



Brain-be

Belgian Research Action through Interdisciplinary Networks

POLICY BRIEF

Policy Brief n° [1]

UN-MENAMAIS - Understanding the Mechanisms, Nature, Magnitude and Impact of Sexual Violence in Belgium

Sexual violence (SV) is a major public health, judicial and societal concern in Belgium. The UN-MENAMAIS project aimed to gain a better understanding of the mechanisms, nature, magnitude and impact of sexual violence on victims of all ages and genders and with different sexual orientations and legal statuses, their peers, offspring, professionals and Belgian society. Based on the findings of this study, the following policy recommendations were formulated.

Context and questions of research

Context

Sexual violence (SV) is a major public health, judicial and societal concern. Yet, a comparative and representative study of SV in Belgium was still lacking. SV may induce long lasting sexual, reproductive, physical and mental ill-health affecting the victim and his/her peers, offspring and community. People exposed to violence during childhood are susceptible to subsequent (re)victimization, perpetration and maladaptive parental practices, which contributes to the intergenerational transmission of violence. The complex mechanisms behind coping behaviours as well as the effectiveness of response measures to all genders has not been studied. At the onset of the UN-MENAMAIS project in 2017, the national action plan on violence advocated for a holistic management of SV victims. Furthermore, a Ministerial Guideline on the Sexual Aggression Set (SAS) had just been issued while Sexual Assault Care Centres (SACC) were being piloted. Finally, a process of transferring federal competences to the regions reorganising the Belgian judicial landscape was launched.. Hence the necessity to conduct a Belgian representative prevalence study on SV examining all vulnerabilities to victimisation and perpetration

Objectives

To contribute to a better understanding of the mechanisms, nature, magnitude and impact of sexual violence on female, male and transgender victims, their peers, offspring, professionals and society in Belgium and generate policy recommendations and prevention and response strategies.

Specific objectives:

- Objective 1: Map how citizens and migrant residents in Belgium aged 16 -100 years, with different sexual orientations, frame SV.
- Objective 2: Explore to what extent the research population has been exposed to sexual victimisation and perpetration since childhood. We study experiences of victims, perpetrators, peers and family of different generations.
- Objective 3: Map indicatory pathways of how this exposure impacted the lives of victims, their family and peers and professionals they contacted for assistance.
- Objective 4: Map the historical social and technical construction of the SAS and its impact on current and future forensic sexual assault practices performed by professionals.

- Objective 5: Formulate recommendations for future policies and practices concerning SV in Belgium and provide sensitization script

Methods

We applied a mixed methods methodology. We combined a literature review with a survey on SV victimization and perpetration in the general population and in-depth interviews with SV victims. In addition, we conducted a survey and focus groups with professionals on SAS and concluded the project with a final seminar in which we conducted a Café Dialogue with professionals and SV victims on our policy recommendations.

Main findings

BELGIAN INHABITANTS, AGED 16-69

Our study demonstrates that 64% of Belgian inhabitants aged 16 to 69 indicated to have experienced some form of sexual victimization in their lives (81% of women and 48% of men). Moreover, 44% were sexually victimized in the past 12 months.

Lifetime prevalence: About four in five women (78%) and two in five men (41%) reported some form of hands-off sexual victimization (no physical contact between the assailant and the victim). Hands-on victimization was reported by two in five women (42%) and one in five men (19%). For 19% of the women and 5% of the men this hands-on form of sexual violence, was rape.

Past-year prevalence: More than half of women (55%) and a third of men (31%) experienced some form of hands-off sexual victimization in the past 12 months. Prevalence rates of hands-on victimization in the past 12 months were 10% and 6% for women and men, respectively.

OLDER ADULTS

Sexual violence continues into old age. One in 12 older adults (8.4%) experienced sexual violence in the past 12-months, 7% experienced hands-off sexual violence, 2.5% hands-on and 0.6% reported (attempted) rape. Females and males were equally victimised in the past 12-months.

Older adults are not asexual, 31% of adults aged 70 and older are sexually active and 32% experienced physical tenderness in the past 12-months.

Many older adults experienced sexual violence, 44% experienced a form of sexual violence during their lifetime (55% of women and 29% of men). Almost half of women (45%) and one in four men (22%) experienced hands-off sexual violence. One in three females (35%) and one in six males (16%) experienced hands-on sexual violence. One in 12 women (8%) and 3% of men reported (attempted) rape.

MINORITY GROUPS

LGBTQIA+ persons were more exposed to sexual violence than non-LGBTQIA+ persons: 80% was exposed to any type of sexual violence; 79% experiences hands-off sexual violence and 42% hands-on sexual violence, of which 24% concerned (attempt to) rape.

LGBTQIA+ persons who identified as belonging to a minority group and who experienced minority stress reported significantly more sexual violence exposure.

43% of LGBTQIA+ victims did not tell anyone about the SV they experienced; 90% did not seek any professional help upon sexual victimisation.

84% of applicants for international protection have ever been exposed to sexual violence. 61% of applicants for international protection were exposed to sexual violence in the past year. Most of the victims were already residing in Belgium at that moment.

FORENSIC ASPECTS

Almost 70% (N = 1951) of the doctors interviewed have seen at least one victim of sexual violence during their career, but the victims usually come forward after several years.

We are currently in a transitional phase in which different forensic models are being implemented.

A SAS procedure (Sexual Aggression Set) has its limits: many actors are involved, sometimes without enough specific training and little communication between them; it takes a long time; it is a cold procedure...

The SACC (Sexual Assault Care Centres) better responds to the needs of victims in terms of medico-legal, medical and psycho-social aspects, but there are still problems or perverse effects. They are not yet available in all provinces; there is an emphasis on acute care for victims of recent sexual violence; there is insufficient consideration of existing psycho-social networks and expertise, and understanding of judicial imperatives could be improved.

Regardless of the forensic model, victims are systematically confronted with secondary victimisation due to the long judicial process about which they get little information. Often their victimisation is also not recognised because of the judicial logic, which implies the use of specific means of evidence, and for which forensic evidence is not always sufficient. Finally, in general, there is a clear lack of forensic doctors to carry out all the forensic tasks to be obtained for the judicial investigation and, ultimately, to contribute to the optimal care of the victims.

Conclusion and recommendations

BELGIAN INHABITANTS, AGED 16-69

1. Prevention & training

- 1.1. Start **age-appropriate education and training** regarding setting and accepting boundaries, sexual consent, relationship and positive sexuality at an early age (during early childhood education), and design trainings that target adults and older adults.

UN-MENAMAIS research results: *Prevention of sexual violence requires open communication about setting and respecting each other's boundaries. The violence identification process plays a key role in the underlying mechanisms of sexual violence: (1) identifying that one was exposed to sexual violence seems to catalyse the impact it has on the lives of (in)direct victims and (2) identifying to have been wronged is essential in seeking help and the choices regarding the type of help sought.*

- 1.2. All public institutions and private companies (e.g. schools, hospitals, government institutions, factories, associations, nursing homes,...) should have **policies as well as prevention and care strategies in place** to protect and support (future and historical) victims of sexual violence, including creating safe disclosure contexts and providing person-centred support and referral plans.

UN-MENAMAIS research results: *Sexual violence is wide spread in society: 64% of people living in Belgium aged 16 to 69 experienced some form of sexual violence in their lives. Despite the fact that women are more likely to be victimised (81% women), rates for men are also very high: 48% reported at least one form of sexual violence. Sexual victimisation is prevalent during lifetime and continues into old age: 8% of older adults experienced sexual violence in the past year.*

- 1.3. **Healthcare professionals need to be qualitatively trained** to address sexual violence as well as sexual and mental health issues in their patients, including how to provide trauma-informed care in a diversity sensitive manner

UN-MENAMAIS research results: *Very few victims indicated to have sought formal help (7%). Help-seeking occurs when victims anticipate that they can get help(ed) and that the caregiver will respond respectfully if they disclose and will know what to do. Yet, mental health care professionals have indicated elsewhere insufficient training opportunities to specialise*

in (sexual) trauma treatment and to gain the qualifications to treat trauma and stressor-related disorders (De Schrijver et al., 2021), resulting in few trauma experts in Belgium and long waiting lists. Additionally, the lack of training in trauma-informed care for all care givers entails the risk of sexual violence remaining undetected and hindering early intervention and leading to delayed referral. The UN-MENAMAIS study also indicated that although quite some doctors knew about patients that had been victimised, only a limited number of them knew what to do besides providing medical care (e.g. only few of them had already administered a Sexual Aggression Set). Given their lack of training in this field, they are not familiar enough with what optimal care entails for victims of sexual violence and are thus less concerned with referring victims to services where holistic care (forensic examination, medical & psychosocial care and access to police/justice) can be provided - as for example the sexual assault care centres, nor do they refer to forensic doctors or appropriate legal authorities. And finally, victims with a minority background report a lack of diversity sensitive care hampering safe disclosure.

- 1.4. **Training of all law enforcement officials**, encompassing the police and the court, who could potentially come into contact with sexual violence victims is essential to ensure the necessary quality and level of a victim-centred approach for the tasks at hand, avoiding further secondary victimisation and/or victim blaming during the interrogation, investigation and judicial follow-up (e.g., in court), enhancing disclosure as well as the eventual willingness to file a complaint.

UN-MENAMAIS research results: Only 4% of victims indicated to have reported their sexual victimisation to the police (4%). Help-seeking occurs when victims anticipate that they can get help and that reactions to disclosure will be helpful. Many victims indicate not to report to the police because they believe they will not be taken seriously or that they will not be believed because they cannot provide physical evidence of the violence. Victims fear victim-blaming. In addition, victims often do not report to the police because they don't believe that the assailant will get caught. Minorities reported (in)direct negative experiences with police reporting not related to sexual violence in the past. These experiences impact their willingness to report sexual violence as well. It is thus essential that law enforcement officials are better trained, and that the image of how they will address sexual violence improves.

2. Qualitative, accessible and affordable care

- 2.1. **Victims should be better guided towards adequate care** by making the landscape of care upon victimisation more transparent and by developing comprehensive and user-friendly referral guidance tools, that include pathways for direct and indirect victims of both acute and historical sexual violence.

UN-MENAMAIS research results: *Very few victims seek formal help (7%) and even less report to the police (4%). Help-seeking occurs when victims anticipate that they can get help and that reactions to disclosure will be helpful. Barriers to seeking help have been identified as shame, fear of not being believed or taken seriously, not knowing that one could be helped or where to find help, ... Victims indicate that care upon sexual victimisation can be improved by making it: (1) accessible for (in)direct victims of acute and historical violence, (2) affordable through reimbursement of psychological care if not provided for free as is the case in the sexual assault care centres and (3) qualitative with specialised person-centred care provided by caregivers trained in trauma-informed care and creating safe disclosure contexts. Given this high need for safe disclosure contexts, it is pivotal to invest in blended forms of psychological care where online forms of help (e.g. chatline, psycho-education) is part of the general offer of high quality care and not considered as only a gateway for referral to face to face help, as for many victims the latter is not accessible (emotionally, physically, financially,...)*

- 2.2. **Provide person-centred care** to victims of sexual violence

UN-MENAMAIS research results: *Sexual Assault Care Centres (SACC) better meet the need of the victims on medico-legal, medical and psycho-social level and also in terms of social recognition but problems or perverse effects are still present. At this moment there are not yet SACCs in every province which means they are not yet available to all victims in Belgium. Furthermore, the emphasis is now put on early care with follow-up for several months for victims who have recently been victimised (acute sexual violence), hence they do not sufficiently meet the needs of victims where victimisation did not happen recently. Enhancing connection with existing psycho-social networks and better knowledge of judicial imperatives*

are elements that could still be improved. Victims and professional actors insist on a proximity and accessibility of care and forensic services (e.g. hospital, SACC, forensic institute, psychological assistance).

2.3. Disconnect access to care from police reporting

UN-MENAMAIS research results: Seeking help upon sexual victimisation follows different pathways depending on the need of the victim. Seeking care is primarily motivated by restoring or improving one's health and wellbeing. Police reporting is mainly motivated by the desire to stop the assailant and to prevent further violence. Identifying what happened as sexual violence and feeling safe to disclose sexual violence may take time and may even require psychological guidance first. The violence identification process is essential to set the step towards police reporting.

2.4. Reimburse evidence based psychological care for victims of sexual violence without limitation on sessions.

UN-MENAMAIS research results: Many victims suffer financially because they cannot participate (fulltime) on the labour market as they would want to as a result of the psychological consequences of sexual victimisation. To compensate for this, provision of financial support for victims during trauma recovery is recommended. Many victims report that the consequences often emerge (or they become aware of them) only years after the violence has taken place or started. Mental health is worse in victims throughout several indicators: depressive symptoms (60% of victims vs. 41%), self-harming behaviour (22% of victims vs. 10%) and suicide attempts (12% of victims vs. 4%). Also anxiety and post-traumatic stress symptoms are higher in victims than in non-victims (24% vs. 13% and 21% vs. 8%, respectively). Accessibility to blended forms of evidence based psychological care is to be improved for all ages.

2.5. Officially recognise sexologists as healthcare professionals as a reference for qualitative care to victims experiencing sexual consequences of victimisation.

UN-MENAMAIS research results: Sexual victimisation negatively affects sexual health and wellbeing of both victims and their partners. Nevertheless, sexologists are not officially recognised as healthcare professionals yet. This recognition is needed to guarantee access to qualitative and evidence-based sexological treatment and therapy.

2.6. Need for better and faster screening and referral of victims of sexual violence in primary, secondary and tertiary care.

UN-MENAMAIS Café Dialogue results: During the Café Dialogue to validate the research findings, the importance of proper screening and referral of victims and offenders was cited by various actors from the field.

2.7. More attention should be paid to long-term psychological, legal and financial assistance and care. Sexual violence can have long-lasting consequences, which may not be born for years. Victims of historical abuse should also be able to rely on holistic care.

UN-MENAMAIS Café Dialogue results: The seminar's interactive Café Dialogue addressed the importance of holistic care for victims of acute and historical sexual violence. This holistic care involves paying attention to the patient's various life domains.

2.8. Improve access to, and increase the number of, trauma specialists for victims of acute and historical sexual violence. In addition, trauma centers should be established to reduce fragmentation.

UN-MENAMAIS Café Dialogue results: During the Café Dialogue, several professionals carried forward the importance of (scientific) evidence-based care. This care can only be offered if there are enough trauma experts on hand and, in addition, trauma centers are established in function of proximity and accessibility.

2.9. Investing in outreaching care for victims and perpetrators.

UN-MENAMAIS research results: Actors from the field suggested that based on the research findings, but also their own experience, that assistance should be outreach-oriented so that not all responsibility is placed on the victim or perpetrator in the search for care and assistance.

- 2.10. Paying attention to care for caregivers by organising intervision and supervision within the institution and/or appointing a reference person to whom caregivers can turn with questions or cases.

UN-MENAMAIS Café Dialogue results: *Caregivers need sufficient attention and follow-up so that their job does not become a psychological burden. For this reason it is important that regular intervision and supervision moments are organized.*

3. Communication & campaigns

- 3.1. Support more **adequate communication** around sexual violence in public images (e.g. campaigns, television programmes,...) avoiding the perpetuation of rape myths and stereotypical rape scenarios but rather showcase the different types of sexual violence (such as hands-off and hands-on sexual victimisation and offline and online occurrence) that occur in reality.

UN-MENAMAIS research results: *We applied a broad definition of sexual violence including any hands-off and hands-on forms of sexual acts and behaviour afflicted upon someone against that persons' will. Hands-off sexual violence entailed forms of sexual harassment without physical contact between the assailant(s) and victim(s). Hands-on sexual violence implies physical contact and ranges from sexual abuse without penetration to rape with penetration. Women under 50 report more hands-off victimisation than those between 50-69 for lifetime & the past 12 months. About 4 in 5 of all women (78%) have experienced hands-off sexual violence in their lifetime. Over the entire lifespan, 2 in 5 women (42%) and 1 in 5 men (19%) experienced some form of hands-on victimisation. Victims ask to break the taboo around sexual violence and to broaden the societal image of sexual violence beyond rape myths. The development of an ethical code for media reporting on sexual violence, as in place for suicide, could leverage this realization.*

- 3.2. All policy documents should **reflect that every individual can be affected by sexual victimisation** and thus be inclusive when it comes to gender, age and sexual orientation.

UN-MENAMAIS research results: *Despite the fact that women are more likely to be victimised (81% women), rates for men are also very high: 48% reported having experienced at least one form of sexual violence in their life so far. Our study also shows that sexual victimisation continues into old age. One in 12 older adults (8.4%) experienced a form of sexual violence in the past 12 months. Finally, having a non-heterosexual orientation is associated with a higher likelihood of victimisation. Still, the rape myth of the 'ideal victim' is far too often observed in current policies, for example, by focussing on young female heterosexual victims only.*

- 3.3. Involve the media in their educational and awareness-raising role regarding sexual violence and develop guidelines for them on how to create an image of sexuality, gender roles and sexual violence (including trigger warnings).

UN-MENAMAIS research results: *Actors from the field discussed the place of the media in addressing sexual violence based on the results and their own work experience. The media has an important role in creating awareness around sexual violence, but also sexuality, consent and gender roles. In addition, they provide a broad channel to inform victims, perpetrators and their loved ones about support organizations. To properly guide the media in this task, guidelines should be developed for them.*

4. Judicial approach

- 4.1. Invest in a greater proximity of the police in order to increase the confidence of citizens. There is a need for an outreach and proactive approach. In this context, the possibility of an online declaration of sexual violence can be explored.

UN-MENAMAIS Café Dialogue results: *During the Café Dialogue, several professionals cited the low level of trust in police, especially among vulnerable groups. It is therefore important that sufficient attention is paid to police who are close but also accessible. One possibility for being closer is to be able to report sexual violence online. There are several advantages, but also disadvantages to this that require further research.*

- 4.2. (Improve) attention for victims in the police and judicial process. This implies that:

- All victims should be interviewed by specially trained inspectors vice inspectors
- There should be a better flow of information and long-term legal support;

- Victims must be given a realistic picture, based on correct information, of the possible outcomes of the legal proceedings.
- There should be attention for the psychological impact of sexual violence and the burden of proof;
- There should be a better protection of the victim in the whole judicial process.
- The possibility of anonymous complaints must be examined for certain crimes, in order to increase the willingness to report and to sensitise certain target groups to file a complaint;
- The process of lodging a complaint with the police and the negative image surrounding it must be improved, especially with regard to vulnerable groups;
- A (forensic) care policy for victims of historic sexual violence must be developed;
- There should be more and better links between the social services and police.

UN-MENAMAIS Café Dialogue results: *During the Café Dialogue, more attention to the victim in the police and judicial process was indicated as paramount. This includes various aspects that amount to a human welcome, sufficient professionalism and expertise, more and better information to the victim, sufficient privacy and protection etc.*

- 4.3. The judicial response must be accelerated and research must be done on the legal follow-up of cases of sexual violence.

UN-MENAMAIS Café Dialogue results: *Several actors from the field indicate that the legal action should be much faster. Because the procedure takes so long, many victims are deterred from filing a complaint.*

5. Needs for future research

- 5.1 Clarify the prevalence and impact of technology-facilitated sexual violence in different age groups

UN-MENAMAIS research results: *Sexual violence that may occur online now seem to be especially prevalent in young adults.*

- 5.1. Investigate a wide range of **coercion strategies** and how they relate to types of sexual violence and impact on victims

UN-MENAMAIS research results: *When asked about the circumstances (i.e. coercion strategy) in which the sexual violence occurred, a large part of our respondents opted for 'none of the above', which implies that there were other forms of coercion than the use of verbal pressure, the use of physical force or threat thereof, the exploitation of an incapacitated state or the exploitation of a position of authority or power over the victim.*

- 5.2. **Define the professional competencies** to provide adequate care for victims of sexual violence

UN-MENAMAIS research results: *The study shows the importance of training for healthcare professionals to provide holistic care for victims of sexual violence encompassing medical, psychosocial and forensic care.. In order to have effective training and care, it will be important to define the professional competences per role. For some professions the identification of the professional competences has been done but needs further validation and translation into trainings (e.g. treatment of trauma and stressor related disorders competences for mental health care professionals) or formal recognition within the profession (e.g. the competency profile of sexologists).*

- 5.3. Investigate how **non-judicial recognition of victims can be improved.**

UN-MENAMAIS research results: *Actors from the field asked themselves, based on the research findings and their own experience, how victims of sexual violence can receive adequate recognition and care (outside of the SACC), if they decide not to file a complaint.*

- 5.4. Organise an evaluation of the different models of forensic care in Belgium.

