



Introduction aux Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles : modèle national, plus-values et quelques chiffres

Introduction to Sexual Assault Centres: national model, benefits and statistics

MOYSE S.

Attachée « Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles », Institut pour l'égalité des femmes et des hommes

RÉSUMÉ*

Les violences sexuelles ont fait une apparition tonitruante sur la scène publique et médiatique au cours des dernières années, notamment via #MeToo, #BalanceTonPorc ou encore #BalanceTonBar au niveau belge. Au-delà d'une certaine libération de la parole des victimes, il est évidemment essentiel que ces mêmes victimes puissent être prises en charge de façon adaptée en fonction de la situation et de leurs besoins. Le présent article a pour but de présenter l'une des réponses aux violences sexuelles, développée en Belgique depuis 2017 : les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS). Vont ainsi être décrits le modèle national servant de base aux CPVS, leur historique et leurs plus-values. Quelques chiffres sont également mis en avant afin d'avoir une meilleure représentation du public pris en charge au sein des CPVS.

Rev Med Brux 2023 ; 44 : 183-190

Doi : 10.30637/2023.22-083

Mots-clés : violence sexuelle, victimes de la criminalité, équipe de soins multidisciplinaire, soins infirmiers médico-légaux

ABSTRACT*

Sexual violence has made a thunderous appearance on the public and media scene in recent years, notably via #MeToo, #BalanceTonPorc, or even #BalanceTonBar at the Belgian level. Beyond a certain liberation of the victims' voice, it is obviously essential that the same victims can be taken care of in a way that is adapted to the situation and their needs. The aim of this article is to present one of the responses to sexual violence developed in Belgium since 2017: the Sexual Assault Centres (SAC in English, CPVS in French and ZSG in Dutch). The national model on which the SAC are based, their history and their added value will be described. Some figures are also put forward in order to have a better representation of the public treated within the SAC.

Rev Med Brux 2023 ; 44: 183-190

Doi: 10.30637/2023.22-083

Key words: sexual violence, crime victims, multidisciplinary care team, forensic nursing

INTRODUCTION

Les violences sexuelles, définies par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail »¹, constituent un problème de santé publique qui touche de nombreuses

personnes dans le monde. En Belgique, en 2021, 4.052 victimes ont déposé une plainte à la police pour viol, ce qui représente environ 10 viols par jour². Mais bien sûr, il ne s'agit que de la partie émergée de l'iceberg. L'étude à grande échelle sur les violences sexuelles en Belgique, menée en 2021 par l'Université de Gand, l'Université de Liège et l'Institut national de Criminalistique et de Criminologie (INCC)³, l'a montré une fois de plus : 64% des personnes âgées de 16 à 69 ans déclarent avoir été victimes de violences sexuelles,

* Les fonctions, les titres et les grades utilisés dans cette publication font référence aux personnes de tout sexe ou identité de genre.

16% des femmes et 5% des hommes déclarent avoir été victimes d'un viol. Ces violences sexuelles ont bien sûr de nombreuses conséquences, qu'elles soient physiques, médicales^{4,5}, sexuelles, relationnelles⁶ ou psychologiques⁷. Une réponse était donc nécessaire : c'est la raison pour laquelle les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS) ont été lancés en 2017. Toutefois, les CPVS sont un projet en cours de développement et ne couvriront pas l'ensemble du territoire belge avant mi-2023. Cela signifie que, lorsqu'un CPVS n'est pas accessible, les victimes de violences sexuelles sont toujours prises en charge selon le système antérieur.

Avant cette date, les victimes de violences sexuelles étaient prises en charge par différents professionnels à des endroits divers en fonction de leurs besoins. Pour avoir accès à une prise en charge médico-légale, les victimes devaient porter plainte préalablement. Elles étaient alors conduites à l'hôpital afin qu'un Set d'Aggression Sexuelle (SAS) soit réalisé par un médecin légiste, urgentiste ou un gynécologue. Cependant, une enquête réalisée auprès de près d'environ 2.000 médecins belges a montré que leur connaissance du SAS était limitée et plus de la moitié d'entre eux ont trouvé que le SAS n'était pas facile à utiliser pour les médecins et était peu adapté aux victimes³. De plus, une autre enquête réalisée auprès de victimes mettait en avant la nécessité de dissocier la prise en charge médicale, médico-légale et psychologique de la plainte⁸. En ce qui concerne le suivi médical, il était fourni à la victime par le médecin l'ayant prise en charge, rendant ce suivi très hétérogène en fonction de chaque situation. Enfin, pour la prise en charge policière, judiciaire et psychosociale, la victime devait elle-même effectuer les démarches auprès de services qui n'étaient pas toujours formés.

