

**Faculté de droit et de criminologie
École de criminologie**

Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles : Dissociabilité des réponses, à court et long terme, aux besoins et droits des victimes ?

Analyse du discours des professionnels

Auteur : Pirmez Mérédith

Promoteur : Renard Bertrand

Année académique 2020-2021

**Master en criminologie à finalité spécialisée : criminologie de
l'intervention**

Plagiat et erreur méthodologique grave

Le plagiat, fût-il de texte non soumis à droit d'auteur, entraîne l'application de la section 7 des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens.

Le plagiat consiste à utiliser des idées, un texte ou une œuvre, même partiellement, sans en mentionner précisément le nom de l'auteur et la source au moment et à l'endroit exact de chaque utilisation*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment [**http://www.uclouvain.be/plagiat**](http://www.uclouvain.be/plagiat).

Remerciements

Je souhaite remercier sincèrement toutes les personnes qui m'ont accompagnées dans l'élaboration de ce mémoire.

Avant tout, je tiens à remercier les professionnels des Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles qui ont accepté de me rencontrer, pour leur disponibilité et leur riche contribution, et sans qui la réalisation de ce mémoire n'aurait pas pu avoir lieu.

Ensuite, je remercie mon promoteur, Monsieur Bertrand Renard, qui m'a accompagné et éminemment guidé d'un bout à l'autre de ce travail.

Aussi, je remercie Joël, Arnaud et Quentin pour leur relecture attentive.

Enfin, je remercie mes proches pour leur soutien et leur bienveillance tout au long de ce cheminement.

Tables des matières

Introduction	1
Partie I. Contextualisation	3
Chapitre 1. Les victimes de violences sexuelles.....	3
Section 1. Les victimes	3
§1. <i>Les victimes directes ou primaires</i>	3
§2. <i>Les victimes indirectes ou secondaires</i>	4
§3. <i>Les victimes potentielles ou tertiaires</i>	4
Section 2. La victimisation.....	4
§1. <i>La victimisation chronique ou aiguë</i>	4
§2. <i>La victimisation primaire et secondaire</i>	4
Section 3. Les violences sexuelles	5
§1. <i>L'intimidation sexuelle</i>	5
§2. <i>L'abus sexuel</i>	6
§3. <i>La tentative de viol</i>	6
§4. <i>Le viol</i>	6
Chapitre 2. Les théories victimologiques reposant sur le vécu et l'expérience des victimes.....	7
Section 1. Les théories d'orientation sociologique	7
Section 2. Les théories d'orientation psychologique	8
Section 3. Les théories d'orientation victimologique	9
Chapitre 3. Les besoins et les droits des victimes de violences sexuelles.....	11
Section 1. Les besoins des victimes	11
§1. <i>Le besoin d'information</i>	12
§2. <i>Les besoins pratiques</i>	13
§3. <i>Le besoin de réparation ou de dédommagement</i>	14
§4. <i>Le besoin d'un soutien psychosocial</i>	15
§5. <i>Le besoin de reconnaissance</i>	15
§6. <i>Le besoin de protection</i>	16
Section 2. Les droits des victimes	17
§1. <i>Les normes internationales</i>	18
§2. <i>Les normes de l'Union Européenne et du Conseil de l'Europe</i>	19
a) <i>Conseil de l'Europe – Comité des Ministres : Résolution (77) 27 sur le dédommagement des victimes d'infractions pénales, adoptée par le Comité</i>	

des Ministres le 28 septembre 1977, lors de la 275 ^e réunion des Délégués des Ministres.....	19
b) Conseil de l'Europe – Comité des Ministres : Recommandation (85) 11 sur la position de la victime dans le cadre du droit pénal et de la procédure pénale, adoptée par le Comité des Ministres le 28 juin 1985, lors de la 387 ^e réunion des Délégués des Ministres.	19
c) Conseil de l'Europe – Comité des Ministres : Recommandation (2006)8 sur l'assistance aux victimes d'infractions, adoptée par le Comité des Ministres le 14 juin 2006 lors de la 967 ^e réunion des Délégués des Ministres.	20
d) Parlement européen et Conseil : Directive 2012/29/UE du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2012, établissant des normes minimales concernant les droits, le soutien et la protection des victimes de la criminalité et remplaçant la décision-cadre 2001/220/JAI du Conseil, J.O.U.E, L 315, du 14 novembre 2012, p. 57.	21
§3. La Convention d'Istanbul.....	22
§4. Les normes belges	22
Chapitre 4. Les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles.....	23
Section 1. Une prise en charge holistique par une équipe pluridisciplinaire	24
§1. Les intervenants de la prise en charge	25
a) L'infirmier/-ère légiste	25
b) Le/la médecin responsable	25
c) Le/la psychologue du CPVS	25
d) L'inspecteur/-rice des mœurs	26
e) Le/la gestionnaire de cas.....	26
§2. La formation des intervenants de la prise en charge	26
a) Les infirmiers/-ères légistes.....	27
b) Les psychologues du CPVS	27
c) Les inspecteurs/-rices des mœurs	27
§3. Le statut de l'infirmier/-ère légiste.....	27
Section 2. Les différents types de prise en charge	28
§1. En fonction du temps écoulé entre les violences sexuelles et l'admission ..	28
§2. En fonction de la tranche d'âge de la victime	29
a) L'itinéraire de soins pour les victimes majeures.....	29
b) L'itinéraire de soins pour les moins de 16 ans	29
c) L'itinéraire de soins pour les 16-17 ans	30
§ 3. La prise en charge des personnes de soutien	30
Section 3. La phase pilote et son évaluation	31

