violence discutables

Pour pouvoir révéler ce qui s'est passé et demander de l'aide, une personne doit d'abord comprendre que ce qui s'est passé est aussi une forme de violence. Vient ensuite l'étape consistant à évaluer si cela signifie qu'ils ont été victimisés ou quel a été leur propre rôle. Si tel est le cas, on essaie d'en évaluer l'impact sur soi-même, sur son environnement, etc. Quels sont les sentiments et les pensées personnels ? Est-il préférable de le partager avec quelqu'un ou de le garder pour soi ? A-t-on besoin d'aide et si oui, laquelle ? Par qui ? L'ensemble du processus peut parfois se dérouler rapidement pour une victime, mais pour de nombreuses victimes, il peut s'écouler beaucoup de temps avant qu'elles ne soient en mesure de révéler à quelqu'un qu'elles ont été victimes de violences. C'est notamment le cas pour la maltraitance des enfants. En outre, les victimes ne disent généralement pas tout en même temps. Souvent, ils souhaitent d'abord établir une relation de confiance avec leur entourage et/ou les professionnels qui les soutiennent.

Processus d'identification de la violence

Pour révéler la violence et demander de l'aide, il faut d'abord reconnaître que quelque chose ne va pas et se rendre compte qu'une aide est nécessaire. Les victimes peuvent mettre un certain temps à s'en rendre compte. C'est le début de ce que l'on appelle le processus d'identification de la violence. Plusieurs facteurs peuvent influencer ce processus.

- **Mythes du viol et connaissances sur les violences sexuelles et intrafamiliales** : Ces mythes sont un ensemble de croyances culturelles sur ce qu'impliquent les violences sexuelles et intrafamiliales, sur ses causes et sur les personnes à blâmer. Ils soutiennent, entre autres, l'idée qu'il s'agit toujours de la violence des hommes envers les femmes. En raison de ces mythes, les gens ne réalisent pas toujours qu'ils sont victimes de violences. Par exemple, beaucoup pensent que le viol s'accompagne d'une violence brutale et qu'il faut absolument se défendre si l'on ne veut pas que quelqu'un ait des relations sexuelles avec soi. Nous savons déjà que le viol ne laisse souvent aucune marque physique et que les réponses biologiques au danger peuvent parfois être décevantes et souvent incompréhensibles pour la victime. Ils commencent alors à douter de l'existence même de la violence sexuelle subvenue.
- **Contexte social de la victime** : L'environnement social, tel que la famille, les amis et les proches, détermine souvent la façon dont la victime perçoit la violence. Si l'environnement social ne considère généralement pas quelque chose comme de la violence, la victime sera également moins susceptible de le définir comme tel.
- **Cadre juridique** : ce qui est légalement considéré comme de la violence diffère d'un pays à l'autre et peut avoir un impact sur l'identification de ce qui est considéré comme de la violence. Pensez aux pays où le viol conjugal n'est pas possible. Là, la violence intrafamiliale risque de passer inaperçue.
- **Croyances stéréotypées liées au genre** : Les croyances stéréotypées liées au genre peuvent influencer la façon dont certains comportements sont perçus comme inacceptables ou transgressifs. Par exemple, les femmes sont souvent considérées comme des victimes et les hommes comme des auteurs. Par conséquent, les actes de violence commis par les femmes peuvent être considérés comme n'étant pas ou moins graves ou dangereux que ceux commis par les hommes. Si un homme devient ensuite une victime, cela peut être considéré comme moins important ou moins grave.

Divulgation sélective

Lorsque les victimes de violence s'interrogent, veulent une confirmation ou arrivent à la conclusion que ce qu'elles ont vécu est effectivement une forme de violence, elles peuvent procéder à la divulgation. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils veulent tout révéler ; révéler une partie peut être particulièrement difficile et gênant. De même, la question de savoir à qui ils vont révéler quelque chose fait souvent partie d'un long processus de réflexion : Que vont-ils partager avec qui ? Quelles sont les conséquences possibles, les avantages et les inconvénients d'une telle démarche ? C'est ce qu'on appelle la "divulgation sélective". Les victimes choisissent les détails qu'elles peuvent révéler, tandis que d'autres choses restent inexprimées. En outre, elles appliquent également la sélectivité aux personnes auxquelles elles veulent raconter l'histoire.

4.1 Processus de divulgation

4.2 Recherche d'aide

4.3 Rendre les expériences de violence discutables

Très souvent, les sujets concernant les violences sexuelles et intrafamiliales sont entourés de silence, et les victimes peuvent donc avoir besoin d'aide pour identifier ce qui leur est arrivé. Au cours du processus de divulgation sélective, les professionnels de santé peuvent aider les victimes en leur **posant des questions ouvertes et exploratoires** sur l'événement et sur la mesure dans laquelle la victime a le sentiment que ce qui s'est passé était contre sa volonté et sur l'impact que la violence a eu jusqu'à présent. Le fait d'en parler pour la première fois dans un contexte sûr peut aider à mettre des mots sur les choses et à déterminer s'il s'agissait de violence. En outre, cette révélation à un conseiller peut aider à en parler à quelqu'un d'autre par la suite. Le processus de divulgation sélective peut donc contribuer non seulement au processus d'identification de la violence, mais aussi au processus plus large de divulgation. Le processus de divulgation est donc dynamique et circulaire.

Divers facteurs inhibiteurs et facilitateurs influencent le processus de divulgation :

Obstacles à la divulgation	Facilitateurs à la divulgation
Détresse émotionnelle	Reconnaître que des violences ont été subies
La culpabilité	Vouloir de l'aide pour faire face aux conséquences de la violence.
Peur en général, peur des réactions négatives de la famille, des amis et de la communauté	Vouloir se protéger ou protéger les autres contre d'autres violences
L'auteur de l'infraction n'est pas inconnu de la victime.	Le sentiment que la situation va s'améliorer après la divulgation.
L'auteur de l'infraction est quelqu'un qui a beaucoup de pouvoir.	Une attitude empathique et non moralisatrice de la part de la personne qui reçoit la divulgation.
Attentes en matière de rôle des sexes	Un environnement sûr et confidentiel
Incertitudes concernant la procédure judiciaire	
Préoccupations concernant la confidentialité	
Peur que rien ne change après la divulgation	
Normes culturelles et religieuses	
Le sexe et la violence sont des sujets tabous	

4.1 Processus de divulgation
4.2 Recherche d'aide
4.3 Rendre les expériences de violence discutables

4.2 Recherche d'aide

Le fait de divulguer ou non est également lié à la recherche d'une aide formelle en cas de violences. Cependant, il existe différents résultats possibles en termes de comportement de recherche d'aide parmi les victimes de violences sexuelles et intrafamiliales.

- **Se débrouiller seul** : la victime décide de ne pas chercher de l'aide.
  La victime rencontre trop d'obstacles à la divulgation et décide de faire face seule à la violence.
- **Recherche d'aide sans divulgation** : pensez à une victime de violence sexuelle qui se rend chez un médecin pour un test de dépistage des MST, mais qui ne dit pas qu'il s'agissait d'un contact sexuel non désiré. D'autres victimes peuvent consulter un psychologue pour d'éventuelles conséquences comportementales de la violence, comme la dépression ou l'anxiété, mais ne révèlent jamais qu'elles ont été victimes de violences et/ou qu'elles le sont encore.
- **Recherche d'aide informelle** : la victime parlera, par exemple, des violences subies avec des amis et des parents, qui pourront lui offrir une oreille attentive.
- **Recherche d'aide formelle** : la victime cherchera de l'aide auprès de professionnels tels que l'hôpital, le médecin généraliste, la police, un refuge, un centre de prise en charge des violences sexuelles, le psychologue, etc.

Le comportement des victimes en matière de recherche d'aide peut changer avec le temps. Par exemple, une victime peut décider dans un premier temps de garder la violence pour elle. Au fil du temps, la victime peut se sentir déprimée et vouloir partager son histoire. La victime peut espérer se sentir mieux après avoir révélé les violences sexuelles à un bon ami. Cet ami peut être en mesure de motiver la victime à chercher une aide formelle auprès d'un psychologue.

4.3 Rendre les expériences de violence discutables

Comme indiqué ci-dessus, la prévalence des violences sexuelles et intrafamiliales est très élevée. Néanmoins, de nombreuses victimes ne signaleront jamais leur expérience de violence. Et ce, malgré les importantes conséquences psychologiques et physiques à court et à long terme. Le plan d'action national de lutte contre toutes les formes de violence préconise une prise en charge globale des victimes de violences sexuelles et intrafamiliales. Les médecins généralistes jouent un rôle crucial dans ce domaine à court et à long terme [67]. Des recherches ont également montré que les victimes de violence ont du mal à aborder ce sujet et attendent de leur médecin généraliste qu'il fasse le premier pas [68-70]. En premier lieu, les médecins généralistes doivent être très vigilants quant aux éventuelles expériences de violence dans le passé [67]. Il est impératif de reconnaître les signes et de permettre de discuter d'éventuelles expériences de violence [52].

Les patients n'ont généralement pas d'objection à ce qu'on les interroge sur leur(s) expérience(s) de violence. Un professionnel de la santé qui aborde lui-même le sujet peut abaisser le seuil à partir duquel la victime peut partager son expérience de la violence.

Quel est le meilleur moment pour aborder ce sujet ? Cela peut se faire lors d'une consultation d'introduction, de manière systématique ou lors d'examens préventifs tels qu'un frottis cervical, un examen des seins, une consultation sur les MST ou une consultation sur la grossesse.

Veuillez prendre conscience qu'il s'agit d'un sujet sensible. Il est donc important d'introduire vos questions. En outre, il est également important de réfléchir à ses propres émotions et de les prendre en compte après coup.

4.1 Processus de divulgation

4.2 Recherche d'aide

4.3 Rendre les expériences de violence discutables

LIEN CLIQUABLE
DÉFINITION CLIQUABLE
TEXTE DÉPLIABLE

Reconnaître les signes

Il est possible que vous soupçonniez votre patient d'avoir été victime de violences en raison d'un certain nombre de signes physiques et comportementaux. Considérez également **les conséquences de les violences sexuelles et intrafamiliales** décrites précédemment.

Les signes ou symptômes qui peuvent indiquer un passé de violences sont les suivants :

- Anxiété/attaques de panique, dépression, troubles du sommeil, syndrome d'hyperventilation, syndrome de douleur chronique
- Toxicomanie
- Trouble somatoforme, trouble de la personnalité
- Plaintes gynécologiques (dyspareunie, vaginisme), grossesses non désirées plus fréquentes avec avortement.
- Plaintes physiques somatiques inexpliquées / ne répondant pas à la thérapie
- Fréquence élevée de consultations
- Rejeter les questions générales sur les tensions
- Problèmes relationnels, antécédents de violence (sexuelle)

Soupçon de violence

Il y a un certain nombre de choses que vous pouvez faire si vous soupçonnez qu'il y a des antécédents de violence.

L'éveil des soupçons concernant une ou plusieurs expériences possibles de violence peut se faire au moyen du plan par étapes de Sensoa en coopération avec Domus Medica [65].

Étape 1 : Aborder de manière proactive la question des violences sexuelles et

Étape 2 : Encourager le patient à raconter son histoire

Étape 3 : Résumez ce que dit le patient

Étape 4 : Formulez une offre

Tableau 1: Réactions par âge après un événement traumatique.

4.1 Processus de divulgation

4.2 Recherche d'aide

4.3 Rendre les expériences de violence discutables

ⓘ LIEN CLIQUABLE

? DÉFINITION CLIQUABLE

Notez les signaux, les inquiétudes et les soupçons que vous avez remarqués de la manière la plus précise et la plus factuelle possible dans le dossier du patient (voir **chapitre 7** ⓘ Constat), afin d'assurer au moins une première traçabilité et de ne pas oublier d'y revenir ultérieurement. En fonction de l'accessibilité de votre dossier patient, un autre prestataire de soins de santé peut alors être plus vigilant.

Supposons que vous ayez des doutes, et que le patient soit également vu par des collègues ? Vous pouvez **discuter avec vos collègue**s pour savoir s'ils ont également remarqué les signes et symptômes que vous avez remarqués. Si oui, comment interprètent-ils ces signes et symptômes ? A quoi les lieraient-ils ? Si nécessaire, suggérez-leur ce que vous pensez, motivez cela et vérifiez avec eux. Et quel est, selon eux, le meilleur moyen d'y remédier ? Est-il utile de contacter un **Centre de prise en charge des violences sexuelles ?** ou le centre de confiance pour la maltraitance des enfants pour **obtenir des conseils supplémentaires** ? Dans tous les cas, veuillez respecter le secret professionnel et ne communiquez pas d'informations que vous n'êtes pas autorisé à partager.

Réagir à la divulgation

- Le respect à tout moment de :
  - l'autonomie du patient
  - son droit de prendre des décisions
  - son droit à une information correcte concernant l'examen médico-légal en cas de violences sexuelles.
- **Attitude empathique et sans jugement**
  - Faites preuve d'empathie en utilisant les formes "je" et "nous".
  - Décrivez ce que vous savez, voyez, entendez ou ressentez et partagez cela avec la victime.
- **Assurer la confidentialité**
  - Garantir la confidentialité visuelle et auditive.
  - Fournir un environnement sûr
- **Une communication non verbale soignée**
  - Asseyez-vous en position T, éventuellement avec une table entre vous et la victime, afin que vous et la victime puissiez détourner le regard si nécessaire, et que les jambes ou les bras puissent être étirés ou pliés sans déranger physiquement l'autre.
  - Une règle s'applique au toucher : il vaut mieux ne pas le faire. Si la victime recherche un contact physique, une tape dans le dos est possible, ou même un pincement du bras.
  - Établissez un contact visuel approprié. Lorsqu'une victime vous pose une question, regardez-la dans les yeux à une distance raisonnable et faites-le d'une manière culturellement appropriée.
  - Vous pouvez utiliser votre expression faciale pour encourager la victime à parler en inclinant la tête, en haussant occasionnellement les sourcils de manière interrogative, en hochant la tête ou en disant "mmmm". Toutefois, restez discret en le faisant.
- **Techniques de questionnement appropriées**
  - Posez des questions ouvertes. Les questions ouvertes commencent par quoi, où, comment et quand. Évitez toutefois les questions commencent par « pourquoi », car elles peuvent induire un sentiment de culpabilité ou être perçues comme menaçantes.
  - Les questions fermées sont principalement utilisées pour clarifier ou vérifier quelque chose.
  - Respectez les silences dans la conversation.
  - Paraphraser, ou résumer dans vos propres mots ce que la victime vient de dire, est un moyen de vérifier si vous avez bien compris et de l'encourager à poursuivre.
  - Évitez d'utiliser un jargon technique et communiquez dans un langage clair et compréhensible.
- Respecter le rythme de la victime
  - Ne faites pas pression sur la victime pour qu'elle vous donne des détails qu'elle ne veut pas partager.
- Offrir la possibilité de communiquer de manière non verbale
  - Par exemple, vous pouvez montrer à la victime des dessins d'un corps afin qu'elle puisse indiquer les endroits où il y a eu des contacts physiques et/ou sexuels.

4.1 Processus de divulgation

4.2 Recherche d'aide

4.3 Rendre les expériences de violence discutables

Vous apprendrez ce que vous pouvez offrir à la victime après sa révélation dans le chapitre suivant "Prise en charge des victimes de violences".

Interrogation de routine sur une expérience de violence

Discuter d'un soupçon de violence sexuelle est nécessaire, mais en tant que conseiller, vous pouvez aussi aller plus loin.

Entre-temps, il est devenu évident que tout le monde peut être victime de violences sexuelles. Les chiffres de prévalence montrent qu'en Belgique, 40 % des femmes et 20 % des hommes ont déjà été victimes de violences sexuelles avec contact physique. Seule une minorité se manifeste et demande de l'aide. Une stratégie consistant à attendre qu'une victime raconte son histoire ou parle d'un soupçon n'est donc probablement pas suffisante.

Est-il donc préférable d'interroger tout le monde sur ses expériences en matière de violences sexuelles et/ou intrafamiliales ? La réponse est OUI, à condition que vous puissiez également offrir des soins.

Plusieurs études ont montré qu'une interrogation systématique concernant les violences intrafamiliales a sa place dans l'anamnèse. Poser des questions sur les expériences de violence ne semble pas indésirable, surtout si, en tant que prestataire de soins, vous décidez de poser cette question à tous vos patients et de l'inclure systématiquement dans votre anamnèse. Et peut-être votre patient n'est-il pas encore prêt à en parler, mais il peut alors se préparer à aborder le sujet la prochaine fois, dans le future.

Les questions suivantes concernant les violences intrafamiliales se sont avérées efficaces :

- Comment vous sentez-vous ?
- Y a-t-il une tension ? Comment gérez-vous cette tension ?
- Comment résoudre les conflits ? Y a-t-il des cris ?
  Y a-t-il des tiraillements ou des actes physiques pendant un conflit ?
  Que se passe-t-il à un tel moment ?

Bien entendu, il est important de ne pas porter de jugement sur les personnes concernées, mais d'indiquer que le comportement adopté n'est pas acceptable. Voir également les conseils que nous avons donnés précédemment sur la façon de réagir à la divulgation.

Comment remettez-vous en question **les expériences de violence sexuelle** ? Il est important d'éviter d'utiliser immédiatement le mot « violence » ou « viol ». Si vous demandez « Avez-vous déjà été violée? » ou « Avez-vous subi des violences sexuelles? », il y a des chances que le patient pense qu'un viol ne peut se produire que si un inconnu surgit d'un buisson. Ou que le viol est toujours accompagné de violences physiques graves et de menaces. Ainsi, le patient ne reconnaît pas la violence sexuelle subie comme un viol et la conversation peut s'arrêter. De telles questions laissent trop de place à l'interprétation.

Nous partons du principe que nous entendons la même chose par viol et agression sexuelle, mais dans la pratique, ce n'est pas le cas, et vous ne pouvez donc pas le détecter.

Cependant, lorsque vous demandez à quelqu'un s'il a eu des rapports sexuels contre son gré, il y a beaucoup plus de chances que votre patient, dans la situation décrite ci-dessus, réponde : « Oui, j'ai pris un verre avec lui, mais je ne voulais pas l'embrasser, être touchée, prendre son pénis dans ma bouche,... ».

4.1 Processus de divulgation

4.2 Recherche d'aide

4.3 Rendre les expériences de violence discutables

? DÉFINITION CLIQUABLE

Pour de nombreuses personnes, le mot « sexe » peut également être trop abstrait, ou le souvenir de ce qui s'est passé est difficile à mettre en mots. Il peut être utile de poser plusieur **questions spécifiques au comportement plus détaillées** et de partir des actes de violence réels qui ont eu lieu, par exemple :

- Avez-vous déjà été obligé de mettre un pénis dans votre bouche alors que vous ne le vouliez pas ?
- Quelqu'un a-t-il mis une partie du corps ou un objet dans votre vagin ou votre anus alors que vous ne le vouliez pas ?

Ne commencez pas un interrogatoire de routine sur la violence juste comme ça. Préparez-vous ! Assurez-vous qu'il est clair au sein de votre cabinet dans quel contexte de soins ces questions sont posées. Examinez comment vous pouvez poser ces questions de manière standardisée. Clarifiez également au sein de votre cabinet ce qui se passe lorsqu'un patient répond « oui » à votre question.

Et qu'en est-il des petits ?

Souvent, les enfants ne présentent pas de symptômes directs de SSTP ? , mais réagissent plutôt par des **troubles de l'alimentation ou du sommeil**. Pendant la phase préverbale, il est très difficile de démontrer ou d'exclure une éventuelle expérience de violence [43].

Pensez-y en termes de **comportement ou de connaissances qui ne sont pas appropriés pour l'âge**. Les **plaintes de SSTP et les rechutes dans l'apprentissage** de la propreté sans bonne explication peuvent également indiquer des expériences antérieures de violence. Le tableau ci dessous montre les réactions par âge après un événement traumatique [43].