PRÉSENTATION DU MODÈLE

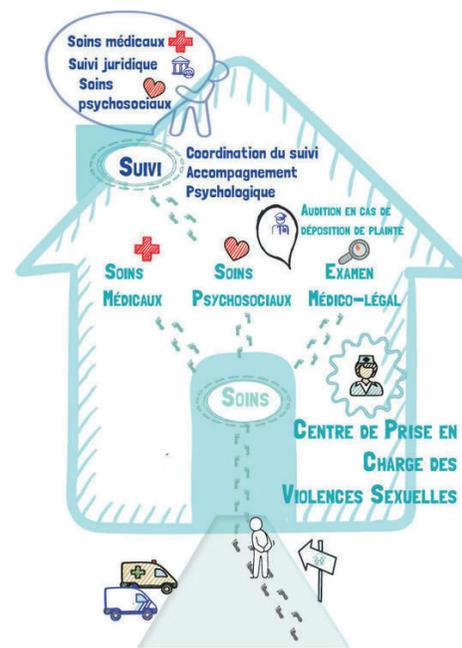
Les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS) sont le résultat d'une collaboration unique entre hôpital, police et parquet et ont comme objectif d'apporter aux victimes de violences sexuelles en phase aiguë toute l'assistance nécessaire en un seul lieu^{II}. Pour ce faire, les CPVS sont ouverts 24 heures sur 24, sept jours sur sept et sont gratuits. La prise en charge est réalisée au sein d'un espace spécifiquement dédié au CPVS au sein d'un hôpital et par du personnel spécialement formé aux violences sexuelles.

L'offre de prise en charge

La prise en charge suivante est offerte à la victime (figure 1).

Figure 1

Offre de prise en charge de la victime.



- **Prise en charge médicale :** les conséquences physiques, sexuelles et reproductives des violences sexuelles sont traitées par un infirmier légiste, éventuellement accompagné d'un médecin. Des médicaments et des vaccins peuvent ainsi être proposés aux victimes selon leur situation ;
- **Examen médico-légal :** l'infirmier légiste, en collaboration avec un médecin si nécessaire, recueille les traces des violences sexuelles et de l'auteur, afin que celles-ci puissent servir de preuves dans le cadre d'une éventuelle poursuite judiciaire ;
- **Prise en charge psychologique :** l'infirmier légiste offre un premier soutien psychologique lors de l'admission de la victime et des personnes de soutien, au CPVS. Ensuite, un soutien est offert aux victimes et aux personnes de soutien par un psychologue du CPVS^{III} ;
- **Plainte :** la victime ou ses personnes de soutien peuvent décider de déposer plainte au CPVS. Dans ce cas, un inspecteur des mœurs spécialement formé se rendra sur place pour auditionner la victime ;
- **Gestion de cas :** après une première prise en charge au CPVS, la victime continue d'être suivie par le CPVS, si elle le souhaite. Ainsi, un infirmier légiste évalue régulièrement son état physique et

I Il est question de violences sexuelles en phase aiguë lorsqu'une victime de (tentative de) viol ou d'atteinte à l'intégrité sexuelle, avec recherche de traces potentielles, se présente dans les sept jours qui suivent les faits. Au-delà des sept jours, les possibilités offertes aux victimes seront examinées selon la situation.

II L'avantage de proposer toute la prise en charge en un seul endroit a été souligné à de nombreuses reprises dans la littérature (voir par exemples références 3 et 11) et mis en avant par les victimes elles-mêmes lors de l'évaluation scientifique de l'année-pilote (référence 12).

III Ce soutien va jusqu'au 20 séances au maximum et est toujours gratuit. Si la victime ou les personnes de soutien ont besoin d'une prise en charge psychologique plus longue, le psychologue du CPVS les réoriente vers d'autres services spécialisés.

psychologique, lui prodigue des conseils et peut l'orienter vers d'autres services si nécessaire.

Afin que la prise en charge offerte aux victimes soit la plus optimale possible^{IV}, tout le personnel qui intervient au sein d'un CPVS est spécialement formé.