§1. La phase pilote	31
§2. L'évaluation de la phase pilote	31
Partie II. Question de recherche et méthodologie.....	33
Chapitre 1. La question de recherche.....	33
Chapitre 2. La méthodologie	35
Section 1. L'orientation théorique et la stratégie de recherche	35
Section 2. Le modèle d'analyse	36
Section 3. La production des données.....	37
§1. Observer sur qui ?	37
§2. Observer comment ?	38
§3. Comment faire parler l'observation ?	39
Section 4. L'analyse	40
Chapitre 3. La sociologie de l'écart	40
Partie III. Partie empirique.....	44
Titre 1. La réponse à court terme : La prise en charge par le CPVS	44
Chapitre 1. L'infrastructure	45
Section 1. Au sein d'un hôpital	45
Section 2. Au sein des urgences ou en annexe des urgences	46
Chapitre 2. Les différentes voies d'entrée pour les victimes	47
Section 1. Sur initiative personnelle.....	47
Section 2. Par l'intermédiaire des services d'urgence	48
Section 3. Par l'intermédiaire des services de police.....	48
Chapitre 3. L'enregistrement	51
Section 1. L'admission.....	51
Section 2. Les urgences médicales.....	52
Chapitre 4. La procédure d'accueil par l'infirmière légiste.....	52
Section 1. L'accueil par l'infirmière légiste.....	53
§1. Les lignes directrices de la prise en charge	53
§2. La première assistance psychologique	54
§3. Le cadre et la demande.....	55
Section 2. La prise en charge médicale.....	56
Section 3. L'éventuel dépôt de plainte.....	57
§1. Le choix de déposer plainte.....	57
§2. La plainte au jour 0	58
§3. La plainte décidée ultérieurement	60

Section 4. L'examen médico-légal.....	61
§1. L'examen médico-légal sur base de la feuille de route.....	61
§2. La conservation des preuves par le CPVS	62
Section 5. L'accompagnement psychologique.....	65
§1. La prise en charge individuelle	65
a) Les victimes de violences sexuelles	65
b) Les personnes de soutien.....	65
§2. La prise en charge groupale	66
a) Les sessions d'information pour les personnes de soutien.....	66
b) Les thérapies de groupe pour les victimes	67
Section 6. La coordination du suivi	70
§1. La sortie du CPVS.....	70
a) La préparation du suivi	70
b) Le raccompagnement par les inspecteurs mœurs.....	71
§2. La gestionnaire de cas.....	71
a) La prise de contact régulière.....	72
b) Le renvoi et le suivi vers des offres de soins externes	72
Chapitre 5. La prise en charge spécifique des mineurs.....	74
Section 1. L'accueil par l'infirmière légiste.....	74
Section 2. La prise en charge médicale par le pédiatre	75
Section 3. Le dépôt de plainte	75
§1. L'audition du civilement responsable	75
§2. L'audition TAM postposée	76
Section 4. L'examen médico-légal.....	76
§1. L'examen médico-légal en binôme.....	77
§2. La conservation des preuves par le CPVS	77
Section 5. L'accompagnement psychologique.....	78
Section 6. La coordination du suivi	78
§1. La sortie du CPVS.....	78
§2. Le gestionnaire de cas	79
Titre 2. La réponse à long terme : Le référencement à d'autres structures	81
Chapitre 1. L'aide psychosociale.....	81
Section 1. Le référencement.....	81
§1. Les services externes	81
§2. Le référencement et la coopération.....	82

a) <i>Les victimes en phase aiguë</i>	82
b) <i>Les victimes en phase non-aiguë</i>	82
c) <i>Les personnes de soutien</i>	83
Section 2. Vers une amélioration du modèle ?	83
§1. <i>Le point de vue des professionnels</i>	83
§2. <i>Le point de vue des victimes</i>	84
§3. <i>Les pratiques informelles</i>	85
§4. <i>Les solutions possibles</i>	85
a) <i>L'extension à un centre d'expertise lié à la violence sexuelle</i>	85
b) <i>Le renforcement du rôle de l'infirmière légiste en tant que point de contact unique</i>	86
c) <i>La mise en place d'une permanence sociale</i>	87
Chapitre 2. L'aide juridique	89
Section 1. Le référencement	89
§1. <i>Les services externes</i>	89
§2. <i>Le référencement et la coopération</i>	90
Section 2. Vers une amélioration du modèle ?	91
§1. <i>Le point de vue des professionnels</i>	91
§2. <i>Le point de vue des victimes</i>	91
§3. <i>Les pratiques informelles</i>	92
§4. <i>Les solutions possibles</i>	92
a) <i>L'extension à un centre d'expertise lié à la violence sexuelle</i>	92
b) <i>Le renforcement du rôle de l'infirmière légiste en tant que point de contact unique</i>	93
c) <i>La mise en place d'une permanence juridique</i>	93
Titre 3. A travers la sociologie de l'écart	95
Conclusion	98
Bibliographie	101
Législation	101
Doctrine	102
Monographies	102
Ouvrages collectifs	103
Articles de périodiques	105
Mémoires	105
Sources internet	105

Annexes 108

Annexe 1 : Itinéraire de soins pour les victimes majeures (Figure 2.1-a disponible sur Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.32)	108
Annexe 2 : Itinéraire de soins pour les moins de 16 ans (Figure 2.1-b disponible sur Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.32)	109
Annexe 3 : Itinéraire de soins pour les 16-17 ans (Figure 2.1-c disponible sur Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.33)	110
Annexe 4 : IEFH, Formation à l'intention des membres du personnel des centres de prise en charge des violences sexuelles.	111
Annexe 5 : Feuille de rendez-vous patient.....	126

Abréviations

- CALACS : Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
- CeMaViE : Centre Médical d'aide aux Victimes d'Excision
- CPAS : Centre Public d'Action Sociale
- CPVCF : Centre de Prévention des Violences Conjugales et Familiales
- CPVS : Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles
- ESPT : Etat de stress post-traumatique
- ICRH : International Centre for Reproductive Health Belgium (Centre International de Santé Reproductive)
- IEFH : Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONU : Organisation des Nations Unies
- SAPV : Service d'Assistance Policière aux Victimes
- SAS : Set d'Agression Sexuelle
- TAM : Technique d'Audition de Mineurs
- VK : Vertrouwenscentrum Kindermishandeling