Nourrissons (0-1 ans)

- Problèmes d'alimentation
- Problèmes de sommeil
- Beaucoup de pleurs

Les tout-petits et les enfants d'âge préscolaire (2-5 ans)

- Désarroi
- Anxiété généralisée
- Comportement régressif, agressif et/ou destructeur
- S'accrocher à un parent
- Peur de dormir
- Cauchemars
- Jeu post-traumatique
- Développement retardé ou stagnant
- Sentiments de culpabilité injustifiés
- Confusion
- Crises de colère
- Inquiétude

Tableau 2: Facteurs inhibant et facilitant le processus de divulgation

4.1 Processus de divulgation

4.2 Recherche d'aide

4.3 Rendre les expériences de violence discutables

? DÉFINITION CLIQUABLE

Écoliers (6-12 ans)

- Plaintes physiques
- Problèmes de sommeil
- Préoccupation de son propre comportement
- Sentiments de culpabilité injustifiés
- Problèmes de concentration
- Détérioration des résultats scolaires
- Confiance en soi compromise
- Préoccupation pour la vulnérabilité
- Fantasmes effrayants et agressifs
- Reconstitution : répétition du traumatisme dans le jeu, le dessin ou la conversation.
- Inquiétude

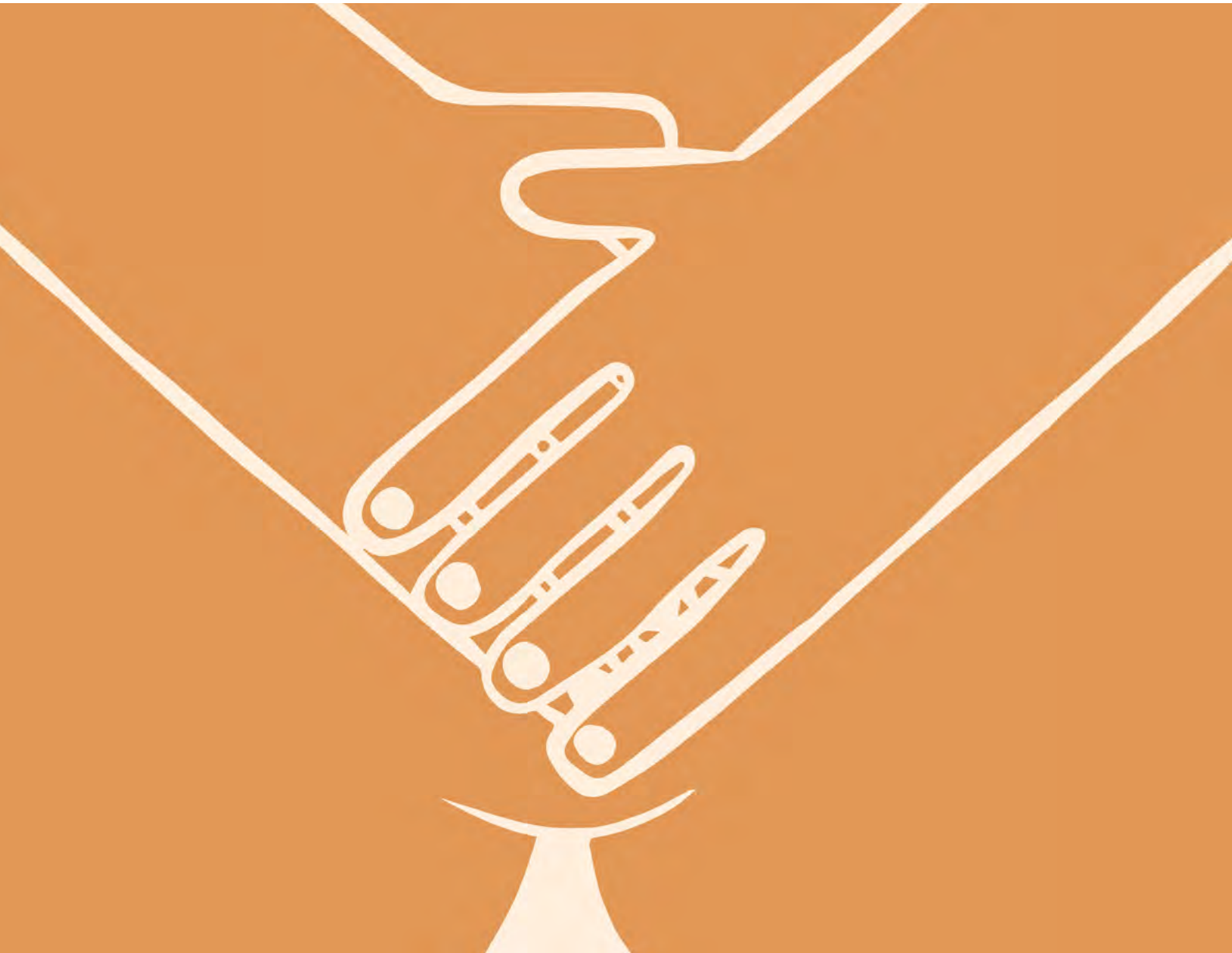
Adolescents et adolescents (13-18 ans)

- Besoin d'autonomie contre dépendance et peur
- La honte
- Sentiments dépressifs
- Faire semblant que tout va bien
- La reconstitution du comportement
- Dysfonctionnement à l'école (performances, comportement ou assiduité)
- Comportement de recherche de sensations fortes
- Toxicomanie
- Changements radicaux de comportement
- Comportement à risque
- Fantasmes de vengeance et de pénitence
- Se fermer aux processus intérieurs
- Suspicion

Tableau 3: Facteurs inhibant et facilitant le processus de divulgation

Veuillez noter qu'il y a rarement des blessures physiques ou des plaintes psychosociales évidentes chez les enfants. Les professionnels de santé devraient donc demander à l'enfant et aux parents ou au tuteur quelles sont les caractéristiques du SSTP ? [52]. Une éventuelle suspicion de violence (in) directe nécessite toujours une enquête et un traitement spécialisés plus poussés.

5 La **prise en charge** des victimes de violences



5. La prise en charge des victimes de violences

5.1 Principes de la prise en charge holistique
5.2 Première aide psychologique
5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles
5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable
5.5 Référence chaleureuse

Les chapitres précédents ont abordé les différentes conséquences possibles des violences sexuelles et/ou intrafamiliales au niveaux psychologique, physique, sexuellement reproductif, socio-économique et neurobiologique. Afin de minimiser les conséquences négatives de la violence à court et à long terme, il est recommandé au niveau international que les victimes de violences reçoivent des soins holistiques. Par conséquent, ne laissez jamais une victime sans aucune forme de soins et de soutien après la divulgation de son expérience de violence. Dans ce chapitre, nous développons les soins nécessaires aux victimes de violences.

5.1 Principes de la prise en charge holistique

La prise en charge holistique comprennent l'examen médico-légal, les soins médicaux et psychosociaux, ainsi qu'une protection et une assistance juridique. Il est internationalement admis qu'une prise en charge holistique et multidisciplinaire à court et à long terme constitue **l'approche optimale et la plus souhaitable** pour toutes les victimes de violences [71-74]. Une approche holistique et multidisciplinaire augmente la probabilité d'un résultat médical et psychosocial positif. Il a été démontré que cette approche offre les meilleures garanties pour un résultat médical et psychosocial positif, pour la qualité des soins, pour un rétablissement plus rapide de la victime et pour la prévention de la revictimisation [74-82].

Dans une approche holistique et multidisciplinaire, **le bien-être** et **la santé** de la victime doivent toujours être la première priorité [73]. Une victime peut se sentir humiliée et dégradée après une expérience de violence. Il est donc essentiel de préserver **la dignité** de la victime tout en lui apportant des soins **efficaces et empathiques**. Il a été démontré qu'une **relation de confiance** avec un conseiller favorise le rétablissement d'une victime de violence et que l'empathie joue un rôle central à cet égard [83].

5.2 Première aide psychologique

Message clé :

Les cinq principes essentiels de la première aide psychologique sont [84] :

- Promouvoir un sentiment de sécurité
- Créer un sentiment de calme
- Promouvoir un sentiment d'autonomie
- Favoriser la proximité
- Donner de l'espoir

5.1 Principes de la prise en charge holistique

5.2 Première aide psychologique

5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles

5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable

5.5 Référence chaleureuse

La première aide psychologique comprennent cinq principes de base que le professionnel de santé peut appliquer lorsqu'il s'occupe de personnes confrontées à un traumatisme, une tragédie ou une perte [85]. Lorsqu'une victime ou une personne de soutien de la victime divulgue des violences, il est recommandé d'appliquer **ces principes fondés sur des données scientifiques** [84].

Les cinq principes essentiels de la première aide psychologique sont [84] :

- **Promouvoir un sentiment de sécurité**
  Veiller à ce que la victime soit à l'abri de toute atteinte physique et psychologique (supplémentaire).
- **Créer un sentiment de calme**
  Créez le calme en commençant par vous calmer vous-même.
  Trouvez un endroit calme pour parler avec un minimum de distractions extérieures.
- **Promouvoir un sentiment d'autonomie**
  Aidez la victime à reprendre le contrôle de la situation (dans la mesure du possible).
  Créez l'espoir. Reconnaître et rappeler à la victime ses points forts et sa capacité à surmonter l'adversité.
- **Favoriser la proximité**
  Assurez la victime que vous voulez l'aider. Écoutez attentivement la victime et son histoire (cfr. Faire & ne pas faire). N'insistez pas pour que la victime vous raconte toute l'histoire ou donne des détails. N'interrompez pas et ne précipitez pas le récit de la victime.
  Reconnaître l'injustice de la violence et normaliser les sentiments de la victime.
  Respecter la vie privée et la confidentialité (le cas échéant).
- **Donner de l'espoir**
  Offrez des perspectives pour l'avenir. Donner des informations d'une manière compréhensible et simple.
  Donnez des informations précises sur les soins spécialisés, les éventuelles enquêtes médico-légales et le suivi (comme les centres de soins après une violence sexuelle).
  Faites comprendre à la personne que même si elle refuse de l'aide maintenant, elle pourra toujours en obtenir à l'avenir.

5.1 Principes de la prise en charge holistique

5.2 Première aide psychologique

5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles

5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable

5.5 Référence chaleureuse

Recommandé

Offrir intimité, sécurité, empathie et respect

Garder une distance appropriee avec la victime

Respecter les silences

Prendre la victime au sérieux

Dire à la victime que ce n'est pas sa faute

Donner des informations de manière compréhensible

Reconnaître les sentiments de la victime

Reconnaître les forces de la victime

Reformuler ce que la victime dit

Poser des questions fermées pour clarifier ou confirmer un point

Pas recommandé

Ne pas promettre de garder le secret (dans certains cas, il existe un loi sur la déclaration obligatoire)

Ne pas jouer au détective

Ne pas remettre en cause la victimisation

Ne pas juger, ne pas blâmer

Ne pas faire de fausses promesses

Ne pas faire pressions sur la victime pour qu'elle raconte son histoire ou révèle des détails (ne jamais demander: pourquoi)

N'interrompez ou ne brusquez pas la victime dans son récrit

Ne pas donner son opinion

Ne pas utiliser de termes techniques

Ne pas raconter l'histoire de quelqu'un d'autre

Ne pas parler de ses problèmes personnels

Respecter a chaque instant

L' autonimie de la victime

La dignite de la victime

Le droit de la victime à prendre des décisions

Le droit de la victime à se voir communiquer des informations correctes

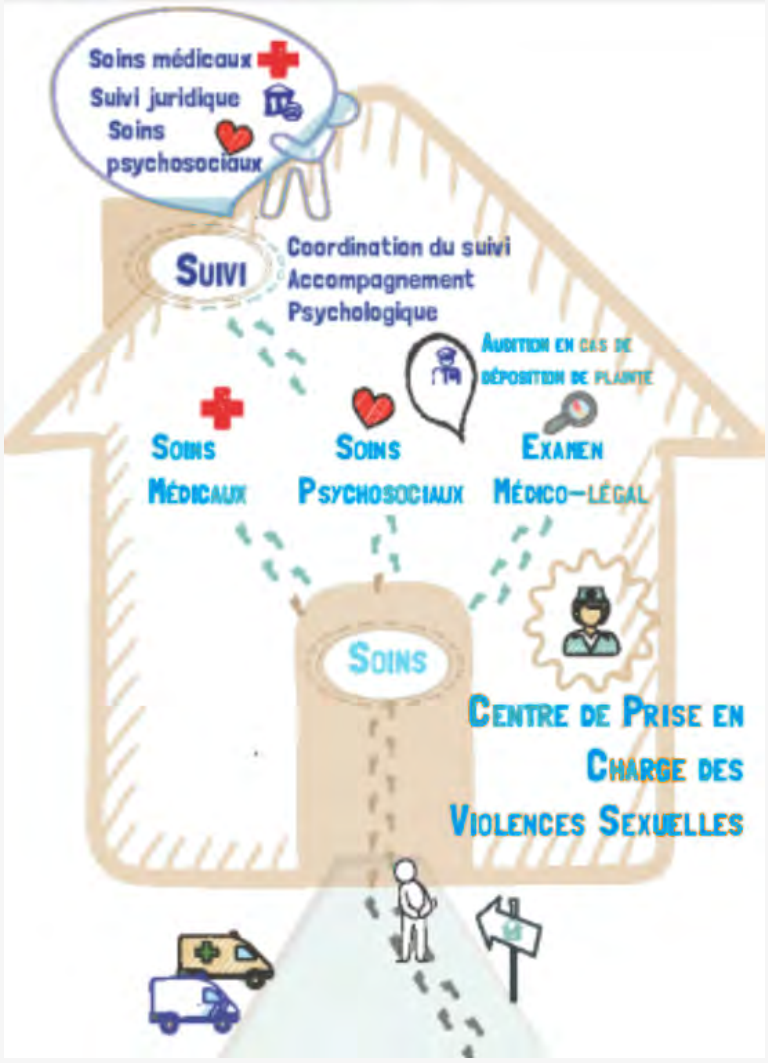
5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles

5.1 Principes de la prise en charge holistique
5.2 Première aide psychologique
5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles
5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable
5.5 Référence chaleureuse

LIEN CLIQUABLE
DÉFINITION CLIQUABLE

Message clé :

Après avoir dispensé la première aide psychologique et les éventuels soins médicaux vitaux (les procédures médicales non urgentes doivent être reportées en raison de la destruction ou de la contamination d'éventuelles traces), **dirigez le patient vers le centre de prise en charge ? le plus proche** dès que possible. Consultez les dernières informations via le site internet **violencessexuelles.be**.



Essayez de conserver les traces si l'expérience de la violence date de moins d'une semaine :

5.1 Principes de la prise en charge holistique
5.2 Première aide psychologique
5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles
5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable
5.5 Référence chaleureuse

En 2016, par la ratification de la Convention d'Istanbul, le gouvernement belge s'est engagé à mettre en place des centres de prise en charge des violences sexuelles. À la suite d'une étude de faisabilité nationale [86-88], les trois premiers centres de prise en charge des violences sexuelles (centres de prise en charge) ont été créés en 2017 à Gand, Bruxelles et Liège. Pendant une période pilote d'environ un an, 930 victimes se sont présentées dans l'un des trois centres de prise en charge [50].

Dans le centre de prise en charge, une victime se voit offrir **gratuitement** les soins suivants :

- **Soins médicaux** : aussi bien le soin des plaies et des blessures que les examens et le traitement de toutes sortes de conséquences physiques, sexuelles ou reproductives.
- **Soins psychologiques** : la première aide psychologique (à la fois une écoute et des explications sur les réactions normales après un événement choquant, des conseils sur la manière d'y faire face) ainsi que des conseils supplémentaires de la part du psychologue des centres de prise en charge des violences sexuelles.
- **Une enquête médico-légale** : établir les blessures, rechercher les traces de l'auteur, recueillir des preuves en vue d'une éventuelle mise en examen et d'un procès.
- **Plainte** auprès de la police si vous le souhaitez, avec l'aide d'inspecteurs sexuels spécialement formés.
- **Suivi** après l'événement : suivi médical pour tout médicament ou toute blessure, ainsi qu'un suivi psychologique pour faire face à l'événement.

5.1 Principes de la prise en charge holistique

5.2 Première aide psychologique

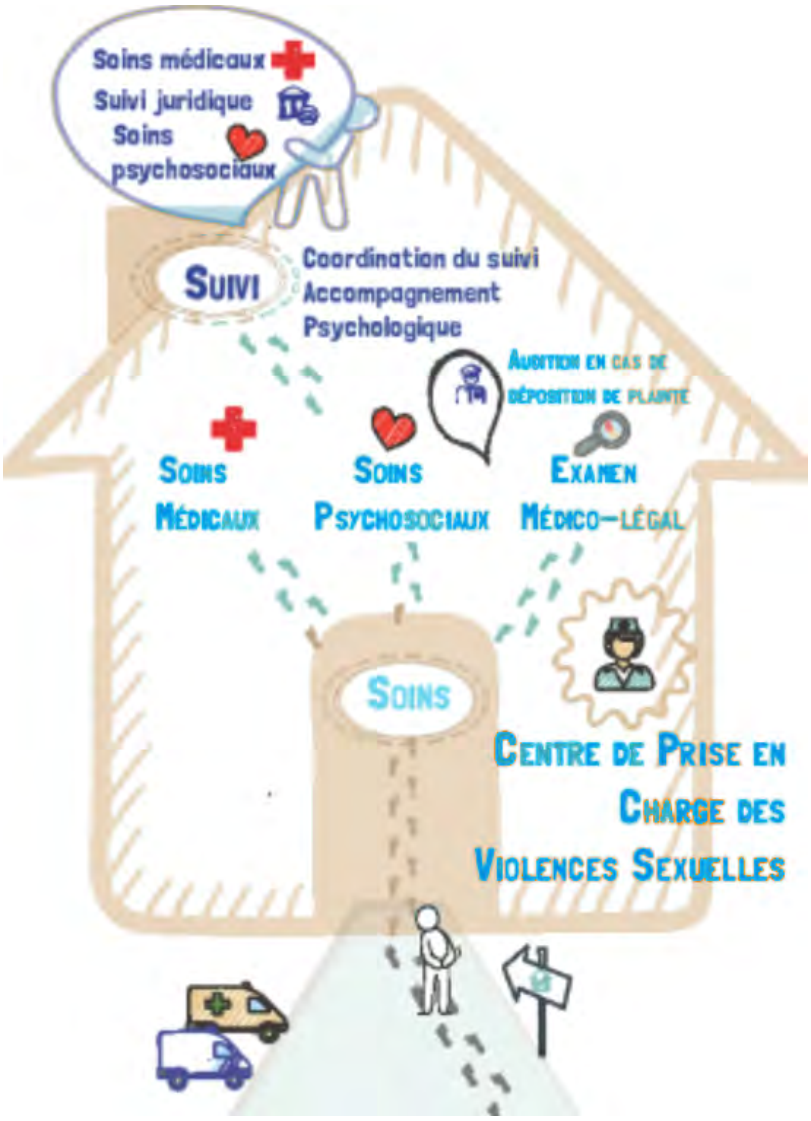
5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles

5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable

5.5 Référence chaleureuse

LIEN CLIQUABLE

L'image ci-dessous montre une représentation schématique des soins dont peuvent bénéficier les victimes de violences sexuelles dans un centre de prise en charge.



Pour pouvoir offrir ces soins aux victimes, le modèle des centres de prise en charge attribue un rôle important à trois nouvelles fonctions. L'infirmière médico-légale fait office de point de contact unique tout au long du processus de soins et assure le suivi de la victime en tant que gestionnaire de cas. Elle ou il travaille en étroite collaboration avec le psychologue attaché au centre de prise en charge et les médecins spécialistes pour fournir aux victimes les soins appropriés. L'inspecteur des mœurs mène l'entretien.

En tant que victime et personne de soutien, vous pouvez appeler ou envoyer un courriel à un centre de prise en charge ou vous rendre (avec une victime) à un centre de prise en charge. Toutes les informations se trouvent à l'annexe 1, ainsi que toutes les autres adresses, numéros de téléphone et liens Internet utiles.

Une nouvelle expansion des centres de prise en charge est prévue avec la création d'un centre de prise en charge dans chaque district judiciaire d'ici 2023. Pour plus d'informations, de mises à jour et d'interprétations sur le fonctionnement et l'évolution des centres de prise en charge et sur les violences sexuelles en général, veuillez suivre le site web **www.violencessexuelles.be**.

5.1 Principes de la prise en charge holistique
5.2 Première aide psychologique
5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles
5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable
5.5 Référence chaleureuse

Présentation dans les 7 jours suivant l'incident

Si les violences sexuelles ont eu lieu il y a **moins d'une semaine** et au maximum 7 jours (idéalement dans les 72 heures), la victime peut se rendre **au centre de prise en charge** (idéalement accompagnée d'une personne de soutien, d'un conseiller ou de la police), téléphoner ou envoyer un courriel et recevoir immédiatement et **gratuitement les soins médicaux, médico-légaux et psychologiques nécessaires**. Si la victime le souhaite, elle peut également déposer une plainte auprès des inspecteurs des mœurs de la police du centre de prise en charge.

En tant que médecin, vous pouvez être la première personne à contacter après un incident de violence sexuelle. Après avoir dispensé la première aide psychologique et les éventuels soins médicaux vitaux (les procédures médicales non urgentes doivent être reportées en raison de la destruction ou de la contamination d'éventuelles traces), **dirigez le patient vers le centre de prise en charge le plus proche** dès que possible. Si nécessaire, appelez le centre de prise en charge pour une consultation.

Donnez les conseils suivants au patient [24] **:**

- Ne vous lavez pas et ne prenez pas de douche, même si c'est la première chose que vous aimeriez faire.
- N'essayez pas de boire ou de vous rincer la bouche s'il y a eu un contact oral.
- Essayez de ne pas uriner, et si vous le faites, essayez de le recueillir dans un récipient et apportez-le au centre de prise en charge.
- Évitez le contact physique avec d'autres personnes.
- Gardez sur vous les vêtements que vous portiez lors de l'agression sexuelle ou mettez-les dans des sacs en papier et apportez-les au centre de prise en charge. Ne les mettez pas dans des sacs en plastique !
- Si vous avez des feuilles sur lesquelles il peut y avoir des traces de l'auteur (par exemple du sperme), mettez-les également dans un sac en papier et apportez-les au centre de prise en charge.
- Si vous vous êtes essuyée avec du papier ou autre chose après l'agression sexuelle, ou si vous avez mis des serviettes hygiéniques dans vos sous-vêtements, mettez-les également dans un sac en papier et apportez-le au centre de prise en charge.
- Si possible, apportez des vêtements et des chaussures propres : après l'examen médico-légal, vous pourrez prendre une douche au centre de prise en charge et mettre des vêtements propres. (Si ce n'est pas possible, ne vous inquiétez pas : au centre de prise en charge, vous pouvez également obtenir des vêtements de rechange ou quelqu'un peut vous apporter vos vêtements par la suite).

5.1 Principes de la prise en charge holistique
5.2 Première aide psychologique
5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles
5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable
5.5 Référence chaleureuse

Mesurez également **la sécurité du patient** et agissez en conséquence si nécessaire
Si nécessaire, **accompagnez toujours la victime au centre de prise en charge**; cela peut être fait par un conseiller confidentiel ou par la police. **Rapportez** le cas de violence sexuelle dans votre dossier.

Présentation au plus tard 7 jours après l'incident

Si les violences sexuelles ont eu lieu il y a **plus d'une semaine** mais moins d'un mois, la victime, la personne de confiance ou le professionnel de santé peut téléphoner ou envoyer un courriel pour prendre **rendez-vous au centre de prise en charge**. Dans ce cas, on évalue ce qui est encore possible en termes **de soins médicaux et psychologiques et d'examen médico-légale** et on détermine qui est le mieux placé pour fournir ces soins. Pour **les plaintes**, un rendez-vous peut être pris avec la police ou au centre de prise en charge.

Si cela fait **plus d'un mois**, il est préférable de prendre **rendez-vous au centre de prise en charge**. Les **soins médicaux et psychologiques** nécessaires sont évalués et, si possible, une référence est faite vers les services de soins existants. Un rendez-vous peut également être pris au commissariat de police pour **les plaintes**.

5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable

Essayez toujours de **référer le patient vers le centre de prise en charge le plus proche** dès que possible après l'agression sexuelle. Un grand nombre des tests de diagnostic, des traitements préventifs et thérapeutiques sont coûteux, mais offerts gratuitement au centre de prise en charge. Si le patient ne peut toujours pas ou refuse de se rendre au centre de prise en charge, un guide pratique pour administrer les soins médicaux et médico-légaux nécessaires est fourni ci-dessous.