- **Infirmiers légistes** : les infirmiers légistes sont les infirmiers ou sages-femmes qui travaillent au sein des CPVS. Après une sélection réalisée par l'hôpital, ils suivent une formation d'environ un mois organisée par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, institution coordinatrice du projet CPVS au niveau national. Cette formation est divisée en deux parties : une partie commune, dédiée à l'explication des violences sexuelles en général, leurs conséquences, une introduction au droit pénal et au système judiciaire, une présentation des différents services d'aide et d'assistance et des conseils pour la prise en charge de groupes vulnérables ; et une partie spécifique pour les infirmiers légistes qui aborde davantage l'aspect pratique de leur fonction. En plus de cette formation de base, les infirmiers légistes ont également la possibilité de suivre des formations continues et des supervisions techniques ;
- **Psychologues CPVS** : il est demandé aux psychologues travaillant dans les CPVS d'avoir un diplôme en psychologie clinique et de disposer d'au minimum cinq ans d'expérience. A nouveau, après une sélection réalisée par l'hôpital, les psychologues suivent la partie commune de la formation de base en compagnie des infirmiers légistes, puis une partie spécifique qui aborde davantage les techniques et théories psychologiques qui sont reconnues comme scientifiquement efficaces pour le traitement de violences sexuelles ;
- **Inspecteurs des mœurs** : il s'agit de policiers qui ont réussi la formation « inspecteurs des mœurs » de 72 h donnée au sein des Ecoles de police provinciales ;
- **Magistrats** : depuis l'entrée en vigueur de la loi du 31 juillet 2020 relative aux dispositions urgentes diverses en matière de justice, tous les magistrats belges doivent suivre une formation relative aux violences sexuelles et intrafamiliales. De plus, l'Institut de Formation Judiciaire (IFJ) organise également une formation dédiée spécifiquement au fonctionnement des CPVS, à laquelle plus de 100 magistrats ont déjà participé ;
- En plus de ce personnel de terrain, des fonctions de coordination sont nécessaires étant donné l'importance de la collaboration entre les différents partenaires et avec les services externes au CPVS. Dès lors, pour chaque CPVS, sont désignés un coordinateur au sein de l'hôpital, un médecin-responsable médical, un coordinateur pour la police et un magistrat en charge des dossiers

CPVS. Ces différentes personnes sont notamment responsables de tenir à jour et de diffuser les protocoles spécifiques au CPVS au sein de leur institution et de la communication interne et externe.

Historique du projet

Les origines législatives du projet relatif aux Centres de Prise en charge sont à trouver au sein de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (dite « Convention d'Istanbul »). Ratifiée par la Belgique le 14 mars 2016 et entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2016, il s'agit du traité international le plus ambitieux pour prévenir et combattre ces graves violations des droits humains. L'article 25 de la Convention d'Istanbul parle spécifiquement des CPVS : « Les Parties prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour permettre la mise en place de centres d'aide d'urgence pour les victimes de viols et de violences sexuelles, appropriés, facilement accessibles et en nombre suffisant, afin de leur dispenser un examen médical et médico-légal, un soutien lié au traumatisme et des conseils. »

En 2016, à la suite de la ratification de la Convention par la Belgique, la Secrétaire d'Etat à l'Egalité des Chances de l'époque a demandé à l'*International Centre for Reproductive Health* de l'UGent (UGent-ICRH) de réaliser, en collaboration avec l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, une étude de faisabilité sur les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles. Cette étude de faisabilité a débouché sur le lancement du projet-pilote et l'ouverture de trois CPVS en novembre 2017, à Gand (UZ Gent), à Bruxelles (CHU Saint-Pierre) et à Liège (CHU de Liège). En 2018 et 2019, ce projet-pilote a été évalué scientifiquement par l'UGent-ICRH. Cette évaluation scientifique s'étant révélée très positive (voir ci-dessous), le projet CPVS est devenu structurel et sa coordination a été confiée à l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. En 2020, le déploiement national des CPVS et leur financement structurel ont été approuvés par le Conseil des Ministres. C'est ainsi que les CPVS d'Anvers et du Hainaut (Charleroi) ont ouvert leurs portes en novembre 2021, le CPVS de Flandre occidentale (Roulers) en mars 2022 et le CPVS de Louvain en juin 2022. Les Centres de Prise en charge du Limbourg (Genk), de Namur et du Luxembourg (Arlon) sont en cours de lancement et seront ouverts durant la première moitié de l'année 2023. Le but est que chaque victime puisse avoir accès aux soins appropriés à moins d'une heure de route de l'endroit où elle se trouve.