Introduction

Les violences sexuelles sont un véritable problème de société, partout dans le monde, mais également en Belgique. En 2019, Amnesty International relevait qu'il s'agissait de près de 50% des Belges qui avaient déjà été ou qui étaient exposés à des violences sexuelles, lors de son étude. (Amnesty International, 2019, p.33) L'actualité est également l'un des principaux témoins de ce phénomène préoccupant : histoires d'agressions sexuelles dans les médias, documentaires ou encore dénonciations dans certains milieux, comme l'église ou le sport. Les violences sexuelles sont aussi fortement présentes en milieu intrafamilial ou au sein du couple. (Amnesty International, 2019, p.33).

Reconnaissant et condamnant toutes ces formes de violences, les Etats membre du Conseil de l'Europe ont adoptés la Convention d'Istanbul, sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Elle enjoint les parties signataires à mettre en place des « centres d'aide d'urgence pour les victimes de viols et de violences sexuelles, appropriés, facilement accessibles et en nombre suffisant, afin de leur dispenser un examen médical et médico-légal, un soutien lié au traumatisme et des conseils ».(Convention d'Istanbul, 11/05/2011, art. 25)

La Belgique a donc implémenté 3 Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS), sous forme de projet pilote en 2017 dans le cadre du « Plan d'action national de lutte contre toutes les formes de violence basée sur le genre (PAN) 2015-2019 », et dans une volonté de déploiement national en 2019-20. Ces centres ont pour objectif la prise en charge globale des victimes de violences sexuelles, avec l'administration de soins médicaux, d'un support psychologique, d'une enquête médico-légale, d'une possibilité de déposer plainte et d'un suivi médical global, en un seul et même lieu.

Ce type de prise en charge, pluridisciplinaire et au plus près des faits, correspond à la réponse préconisée par les professionnels, ressortissant de recherches en victimologie. Aussi ces services d'aide doivent, pour éviter la seconde victimisation, non seulement connaître et tenir compte des besoins des victimes, mais également être conçus pour défendre leurs droits. D'autres recherches en victimologie pointent également des éléments essentiels de la prise en charge des victimes : l'importance de thérapies groupales et des groupes de soutien ; la prise en charge des victimes en phase non-aigüe et des victimes secondaires ; la prise en considération de la victime durant toute la

procédure judiciaire ; ou encore le potentiel intérêt des métiers du travail social dans l'aide immédiate, à moyen et long terme.

Or, force est de constater que certains éléments essentiels épinglés dans ces recherches ne sont pas rencontrés par ces centres, comme l'absence d'une figure sociale ou de groupes de parole. Cela s'explique par le fait qu'ils n'ont pas pour vocation de répondre à long terme aux besoins et aux droits des victimes. En effet, les CPVS sont organisés pour répondre à court terme à ceux-ci, par la prise en charge au jour 0. Concernant la réponse à long terme, le CPVS renvoie les victimes vers des offres de soins externes, par un système de référencement. Toutefois, les différents besoins, comme celui d'information ou de soutien psychosocial, ne sont-ils pas des besoins qui, pour y répondre correctement, demandent une réponse qui s'inscrit dans la durée ? Aussi, si la question de la continuité sur le plan psychosocial peut se poser, il pourrait en être de même quant à une figure juridique, ou une autre éventuelle figure du dispositif.

C'est ainsi que la question de recherche a pu émerger. En effet, il est dès lors utile de se demander si : « La réponse à court terme aux besoins et aux droits des victimes de violences sexuelles, dispensée par le CPVS, est-elle dissociable de la réponse à long terme aux besoins et aux droits de ces victimes ? »

Afin d'investiguer cette question, trois parties sont nécessaires. La première a pour objectif de contextualiser la recherche : en définissant les victimes de violences sexuelles, en relevant les apports des recherches en victimologie, en cartographiant les besoins et les droits des victimes et en présentant les contours du modèle du CPVS.

La deuxième partie a pour objectif de développer plus avant l'élaboration de la question de recherche et la méthodologie adoptée pour y répondre, à savoir : une mise en lumière des processus in situ qui visent à répondre aux besoins et aux droits des victimes au sein du CPVS ; par une stratégie de recherche inspirée de la sociologie de l'écart, dont l'explication en fin de partie relève l'importance et le rôle des pratiques informelles des acteurs dans le processus de développement des centres ; à partir d'une démarche analytico-inductive ; grâce à des entretiens qualitatifs menés avec des professionnels des CPVS ; et au moyen d'une analyse thématique des données brutes.

La troisième partie a pour objectif de présenter les données récoltées et d'en faire l'analyse. Celle-ci est structurée en deux titres principaux. Le premier titre analyse la réponse à court terme, que le CPVS se donne pour mission d'accomplir. Alors que le

deuxième titre a pour objet l'analyse de la réponse à long terme, pour laquelle le CPVS a décidé de référencer les victimes vers d'autres structures. Enfin, un troisième titre procède à l'analyse transversale des pratiques informelles épinglées tout du long, de la manière dont elles s'inscrivent dans les transactions entre acteurs, et de ce qu'elles peuvent nous apprendre sur la question de recherche.

Partie I. Contextualisation

Cette première partie a pour objectif de contextualiser la question de recherche. Pour ce faire, une définition des victimes et des violences sexuelles sera tout d'abord réalisée, afin d'établir clairement le champ d'application. Ensuite, un état des lieux des théories victimologiques sera opéré, afin d'épingler les divers apprentissages des recherches en la matière. Suite à cela, une cartographie des besoins et des droits des victimes sera établie, permettant de les confronter par la suite au modèle du CPVS. Et enfin, la présentation du CPVS et des professionnels y opérant sera réalisée, afin de donner une première approche de ce dispositif. En fin de chaque chapitre, un récapitulatif des points essentiels venant d'être développés sera réalisé au sein d'encadrés.