UN-MENAMAIS Café Dialogue results: *During the interactive Café Dialogue, the importance of researching the legal succession of the SACC was cited.*

- 5.5. Investigate the link between severe punishment/tough criminalisation versus offender assistance and victims' willingness to report.

UN-MENAMAIS Café Dialogue results: During the Café Dialogue, the social perception to punish assailants of sexual violence severely was qualified. In many cases, the victim and the assailants know each other and a high punishment for the assailant could deter the victim from filing a complaint. Some victims are more likely to want the assailant to be helped. For this reason, it is useful to conduct a study of victims' willingness to report in relation to harsh criminalization of assailants of sexual violence.

OLDER ADULTS

1. Communication & campaigns

- 1.1. **Include older adults as a risk group** for sexual victimisation in the national and regional action plans and programmes regarding (sexual) health, (sexual) violence, and elder abuse and neglect.

UN-MENAMAIS research results show: *that sexual victimisation continues into old age. One in 12 older adults (8.4%) experienced a form of sexual violence in the past 12 months, 2.5% experienced some form of hands-on sexual violence and 0.6% reported (attempted) rape. Older women and men were equally exposed to sexual violence. However, recent policy documents from leading organisations such as the United Nations (UN) and WHO dealing with sexual and reproductive health, rights and ageing neither recognise sexual violence in older adults as a potential health risk to be addressed nor mention older adults as a potential risk group for sexual victimisation yet.*

- 1.2. **Sensitisation of society about positive sexuality and respect of sexual intimacy** in older adults as well as the prevention of sexual victimisation and other forms of violence against older adults.

UN-MENAMAIS research results: *We found that 31% of adults of 70 years and older living in Belgium are sexually active and 32% experienced physical tenderness in the past 12 months. Nevertheless, older adults are still too often considered as being asexual by society. This assumption of asexuality may increase the risk of ignoring that older adults can be sexually victimised or can identify themselves as victims.*

2. Training

- 2.1. **Health care professionals working with older adults need to be qualitatively trained** to initiate conversation around sexual health, sexual violence and its mental health impact through training, detection tools and care procedures.

UN-MENAMAIS research results: *The majority of older victims (60%) never disclosed their sexual violence experiences and 94% never sought professional help. Moreover, older victims want healthcare workers to actively inquire about sexual health and sexual victimisation. However, previous research has shown that many healthcare workers do not feel comfortable discussing sexuality and sexual violence with older adults.*

- 2.2. **Train legal professionals** regarding sexual violence and its disclosure in older adults.

UN-MENAMAIS research results: *Sexual violence was prevalent in older adults, 44.2% experienced at least one form of sexual violence during their lifetime (55.2% of females and 29.0% of males) and 8.4% experienced a form of sexual violence in the past 12-months. As previously mentioned, sexual violence continues into old age and the majority of older victims never disclosed their experience and never sought professional help. Older adults who disclosed, waited sometimes more than 50 years before doing so. Moreover, only 4% of older adults reported their sexual violence experiences to the police. Previous research from the United States on mock trials has shown that older adults who do come forward are often not believed, which resulted in only 25-30% guilty verdicts.*

3. Prevention & care

- 3.1. **Every institution working with older adults should have a policy on sexual health**, emphasizing the need for positive sexuality and respect of intimacy as well as the prevention of and tailored response to sexual victimisation.

UN-MENAMAIS research results: As discussed earlier, older adults are still sexually active after the age of 70 and can still become a victim of hands-off and hands-on sexual violence, including rape.

3.2. Provide **person-centered care** for older victims of sexual violence.

UN-MENAMAIS research results: *Older victims of sexual violence continue to cope with long-term mental health effects of sexual victimisation that happened earlier in life. Sexual victimisation is linked to depression, anxiety, PTSD and hazardous alcohol use in old age. Therefore, tailored care for older victims which is adapted to the victim's needs and wishes is required. We recommend incorporating a routine inquiry about history of sexual victimisation and the application of detection tools/techniques for older adults who present with mental health problems.*

4. **Needs for future research**

4.1. What is the nature and magnitude of sexual violence in older adults with **cognitive decline**?

UN-MENAMAIS research results: *Our study showed that sexual violence is prevalent and continues into old age. In order to participate in our study, older adults needed to have sufficient cognitive ability to complete the interview and therefore older adults with cognitive decline were excluded from participation. Despite the fact that previous studies have shown that older adults with cognitive problems are at higher risk for several types of abuse, the nature and magnitude of sexual violence in older adults with cognitive decline remains thus far unknown in Belgium.*

4.2. What is the **effectiveness and feasibility of clinical guidelines on the detection**, prevention and response to sexual violence in older adults?

UN-MENAMAIS research results: *Our study showed that older adults are willing to talk about sexual violence. Discussing family life and sexual health at the beginning of the interview allowed participants to create a bond of trust with the interviewers, which helped them to disclose sexual violence later on. Moreover, we trained our interviewers in non-judgemental communication. Nevertheless, our approach was not yet validated in a clinical context. Current guidelines on assessing and responding to sexual violence are only available for children and adolescents. More research is necessary to check whether these guidelines can be extrapolated to sexual violence in older adults.*

4.3. How can we correctly **measure sexual neglect** as a form of sexual violence?

UN-MENAMAIS research results: *In 2017 a group of scientists, practitioners and policy makers from Quebec, Canada defined the concept of sexual neglect as "a failure to provide privacy, failure to respect a person's sexual orientation or gender identity, treating older adults as asexual beings and/or preventing them from expressing their sexuality, etc." We argue that sexual neglect should be integrated into the definition of sexual violence. However, a standardised measure to adequately assess sexual neglect is still to be developed.*

4.4. What is the **long-term impact of sexual victimisation** on physical health (e.g. frailty) and financial health?

UN-MENAMAIS research results: *In the last decade, research has highlighted the negative consequences of sexual victimisation on the economic and employment status, education and career attainments or chronic disease and health behaviours. However those studies focused mostly on younger populations and women, to the detriment of older adults and men. Data regarding the health and financial outcomes related to sexual victimization are lacking in Belgium and could provide leads to address sexual violence beyond care in the future.*

MINORITY GROUPS

1. **Prevention & training**

1.1. **Prevention strategies should be inclusive to minority groups** and taking the specific risk factors relevant to these groups into account.

UN-MENAMAIS research results: LGBTQIA+ (= lesbian, gay, bisexual, trans, queer, questioning, intersex, asexual, pansexual, omni sexual and all other non-cisgender and/or non-heterosexual identifications) persons are more exposed to sexual violence than non-LGBTQIA+ persons: 80% has already been exposed to a form of sexual violence in their life; 79% experiences hands-off sexual violence and 42% hands-on sexual violence, of which 24% concerned (attempt to) rape. Specific risk factors we identified are: LGBTQIA+ persons who identified as belonging to a minority group (RD= .81 (.76-.86; $p = .000$)) and who experienced minority stress (OR= 2.935 (1.190-7.238; $p = .019$)) reported significantly more sexual violence exposure. Worrisome is that 84% of Applicants for International Protection (AIPs) indicated to have ever been exposed to sexual violence and that 61% of AIPs were exposed to sexual violence in the past year. Most of the victims were already residing in Belgium at that moment.

- 1.2. **Train professionals** (e.g. health care workers, law officials,..) in diversity sensitive communication and sexual assault care service provision.

UN-MENAMAIS research results: *Not being taken seriously or believed because one is LGBTQIA+ are – in addition to barriers identified in the general population – important barriers for seeking help upon sexual victimisation.*

62% of the AIP victims did not disclose the violence to anyone. Nearly no one reported to the police and seeking professional care upon sexual violence has been very rare (1%). Barriers to seeking help are mainly linked to avoiding stigma and shame, but also to prior negative experiences with professionals and police, thus one avoids being exposed to those experiences again.

Diversity sensitive communication is currently not included in the basic training of professionals working with victims. Integrating this transferable skill in Bachelor and Master educational programs is urgently needed, as well as providing continued education to further develop this skill in professionals.

- 1.3. **Relational and sexual education should be sex positive** and go beyond heteronormative and cis normative approaches.

UN-MENAMAIS research results: *From the qualitative study, we learned that LGBTQIA+ persons have too few non-heterosexual and non-cisgender role models. They reported having missed information on same-sex couple, alternative relationship types, diversity in sexual orientation and gender identity while growing up and lacking the opportunities to ask questions on these topics during relational and sexual education in schools and at home. What is considered as “normal” in relational dynamics and sexual situations is unclear for many LGBTQIA+ persons, which makes it difficult to set boundaries and express consent as well as identifying sexual violence when it occurs.*

2. Qualitative, accessible and affordable care

- 2.1. **Take public health measures and set up campaigns for sociocultural changes preventing sexual violence and decreasing minority stress** in LGBTQIA+ persons.

UN-MENAMAIS research results: *Minority stress is the excess stress individuals belonging to minority groups experience as a result of (in)direct exposure to stigma, prejudice and discrimination (Meyer, 2003). LGBTQIA+ persons who identified as belonging to a minority group and who experienced minority stress reported significantly more sexual violence exposure than those who do not.*

- 2.2. **Increase access to mental health care and social support** for applicants for international protection informing them about their right to health care and supporting them in navigating the health care system.

UN-MENAMAIS research results: *62% of the AIP victims did not disclose their victimization to anyone. Nearly no one reported to the police and seeking professional care upon sexual violence has been very rare (1%). Barriers to seeking help are mainly linked to avoiding stigma and shame, but also to prior negative experiences with professionals and police. They are often confronted with barriers to accessing appropriate care. Consequently, many sexual violence consequences which are temporary in nature, can become chronic or worsen and may result in severe complications due to a lack of proper care. Applicants for international protection are also exposed to a greater risk of developing mental health problems. Many*

experienced more than one traumatic event as well as hardship linked to pre- and post-migratory experiences. Mental ill-health has been identified as associated with increased sexual victimisation.

3. Communication

- 3.1. **Policies should be inclusive to all minority groups** as risk groups for sexual victimisation in policies on violence, mental and sexual health and they should be developed in participation with those target groups

UN-MENAMAIS research results: 80% of LGBTQIA+ persons and 84% of applicants for international protection have already been exposed to sexual violence in their life. However, rape myth endorsement is still often observed in current policies, for example by focussing on white female victims and male assailants only. Minority groups should be included in the development of policies to guarantee diversity sensitivity and to avoid stigmatising and minority stress increasing messages.

- 3.2. **Include persons of all genders, sexual orientation, colour of skin, cultural background etc. in campaigns** on sexual health and sexual violence.

UN-MENAMAIS research results: 80% of LGBTQIA+ persons and 84% of applicants for international protection have already been exposed to sexual violence in their life. Among applicants for international protection, males (85%) and females (80%) are equally at risk of sexual victimisation. Still, sexual violence is mainly portrayed as white female girls being assaulted by males. This image reinforces gender binary and heteronormative thinking and does not grasp the full reality of sexual violence as societal problem. Further, intersecting gendered dynamics of racism and sexism can be observed in the public discourse when migrant males are predominantly depicted as assailants and their victims as native white females. This presentation leaves aside the particularly vulnerable position of Muslim and minority women (Vieten, 2018).

- 3.3. **Positively change the image of police to increase reporting** minorities, as negative experiences with police reporting in the past, can hinder reporting sexual victimisation as well as their trust in the potential outcomes and benefits of judicial processes.

UN-MENAMAIS research results: In addition to not seeking professional help, LGBTQIA+ victims overall did not report to the police about their sexual victimisation. 67% of LGBTQIA+ sexual violence victims thought their experience was not severe enough to go to the police.

Nearly no one of the AIPs reported to the police and seeking professional care upon sexual violence has been very rare (1%). Barriers to seeking help are mainly linked to avoiding stigma and shame, but also to prior negative experiences with professionals and police.

4. Needs for future research

- 4.1. **Explore both shared and unique vulnerabilities for the general population as well as minority groups** to fully understand the dynamics underlying sexual violence and its impact on applicant for international protection, sexual and gender minorities and other minority groups.

UN-MENAMAIS research results: In Belgium & Europe, representative studies are lacking regarding sexual violence in applicants for international protection (De Schrijver et al., 2018) and sexual and gender minorities. Not only are studies focussing on minority groups scarce, national representative studies in the general population do not collect data that would allow minority subgroups to be identified. As such, identifying the occurrence of phenomena, vulnerabilities, and needs in specific minority groups in comparison to the general population remains too limited.

- 4.2. More research is needed to understand **how minority stress may impact minority groups** and the underlying mechanisms that increase their risk for sexual victimisation.

UN-MENAMAIS research results: Specific risk factors we identified are: LGBTQIA+ persons who identified as belonging to a minority group, who experienced minority stress and those LGBTQIA+ persons who identified as female reported significantly more sexual violence exposure.

FORENSIC ASPECTS

1. Qualitative and accessible care

- 1.1. Until the SACCs are fully developed in all Belgian judicial districts **all the existing forensic models should be taken into consideration** to avoid unequal treatment for victims.

UN-MENAMAIS research results: *We are currently in a transitional phase in which different forensic models for the care of victims of sexual violence are applied depending on the judicial districts and therefore giving different treatments to victims.*

- 1.2. **One person should be in charge** of the coordination of the network of actors (police, magistrate, victim support services, etc.) involved in the Sexual Aggression Set (SAS) procedure.

UN-MENAMAIS research results: *Communication between different actors involved in the SAS implementation is limited. As a result, information is insufficiently exchanged, leading to poorer reception of victims and more limited forensic results. Victims often have no idea where to turn for various forms of assistance (legal, psychological, etc.). Currently, no professional actor is hired and paid to organize this essential coordination of information between the actors when a SAS is administered to a victim of sexual violence.*

- 1.3. **Proximity and accessibility** of help seeking and forensic services should be guaranteed, independently of the model.

UN-MENAMAIS research results: *Victims and professional actors insist on the necessity of a proximity and accessibility of care and forensic services (e.g. hospital, SACC, forensic institute).*

- 1.4. Existing networks and expertise should be mobilised within SACC and **specialised support should be extended in the long term**.

UN-MENAMAIS research results: *Sexual Assault Care Centres (SACC) better meet the need of the victims on medico-legal, medical and psycho-social level and also in terms of social recognition but problems or perverse effects are still present. At this moment there are not yet SACCs in every province which means they are not yet available to all victims in Belgium. Furthermore, the emphasis is now put on acute care rather than long-term care. This places the focus on victims who have been recently been victimised (acute sexual violence), hence SACCs do insufficiently meet the needs of victims where victimisation did not happen recently or for those for which the need for help only becomes apparent at a later date, long after they have been to the SACC. Enhancing connection with existing psycho-social networks and better knowledge of judicial imperatives are elements that could be improved.*

- 1.5. **Psycho-social-legal support should be extended in time** to meet the long-term needs of the victim.

UN-MENAMAIS research results: *Current assistance is focused on support for victims who manage to seek care shortly after the violence and far less for those victims for which the victimisation occurred longer ago. However, victims indicate that in the beginning they think they can handle it and can process the violence, but that in the longer run they realise that this is not the case. The help available at that time is still too limited or difficult to access for victims.*

- 1.6. **Non-judicial recognition of victims should be further developed** and considered to meet the profound expectations of victims.

UN-MENAMAIS research results: *Many sexual assault cases are dismissed, for example due to lack of evidence. Therefore, victims of sexual violence do not see their victimization recognized in a judicial way. This is often a difficulty inherent to the legal rationale, which implies the use of specific tools of proof. As a result victims do not feel heard, which complicates their coping process. If judicial recognition is one way for the victims to feel recognized, social recognition could also come from other agents/agencies.*

2. Training & campaigns

- 2.1. Provide **specialised training and dedicated staff** in all different disciplinary frameworks (judicial, medical, police, psycho-social etc.) to take care of a victim undergoing a SAS-procedure.

UN-MENAMAIS research results: *The Sexual Aggression Set (SAS) is a known tool among doctors, but only a limited number of them have already used it and have knowledge regarding the possibilities of it. Therefore opportunities may have been missed to refer a victim for sampling or for having taken the right samples. Doctors seem to focus primarily on medical and psychological consequences of sexual violence and are, because their lack of knowledge and training in the field, less involved in referring victims to services where forensic evidence can be qualitatively collected or to appropriate legal authorities. The professional actors and the victims also state that specialised training and the appointment of dedicated personnel to deal with sexual violence in the police, judicial and psycho-social sectors would improve the care of victims of sexual violence.*

- 2.2. **Awareness-raising and primary prevention campaigns** must be set up for victims, assailants and those close to them, to enable them to recognise sexual violence and label it as such.

UN-MENAMAIS research results: *It appears that there is a lack of awareness among victims, assailants and those around them about what sexual violence entails. Professional actors and victims therefore highlight that victims find it difficult to label their victimization and seek help. This implies that it can take a long time between understanding that what happened was sexual violence, that they would benefit from help and care to overcome the event, and eventually coming forward to ask for help from the relevant institutions.*

3. Needs for future research

- 3.1. Conduct an **evaluation study on the quality of forensic traces** according to various models and on their judicial impact in sexual violence cases and further explore the **impact of forensic examination on the judicial procedure** (e.g. by doing a case-study of judicial files).

UN-MENAMAIS research results: *Professional actors point out the possible difference within the existing models concerning the quality of the collected traces and the interpretation of this expertise.*

- 3.2. **Evaluate the position of forensic medicine** and its capacity to respond to forensic tasks, in cases of sexual violence, and more generally in the judicial system.

UN-MENAMAIS research results: *In general, there is a clear lack of forensic doctors to carry out all forensic tasks. The lack of investment in this field means that solutions have to be found to make up for this lack. In the field of sexual violence in particular, this is what led to the adoption of the sexual aggression set many years ago, and more recently the sexual assault care centres, with different competences. A medical doctor, a forensic nurse or a forensic doctor might have a different approach: ranging from clinical analysis and treatment to objective determinations. Opinions are divided as to which approach produces the best results for the judicial investigation and thus ultimately contributes most to the care of victims.*

- 3.3. Examine new ways allowing victims of sexual violence to **strengthen social and judicial recognition** (feeling of justice).

UN-MENAMAIS research results: *All forensic models might induce secondary victimization related to the victim's confrontation with the judicial logic, such as a long procedure where victims are not sufficiently informed about the judicial procedure and its possible outcomes. Victims are often disappointed about the result of the judicial procedure.*

Read more

The presentations on the research results can be consulted individually per topic via:

1. Capsule 1: Methodology of the UN-MENAMAIS survey & qualitative study: <https://vimeo.com/559891663/bbd76ac566>
2. Capsule 2: Sexual violence in the Belgian population aged 16-69: <https://vimeo.com/559891909/9a49e99237>
3. Capsule 3: Sexual violence in older adults in Belgium: <https://vimeo.com/559892123/d3232ac805>
4. Capsule 4: Sexual violence in minority groups in Belgium (LGBT+ & AIPs): <https://vimeo.com/559892366/ec05ba53f6>
5. Capsule 5: Forensic responses to victims of sexual violence: <https://vimeo.com/559892526/ff23a9ac80>

The results of this study were presented during the international online seminar "Beyond the tip of the iceberg. Sexual violence in Belgium" that took place on June 17th 2021. The full seminar can be revisited via <https://vimeo.com/565683481/4682c8ed05>.

Information

Contact

PROJECT COORDINATOR:

Prof dr Ines Keygnaert, Ghent University-ICRH

Ines.Keygnaert@UGent.be

CONSORTIUM MEMBERS:

Lotte De Schrijver, researcher & clinical psychologist, UGent-ICRH

Dr. Anne Nobels, researcher & psychiatric trainee, UGent-ICRH

Prof dr Christophe Vandeviver, research promoter, UGent-IRCP

Prof dr Tom Vander Beken, research promoter, UGent-IRCP

Evelyn Schapansky, researcher & clinical psychologist, UGent-IRCP

Laurent Nisen, research promoter, ULiège- CARE-ESPRIst

Adina Cismaru-Inescu, researcher & clinical sexologist, ULiège- CARE-ESPRIst

Bastien Hahaut, researcher & psychologist, ULiège- CARE-ESPRIst

Anne Lemonne, research promoter (PhD), Criminology Department NICC

Bertrand Renard, research promoter (PhD), Criminology Department NICC

Caroline Stappers, researcher, Criminology department NICC

Marijke Weewauters, head of federal service on gender-based violence, IEWM

Zoë De Bauw, federal service on gender-based violence, IEWM

Dr. Nicolas Berg, geriatrician, Respect Seniors



Brain-be

Belgian Research Action through Interdisciplinary Networks

POLICY BRIEF

Policy Brief n° 1

UN-MENAMAIS - Compréhension des mécanismes, nature, magnitude et impact de la violence sexuelle en Belgique

La violence sexuelle (VS) est un problème social et judiciaire important ayant un impact majeur sur la santé publique belge. Le projet UN-MENAMAIS visait à obtenir une meilleure compréhension des mécanismes, de la nature, de l'étendue et de l'impact de la violence sexuelle sur les victimes de tous âges et sexes, avec des orientations sexuelles et des statuts juridiques différents, sur leurs pairs, leur progéniture, les professionnels et la société belge. Sur la base des résultats de cette étude, les recommandations politiques suivantes ont été formulées.