Avantages des CPVS

Au-delà des avantages inhérents au modèle CPVS qui ont déjà été évoqués ci-dessus (comme une prise en charge en un seul lieu par du personnel formé),

IV Cette nécessité de formation du personnel est mise en évidence par de nombreuses directives internationales et recherches scientifiques. Voir notamment référence 10.

d'autres plus-values ont été mises en avant lors de l'évaluation scientifique réalisée par l'UGent-ICRH pour l'année-pilote, tant par les victimes que les professionnels eux-mêmes. Certaines d'entre elles sont présentées ici. Le **rapport complet de l'évaluation scientifique** est disponible via la référence 12.

Premièrement, le personnel du CPVS souligne l'importance de la prise en charge holistique dispensée par le CPVS. Comme mentionné dans le rapport, « le fait que ces soins multidisciplinaires soient offerts immédiatement et pendant le suivi est également un point positif majeur. Selon le personnel, cela permet non seulement d'aider les victimes plus rapidement, mais aussi d'améliorer la qualité des différents aspects des soins » (p. 73). Les victimes confirment ce point dans les questionnaires et interviews réalisés. La collaboration multidisciplinaire est ainsi au centre même du développement des CPVS.

Deuxièmement, les victimes ont affirmé, dans leur grande majorité (81%), que le CPVS avait joué un rôle dans leur résilience par rapport aux violences sexuelles subies.

Troisièmement, l'accueil et l'audition par la police ont été très bien vécus par l'immense majorité des victimes (90%), ce qui est une grande avancée des CPVS étant donné que la prise en charge par la police est souvent un élément qui peut freiner les victimes dans leurs démarches de recherche d'aide. De plus, les auditions réalisées par les inspecteurs des mœurs au sein des CPVS ont été jugées de meilleure qualité par leurs supérieurs, ce qui s'est reflété dans leur travail quotidien au-delà des CPVS.

Quatrièmement, tant les victimes que le personnel du CPVS ont souligné la qualité de l'aide psychologique apportée au sein des Centres de Prise en charge. Par exemple, après leur première visite chez le psychologue, il a été demandé aux victimes d'évaluer la prise en charge sur une échelle de 0 à 10 : les 112 victimes ayant répondu à cette question étaient très satisfaites de cette prise en charge psychologique (réponse moyenne de 10 sur 10).

Cinquièmement, concernant la prise en charge médico-légale, la qualité des échantillons recueillis au sein des CPVS a été mise en avant par les experts ADN. L'examen médico-légal réalisé dans les Centres de Prise en charge permet notamment de collecter davantage de traces et d'informations que précédemment. Selon le rapport de l'année-pilote, « les experts-e-s légistes des laboratoires ADN concernés ont déclaré que la nouvelle méthode de travail de la feuille de route médico-légale tient compte de toutes les formes possibles de contact physique. Cela offre la possibilité de rechercher un plus grand nombre de pistes qu'avec le Set d'Agression Sexuelle. Le Set d'Agression Sexuelle, tout comme la procédure habituelle du parquet, mettait principalement l'accent sur la recherche de sperme » (p. 228).

Enfin, les magistrats du parquet prônent également la prise en charge par les CPVS, qui permet notamment de diminuer les obstacles au dépôt de plainte et d'avoir une approche davantage axée sur la victime, désormais au centre du processus. Par exemple, cela est mentionné lors d'une interview réalisée avec un magistrat : « Et évidemment aussi l'humanisation de la prise en charge de ces victimes et la prise en charge dans la durée. Je pense que c'est d'ailleurs de nature aussi à lui (la victime) permettre une réflexion et qui aboutit à une plainte. Jamais au départ, elle n'en voulait pas. Donc je pense vraiment que la qualité de la prise en charge de la victime a une grande influence sur l'enquête, enfin sur sa décision de déposer plainte, sur l'enquête (...) » (p. 239).

Quelques chiffres

Quelques chiffres sont présentés afin d'illustrer l'état de la situation actuelle. Ces données sont issues du rapport annuel rédigé par l'UGent-ICRH¹⁴ et proviennent de la période allant du 25 octobre 2017 au 31 décembre 2021.