Soins médicaux après des violences sexuelles [89]

Message clé :

Général

1. Évaluez **les signes et les symptômes de la violence**,
2. Si possible, collectez les **vêtements**,
3. Effectuer **un examen physique** complet,
4. Faites un **rapport correct**
5. **Examen toxicologique et mesure de l'alcoolémie en cas de suspicion d'intoxication**

5.1 Principes de la prise en charge holistique
5.2 Première aide psychologique
5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles
5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable
5.5 Référence chaleureuse

? DÉFINITION CLIQUABLE

Examens supplémentaires

6. **Frottis** au site de pénétration
   a. **PCR Neisseria gonorrhoeae/Chlamydia trachomatis**
   b. Trichomonas vaginalis
   c. Herpès génitale

7. Prélèvement sanguin
   a. Sérologie du **VIH ?**
   b. Hépatite B (AgHBS, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc)
   c. Syphilis
   d. Hépatite C
   e. Hépatite A-IgG
   f. Hémoglobine, créatinine, transaminases
   g. le glucose et les protéines urinaires

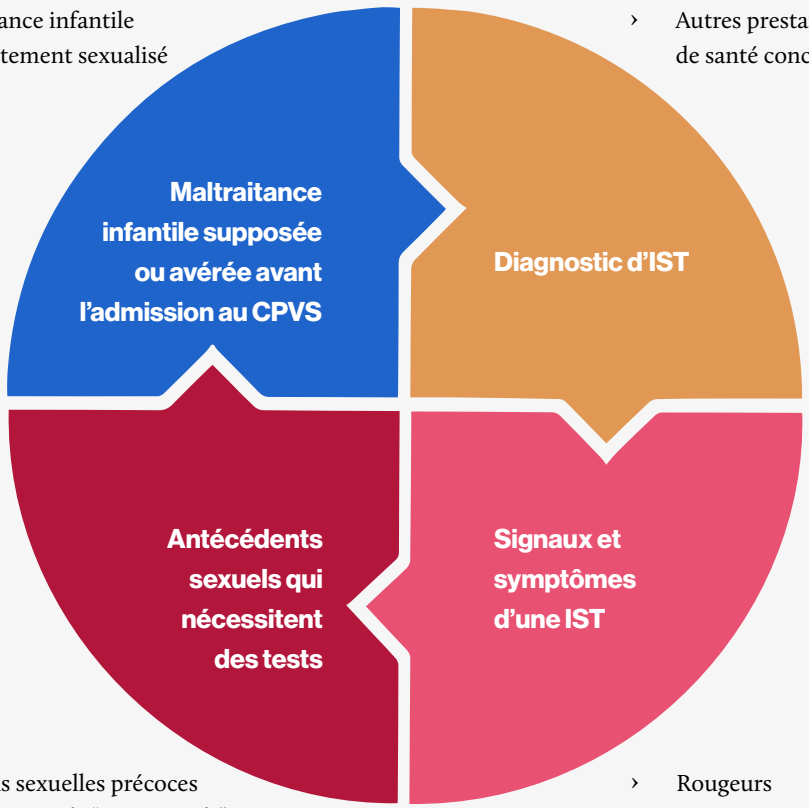
8. Test de grossesse (urinaire et/ou sanguin) chez les victimes sexuellement matures

9. Examen toxicologique et mesure de l'alcoolémie en cas de suspicion d'intoxication

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

- Révélation
- Antécédents de maltraitance infantile
- Comportement sexualisé

- Médecin généraliste
- Pédiatre
- Autres prestataires de soins de santé concernés/-es



- Relations sexuelles précoces
- Rapports sexuels "consensuels" ou non protégés
- Plusieurs partenaires

- Rougeurs
- Démangeaisons
- Pertes
- Ulcère
- Dysurie

5.1 Principes de la prise en charge holistique
5.2 Première aide psychologique
5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles
5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable
5.5 Référence chaleureuse

? DÉFINITION CLIQUABLE

Traitements préventifs :

Adultes (>15 ans)

1. Prophylaxie de la transmission du VIH ? (Post exposure prophylaxis – PPE ?)

2. Vaccinations :
   a. Vaccination contre l'hépatite B
   b. Vaccination contre l'hépatite A
   c. Vaccination contre le VPH
   d. Vaccination contre le tétanos (DTP)

3. Antibiotiques :
   a. Ceftriaxone 500mg
   b. Azithromycine 1g une fois par voie orale OU Doxycycline 100mg 2x/jour pendant 7 jours

4. Contraception d'urgence

Mineurs (<15 ans)

1. Prophylaxie de la transmission du VIH (Post exposure prophylaxis – PPE)

2. Vaccinations :
   a. Vaccination contre l'hépatite B
   b. Vaccination contre l'hépatite A
   c. Vaccination contre le VPH
   d. Vaccination contre le tétanos (DTP)

3. Antibiotiques : La prophylaxie préventive n'est pas indiquée de manière systématique

4. Contraception d'urgence

Général

1. Soyez conscient de
   - La possibilité d'une baisse de vigilance de la part du patient.
   - La possibilité de la présence de blessures internes,
   - la consommation d'alcool et de drogues
   - statut vaccinal
   - la présence d'affections comorbides

2. Évaluez **les signes et les symptômes de la violence**, tels que
   - Présence de lésions multiples à différents stades de guérison
   - Présence de lésions cachées ou incompatibles avec l'anamnèse.
   - Suspicion de violence (marques de strangulation, saignement sur les paupières)
   - Changements de comportement au moment de l'anamnèse approfondie

3. Si possible, collectez les **vêtements**, congelez-les et proposez des vêtements de rechange ou conseillez au patient d'apporter des vêtements de rechange lors de la consultation.

4. Effectuer **un examen physique** complet.

5.1 Principes de la prise en charge holistique
5.2 Première aide psychologique
5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles
5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable
5.5 Référence chaleureuse

? DÉFINITION CLIQUABLE

5. Faites un **rapport correct**
(photographies si possible, rapport basé sur une revue systématique avec le patient)
(voir Constat ci-dessous).

6. **Examen toxicologique et mesure de l'alcoolémie en cas de suspicion d'intoxication**
(pensez à faire une prise de sang pour sérologie en même temps si cela est médicalement pertinent et en fonction du moment de la déclaration, voir tableau 3).

Examens supplémentaires (en fonction du moment de la déclaration) :

Adultes (>15 ans)

1. **Frottis** au site de pénétration si le site de pénétration est connu (sinon, un large dépistage de tous les sites de contact possibles - anal, oral, vaginal et/ou urinaire) et indépendamment de l'utilisation du préservatif :
   - **PCR Neisseria gonorrhoeae/Chlamydia trachomatis :**
     - Lorsque la victime est certaine des endroits où il y a eu contact, qu'il y ait eu ou non utilisation d'un préservatif : uniquement examen des sites de contact.
     - En cas de doute, de récit imprécis ou d'amnésie, examen plus global sur 3 sites de contact (oral, vaginal/premier jet d'urine et anal).
     - Demander si la victime a eu des rapports sexuels oraux ou anaux réceptifs au cours de l'année écoulée. Si oui, et quel que soit le type de contact lors des violences sexuelles : PCR sur sites de contact.
     - Envisager une anuscopie en cas de pénétration anale et de plaintes persistantes
     - Suivi : après 2 semaines, nouveau test si négatif au J0 ou si aucun traitement préventif par antibiotique n'a encore débuté.
   - **PCR Trichomonas vaginalis** : chez les victimes de sexe féminin, analyse d'urine ou examen vaginal au J0, qu'il y ait eu ou non utilisation d'un préservatif mais pas de prophylaxie préventive standard, traitement uniquement si résultat positif au test. Après 2 semaines, nouveau test si négatif au J0 et qu'aucun traitement n'a encore débuté.
   - **Herpès génital** : test en cas d'ulcère/lésions. En cas de doute, demandez conseil à un gynécologue.

2. **Prélèvement sanguin**
   - **Sérologie du VIH ?**
   - **Hépatite B (AgHBS, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc)** : uniquement si la victime n'est pas vaccinée ou si le statut de vaccination n'est pas clair ou connu
   - **Syphilis**
   - **Hépatite C**
   - si contact oro-anal, également **Hépatite A-IgG**. en cas de contact anal/buccal et standard en cas de contact sexuel entre deux hommes.
   - **Hémoglobine, créatinine, transaminases** ainsi que **le glucose et les protéines urinaires** : seulement si une médication **PPE ?**, telle que Stribild®, est administrée. Contrôle selon le type d'antirétroviral administré. Si admission plus de 72 heures après les faits, ne pas effectuer.

3. **Test de grossesse** (urinaire et/ou sanguin) chez les victimes sexuellement matures

4. **Examen toxicologique et mesure de l'alcoolémie** en cas de suspicion d'intoxication

Les soins médicaux décrits ci-dessous sont conformes aux directives internationales des CDC, de l'OMS et de NICE, ainsi qu'aux directives nationales sur la prophylaxie post-exposition au VIH et aux directives du KCE.

90. Libois, A., et al., Belgian guidelines for non-occupational HIV post-exposure prophylaxis 2017. Acta Clinica Belgica, 2018. 73(4): p. 275-280, 91. KCE. Dépistage, traitement et suivi des IST en consultation. 2019; Available from: https://www.soa.kce.be/fr/.

5.1 Principes de la prise en charge holistique
5.2 Première aide psychologique
5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles
5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable
5.5 Référence chaleureuse

? DÉFINITION CLIQUABLE

5. Représentation schématique du moment idéal pour passer des tests spécifiques après une agression sexuelle (tableau 3) :

	J0	Sem 2	Mois 1	Sem 6	Mois 3	Mois 6
Hiv	X7			X	X	
Syphilis	X7			X		
HCV	X7			X3	X3	X3
AgHBs	X7			X4	X4	
AcHBs	X7					
AchHBc	X7					
hCG	X7		X2			
PCR gono/Chlm	X7	X1 ou 6				
PCR Trichomonas	X7	X1 ou 6				
Hémoglobine	X7					
Transanimases	X7			X 4 ou 5	X3	
Créatinine	X7			X5		

1. si non réalisée au J0 ou si traitement non donné
2. si risque de grossesse et contraception d'urgence non reçue au J0
3. si rapport « traumatique » (vaginal traumatique, anal réceptif)
4. si patient/-e non protégé-e au J0
5. si administration de la PPE pendant 28 jours (selon type d'antirétroviral administré)
6. peut être déplacé au mois 1 ou à la semaine 6
7. effectué uniquement en référence aux conditions spécifiées ci-dessus.

Victimes mineures (<15 ans)

Général : évitement de la douleur et des traumatismes !

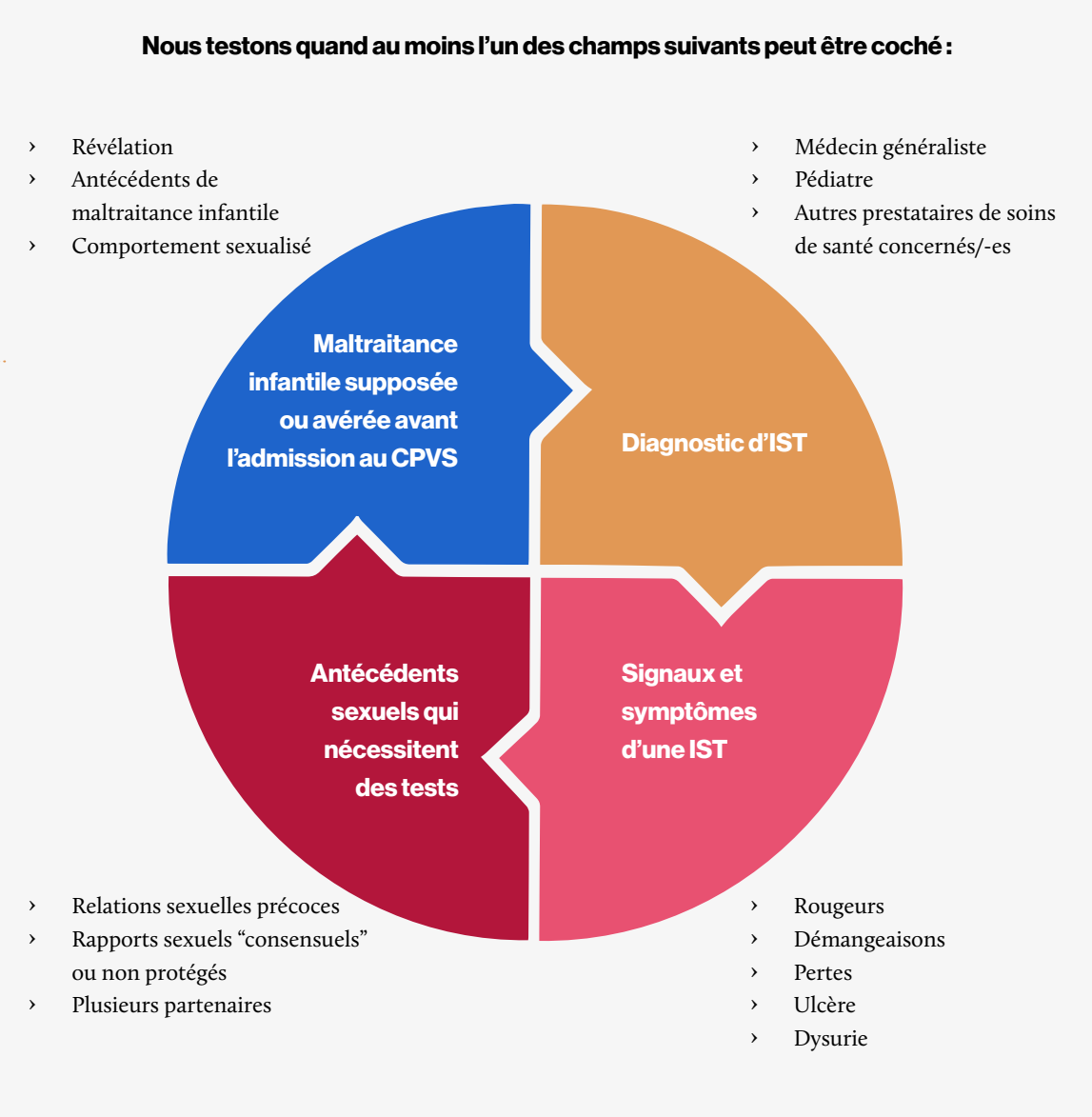
1. Recommandations pour le dépistage des **victimes mineures** :
   - Pas de spéculum chez les filles prépubères : **frottis dans la vulve**
   - **Ne** jamais prélever d'échantillons médicaux ou médico-légaux **plus profondément que le vestibule**.
   - L'anamnèse chez les jeunes enfants peut être peu fiable. Si l'on choisit de faire **des tests supplémentaires**, alors, quelle que soit l'histoire, **la PCR de N. gonorrhoeae/C. trachomatis doit être effectuée par voie urogénitale, pharyngée et rectale.**

2. Indications pour le dépistage des MST chez les mineurs :
   - Expérience de pénétration ou preuve de blessures récentes/guéries causées aux organes génitaux, à l'anus ou à l'oropharynx.
   - Si le diagnostic porte sur une MST, il faut également rechercher d'autres MST.
   - Abus par des inconnus
   - Abus par un auteur ayant une infection connue par une MST ou présentant un risque élevé de MST.
   - Sœur/frère/autre parent ou personne de la famille ayant une MST
   - Signes d'un MST (par exemple, pertes ou douleurs vaginales, démangeaisons ou odeurs génitales, ...)

3. Prévoyez toujours un nouveau test !

5.1 Principes de la prise en charge holistique
5.2 Première aide psychologique
5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles
5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable
5.5 Référence chaleureuse

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



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

1. Frottis :
   - **La PCR Chlamydia trachomatis / Neisseria gonorrhoeae/Trichomonas vaginalis/Candida**
     - Filles : dépistage de base par PCR large, indépendamment de l'information sur les contacts sexuels tirée de l'anamnèse.
       - Chez les filles prépubères : pharyngé, vulvaire (dans le vestibule) et intra-anal (juste après le sphincter)
       - Chez les filles postpubères : pharyngé, vaginal (après l'hymen) et intra-anal (juste après le sphincter).
       - En cas de pertes : chez les filles, également microscopie, culture & aussi PCR standard Trichomonas vaginalis et Candida : analyse d'urine ou examen vaginal au J0, mais pas de prophylaxie préventive standard, traitement uniquement si résultat positif au test. Idéalement sur le même écouvillon que N. gonorrhoeae/C. trachomatis
       - Si symptomatique, microscopie et culture en plus de l'écouvillon PCR.

5.1 Principes de la prise en charge holistique
5.2 Première aide psychologique
5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles
5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable
5.5 Référence chaleureuse

? DÉFINITION CLIQUABLE

- Garçons : large dépistage de base par PCR, indépendamment des informations sur les contacts sexuels tirées de l'anamnèse : pharyngé et intra-anal (juste après le sphincter). Pénis : PCR premier jet d'urine.
  - En cas de pertes chez les garçons prépubères : méatal (pour recueillir les pertes)
  - En cas de pertes chez les garçons en post-puberté : urétral
  - Lorsque symptomatique (rougeur très prononcée, éruption blanchâtre, outre swab PCR, également microscopie culture.
- **Herpès génital** : test uniquement en cas d'ulcères/lésions : swab dans un milieu de transport viral pour culture et/ou PCR.

2. **Prélèvement sanguin**
   - **Sérologie du VIH ?**
   - **Syphilis**
   - **Hépatite B (AgHBS, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc)** : Si la victime n'a pas été vaccinée ou si son statut vaccinal est inconnu
   - **Hépatite C**
   - **Hépatite A-IgG** : en cas de contact anal/buccal et standard en cas de contact sexuel entre deux hommes.
   - **Hémoglobine, créatinine, transaminases ainsi que le glucose et les protéines urinaires** : seulement si une médication PPE ? , telle que Stribild®, est administrée. Contrôle selon le type d'antirétroviral administré. Si admission plus de 72 heures après les faits, ne pas effectuer.

3. **Test de grossesse** (urinaire et/ou sanguin) chez les victimes sexuellement matures (à partir de la ménarche).

4. **Toxicologie (urine) et alcoométrie (laboratoire)** en cas de suspicion clinique d'intoxication.

5. Représentation schématique du moment idéal pour administrer des tests spécifiques après l'expérience de la violence sexuelle :

	J0	Sem 2	Mois 1	Sem 6	Mois 3	Mois 6
Hiv	X7			X	X	
Syphilis	X7			X		
HCV	X7			X3	X3	X3
AgHBs	X7			X4	X4	
AcHBs	X7					
AchHBc	X7					
hCG	X7		X2			
PCR gono/Chlm	X7	X1 ou 6				
PCR Trichomonas	X7	X1 ou 6				
Hémoglobine	X7					
Transanimases	X7			X 4 ou 5	X3	
Créatinine	X7			X5		

1. si non réalisée au J0 ou si traitement non donné
2 .si risque de grossesse et contraception d'urgence non reçu au J0
3. si rapport « traumatique » (pénétration toujours traumatique chez l'enfant)
4. si patient/-e non protégé au J0
5. si administration de la PPE pendant 28 jours (selon type d'antirétroviral administré)
6. peut être déplacé au mois 1 ou à la semaine 6
7. effectué uniquement dans les conditions spécifiées ci-dessus.

5.1 Principes de la prise en charge holistique
5.2 Première aide psychologique
5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles
5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable
5.5 Référence chaleureuse

? DÉFINITION CLIQUABLE

Traitements préventifs :

Adultes (>15 ans)

L'administration systématique des prophylaxies décrites doit être examinée au cas par cas chez les patientes enceintes au moment des faits.

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

1. **Prophylaxie de la transmission du VIH** (Post exposure prophylaxis – PPE ?) : endéans les 72 heures selon les directives ci-dessous (tableau 5) et avec un kit de démarrage. Planifiez le suivi auprès des Centres de référence du VIH et vérifiez également s'il est possible de tester l'auteur-e.

Recommandation en cas de violence sexuelle (sauf si un préservatif a été utilisé ou si l'auteur est négatif)	
Anal réceptif	Recommandé
Insertion anale	Consulter un médecin spécialiste des maladies infectieuses
Réceptif vaginal	Considérable
Insertion vaginale	Consulter un médecin spécialiste des maladies infectieuses
Oral réceptif avec éjaculation	Non recommandé sauf en cas de charge virale élevée du VIH, ou de rupture de la barrière muqueuse (par ex. traumatisme)
Oral réceptif sans éjaculation	Non recommandé sauf en cas d'augmentation de la charge virale VIH, ou de rupture de la barrière muqueuse (par ex. traumatisme)
Insertion orale	Non recommandé
Cunnilingus ?	Non applicable

5.1 Principes de la prise en charge holistique
5.2 Première aide psychologique
5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles
5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable
5.5 Référence chaleureuse

? DÉFINITION CLIQUABLE

En cas d'indication pour la prévention du VIH ? ou en cas de doute, contacter le centre de prise en charge régional ou le centre de référence du VIH.

Remarque : la prévention du VIH doit être initiée dans les 72 heures suivant l'agression sexuelle et si elle est menée en dehors d'un centre de prise en charge, le coût élevé doit être porté par le patient.

- Administration systématique de la prophylaxie chez les victimes enceintes à considérer individuellement
- Indiquez que les contacts sexuels doivent être protégés dans le mois qui suit l'agression sexuelle (risque de VIH jusqu'à 3 mois après).
- Informer les victimes du coût des traitements (environ €800, dans les centres de prise en charge, tout est gratuit).

2. **Vaccinations** :
   a. **Vaccination contre l'hépatite B** : selon sérologie de l'auteur/-e et de la victime, agression anale, vaginale ou orale, endéans les 14 jours, selon les directives ci-dessous.
   Déterminez initialement la nécessité d'une prophylaxie hépatite B lors de l'anamnèse : victime sans antécédent d'hépatite B ni notion de vaccination ou vaccination inconnue (toute personne née en Belgique après 1999 est considérée comme vaccinée et/ou si patient/-e ou entourage sûr d'avoir été vacciné).
      i. Sérologie de l'auteur/-e non connue et sérologie de la victime non connue (vaccination non connue/pas d'antécédent d'hépatite B à priori) ou négative avec anticorps anti-HBs < 10 UI/L (non vaccinée, pas d'antécédents d'hépatite B) : schéma superaccéléré avec vaccination au jour 0, jour 7, jour 21 et jour 365.
      ii. Sérologie de l'auteur/-e inconnu-e et victime vaccinée mais anti-HBs <10 UI/L : vaccination avec rappel unique
      iii. Victime vaccinée avec des anti-HBs >= 10 IU/L : ne rien faire
      iv. Auteur/-e porteur/-se connu-e de l'AgHBs et victime avec HBs <10 UI/L : vaccination selon le calendrier super-accéléré avec vaccination au jour 0, jour 7, jour 21 et jour 365 et consultation avec un médecin spécialiste des maladies infectieuses.
   b. **Vaccination contre l'hépatite A** : en fonction de la sérologie de la victime. Si la victime n'est pas immunisée (test VHA-IgG négatif), contactez l'infectiologue pour discuter du traitement.
   c. **Vaccination contre le VPH** : recommandée entre 9 et 26 ans chez tous les patients/-es (quel que soit le genre) victimes de violence sexuelle et n'ayant pas encore été totalement vacciné-e-s auparavant. À partir de 15 ans et > : 3 doses de Gardasil à 0-maximum 1 mois, entre 1 et 2 et à 6 mois. La vaccination est actuellement proposée par la médecine scolaire (13-14ans) ou réalisée de façon opportuniste, il faut donc vérifier avec la/le patient/-e si ce vaccin n'a pas déjà été administré. N'oubliez pas d'enregistrer l'administration d'une vaccination anti-HPV.
   d. Envisager la **vaccination contre le tétanos (DTP)** en cas de plaies profondes et sales et en cas de non-vaccination.