Chapitre 1. Les victimes de violences sexuelles

Ce premier chapitre définit ce qu'il est entendu par « victime de violences sexuelles », établissant de la sorte le champ d'application de cette recherche.

Section 1. Les victimes

Une victime peut être définie comme : « toute personne (physique ou morale) qui subit un dommage dont l'existence est reconnue par autrui et dont elle n'est pas toujours consciente. » (Audet J., Katz J.-F., 1999, p.7) La reconnaissance par la victime n'est ni nécessaire, ni suffisante, alors que celle d'autrui est primordiale. (Audet J., Katz J.-F., 1999, p.7).

Il peut être réalisé une typologie des victimes, en fonction du degré d'implication qu'elles ont dans l'événement traumatique.

§1. Les victimes directes ou primaires

La victime directe ou primaire est celle qui a été directement exposée à un événement de nature traumatisante, une expérience sensorielle et émotionnelle. (Josse E., 2006, p.12)
« La victime primaire a expérimenté ou a été témoin d'un incident inopiné et violent qui

blesse ou menace physiquement et/ou psychologiquement et qui la confronte avec la mort comme réelle ou possible. Cet incident critique produit une peur intense et/ou un sentiment d'impuissance et/ou d'horreur. (Josse E., 2006, p.13) »

§2. Les victimes indirectes ou secondaires

La victime indirecte n'a pas subi ou n'a pas été témoin de l'événement traumatique, mais elle est concernée par celui-ci et/ou par ses conséquences, de par la proximité émotionnelle qu'elle entretient avec les victimes directes. Il s'agit donc de « toutes les personnes proches d'une victime primaire perturbées par l'expérience de cette dernière » (Josse E., 2006, p.13). Par exemple, cela peut concerner les parents, les enfants, le conjoint, la famille, les amis, les collègues, les voisins, etc.

§3. Les victimes potentielles ou tertiaires

« Les victimes potentielles ou tertiaires sont les personnes d'un groupe de la population (groupes professionnels, d'âge, d'orientation sexuelle, de genre, d'appartenance ethnique ou religieuse, de catégorie sociale, voire des groupes plus larges encore tels qu'une nation ou la population mondiale) possiblement affectées ou perturbées par un événement majeur touchant un individu ou un ensemble d'individus (victimes directes) appartenant au même groupe. » (Josse E., 2006, p.14)

Section 2. La victimisation

§1. La victimisation chronique ou aigüe

Deux formes de victimisation peuvent être mises en évidence. Premièrement, la victimisation chronique est celle qui concerne essentiellement des violences infligées par des personnes qui entretiennent une relation suivie avec la victime. Dans cette relation, les rôles de chaque protagoniste sont fixes et la violence dominatrice est dirigée vers les plus faibles. Deuxièmement, la victimisation aigüe est celle qui est ponctuelle et imprévisible. Il s'agit d'agression (principalement sexuelles) et de crimes entre personnes étrangères. (Cario R., 2006, p.157)

§2. La victimisation primaire et secondaire

La victimisation primaire est la victimisation qui découle directement de l'acte criminel, avec toutes les conséquences qu'il engendre.

La victimisation secondaire est définie, par la recommandation (2006)⁸, comme : « la victimisation qui résulte non pas directement de l'acte criminel, mais de la réponse apportée à la victime par les institutions et les individus ». (Rec (2006)⁸, Comité des Ministres, 2006, Point 1.3.). « La seconde victimisation fait référence à une perception de la victime, selon laquelle la victime n'est pas acceptée ni soutenue par les autres. » (Wemmers J.-A., 2003, Chapitre 5, p. 3/15) Il peut s'agir du fait de réactions, de comportements ou de réflexions inappropriés de la part de professionnels ou de tout autre individu. Mais, il peut également s'agir d'attentes de la victime qui ne sont pas comblées. En effet, lors du contact avec les policiers ou d'autres intervenants, il arrive que la victime soit encore en état de choc. Elle peut dès lors être dans l'incapacité d'exprimer ses attentes, et cela la prédispose à une seconde victimisation. (Wemmers J.-A., 2003, Chapitre 5, p. 3/15)

Section 3. Les violences sexuelles

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la violence sexuelle comme suit : « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail » (WHO, 2010, p.2). L'OMS précise que la coercition peut inclure : « le recours à la force à divers degrés ; l'intimidation psychologique ; le chantage ; les menaces (de blessures corporelles ou de ne pas obtenir un emploi/une bonne note à un examen, etc.) (OMS, 2012, p. 2) ».

Selon le degré de contact, il existe 4 types de violences sexuelles qui peuvent être distinguées. (Keygnaert I, Van Melkebeke I, 2018, p.6)

§1. L'intimidation sexuelle

Dans le cadre de l'intimidation sexuelle, il n'y a pas de contact physique. Elle concerne l'intimidation verbale : invitation répétitive, attention, demande, insinuations, remarques ou menace d'acte sexuel. Mais elle concerne également le fait de contraindre une personne à se déshabiller ou à regarder des personnes ayant des activités à caractère sexuel. Ou encore, elle concerne la prise de photo de nature sexuelle, sans accord. (Keygnaert I, Van Melkebeke I, 2018, p.6-7)

§.2. L'abus sexuel

Dans le cadre d'un abus sexuel, il y a un contact physique, mais il n'y a pas de pénétration. Il s'agit en effet de contraindre une personne à avoir un rapport physique de nature sexuelle, « la manipulation intentionnelle du pénis, du vagin, des fesses, des seins, l'intérieur des cuisses ou des fesses y compris, et ce, sur une personne qui n'a pas donné son accord ou qui n'est pas capable de la donner ou de refuser » (Keygnaert I, Van Melkebeke I, 2018, p.7).