Caractéristiques des victimes

En tout, les CPVS ont accueilli 4.943 victimes, ce qui correspond à une moyenne de 128 victimes par mois pour les CPVS de Flandre occidentale (Gand), Bruxelles et Liège (figure 2)^V. 30% des victimes sont mineures. Une augmentation statistiquement significative ($X^2 = 21,19$; $df = 3$; $p < 0,001$) du nombre de victimes âgées de moins de 18 ans a été constatée au cours de l'année 2021, ce que nous pouvons peut-être imputer au COVID-19 et aux mesures de confinement qui en ont découlé. 90% des victimes sont de sexe féminin et près de la moitié des victimes sont encore aux études.

39% des victimes se rendent de leur propre initiative au sein d'un CPVS, un nombre en augmentation constante au fil des années (figure 3). 35% des victimes contactent d'abord la police, qui, conformément aux accords avec l'hôpital et le parquet, les conduit au CPVS pour être prises en charge. Enfin, 20% des victimes sont renvoyées au CPVS par d'autres services de santé ou psychosociaux. Nous pouvons raisonnablement penser que ce dernier pourcentage augmentera lorsque les CPVS feront l'objet d'une campagne à plus grande échelle, prévue pour mi-2023.

Caractéristiques des violences sexuelles

La majorité des victimes se présente au CPVS dans les 72 heures après les faits, ce qui est évidemment essentiel étant donné que plus le délai entre les violences sexuelles et la prise en charge est court, plus la probabilité de pouvoir récolter des traces lors de l'examen médico-légal est grande (figure 4). Au sein des CPVS, les examens médico-légaux sont pratiqués jusqu'à une semaine après les faits.

V Les CPVS d'Anvers et du Hainaut (Charleroi) n'ayant ouvert leurs portes que fin 2021, il n'est pas encore possible de les prendre en compte dans la plupart des calculs.

Figure 2

Nombre d'admissions par an (tous les CPVS).

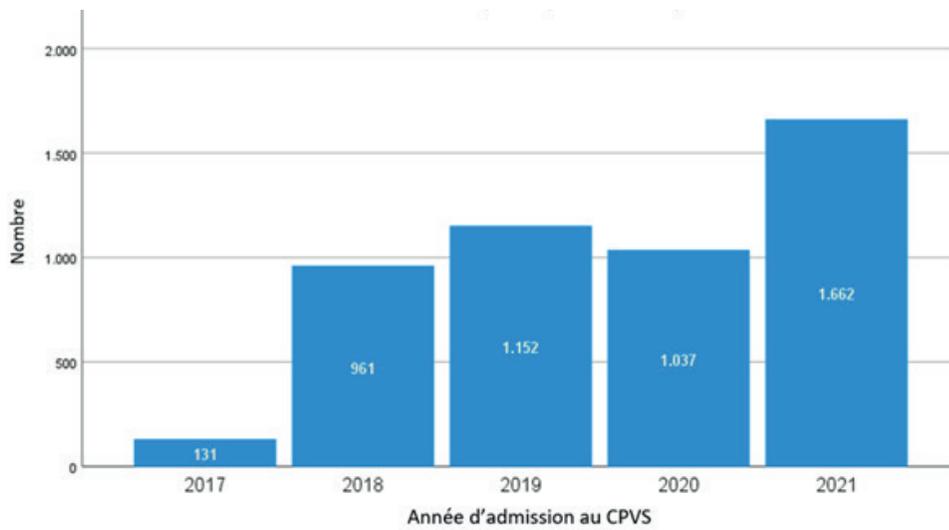


Figure 3

Mode d'admission (tous les CPVS).