Contexte et questions de recherche

Contexte

La violence sexuelle (VS) constitue un enjeu public majeur en matière de santé, de justice et de société en Belgique qui peut provoquer à long terme des problèmes de santé chroniques (au niveau sexuel, reproductif, physique, mental) pour la victime, ses pairs, sa descendance et sa communauté. Les personnes exposées à la violence durant l'enfance sont enclines à une (re)victimisation ultérieure et à la perpétration d'actes parentaux inadéquats qui contribuent à la transmission intergénérationnelle de la violence. Les mécanismes sous-jacents aux comportements d'adaptation ainsi que l'effectivité des mesures adoptées selon le « genre » n'ont pas été étudiés. Au début du projet UN-MENAMAIS, le plan d'action national sur les violences prônait une gestion holistique des victimes de VS, une nouvelle directive ministérielle sur le Set d'Agression Sexuel (SAS) venait d'être publiée et des Centres de Prise en Charge des Violences Sexuelles (CPVS) étaient pilotés. Le récent transfert de compétences du niveau fédéral vers les Régions commençait à réorganiser le paysage judiciaire. D'où la nécessité de conduire une étude représentative de la prévalence de la VS en Belgique qui examine toutes les vulnérabilités à en être victime ou à en perpétrer.

Objectifs

Contribuer à une meilleure compréhension des mécanismes, de la nature, de l'ampleur et de l'impact de la violence sexuelle sur les victimes femmes, hommes, transgenres, leurs pairs, leurs descendances, sur les professionnels et sur la société en Belgique.

Ces objectifs visent à produire des recommandations politiques et des stratégies de réponse et de prévention.

Objectifs spécifiques :

- Objectif 1 : Cartographier dans quelle mesure les citoyens et les migrants résidents en Belgique, de tout type d'orientation sexuelle, âgés de 16 à 100 ans, sont confrontés aux VS.

- Objectif 2 : Explorer comment la population sondée a été exposée à une victimisation sexuelle et à la perpétration depuis l'enfance. Etude des expériences des victimes, auteurs, de leurs entourage et familles de différentes générations.
- Objectif 3 : Cartographier des trajectoires indicatives sur l'impact de VS sur la vie des victimes, de leurs familles, de leurs pairs et des professionnels qu'ils contactent pour assistance.
- Objectif 4 : Cartographier la construction socio-historique et technique du SAS et son impact sur les pratiques actuelles et les pratiques médico-légales futures des professionnels.
- Objectif 5 : Formuler des recommandations pour les politiques et les pratiques futures relatives aux VS en Belgique et fournir des scénarii de sensibilisation.

Méthode

Méthodologie mixte: revue de littérature; enquête de victimisation et de perpétration de VS dans la population générale; interviews approfondies avec des victimes de VS; enquête et focus-groups avec les professionnels du SAS; séminaire final avec Café Dialogue (discussion des recommandations politiques avec des professionnels et des victimes de VS).

Principaux résultats

PERSONNES HABITANT EN BELGIQUE, ÂGÉES ENTRE 16-69 ANS

Les taux de prévalence des violences sexuelles au cours de la vie et durant les 12 derniers mois ont été obtenus via un échantillon représentatif de la population générale belge, âgée entre 16 et 69 ans, tenant compte des questions de genre et d'âge.

Notre étude indique que 64% de l'échantillon a subi au moins une forme de violence sexuelle durant leur vie et 44% durant les 12 derniers mois.

Prévalence au cours de la vie : environ quatre femmes sur cinq (78%) et deux hommes sur cinq (41%) ont déclaré avoir subi une forme de violence sexuelle sans contacts physiques avec l'auteur. Deux femmes sur cinq (41%) et un homme sur cinq (19%) ont indiqué avoir été victimes d'une forme de violence sexuelle impliquant des contacts physiques. Pour 19% des femmes et 5% des hommes cette forme était du viol.

Prévalence durant les 12 derniers mois : plus de la moitié des femmes (55%) et un tiers de hommes (31%) ont indiqué avoir subi une forme de violence sexuelle sans contacts physiques. Le taux de prévalence de violences sexuelles impliquant des contacts physiques était de 10% pour les femmes et 6% pour les hommes.

PERSONNES ÂGÉES

La violence sexuelle se poursuit également pour les personnes d'âge avancé. Une personne âgée sur 12 (8,4%) déclare dans l'enquête avoir subi des violences sexuelles au cours des 12 derniers mois, 7% de l'échantillon a indiqué avoir subi des violences sexuelles sans contacts physiques, 2,5 % ont été victimes de violences sexuelles impliquant des contacts physiques et 0,6 % des (tentatives de) viols. Les taux de prévalence pour les femmes et les hommes sont similaires pour les violences sexuelles ayant eu lieu au cours des 12 derniers mois.

Les personnes âgées ne sont pas asexuelles. Environ 31% des adultes âgés de 70 ans et plus sont sexuellement actifs et 32% ont expérimenté de la tendresse physique au cours des 12 derniers mois.

De nombreuses personnes âgées ont été victimes de violences sexuelles, 44% ont subi au moins une forme de violence sexuelle au cours de leur vie (55% femmes et 29% hommes). Près de la moitié des femmes (45%) et un homme sur quatre (22%) a subi des violences sexuelles n'impliquant pas de contacts physiques. Une femme sur trois (35%) et un homme sur six (16%) a subi une forme de violence sexuelle avec contacts physiques au cours de sa vie. Une femme sur 12 (8%) et 3% des hommes ont déclaré avoir subi une (tentative de) viol.

GROUPES MINORITAIRES

Les personnes issues de la communauté LGBTQIA+ sont plus exposées aux violences sexuelles que le reste de la population : 80% d'entre eux indiquent avoir déjà été exposés à une forme de violence sexuelle ; 79% ont subi des violences sexuelles sans contacts physiques et 42% des violences sexuelles impliquant des contacts physiques, dont 24% concernaient (une tentative de) viol.

Les personnes LGBTQIA+ s'identifiant comme appartenant à un groupe minoritaire et ayant subi un stress minoritaire ont rapporté avoir été exposé de façon significativement plus importante aux violences sexuelles.

43% des victimes LGBTQIA+ n'ont parlé à personne de la VS qu'elles ont subie ; 90% n'ont pas cherché une aide professionnelle après la violence sexuelle.

84 % des demandeurs de protection internationale (DPI) ont déjà été exposés à de la violence sexuelle au cours de leur vie.

61% des DPI ont été exposés à une forme de violence sexuelle au cours de l'année écoulée. La plupart des victimes résidaient déjà en Belgique au moment des faits.

ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX

Près de 70% (N = 1951) des médecins interrogés ont vu au moins une victime de violence sexuelle au cours de leur carrière, mais les victimes se manifestent le plus souvent après plusieurs années.

Nous sommes actuellement dans une phase de transition dans laquelle différents modèles médico-légaux sont appliqués.

Une procédure SAS (Set Agression Sexuelle) a ses limites : beaucoup d'acteurs sont impliqués, sans parfois suffisamment de formation spécifique et peu de communication entre eux ; elle prend beaucoup de temps ; c'est une procédure froide...

Les CPVS (Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles) répondent mieux aux besoins des victimes sur le plan médico-légal, médical et psycho-social, mais des problèmes ou des effets pervers sont encore présents. Ils ne sont pas encore disponibles pour toutes les victimes dans toutes les provinces ; l'accent y est mis sur les soins aigus pour des victimes de violences sexuelles récentes ; il y a également encore un manque de prise en considération des réseaux psycho-sociaux et de l'expertise existants, et la connaissance des impératifs judiciaires peut être améliorée.

Quel que soit le modèle médico-légal, les victimes sont systématiquement confrontées à de la victimisation secondaire en raison de la procédure judiciaire qui est longue et sur laquelle elles obtiennent peu d'informations. Souvent également, leur victimisation n'est pas reconnue en raison de la logique judiciaire, qui implique l'utilisation de moyens de preuves spécifiques, et pour laquelle la preuve médico-légale ne suffit pas toujours. Enfin, en général, il existe un manque évident de médecins légistes pour effectuer toutes les tâches médico-légales, permettant d'obtenir les meilleurs résultats pour l'enquête judiciaire et, en définitive, contribuer à la prise en charge optimale des victimes.

Conclusion et recommandations

PERSONNES HABITANT EN BELGIQUE, ÂGÉES ENTRE 16-69 ANS

1. Prévention et formation

- 1.1. Débuter dès le plus jeune âge (au cours de l'éducation préscolaire) **une formation et un apprentissage adaptés à l'âge de l'enfant** concernant l'établissement et l'acceptation des limites, le consentement sexuel, les relations et la sexualité positive, et concevoir des formations ciblant également les adultes et les personnes âgées.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : la prévention de la violence sexuelle nécessite une communication ouverte et transparente concernant l'établissement et le respect des limites de chacun. Le processus d'identification de la violence joue un rôle-clé dans les mécanismes sous-jacents de la violence sexuelle : (1) reconnaître que l'on a été exposé à de la violence sexuelle semble catalyser l'impact que celle-ci peut avoir sur la vie des victimes (in)directes et (2) reconnaître que l'on a subi cette violence est essentiel dans la mise en place de comportements de recherche d'aide, ainsi que dans les choix concernant le type d'aide recherchée.

- 1.2. Toutes institutions publiques et entreprises privées (tels que les écoles, hôpitaux, institutions gouvernementales, usines, associations, maisons de repos, ...) devraient mettre en place aussi bien une **politique interne que des stratégies de prévention et de prise en charge** destinées à **protéger et accompagner les victimes** (passées ou présentes), notamment par la création d'un contexte de divulgation assurant la sécurité de la victime, en fournissant un accompagnement et une orientation centrée sur la personne.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : les violences sexuelles sont fortement répandues dans la société. En Belgique, 64% des personnes âgées entre 16 et 69 ans ont subi au moins une forme de violence sexuelle au cours de leur vie. Bien que les femmes soient plus susceptibles d'être victimes (81%), les hommes présentent également des taux élevés : 48% ont indiqué avoir subi au moins une forme de violence sexuelle durant leur vie. La victimisation sexuelle est fréquente au cours de la vie d'une personne et se poursuit jusqu'à un âge avancé : 8% des personnes âgées ont indiqué avoir subi une forme de violence sexuelle durant l'année écoulée.

- 1.3. **Les professionnels de santé ont besoin d'être formés** sur la façon d'aborder la violence sexuelle ainsi que les problèmes de santé mentale et sexuelle de leurs patients, y compris sur la façon de fournir une prise en charge des traumatismes adaptée à la diversité des victimes

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Peu de victimes ont indiqué avoir cherché formellement de l'aide (7%). La recherche d'aide se produit lorsque les victimes s'attendent à pouvoir obtenir de l'aide auprès d'un soignant spécifique, que ce dernier répondra de manière respectueuse à la divulgation des violences subies et montrera qu'il est compétent en la matière. Cependant, les professionnels de la santé mentale ont indiqué ailleurs que les possibilités de formation étaient insuffisantes pour se spécialiser dans la prise en charge des traumatismes (sexuels) et acquérir les qualifications professionnelles nécessaires pour prendre en charge les traumatismes et les troubles liés au stress (De Schrijver et al., 2021), entraînant une pénurie d'experts en Belgique et de longues listes d'attente. En outre, l'absence de formations en matière de soins tenant compte des traumatismes pour l'ensemble des professionnels de santé accroît le risque de passer à côté de violences sexuelles, empêchant une intervention précoce et conduisant à un retard dans l'orientation des patients.

La recherche UN-MENAMAIS indique également que, bien que certains médecins soient au courant de l'existence de patients victimes de violences sexuelles, seul un petit nombre d'entre eux savent ce qu'il faut faire au-delà des soins médicaux (par exemple, seul un petit nombre avait déjà administré un kit d'agression sexuelle). Au vu du manque de formation, il existe un manque de connaissances sur ce qu'implique une prise en charge adéquate des victimes de violences sexuelles et un manque de préoccupations quant à l'orientation des victimes vers d'autres services, où une prise en charge holistique peut être assurée (examen médico-légal, prise en charge médicale et psychosociale, accès à la police/justice, ...) - comme par exemple les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS). La réorientation des victimes vers les médecins légistes ou les autorités judiciaires appropriées n'est également pas assurée. Enfin, les victimes issues d'un groupe minoritaire signalent un manque de soins tenant compte de leurs expériences, empêchant la mise en place d'un contexte de divulgation sûr.

- 1.4. La **formation de tous les agents chargés de l'application de la loi**, y compris la police, les cours et les tribunaux, pouvant potentiellement entrer en contact avec des victimes de violence sexuelle est essentielle afin de garantir le niveau de qualité nécessaire d'une approche centrée sur la victime pour la suite du processus judiciaire, en évitant une victimisation secondaire supplémentaire et/ou la culpabilisation de la victime durant l'interrogatoire, l'enquête et le suivi judiciaire (par exemple, au tribunal) . Cette formation améliorerait le processus de divulgation des violences ainsi que la volonté éventuelle de déposer plainte.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Seul 4% des victimes ont indiqué avoir signalé des faits de violence sexuelle à la police. La recherche d'aide a lieu lorsque les victimes s'attendent à pouvoir obtenir de l'aide auprès d'un agent et que les réactions de ces derniers seront appropriées. De nombreuses victimes indiquent ne pas porter plainte à la police parce qu'elles pensent qu'elles ne seront pas prises au sérieux ou que leur témoignage sera remis en doute car elles ne disposent pas de preuves matérielles. Les victimes ont peur d'être blâmées à la place de l'agresseur. En outre, les victimes portent plainte moins fréquemment auprès de la police car elles ne croient pas que cela conduira à l'arrestation de leur agresseur. Les personnes issues de groupes minoritaires ont indiqué avoir vécu des expériences négative (in)directes, sans liens avec les violences sexuelles, avec la police dans le passé. Ces expériences antérieures influencent leur propension à signaler des

violences sexuelles auprès des agents. Il est donc essentiel que l'ensemble des agents chargés de l'application de la loi soient mieux formés et que la perception de la façon dont ces derniers prennent en charge les violences sexuelles soit améliorée.

2. Des soins accessibles, abordables et de qualité

- 2.1. **Les victimes devraient être mieux guidées vers une prise en charge adéquate** en rendant plus transparent le processus et les différents acteurs de la prise en charge des violences sexuelles et en développant des outils d'orientation intuitifs, incluant des parcours de prise en charge pour les victimes directes et indirectes de violences sexuelles passées ou présentes.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Peu de victimes ont indiqué avoir cherché formellement de l'aide (7%) et encore moins ont fait appel à la police (4%). La recherche d'aide se produit lorsque les victimes s'attendent à pouvoir obtenir de l'aide auprès d'un service et que la prise en charge de ce service sera jugée utile. Les obstacles à la recherche d'aide ont été identifiés comme étant la honte, la peur de ne pas être crédible ou pris au sérieux, l'absence de connaissances sur les aides potentielles ou les différents lieux où trouver de l'aide, etc. Les victimes indiquent que la prise en charge des violences sexuelles pourrait être améliorée en la rendant : (1) accessible aux victimes (in)directes de violences passées et présentes, (2) abordable, grâce au remboursement des soins psychologiques s'ils ne sont pas fournis gratuitement, comme c'est le cas dans CPVS et (3) qualitatifs, grâce à des soins spécialisés centrés sur la personne, fournis par des soignants spécialisés en traumatologie et mettant en place des contextes de divulgation sûrs. Compte tenu de ce dernier point, il est essentiel d'investir dans des formes mixtes de prise en charge psychologique où des aides en ligne (par exemple, des lignes téléphoniques de discussion ou de la psychoéducation) sont intégrées dans l'offre générale des soins et ne sont pas considérées comme une simple passerelle pour orienter les victimes vers une aide en face à face, car pour un bon nombre d'entre elles, l'aide en face à face n'est tout simplement pas envisageable (émotionnellement, physiquement, financièrement, etc.).

- 2.2. **Fournir des soins centrés sur la personne** aux victimes de violences sexuelles.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Les Centres de Prise en charge de la Violence Sexuelle (CPVS) répondent mieux aux besoins des victimes sur le plan médico-légal, médical et psycho-social et aussi en termes de reconnaissance sociale. Cependant, différents problèmes ou effets pervers existent encore. A l'heure actuelle, il n'y a pas encore de CPVS dans chaque province, ce qui signifie qu'ils ne sont pas encore accessibles ou disponibles pour l'intégralité des victimes en Belgique. De plus, l'accent est désormais mis sur une prise en charge précoce avec un suivi de plusieurs mois pour les victimes récentes (phase aiguë). De ce fait, ils ne sont pas en mesure de répondre adéquatement aux besoins des victimes de violences sexuelles passées. Renforcer la connexion avec les réseaux psycho-sociaux existants et la connaissance des impératifs judiciaires sont des éléments qui peuvent encore faire l'objet d'améliorations. Les victimes et les acteurs professionnels insistent sur la proximité et l'accessibilité des services de soins et des services médico-légaux (p.ex. hôpital, CPVS, institut médico-légal, assistance psychologique).

- 2.3. **Séparer l'accès aux soins de la déclaration à la police.**

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : La recherche d'aide après avoir été victime de violence sexuelle suit différents parcours en fonction des besoins de la victime. La recherche de soins est principalement motivée par le rétablissement ou l'amélioration de la santé de la victime ainsi que de son bien-être. La déclaration à la police est principalement motivée par le désir d'arrêter l'agresseur et d'empêcher d'autres violences d'avoir lieu. Reconnaître que l'on a été exposé à de la violence sexuelle et se sentir en sécurité pour divulguer cette information auprès d'un tiers est susceptible de prendre du temps, et peut même nécessiter un accompagnement psychologique préalable. Le processus d'identification de la violence est essentiel pour franchir le premier pas vers la déclaration à la police.

- 2.4. **Rembourser les soins psychologiques (basés sur l'Evidence-based practice) sans limitation des séances** pour les victimes de violences sexuelles.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : De nombreuses victimes souffrent financièrement car elles ne peuvent participer (à temps plein) au marché du travail comme elles le souhaiteraient en raison des conséquences psychologiques. Afin de compenser cela, il est recommandé de fournir un soutien financier aux victimes pendant la période de rétablissement après un traumatisme. De nombreuses victimes indiquent que les conséquences des violences sexuelles subies n'apparaissent

souvent, ou qu'elles n'en prennent conscience, que plusieurs années après que l'évènement se soit produit ou ait commencé. La santé mentale des victimes est, comparativement aux personnes n'ayant jamais subi de violences sexuelles, moins bonne selon plusieurs indicateurs : présence de symptômes dépressifs (60% vs 41%), comportements d'automutilation (22% vs 10%) et de tentatives de suicide (12% vs 4%). Les symptômes liés aux troubles anxieux (24% vs 13%) et au stress post-traumatique (21% vs 8%) sont également plus élevés chez les victimes que chez les non-victimes. L'accessibilité à des formes mixtes de soins psychologiques fondés sur des preuves doit être améliorée pour tous les âges.

- 2.5. **Reconnaître officiellement les sexologues comme professionnels de santé** de référence pour la prise en charge qualitative des victimes subissant des conséquences négatives, suite à des violences sexuelles, sur le plan sexuel.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : La violence sexuelle affecte négativement la santé sexuelle et le bien-être des victimes, ainsi que de leur(s) partenaire(s). Néanmoins, les sexologues ne sont pas encore officiellement reconnus comme des professionnels de santé. Cette reconnaissance est nécessaire pour garantir l'accès à des traitements et thérapies de qualité fondées sur des preuves.

- 2.6. Il est nécessaire d'améliorer et d'accélérer le dépistage de la violence et l'orientation des victimes et des auteurs, tant au niveau des soins primaires que secondaires.

Résultats du Café Dialogue de l'UN-MENAMAIS : Lors du Café Dialogue visant à valider les résultats de la recherche, l'importance d'un dépistage et d'une orientation adéquats des victimes et des délinquants a été mentionnée par différents acteurs de terrain.

- 2.7. Une plus grande attention devrait être accordée au soutien et aux soins psychologiques, juridiques et financiers à long terme. La violence sexuelle peut avoir des effets à long terme qui ne se manifestent parfois qu'après de nombreuses années. Les victimes d'abus historiques devraient également pouvoir compter sur des soins holistiques.