§.3. La tentative de viol

Elle consiste en une tentative de pénétration, sous la contrainte. Le contact a lieu « entre le pénis, un objet, un doigt ou une main et un orifice corporel comme le vagin, l'anus ou la bouche sans pénétration » (Keygnaert I, Van Melkebeke I, 2018, p.7). Mais, il n'y a pas de pénétration, et la personne n'a pas donné son accord ou est dans l'incapacité de le donner ou de refuser. (Keygnaert I, Van Melkebeke I, 2018, p.7)

§.4. Le viol

Dans le cadre du viol, il y a également contact. Le viol est défini par l'article 375, alinéa 1^{er}, du Code pénal qui dispose que : « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit et par quelque moyen que ce soit, commis sur une personne qui n'y consent pas, constitue le crime de viol ».

L'alinéa 2 de l'article 375 du Code pénal précise que : « Il n'y a pas consentement notamment lorsque l'acte a été imposé par violence, contrainte, menace, surprise, ou ruse, ou a été rendu possible en raison d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale de la victime ». L'alinéa 6 ajoute : « Est réputé viol à l'aide de violences tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit et par quelque moyen que ce soit, commis sur la personne d'un enfant qui n'a pas atteint l'âge de quatorze ans accomplis ». Par celui-ci, le législateur a rendu impossible le consentement valable pour un enfant de moins de quatorze ans.

Points essentiels - Les victimes de violences sexuelles :

- Victimes directes (expérimentées ou témoins) / indirectes (proches) / potentielles (tiers)
- Victimisation chronique (relation suivie) / aigüe (ponctuelle)
- Victimisation primaire (résultant de l'acte) / secondaire (résultant de la réponse)
- Violences sexuelles : intimidation sexuelle / abus sexuel / tentative de viol / viol

Chapitre 2. Les théories victimologiques reposant sur le vécu et l'expérience des victimes

Ce deuxième chapitre épingle les divers apprentissages des recherches en la matière. Les théories victimologiques reposant sur le vécu et l'expérience des victimes sont des théories récentes et toujours en cours de développement. Elles se distinguent des théories qui les précèdent par leur caractère plus pragmatique et constructif. (Cario R., 2006, p.144) « Diverses approches ont été empruntées par les chercheurs et praticiens, insistant, chacun à leur manière, sur les caractéristiques sociologiques, psychologiques et victimologiques des victimisations observées » (Cario R., 2006, p.144).

Section 1. Les théories d'orientation sociologique

Tout d'abord, les travaux sociologiques en victimologie pointent que « nombre de personnes touchées par le crime sont revictimisées plus fréquemment » (Cario R., 2006, p.144). Dans les agressions graves contre les personnes, les mœurs et les biens, une large proportion des crimes commis le sont sur un faible nombre de personnes. « Ces victimisations « chroniques » ou répétées sont particulièrement importantes en milieu familial. Plus généralement, le risque de revictimisation au cours de la période qui suit immédiatement la première victimisation (de quelques heures à moins d'une semaine) est très élevé, autant en matière d'agressions contre les personnes (l'agression primaire les rendant désormais encore plus vulnérables) que contre les biens. » (Cario R., 2006, p.146-147) Ces constats permettent de mettre en exergue l'importance de mettre en place, au plus près des faits, des mesures de prévention adaptées et d'impliquer immédiatement les divers services d'aide et d'accompagnement des victimes. (Cario R., 2006, p.147)

Ensuite, ils mettent en évidence que trop peu de recherches sont actuellement consacrées aux conséquences sociales des diverses victimisations subies. (Cario R., 2006, p.144) En effet, les conséquences de la victimisation sont de nature à aggraver davantage la situation de la victime et de ses proches, comme par exemple : « perturbations conjugales, voire familiales exacerbées par l'impossibilité à symboliser rapidement les affectes nés de la victimisation ; perturbations professionnelles pouvant conduire à l'absentéisme, au licenciement ou à la démission quand les moyens de transport et/ou le lieu de travail ont servi de scène à la victimisation ; perturbations socio-économiques consécutives inévitables lorsque la victimisation affecte les aptitudes professionnelles et sociales de la victime ; perturbations relationnelles tenant notamment à la difficulté de pouvoir assumer

publiquement les conséquences néfastes du crime et/ou de la victimisation, principalement » (Cario R., 2006, p.148). Cependant, constater les perturbations de la socialisation, sans en tirer les conséquences théoriques et pratiques, n'est pas suffisant. Encourager ce type de recherche ne manquerait pas de mettre en évidence le rôle essentiel des métiers du travail social dans l'aide immédiate, à moyen et long terme, dans le cadre des questions concernant la famille, l'emploi, la réintégration sociale de la victime et de ses proches. (Cario R., 2006, p.148-149)

Section 2. Les théories d'orientation psychologique

Les études psychologiques, psychiatriques et psychanalytiques ont, quant à elles, eu pour objet l'origine et les conséquences du traumatisme né de la victimisation. L'événement traumatique a pour effet de provoquer une véritable déflagration dans le psychisme de la victime. « Il est aujourd'hui démontré que les victimes d'infractions graves subissent, par l'effraction psychique que provoque l'acte criminel, un trauma (véritable blessure psychique) plus ou moins profond. » (Cario R., 2006, p.149)

Alors que les symptômes du stress peuvent s'estomper assez rapidement selon son ampleur et la qualité des soins apportés, le trauma (enfoui dans l'appareil psychique) peut, quant à lui, ne réapparaître que bien plus tard, en fonction des individus et de la conjoncture. (Cario R., 2006, p.150-151) « La reviviscence du traumatisme perturbe profondément la personnalité des victimes qui connaissent toutes sortes de difficultés personnelles et sociales » : cauchemars, fatigue, tristesse, état d'alerte, baisse de l'estime de soi, toxicomanies, évitement phobique, perturbations sociales, etc. (Cario R., 2006, p.151) « La prise en charge de la victime traumatisée doit être la plus précoce et la plus pluridisciplinaire possible (associant médecins, psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux) afin de la réintégrer au plus vite dans la communauté humaine, selon ses besoins identifiés. » (Cario R., 2006, p.152)