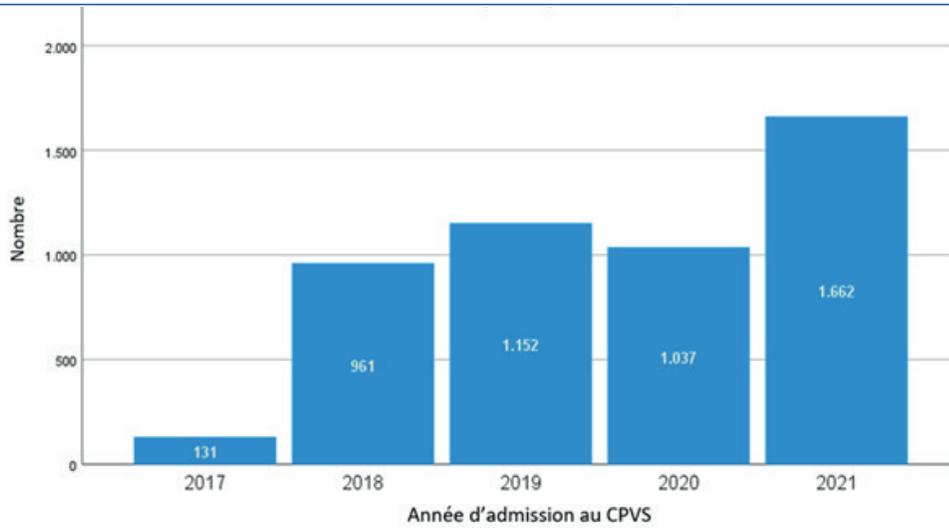
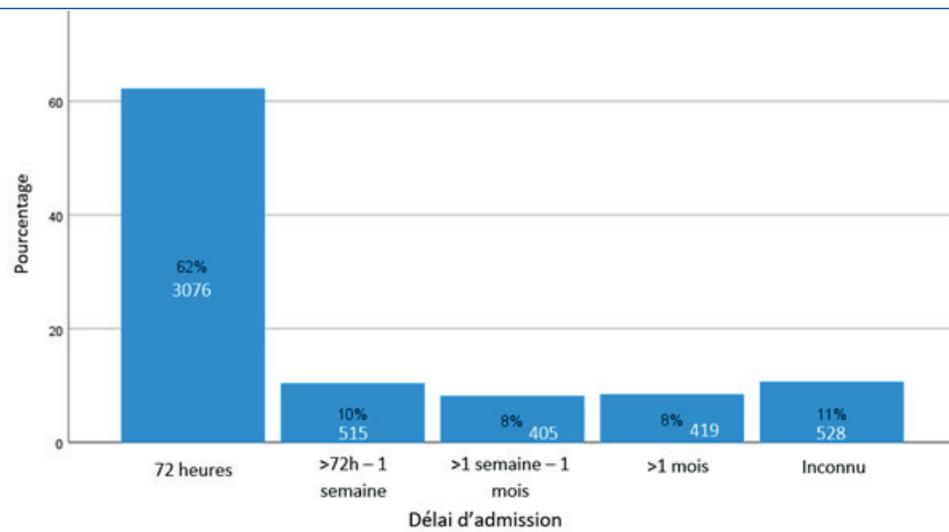


Figure 4

Délai d'admission (tous les CPVS).



La plupart des victimes se présentent au CPVS à la suite d'un viol (ou une tentative de viol) (figure 5), ce qui signifie que le CPVS rencontre bien le public-cible tel qu'énoncé dans la Convention d'Istanbul (voir ci-dessus).

La victime connaissait l'auteur dans 63% des cas (partenaire, ex-partenaire, membre de la famille ou du ménage ou connaissance), ce qui est fidèle aux conclusions de la littérature scientifique (figure 6)^{VI}. Cette proportion est encore plus élevée chez les mineurs (72%).

Dépôt de plainte

63% (N=3108) des victimes ont décidé de déposer plainte lors de leur première prise en charge au sein

du CPVS. Parmi toutes les victimes qui ont déposé plainte, nous pouvons estimer que le CPVS a pu avoir un impact sur leur décision dans 16% des cas : alors que la victime n'avait pas encore décidé de plainte avant son arrivée au CPVS, elle l'a fait à la suite d'une discussion avec l'infirmier légiste et pendant la gestion du cas. Lorsque la victime ne dépose pas plainte lors de sa première admission, les échantillons prélevés lors de l'examen médico-légal sont conservés, avec son accord, pendant six mois au CPVS (50 ans pour les victimes mineures) et peuvent donc encore être utilisés comme preuves lors d'éventuelles poursuites judiciaires. Ce point est rappelé par l'infirmier légiste lorsqu'il contacte la victime lors de la gestion du cas.

Figure 5

Type de victimisation pour lequel la victime a été admise au CPVS (tous les CPVS).