Résultats du Café Dialogue de l'UN-MENAMAIS : Le Café Dialogue interactif du séminaire a abordé l'importance d'une prise en charge holistique des victimes de violences sexuelles aiguës et historiques. Cette prise en charge holistique implique de prêter attention aux différents domaines de vie du patient.

- 2.8. Améliorer l'accès aux spécialistes des traumatismes et augmenter leur nombre pour les victimes de violences sexuelles aiguës et historiques. En outre, des centres de traumatologie devraient être créés pour réduire la fragmentation.

Résultats du Café Dialogue de l'UN-MENAMAIS : Au cours du Café Dialogue, divers professionnels ont souligné l'importance de soins fondés sur la science. Ces soins ne peuvent être offerts que si un nombre suffisant d'experts en traumatologie est disponible et si des centres de traumatologie sont également établis en fonction de la proximité et de l'accessibilité.

- 2.9. S'engager à fournir des soins de proximité aux victimes et aux délinquants.

Résultats du Café Dialogue de l'UN-MENAMAIS : Sur la base des résultats de la recherche, mais aussi de leur propre expérience, les acteurs de terrain ont suggéré que l'offre de soins soit orientée vers l'extérieur, afin que toute la responsabilité ne repose pas sur la victime ou l'auteur des faits dans leur recherche de soins et d'assistance.

- 2.10. Prêter attention à la prise en charge des aidants en organisant l'intervision et la supervision au sein de l'institution et/ou en désignant une personne de référence à laquelle les aidants peuvent s'adresser pour poser des questions ou présenter des cas.

Résultats du Café Dialogue de l'UN-MENAMAIS : Lors du Café Dialogue visant à valider les résultats de la recherche, l'attention s'est également portée sur les soignants eux-mêmes. Ils méritent une attention et un suivi suffisants pour que leur travail ne devienne pas une charge psychologique. C'est pourquoi il est important que des moments d'intervision et de supervision soient organisés régulièrement.

3. Communications et campagnes de sensibilisation

- 3.1. Soutenir une **communication adéquate** autour de la violence sexuelle dans les médias et campagnes de sensibilisation, qui éviterait de perpétuer les mythes et scénarios stéréotypés liés au viol, et mettrait plutôt en avant les différents types de violence sexuelle (tels que des actes impliquants ou non des contacts physiques ou pouvant avoir lieu en ligne) afin de mieux refléter la réalité.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : *cette étude a utilisé une définition holistique de la violence sexuelle, incluant l'ensemble des formes d'actes et de comportements sexuels, avec ou sans contacts physiques, infligés à une personne contre son gré. La catégorie des violences sexuelles sans contacts physiques (« hands-off ») incluait des formes de harcèlement sexuel sans contacts entre le(s) agresseur(s) et le(s) victime(s). La catégorie des violences sexuelles, impliquant un contact physique, allait de l'abus sexuel sans pénétration au viol avec pénétration. Les femmes de moins de 50 ans ont signalé davantage de violences avec contacts physiques que celles âgées entre 50 à 69 ans, aussi bien au cours de leur vie que durant les 12 derniers mois. Près de quatre femmes sur cinq (78%) ont été victimes de violence sexuelle sans contacts physiques au cours de leur vie. Au cours de leur vie, deux femmes sur cinq (42%) et un homme sur cinq (19%) ont subi une forme de violence sexuelle avec contacts physiques. Les victimes demandent de briser le tabou entourant la violence sexuelle et d'élargir l'image sociétale de celle-ci au-delà des stéréotypes liés aux mythes du viol. L'élaboration d'un code d'éthique pour la couverture médiatique des violences sexuelles, tel qu'il existe pour le suicide, pourrait influencer cette prise de conscience.*

- 3.2. Tout document politique devrait **refléter le fait que chaque individu peut être affecté par la violence sexuelle**, et donc être inclusif en ce qui concerne le genre, l'âge et l'orientation sexuelle.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : *Bien que les femmes soient plus susceptibles d'être victimes (81%), les hommes présentent également des taux élevés : 48% ont indiqué avoir subi au moins une forme de violence sexuelle au cours de leur vie. Cette étude démontre également que la violence sexuelle peut se poursuivre ou avoir lieu à un âge avancé (70 ans et plus). Près d'une personne âgée sur 12 (8,4%) a subi une forme de violence sexuelle au cours des 12 derniers mois. Enfin, le fait d'avoir une orientation non-hétérosexuelle est associé à une probabilité plus élevée de subir des violences sexuelles. Pourtant, les mythes du viol entourant la "victime idéale" sont bien trop souvent suivis dans les politiques actuelles, par exemple, en se concentrant uniquement sur les victimes présentant le profil de jeunes femmes hétérosexuelles.*

- 3.3. Impliquer les médias dans leur rôle d'éducation et de sensibilisation à la violence sexuelle, et élaborer à leur intention des lignes directrices sur la manière de créer une image de la sexualité, des rôles de genre et de la violence sexuelle. En outre, des accords doivent être conclus sur la manière dont ils doivent orienter les personnes par leurs canaux vers les services de soutien et sur la manière dont ils doivent communiquer de manière nuancée.

Résultats du Café Dialogue de l'UN-MENAMAIS: *Les acteurs de terrain ont discuté, sur la base des résultats et de leur propre expérience professionnelle, de la place des médias dans le traitement des violences sexuelles. Les médias jouent un rôle important dans la sensibilisation à la violence sexuelle, mais aussi à la sexualité, au consentement et aux rôles des hommes et des femmes. En outre, ils offrent un large canal pour informer les victimes, les auteurs de violences et leurs proches sur les organisations de soutien. Pour bien guider les médias dans cette tâche, il convient d'élaborer des lignes directrices à leur intention.*

4. Approche policière et judiciaire

- 4.1. S'engager à une plus grande proximité de la police afin d'accroître la confiance des citoyens. Il est nécessaire d'adopter une approche de proximité et proactive. Dans ce contexte, la possibilité d'une déclaration en ligne des violences sexuelles peut être explorée.

Résultats du Café Dialogue de l'UN-MENAMAIS: *Au cours du Café Dialogue, plusieurs professionnels ont souligné que la confiance dans la police était faible, en particulier parmi les groupes vulnérables. Il est donc important d'accorder une attention suffisante aux policiers qui sont non seulement proches mais aussi accessibles. Une solution pour être plus proche des gens est de pouvoir signaler les violences sexuelles en ligne. Il y a plusieurs avantages et inconvénients à cela qui nécessitent des recherches plus approfondies.*

4.2. (Améliorer) l'attention portée aux victimes dans le processus policier et judiciaire. Cela implique que :

- Toutes les victimes doivent être interrogées par des inspecteurs sexuels ;
- Il devrait y avoir un meilleur flux d'informations et un soutien juridique à long terme ;
- Les victimes doivent recevoir une image réaliste des résultats possibles de la procédure judiciaire, sur la base d'informations exactes.
- Il convient de prêter attention à l'impact psychologique des violences sexuelles et à la charge de la preuve ;
- Il devrait y avoir une meilleure protection de la victime dans l'ensemble du processus judiciaire.
- La possibilité de déposer des plaintes anonymes doit être examinée pour certains délits, afin d'augmenter la volonté de dénoncer et de sensibiliser certains groupes cibles au dépôt d'une plainte ;
- Le processus de dépôt d'une plainte auprès de la police et l'image négative qui en découle doivent être améliorés, en particulier en ce qui concerne les groupes vulnérables ;
- Une politique de soins (médico-légaux) pour les victimes de violences sexuelles historiques doit être élaborée ;
- Les liens avec les services sociaux et la police devraient être renforcés et améliorés.

Résultats du Café Dialogue de l'UN-MENAMAIS: *Au cours du Café Dialogue visant à valider les résultats de la recherche, une plus grande attention pour la victime dans le processus policier et judiciaire était primordiale. Il s'agit de divers aspects qui se résument à un accueil humain, un professionnalisme et une expertise suffisants, des informations plus nombreuses et de meilleure qualité pour la victime, une vie privée et une protection suffisante, etc.*

4.3. La réponse judiciaire doit être accélérée et des recherches doivent être menées sur le suivi juridique des cas de violence sexuelle.

R Résultats du Café Dialogue de l'UN-MENAMAIS: *Divers acteurs du monde du travail indiquent que l'action en justice devrait être beaucoup plus rapide. La procédure étant très longue, de nombreuses victimes sont dissuadées de porter plainte.*

5. Besoins supplémentaires en matière de recherche

5.1. Evaluer la **prévalence et l'impact de la violence sexuelle facilitée par les nouvelles technologies** dans différents groupes d'âge.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : *Soit l'ensemble des formes de violence sexuelle pouvant se produire en ligne, ces comportements sont particulièrement répandus chez les jeunes adultes.*

5.2. Étudier l'éventail des **stratégies de coercition** utilisées contre les victimes, leurs relations avec les types de violence sexuelle et leur impact sur les victimes.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : *Concernant les circonstances dans lesquelles la violence sexuelle a pu se produire (c'est-à-dire, les stratégies de coercition) rapportées par les participants, une vaste majorité a indiqué ne pas retrouver la stratégie utilisée au sein de la liste proposée, impliquant l'existence d'autres formes de coercition que l'utilisation de la pression verbale, de la menace ou l'usage de la force physique, l'exploitation d'un état d'incapacité ou l'exploitation d'une position d'autorité ou de pouvoir sur la victime.*

5.3. **Définir les compétences professionnelles** permettant de fournir une prise en charge la plus adaptée pour les victimes de violences sexuelles.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : *Cette étude montre l'importance de la formation des professionnels de la santé dans le cadre de la prise en charge holistique des victimes de violences sexuelles, comprenant les soins médicaux, psychosociaux et médico-légaux ainsi que les connaissances en la matière. Afin de recevoir une formation et des soins efficaces, il sera important de définir les compétences professionnelles pour chaque rôle. Pour certaines professions, l'identification des compétences professionnelles a déjà été réalisée mais doit être validée plus en avant et traduite en formations (par exemple, les compétences en matière de traitement des traumatismes et des troubles liés au stress pour les professionnels de la santé mentale) ou en reconnaissance officielle au sein de la profession (par exemple, le profil de compétences des sexologues).*

5.4. Explorer les moyens d'améliorer la reconnaissance non judiciaire des victimes.

Résultats du Café Dialogue de l'UN-MENAMAIS : *Les acteurs du terrain se sont demandés, sur la base des résultats de la recherche et de leur propre expérience, comment les victimes de violences sexuelles peuvent bénéficier d'une reconnaissance et d'une prise en charge suffisantes (en dehors des CPVS), si elles décident de ne pas porter plainte.*

5.5. Organiser une évaluation des différents modèles de soins médico-légaux en Belgique.

Résultats du Café Dialogue de l'UN-MENAMAIS : *Lors du Café Dialogue interactif visant à valider les résultats de la recherche, l'importance de la recherche sur la succession juridique des CPVS.*

5.6. Explorer le lien entre les peines sévères/la criminalisation sévère et l'assistance aux délinquants et la volonté des victimes de porter plainte.

Résultats du Café Dialogue de l'UN-MENAMAIS : *Au cours du Café Dialogue, la perception sociale d'une punition sévère pour les auteurs de violences sexuelles a été nuancée. Dans la majorité des cas, la victime et l'auteur se connaissent et une sanction élevée pour l'auteur pourrait dissuader la victime de porter plainte. Certaines victimes préfèrent aider le délinquant. C'est pourquoi il est utile de mener des recherches sur la volonté des victimes de porter plainte en relation avec une criminalisation sévère des auteurs de violences sexuelles.*

PERSONNES ÂGÉES

1. Communications et campagnes de sensibilisation

1.1. Inclure les personnes âgées en tant que groupe à risque pour les violences sexuelles

dans les plans d'action, ainsi que dans les programmes nationaux et régionaux concernant la santé (sexuelle), la violence (sexuelle), la maltraitance et la négligence envers les personnes âgées.

Les résultats de la recherche UN-MENAMAIS montrent que: *la violence sexuelle se poursuit jusqu'à un âge avancé. Une personne âgée sur 12 (8,4 %) a subi une forme de violence sexuelle au cours des 12 derniers mois, 2,5 % ont subi une forme de violence sexuelle avec contacts physiques et 0,6 % ont signalé (tentative) de viol. Les femmes et les hommes âgés sont donc également exposés à de la violence sexuelle. Cependant, plusieurs organisations de premier plan, telles que les Nations Unies (ONU) ou l'organisation mondiale de la santé (OMS), continuent de produire des documents politiques traitant de la santé sexuelle et reproductive, des droits et du vieillissement, n'incluant aucune mention de la violence sexuelle chez les personnes âgées, aussi bien comme facteur de risque pour leur santé, que comme potentiel groupe à risque.*

1.2. Sensibilisation de la société à la sexualité positive et au respect de l'intimité sexuelle

chez les personnes âgées, ainsi que la prévention de la violence sexuelle et d'autres formes de violences envers les personnes âgées.

Les résultats de la recherche UN-MENAMAIS : *Nous avons constaté que 31% des adultes de 70 ans et plus vivant en Belgique sont sexuellement actifs et que 32% ont expérimenté de la tendresse physique au cours des 12 derniers mois. Néanmoins, les personnes âgées sont encore trop souvent considérées comme asexuelles par la société. Cette croyance sociétale peut favoriser le déni de la violence sexuelle chez les personnes âgées ou empêcher le processus d'identification de la violence pour ces derniers.*

2. Formation

2.1. Les professionnels de la santé travaillant avec des personnes âgées doivent être formés qualitativement, grâce à la formation, aux outils de détection et aux protocoles de soins, pour être en mesure d'engager un dialogue avec les personnes âgées sur la santé sexuelle, la violence sexuelle et son impact sur la santé mentale.

Les résultats de la recherche UN-MENAMAIS : *La majorité des victimes âgées (60%) n'a jamais divulgué leur expérience de violence sexuelle et 94 % de l'échantillon n'a jamais cherché d'aide auprès d'un professionnel de santé. De plus, les victimes*

âgées souhaitent que les professionnels de la santé entament spontanément la discussion sur la question de la santé sexuelle et des violences sexuelles. Cependant, des recherches antérieures ont montré que de nombreux professionnels de la santé ne se sentent pas à l'aise pour aborder les thématiques de la sexualité et des violences sexuelles avec les personnes âgées.

2.2. **Former les professionnels du droit** concernant la violence sexuelle, ainsi que sa dénonciation, chez les personnes âgées

Les résultats de la recherche UN-MENAMAIS : La violence sexuelle est répandue chez les personnes âgées, 44,2% ont subi au moins une forme de violence sexuelle au cours de leur vie (55,2 % des femmes et 29,0% des hommes) et 8,4 % ont subi une forme de violence sexuelle au cours des 12 derniers mois. Comme mentionné précédemment, la violence sexuelle se poursuit jusqu'à un âge avancé et la majorité des victimes âgées n'a jamais révélé son expérience et n'a jamais demandé l'aide d'un professionnel de santé. Les personnes âgées qui ont souhaité divulguer leur expérience ont attendu parfois plus de 50 ans avant de le faire. De plus, seulement 4 % des personnes âgées ont indiqué avoir déposé plainte auprès de la police. Des recherches américaines antérieures sur des simulations de procès ont montré que les personnes âgées qui portent plainte ne sont souvent pas crues, ce qui n'a abouti qu'à 25 à 30 % de verdicts de culpabilité.

3. **Prévention et soins**

3.1. **Chaque institution travaillant avec des personnes âgées devrait avoir une politique de santé sexuelle** qui mettrait l'accent sur la nécessité d'une sexualité positive, le respect de l'intimité, ainsi que sur la prévention et la mise en place de stratégies adaptées aux violences sexuelles.

Les résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Comme indiqué précédemment, les personnes âgées sont toujours sexuellement actives après l'âge de 70 ans et peuvent toujours être victimes de violences sexuelles (in) directes, y compris des viols.

3.2. Offrir des **soins centrés sur la personne** aux personnes âgées victimes de violence sexuelle

Les résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Les victimes âgées continuent à faire face aux effets à long terme sur la santé mentale de la violence sexuelle survenue plus tôt au cours de leur vie. Avoir subi des violences sexuelles est lié à la dépression, à l'anxiété, au développement de syndrome de stress post-traumatique et à la consommation excessive d'alcool chez les personnes âgées. Par conséquent, une prise en charge sur mesure pour les victimes âgées, adaptée aux besoins et aux souhaits de la victime est nécessaire. Nous recommandons d'incorporer un questionnaire de routine sur les antécédents de violence sexuelle et l'application d'outils/techniques de détection pour les personnes âgées qui présentent des problèmes de santé mentale.

4. **Besoins supplémentaires en matière de recherche**

4.1. Quelle est la nature et l'ampleur de la violence sexuelle chez les personnes âgées atteintes d'un **déclin cognitif** ?

Les résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Cette étude a montré que la violence sexuelle est prévalente en Belgique et se poursuit jusqu'à un âge avancé. Afin de participer à notre étude, les personnes âgées devaient avoir une capacité cognitive suffisante pour terminer l'entretien et, par conséquent, les personnes âgées présentant un déclin cognitif ont été exclues de la participation. Malgré le fait que des études antérieures aient montré que les personnes âgées ayant des problèmes cognitifs courent un risque plus élevé pour plusieurs types d'abus, la nature et l'ampleur de la violence sexuelle chez les personnes âgées présentant un déclin cognitif restent à ce jour inconnues en Belgique.

4.2. **Quelle est l'efficacité et la faisabilité des lignes directrices cliniques** sur la détection, la prévention et la réponse à la violence sexuelle chez les personnes âgées ?

Les résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Cette étude a montré que les personnes âgées sont prêtes à parler de violence sexuelle. Discuter de la vie familiale et de la santé sexuelle au début de l'entretien a permis aux participants de créer un lien de confiance avec les enquêteurs, ce qui les a aidé à divulguer les violences sexuelles plus tard. De plus, nous avons formé nos enquêteurs à la communication sans jugement. Néanmoins, notre approche n'était pas encore validée dans un contexte

clinique. Les directives actuelles sur l'évaluation et la réponse aux violences sexuelles ne sont disponibles que pour les enfants et les adolescents. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour vérifier si ces lignes directrices peuvent être extrapolées à la violence sexuelle chez les personnes âgées.

4.3. Comment mesurer correctement la négligence sexuelle en tant que forme de violence sexuelle ?

Les résultats de la recherche UN-MENAMAIS : En 2017, un groupe de scientifiques, de praticiens et de politiciens, québécois et canadiens, ont défini le concept de négligence sexuelle comme « un manquement à l'obligation de protection de la vie privée, le non-respect de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre d'une personne, le fait de traiter les personnes âgées comme des êtres asexuels et/ou de prévenir d'exprimer leur sexualité, etc. ». Nous soutenons que la négligence sexuelle devrait être intégrée dans la définition de la violence sexuelle. Cependant, une mesure standardisée pour évaluer adéquatement la négligence sexuelle doit encore être développée.

4.4. Quel est l'impact à long terme de la violence sexuelle sur la santé physique (par exemple, la fragilité) et la santé financière?

Les résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Au cours de la dernière décennie, plusieurs recherches ont mis en évidence les conséquences négatives de la violence sexuelle sur la situation économique et professionnelle, l'accomplissement scolaire et professionnel, ainsi que les maladies chroniques et les comportements de santé. Cependant, ces études se sont principalement concentrées sur les populations plus jeunes et féminines, au détriment des personnes âgées et des hommes. Les données concernant les conséquences sur la santé et les finances de la violence sexuelle font défaut en Belgique et pourraient fournir des pistes pour lutter contre les violences sexuelles par-delà les soins de santé.

GROUPES MINORITAIRES

1. Prévention et formation

1.1. Les stratégies de prévention doivent inclure l'ensemble des groupes minoritaires et prendre en compte les facteurs de risque spécifiques à ces populations.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Les personnes appartenant à la communauté LGBTQIA+ (Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Trans, Queers/en Questionnement, Intersexes, Asexuels, pansexuels, omnisexuels ou toutes autres identifications non genrées et/ou non hétérosexuelles) sont plus exposées à la violence sexuelle que le reste de la population : 80 % d'entre elles ont déjà été exposées à une forme de violence sexuelle au cours de leur vie ; 79 % ont été victimes de violence sexuelle sans contacts physiques et 42% ont déjà subi des violences sexuelles impliquant des contacts physiques, dont 24 % de (tentative de) viol. L'un des facteurs de risque spécifique identifié durant l'étude est le fait de s'identifier comme appartenant à un groupe minoritaire ($RD = .81 (.76-.86 ; p = .000)$) et d'avoir subi du stress minoritaire ($OR = 2.935 (1.190-7.238 ; p = .019)$), cette combinaison augmentant de façon significative l'exposition à la violence sexuelle.