3. **Antibiotiques**
   a. **Ceftriaxone 500mg** (1g pour les victimes > 150 kg) : dose unique pour chaque agression vaginale, anale ou orale (contrôle de l'allergie à la pénicilline)
   b. **Azithromycine 1g une fois par voie orale** (pour les violences vaginales ou orales) **OU Doxycycline 100mg 2x/jour pendant 7 jours** (pour les violences anales ou anales + vaginales)
   c. En cas de contacts à haut risque : nouveau test si aucun traitement préventif n'a pas encore été administré.
   d. Demander conseil à un gynécologue ou à un spécialiste des maladies infectieuses en cas de dépistage positif de N. Gonorrhoeae, C. Trachomatis ou Trichomonas Vaginalis.

4. **Contraception d'urgence**
   - En cas d'agression vaginale, en cas d'âge de procréation et d'absence de contraception ou d'observance du traitement.
   - Dès que possible ! (max. jusqu'à 3 jours après la violence dans le cas du Lévonorgestrel et max. jusqu'à 5 jours dans le cas de l'acétate d'Ulipristal).

5.1 Principes de la prise en charge holistique
5.2 Première aide psychologique
5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles
5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable
5.5 Référence chaleureuse

? DÉFINITION CLIQUABLE

Mineurs (<15 ans)

Signalez aux victimes actives sexuellement que si elles souhaitent avoir des rapports sexuels dans le premier mois qui suit les violences sexuelles, ces rapports doivent être protégés (avec un préservatif).

1. **Prophylaxie de la transmission du VIH ? (Post exposure prophylaxis – PPE ?) : selon les directives ci-dessous (tableau 6) et dans les 72 heures suivant les violences sexuelles.** Si la prévention du VIH est indiquée ou en cas de doute, contactez le centre de prise en charge régional ou le centre de référence du VIH.
   Attention : la prévention du VIH doit être initiée dans les 72 heures suivant la violence sexuelle et si elle est menée en dehors d'un centre de prise en charge, le coût élevé (environ €800) doit être porté par le patient.

Pour chaque ligne, indiquez 1 élément, ou l'élément qui s'applique au cas et qui a le score le

Auteur-e					
5	3	2	1	0	0
Diagnostic VIH connu	Auteur-e inconnu-e de la victime	Adulte connu-e de la victime	Adolescent-e connu-e de la victime	Enfant connu de la victime	Inquiétude par rapport au comportement sans révélation

Victime		
2	1	0
Ne se rappelle pas les évènements relatifs aux violences	Anamnèse impossible en raison du stade de développement ou stade pré-verbal	Possibilité d'effectuer une anamnèse

Anamnèse sexuelle de la victime					
5	4	0	0	0	0
Signale des antécédents de pénétration, avec exposition possible à du sang, du sperme, des secrétions vaginales ou rectales au niveau des muqueuses ou de zones de peau	Ne signale pas d'antécédents de pénétration, avec exposition possible à du sang, du sperme, des secrétions vaginales ou rectales au niveau des muqueuses ou de zones de peau non intactes	Signale une exposition de la peau ou des muqueuses à de l'urine, des sécrétions nasales, de la salive, de la sueur ou des larmes sur la peau ou les muqueuses	Signale une exposition de surfaces de peau intactes à du sang, du sperme, des sécrétions vaginales ou rectales	Signale des contacts qui n'ont pas engendré une exposition à des fluides corporels	Nie tout contact sexuel

Examen clinique			
5	4	1	0
Traumatisme vaginal ou anal aigu	Sperme ou autres sécrétions visibles au niveau de la zone génitale	Sperme ou autres sécrétions visibles au niveau de zones de peau intactes	Pas de sécrétions visibles ni de lésions aiguës

Additionnez les 4 chiffres.
Score 0-2 : Pas de traitement recommandé.
Score 3-5 : Traitement à envisager.
Score 6-17 : Traitement recommandé.

Tableau 6 Évaluation des risques VIH : traduction de HIV Risk Assessment Scale van het Children's Hospital of Philadelphia, à consulter via https://www.chop.edu/clinical-pathway/abuse-sexual-suspected-hiv-risk-assessment-clinical-pathway-emergency.

5.1 Principes de la prise en charge holistique
5.2 Première aide psychologique
5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles
5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable
5.5 Référence chaleureuse

? DÉFINITION CLIQUABLE

2. **Vaccinations** :

a. **Vaccination contre l'hépatite B** : selon sérologie auteur et victime en cas de violence anale, vaginale ou orale dans les 14 jours selon les directives ci-dessous :
   i. Sérologie auteur inconnu et victime anti-HBs < 10 UI/L :
   ii. Enfant < 10 ans 3 doses de vaccin pédiatrique 0-1-6 mois
      1. Enfant de 10 à 15 ans : 2 doses de vaccin adulte 0 et 6 mois
      2. Sérologie auteur inconnu et victime vaccinée mais anti-HBs <10 IU/L : vaccination avec rappel unique + révision de la sérologie
   iii. Victime vaccinée avec anti-HBs >= 10 IU/L : ne rien faire
   iv. Porteur (auteur) connu de l'AgHBs et victime avec HBs <10 IU/L : vaccination selon le schéma ci-dessus et consultation urgente avec un spécialiste des maladies infectieuses (pédiatrique).
b. **Vaccination contre l'hépatite A** : selon sérologie. Contactez l'infectiologue si la victime n'a pas d'immunité/anticorps.
c. **Vaccination contre le VPH** : recommandée entre 9 et 26 ans chez tou-te-s les patient-e-s (quel que soit le genre) victimes de violences sexuelles et n'ayant pas encore été totalement vacciné-e-s auparavant. La vaccination est actuellement proposée par la médecine scolaire (13-14ans) ou réalisée de façon opportuniste, il faut donc vérifier avec la/le patient-e si ce vaccin n'a pas déjà été administré. N'oubliez pas d'enregistrer l'administration d'une vaccination anti-HPV.
   En-dessous de 15 ans : 2 doses de Gardasil ; entre J0 et Mois 1 et à Mois 6.
d. Envisager la **vaccination contre le tétanos** (DTP) en cas de plaies profondes et sales et en cas de non-vaccination.

3. **Antibiotiques** :

Directive générale : **La prophylaxie préventive n'est pas indiquée de manière systématique** chez les enfants en raison de la difficulté à respecter les protocoles les plus récents, de la douleur associée à l'administration et des effets vomitifs qui peuvent compromettre l'absorption de la PPE ?. Par conséquent, **une consultation multidisciplinaire est toujours nécessaire** pour déterminer les traitements (préventifs) à administrer

a. Ceftriaxone 30 mg/kg (max 500 mg) : IM unique (contrôle de l'allergie à la pénicilline)
b. Azithromycine 10mg/kg (jusqu'à 1g maximum pour <45kg) une fois par voie orale OU Doxycycline lors de l'enregistrement de la dose initiale, du jour 2 au jour 7 dose d'entretien :

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

c. Dépistage positif de N. Gonorrhoeae et/ou C. Trachomatis :
   Doxycycline : à l'enregistrement dose de départ, du jour 2 au jour 7 dose d'entretien
d. Dépistage positif de Trichomonas vaginalis / vaginoses bactériennes : dose unique de métronidazole pendant 7 jours : ne donner que plusieurs heures après l'administration de l'azithromycine et de la contraception d'urgence en raison du risque que le métronidazole induise des vomissements. (Donc, possibilité de le donner à emporter)

5.1 Principes de la prise en charge holistique
5.2 Première aide psychologique
5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles
5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable
5.5 Référence chaleureuse

? DÉFINITION CLIQUABLE

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

Enquête médico-légale après des violences sexuelles

Messages clés :
L'examen médico-légal devrait idéalement avoir lieu dans les 24 heures après , et qu'après 72 heures, la qualité des preuves diminue considérablement. Il est donc très important de référer une victime de violences sexuelles récente (idéalement dans les 72 heures, mais cela peut aller jusqu'à 7 jours) vers un centre de prise en charge le plus rapidement possible.

Dans les cas où la victime décide de ne pas (encore) porter plainte, le centre de prise en charge peut envisager de procéder à un "pseudo SAS ? ou à une pseudo expertise médico-légale".

Les directives internationales stipulent que l'examen médico-légal devrait idéalement avoir lieu dans les 24 heures, et qu'après 72 heures, la qualité des preuves diminue considérablement [73, 92]. La directive ministérielle sur le plateau des agressions sexuelles précise que seul un docteur en droit ou un médecin d'un hôpital avec lequel le procureur a un protocole de coopération peut être sollicité pour effectuer un examen médico-légal [93]. Il est donc très important de référer une victime de violences sexuelles récente (idéalement dans les 72 heures, mais cela peut aller jusqu'à 7 jours) vers un centre de prise en charge le plus rapidement possible.

Dans les cas où la victime décide de ne pas (encore) porter plainte, le centre de prise en charge peut envisager de procéder à un "pseudo SAS ou à une pseudo expertise médico-légale" et conserver les échantillons dans le congélateur de l'hôpital, en attendant une éventuelle plainte ultérieure de la victime. Ces échantillons peuvent ensuite être confisqués par le tribunal en cas de plainte ultérieure. Néanmoins, il faut souligner que les échantillons prélevés avant le dépôt d'une plainte ont moins de valeur que lorsque la plainte est déposée en même temps que le prélèvement de l'échantillon.

Suivi médical spécifique en cas de violence sexuelle

Compte tenu également des importantes conséquences à long terme d'une expérience de violence sexuelle, chaque victime de violence sexuelle doit être suivie de manière appropriée. Dans le centre de prise en charge, l'infirmière médico-légale assumera le rôle de coordinatrice de la postcure et du suivi. En fonction du cas individuel, les consultations de suivi suivantes seront assurées :

- Gynécologie (entre le 2e et le 14e jour, si souhaité et selon le cas)
- Infectiologie (jour 4, mois 1, mois 3)
- Service psychosocial (jour 2, jour 5, mois 1)
- Suivi externe (service d'aide aux victimes, assistance aux victimes...) [89].

5.1 Principes de la prise en charge holistique
5.2 Première aide psychologique
5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles
5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable
5.5 Référence chaleureuse

LIEN CLIQUABLE

En tant que médecin généraliste, vous avez un rôle important à jouer dans le suivi des victimes de violences sexuelles. Comme vous connaissez le mieux l'environnement et le contexte des victimes, vous pouvez répondre à différents besoins médicaux et psychosociaux. À long terme, il sera également important d'être attentif aux signes d'éventuelles conséquences ultérieures de l'expérience de la violence sexuelle (**chapitre 3.2**) et de les prendre en charge.

5.5 Référence chaleureuse

Messages clés :

- Informez la victime de l'offre d'aide ;
- l'aiderez à prendre un rendez-vous ;
- informez le conseiller des questions les plus importantes, cependant, soyez très clair avec la victime sur ce qui peut ou ne peut pas être dit ;
- demandez à la victime comment s'est déroulé le renvoi.

Voir l'annexe 1 pour un aperçu des différentes options d'orientation vers une assistance psychosociale, médicale et policière/juridique, entre autres.

Les victimes de violence aiguë et non aiguë peuvent bénéficier d'une orientation vers d'autres services. Nous avons déjà mentionné l'orientation vers les centres de prise en charge des violences sexuelles, mais pour les victimes de violences sexuelles aiguës qui ne peuvent ou ne veulent pas se rendre dans un centre de prise en charge, pour les victimes de violences sexuelles non aiguës, d'autres orientations peuvent être appropriées.

Il existe en Belgique plusieurs organisations qui peuvent offrir un soutien aux victimes de violences. Ils sont parfois spécialisés dans les violences sexuelles, parfois dans la victimisation en général, parfois dans la violence en général, et parfois dans des services plus larges qui peuvent aussi faire quelque chose pour les victimes de violence. Vous trouverez à l'annexe 1 une liste des principales organisations auxquelles vous pouvez adresser les victimes de violence. Cette liste n'est certainement pas exhaustive. Il existe peut-être d'autres organisations dans votre région qui peuvent également faire quelque chose pour les victimes de violence. Assurez-vous donc de vérifier ce qui est disponible dans votre région.

Les victimes de violence ne trouvent pas toujours facile de faire le pas vers une autre organisation ou un autre service. Révéler la violence est une étape qui demande souvent beaucoup de courage et d'énergie. Il n'est pas facile, ni souhaitable, de devoir recommencer devant un autre conseiller. Le pas est alors souvent trop grand pour que la victime appelle ou envoie un courriel à une organisation que vous, en tant que médecin généraliste, avez recommandée.

Afin d'éviter que les patients ne s'égarent, au sens propre comme au sens figuré, en cas de référence, nous essayons de les soutenir en leur fournissant ce que nous appelons "une référence chaleureuse". Dans le cas d'une référence chaleureuse, nous essayons de mettre la victime, avec son consentement, en contact direct avec l'organisation de soutien appropriée.

5.1 Principes de la prise en charge holistique

5.2 Première aide psychologique

5.3 Centres de prise en charge des violences sexuelles

5.4 Soins holistiques lorsque le centre de prise en charge n'est pas envisageable

5.5 Référence chaleureuse

? DÉFINITION CLIQUABLE

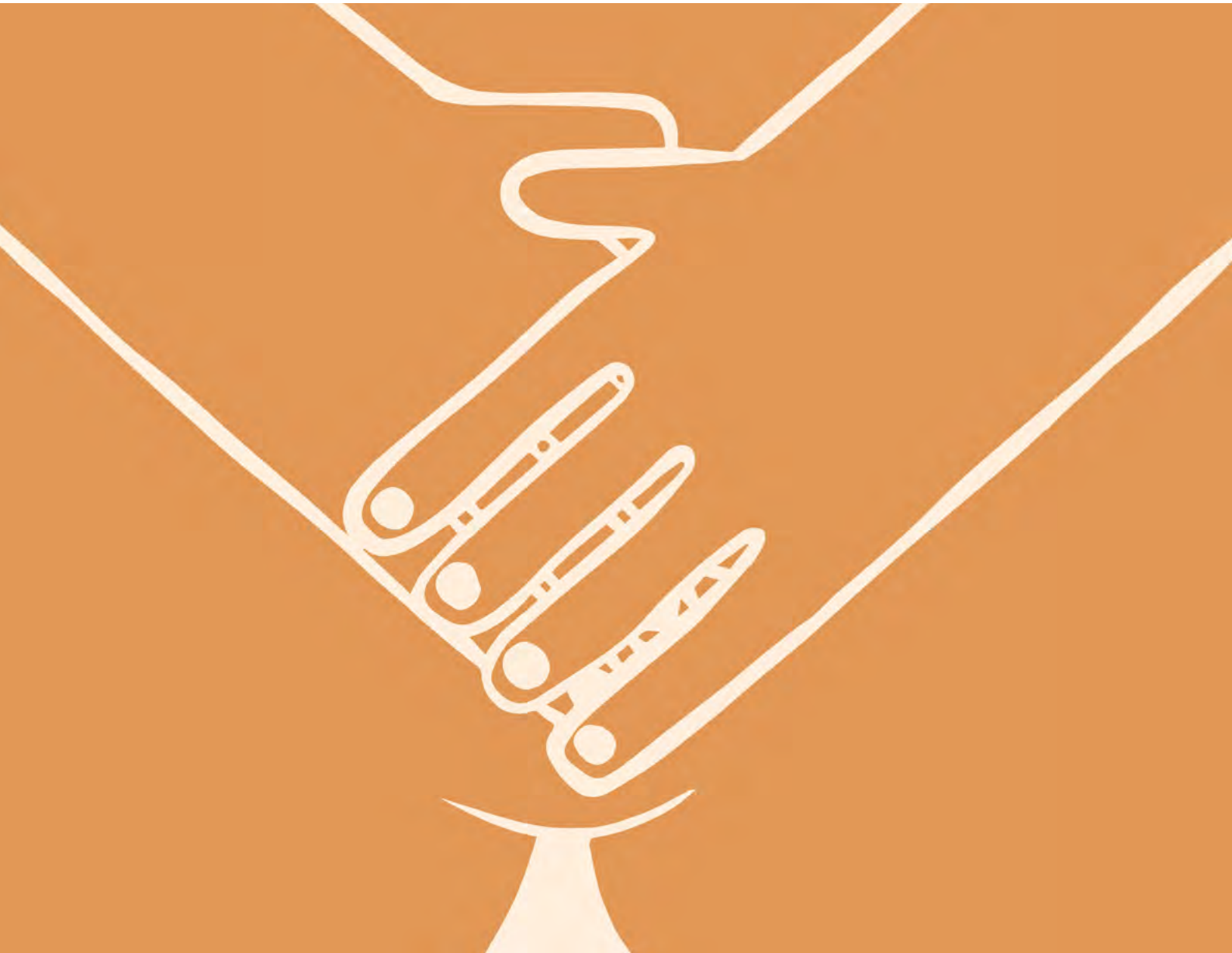
Comment cela fonctionne-t-il exactement ?

- Informez la victime de l'offre d'aide et soulignez ce que cela peut signifier pour elle.
- Si la victime est intéressée par l'aide proposée, vous l'aiderez à prendre un rendez-vous. Il va sans dire que cela n'est possible que si la victime est d'accord. Vous pouvez, par exemple, téléphoner ensemble pour prendre un premier rendez-vous.
- Si la victime le souhaite, vous pouvez également informer le conseiller des questions les plus importantes. Cependant, soyez très clair avec la victime sur ce qui peut ou ne peut pas être dit.
- Lors d'une consultation ultérieure, demandez à la victime comment s'est déroulé le renvoi : s'est-elle rendue au rendez-vous, comment cela s'est-il passé, y a-t-il des raisons spécifiques pour lesquelles elle ne s'est pas rendue au rendez-vous, etc.

Types d'organisations:

- Orientation vers une aide psychologique : psychologue ou thérapeute spécialisé dans les traumatismes, sexologue, psychiatre, Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) (Flandres) ou Services de Santé Mentale (SSM) (Bruxelles et Wallonie), Centres de planning familiale (Bruxelles et Wallonie).
- Orientation vers une assistance psychosociale : CAW Victim Support (Flandres) ou Services d'Aide aux Victimes et Services d'Aide aux Justiciables (Bruxelles et Wallonie), Centres de prévention des abus envers les enfants (Flandres) ou SOS Enfants (Bruxelles et Wallonie), CAW Crisis Care.
- Orientation vers une assistance médicale : gynécologie, infectiologue ou centre de référence du **VIH ?**, autres spécialistes pour d'autres plaintes médicales.
- Orientation vers une assistance policière/juridique : service d'assistance policière aux victimes (SAPV) (FR et NL), Service d'accueil des victimes des Maisons de justice (FR et NL)
- Orientation vers des situations spécifiques : Mariages forcés, violences liées à l'honneur et mutilations génitales féminines ; maltraitance des personnes âgées ; victimes de la traite des êtres humains;

6 Évaluation et orientation psychologiques



6. Évaluation et orientation psychologiques

Messages clés :

- Informez la victime sur les réactions biologiques générales et les problèmes psychologiques, émotionnels, sociaux et physiques associés après une expérience traumatisante;
- Aidez la victime à de trouver un soutien auprès de la famille et des proches;
- Examinez les éventuelles comorbidités ;
- Faites une évaluation psychologique première en cas de plaintes éventuelles de SSPT et adressez-vous à un psychologue spécialisé dans les traumatismes ;
- Prenez au moins un rendez-vous de suivi un mois après la première présentation pour réévaluer la santé mentale ;
- Donnez des médicaments si nécessaire.

PLUS D'INFORMATION
DÉFINITION CLIQUABLE

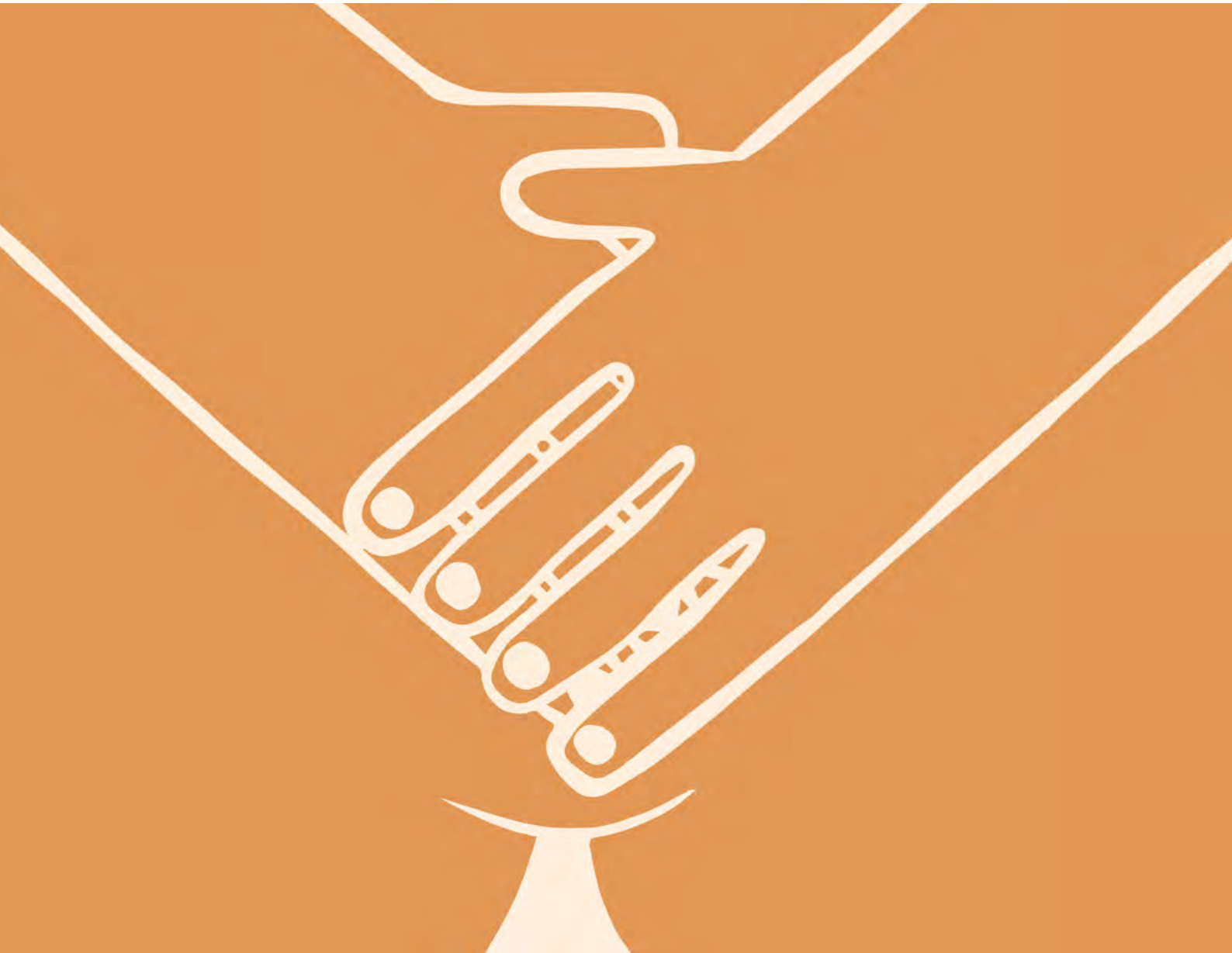
Le traitement des victimes de violences sexuelles commence par une **information sur les réactions biologiques générales** (chapitre 3.1) et les problèmes psychologiques, émotionnels, sociaux et physiques associés après une expérience traumatisante telle que les violences sexuelles [52, 94]. En outre, il est également très important de réfléchir, avec la victime, à la manière de **trouver un soutien auprès de la famille et des proches** et à la manière dont vous, en tant que médecin, pouvez y contribuer [52, 73]. D'autre part, il est également important d'envisager la possibilité que l'auteur de l'agression soit également votre patient et la manière dont vous souhaitez gérer cette situation [95]. Par la suite, toute **comorbidité présente**, comme les pensées suicidaires, l'automutilation, la dépression grave et la toxicomanie, doit être traitée de manière appropriée [96].