D'autres travaux ont montré qu'il pouvait être fait l'usage d'entretiens psychologiques de defusing (c'est-à-dire de désamorçage ou de déhoccage), ou de groupes de parole (permettant aux victimes de verbaliser les affects nés de la transgression et de retrouver la maîtrise de leur vie). (Cario R., 2006, p.152-153) « Les travaux les plus récents sur le traitement des émotions invitent à considérer que si débriefing et abréaction permettent de purger (par catharsis) les affects douloureux, d'exprimer l'émotion, de donner du sens à l'événement, rien n'indique que de telles techniques ont aussi pour effet de « diminuer

l'émotion provoquée par le souvenir de l'événement ». (Cario R., 2006, p.154) Alors que pour symboliser l'émotion, il est important de la mémoriser, et cette mémorisation est facilitée par le partage social de l'émotion. En effet, d'autres significations que celles données par la victime à l'événement traumatique peuvent s'ajouter grâce à la parole des tiers. (Cario R., 2006, p.154-155) Et cela est d'autant plus nécessaire quand il s'agit de victimisations subies au sein du milieu familial, afin de permettre à la victime de s'échapper de l'emprise de son agresseur, « auquel elle est liée affectivement et dont elle dépend souvent aux plans socio-économique et culturel ». (Cario R., 2006, p.155)

« Ainsi, au-delà de la restauration individuelle de la victime elle-même, par le partage social de l'émotion les liens affectifs entre humains se renforcent et participent, plus globalement, à la consolidation de l'harmonie sociale. D'où la nécessité de toujours replacer le traitement du traumatisme dans un contexte victimologique plus large afin de prendre en charge la victime de manière vraiment globale. » (Cario R., 2006, p.155)

Section 3. Les théories d'orientation victimologique

C'est dans le cadre de cette orientation que les recherches victimologiques s'intéressent plus particulièrement à l'expérience et au vécu des victimes, s'intéressant dès lors à leur point de vue. (Cario R., 2006, p.155)

Des recherches ont été menées en interrogeant principalement le ressenti et les réactions des victimes elles-mêmes. « Elles soulignent encore l'importance de l'accompagnement psychologique et social des personnes concernées au sein de services pluridisciplinaires d'aide aux victimes afin qu'elles retrouvent leur liberté, entravée par la peur, par la perte de l'estime de soi, par l'impuissance à éviter que cela ne recommence. » (Cario R., 2006, p.155-156)

L'une de ces recherches, par le biais d'entretiens libres, rend compte des effets concrets des actes de violence sur les victimes et leurs proches, en soulignant que « les traumatismes de la victimisation sont contagieux et que les victimes secondaires sont aussi affectées que les victimes primaires » (Cario R., 2006, p.156). De plus, la victime est souvent négligée et blâmée par son entourage, les services judiciaires, sociaux et sanitaires, perdant tout contrôle des événements au fur et à mesure. (Cario R., 2006, p.156)

D'autres recherches sur la justice restaurative ont permis de souligner l'importance de celle-ci afin de favoriser la restauration individuelle et sociale de chacun. (Cario R., 2006, p.158-163) De pertinentes théories explicatives sur l'émergence, les processus et les conséquences des victimisations d'origine pénale émergent donc de cette victimologie. Les recherches effectuées sont guidées par le souci de reconnaissance, de réparation et de restauration sociale. (Cario R., 2006, p.164)

« Les traumatismes provoqués par l'infraction commandent en effet une réparation globale des intéressés : matérielle, psychologique et sociale, sans dolorisme victimologique, sans mystification criminologique. Bien au contraire, l'évolution contemporaine de la victimologie et de la criminologie souligne leur complémentarité dans la prise en charge des victimes et dans celle des infracteurs, qu'il convient d'associer, dans toute la mesure du possible, à la régulation du conflit d'ordre pénal au sein duquel « leur » drame s'est noué. » (Cario R., 2006, p.164) Il est dès lors primordial de mettre en place des programmes de soutien, de restauration psychosociale au bénéfice de toute la famille, dans le cadre d'une méthode systémique, pour éviter l'aggravation de la situation. (Cario R., 2006, p.164)

De plus, et parallèlement, le respect des droits des parties est essentiel pour le rétablissement de leur dignité de personne. « La prise en considération de la victime devient ainsi un facteur d'évolution du droit, du procès pénal et, par contagion, du système de justice pénale en son entier, en réaffirmant sa force symbolique et sociale, garante du retour à l'harmonie sociale. (Cario R., 2006, p.165)

Points essentiels - Les théories victimologiques :

- Orientation sociologique : mesures de prévention adaptées au plus près des faits et implication immédiate des services d'aide / intérêt pour des recherches sur le rôle essentiel des métiers du travail social dans l'aide immédiate, à moyen et long terme
- Orientation psychologique : prise en charge la plus précoce et la plus pluridisciplinaire possible / importance des thérapies individuelles combinées à celles de groupe
- Orientation victimologique : l'accompagnement psychologique et social au sein de service pluridisciplinaire / traumatismes contagieux pour les victimes secondaires / importance de la justice restaurative pour la reconnaissance, la réparation et la restauration sociale / programmes de soutien pour tous et réparation globale des intéressés / prise en considération de la victime durant toute la procédure judiciaire

Chapitre 3. Les besoins et les droits des victimes de violences sexuelles

Ce troisième chapitre établit une cartographie des besoins et des droits des victimes. En effet, comme cela est détaillé ci-dessous : les services aux victimes d'actes criminels ne peuvent pas être fondés uniquement sur le concept de besoin, mais doivent également être conçus pour défendre les droits des victimes.