Il est par ailleurs inquiétant de constater que 84% des demandeurs de protection internationale (DPI) ont indiqué avoir déjà été exposés à de la violence sexuelle au cours de leur vie et que 61% d'entre eux y ont été exposés au cours de l'année écoulée. La plupart des victimes résidaient déjà en Belgique au moment des faits.

1.2. Former les professionnels (par exemple, les travailleurs de la santé, les fonctionnaires de la loi, ...) à une communication qui tient compte de la diversité des victimes et qui insiste sur l'existence de services de soins pour les agressions sexuelles.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Ne pas être pris au sérieux ou voir son témoignage remis en doute à cause de son appartenance à la communauté LGBTQIA+ - en plus des barrières identifiées au sein de la population générale – sont des obstacles importants pour demander de l'aide pour les victimes de violence sexuelle.

Près de 62% des victimes chez les demandeurs de protection internationale (DPI) n'ont divulgué le fait d'avoir été victime de violence à personne. Presque aucun d'entre eux n'a porté plainte à la police et il reste très rare que les victimes de violences sexuelles cherchent à obtenir des soins auprès de professionnels (1%). Les obstacles à la recherche d'aide sont principalement liés à la volonté d'éviter la stigmatisation et la honte, mais aussi à des expériences négatives antérieures avec des professionnels et la police, poussant ainsi les DPI à chercher à éviter d'être à nouveau exposés à ces expériences.

La communication tenant compte de la diversité ne fait actuellement pas partie de la formation de base des professionnels travaillant avec les victimes. Il est urgent d'intégrer cette compétence, transférable dans les programmes d'études de licence et de master, et de prévoir une formation continue afin de développer celle-ci chez l'ensemble des professionnels.

- 1.3. **L'éducation à la vie relationnelle et sexuelle doit être centrée sur une vision positive de la sexualité** et aller au-delà des approches hétéronormatives et cis-normatives.

Résultats de la recherche de l'UN-MENAMAIS : *Durant l'étude qualitative, l'étude a démontré que les personnes LGBTQIA+ disposent de trop peu de modèles non-hétérosexuels et non-cisgenres auxquels s'identifier. Ces participants ont également déclaré avoir manqué d'informations sur les couples de même sexe, les types de relations alternatives, la diversité des orientations sexuelles et des identités de genre en grandissant ainsi que manquer d'opportunités afin de poser des questions sur ces sujets lors de l'éducation relationnelle et sexuelle, à l'école et dans leur foyer. Ce qui est considéré comme "normal" comme dynamique relationnelle et les activités sexuelles n'est pas clair pour de nombreuses personnes LGBTQIA+, ce qui rend difficile l'établissement de limites ainsi que l'expression du consentement ou l'identification de la violence sexuelle lorsqu'elle se produit.*

2. Des soins accessibles, abordables et de qualité

- 2.1. **Prendre des mesures de santé publique et lancer des campagnes de sensibilisation afin de prévenir les violences sexuelles et diminuer le stress minoritaire** chez les personnes LGBTQIA+.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : *Le stress minoritaire est défini comme l'impact des facteurs de stress supplémentaires que subissent les individus appartenant à des groupes minoritaires en raison de l'exposition (in)directe à la stigmatisation, aux préjugés et à la discrimination (Meyer, 2003). Les personnes LGBTQIA+ qui se sont identifiées comme appartenant à un groupe minoritaire, et qui ont subi un stress minoritaire, ont indiqué avoir été exposé de façon significativement plus important que le reste de la population à différentes formes de violence sexuelle.*

- 2.2. **Augmenter l'accès aux soins de santé mentale et à l'accompagnement social** des demandeurs de protection internationale en les informant sur leurs droits aux soins de santé et en les aidant à s'orienter au sein du système de santé.

Résultats de la recherche de l'UN-MENAMAIS : *62% des victimes DPIs n'ont révélé leur victimisation à personne. Presque aucun d'entre eux n'a effectué de déclaration à la police et le recours à des soins professionnels en cas de violence sexuelle reste très rare (1%). Les obstacles à la recherche d'aide sont principalement liés à la volonté d'éviter la stigmatisation et la honte, mais aussi à des expériences négatives antérieures avec d'autres professionnels et la police. Les DPIs sont souvent confrontés à de nombreux obstacles pour accéder à des soins appropriés. Par conséquent, de nombreuses conséquences de la violence sexuelle, qui sont de nature temporaire, peuvent devenir chroniques ou s'aggraver et entraîner des complications graves en raison de l'absence de soins appropriés. Les DPIs sont également exposés à un risque accru de développer des problèmes de santé mentale. Beaucoup d'entre eux ont vécu plus d'un événement traumatique ainsi que des difficultés liées à des expériences antérieures et postérieures à la migration. Les problèmes de santé mentale ont été identifiés comme étant associés à un risque de victimisation accrue.*

3. Communication

- 3.1. **Les politiques publiques devraient inclure l'ensemble des groupes minoritaires** en tant que groupes à risque pour la violence sexuelle, au sein des politiques sur la violence, la santé mentale ou sexuelle, et devraient être développées en partenariat avec ces groupes.

Résultats de la recherche de l'UN-MENAMAIS : *80% des personnes LGBTQIA+ et 84% des demandeurs de protection*

internationale ont déjà été exposés à de la violence sexuelle au cours de leur vie. Cependant, l'acceptation des mythes du viol est encore trop souvent observée dans les politiques actuelles, par exemple en se concentrant uniquement sur les victimes féminines blanches et des agresseurs masculins. Les groupes minoritaires devraient être inclus dans le développement de ces politiques afin de garantir une sensibilisation à la diversité ainsi que d'éviter de propager des messages stigmatisants et porteurs de stress minoritaire.

3.2. Inclure des personnes de tous les genres, orientations sexuelles, couleurs de peau, origines culturelles, etc. dans les campagnes sur la santé et la violence sexuelle.

Résultats de la recherche de l'UN-MENAMAIS : 80% des personnes LGBTQIA+ et 84% des demandeurs de protection internationale (DPI) ont déjà été exposés à de la violence sexuelle au cours de leur vie. Parmi les DPI, les hommes (85%) et les femmes (80%) présentent un même risque similaire d'être victimes de violences sexuelles. Pourtant, cette dernière est principalement représentée par le script de jeunes femmes blanches agressées par des hommes. Cette image stéréotypée renforce la pensée binaire de genre, ainsi que l'hétéronormative, et échoue à saisir la réalité de la violence sexuelle en tant que problème sociétal. En outre, les dynamiques croisées du racisme et du sexisme peuvent être observées au sein du discours public lorsque les hommes migrants sont principalement représentés comme des agresseurs et leurs victimes comme des femmes blanches autochtones. Cette représentation met de côté la position particulièrement vulnérable des femmes musulmanes ainsi que des femmes appartenant aux groupes minoritaires (Vietsen, 2018).

3.3. Changer positivement l'image de la police afin d'accroître le dépôt de plaintes des personnes issues de groupes minoritaires, car des expériences négatives antérieures avec la police peuvent entraver le signalement des violences sexuelles auprès d'eux, ainsi que la confiance dans les conséquences et les avantages potentiels liés à la procédure judiciaire.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Outre le fait de ne pas chercher d'aide professionnelle, les victimes de violence sexuelle LGBTQIA+ n'ont globalement pas signalé ces événements à la police. Près de 67% des victimes de violence sexuelle LGBTQIA+ considéraient que leur expérience n'était pas suffisamment grave pour aller à la police.

Presque aucun des DPI n'a également fait de déclaration auprès de la police et le recours à des soins professionnels lors de violences sexuelles est resté très rare (1%). Les obstacles à la recherche d'aide sont principalement liés à la volonté d'éviter la stigmatisation et la honte, mais aussi à des expériences antérieures négatives avec d'autres professionnels et la police.

4. Besoins supplémentaires en matière de recherche

4.1. Explorer les vulnérabilités partagées et spécifiques à la population générale et aux groupes minoritaires afin de comprendre pleinement la dynamique sous-jacente aux violences sexuelles et son impact sur les demandeurs de protection internationale, les minorités sexuelles et de genre, ainsi que les autres groupes minoritaires.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : En Belgique et en Europe, des études sur les violences sexuelles dans des échantillons représentatifs des populations des demandeurs de protection internationale, ainsi que des minorités sexuelles et de genre, font défaut (De Schrijver et al., 2018). D'une part, les études axées sur les groupes minoritaires restent rares, d'autre part les études représentatives à l'échelle nationale au sein de la population générale ne collectent pas de données qui permettraient d'identifier des sous-groupes minoritaires. Ainsi, identifier l'occurrence de phénomènes, vulnérabilités et besoins au sein de groupes minoritaires spécifiques reste trop souvent limité, en comparaison avec les études portant sur la population générale.

4.2. Des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de comprendre comment le stress minoritaire peut affecter les groupes minoritaires et quels sont les mécanismes sous-jacents augmentant le risque de subir de la violence sexuelle.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Les facteurs de risque spécifiques que nous avons identifiés sont : chez les personnes LGBTQIA+ l'identification à un groupe minoritaire, l'expérience du stress minoritaire et le fait de considérer son identité de genre comme étant féminine, sont des facteurs de risque identifiés augmentant significativement le risque d'exposition à la violence sexuelle.

ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX

1. Des soins de qualité et accessibles

- 1.1. Jusqu'à ce que les Centres de Prise en Charge des Violences Sexuelles (CPVS) soient pleinement développés dans tous les arrondissements judiciaires belges, **tous les modèles médico-légaux existants doivent être pris en considération** afin d'éviter une inégalité de traitement à l'égard des victimes.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Nous sommes actuellement dans une phase de transition dans laquelle différents modèles médico-légaux pour la prise en charge des victimes de violences sexuelles sont appliqués selon les arrondissements et assurent donc des traitements différenciés aux victimes.

- 1.2. **Une personne devrait être chargée de la coordination** du réseau des acteurs (police, magistrat, services d'aide aux victimes, etc.) impliqués dans la procédure du Set d'Aggression Sexuelle (SAS).

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : La communication entre les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre du SAS est limitée. En conséquence, les informations sont insuffisamment échangées, ce qui entraîne un moins bon accueil des victimes et des résultats médico-légaux plus limités. Les victimes ne savent souvent pas vers qui se tourner pour obtenir diverses formes d'assistance (juridique, psychologique, etc.). Actuellement, aucun acteur professionnel n'est engagé et rémunéré pour organiser cette indispensable coordination des informations entre les acteurs lors de l'administration d'un SAS à une victime de violence sexuelle.

- 1.3. **La proximité et l'accessibilité** des services d'aide et de médecine légale doivent être garanties, indépendamment du modèle.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Les victimes et les acteurs professionnels insistent sur la nécessité de la proximité et l'accessibilité des services de soins et des services médico-légaux (par exemple, hôpital, SACC, institut médico-légal).

- 1.4. Les réseaux et l'expertise existants doivent être mobilisés au sein des CPVS et **le soutien spécialisé doit être étendu à long terme**.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Les Centres de prise en charge des victimes de violences sexuelles (CPVS) répondent mieux aux besoins des victimes sur le plan médico-légal, médical et psycho-social et aussi en termes de reconnaissance sociale, mais des problèmes ou des effets pervers sont encore présents. A l'heure actuelle, il n'y a pas encore de CPVS dans chaque province, ce qui signifie qu'ils ne sont pas encore disponibles pour toutes les victimes en Belgique. En outre, l'accent est actuellement mis sur les soins aigus plutôt que sur les soins à long terme. Cela place l'attention sur les victimes qui ont été récemment victimisées (violence sexuelle aiguë) et ne répond donc pas suffisamment aux besoins des victimes dont la victimisation n'est pas récente. Par ailleurs, cette approche ne permet pas toujours d'assister de manière adéquate les victimes de violences sexuelles aiguës car le besoin d'aide n'apparaît souvent qu'à une date ultérieure, bien après que les victimes se soient rendues au CPVS. En outre, renforcer la connexion avec les réseaux psycho-sociaux existants et la connaissance des impératifs judiciaires sont des éléments qui peuvent encore faire l'objet d'améliorations.

- 1.5. **L'accompagnement psycho-socio-juridique doit être prolongé dans le temps** pour répondre aux besoins à long terme de la victime.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : L'assistance actuelle est centrée sur le soutien aux victimes qui parviennent à se faire soigner peu de temps après les violences et beaucoup moins pour les victimes pour lesquelles la victimisation a duré plus longtemps. Cependant, les victimes indiquent qu'au début, elles pensent pouvoir gérer la situation et l'impact de la violence, mais qu'à plus long terme, elles se rendent compte que ce n'est pas le cas. L'aide disponible à ce moment-là est encore trop limitée ou difficile d'accès pour les victimes.

- 1.6. **La reconnaissance non-judiciaire des victimes doit être développée** et envisagée pour répondre aux attentes profondes des victimes.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : De nombreuses affaires d'agressions sexuelles sont classées sans suite, par exemple en raison du manque de preuves. Par conséquent, les victimes de violences sexuelles ne voient pas leur victimisation reconnue sur le plan judiciaire. Il s'agit souvent d'une difficulté inhérente à la logique juridique, qui implique l'utilisation d'outils de preuve spécifiques. En conséquence, les victimes ne se sentent pas entendues, ce qui complique leur processus d'adaptation. Si la reconnaissance judiciaire est une façon pour les victimes de se sentir reconnues, la reconnaissance sociale peut aussi venir d'autres agents/agences.

2. Formations et actions

- 2.1. Fournir **une formation spécialisée et un personnel dédié** dans chacun des cadres disciplinaires (judiciaire, médical, policier, psycho-social, etc.) pour prendre en charge une victime subissant une procédure SAS.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Le set d'agression sexuelle (SAS) est un outil connu des médecins mais que seul un nombre limité d'entre eux l'ont déjà utilisé et connaissent les possibilités qu'il offre. Par conséquent, des opportunités peuvent être manquées d'orienter une victime vers un prélèvement ou d'effectuer les bons prélèvements. Les médecins semblent se concentrer principalement sur les conséquences médicales et psychologiques des violences sexuelles et sont, en raison de leur manque de connaissances et de formation dans ce domaine, moins soucieux d'orienter les victimes vers des services où des preuves médico-légales peuvent être recueillies de manière qualitative ou vers les autorités judiciaires appropriées. Les acteurs professionnels et les victimes déclarent également que la formation spécialisée et la nomination d'un personnel dédié à la prise en charge des faits de violence sexuelle dans les secteurs policier, judiciaire et psycho-social est de nature à améliorer la prise en charge des victimes de violence sexuelle.

- 2.2. **Des campagnes de sensibilisation et de prévention primaire** doivent être mises en place auprès des victimes, des agresseurs et de leur entourage, afin d'accroître la capacité des personnes à reconnaître les violences sexuelles et à les qualifier comme telles.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Il apparaît qu'il existe un manque de sensibilisation des victimes, des agresseurs et de leur entourage sur ce que recouvre la violence sexuelle. Les acteurs professionnels et les victimes mettent en évidence, dès lors, que les victimes ont du mal à étiqueter leur victimisation et à demander de l'aide. Cela implique que le temps peut être très long entre la compréhension que ce qui s'est passé constitue une violence sexuelle, qu'une aide et des soins leur seraient bénéfiques pour surmonter l'événement, et d'éventuellement se présenter pour en faire la demande auprès des institutions.

3. Besoins supplémentaires en matière de recherche

- 3.1. Réaliser **une recherche évaluative de la qualité des traces médico-légales** selon les différents modèles et de leur impact judiciaire dans les affaires de violences sexuelles, et explorer davantage **l'impact de l'expertise médico-légale sur la procédure judiciaire** (par exemple en réalisant une étude de cas de dossiers judiciaires).

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Les acteurs professionnels soulignent la différence possible au sein des modèles existants concernant la qualité des traces collectées et l'interprétation de cette expertise.

- 3.2. **Evaluer la place de la médecine légale** et sa capacité à répondre aux tâches médico-légales, dans les cas de violences sexuelles, et plus généralement dans le système judiciaire.

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : En général, il y a un manque évident de médecins légistes pour effectuer toutes les tâches médico-légales. Le manque d'investissement dans ce domaine implique que des solutions doivent être trouvées pour pallier ce manque. Dans le domaine des violences sexuelles en particulier, c'est ce qui a conduit à l'adoption du set agression sexuelle il y a de nombreuses années, et plus récemment des centres de prise en charge des violences sexuelles, avec des compétences différentes. Un médecin, une infirmière médico-légale, un médecin légiste ont une approche différente : cela va de l'analyse et du traitement cliniques aux déterminations objectives. Les avis sont partagés quant à l'approche qui donne les meilleurs résultats pour l'enquête judiciaire et qui, en définitive, contribue le plus aux soins des victimes.

3.3. **Examiner de nouveaux moyens** permettant aux victimes de violences sexuelles de **renforcer leur reconnaissance sociale et judiciaire** (sentiment de justice).

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Tous les modèles médico-légaux peuvent induire une victimisation secondaire liée à la confrontation de la victime avec la logique judiciaire, telle qu'une procédure longue où les victimes ne sont pas suffisamment informées sur la procédure judiciaire et ses résultats possibles. Les victimes sont souvent déçues par le résultat de la procédure judiciaire.

En savoir plus

Les présentations des résultats de la recherche peuvent être consultées individuellement par thème via:

1. Capsule 1: Methodology of the UN-MENAMAIS survey & qualitative study: <https://vimeo.com/559891663/bbd76ac566>
2. Capsule 2: Sexual violence in the Belgian population aged 16-69: <https://vimeo.com/559891909/9a49e99237>
3. Capsule 3: Sexual violence in older adults in Belgium: <https://vimeo.com/559892123/d3232ac805>
4. Capsule 4: Sexual violence in minority groups in Belgium (LGBT+ & AIPs): <https://vimeo.com/559892366/ec05ba53f6>
5. Capsule 5: Forensic responses to victims of sexual violence: <https://vimeo.com/559892526/ff23a9ac80>

Les résultats de cette étude ont été présentés lors du séminaire international en ligne "Beyond the tip of the iceberg. Violence sexuelle en Belgique" qui a eu lieu le 17 juin 2021. Le séminaire complet peut être revu via <https://vimeo.com/565683481/4682c8ed05>.

Coordonnées

Contact

COORDINATRICE PROJET :

Prof dr Ines Keygnaert, Université de Gand-ICRH

Ines.Keygnaert@UGent.be

MEMBRES DU CONSORTIUM :

Lotte De Schrijver, chercheuse et psychologue clinicienne, UGent-ICRH

Dr. Anne Nobels, chercheuse et stagiaire en psychiatrie, UGent-ICRH

Prof dr Christophe Vandeviver, promoteur de recherche, UGent-IRCP

Prof dr Tom Vander Beken, promoteur de recherche, UGent-IRCP

Evelyn Schapansky, chercheuse et psychologue clinicienne, UGent-IRCP

Laurent Nisen, promoteur de recherche, ULiège-CARE-ESPRist

Adina Cismaru-Inescu, chercheuse et sexologue clinicienne, ULiège-CARE-ESPRist

Bastien Hahaut, chercheur et psychologue, ULiège-CARE-ESPRist

Anne Lemonne, promotrice de recherche (PhD), Criminology Department NICC

Bertrand Renard, promoteur de recherche (PhD), Criminology Department NICC

Caroline Stappers, chercheuse, Criminology department NICC

Marijke Weewauters, cheffe du service fédéral des violences basées sur le genre, IEWM

Zoë De Bauw, service fédéral des violences basées sur le genre, IEWM

Dr. Nicolas Berg, médecin en gériatrie, Respect Seniors



Brain-be

Belgian Research Action through Interdisciplinary Networks

POLICY BRIEF

Policy Brief n° [1]

UN-MENAMAIS - Een beter begrip van mechanismes, aard, omvang en impact van seksueel geweld in België

Seksueel geweld (SG) is een belangrijk maatschappelijk en justitieel probleem met grote impact op de Belgische volksgezondheid. Het UN-MENAMAIS project had tot doelstelling een beter begrip te verkrijgen van de mechanismes, aard, omvang en impact van seksueel geweld op slachtoffers van alle leeftijden en genders en met verschillende seksuele oriëntaties en legale statussen, hun peers, nakomelingen, professionals en de Belgische maatschappij. Op basis van de bevindingen in deze studie werden onderstaande beleidsaanbevelingen geformuleerd.