Compte tenu des conséquences psychologiques importantes d'une expérience violente pour la victime (chapitre 3.2), il est recommandé d'offrir dans votre région une assistance spécialisée par un psychologue spécialisé dans les traumatismes. En raison des délais d'attente existants pour les psychologues spécialisés dans les traumatismes, il est conseillé aux médecins généralistes de procéder à **la première évaluation psychologique en cas de plaintes éventuelles de SSTP**. Pour évaluer les plaintes éventuelles de SSPT, on peut utiliser **le Primary Care SSPT Screen for DSM-5** (voir annexe) [44, 97-99].

Dans le cas d'un patient qui présente des **symptômes légers** depuis moins de 4 semaines, on a recours à la **"surveillance active"** et, après **un mois**, on prend un rendez-vous de suivi pour réévaluer la santé mentale [52, 96]. Si on le souhaite, ce rendez-vous peut toujours avoir lieu avec le médecin généraliste.

Si la victime est **limitée dans son fonctionnement quotidien**, il est recommandé **d'appliquer déjà une thérapie cognitivo-comportementale ou une désensibilisation et un retraitement par mouvements oculaires**. L'organisation systématique de consultations centrées sur le traumatisme, appelées débriefing, n'est pas recommandée dans les lignes directrices actuelles [44, 52]. S'il n'y a pas ou peu d'amélioration, le prestataire de soins peut passer à un autre traitement psychologique ou administrer des médicaments. Une **thérapie médicamenteuse** peut également être bénéfique en cas de troubles du sommeil, de dépression sévère, d'hyperexcitation ou de menaces supplémentaires. Comme toujours, il convient d'être attentif aux éventuels effets secondaires et de consulter régulièrement la victime [100].

7 Le constat



7. Le constat

Messages clés :
Enregistrez toujours correctement la violence dans votre dossier médical électronique.

1. Identification de la victime
2. Date et heure de l'expérience violente
3. Date et heure de l'examen médical
4. Date et heure du dernier contact sexuel consensuel en cas de violence sexuelle.
5. Transfusion sanguine antérieure
6. Médicaments et/ou consommation de drogues
7. Pays d'origine de la victime et de l'auteur de l'infraction

Documentez les blessures observées.
Voir en annexe un modèle de certificat de détermination du préjudice.
Veillez à ce que ces informations ne soient accessibles qu'aux praticiens qui sont également tenus au secret médical.

Enregistrez toujours correctement la violence dans votre dossier médical électronique. Veillez à ce que ces informations ne soient accessibles qu'aux praticiens qui sont également tenus au secret médical. Ces informations médicales peuvent intéresser d'autres médecins traitants mais ne peuvent être partagées qu'avec le consentement éclairé du patient via le dossier médical électronique résumé.

Administratif / Anamnèse

8. Identification de la victime
9. Date et heure de l'expérience violente
10. Date et heure de l'examen médical
11. Date et heure du dernier contact sexuel consensuel en cas de violence sexuelle.
12. Transfusion sanguine antérieure
13. Médicaments et/ou consommation de drogues
14. Pays d'origine de la victime et de l'auteur de l'infraction

Documentez les blessures observées (joignez une photographie ou un schéma si possible voir annexe).

Si nécessaire, délivrer un constat de violence établie en trois exemplaires (un pour le dossier médical, un pour le patient lui-même et un pour la police ou le procureur; voir annexe).

Signalement des IST

En cas de test IST positif, vous pouvez, en tant que médecin, créer un code pour le patient via le site web www.partneralert.be/F. Avec ce code, le patient peut informer anonymement son ou ses partenaires sexuels de la détection d'une IST. Le patient et son/ses partenaire(s) recevront également des informations générales sur l'IST détectée dans différentes langues.

PLUS D'INFORMATION

Certaines IST sont à déclaration obligatoire. Cette obligation varie selon les régions :

› **BRUXELLES**
- Gonorrhée
- Syphilis
- Hépatite A

A. via le site internet sécurisé de l'Enregistrement des Maladies Transmissibles (Matra-Bru)
B. en cas d'urgence, par téléphone au Service de l'Inspection de l'Hygiène de la Cocom par téléphone (02/552.01.40 ou 0478/77.77.08), en envoyant une confirmation par e-mail à l'adresse notif-hyg@ccc.brussels.be

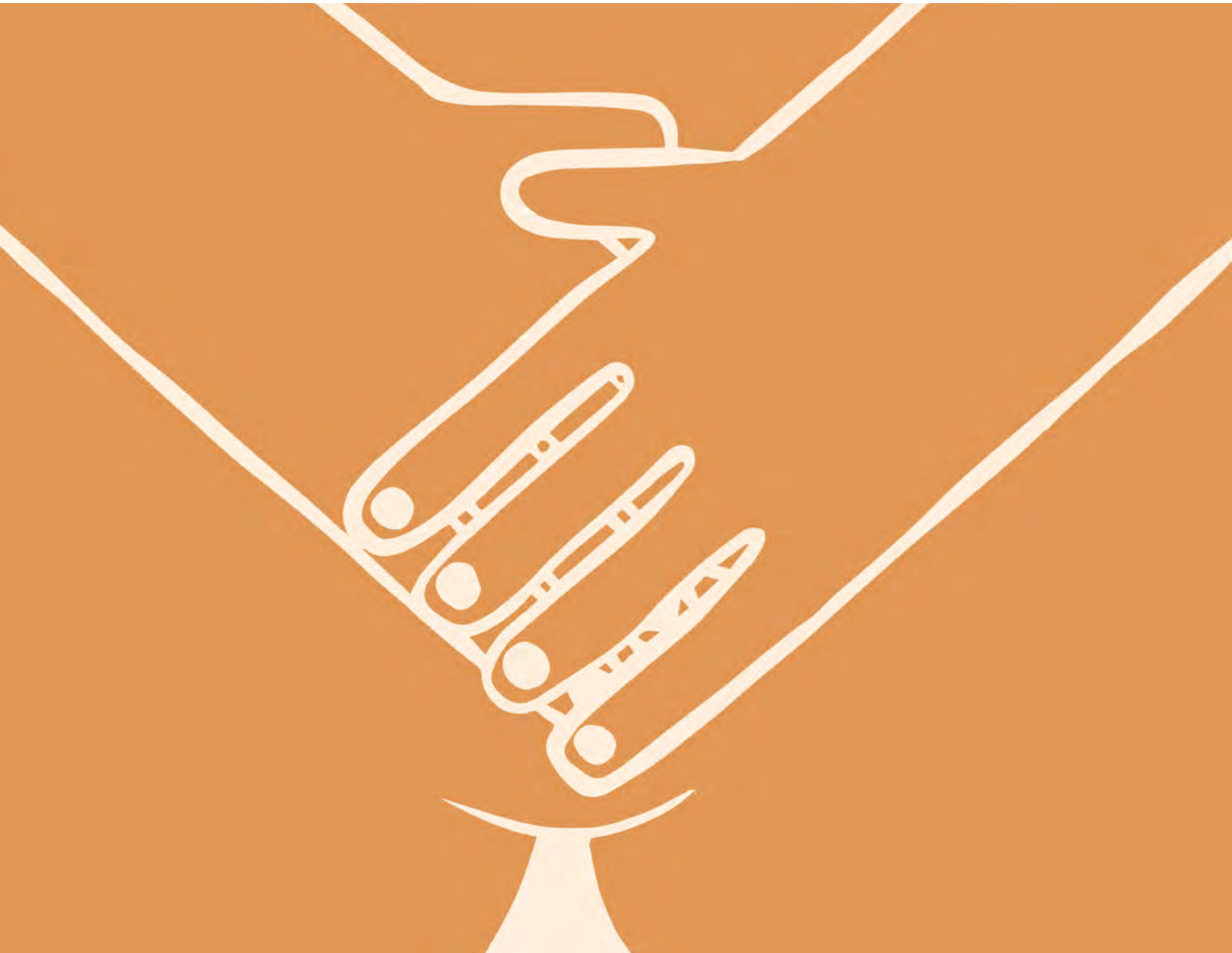
› **WALLONIE**
- Syphilis congénitale
- Hépatite A

A. Via le site internet sécurisé MATRA de l'AViQ
B. Par téléphone : 071 205 105
C. Par mail: surveillance.sante@aviq.be

› **FLANDRE**
- Gonorrhée
- Syphilis
- Hépatite A
- Hépatite B aiguë

A. Dienst Infectieziektebestrijding en vaccinatie Agentschap Zorg en Gezondheid
B. En cas d'urgence ou en dehors des heures de bureau : Tél : 02 512 93 89
C. Par mail : infectieziektebestrijding@vlaanderen.be

8 Cadre juridique



8. Cadre juridique

8.1 Pour le patient
8.2 Pour le médecin

8.1 Pour le patient

Messages clés :

Si une victime de violences sexuelles se présente pour déposer une plainte moins de 7 jours ou plus après l'incident, orientez-la immédiatement vers un centre de prise en charge.
Toutefois, les plaintes peuvent être déposées longtemps après qu'une agression sexuelle a eu lieu.
Pour de plus amples informations et des mises à jour supplémentaires, consultez
https://www.violencessexuelles.be/comment-porter-plainte

LIEN CLIQUABLE

Donnez à la victime des informations claires, utilisez la brochure "Vous êtes une victime" (disponible en NL/FR/DE/EN).

Si une victime de violences sexuelles se présente pour déposer une plainte moins de 7 jours ou plus après l'incident, orientez-la immédiatement vers un centre de prise en charge. Un centre de prise en charge peut faire appel à des inspecteurs des mœurs qui ont reçu une formation spécifique en matière de violences sexuelles.

Toutefois, les plaintes peuvent être déposées longtemps après qu'une agression sexuelle a eu lieu. Pour de plus amples informations et des mises à jour supplémentaires, consultez https://www.violencessexuelles.be/comment-porter-plainte.

Les victimes sont généralement confrontées à une période d'incertitude et ne savent pas à quoi s'attendre lorsqu'elles déposent une plainte. Afin de les soutenir et de leur fournir des informations claires, y compris des références aux différentes agences et organisations de soutien, pouvez-vous consulter le site Internet du SPF Justice et/ou remettre la brochure "Vous êtes une victime" à la victime..

Pour plus d'informations sur les droits des victimes de la criminalité en Belgique, consultez le site : https://justitie.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/que_faire_comme/victime.

8.2 Pour le médecin

Messages clés :

En tant que médecin, vous êtes toujours soumis au secret professionnel en tant que médecin (conformément à l'article 458 du code pénal).

Pour pouvoir se prévaloir de l'état d'urgence, un certain nombre de conditions doivent être remplies :

- Il doit y avoir un danger réel, certain et grave.
- Le médecin doit mettre en balance le respect du secret professionnel (article 458 du code pénal) et le respect du devoir légal d'assistance (article 422a du code pénal) afin de garantir la protection de l'intégrité physique ou psychologique de la victime.
- La violation du secret professionnel n'est possible que s'il n'y a pas d'autre moyen d'éviter le danger, ce qui ne nécessite pas la violation du secret professionnel.

8.1 Pour le patient

8.2 Pour le médecin

D'un point de vue déontologique, il est conseillé d'envisager d'abord des initiatives autres que répressives et d'agir étape par étape avant d'informer le procureur:

- mettez la personne en sécurité par tous les moyens possibles ;
- assurer les soins appropriés en fonction des abus identifiés ;
- discuter avec la personne pour savoir si elle peut prendre des initiatives ;
- si la personne est d'accord, consultez un aidant compétent ou faites appel à une structure pluridisciplinaire ;
- vérifier si d'autres personnes sont exposées à un risque similaire.

LIEN CLIQUABLE

Pour faire signaler la situation, contactez le bureau du procureur par téléphone. Il existe un magistrat de la permanence à tout moment :

- Pendant les heures de bureau, vous pouvez appeler le numéro de téléphone du bureau du procureur général. Consultez le site Internet du parquet pour obtenir les dernières coordonnées : **https://www.om-mp.be/fr**.
- Le soir et la nuit, contactez le bureau du procureur de garde.
  Cela ne peut se faire que dans des cas très urgents via le numéro d'urgence 101.

En tant que médecin, il est important d'enregistrer et de conserver correctement toutes les informations subjectives et objectives dans le dossier. En outre, vous êtes toujours soumis au secret professionnel en tant que médecin (conformément à l'article 458 du code pénal). Ce n'est que si le médecin estime que, pour porter secours à une personne en grand danger (article 422bis du code pénal), que cette personne en danger soit le patient ou un tiers, il ne peut aider cette personne qu'en violant son secret professionnel, il peut considérer, sur la base de l'état d'urgence, qu'il doit informer le procureur des faits dont son patient a été victime. Pour pouvoir se prévaloir de l'état d'urgence, un certain nombre de conditions doivent être remplies :

- Il doit y avoir un danger réel, certain et grave.
- Le médecin doit mettre en balance le respect du secret professionnel (article 458 du code pénal) et le respect du devoir légal d'assistance (article 422a du code pénal) afin de garantir la protection de l'intégrité physique ou psychologique de la victime.
- La violation du secret professionnel n'est possible que s'il n'y a pas d'autre moyen d'éviter le danger, ce qui ne nécessite pas la violation du secret professionnel.

L'article 29 du Code d'éthique médicale le stipule comme suit :

Le médecin qui soupçonne un mauvais traitement, un abus, une exploitation, un harcèlement ou une négligence à l'égard d'une personne vulnérable doit immédiatement prendre les mesures nécessaires pour protéger cette personne.
Le médecin discute du problème avec la personne concernée, dans la mesure de ses possibilités. Il encourage la personne concernée à prendre l'initiative. Si la personne concernée est d'accord, le médecin consulte un praticien expert ou fait appel à un centre pluridisciplinaire. Le médecin ne doit informer les proches de la personne concernée que dans l'intérêt de celle-ci et avec son consentement.

Le médecin qui soupçonne qu'une personne vulnérable est en danger grave et imminent, ou qu'il existe des indices d'un danger grave et réel que d'autres personnes vulnérables soient victimes d'abus ou de négligence, peut, en vertu de son devoir légal d'assistance, informer le procureur s'il n'est pas en mesure, seul ou avec l'aide d'autres personnes, de protéger l'intégrité physique ou psychologique de ces personnes.

D'un point de vue déontologique, il est conseillé d'envisager d'abord des initiatives autres que répressives et d'agir étape par étape avant d'informer le procureur:

8.1 Pour le patient

8.2 Pour le médecin

- mettez la personne en sécurité par tous les moyens possibles ;
- assurer les soins appropriés en fonction des abus identifiés ;
- discuter avec la personne pour savoir si elle peut prendre des initiatives ;
- si la personne est d'accord, consultez un aidant compétent ou faites appel à une structure pluridisciplinaire ;
- vérifier si d'autres personnes sont exposées à un risque similaire.

LIEN CLIQUABLE

Si le médecin ne peut pas protéger l'intégrité physique ou psychologique de la personne lui-même ou avec l'aide d'autres personnes, il peut signaler la situation au procureur [101].

Pour faire signaler la situation, contactez le bureau du procureur par téléphone. Il existe un magistrat de la permanence à tout moment :

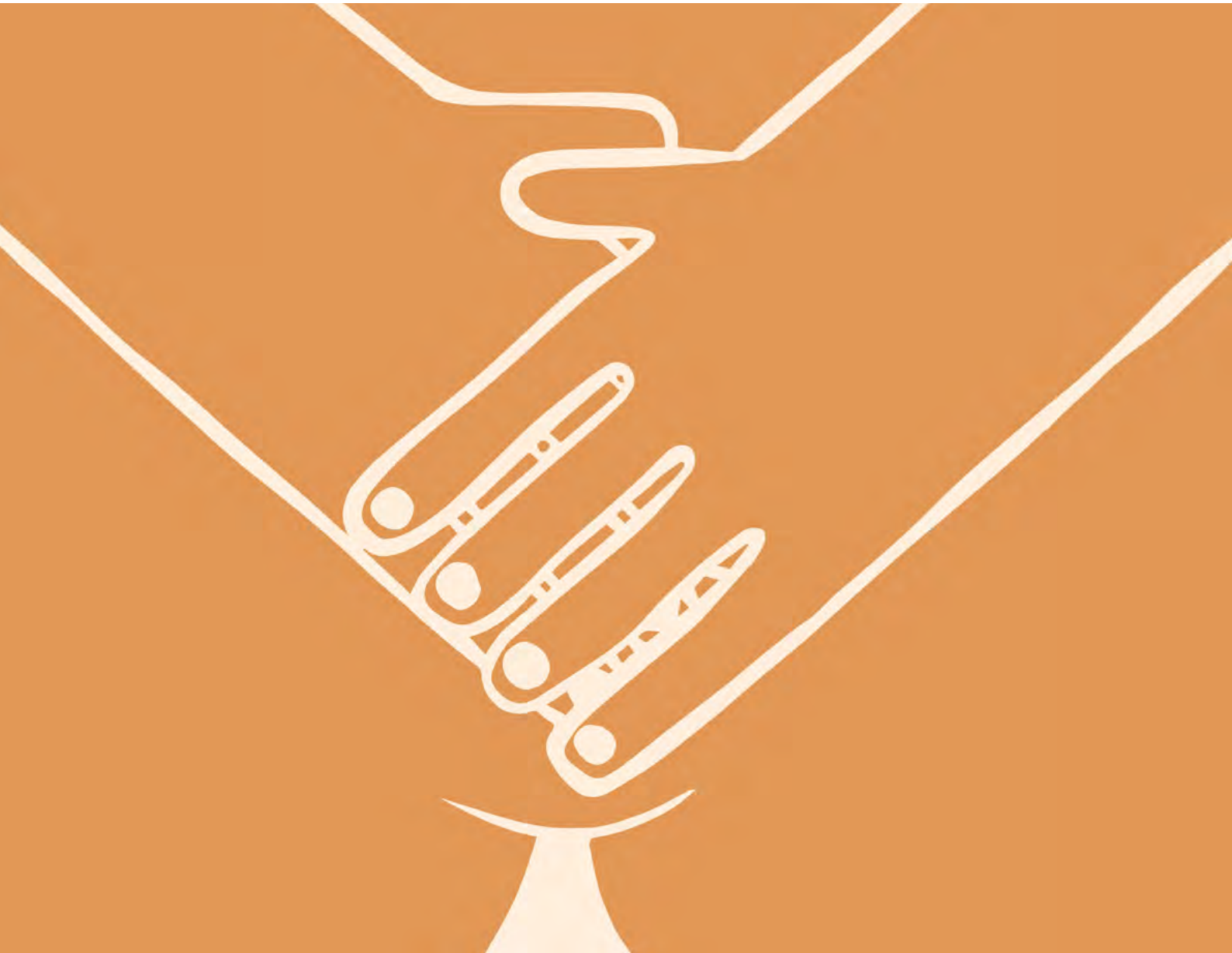
- Pendant les heures de bureau, vous pouvez appeler le numéro de téléphone du bureau du procureur général. Consultez le site Internet du parquet pour obtenir les dernières coordonnées : **https://www.om-mp.be/fr**.
- Le soir et la nuit, contactez le bureau du procureur de garde.
  Cela ne peut se faire que dans des cas très urgents via le numéro d'urgence 101.
- Faites également un rapport écrit du signalement.
  Discutez avec le magistrat de l'adresse électronique à laquelle l'envoyer.

Sachez que ce rapport écrit sera versé au dossier. Les personnes concernées pourront donc en prendre connaissance lorsqu'elles auront accès au dossier.

Il appartient au médecin lui-même de mettre en balance le secret professionnel et l'obligation légale d'assistance [95].

Si vous avez des questions concernant le cadre juridique, judiciaire ou policier lors de l'accompagnement d'une victime, vous pouvez tout d'abord vous adresser au centre de prise en charge régional ou au service des mœurs de la police locale.

9 Soutien à la famille et aux proches



9. Soutien à la famille et aux proches

PLUS D'INFORMATION

Messages clés :
En tant que médecin généraliste, vous pouvez transmettre à la personne de confiance les conseils suivants, ainsi que **le guide destiné aux personnes de confiance des victimes de violences sexuelles** :

1. En tant qu'ami-e ou membre de la famille, vous l'aiderez mieux si vous vous comportez normalement, comme d'habitude, vis-à-vis d'elle.
2. Il est important de soutenir la victime dans toutes les démarches qu'elle souhaite entreprendre.
3. Encouragiez la victime à se rendre au plus vite chez un médecin ou une centre de prise en charge des violence sexuelles.
4. Écoutez sans préjugés et restez surtout à l'écoute.
5. Ne perdez pas de vue que la victime n'a aucun tort.
6. Rassurez la victime, dites-lui qu'il n'y a pas de façon correcte ou incorrecte de réagir.
7. Essayez de faire parler la victime, sans toutefois exercer de pression.
8. Faites savoir à la victime qu'il n'y a pas de limite dans le temps pour gérer cette agression sexuelle et qu'elle doit prendre le temps nécessaire.
9. C'est la victime qui doit pouvoir agir tranquillement afin de renforcer (stimuler) sa confiance. En tant qu'ami-e, vous pouvez l'encourager, mais c'est la victime qui décide.
10. Si vous vous sentez mal à l'aise à cause de vos sentiments, ne soyez pas gêné-e et demandez de l'aide à un thérapeute, un psychologue ou un groupe de soutien.