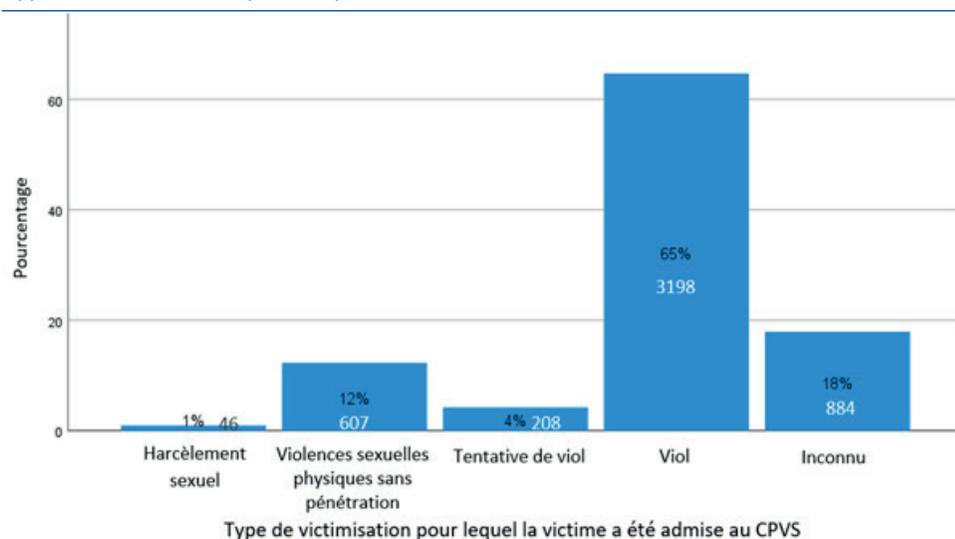
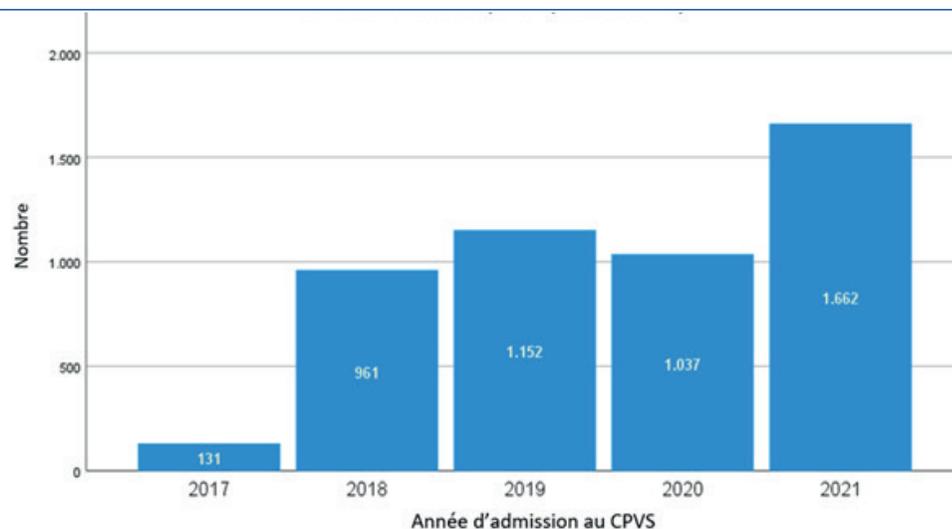


Figure 6

Relation victime-auteur (tous les CPVS).



VI Voir par exemple les références 1, 15, 16.

CONCLUSION

Les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles sont une réponse apportée à un problème de société mondial : les violences sexuelles. Comme cet article l'a montré, les CPVS sont une grande avancée, à la fois soulignée par les victimes elles-mêmes et par les professionnels. Basés sur un modèle de prise en charge holistique par du personnel formé en un seul lieu, ils apportent une aide aux victimes qui a été mise en avant par de nombreux articles scientifiques et recommandations internationales.

Cependant, il est évident que les CPVS sont encore un projet jeune, de quelques années à peine et qu'une évolution constante de leur modèle est nécessaire, aussi bien par rapport aux avancées médicales, médico-légales que psychosociales. Ainsi, le modèle national est mis à jour chaque année à la suite de groupes de travail qui réunissent des experts du domaine et des personnes travaillant sur le terrain. De plus, une campagne permettant de faire mieux connaître les CPVS, aussi bien au niveau de la population générale, qu'envers le public-cible de victimes ou les professionnels, doit encore être mise en place. En effet, dans une étude belge à grande échelle, seule la moitié des médecins interrogés (56,1%) connaissait l'existence des CPVS et la plupart d'entre eux pensaient que le but principal des CPVS était uniquement la prise en charge psychologique³.

En outre, les CPVS ne sont qu'une réponse parmi d'autres aux violences sexuelles. Leur focus reste une prise en charge en phase aiguë pour les victimes de (tentative de) viol et d'atteinte à l'intégrité sexuelle dans les sept jours précédant l'admission. Dès lors, une plus grande attention et une collaboration renforcée avec les services d'aide et d'assistance existants est nécessaire, afin que les Centres de Prise en charge trouvent leur place dans le paysage et que toutes les victimes de violences sexuelles puissent obtenir l'aide dont elles ont besoin.