Context en onderzoeksvragen

Context

Seksueel geweld (SG) is een belangrijk maatschappelijk en justitieel probleem met grote impact op de Belgische volksgezondheid. Toch ontbrak nog een vergelijkende en representatieve studie naar SG geweld in België. SG heeft een belangrijke impact op het seksueel, fysiek en psychisch welzijn van slachtoffers, hun peers, nakomelingen en omgeving. Slachtoffers van seksueel geweld op kinderleeftijd hebben meer kans om opnieuw slachtoffer te worden, zelf pleger te worden of onaangepaste ouderlijke praktijken te ontwikkelen die bijdragen tot de intergenerationele overdracht van geweld. De complexe mechanismen achter deze copingstrategieën en de effectiviteit van aanpak bij alle genders zijn onvoldoende onderzocht. Bij aanvang van het UN-MENAMAIS project in 2017, pleitte het Nationaal Actieplan ter Bestrijding van alle Vormen van Gendergerelateerd Geweld voor een holistische aanpak van SG slachtoffers. Verder werd toen net een Ministerieel Besluit over de Seksueel Agressie Set (SAS) uitgevaardigd op het moment dat ook de Zorgcentra voor Seksueel Geweld geïmplementeerd werden. Een recente regionalisering van bevoegdheden leidt verder tot een verandering van het justitieel landschap. Vandaar de noodzaak tot een representatieve prevalentiestudie over SG in België, inclusief alle kwetsbaarheden betreffende slachtoffer- en daderschap.

Doelstellingen

Bijdragen aan een beter begrip van de mechanismes, aard, omvang en impact van SG op mannelijke, vrouwelijke en transgender slachtoffers, peers, nakomelingen, professionals en de Belgische maatschappij en het creëren van beleidsmaatregelen en strategieën voor preventie en aanpak van SG.

Specifieke doelstellingen:

- Doelstelling 1: Nagaan welke ideeën de Belgische bevolking (16j - 100j) heeft over SG.

- Doelstelling 2: Exploreren in welke mate de onderzoekspopulatie blootgesteld werd aan SG sinds kinderleeftijd. We bestuderen ervaringen van slachtoffers, daders, peers en familie van verschillende generaties.
- Doelstelling 3: Bekijken wat de impact van deze blootstelling was op het leven van het slachtoffer, familie, peers en de professionele hulp die ze gezocht hebben.
- Doelstelling 4: Onderzoek van de historische, sociale en technische constructie van SAS en de impact ervan op huidig en toekomstig forensische praktijken na seksueel geweld door zorgverleners.
- Doelstelling 5: Formuleren van aanbevelingen voor toekomstige beleidsmaatregelen en sensibiliseringscampagnes rond SG geweld in België.

Methode

We pasten een mixed methods methodologie toe. We combineerden een literatuurstudie met een enquête over SG slachtoffer- en daderschap in de algemene bevolking en diepte interviews met SG slachtoffers. Daarnaast verrichtten we een enquête en focusgroepgesprekken over de SAS met zorgverleners en beëindigden het project met een afsluitend seminarie waarin we een Café Dialogue met professionals en SG slachtoffers hielden over de beleidsaanbevelingen.

Voornaamste bevindingen

BELGISCHE BEVOLKING VAN 16 TOT 69 JAAR

Onze studie toont aan dat 64% van de inwoners in België tussen 16 en 69 jaar oud een vorm van seksueel slachtofferschap heeft meegemaakt in hun leven (81% van de vrouwen en 48% van de mannen). Bovendien maakte 44% seksueel geweld mee in de 12 maanden die aan hun deelname voorafgingen.

Seksueel geweld in de levensloop: ongeveer vier op vijf vrouwen (78%) en twee op vijf mannen (41%) meldden een vorm van hands-off seksueel slachtofferschap (geen fysiek contact tussen de pleger en het slachtoffer). Hands-on seksueel geweld is door twee op de vijf vrouwen (42%) en één op de vijf mannen (19%) gemeld. Voor 19% van de vrouwen en 5% van de mannen ging het in deze hands-on vorm van seksueel geweld om verkrachting.

Seksueel geweld in het afgelopen jaar: Meer dan de helft van de vrouwen (55%) en een derde van de mannen (31%) kregen in de afgelopen 12 maanden te maken met een vorm van hands-off seksueel geweld. Voor hands-on seksueel geweld in de voorbije 12 maanden gebeurde dit bij 10% van de vrouwen en 6% van de mannen.

OUDEREN

Ook ouderen worden slachtoffer van seksueel geweld. Eén op 12 ouderen (8.4%) had in de afgelopen 12 maanden te maken met seksueel geweld, 2.5% rapporteerde seksueel geweld met aanraking en 0,6% meldde (een poging tot) verkrachting. Vrouwen en mannen werden in de afgelopen 12 maanden in gelijke mate slachtoffer. Ouderen zijn niet asexueel, 31% van de 70-plussers is seksueel actief en 32% ervoer fysieke tederheid in de laatste 12 maanden.

Veel ouderen maakten seksueel geweld mee, 44% heeft tijdens hun leven een vorm van seksueel geweld meegemaakt (55% van de vrouwen en 29% van de mannen). Bijna de helft van de vrouwen (45%) en één op vier mannen (22%) rapporteerde seksuele intimidatie zonder aanraking. Eén op drie vrouwen (35%) en één op zes mannen (16%) had te maken met seksueel geweld met aanraking. Eén op 12 vrouwen (8%) en 3% van de mannen meldde (een poging tot) verkrachting.

MINDERHEIDSGROEPEN

LGBTQIA+ personen worden meer aan seksueel geweld blootgesteld dan niet-LGBTQIA+ personen: 80% werd blootgesteld aan een vorm van seksueel geweld; 79% ervaart hands-off seksueel geweld en 42% hands-on seksueel geweld, waarvan 24% (poging tot) verkrachting betrof.

LGBTQIA+ personen die zich identificeerden als behorend tot een minderheidsgroep en die minderheidsstress ervaren rapporteerden significant meer blootstelling aan seksueel geweld. 43% van de LGBTQIA+ slachtoffers vertelde niemand over het seksueel geweld dat ze hadden meegemaakt; 90% zocht na het seksueel geweld nog geen professionele hulp.

84% van de verzoekers om internationale bescherming maakte ooit seksueel geweld mee. 61% van de verzoekers om internationale bescherming maakte in het afgelopen jaar seksueel geweld mee. De meeste slachtoffers verbleven op dat moment al in België.

FORENSISCHE ASPECTEN

Bijna 70% (N = 1951) van de ondervraagde artsen heeft tijdens zijn loopbaan ten minste één slachtoffer van seksueel geweld gezien, maar de slachtoffers melden zich meestal pas na enkele jaren.

Wij bevinden ons momenteel in een overgangsfase waarin verschillende forensische modellen worden toegepast. Een SAS-procedure (Seksuele Agressie Set) heeft zijn beperkingen: er zijn veel actoren bij betrokken, soms zonder voldoende specifieke opleiding en weinig communicatie tussen hen; het duurt lang; het is een koude procedure... De Zorgcentra na Seksueel Geweld beantwoorden beter aan de behoeften van slachtoffers vanuit medisch-juridisch, medisch en psychosociaal oogpunt, maar er zijn nog steeds problemen of perverse effecten. Zij zijn nog niet beschikbaar voor alle slachtoffers in alle provincies; de nadruk ligt op dringende zorg voor slachtoffers van recent seksueel geweld; ook wordt nog te weinig rekening gehouden met bestaande psychosociale netwerken en deskundigheid, en kan de kennis van juridische procedures verbeterd worden.

Ongeacht het forensisch model worden slachtoffers systematisch geconfronteerd met secundaire victimisatie als gevolg van het langdurige juridische proces waarover zij weinig informatie krijgen. Ook wordt hun slachtofferschap vaak niet erkend vanwege de gerechtelijke logica, die het gebruik van specifieke bewijsmiddelen impliceert, en waarvoor forensisch bewijs niet altijd toereikend is. Tenslotte is er een duidelijk tekort aan forensische artsen die alle forensische taken kunnen uitvoeren voor het gerechtelijk onderzoek en die uiteindelijk kunnen bijdragen aan optimale zorg voor de slachtoffers.

Conclusie en aanbevelingen

BELGISCHE BEVOLKING VAN 16 TOT 69 JAAR

1. Preventie & opleiding

- 1.1. Begin reeds in de vroege kindertijd met **vorming** over het stellen en aanvaarden van grenzen, seksuele toestemming, relatievorming en positieve seksualiteit, en pas dit per leeftijdsgroep aan. Stel dus ook opleidingen samen die gericht zijn op volwassenen en ouderen.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Preventie van seksueel geweld vereist open communicatie over het stellen en respecteren van elkaars grenzen. Het proces van identificatie van geweld speelt een sleutelrol in de onderliggende mechanismen van seksueel geweld: (1) vaststellen dat men is blootgesteld aan seksueel geweld lijkt een katalysator te zijn voor de impact die het heeft op het leven van (in)directe slachtoffers en (2) vaststellen dat men onrecht is aangedaan is essentieel voor het zoeken van hulp alsook in de keuzes omtrent het soort hulp dat gezocht wordt.

- 1.2. Alle openbare en particuliere instellingen (bv. scholen, ziekenhuizen, overheidsdiensten, fabrieken, verenigingen, woonzorgcentra, ...) zouden over een **beleid alsook preventie- en zorgstrategieën** ter bescherming en ondersteuning van (toekomstige en historische) slachtoffers van seksueel geweld moeten beschikken. Dit houdt ook de ontwikkeling van een veilige context om seksueel geweld te onthullen in alsook het voorzien in persoonsgerichte ondersteunings- en verwijspunten.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Seksueel geweld is wijdverspreid in de samenleving. 64% van Belgische inwoners tussen 16 en 69 jaar kreeg in hun leven te maken met een vorm van seksueel geweld. Ondanks het feit dat vrouwen vaker het slachtoffer zijn (81% vrouwen), zijn de percentages voor mannen ook zeer hoog: 48% meldde minstens één vorm van seksueel geweld. Seksueel slachtofferschap komt voor doorheen het hele leven en gaat door tot op hoge leeftijd: 8% van de ouderevolwassenen had in het afgelopen jaar te maken met seksueel geweld.

- 1.3. **Gezondheidswerkers moeten kwalitatief worden opgeleid** om zowel seksueel geweld als seksuele en geestelijke

gezondheidsproblemen bij hun patiënten aan te pakken, onder meer over hoe zij trauma-geïnformeerde zorg kunnen verlenen op een diversiteitgevoelige manier

UN-MENAMAIS-onderzoeksresultaten: *Zeer weinig slachtoffers gaven aan professionele hulp te hebben gezocht (7%). Hulp zoeken gebeurt wanneer slachtoffers verwachten dat zij hulp kunnen krijgen en dat de hulpverlener respectvol zal reageren als zij het geweld onthullen en dat deze vervolgens zal weten wat te doen. Professionals in de geestelijke gezondheidszorg hebben echter in recent ander onderzoek aangegeven dat er onvoldoende opleidingsmogelijkheden zijn om zich te specialiseren in (seksuele) traumabehandeling en om de competenties te verwerven om trauma- en stressor-gerelateerde stoornissen te behandelen (De Schrijver et al., 2021), bijgevolg zijn er in België te weinig traumadeskundigen en bestaan er lange wachtlijsten. Bovendien houdt het gebrek aan opleiding in trauma-geïnformeerde zorg voor alle hulpverleners het risico in dat seksueel geweld onopgemerkt blijft en dus vroege interventie belemmert en leidt tot vertraagde doorverwijzing. Uit de studie bleek ook dat hoewel heel wat artsen weet hadden van patiënten die het slachtoffer waren geworden van seksueel geweld, wist slechts een beperkt aantal van hen wist wat te doen naast het verlenen van medische zorg (zo hadden slechts weinigen van hen al een Seksuele Agressie Set uitgevoerd). Gezien hun gebrek aan opleiding op dit gebied, zijn ze onvoldoende vertrouwd met wat optimale zorg voor slachtoffers van seksueel geweld inhoudt en zijn ze dus minder geneigd om slachtoffers door te verwijzen naar diensten waar holistische zorg (forensisch onderzoek, medische & psychosociale zorg en toegang tot politie/justitie) kan worden geboden - zoals bijvoorbeeld de Zorgcentra na Seksueel Geweld - en verwijzen ze evenmin door naar forensische artsen of bevoegde gerechtelijke instanties. Ten slotte melden slachtoffers met een minderheidsachtergrond een gebrek aan diversiteitgevoelige zorg, waardoor zij niet veilig naar buiten kunnen treden.*

- 1.4 Opleiding van alle professionals werkzaam in rechtshandhaving** – zowel bij politie als justitie-, die mogelijks met slachtoffers van seksueel geweld in contact kunnen komen. Dit is van essentieel belang om er voor te zorgen dat hun taken voldoende slachtoffergericht zijn en kwaliteitsvol waarbij ze voorkomen dat tijdens het verhoor, het onderzoek en de gerechtelijke follow-up (bv. in de rechtbank) nog meer secundaire victimisatie en/of victim blaming optreedt, en om de informatieverstrekking en de uiteindelijke bereidheid om een klacht in te dienen, te bevorderen.

UN-MENAMAIS-onderzoeksresultaten: *Slechts 4% van de slachtoffers heeft het seksueel geweld bij de politie aangegeven (4%). Hulp zoeken gebeurt wanneer slachtoffers verwachten dat ze hulp kunnen krijgen en dat reacties op het onthullen behulpzaam zullen zijn. Veel slachtoffers geven aan geen aangifte te doen bij de politie omdat ze denken dat ze niet serieus genomen zullen worden of dat ze niet geloofd zullen worden omdat ze geen fysiek bewijs van het geweld kunnen leveren. Slachtoffers vrezen victim blaming. Daarnaast doen slachtoffers vaak geen aangifte bij de politie omdat ze denken dat de pleger niet gevat zal worden. Minderheden meldden dat ze in het verleden reeds (in)directe negatieve ervaringen met politieaangifte hadden gehad. Deze ervaringen hielden geen verband met seksueel geweld maar hebben wel invloed op hun bereidheid om seksueel geweld te melden. Het is dus essentieel dat wetshandhavers beter worden opgeleid, en dat het beeld over hoe zij seksueel geweld zullen aanpakken verbeterd.*

2. Kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg

- 2.1. Slachtoffers moeten beter naar passende zorg worden toe geleid** door het zorglandschap na slachtofferschap transparanter te maken en door alomvattende en gebruiksvriendelijke verwijzingsinstrumenten te ontwikkelen, die trajecten bevatten voor directe en indirecte slachtoffers van zowel acuut als historisch seksueel geweld.

UN-MENAMAIS-onderzoeksresultaten: *Zeer weinig slachtoffers zoeken formele hulp (7%) en nog minder doet aangifte bij de politie (4%). Hulp zoeken gebeurt wanneer slachtoffers verwachten dat zij hulp kunnen krijgen en dat reacties op het bekendmaken van de feiten zullen helpen. Schaamte, angst om niet geloofd of serieus genomen te worden, niet weten dat men geholpen kan worden of waar men hulp kan vinden,... zijn als belemmeringen voor het zoeken van hulp genoemd. Slachtoffers geven aan dat de zorg na seksueel slachtofferschap verbeterd kan worden door deze toegankelijk te maken voor (in)directe slachtoffers van acuut en historisch geweld, (2) betaalbaar te maken door psychologische zorg terug te betalen indien deze niet gratis wordt verleend zoals in de Zorgcentra na Seksueel Geweld en (3) kwalitatief te maken met gespecialiseerde persoonsgerichte zorg die wordt verleend door zorgverleners die getraind zijn in trauma-*

informed care en het creëren van veilige onthullingscontexten. Gezien deze grote behoefte aan veilige omstandigheden voor onthullingen, is het van cruciaal belang te investeren in “gemengde” vormen van psychologische zorg waarbij online vormen van hulp (bv. chatline, psycho-educatie) deel uitmaken van het algemene aanbod van kwalitatief hoogstaande zorg en niet alleen worden beschouwd als een toegangspoort voor doorverwijzing naar face-to-face hulp, aangezien deze laatste voor veel slachtoffers niet toegankelijk is (emotioneel, fysiek, financieel, ...).

2.2. Persoonsgerichte zorg verlenen aan slachtoffers van seksueel geweld

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *De Zorgcentra na Seksueel Geweld beantwoorden beter aan de behoeften van de slachtoffers op medisch-juridisch, medisch en psychosociaal vlak en ook op het vlak van sociale erkenning, maar er zijn nog steeds problemen of perverse effecten. Op dit ogenblik is er nog geen Zorgcentrum in elke provincie, wat betekent dat ze nog niet beschikbaar zijn voor alle slachtoffers in België. Bovendien wordt nu de nadruk gelegd op vroegtijdige zorg met opvolging gedurende meerdere maanden voor slachtoffers die recent slachtoffer zijn geworden (acuut seksueel geweld), waardoor ze niet voldoende tegemoet komen aan de noden van slachtoffers waarbij het geweld niet recent plaatsvond. Een betere aansluiting bij bestaande psychosociale netwerken en een betere kennis van de gerechtelijke verplichtingen zijn elementen die nog voor verbetering vatbaar zijn. Slachtoffers en professionele actoren dringen aan op nabijheid en toegankelijkheid van zorg- en forensische diensten (bv. ziekenhuis, Zorgcentra, forensisch instituut, psychologische bijstand).*

2.3 De toegang tot zorg loskoppelen van het melden bij de politie.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Het zoeken van hulp na seksueel slachtofferschap volgt verschillende paden, afhankelijk van de behoefte van het slachtoffer. Hulp zoeken wordt in de eerste plaats gemotiveerd door het herstellen of verbeteren van de eigen gezondheid en het eigen welzijn. Aangifte bij de politie wordt vooral gemotiveerd door de wens om de dader te stoppen en verder geweld te voorkomen. Het identificeren van wat er gebeurd is als seksueel geweld en zich veilig voelen om seksueel geweld te onthullen, kan tijd kosten en kan zelfs eerst psychologische begeleiding vereisen. Het proces van geweldsidentificatie is essentieel om de stap naar politieaangifte te zetten.*

2.4. Vergoed op wetenschap gestoelde psychologische zorg voor slachtoffers van seksueel geweld zonder beperking van het aantal sessies.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Veel slachtoffers lijden financieel onder het feit dat zij als gevolg van de psychologische gevolgen van seksueel slachtofferschap niet (voltijds) aan de arbeidsmarkt kunnen participeren zoals zij zouden willen. Om dit te compenseren wordt aanbevolen om slachtoffers financiële steun te bieden tijdens het herstel van hun trauma. Veel slachtoffers melden dat de gevolgen vaak pas jaren nadat het geweld heeft plaatsgevonden of is begonnen, aan het licht komen (of dat zij zich daarvan bewust worden). De geestelijke gezondheid van slachtoffers is voor verschillende indicatoren slechter: depressieve symptomen (60% van de slachtoffers vs. 41%), zelfbeschadigend gedrag (22% van de slachtoffers vs. 10%) en zelfmoordpogingen (12% van de slachtoffers vs. 4%). Ook angst- en posttraumatische stresssymptomen zijn hoger bij slachtoffers dan bij niet-slachtoffers (respectievelijk 24% vs. 13% en 21% vs. 8%). De toegankelijkheid tot gemengde vormen van op wetenschap gestoelde psychologische zorg moet voor alle leeftijden worden verbeterd.*

2.5 Seksuologen officieel erkennen als beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg als referentie voor kwalitatieve zorg aan slachtoffers die te maken hebben met de seksuele gevolgen van slachtofferschap.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Seksueel slachtofferschap heeft een negatieve invloed op de seksuele gezondheid en het welzijn van zowel slachtoffers als hun partners. Toch zijn seksuologen nog niet officieel erkend als gezondheidswerkers. Deze erkenning is nodig om de toegang tot kwalitatieve en op wetenschap gestoelde seksuologische behandeling en therapie te garanderen.*

- 2.6 Er is nood aan een betere en snellere screening van geweld en doorverwijzing van slachtoffers en daders, zowel in de eerste lijn, als in de tweede en derde lijn.

UN-MENAMAIS Café Dialogue resultaten: *Tijdens het Café Dialogue ter validatie van de onderzoeksresultaten werd het belang van een goede screening en doorverwijzing van slachtoffers en daders aangehaald door verschillende actoren uit het werkveld.*

- 2.7 Meer aandacht voor langdurige hulpverlening en zorg op psychologisch, juridisch en financieel vlak. Seksueel geweld kan namelijk langdurige gevolgen veroorzaken, die soms pas jaren later voor draaglast zorgen. Slachtoffers van historisch misbruik moeten ook op een holistische zorg kunnen terugvallen.