Les informations ci-dessus ainsi que d'autres informations et documents sont disponibles sur le site web **www.violencessexuelles.be**

Les personnes de confiance telles que la famille, les partenaires ou les amis peuvent toujours envoyer un courriel ou appeler le centre de prise en charge pour obtenir des conseils ou un soutien.

Si le psychologue décide, avec la victime, qu'il serait bénéfique d'entamer une thérapie, il est possible que la personne de confiance soit impliquée dans cette démarche. Ils peuvent également recevoir une explication sur la thérapie qui sera mise en place.

Dans chaque centre de prise en charge, des séances d'information sont régulièrement dispensées sur la manière d'aborder une victime de violence sexuelle en tant que partenaire, parent, enfant, membre de la famille ou ami. Pour savoir quand ces séances d'information ont lieu ou pour vous inscrire à la séance d'information, contactez directement le centre de prise en charge.

En tant que médecin généraliste, vous pouvez transmettre à la personne de confiance les conseils suivants, ainsi que **le guide destiné aux personnes de confiance des victimes de violences sexuelles** ⓘ :

1. COMPORTEZ-VOUS 'NORMALEMENT'

ⓘ PLUS D'INFORMATION

Une victime a souvent besoin de revivre une 'vie normale'. En tant qu'ami-e ou membre de la famille, vous l'aiderez mieux si vous vous comportez normalement, comme d'habitude, vis-à-vis d'elle. Ne vous comportez surtout pas autrement. Il va de soi que vous pouvez la consoler et l'écouter, mais tentez en même temps de poursuivre le cours normal de votre quotidien. La structure journalière normale offre à la victime un énorme point d'appui et lui offre également du divertissement. Motivez la victime à reprendre son travail ou sa formation.

2. FAIRE UNE DÉPOSITION

Faire une déposition peut aider la victime dans son processus de reconstruction. Il est important de soutenir la victime dans toutes les démarches qu'elle souhaite entreprendre.

3. SE RENDRE CHEZ LE MÉDECIN

Lors d'un viol ou d'un attentat à la pudeur, il est important que vous encouragiez la victime à se rendre au plus vite chez un médecin. Un examen médical est en effet recommandé pour détecter les éventuelles maladies sexuellement transmissibles ou une grossesse potentielle et soigner les lésions qui résultent de l'agression. À Gand, Bruxelles et Liège, les victimes et leurs personnes de soutien peuvent bénéficier des tous les soins médicaux, médico-légaux et psychologiques en un même lieu au **Centre de prise en charge des violences sexuelles** ⓘ

4. ÉCOUTER, ÉCOUTER ET ÉCOUTER ENCORE

La tâche principale d'un-e ami-e ou d'un membre de la famille est de tendre l'oreille. Quoique beaucoup de victimes préfèrent ne rien dire au sujet des faits, d'autres victimes ont justement besoin de les répéter, encore et encore. Écoutez sans préjugés et restez surtout à l'écoute. En tant qu'ami-e ou membre de la famille, il se peut que vous soyez très en colère à l'encontre de l'auteur, alors que la victime ne l'est souvent pas (encore). Exprimez votre colère auprès d'autres personnes que la victime. Soyez attentif à la victime sans évoquer vos propres émotions.

En tant que partenaire, ne prenez aucune initiative sur le plan sexuel. Indiquez que rien ne se passera à ce niveau tant qu'il/elle n'aura pas signalé qu'il/elle en a envie.

5. CE N'EST PAS LA FAUTE DE LA VICTIME

La victime tentera de trouver des choses qu'elle aurait pu faire afin d'éviter l'agression et se blâmera en partie elle-même. Évitez le victimblaming, ne posez pas des questions telles que « mais que faisais-tu à cet endroit ? », « pourquoi portais-tu ces vêtements ? », « pourquoi n'as-tu pas réagi ? ». Ne perdez pas de vue que la victime n'a aucun tort. Insistez bien sur le fait que la faute repose entièrement sur l'agresseur. Dites à la victime que vous êtes toujours prêt-e à l'écouter et que personne ne « demande » à être agressé ou violé.

6. IL N'Y A PAS DE RÉACTION CORRECTE OU INCORRECTE

Après une agression, la victime se retrouve dans un tourbillon d'émotions. L'abattement, la culpabilité, la honte, la colère… Tous ces sentiments peuvent surgir. Rassurez la victime, dites-lui qu'il n'y a pas de façon correcte ou incorrecte de réagir. Ses sentiments peuvent être troublants et même contradictoires.

7. EN PARLER AIDE

La plupart des victimes préfèrent garder leur agression sexuelle pour elles. En se taisant, personne ne peut les percevoir différemment et les victimes ne peuvent même pas être qualifiées de victimes. Souvent, elles passent le délit sous silence dans l'espoir que tout disparaîtra. L'angoisse

est aussi un sentiment qui joue un rôle important, l'angoisse de ne pas être pris au sérieux, l'angoisse de l'agresseur ou l'angoisse d'attrister ses proches. L'agresseur est d'ailleurs souvent connu. En plus, il y a cet immense sentiment de culpabilité. Les victimes se sentent souvent, injustement, entièrement ou partiellement coupables de ce qui s'est passé, elles craignent que les autres personnes partagent cette idée et préfèrent donc se taire.

Mais taire le problème ne fait qu'aggraver la situation. Essayez de faire parler la victime, sans toutefois exercer de pression. Faites-lui clairement savoir que vous êtes une personne de confiance et que vous êtes toujours là pour elle. Souvent, en tant que partenaire, parent ou connaissance, vous vous posez de nombreuses questions. N'hésitez pas à vous adresser aux organisations d'aide pour poser vos questions ou demander de l'aide.

PLUS D'INFORMATION

8. PAS DE LIMITE DANS LE TEMPS

La victime peut encore se sentir coupable longtemps après les faits. La question typique « Que se serait-il passé si j'avais fait ceci ou cela ? » peut la poursuivre très longtemps. Faites savoir à la victime qu'il n'y a pas de limite dans le temps pour gérer cette agression sexuelle et qu'elle doit prendre le temps nécessaire. Dans deux tiers des cas, l'agression sexuelle a un impact permanent sur la santé (mentale) des victimes.

9. LA VICTIME DÉCIDE

Durant le long processus de reconstruction, en tant que personne de confiance, vous restez en retrait. C'est la victime qui doit pouvoir agir tranquillement afin de renforcer (stimuler) sa confiance. En tant qu'ami-e, vous pouvez l'encourager, mais c'est la victime qui décide. Évitez de la surprotéger. Bien que vous sentiez le besoin naturel de la tenir, au sens figuré, par la main, ce n'est pas conseillé. Les victimes ne veulent pas se sentir victimes.

10. PRENEZ AUSSI SOIN DE VOUS-MÊME

Une agression sexuelle occasionne non seulement un dommage émotionnel chez la victime, mais les ami-e-s et les membres de la famille peuvent également être terriblement choqués. C'est parfaitement normal. Si vous vous sentez mal à l'aise à cause de vos sentiments, ne soyez pas gêné-e et demandez de l'aide à un thérapeute, un psychologue ou un groupe de soutien.

QU'EST-CE QUE JE PEUX DIRE, QU'EST-CE QUE JE NE DOIS PAS DIRE ?

Il n'est pas évident de parler avec une victime, même si vous êtes très proche d'elle. Quelques conseils :

1. **La règle de base : traitez la victime de la manière dont vous souhaiteriez être traité-e si vous aviez des problèmes.**

2. **Cherchez un endroit calme pour parler.**

3. **Si la victime a du mal à s'exprimer, laissez-lui le temps nécessaire pour tout récapituler calmement et exprimer ses émotions.**

4. **Soyez aussi discret-ète que possible.**

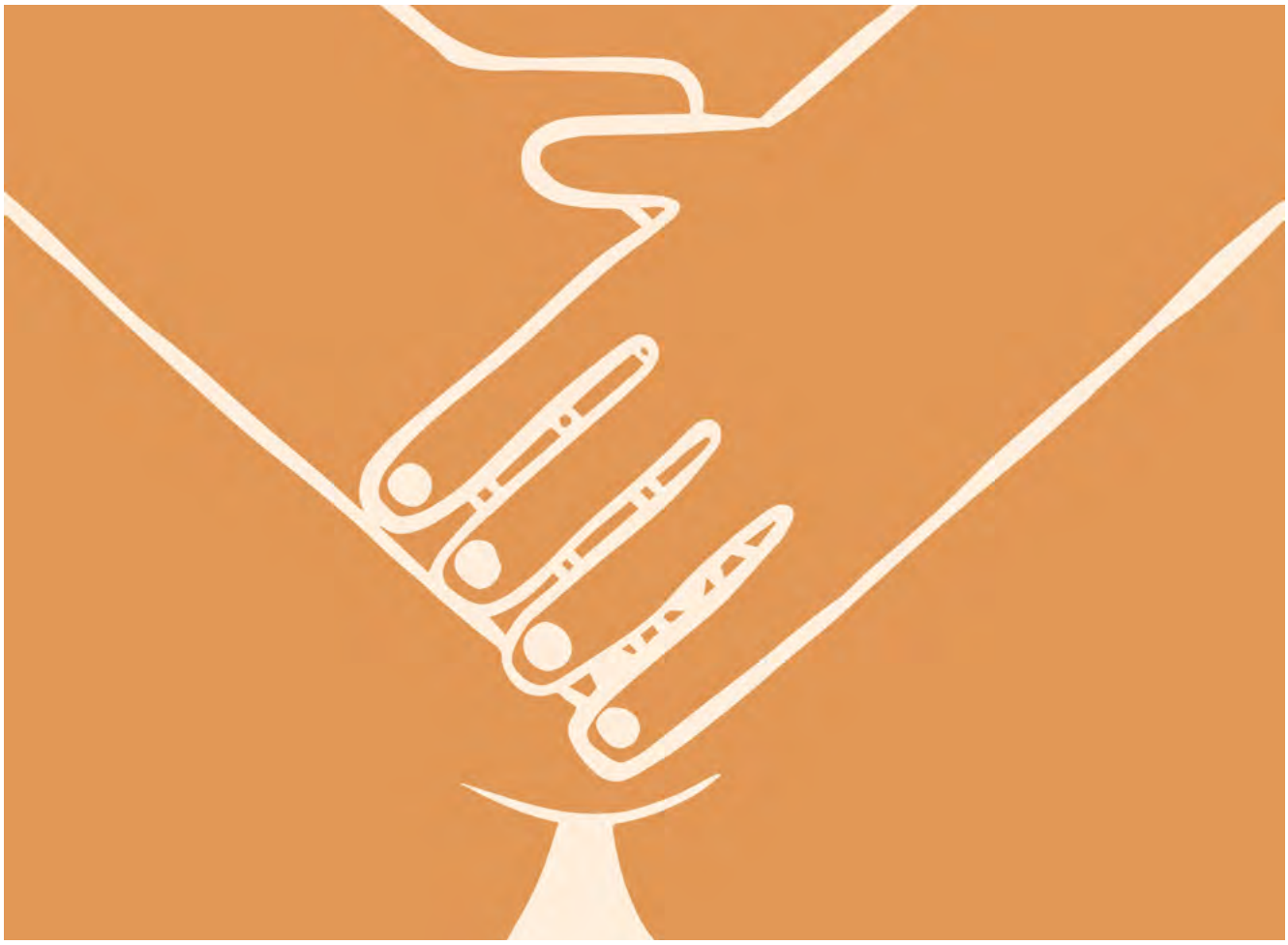
5. **Essayez de vous mettre à la place de la victime et de voir les choses de son point de vue. N'interrompez pas la victime durant son récit.**

6. **Ne donnez jamais l'impression à la victime qu'elle aurait pu éviter l'agression. Contredisez-la si elle s'accuse..**

Les informations ci-dessus ainsi que d'autres informations et documents sont disponibles sur le site web **www.violencessexuelles.be**

ANKE VANDENBERGHE
ELIZAVETA FOMENKO
PROF. DR. INES KEYGNAERT

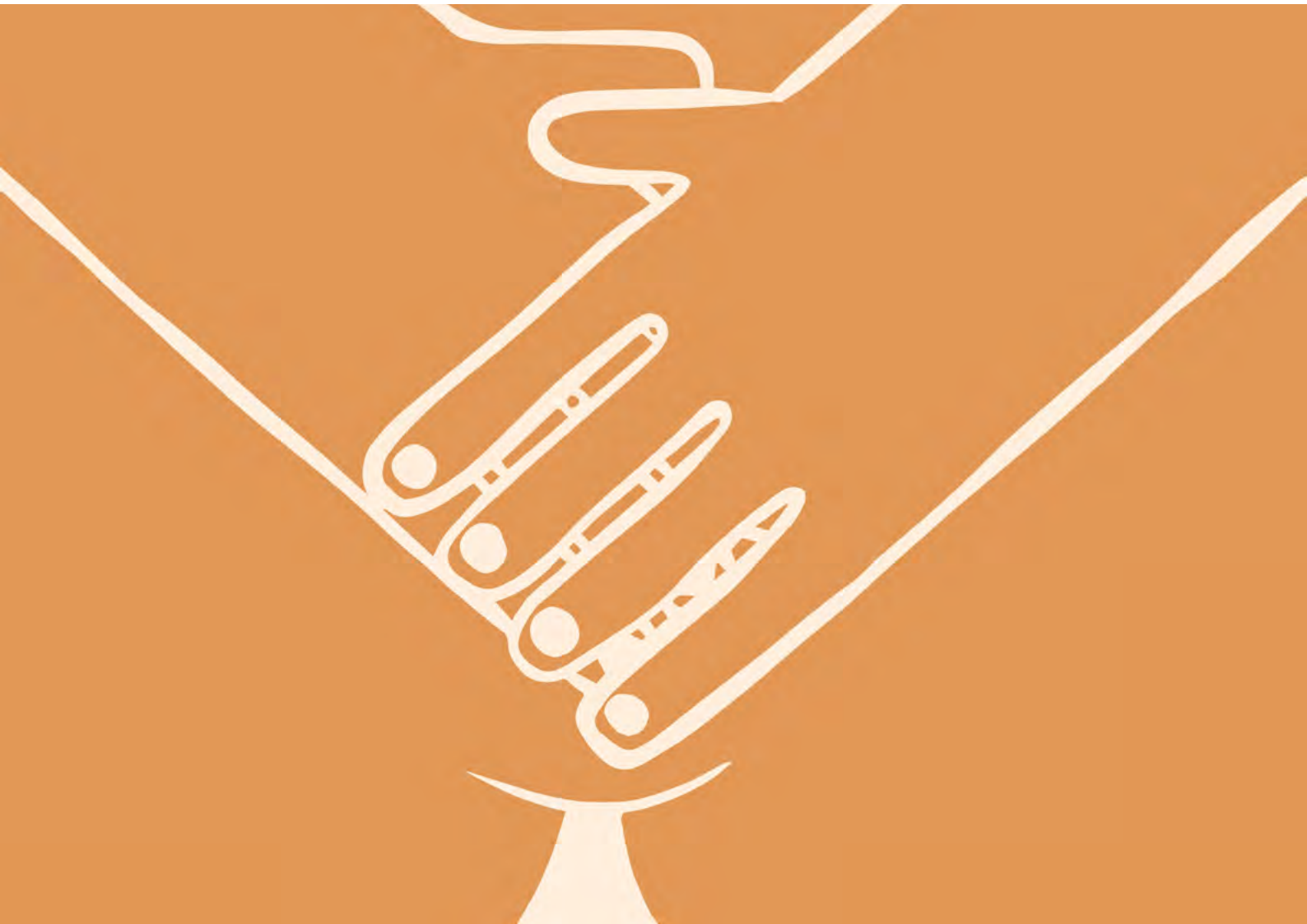
Outils pratiques sur la prise en charge des violences sexuelles et intrafamiliales dans les soins primaires



RETOUR AU SOMMAIRE

ANKE VANDENBERGHE
ELIZAVETA FOMENKO
PROF. DR. INES KEYGNAERT

Informations des Centres de Prise en charges **des Violences Sexuelles**



10.1 Informations des Centres de Prise en charges des Violences Sexuelles

PLUS D'INFORMATION

1. Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles

Un **Centre de Prise en charge des victimes de Violences Sexuelles (CPVS)** est un centre multidisciplinaire vers lequel sont envoyées toutes les victimes de violences sexuelles en accord avec le ministère public et la police. Dans un tel CPVS la victime se voit offrir des soins médicaux, médico-légaux et psychosociaux. Vous trouverez de plus amples informations sur les CPVS etles violences sexuellesen général à l'adresse suivante :**www.violencessexuelles.be**

2. Rendez-vous sur place

Vous pouvez vous rendre dans les CPVS de l'UZA d'Anvers, du CHU Saint-Pierre de Bruxelles, du CHU Marie Curie de Charleroi, de l'UZ Gand, UZ Leuven, de ZOL à Genk, du CHU de Liège et de l'AZ Delta de Roulers, chaque jour et à n'importe quelle heure.

Vous avez des questions ? N'hésitez pas à nous contacter :

Par e-mail

- CPVS Bxl/ZSG Brussel : **cpvs@stpierre-bru.be**
- CPVS Charleroi : **cpvs@chu-charleroi.be**
- CPVS Liège : **cpvs@chuliege.be**
- ZSG Antwerpen : **zsg@uza.be**
- ZSG Leuven : **zsg@uzleuven.be**
- ZSG Limburg : **zsglimburg@zol.be**
- ZSG Oost-Vlaanderen (Gent) : **zsg@uzgent.be**
- ZSG West-Vlaanderen (Roeselare) : **zsg@azdelta.be**

Par télephone

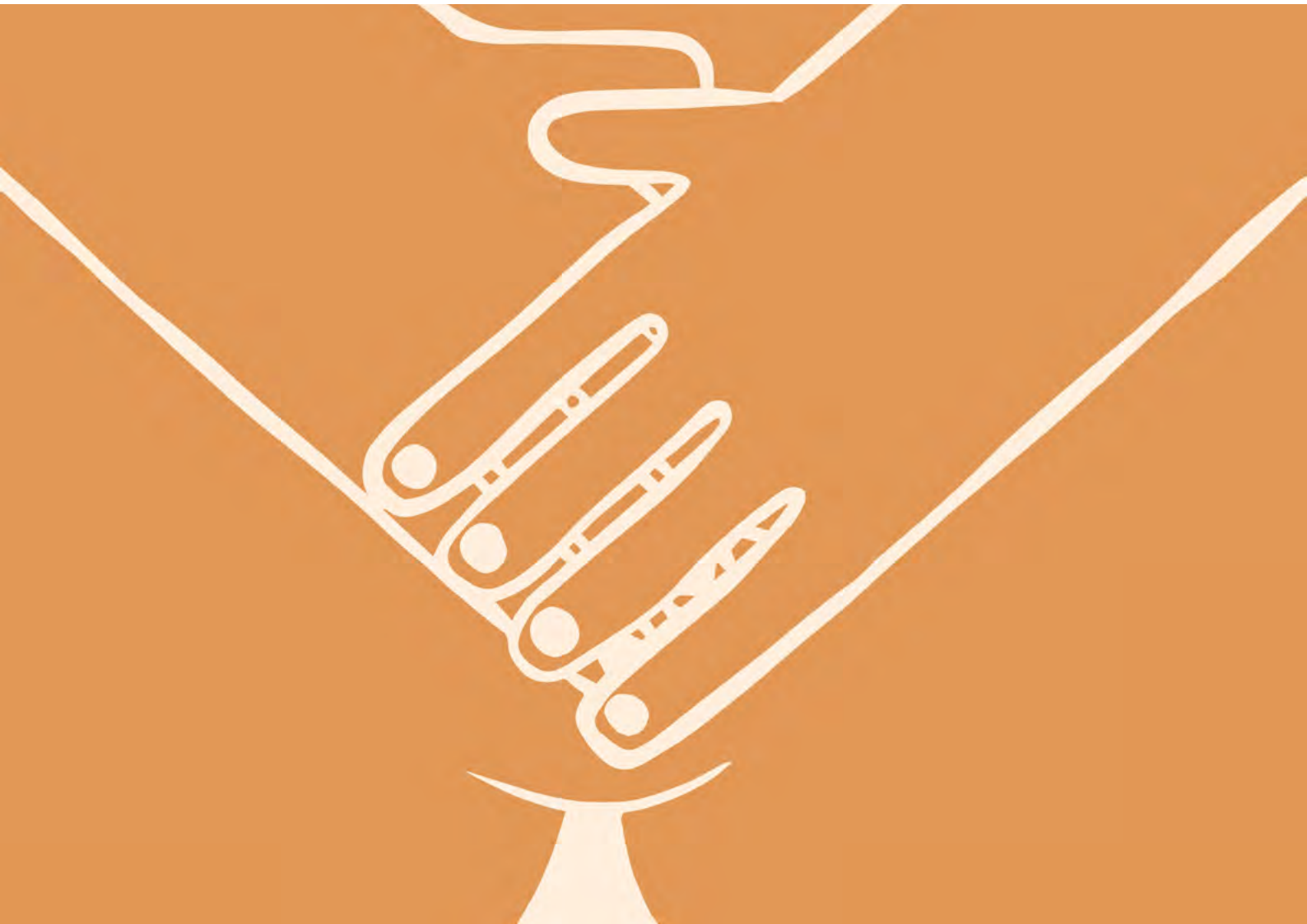
- CPCPVS Bxl/ZSG Brussel: 02/535 45 42
- CPVS Charleroi : 071/92.41.00
- CPVS Liège : 04/367 93 11
- ZSG Antwerpen : 03/436 80 50
- ZSG Leuven : 016 34 11 11
- ZSG Limburg: 089/80.81.00
- ZSG Oost-Vlaanderen (Gent) : 09/332 80 80
- ZSG West-Vlaanderen (Roeselare) : 051 23 80 80

Anonymement via la ligne de tchat

- **MAINTENANT J'EN PARLE**
- **SOS VIOL**
- Pour de plus amples informations:
  https://www.violencessexuelles.be/tchattez-avec-un-professionnel