Enfin, l'accord du gouvernement fédéral mentionne l'ouverture de 10 CPVS pour 2024. Cependant, le lancement de 4 centres supplémentaires (pour les arrondissements de Hal-Vilvoorde, d'Eupen, du Brabant wallon et de Mons-Tournai) permettrait une prise en charge plus étendue et adaptée (à la fois par rapport à la distance et à la langue) pour toutes les victimes se trouvant sur le territoire. Pour l'instant, aucun budget n'a pu être dégagé à cet effet.

Conflits d'intérêt : néant.



SCANNEZ ce QR-Code pour répondre aux questions et obtenir 1 point d'accréditation

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé & Organisation Panaméricaine de la Santé. (2012). Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes: la violence sexuelle. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/86236> Consulté pour la dernière fois le 19/12/22.
2. Statistiques policières de criminalité, Belgique, 2000-2021 https://www.stat.policefederale.be/assets/pdf/crimestat/nationaal/rapport_2021_trim4_nat_belgique_fr.pdf Consultées pour la dernière fois le 19/12/22.
3. Keygnaert I, De Schrijver L, Cismaru Inescu A, Schapansky E, Nobels A, Hahaut B *et al.* (2021). Understanding the Mechanisms, Nature, Magnitude and Impact of Sexual Violence in Belgium. Final Report. Brussels: Belgian Science Policy 2021.
4. McLean SA, Soward AC, Ballina LE, Rossi C, Rotolo S, Wheeler R *et al.* Acute severe pain is a common consequence of sexual assault. *J Pain.* 2012;13(8):736-41. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.04.008>.
5. McFarlane J, Malecha A, Watson K, Gist J, Batten E, Hall I *et al.* Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences, and treatment outcomes. *Obstet Gynecol.* 2005;105(1):99-108.
6. Basile KC, Clayton HB, Rostad WL, Leemis RW. Sexual Violence Victimization of Youth and Health Risk Behaviors. *Am J Prev Med.* 2020;58(4):570-9. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.11.020>
7. Suprakash C, Ajay K B, P S Murthy, Biswajit J. Psychological Aspects of Rape and Its Consequences. *Psychol Behav Sci Int J.* 2017;2(3):555-586. DOI: 10.19080/PBSIJ.2017.02.555586
8. Peeters L, Vandenberghe A, Hendriks B, Gilles C, Roelens K, Keygnaert I. 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):1-12.
9. Conseil des Femmes Francophones de Belgique. Protocoles de prise en charge des victimes de violences sexuelles à destination des professionnel-le-s de la santé et de la justice, Viols et Violences sexuelles;2014.
10. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. World Health Organization. 2003: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42788> Consulté pour la dernière fois le 19/12/22.
11. Bramsen RH, Elklit A, Nielsen LH. A Danish model for treating victims of rape and sexual assault: the multidisciplinary public approach. *Journal of Aggression,*

- Maltreatment & Trauma. 2009;18(8):886-905. DOI: 10.1080/10926770903291811.
12. Baert S, Keygnaert I. Rapport d'évaluation du projet-pilote des Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles. Gand: Université de Gand. Département de la Santé publique et des Soins primaires. International Centre for Reproductive Health. 2019.
 13. Organisation mondiale de la Santé. Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes: recommandations cliniques et politiques. 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88186/WHO_RHR_13.10_fre.pdf. Consulté pour la dernière fois le 19/12/22.
 14. Fomenko L, Saar B, Keygnaert I. Zorgcentra Na Seksueel Geweld in België: Evolutief Jaarrapport 2021. Gent: Universiteit Gent - ICRH. 2022.
 15. Dartnall E, Jewkes R. Sexual violence against women: the scope of the problem. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013;27(1):3-13.
 16. Smith SG, Basile KC, Gilbert LK, Merrick MT, Patel N, Walling M *et al.* National intimate partner and sexual violence survey (NISVS): 2010-2012 state report. 2017.

Travail reçu le 17 octobre 2022 ; accepté dans sa version définitive le 3 janvier 2023.

AUTEUR CORRESPONDANT :

S. MOYSE

Institut pour l'égalité des femmes et des hommes
Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles
Place Victor Horta, 40
1060 Bruxelles

E-mail : sarah.moyse@iefh.belgique.be - egalite.hommesfemmes@iefh.belgique.be