Section 1. Les besoins des victimes

Être victime de violences sexuelles entraîne, comme tout acte criminel, des conséquences dans divers domaines : financier et matériel, corporel, psychologique, social, juridique. (Fisher B. S., Reyns B. W. et Sloan J. J., 2015, p.337 et s.) Ces divers domaines sont abordés sous des angles différents et de manière différée, selon la sphère à laquelle ils appartiennent. En effet, il existe une large dispersion du traitement social d'un acte criminel. (Aertsen I., Martin D., 1996, p. 11) « C'est d'ores et déjà l'un des points d'achoppement importants : tandis que les différentes conséquences sont mutuellement impliquées dans l'expérience de la victime, ces dernières sont considérées par les différents secteurs de service et d'assistance, de manière particulière et isolée. Et de ce fait, le risque existe que la victime ne se sente pas globalement reconnue dans son épreuve. » (Aertsen I., Martin D., 1996, p. 11)

Pour éviter la seconde victimisation, il faut donc connaître les besoins des victimes. Cependant, le concept de besoins des victimes peut être problématique, parce que leur définition est forcément subjective. (Walklate S., 2007, p.256) « Lorsqu'on pense aux besoins des victimes, il est utile d'avoir à l'esprit :

- la grande variété de l'expérience humaine du crime et des réactions à celui-ci. Les victimes de crimes similaires peuvent vivre leur victimisation de manière complètement différente et auront des besoins très divers en conséquence. Les réactions au crime sont affectées par un éventail de facteurs tels que le sexe, la race, la culture, la sexualité, la classe sociale, le handicap, la pauvreté, l'âge et la santé ;
- que certaines victimes sous-estiment à quel point elles sont touchées par la criminalité ;
- que de nombreux besoins découlant de l'expérience de la victimisation dépassent la portée des services de soutien à y répondre ;
- qu'il y a des difficultés à évaluer de manière fiable les besoins, en particulier lorsque de nombreuses victimes n'ont pas accès aux services de soutien.

-que certains besoins peuvent n'apparaître que longtemps après l'événement, comme ceux qui seraient indiqués par un diagnostic de trouble post-traumatique ;
-que certaines personnes exagèrent leurs besoins, ou confondent besoins et désirs, tandis que d'autres les minimisent ;
-comment le fait de fonder la prestation de services aux victimes sur la seule base des besoins ignore le fait que, pour garantir une justice équitable, les victimes devraient également avoir droit à des services, à une réparation et à une protection contre une nouvelle victimisation sur la base de droits. Sinon, les victimes qui n'expriment par leurs besoins ou qui ne peuvent accéder de manière satisfaisante aux services sont ignorées. »
(Walklate S., 2007, p.256)

Malgré ces problèmes, les recherches en victimologie relèvent différents besoins qu'éprouvent les victimes de tout acte criminel, et qui peuvent être regroupés en six catégories : le besoin d'information ; les besoins pratiques ; le besoin de réparation ou de dédommagement ; le besoin d'un soutien psychosocial ; le besoin de reconnaissance ; et le besoin de protection. (Wemmers J.-A., 2003, Chapitre 5, p. 5/15)

§1. Le besoin d'information

« Bien souvent, les victimes ne connaissent pas leurs droits et ne sont pas familières avec la complexité des différents services disponibles ». (Wemmers J.-A. et Cyr K., 2006, p.16) Or, ces informations sont primordiales pour les victimes et la suite de leur parcours, car si elles ignorent l'existence d'un service, elles ne peuvent pas bénéficier de ses bienfaits. (Wemmers J.-A. et Cyr K., 2006, p.16)

Tout d'abord, d'un point de vue judiciaire, les victimes ont besoin de comprendre le fonctionnement du procès, de connaître leurs droits et les possibilités de recours. Ainsi, il est important de les informer, depuis l'enquête policière jusqu'à la libération du détenu, de l'avancée de leur dossier et des décisions qui sont prises. De plus, la participation à un procès peut être source d'anxiété et les interrogatoires ou contre-interrogatoires peuvent générer de nouveaux traumatismes. Bien informer et préparer les victimes est dès lors très important. (Wemmers J.-A., 2003, Chapitre 5, p. 6/15)

Ensuite, d'un point de vue de l'aide, les victimes ont besoin de recevoir des informations à propos des divers types de services disponibles : comme des services d'assistance, d'accueil, d'écoute, d'hébergement, d'indemnisation, etc. (Wemmers J.-A., 2003,

Chapitre 5, p. 6-7/15) Souvent les victimes ignorent l'existence de ces services, et ne sont donc pas mises au courant des possibilités qui leur sont offertes. (Bureau M., 2017, p.9)

Il est également important que certaines de ces informations soient fournies aux victimes le plus tôt possible, comme les services d'aide adéquat à leur situation et les programmes d'indemnisation. (Wemmers J.-A. et Cyr K., 2006, p.16) « L'absence d'information sur les procédures et les services donne aux victimes un sentiment d'impuissance. L'information est un facteur d'autonomisation, et une recherche menée auprès de victimes dont la cause est traitée par les tribunaux montre que lorsqu'on donne de l'information à une victime, celle-ci est plus susceptible d'avoir le sentiment d'être traitée équitablement et moins susceptible de présenter des symptômes d'ESPT (Etat de stress post-traumatique) ». (Wemmers J.-A., 2017, Chapitre 6)

Enfin, d'un point de vue de la victimisation, les victimes ont également besoin de recevoir de l'information sur la prévention de la criminalité et sur la victimisation en elle-même : c'est-à-dire « sur ses dynamiques propres – par exemple, le cycle de la violence conjugale-, ainsi que sur des notions telles que la vulnérabilité et les mécanismes de protection ». (Bureau M., 2017, p.9)