UN-MENAMAIS Café Dialogue resultaten: *Tijdens het interactief Café Dialogue kwam het belang van een holistische zorg voor slachtoffers van acuut en historisch seksueel geweld onderstreept. Deze holistische zorg houdt in dat er aandacht wordt besteed aan de verschillende levensdomeinen van de patiënt.*

- 2.8 Verbeteren van de toegang naar, verhogen van het aantal traumaexperten voor slachtoffers van acuut en historisch seksueel geweld. Daarnaast moeten er ook traumacentra worden opgericht om versnippering tegen te gaan.

UN-MENAMAIS Café Dialogue resultaten: *Tijdens het Café Dialogue droegen verschillende professionals het belang van op wetenschap gestoelde zorg naar voren. Deze zorg kan maar worden aangeboden indien er voldoende traumaexperten voorhanden zijn en er daarnaast ook traumacentra worden opgericht in functie van nabijheid en toegankelijkheid.*

- 2.9 Inzetten op *outreaching* zorg voor slachtoffers en daders.

UN-MENAMAIS Café Dialogue resultaten: *Actoren uit het werkveld opperden dat op basis van de onderzoeksresultaten, maar ook hun eigen ervaring, dat de hulpverlening outreachend moet zijn opdat niet alle verantwoordelijkheid bij het slachtoffer of de dader wordt gelegd in de zoektocht naar zorg- en hulpverlening.*

- 2.10 Aandacht schenken aan zorg voor de zorgverleners door intervisie en supervisie te organiseren binnen de instelling en/of een referentiepersoon aan te stellen waar zorgverleners terecht kunnen met vragen of casussen.

UN-MENAMAIS Café Dialogue resultaten: *Zorgverleners hebben nood aan voldoende aandacht en opvolging opdat hun job niet psychologisch belastend zou worden. Om die reden is het belangrijk dat er regelmatig intervisie en supervisie momenten worden georganiseerd.*

3. Communicatie & campagnes

- 3.1. Ondersteun een adequatere **communicatie** rond seksueel geweld in publieke beeldvorming (bv. campagnes, televisieprogramma's, ...), waarbij het bestendigen van verkrachtingsmythes en stereotiepe verkrachtingsscenario's vermeden wordt maar waarin wel de verschillende vormen van zowel hands-off als hands-on seksueel geweld in offline- en online situaties die in de realiteit voorkomen worden belicht.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *We hanteerden een brede definitie van seksueel geweld, die alle vormen van seksuele handelingen en gedrag omvatten die tegen de wil van het slachtoffer worden gesteld. Het omvat zowel hands-off als hands-on vormen van seksueel geweld. Hands-off seksueel geweld omvat vormen van seksuele intimidatie zonder fysiek contact tussen de pleger(s) en het (de) slachtoffer(s). Hands-on seksueel geweld impliceert fysiek contact en gaat van seksueel misbruik zonder penetratie tot verkrachting met penetratie. Vrouwen jonger dan 50 melden meer hands-off slachtofferschap dan vrouwen tussen 50-69 tijdens hun leven en in de afgelopen 12 maanden. Ongeveer 4 op de 5 vrouwen (78%) hebben tijdens hun leven met hands-off seksueel geweld te maken gehad. Over de hele levensloop hebben 2 op de 5 vrouwen (42%) en 1 op de 5 mannen (19%) een vorm van hands-on seksueel geweld meegemaakt. Slachtoffers vragen om het taboe rond seksueel geweld te doorbreken en het maatschappelijke beeld van seksueel geweld wars van verkrachtingsmythes uit te breiden. De ontwikkeling van een ethische code voor mediaverslaggeving*

over seksueel geweld, zoals die bestaat voor zelfmoord, zou dit besef kunnen aanwakkeren.

- 3.2. In alle beleidsdocumenten moet tot uiting **komen dat elk individu het slachtoffer kan worden van seksueel slachtofferschap** en er moet dus rekening worden gehouden met geslacht, leeftijd en seksuele geaardheid.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Ondanks het feit dat vrouwen vaker slachtoffer zijn (81% vrouwen), zijn de percentages voor mannen ook zeer hoog: 48% geeft aan reeds minstens één vorm van seksueel geweld in zijn leven te hebben meegemaakt. Uit onze studie blijkt ook dat seksueel slachtofferschap doorgaat tot op hoge leeftijd. Een op de 12 oudere volwassenen (8,4%) had in de afgelopen 12 maanden te maken met een vorm van seksueel geweld. Ten slotte wordt het hebben van een niet-heteroseksuele geaardheid geassocieerd met een grotere kans op slachtofferschap. Toch wordt de verkrachtingsmythe van het "ideale slachtoffer" in het huidige beleid nog veel te vaak onderschreven, bijvoorbeeld door alleen te focussen op jonge vrouwelijke heteroseksuele slachtoffers.

- 3.3. **Media betrekken in hun vormende en sensibiliserende rol inzake seksueel geweld en richtlijnen voor hen uitwerken** op welke manier zij beeldvorming tot stand dienen te brengen rond seksualiteit, genderrollen en seksueel geweld. Verder moeten er afspraken worden gemaakt met betrekking tot hoe zijn via hun kanalen naar hulpverleningsinstanties moeten doorverwijzen en hoe zij genuanceerd dienen te communiceren.

UN-MENAMAIS Café Dialogue resultaten: Actoren uit het werkveld besproken op basis van de resultaten en hun eigen werkervaring de plaats van de media in de aanpak van seksueel geweld. De media heeft een belangrijke rol in het creëren van bewustzijn rond seksueel geweld, maar ook seksualiteit, toestemming en genderrollen. Daarnaast bieden zij een ruim kanaal om slachtoffers, daders en hun naasten te informeren over hulpverleningsorganisaties. Om de media goed te begeleiden in deze taak dienen er richtlijnen voor hen te worden uitgewerkt.

4. **Politie en gerechtelijke aanpak**

- 4.1. Inzetten op een grotere nabijheid van de politie om het vertrouwen van de burger te vergroten. Er is nood aan een outreachende en proactieve benadering. In het kader daarvan kan de mogelijkheid van een online aangifte voor seksueel geweld worden onderzocht.

UN-MENAMAIS Café Dialogue resultaten: Tijdens het Café Dialogue haalden verschillende professionals aan dat er maar weinig vertrouwen is in politie, zeker bij kwetsbare groepen. Het is daarom belangrijk dat er voldoende aandacht wordt besteed aan politie die nabij, maar ook toegankelijk is. Een mogelijkheid om meer nabij te zijn is de optie om online aangifte te kunnen doen van seksueel geweld. Hier zijn verschillende voor-, maar ook nadelen bij te bedenken die verder onderzoek vereisen.

- 4.2. (Verbeteren van) aandacht voor slachtoffers in het politieke en gerechtelijke proces. Dit impliceert dat:
- Alle slachtoffers door zedeninspecteurs moeten worden verhoord;
 - Er een betere informatiedoorstroming en langdurige juridische ondersteuning moet zijn;
 - Slachtoffers moeten op basis van correcte informatie een realistisch beeld krijgen van de mogelijke uitkomsten van de juridische procedure.
 - Er aandacht moet zijn voor de psychische impact van seksueel geweld en de bewijslast hieromtrent;
 - Er een betere bescherming moet zijn van het slachtoffer in het gehele gerechtelijke proces.
 - De mogelijkheid tot een anonieme klachtindiening moet worden onderzocht voor bepaalde misdrijven, om op die manier de aangiftebereidheid te verhogen en bepaalde doelgroepen tot klachtindiening te sensibiliseren;
 - Het proces rond klachtindiening bij politie en het negatief imago hierom moet verbeterd worden, in het bijzonder met betrekking tot kwetsbare groepen;
 - Er een (forensisch) zorgbeleid moet worden uitgewerkt voor slachtoffers van historisch seksueel geweld;
 - Er meer en een betere koppeling moet zijn met de hulpverlening en politie.

UN-MENAMAIS Café Dialogue resultaten: Tijdens het Café Dialogue ter validatie van de onderzoeksresultaten stond meer aandacht voor het slachtoffer in het politieel en gerechtelijk proces voorop. Hieronder vallen verschillende aspecten die neerkomen op een menselijk onthaal, voldoende professionaliteit en expertise, meer en betere informatie naar het slachtoffer, voldoende privacy en bescherming etc.

- 4.3. De gerechtelijke reactie moet versneld worden en er moet onderzoek gebeuren naar de juridische opvolging van dossiers van seksueel geweld.

UN-MENAMAIS Café Dialogue resultaten: Verschillende actoren uit het werkveld halen aan dat de gerechtelijke actie veel sneller moet. Doordat de procedure zo lang aansleept zouden veel slachtoffers afgeschrikt zijn om klacht in te dienen.

5. Bijkomende onderzoeksnoden

- 5.1. Verduidelijk de **prevalentie en de impact van door technologie gefaciliteerd seksueel geweld** in verschillende leeftijdsgroepen.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Seksueel geweld dat online wordt gesteld, lijken nu enkel bij jongvolwassenen voor te komen.

- 5.2. Onderzoeken van een breed scala aan **dwangstrategieën** en hoe deze verband houden met verschillende vormen van seksueel geweld en de gevolgen voor de slachtoffers.

UN-MENAMAIS-onderzoeksresultaten: Wanneer werd gevraagd naar de omstandigheden (d.w.z. de dwangstrategie) waarin het seksueel geweld plaatsvond, koos een groot deel van onze respondenten voor 'geen van bovenstaande', wat impliceert dat er andere vormen van dwang waren dan het gebruik van verbale druk, het gebruik van fysiek geweld of de dreiging daarmee, het uitbuiten van een wilsonbekwame toestand of het uitbuiten van een positie van gezag of macht over het slachtoffer.

- 5.3. **De beroepsbekwaamheden omschrijven** om slachtoffers van seksueel geweld adequate zorg te verlenen

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Het onderzoek toont het belang aan van opleiding voor gezondheidswerkers om holistische zorg te verlenen aan slachtoffers van seksueel geweld, die medische, psychosociale en forensische zorg omvat. Voor een doeltreffende opleiding en zorg zal het belangrijk zijn om de beroepsbekwaamheden per rol te definiëren. Voor sommige beroepen zijn de beroepscompetenties al vastgesteld, maar deze moeten nog verder worden gevalideerd en vertaald in opleidingen (bv. de competenties inzake de behandeling van trauma's en stressgerelateerde stoornissen voor beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg) of formele erkenning binnen het beroep (bv. het competentieprofiel van seksuologen).

- 5.4. Onderzoeken hoe de niet-juridische erkenning van slachtoffers verbeterd kan worden.

UN-MENAMAIS Café Dialogue resultaten: Actoren uit het werkveld stelden zich, op basis van de onderzoeksresultaten en hun eigen ervaring, hoe slachtoffers van seksueel geweld voldoende erkenning en zorg kunnen krijgen (buiten de Zorgcentra na Seksueel geweld), indien zij beslissen om geen klacht in te dienen.

- 5.5. Organiseren van een evaluatie van de verschillende modellen rond forensische zorg in België.

UN-MENAMAIS Café Dialogue resultaten: Tijdens het interactief Café Dialogue ter validatie van de onderzoeksresultaten werd het belang aangehaald van onderzoek naar de juridische opvolging van de Zorgcentra na Seksueel Geweld.

- 5.6. Onderzoeken wat de link is tussen strenge straffen/harde criminalisering versus daderhulpverlening en de aangiftebereidheid van slachtoffers.

UN-MENAMAIS Café Dialogue resultaten: Tijdens het Café Dialogue werd de maatschappelijke perceptie om daders van seksueel geweld streng te straffen, genuanceerd. In de meerderheid van de gevallen kennen slachtoffer en dader elkaar

en zou een hoge straf voor de dader, het slachtoffer kunnen weerhouden om een klacht in te dienen. Sommige slachtoffers willen eerder dat de dader geholpen wordt. Om die reden is het nuttig een onderzoek te voeren naar de aangiftebereidheid van slachtoffers in verhouding tot een harde criminalisering van daders van seksueel geweld.

OUDEREN

1. Communicatie & campagnes

- 1.1. **Erken ouderen als risicogroep voor seksueel geweld** in de nationale en regionale actieplannen en programma's met betrekking tot (seksuele) gezondheid, (seksueel) geweld, en ouderenmis(be)handeling.

De onderzoeksresultaten van UN-MENAMAIS tonen aan: dat ouderen ook slachtoffer worden van seksueel geweld. Eén op 12 ouderen (8,4%) kreeg in de afgelopen 12 maanden te maken met een vorm van seksueel geweld, 2,5% rapporteerde seksueel geweld met aanraking en 0,6% meldde (een poging tot) verkrachting. Oudere vrouwen en mannen werden in gelijke mate blootgesteld aan seksueel geweld. In recente beleidsdocumenten van toonaangevende organisaties, zoals de Verenigde Naties (VN) en de WHO, over seksuele en reproductieve gezondheid, rechten en ouderen, wordt seksueel geweld bij ouderen echter niet erkend als een potentieel gezondheidsrisico dat moet worden aangepakt en worden ouderen evenmin genoemd als een potentiële risicogroep voor seksueel geweld.

- 1.2. **Sensibiliseer de samenleving rond positieve seksualiteit en respect voor seksuele intimiteit** bij ouderen, alsook de preventie van seksueel geweld en andere vormen van geweld tegen ouderen.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: We stelden vast dat 31% van de 70-plussers in België seksueel actief is en dat 32% in de afgelopen 12 maanden fysieke tederheid heeft ervaren. Toch worden ouderen door de samenleving nog te vaak als asexueel beschouwd. Deze veronderstelling van asexualiteit vergroot het risico dat ouderen niet als mogelijk slachtoffer van seksueel geweld worden gezien of zichzelf als slachtoffer kunnen identificeren.

2. Opleiding

- 2.1. **Gezondheidswerkers die werken met ouderen** moeten kwalitatief worden getraind om een gesprek op gang te brengen rond seksuele gezondheid, seksueel geweld en de gevolgen daarvan voor de geestelijke gezondheid door middel van opleiding, screeningsinstrumenten en zorgprocedures.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: De meerderheid van de oudere slachtoffers (60%) heeft hun ervaringen met seksueel geweld nooit onthuld en 94% heeft nooit professionele hulp gezocht. Bovendien willen oudere slachtoffers dat gezondheidswerkers seksuele gezondheid en seksueel geweld actief bevragen. Uit eerder onderzoek is echter gebleken dat veel gezondheidswerkers zich niet op hun gemak voelen bij het bespreken van seksualiteit en seksueel geweld met ouderen.

- 2.2. **Train professionals in wetshandhaving** inzake seksueel geweld en de onthulling ervan bij ouderen.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Vele ouderen werden slachtoffer van seksueel geweld: 44.2% maakte ten minste één vorm van seksueel geweld mee tijdens hun leven (55.2% van de vrouwen en 29.0% van de mannen) en 8.4% rapporteerde een vorm van seksueel geweld in de afgelopen 12 maanden. Zoals eerder vermeld heeft de meerderheid van de oudere slachtoffers hun ervaring nooit onthuld of nooit professionele hulp gezocht. Ouderen die hun ervaring onthulden, wachtten soms meer dan 50 jaar voor ze dat deden. Bovendien meldde slechts 4% van de ouderen hun ervaringen met seksueel geweld bij de politie. Uit eerder Amerikaans onderzoek met fictieve casussen is gebleken dat ouderen die zich wel meldden, vaak niet geloofd werden, waardoor slechts 25-30% van de plegers werd veroordeeld.

3. Preventie & zorg

- 3.1. **Elke instelling die met ouderen werkt, moet een beleid hebben rond seksuele gezondheid**, waarin de nadruk wordt gelegd op de nood aan positieve seksualiteit en respect voor intimiteit, alsook op de preventie van en een aangepaste reactie op seksueel geweld.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Zoals eerder besproken zijn ouderen na hun 70ste nog steeds seksueel actief en kunnen zij nog steeds slachtoffer worden van seksuele intimidatie (seksueel geweld zonder aanraking) en seksueel geweld met aanraking, waaronder verkrachting.

- 3.2. Zorg voor **persoonsgerichte zorg** voor oudere slachtoffers van seksueel geweld.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Oudere slachtoffers van seksueel geweld blijven kampen met mentale gezondheidsproblemen als gevolg van seksueel geweld eerder in hun leven. Slachtofferschap van seksueel geweld is gelinkt met depressie, angst, PTSS en risicovol alcoholgebruik op oudere leeftijd. Daarom is zorg op maat voor ouderen slachtoffers uitermate belangrijk. Deze zorg moet aangepast zijn aan de behoeften en wensen van het slachtoffer. Wij raden aan om bij ouderen met mentale gezondheidsproblemen systematisch te vragen naar een voorgeschiedenis van seksueel geweld en om klinische richtlijnen te ontwikkelen rond detectie van en reactie op seksueel geweld bij ouderen.

4. Bijkomende onderzoeksnoden

- 4.1 Wat is de aard en omvang van seksueel geweld bij ouderen met **cognitieve problemen**?

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Onze studie toont aan dat seksueel geweld vaak voorkomt en doorgaat tot op hoge leeftijd. Om deel te nemen aan onze studie moesten ouderen voldoende cognitieve capaciteit hebben om geïnterviewd te worden. Daarom werden ouderen met cognitieve problemen uitgesloten van deelname. Ondanks het feit dat eerdere studies hebben aangetoond dat ouderen met cognitieve problemen een hoger risico lopen op verschillende vormen van geweld, blijft de aard en de omvang van seksueel geweld bij ouderen met cognitieve problemen in België tot nu toe onbekend.

- 4.2 Wat is de doeltreffendheid en haalbaarheid van **klinische richtlijnen** inzake detectie, preventie en reactie op seksueel geweld bij ouderen?

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Ons onderzoek toont aan dat oudere volwassenen bereid zijn om over seksueel geweld te praten. Door gezinsleven en seksuele gezondheid aan het begin van het interview te bespreken, konden de deelnemers een vertrouwensband opbouwen met de interviewers, wat hen later hielp om seksueel geweld te onthullen. Bovendien trainden we onze interviewers in niet-oordelende communicatie. Onze aanpak is echter nog niet gevalideerd in een klinische context. De huidige richtlijnen over het beoordelen van en reageren op seksueel geweld zijn alleen beschikbaar voor kinderen en adolescenten. Meer onderzoek is nodig om na te gaan of deze richtlijnen geëxtrapoleerd kunnen worden naar seksueel geweld bij ouderen.

- 4.3 Hoe kunnen we **seksuele verwaarlozing als een vorm van seksueel geweld correct meten**?

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: In 2017 definieerde een groep wetenschappers, professionals en beleidsmakers uit Quebec, Canada het concept van seksuele verwaarlozing als "het niet bieden van privacy, het niet respecteren van iemands seksuele geaardheid of genderidentiteit, het behandelen van ouderen als asexueel en/of hen verhinderen hun seksualiteit te uiten, enz." Wij stellen dat seksuele verwaarlozing moet worden opgenomen in de definitie van seksueel geweld. Een gestandaardiseerde manier om seksuele verwaarlozing adequaat te meten moet echter nog worden ontwikkeld.

- 4.4 Wat is het **langetermijneffect van seksueel geweld** op de lichamelijke gezondheid (bv. frailty) en de financiële gezondheid?

UN-MENAMAIS-onderzoeksresultaten: In het laatste decennium heeft onderzoek de negatieve gevolgen van seksueel geweld op de economische en werkgelegenheidsstatus, het onderwijs- en carrièreverloop en chronische ziekten en

gezondheidsgedrag aangetoond. Deze studies waren echter meestal gericht op jongere bevolkingsgroepen en vrouwen, ten nadele van ouderen en mannen. Gegevens over de gezondheids- en financiële gevolgen van seksueel geweld ontbreken in België en zouden aanknopingspunten kunnen bieden om in de toekomst de gevolgen van seksueel geweld breder aan te pakken.

MINDERHEIDSGROEPEN

1. Preventie & opleiding

1.1. Preventiestrategieën moeten inclusief zijn voor minderheidsgroepen en rekening houden met de specifieke risicofactoren die voor deze groepen relevant zijn.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *LGBTQIA+ (= lesbisch, homoseksueel, biseksueel, trans, queer, questioning, intersekse, asexueel, panseksueel, omniseksueel en alle andere niet-cisgender en/of niet-heteroseksuele identificaties) personen worden meer blootgesteld aan seksueel geweld dan niet- LGBTQIA+ personen: 80% is in hun leven al blootgesteld aan een vorm van seksueel geweld; 79% ervaart hands-off seksueel geweld en 42% hands-on seksueel geweld, waarin bij 24% ging om (een poging tot) verkrachting. Specifieke risicofactoren die we hebben geïdentificeerd zijn: LGBTQIA+ personen die zich identificeerden als behorend tot een minderheidsgroep (RD= .81 (.76- .86; p= .000)) en die minderheidsstress ervoeren (OR= 2.935 (1.190-7.238; p= .019) rapporteerden significant meer blootstelling aan seksueel geweld.*

Zorgwekkend is dat 84% van de verzoekers van internationale bescherming (VIBs) aangaf ooit seksueel geweld te hebben meegemaakt en dat 61% van de VIBs in het afgelopen jaar met seksueel geweld te maken heeft gehad. De meeste slachtoffers verbleven op dat moment al in België.