ANKE VANDENBERGHE
ELIZAVETA FOMENKO
PROF. DR. INES KEYGNAERT

Conserver les traces



Conservez les traces

En temps opportun

Ne pas se laver

Ne pas boire

Ne pas faire pipi

Évitez tout contact physique

Attendre avec les soins des plaies

Gardez vos vêtements sur vous

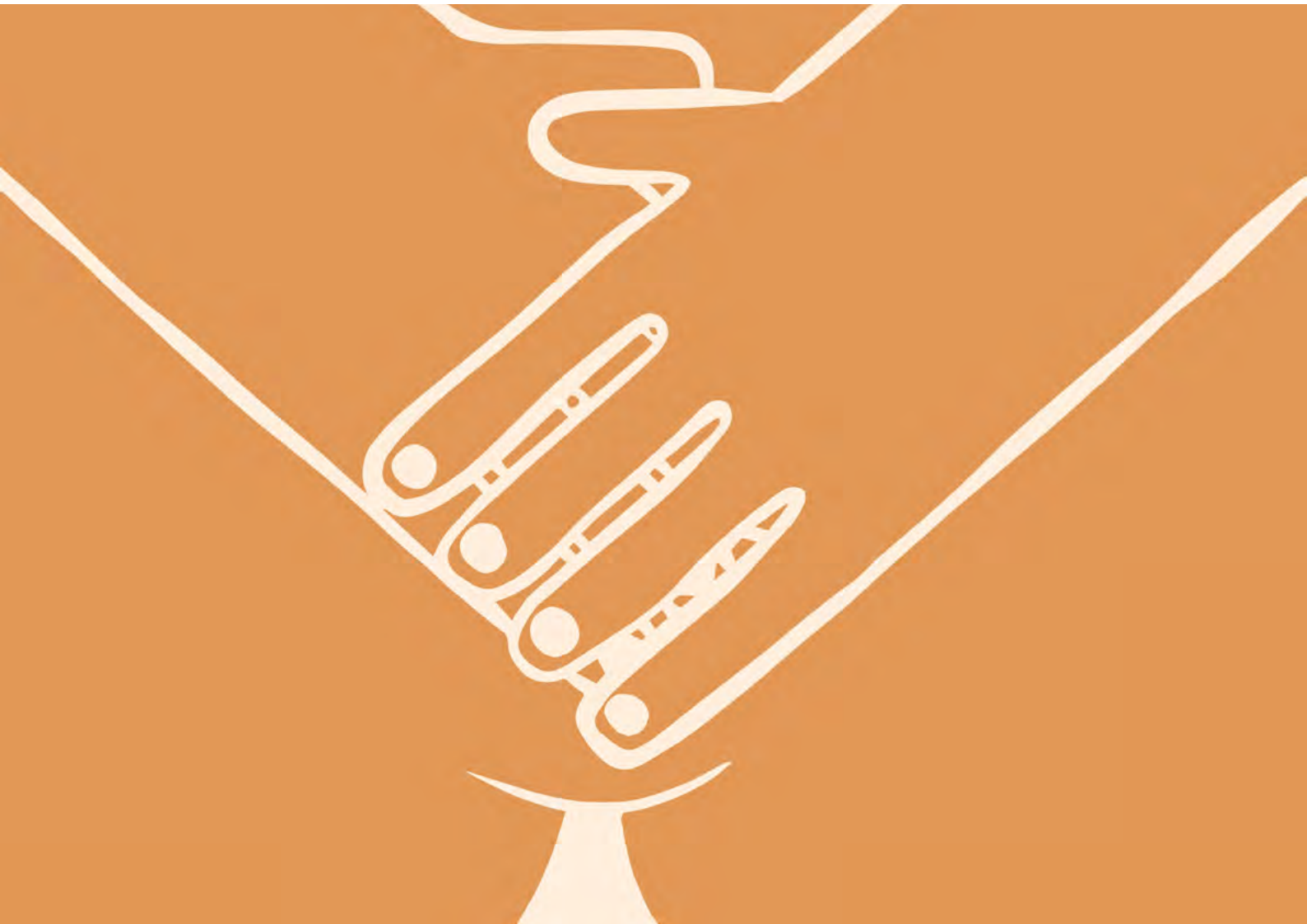
garder la serviette hygiénique, feuilles les draps, etc

Conseils importants pour conserver les traces après un incident de violence sexuelle

- Venez immédiatement au CPVS. Sachez qu'après 72 heures, il ne reste que peu ou plus du tout de traces, utilisables pour l'enquête médico-légale.
- Ne prenez pas de douche, ne vous lavez pas ; même si c'est la première chose que vous avez envie de faire.
- Essayez de ne pas de boire ou de ne pas rincer votre bouche, s'il y a eu un contact oral.
- Essayez de ne pas faire pipi et si vous le faites, essayez de le récolter dans un petit pot et apportez-le au CPVS.
- Evitez le contact physique avec d'autres personnes.
- Gardez les vêtements que vous portiez pendant l'agression sexuelle ou mettez-les dans un sac en papier et apportez-les au CPVS. Pas de sac en plastique svp !
- Si vous avez des draps où il pourrait y avoir des traces (sperme ou autre) du présumé auteur, mettez-la également dans un sac en papier et apportez-les au CPVS.
- Si, après la violence sexuelle, vous vous êtes essuyé avec du papier ou autre-chose, ou si vous avez mis une serviette hygiénique dans votre culotte, mettez-les également dans un sac en papier et apportez-les au CPVS.
- Apportez des vêtements et des chaussures de rechange. Après l'enquête médico-légale, vous pourrez vous doucher au CPVS et mettre d'autres vêtements. (Si ce n'est pas possible, ne vous inquiétez pas. Vous recevrez d'autres vêtements au CPVS ou quelqu'un pourra vous en apporter).

ANKE VANDENBERGHE
ELIZAVETA FOMENKO
PROF. DR. INES KEYGNAERT

Examens médicaux supplémentaire



Examens médicaux supplémentaires après la violence sexuelle

1 Frottis au niveau du site de pénétration (vaginal/oral/anal)

- Chlamydia Trachomatis
- Neisseria Gonorrheae
- Trichomonas Vaginalis
- Herpes Genitalis

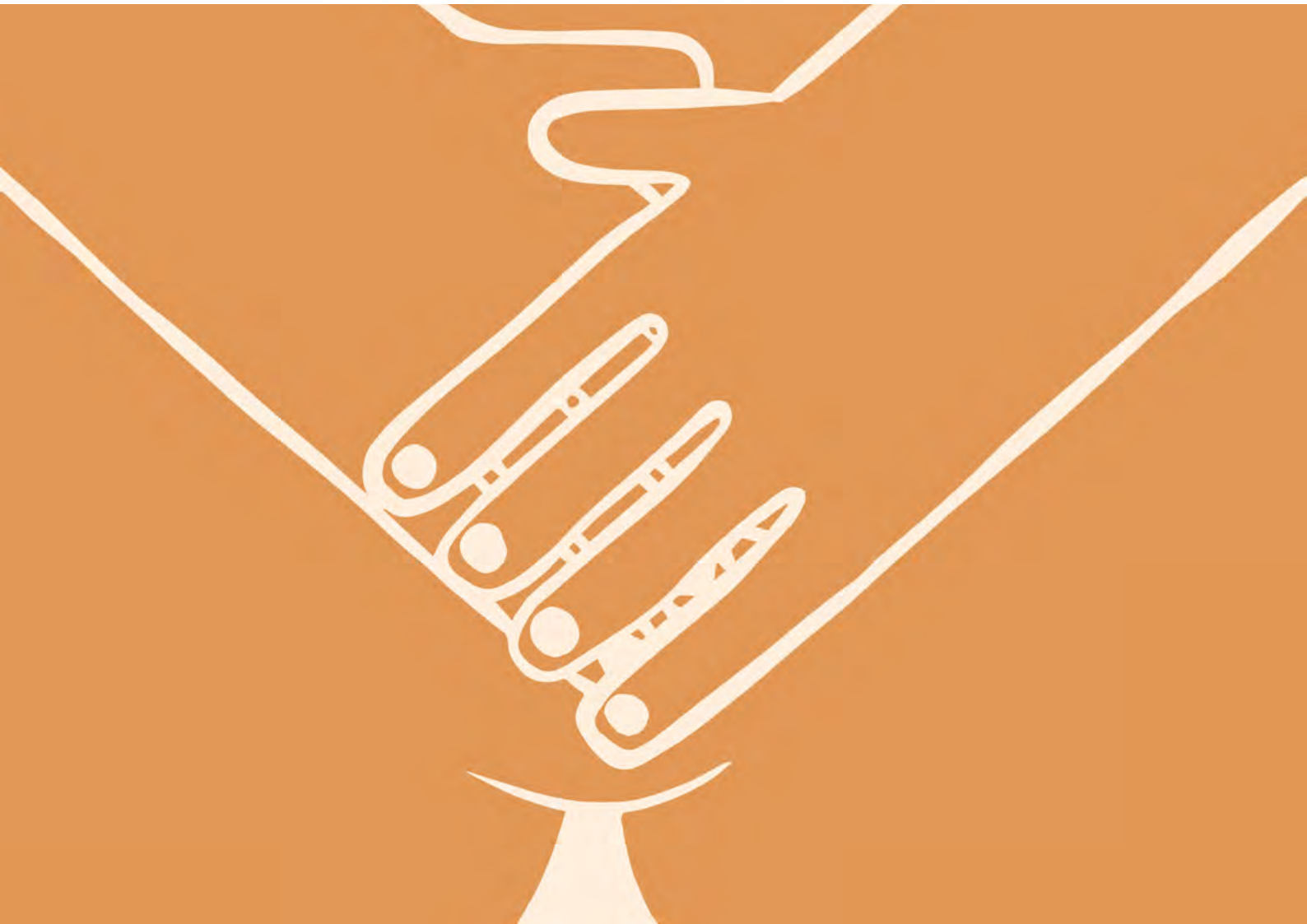
2 Prise de sang

- Examen hématologique, fonctions rénales et hépatiques
- Sérologie du VIH
- HBs Ag (si non vacciné), anti-HBs en anti-HBc
- Syphilis
- Hépatite C

3 Test de grossesse (urinaire)

ANKE VANDENBERGHE
ELIZAVETA FOMENKO
PROF. DR. INES KEYGNAERT

Traitements **préventifs**



RETOUR AU SOMMAIRE

SOINS MÉDICAUX

TRAITEMENTS PRÉVENTIFS

1. Ceftriaxone 500 mg I.M.
2. Azithromycine 1g par voie orale (même en cas de VS > 72h)
3. Métronidazole ou Tinidazole 2g par voie orale (même en cas de VS > 72h)
4. Pilule du lendement (jusqu'à 5 jours après la VS)
5. Vaccination contre le tétanos si nécessaire
6. Envisagez la vaccination contre le VPH avec Gardasil 9
7. Envisagez la vaccination contre l'hépatite B
8. prévention du VIH dans les 72h suivant la VS

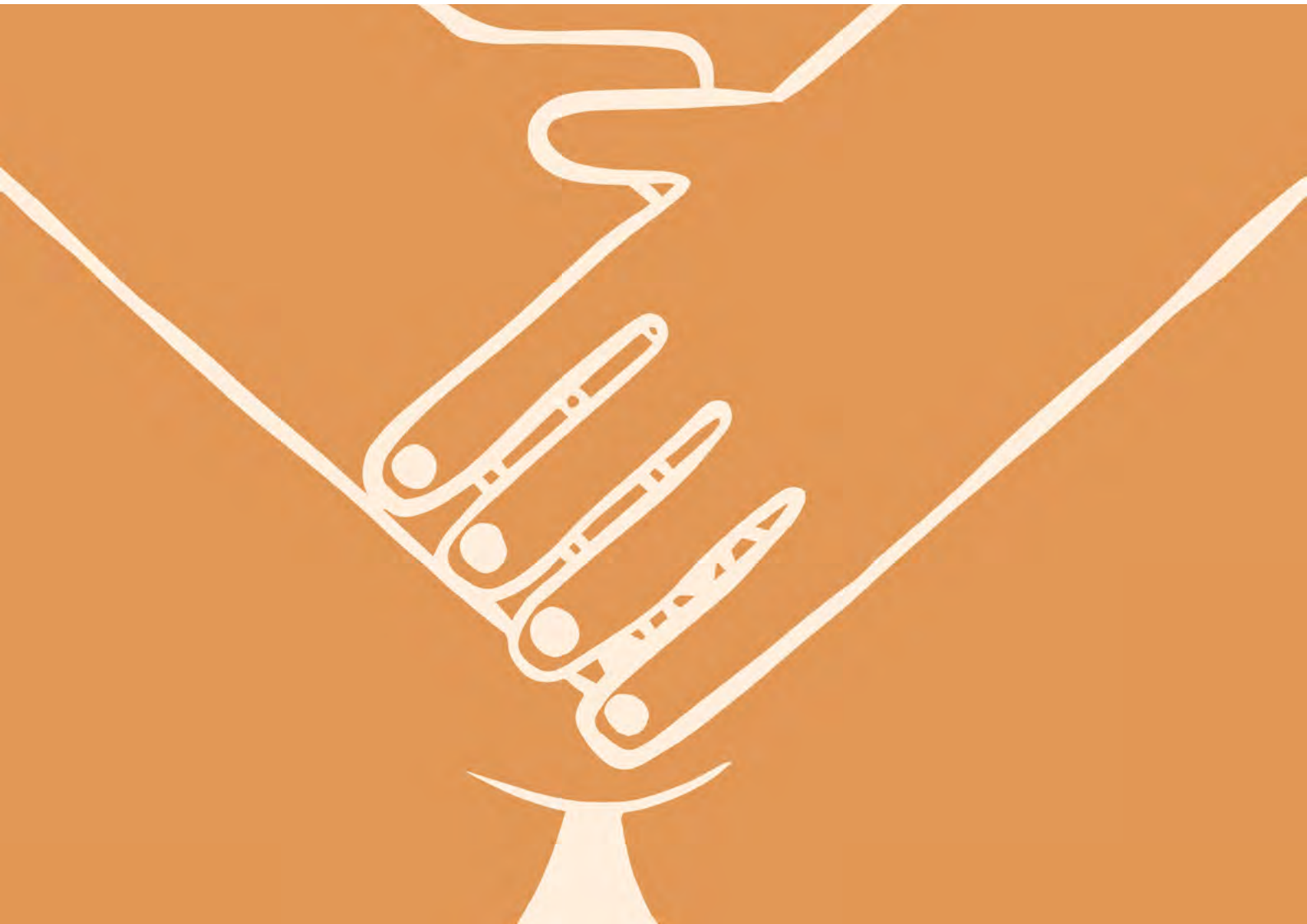
Anal réceptif: Recommander
Vaginal réceptif: A considérer*
Oral réceptif avec éjaculation: Non récommandé**
Oral réceptif sans éjaculation: Non récommandé**
Anal en vaginal insertif: Non applicable
Oral insertif: Décourager

* sauf si VS date de plus de 72h ou si l'auteur est VIH négatif
**sauf si CV VIH élevée, traumatisme

VIGILANCE POUR LES CHANGEMENTS DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS
INFORMER LA VICTIME DES TRAITEMENTS PAYANTS

ANKE VANDENBERGHE
ELIZAVETA FOMENKO
PROF. DR. INES KEYGNAERT

Primary care **PTSD** Screen for DSM-5



Primary Care PTSD Screen for DSM-5 - Français

1. Avez-vous vécu un ou plusieurs de ces événements suivants ?
(Vous pouvez cocher plusieurs cases.)

- ○ Un accident ou un incendie grave
- ○ Violence psychologique, physique ou sexuelle
- ○ Un tremblement de terre ou une inondation
- ○ Une guerre
- ○ Avoir vu quelqu'un se faire tuer ou être grièvement blessé
- ○ Un homicide ou le suicide d'un proche
- ○ Aucune de ces réponses [Skip 2]

2. Concernant les événements que vous avez vécus, au cours du dernier mois,...

	Oui	Non
Avez-vous fait des cauchemars à propos de ces événements ou pensé à ces événements alors que vous ne le souhaitiez pas ?	○	○
Avez-vous fait de votre mieux pour ne pas penser à ces événements ou vous êtes-vous forcé d'éviter les situations qui vous rappelaient l'événement ?	○	○
Avez-vous été en état de super-alerte ou de vigilance ou sur vos gardes ?	○	○
vous êtes-vous senti.e détaché.e des gens, des activités ou de votre entourage ?	○	○
vous êtes-vous senti.e détaché.e des gens, des activités ou de votre entourage ?	○	○

Evaluation

Si question [1] est répondue par 'oui' et trois questions ou plus de [2] sont répondues par 'oui': Le SSPT est probable et d'autres diagnostics sont conseillés

Reference

Version originale: Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Marx BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri MA, Kaloupek DG, Schnurr PP, Kaiser AP, Leyva YE, Tiet QQ. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PCPTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. J Gen Intern Med. 2016 Oct;31(10)

Primary Care PTSD Screen for DSM-5 - Nederlands

1. Heb je ooit een of meerdere van de onderstaande gebeurtenissen meegemaakt? (Je mag meerdere antwoorden aanduiden.)

- ○ Een ernstig ongeval of brand
- ○ Psychologisch, fysiek of seksueel geweld
- ○ Een aardbeving of overstroming
- ○ Een oorlog
- ○ Zien hoe iemand wordt gedood of zwaargewond raakt
- ○ Iemand die je nabij is verliezen door moord of zelfmoord
- ○ Geen van bovenstaande [Skip 2]

2. Naar aanleiding van deze gebeurtenis(sen), heb je in de afgelopen maand ...

	Ja	Nee
nachtmerries gehad over de gebeurtenis(sen), of aan deze gebeurtenis(sen) gedacht terwijl je dat niet wou?	○	○
hard geprobeerd om niet te denken aan de gebeurtenissen, of erg je best gedaan om situaties te vermijden die je aan de gebeurtenis (sen) doen denken?	○	○
het gevoel gehad dat je voortdurend op je hoede, waakzaam of schrikachtig was?	○	○
je verdoofd gevoeld, of afstand gevoeld tot mensen, activiteiten of jouw omgeving?	○	○
je schuldig gevoeld of niet kunnen ophouden met jezelf of anderen de schuld te geven voor de gebeurtenissen of de gevolgen daarvan?	○	○

Beoordeling

Indien [1] met 'ja' wordt beantwoord én onder [2] worden 3 of meer vragen met 'ja' beantwoord: PTSS waarschijnlijk en nadere diagnostiek geadviseerd.

Referenties en copyright

Nederlandse vertaling: Bakker A, van der Meer C, Olff M. Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PCPTSD-5). 2014, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

Originele versie: Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Marx BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri MA, Kaloupek DG, Schnurr PP, Kaiser AP, Leyva YE, Tiet QQ. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PCPTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. J Gen Intern Med. 2016 Oct;31(10)

Primary Care PTSD Screen for DSM-5 - English

1. Have you ever experienced one or several of the following events?
(You may indicate multiple answers.)

- ○ A serious accident or fire
- ○ Psychological, physical, or sexual violence
- ○ An earthquake or flood
- ○ A war
- ○ Seeing someone be killed or seriously injured
- ○ Having a loved one die trough homicide or suicide
- ○ None of the above [Skip 2]

2. Related to these event(s), have you in the past month ...

	Yes	No
had nightmares about the event(s) or thought about these event(s) when you did not want to	○	○
tried hard not to think about these event(s) in your life or went out of your way to avoid situations that reminded you of these event(s)	○	○
been constantly on guard, watchful, or easily startled	○	○
felt numb or detached from people, activities or your surroundings	○	○
felt guilty or unable to stop blaming yourself or others for these event(s) in your life or any problems these event(s) may have caused	○	○

Evaluation

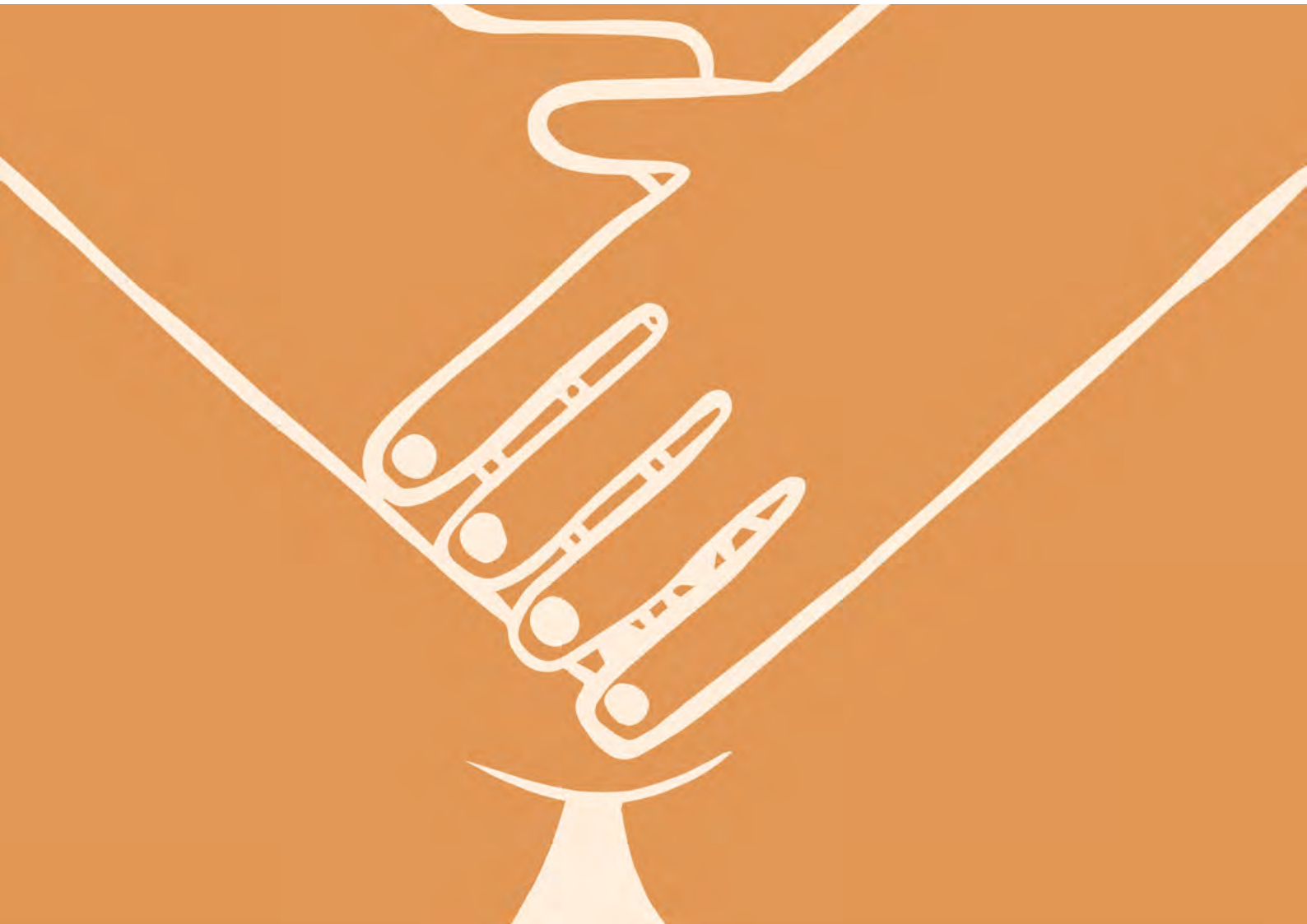
If [1] is answered with 'yes' and 3 or more items of [2] are answered with 'yes': PTSD is likely and further assessment to confirm a diagnosis of PTSD is needed.