1.2. Train beroepsbeoefenaars (bv. gezondheidswerkers, wetsdienaren,...) in diversiteitgevoelige communicatie en dienstverlening op het gebied van seksueel geweld

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Niet serieus genomen worden of niet geloofd worden omdat men LGBTQIA+ is, zijn - naast de barrières die bij de algemene bevolking werden vastgesteld - belangrijke barrières om hulp te zoeken bij seksueel slachtofferschap.*

62% van de VIB-slachtoffers heeft het geweld aan niemand bekend gemaakt. Bijna niemand deed aangifte bij de politie en professionele hulp zoeken na seksueel geweld kwam zeer zelden voor (1%). Belemmeringen om hulp te zoeken houden vooral verband met het vermijden van stigmatisering en schaamte, maar ook met eerdere negatieve ervaringen met hulpverleners en politie, waardoor men vermijdt opnieuw aan die ervaringen te worden blootgesteld.

Diversiteitgevoelige communicatie is momenteel niet opgenomen in de basisopleiding van professionals die met slachtoffers werken. Het is dringend nodig deze overdraagbare vaardigheid op te nemen in bachelor- en masteropleidingen, en te voorzien in permanente vorming om deze vaardigheid bij professionals verder te ontwikkelen.

1.3. Relationale en seksuele opvoeding moet seks-positief zijn en verder gaan dan heteronormatieve en cisnormatieve benaderingen.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Uit het kwalitatieve onderzoek leerden we dat LGBTQIA+ personen te weinig niet-heteroseksuele en niet-cisgender rolmodellen hebben. Ze gaven aan dat ze tijdens het opgroeien informatie misten over*

koppels van hetzelfde geslacht, alternatieve relatievormen, diversiteit in seksuele geaardheid en dat ze de gelegenheden misten om op school of thuis vragen te stellen over deze onderwerpen tijdens relationele en seksuele opvoeding. Wat als "normaal" wordt beschouwd in relationele dynamieken en seksuele situaties is voor veel LGBTQIA+ personen onduidelijk, wat het moeilijk maakt om grenzen te stellen en toestemming te geven, en om seksueel geweld te herkennen wanneer het zich voordoet.

2. Kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg

2.1. Maatregelen nemen op het gebied van volksgezondheid en campagnes opzetten met het oog op socioculturele veranderingen ter preventie van seksueel geweld en ter vermindering van minderheidsstress bij LGBTQIA+-personen.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Minderheidsstress is de overvloedige stress die individuen, die tot minderheidsgroepen behoren, ervaren als gevolg van (in)directe blootstelling aan stigma, vooroordelen en discriminatie (Meyer, 2003). LGBTQIA+ personen die tot een minderheidsgroep behoren en minderheidsstress ervaren, rapporteren significant meer blootstelling aan seksueel geweld dan personen die niet tot een minderheidsgroep behoren.

2.2. Verbetering van de toegang tot geestelijke gezondheidszorg en sociale steun voor verzoekers om internationale bescherming door hen te informeren over hun recht op gezondheidszorg en hen te ondersteunen bij het navigeren in het gezondheidszorgstelsel.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: 62% van de VIB-slachtoffers heeft aan niemand verteld seksueel geweld te hebben meegemaakt. Bijna niemand heeft bij de politie aangifte gedaan en professionele hulp zoeken na seksueel geweld was zeer zeldzaam (1%). De belemmeringen om hulp te zoeken hebben vooral te maken met het vermijden van stigmatisering en schaamte, maar ook met eerdere negatieve ervaringen met hulpverleners en politie. Zij worden vaak geconfronteerd met belemmeringen om toegang te krijgen tot passende zorg. Bijgevolg kunnen veel gevolgen van seksueel geweld, die tijdelijk van aard zijn, chronisch worden of verergeren en tot ernstige complicaties leiden bij gebrek aan de juiste zorg. VIBs lopen ook een groter risico om mentale gezondheidsproblemen te ontwikkelen. Velen hebben meer dan één traumatische gebeurtenis meegemaakt, alsook ontberingen die verband houden met ervaringen vóór en na de migratie. Mentale gezondheidsproblemen worden in verband gebracht met een toenemend seksueel slachtofferschap.

3. Communicatie

3.1. Het beleid moet alle minderheidsgroepen als risicogroepen voor seksueel geweld, geestelijke en seksuele gezondheid aanspreken, en het moet worden ontwikkeld in samenwerking met deze minderheidsgroepen

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: 80% van de LGBTQIA+ personen en 84% van de VIBs hebben in hun leven al te maken gehad met seksueel geweld. In het huidige beleid worden de verkrachtingsmythes echter nog vaak onderschreven, bijvoorbeeld door alleen aandacht te besteden aan blanke vrouwelijke slachtoffers en mannelijke plegers.

Minderheidsgroepen moeten bij de ontwikkeling van het beleid worden betrokken om diversiteitgevoeligheid te garanderen en stigmatiserende en minderheidsstress inducerende boodschappen te vermijden.

3.2. Betrek personen van alle geslachten, seksuele geaardheid, huidskleur, culturele achtergrond enz. bij campagnes over seksuele gezondheid en seksueel geweld.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: 80% van de LGBTQIA+ personen en 84% van de verzoekers om internationale bescherming hebben in hun leven al te maken gehad met seksueel geweld. Bij de verzoekers om internationale bescherming lopen mannen (85%) en vrouwen (80%) evenveel risico om het slachtoffer te worden van seksueel geweld. Toch wordt seksueel geweld vooral voorgesteld als blanke meisjes die door mannen worden aangevallen. Dit beeld versterkt het binaire en hetero-normatieve denken en doet geen recht aan de volledige realiteit van seksueel geweld als

maatschappelijk probleem. Verder kan in het publieke discours een kruisbestuiving tussen de genderdynamiek van racisme en seksisme worden waargenomen wanneer migrantenmannen voornamelijk als aanvallers worden voorgesteld en hun slachtoffers als blanke vrouwen. Deze voorstelling gaat voorbij aan de bijzonder kwetsbare positie van moslimvrouwen en vrouwen uit minderheidsgroepen (Vieten, 2018).

- 3.3. **Het imago van de politie positief veranderen om meer minderheden ertoe aan te zetten aangifte te doen**, aangezien negatieve ervaringen met aangifte door de politie in het verleden een belemmering kunnen vormen voor het doen van aangifte van seksueel geweld, alsook voor hun vertrouwen in de mogelijke resultaten en voordelen van gerechtelijke procedures.

UN-MENAMAIS-onderzoekresultaten: Naast het niet zoeken van professionele hulp, deden LGBTQIA+slachtoffers over het algemeen ook geen aangifte bij de politie over hun ervaringen met seksueel geweld. 67% van de LGBTQIA+-slachtoffers van seksueel geweld vond dat hun ervaring niet ernstig genoeg was om naar de politie te gaan.

Bijna niemand van de verzoekers om internationale bescherming heeft aangifte gedaan bij de politie en het zoeken van professionele hulp na seksueel geweld is zeer zeldzaam gebleken (1%). De belemmeringen om hulp te zoeken houden vooral verband met het vermijden van stigmatisering en schaamte, maar ook met eerdere negatieve ervaringen met hulpverleners en politie.

4. Bijkomende onderzoeksnoden

- 4.1. **Onderzoek zowel gemeenschappelijke als unieke kwetsbaarheden voor de algemene bevolking en voor minderheidsgroepen** om een volledig inzicht te krijgen op de dynamieken die ten grondslag liggen aan seksueel geweld en de gevolgen ervan voor verzoekers om internationale bescherming, seksuele en genderminderheden en andere minderheidsgroepen.

UN-MENAMAIS onderzoekresultaten: In België en Europa ontbreken representatieve studies over seksueel geweld bij verzoekers om internationale bescherming (De Schrijver et al., 2018) en seksuele en genderminderheden. Niet alleen zijn studies die focussen op minderheidsgroepen schaars, nationale representatieve studies bij de algemene bevolking verzamelen ook geen gegevens die het mogelijk zouden maken minderheden als subgroepen te identificeren. Het onderzoek blijft dus te beperkt om verschijnselen, kwetsbaarheden en behoeften bij specifieke minderheidsgroepen in vergelijking met de algemene bevolking in kaart te brengen.

- 4.2. Er is meer onderzoek nodig om te begrijpen **hoe minderheidsstress een invloed kan hebben op minderheden** en welke onderliggende mechanismen hun risico op seksueel slachtofferschap vergroten.

UN-MENAMAIS onderzoekresultaten: Specifieke risicofactoren die we hebben geïdentificeerd zijn: LGBTQIA+ personen die zich identificeerden als behorend tot een minderheidsgroep, die minderheidsstress ervaren en die LGBTQIA+ personen die zich identificeerden als vrouw rapporteerden significant meer blootstelling aan seksueel geweld.

FORENSISCHE ASPECTEN

1. Kwalitatieve en toegankelijke zorg

- 1.1. Totdat de Zorgcentra na Seksueel Geweld in alle Belgische gerechtelijke arrondissementen volledig zijn uitgerold, **moet rekening worden gehouden met alle bestaande forensische modellen** om ongelijke behandeling van slachtoffers te voorkomen.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *We bevinden ons momenteel in een overgangsfase waarin verschillende forensische modellen voor de opvang van slachtoffers van seksueel geweld worden toegepast, afhankelijk van het gerechtelijk arrondissement en waardoor slachtoffers verschillend worden behandeld.*

- 1.2. **Eén persoon moet worden belast** met de coördinatie van het netwerk van actoren (politie, magistratuur, diensten voor slachtofferhulp, enz.) die betrokken zijn bij de Seksuele Agressie Set (SAS) procedure.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *De communicatie tussen de verschillende actoren die betrokken zijn bij de uitvoering van de SAS is beperkt. Daardoor wordt er onvoldoende informatie uitgewisseld, wat leidt tot een slechtere opvang van slachtoffers en beperktere forensische resultaten. Slachtoffers hebben vaak geen idee waar zij terecht kunnen voor verschillende vormen van bijstand (juridische, psychologisch, enz.). Momenteel wordt geen enkele professionele actor aangeworven en betaald om deze essentiële coördinatie van informatie tussen de actoren te organiseren wanneer een SAS wordt afgenomen bij een slachtoffer van seksueel geweld.*

- 1.3. **De nabijheid en toegankelijkheid** van hulpdiensten en forensische diensten moeten gegarandeerd worden, onafhankelijk van het model.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Slachtoffers en professionele actoren dringen aan op de noodzaak van nabijheid en toegankelijkheid van hulp- en forensische diensten (bv. ziekenhuis, Zorgcentra na Seksueel Geweld, forensisch instituut).*

- 1.4. **Bestaande netwerken en deskundigheid moeten binnen de Zorgcentra na Seksueel Geweld worden gemobiliseerd en gespecialiseerde ondersteuning moet op lange termijn worden uitgebreid.**

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Zorgcentra na Seksueel Geweld (ZSG) beantwoorden beter aan de noden van de slachtoffers op medisch-juridisch, medisch en psychosociaal vlak en ook op het gebied van sociale erkenning, maar er zijn nog steeds problemen of perverse effecten. Op dit ogenblik is er nog geen Zorgcentrum na Seksueel Geweld in iedere provincie, wat betekent dat ze nog niet voor alle slachtoffers in België beschikbaar zijn. Bovendien wordt nu de nadruk gelegd op dringende zorg in plaats van langdurige zorg. Dit legt de nadruk op slachtoffers die recent slachtoffer zijn geworden (acuut seksueel geweld) en komt dus niet tegemoet aan de noden van slachtoffers waarbij het slachtofferschap niet recent gebeurd is. Slachtoffers van acuut seksueel geweld worden hierdoor echter ook niet altijd adequaat geholpen, omdat de behoefte aan hulp vaak pas later aan het licht komt, lang nadat zij in het Zorgcentrum zijn geweest. Het meer rekening houden met bestaande psychosociale netwerken en deskundigheid en betere kennis van gerechtelijke procedures zijn aspecten die verbeterd kunnen worden.*

- 1.5. **Psychosociale-juridische hulp moet in de tijd worden uitgebreid** om aan de lange termijn behoeften van het slachtoffer te voldoen.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *De huidige hulpverlening is gericht op ondersteuning van slachtoffers die kort na het geweld een beroep weten te doen op hulpverlening en veel minder op slachtoffers bij wie het slachtofferschap langer geleden plaats vond. Slachtoffers geven echter aan dat ze in het begin nog denken dat ze het aankunnen en het geweld kunnen verwerken, maar dat ze op langere termijn beseffen dat dit niet het geval is. De hulp die op dat moment beschikbaar is, is voor slachtoffers nog te beperkt of moeilijk toegankelijk.*

- 1.6. **Niet-juridische erkenning van slachtoffers moet verder worden ontwikkeld** en overwogen worden om aan de diepgaande verwachtingen van slachtoffers tegemoet te komen.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: *Veel zaken van seksueel geweld worden geseponneerd, bijvoorbeeld wegens gebrek aan bewijs. Slachtoffers van seksueel geweld zien hun slachtofferschap dus niet op een juridische manier erkend. Dit is vaak een moeilijkheid die inherent is aan de juridische logica, die het gebruik van specifieke bewijsmiddelen impliceert. Als*

gevolg daarvan voelen slachtoffers zich niet gehoord, wat hun verwerkingsproces bemoeilijkt. Als gerechtelijke erkenning één manier is waarop slachtoffers zich erkend voelen, kan sociale erkenning ook van andere actoren/instanties komen.

2. Opleiding en campagnes

- 2.1. Voorzien in **gespecialiseerde opleiding en specifiek personeel** in alle verschillende disciplinaire kaders (gerechtelijk, medisch, politieel, psychosociaal, enz.) om zorg te dragen voor een slachtoffer dat een SAS-procedure ondergaat.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: De Seksuele Agressie Set (SAS) is een bekend instrument onder artsen, maar slechts een beperkt aantal van hen heeft het al gebruikt en heeft kennis over de mogelijkheden ervan. Daardoor worden er mogelijk kansen gemist om een slachtoffer door te verwijzen voor afname of voor het nemen van de juiste stalen. Artsen lijken zich vooral te richten op de medische en psychologische gevolgen van seksueel geweld en zijn, door hun gebrek aan kennis en opleiding op dit gebied, minder betrokken bij het doorverwijzen van slachtoffers naar diensten waar forensisch bewijs kwalitatief kan worden verzameld, of naar de juiste juridische instanties. Professionele actoren en slachtoffers stellen ook dat gespecialiseerde opleiding en de aanstelling van gespecialiseerd personeel voor de behandeling van seksueel geweld in de politieke, justitiële en psychosociale sector de zorg voor slachtoffers van seksueel geweld zou verbeteren.

- 2.2. Er moeten **bewustmakings- en primaire preventiecampagnes** worden opgezet voor slachtoffers, daders en hun naasten, om hen in staat te stellen seksueel geweld te herkennen en als zodanig te bestempelen.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Slachtoffers, daders en hun omgeving blijken zich niet voldoende bewust te zijn van wat seksueel geweld inhoudt. De professionele actoren en de slachtoffers wijzen er op dat slachtoffers het moeilijk vinden om hun slachtofferschap te labelen en hulp te zoeken. Dit houdt in dat het lang kan duren voordat zij inzien dat wat er is gebeurd seksueel geweld was, dat zij baat hebben bij hulp en zorg om over de gebeurtenis heen te komen en dat zij uiteindelijk naar voren komen om relevante instanties om hulp te vragen.

3. Bijkomende onderzoeksnoden

- 3.1 Een evaluatieonderzoek uitvoeren naar de **kwaliteit van forensische sporen** volgens verschillende modellen en naar de gerechtelijke impact ervan in zaken van seksueel geweld en **de impact van forensisch onderzoek op de gerechtelijke procedure** verder onderzoeken (bv. door een casestudy van gerechtelijke dossiers)

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Professionele actoren wijzen op het mogelijke verschil binnen de bestaande modellen betreffende de kwaliteit van de verzamelde sporen en de interpretatie van deze expertise.

- 3.2 **Evalueren van de positie van gerechtelijke geneeskunde** in en haar vermogen om in te spelen op de forensische taken, bij gevallen van seksueel geweld, en meer in het algemeen in het gerechtelijk apparaat.

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: In het algemeen is er een duidelijk tekort aan wetsgeneesheren om alle forensische taken uit te voeren. Het gebrek aan investeringen op dit gebied betekent dat er oplossingen moeten worden gevonden om dit gebrek te compenseren. Met name op het gebied van seksueel geweld heeft dit jaren geleden geleid tot de invoering van de Seksuele Agressie Set, en meer recentelijk tot de Zorgcentra na Seksueel Geweld, met verschillende bevoegdheden. Een arts, een forensisch verpleegkundige en een wetsgeneesheer kunnen een verschillende aanpak hebben: variërend van klinische analyse en behandeling tot objectieve vaststellingen. De meningen zijn verdeeld over de vraag welke aanpak de beste resultaten oplevert voor het gerechtelijk onderzoek en dus uiteindelijk het meest bijdraagt aan de zorg voor slachtoffers.

- 3.3 Nieuwe manieren onderzoeken om slachtoffers van seksueel geweld in staat te stellen **de sociale en gerechtelijke erkenning te versterken** (rechtvaardigheidsgevoel).

UN-MENAMAIS onderzoeksresultaten: Alle forensische modellen kunnen secundaire victimisatie veroorzaken die verband houdt met de confrontatie van het slachtoffer met de gerechtelijke logica, zoals een lange procedure waarin slachtoffers onvoldoende geïnformeerd worden over de procedure zelf en de mogelijke uitkomsten. Slachtoffers zijn vaak teleurgesteld over het resultaat van de gerechtelijke procedure.

Lees meer

De presentaties over de onderzoeksresultaten kunnen per onderwerp geraadpleegd worden via:

1. Capsule 1: Methodology of the UN-MENAMAIS survey & qualitative study: <https://vimeo.com/559891663/bbd76ac566>
2. Capsule 2: Sexual violence in the Belgian population aged 16-69: <https://vimeo.com/559891909/9a49e99237>
3. Capsule 3: Sexual violence in older adults in Belgium: <https://vimeo.com/559892123/d3232ac805>
4. Capsule 4: Sexual violence in minority groups in Belgium (LGBT+ & AIPs): <https://vimeo.com/559892366/ec05ba53f6>
5. Capsule 5: Forensic responses to victims of sexual violence: <https://vimeo.com/559892526/ff23a9ac80>

De resultaten van deze studie werden gepresenteerd tijdens het internationale online seminarie “Beyond the tip of the iceberg. Sexual violence in Belgium” dat plaatsvond op 17 juni 2021. Het volledige seminarie kan herbekeken worden via <https://vimeo.com/565683481/4682c8ed05>.

Gegevens

Contact

PROJECT COORDINATOR:

Prof dr Ines Keygnaert, Universiteit Gent-ICRH
Ines.Keygnaert@UGent.be

CONSORTIUM LEDEN:

Lotte De Schrijver, onderzoeker & klinisch psycholoog, UGent-ICRH
Dr. Anne Nobels, onderzoeker & psychiater in opleiding, UGent-ICRH
Prof dr Christophe Vandeviver, onderzoekspromotor, UGent-IRCP
Prof dr Tom Vander Beken, onderzoekspromotor, UGent-IRCP
Evelyn Schapansky, onderzoeker & klinisch psycholoog, UGent-IRCP
Laurent Nisen, onderzoekspromotor, ULiège- CARE-ESPRIst
Adina Cismaru-Inescu, onderzoeker & klinisch seksuoloog, ULiège- CARE-ESPRIst
Bastien Hahaut, onderzoeker & psycholoog, ULiège- CARE-ESPRIst
Anne Lemonne, onderzoekspromotor (PhD), Criminology Department NICC
Bertrand Renard, onderzoekspromotor (PhD), Criminology Department NICC
Caroline Stappers, onderzoeker, Criminology department NICC
Marijke Weewauters, diensthoofd steunpunt gendergerelateerd geweld, IGVM
Zoë De Bauw, medewerker steunpunt gendergerelateerd geweld, IGVM
Dr. Nicolas Berg, geriater, Respect Seniors