Reference

Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Marx BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri MA, Kaloupek DG, Schnurr PP, Kaiser AP, Leyva YE, Tiet QQ. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. J Gen Intern Med. 2016 Oct;31(10)

ANKE VANDENBERGHE
ELIZAVETA FOMENKO
PROF. DR. INES KEYGNAERT

Constat identification des **blessures**



Constat identification des blessures

Ce constat est fait à la demande du patient et lui est remis.
Une copie doit être conservée dans le dossier médical.

Je soussigné _____

certifie avoir examiné le _____,

Madame/ Monsieur _____

né le _____

et domicilié _____.

Le patient déclare:

.....

.....

.....

Ses plaintes actuelles sont:

.....

.....

.....

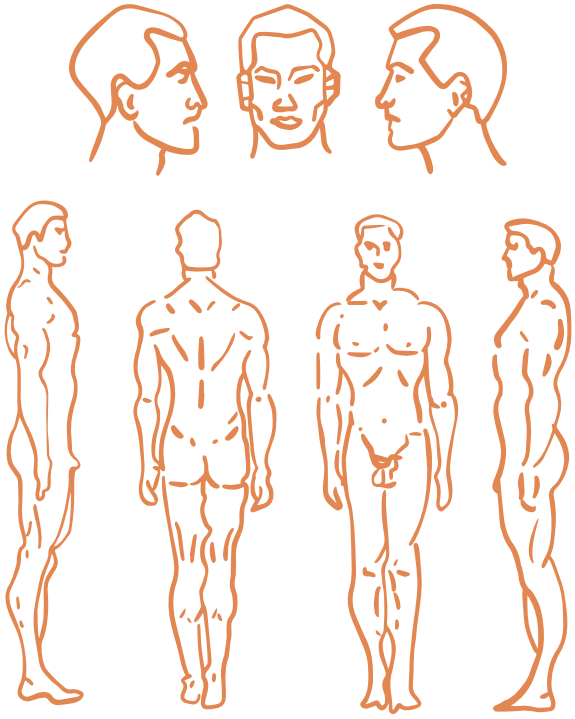
Etat psychique au moment de l'examen:

.....

.....

.....

Lésions observées : (Photo ou schéma à joindre si possible)



1. .....

.....

2. .....

.....

3. .....

.....

4. .....

.....

5. .....

.....

6. .....

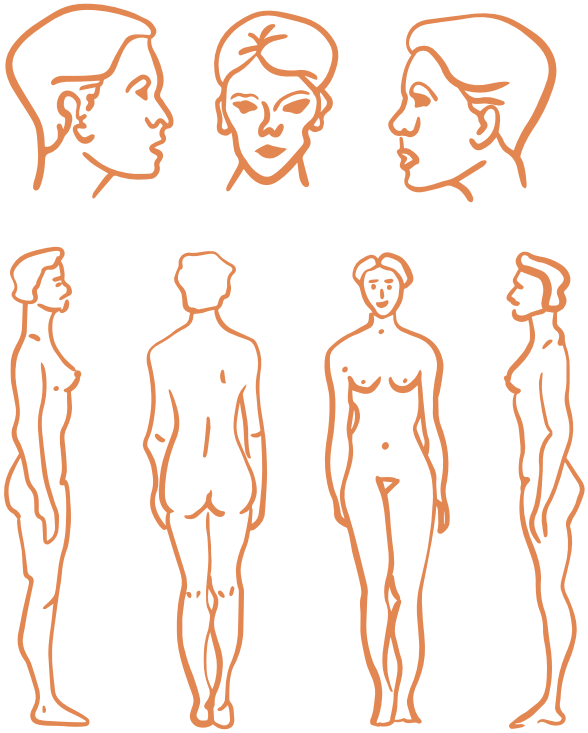
.....

7. .....

.....

8. .....

.....



1. .....

.....

2. .....

.....

3. .....

.....

4. .....

.....

5. .....

.....

6. .....

.....

7. .....

.....

8. .....

.....

Examens complémentaires réalisés :

.....

.....

.....

Attitude thérapeutique :

.....

.....

.....

Les lésions peuvent-elles être compatibles avec les déclarations du patient?

.....

.....

.....

Suivi proposé:

.....

.....

.....

Suite au traumatisme, je préconise une impossibilité de mener une vie normale

du _____ au _____.

En accord avec le patient, une incapacité de travail

du _____ au _____.

Constat remis au patient à sa demande ouà la demande de son représentant légal.Certificat rédigé sous réserve de complications.

DATE, SIGNATURE

Références

1. Keygnaert, I., et al., Understanding the Mechanisms, Nature, Magnitude and Impact of Sexual Violence in Belgium. 2021, Belgian Science Policy Office: Brussels. p. 142.

2. Keygnaert, I., et al., Eindrapport Onderzoek naar Relaties, Stress en Agressie (RSA) in de eerste 12 maanden van COVID-19 in België. 2021, Universiteit Gent - ICRH - IRCP: Gent.

3. WHO, Strengthening the medico-legal response to sexual violence. 2015, World Health Organization: Geneva.

4. Watts, C. and C. Zimmerman, Violence against women: global scope and magnitude. Lancet, 2002. 359(9313): p. 1232-7.

5. De Munnynck, K., et al., Medico-legal approach to sexual assault victims: The Belgian situation. Journal of Clinical Forensic Medicine, 2006. 13: p. 211-214.

6. Dens, W., Verkrachting en aanranding van de eerbaarheid, in Faculteit Rechtsgeleerdheid. 2010, Universiteit Gent: Gent.

7. Keygnaert, I., C. Gilles, and K. Roelens, Handleiding basisvorming over intrafamiliaal en seksueel geweld voor zorgverleners in Belgische ziekenhuizen. 2015, ICRH-Ugent in opdracht van de FOD Volksgezondheid: Gent.

8. Keygnaert, I., et al., Aanpak van Intrafamiliaal Geweld in de Belgische Ziekenhuiscontext: vormingsacties voor zorgverleners in opdracht van de FOD Volksgezondheid. Eindrapport 2012. 2012, FOD Volksgezondheid: Ghent.

9. Abuse and violence: Working with our patients in general practice (4th edition). 2014, Royal Australian College of General Practitioners: Melbourne.

10. De Schrijver, L., et al., Prevalence of Sexual Violence in Migrants, Applicants for International Protection, and Refugees in Europe: A Critical Interpretive Synthesis of the Evidence. Int J Environ Res Public Health, 2018. 15(9).

11. Frans, E. and I. Keygnaert, Make it Work! Prevention of SGBV in the European Reception and Asylum Sector. 2009: Ghent.

12. Buysse, A., et al., Sexpert: basisgegevens van de survey naar seksuele gezondheid in Vlaanderen. 2013, Gent: Academia Press. 458.

13. Krahé, B., et al., Prevalence and correlates of young people's sexual aggression perpetration and victimisation in 10 European countries: a multilevel analysis. Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care, 2015.

14. Schapansky, E., et al., Prevalence and Associated Factors of Sexual Victimization: Findings from a National Representative Sample of Belgian Adults Aged 16-69. Int J Environ Res Public Health, 2021. 18(14).

15. Schapansky, E., et al., Seksueel geweld in België : aard, omvang en risicofactoren van slachtofferschap van seksueel geweld in een nationaal representatieve bevolkingssteekproef. Panopticon, 2021. 42(3).

16. Nobels, A., et al., Sexual violence in older adults: a Belgian prevalence study. BMC geriatrics, 2021. 21(1): p. 601.

17. Krug, E.G., et al., World report on violence and health. 2002, World Health Organization: Geneva.

18. Hawkins, A.P., Sexual assault and rape. Obstretics, Gynaecology and Reproductive Medicine, 2012. 22(7): p. 199-204.

19. COSAI, Models of intervention for women who have been sexually assaulted in Europe: A review of the literature. 2012, Comparing Sexual Assault Interventions (COSAI) project.

20. D'haese, L., A. Dewaele, and M. Van Houtte, Geweld tegenover holebi's - een online survey over ervaringen met holebigeweld in Vlaanderen en de nasleep ervan (tweede tussentijds rapport). 2014, Steunpunt Gelijkekansenbeleid: Antwerpen.

21. Keygnaert, I., et al., Hidden Violence is a Silent Rape: Prevention of Sexual & Gender-Based Violence against Refugees & Asylum Seekers in Europe: a Participatory Approach Report. 2008, International Centre for Reproductive Health: Gent.

22. Motmans, J., G. T'Sjoen, and P. Meier, Geweldervaringen van transgender personen in België. 2015, Steunpunt Gelijkekansenbeleid.

23. Fomenko, E., et al., Locked up at home: a cross-sectional study into the effects of COVID-19 lockdowns on domestic violence in households with children in Belgium. BMC Public Health, 2022. 22(1): p. 1719.

24. Keygnaert, I. and I. Van Melkebeke, Prise en charge des victimes de violences sexuelles: Guide pour les personnes de soutien. 2018, ICRH-Université de Gand: Gent.

25. Mason, F. and Z. Lodrick, Psychological consequences of sexual assault. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2013. 27(1): p. 27-37.

26. Jina, R. and L.S. Thomas, Health consequences of sexual violence against women. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2013. 27(1): p. 15-26.

27. MS, S., et al., Injuries from intimate partner and sexual violence: Significance and classification systems. J Forensic Leg Med, 2012. 19: p. 250-263.

28. Alempijevic, D., et al., Severity of injuries among sexual assault victims. J Forensic Leg Med, 2007. 14(5): p. 266-9.

29. Hynes, M. and B. Lopes Cardozo, Sexual violence against refugee women. J Womens Health Gend Based Med, 2000. 9(8): p. 819-23.

30. Keefe, A. and E. Hage, Vulnerable Women's Project - Good practice Guide: Assisting Refugee and Asylum Seeking Women affected by Rape or Sexual Violence. 2009, British Refugee Council: London.

31. Norredam, M., et al., Urologic complications of sexual trauma among male survivors of torture. Urology, 2005. 65(1): p. 28-32.

32. Tavara, L., Sexual violence. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2006. 20(3): p. 395-408.

33. Keygnaert, I., Sexual Violence and Sexual Health in Refugees, Asylum Seekers and Undocumented Migrants in Europe and the European Neighbourhood: Determinants and Desirable Prevention. 2014, Ghent University: Ghent.

34. Keygnaert, I., et al., Holistische zorg voor slachtoffers van seksueel geweld, in Leerboek seksuologie. 2018, Bohn Stafleu van Loghum: Houten.

35. Ullman, S. and M. Relyea, Social Support, Coping, and Posttraumatic Stress Symptoms in Female Sexual Assault Survivors: A Longitudinal Analysis. Journal of Traumatic Stress, 2016. 29.

36. Association, A.P., Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013, Arlington, VA: American Psychiatric Association.

37. Kimerling, R. and K.S. Calhoun, Somatic symptoms, social support, and treatment seeking among sexual assault victims. J Consult Clin Psychol, 1994. 62(2): p. 333-40.

38. Cortina, L.M. and S.P. Kubiak, Gender and posttraumatic stress: Sexual violence as an explanation for women's increased risk. Journal of Abnormal Psychology, 2006. 115(4): p. 753-759.

39. Nickerson, A., et al., PROSPECTIVE INVESTIGATION OF MENTAL HEALTH FOLLOWING SEXUAL ASSAULT. Depression and Anxiety, 2013. 30(5): p. 444-450.

40. Armour, C., A. Elklit, and D. Lauterbach, The DSM-5 dissociative-PTSD subtype: Can levels of depression, anxiety, hostility, and sleeping difficulties differentiate between dissociative-PTSD and PTSD in rape and sexual assault victims Journal of anxiety disorders, 2014. 28.

41. Au, T., et al., Co-occurring posttraumatic stress and depression symptoms after sexual assault: A latent profile analysis. Journal of affective disorders, 2013. 149.

42. Machado, C.L., et al., Posttraumatic stress disorder, depression, and hopelessness in women who are victims of sexual violence. Int J Gynaecol Obstet, 2011. 113(1): p. 58-62.

43. Beer, R., E. Verlinden, and R. Lindauer, Protocol voor classificatie, screening en diagnostiek van trauma- en stressorgerelateerde en dissociatieve stoornissen bij kinderen en adolescenten. . 2020, Nederlandse Vereniging voor Psychotrauma. p. 1-51.

44. Hengeveld, M.W., et al., Leerboek Psychiatrie. Derde ed. Psychotraumagerelateerde stoornissen. 2016, Utrecht: De Tijdstroom.

45. Borowsky, I., M. Hogan, and M. Ireland, Adolescent Sexual Aggression: Risk and Protective Factors. Pediatrics, 1998. 100: p. E7.

46. Brown, A.L., et al., Sexual victimization in relation to perceptions of risk: mediation, generalization, and temporal stability. Pers Soc Psychol Bull, 2005. 31(7): p. 963-76.

47. Holmes, W.C. and G.B. Slap, Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. Jama, 1998. 280(21): p. 1855-62.

48. Marx, B.P., Lessons Learned from the Last Twenty Years of Sexual Violence Research. Journal of Interpersonal Violence, 2005. 20(2): p. 225-230.

49. McMahon, P.M., M.M. Goodwin, and G. Stringer, Sexual Violence and Reproductive Health. Maternal and Child Health Journal, 2000. 4(2): p. 121-124.

50. Baert, S. and I. Keygnaert, Wetenschappelijk evaluatierapport pilootproject Zorgcentra na Seksueel Geweld. 2019, Universiteit Gent. Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg. International Centre for Reproductive Health. : Gent.

51. Depraetere, J., et al., Big Boys Don't Cry: A Critical Interpretive Synthesis of Male Sexual Victimization. Trauma, violence & abuse, 2020. 21(5): p. 991-1010.

52. NICE, The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. 2005, National Institute for Health and Care Excellence: Manchester.

53. Jongedijk, R., De Posttraumatische Stressstoornis in de DSM-5. 2018.

54. Stahl, S.M., Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. 2013: Cambridge university press.

55. Teicher, M.H. and J.A. Samson, Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. J Child Psychol Psychiatry, 2016. 57(3): p. 241-66.

56. Yehuda, R., A. Lehrner, and T.Y. Rosenbaum, PTSD and Sexual Dysfunction in Men and Women. J Sex Med, 2015. 12(5): p. 1107-19.

57. Buss, C., et al., Intergenerational Transmission of Maternal Childhood Maltreatment Exposure: Implications for Fetal Brain Development. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2017. 56(5): p. 373-382.

58. Provencal, N. and E.B. Binder, The neurobiological effects of stress as contributors to psychiatric disorders: focus on epigenetics. Current Opinion in Neurobiology, 2015. 30: p. 31-37.

59. Abrahams, N., R. Jewkes, and S. Mathews, Depressive symptoms after a sexual assault among women: understanding victim-perpetrator relationships and the role of social perceptions. Afr J Psychiatry (Johannesbg), 2013. 16(4): p. 288-93.

60. Asgary, R., E. Emery, and M. Wong, Systematic review of prevention and management strategies for the consequences of gender-based violence in refugee settings. Int Health, 2013. 5(2): p. 85-91.

61. Macmillan, R. and J. Hagan, Violence in the Transition to Adulthood: Adolescent Victimization, Education, and Socioeconomic Attainment in Later Life. Journal of Research on Adolescence, 2004. 14: p. 127-158.

62. WHO, Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons - Guidelines for Prevention and Response. 2003, WHO: Geneva.

63. Zimmerman, C., et al., Stolen Smiles: the physical and psychological health consequences of women and adolescents trafficked in Europe 2006, London: London School of Hygiene and Tropical Medicine

64. McLean, I.A., The male victim of sexual assault.
Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2013. 27(1): p. 39-46.

65. Borms, R. and K. Vermeire, Spreken is goud:
Seksuele gezondheid bespreekbaar maken met de Onder 4 ogen methode.
Ontwikkeling en implementatie bij huisartsen in Vlaanderen.
Tijdschrift voor Seksuologie, 2020. 44(3).

66. Bottoms, B., et al., Abuse Characteristics and Individual Differences Related
to Disclosing Childhood Sexual, Physical, and Emotional Abuse and Witnessed
Domestic Violence. Journal of interpersonal violence, 2014. 29.

67. Kennedy, K.M. and C. White, What can GPs do for adult patients disclosing
recent sexual violence? Br J Gen Pract, 2015. 65(630): p. 42-4.

68. Birkhoff, E.M., et al., Dealing with patients facing a history of sexual abuse:
A cross-sectional survey among Dutch general practitioners. Eur J Gen Pract,
2016. 22(2): p. 126-33.

69. Coid, J., et al., Sexual violence against adult women primary care attenders
in east London. British Journal of General Practice, 2003. 53: p. 858-862.

70. O'Doherty, L., et al., Receiving care for intimate partner violence in primary care:
Barriers and enablers for women participating in the weave randomised controlled trial.
Social Science & Medicine, 2016. 160: p. 35-42.

71. (CDC), C.f.D.C.a.P.s., Sexual violence prevention:
beginning the dialogue. 2004, CDC: Atlanta.

72. Martin, S., et al., Health care-based interventions for women who have experienced
sexual violence: A review of the literature. Trauma Violence Abuse, 2007. 8: p. 3-18.

73. WHO, Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence.
2003, World Health Organization: Geneva.

74. WHO, Violence prevention: The evidence. 2010, WHO: Geneva.

75. Campbell, R., D. Patterson, and D. Bybee, Prosecution of adult sexual assault cases:
a longitudinal analysis of the impact of a sexual assault nurse examiner program.
Violence Against Women, 2012. 18(2): p. 223-44.

76. Campbell, R., D. Patterson, and L. Lichty, The Effectiveness of Sexual Assault
Nurse Examiner (SANE) Programs: A Review of Psychological, Medical, Legal,
and Community Outcomes. Trauma, violence & abuse, 2005. 6: p. 313-29.

77. Du Mont, J. and D. Parnis, The doctor's dilemma: caregiving and
medicolegal evidence collection. Med Law, 2004. 23(3): p. 515-29.

78. Fehler-Cabral, G., R. Campbell, and D. Patterson, Adult Sexual Assault Survivors'
Experiences With Sexual Assault Nurse Examiners (SANEs).
Journal of interpersonal violence, 2011. 26: p. 3618-39.

79. Greeson, M. and R. Campbell, Sexual Assault Response Teams (SARTs):
An Empirical Review of Their Effectiveness and Challenges to
Successful Implementation. Trauma, violence & abuse, 2012. 14.

80. Kornør, H., et al., Early trauma-focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry, 2008. 8: p. 81.

81. Lutwak, N., Medical care for sexual assault victims. Sex Transm Infect, 2012. 88(4): p. 283.

82. Roberts, N.P., et al., Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. Am J Psychiatry, 2009. 166(3): p. 293-301.

83. Snyder, C., The Past and Possible Futures of Hope. Journal of Social and Clinical Psychology, 2000. 19: p. 11-28.

84. Hobfoll, S., et al., Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. Psychiatry, 2007. 70: p. 283-315; discussion 316.

85. Dückers, M.L.A., Five essential principles of post-disaster psychosocial care: looking back and forward with Stevan Hobfoll. European journal of psychotraumatology, 2013. 4: p. 10.3402/ejpt.v4i0.21914.

86. Hendriks, B., et al., Towards a more integrated and gender-sensitive care delivery for victims of sexual assault: key findings and recommendations from the Belgian sexual assault care centre feasibility study. Int J Equity Health, 2018. 17(1): p. 152.

87. Peeters, L., et al., Current care for victims of sexual violence and future sexual assault care centres in Belgium: the perspective of victims. BMC Int Health Hum Rights, 2019. 19(1): p. 21.

88. Vandenberghe, A., et al., Establishing Sexual Assault Care Centres in Belgium: health professionals' role in the patient-centred care for victims of sexual violence. BMC Health Serv Res, 2018. 18(1): p. 807.

89. Keygnaert, I., C. Gilles, and K. Roelens, Checklist voor de optimale opvang van slachtoffers van seksueel geweld in Belgische ziekenhuizen. 2017, International Centre for Reproductive Health: Gent. p. 9.

90. Libois, A., et al., Belgian guidelines for non-occupational HIV post-exposure prophylaxis 2017. Acta Clinica Belgica, 2018. 73(4): p. 275-280.

91. KCE. Dépistage, traitement et suivi des IST en consultation. 2019; Available from: https://www.soa.kce.be/fr/.

92. Ingemann-Hansen, O. and A.V. Charles, Forensic medical examination of adolescent and adult victims of sexual violence. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2013. 27(1): p. 91-102.

93. Geens, K., Ministeriële richtlijn betreffende de seksuele agressie set (S.A.S.), M.v. Justitie, Editor. 2017.

94. WHO, Clinical Management of Rape Survivors: Developing protocols for refugees and internally displaced persons. 2004.

95. Miller, D. and C. Jaye, GPs' perception of their role in the identification and management of family violence. Fam Pract, 2007. 24(2): p. 95-101.

96. WHO, Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. 2013, World Health Organization: Geneva.

97. Boeschoten, M.A., et al., PTSD Checklist for DSM-5 - Nederlandstalige versie. 2014, Stichting Centrum '45, Arq Psychotrauma Expert Groep: Diemen.

98. Brewin, C.R., et al., Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. British Journal of Psychiatry, 2002. 181: p. 158-162.

99. Olff, M., Trauma Screening Vragenlijst. 2005, Academisch Medisch Centrum Amsterdam.

100. Harrison, J.M. and S.M. Murphy, A care package for managing female sexual assault in genitourinary medicine. Int J STD AIDS, 1999. 10(5): p. 283-9.

101. Code van medische deontologie - Hoofdstuk 3: Respect - Artikel 29. 2020; Available from: https://ordomedic.be/nl/code-2018/respect/29.

ANKE VANDENBERGHE
ELIZAVETA FOMENKO
PROF. DR. INES KEYGNAERT

Première version du guide pratique sur 'La prise en charge des violences sexuelles et intrafamiliales dans les soins primaires'. Ce guide pratique est réalisé dans le cadre de la recherche nationale menée par le Centre international pour la santé reproductive de l'Université de Gand, sous la direction du Prof. Dr. Ines Keygnaert commandée par le Service public fédéral Santé.

Artevelde University of Applied Sciences,
professional bachelor in Graphic and Digital Media

© le Centre international pour
la santé reproductive de
l'Université de Gand
C. Heymanslaan 10/Entrée 75
9000 Gand
Tel +329 332 35 64
E-mail: icrh@ugent.be
www.icrhb.org

200 YEARS GHENT UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE AND HEALTH SCIENCES
ICRH
artevelde university of applied sciences