« Le besoin de renseignements, et particulièrement celui qui est relatif à leur cas spécifique, est fondamental, car c'est à partir de lui que s'articulent les autres besoins des victimes. » (Wemmers J.-A., 2003, Chapitre 5, p. 7/15) Il s'agit du besoin qui devrait recevoir le plus d'attention, car s'il est satisfait, cela peut nettement favoriser le rétablissement de la victime, alors que s'il venait à manquer, cela risque d'accroître l'anxiété et le sentiment de peur chez elle. (Wemmers J.-A., 2003, Chapitre 5, p. 7/15)

§2. Les besoins pratiques

Les besoins pratiques consistent en un éventail de tâches concrètes pour lesquelles la victime peut avoir besoin d'aide, comme mettre de l'ordre dans ses affaires, réparer des biens endommagés ou compléter des formulaires administratifs divers. (Wemmers J.-A., 2017, Chapitre 6) Il s'agit des démarches qui s'imposent à la victime, et qui sont rendues nécessaires, suite à l'acte criminel. (Bureau M., 2017, p.10)

Les victimes de crime contre les biens présentent davantage de besoins au point de vue pratique, comme les réparations d'urgence, le transport, les tâches ménagères, les services de traduction, etc. (Wemmers J.-A., 2017, Chapitre 6) Cependant, les victimes de crime

contre les personnes ont parfois ce type de besoins également, comme les victimes de violence familiale qui ont besoin de se loger rapidement ailleurs pour s'éloigner de leur agresseur. (Wemmers J.-A., 2017, Chapitre 6) Aussi, lorsqu'une procédure judiciaire est entamée, la victime et les témoins peuvent avoir des obligations envers la justice, et peuvent avoir besoin de services pour les aider à concilier leurs obligations personnelles (garde des enfants, travail, transport) et le témoignage. (Wemmers J.-A., 2003, Chapitre 5, p. 7/15) Ces besoins concrets se manifestant souvent immédiatement après le crime, la victime doit être rapidement informée. (Wemmers J.-A., 2003, Chapitre 5, p. 7/15)

§3. Le besoin de réparation ou de dédommagement

Une victimisation peut engendrer divers coûts, tels que la perte du bien, les frais encourus pour faire face à la situation, les frais liés aux conséquences physiques, psychosociales ou professionnelles. Elle a parfois de lourdes conséquences financières pour la victime, mais aussi pour sa famille et sa collectivité. (Wemmers J.-A., 2017, Chapitre 6)

Les pertes qui sont liées à l'infraction pose dès lors la question de la réparation par l'infracteur, ou par d'autres moyens le cas échéant. Celle-ci peut intervenir sous diverses formes : la réparation ou la restitution du bien, l'indemnisation de la victime ou des membres de la famille, des excuses de la part du contrevenant, la reconnaissance de sa culpabilité et de sa responsabilité à l'égard des souffrances de la victime. (Wemmers J.-A., 2017, Chapitre 6)

L'indemnisation financière est sans doute la forme de réparation la plus répandue. Il peut s'agir des coûts reliés directement à l'acte criminel, mais également des coûts périphériques, tels que les frais de santé, de déplacement, la compensation salariale ou les frais dus à la participation à la procédure judiciaire. Ceux-ci nécessitent une prise en charge et une réponse rapide pour les victimes. (Bureau M., 2017, p.10)

Outre l'indemnisation, d'autres formes d'intervention peuvent être réparatrices, comme l'arrestation et la condamnation. Le rétablissement des relations avec le contrevenant ou la collectivité peut également intervenir comme réparateur. « Les victimes de violence qui connaissent leur agresseur expriment souvent le désir de rétablir leur relation avec lui. Parfois, la victime de violence sexuelle de la part d'un agresseur qu'elle connaît exprime le souhait de rétablir sa relation avec d'autres membres de sa famille ou avec l'ensemble de la collectivité ». (Wemmers J.-A., 2017, Chapitre 6)

Enfin, obtenir une réparation, même symbolique, signifie également pour la victime une reconnaissance de son statut, et lui permet de retrouver sa dignité. De même, inclure les victimes dans la procédure judiciaire et les informer, et donc de les traiter avec respect et dignité, permet également de répondre à ce besoin de réparation. « Une justice plus humaine allégerait un sentiment punitif ressenti par certaines victimes et ferait en sorte qu'elles se montrent plus ouvertes à pardonner ou à chercher réconciliation ». (Bureau M., 2017, p.12)

§4. Le besoin d'un soutien psychosocial

La victime peut être traumatisée par sa victimisation, et souvent ses proches (la famille, les amis, les collègues, etc.) constituent le premier soutien informel. Ils offrent une écoute et un soutien significatif pour les victimes. (Wemmers J.-A., 2003, Chapitre 5, p. 8/15) Pour certaines d'entre elles, il s'agira de la principale, voire même de la seule source de support. Tandis que d'autres éprouveront la nécessité d'obtenir le soutien de services professionnels et spécialisés. (Bureau M., 2017, p.13) Aussi, certains proches peuvent eux-mêmes être traumatisés par l'événement. « Une aide structurelle est donc nécessaire aux victimes directes et indirectes. » (Wemmers J.-A., 2003, Chapitre 5, p. 8/15)

« Les personnes ayant vécu un crime contre la personne présenteraient davantage ce besoin de soutien psychosocial, qui lui, peut être satisfait par différents services d'aide aux victimes, le soutien de professionnels et différentes instances fournissant une aide plus structurée ». (Bureau M., 2017, p.13) Il est intéressant de relever qu'en général, les personnes qui vivent seules, les femmes, les personnes divorcées et les personnes âgées ressentent plus souvent le besoin d'aide sur le plan affectif. (Wemmers J.-A., 2003, Chapitre 5, p. 9/15)

§5. Le besoin de reconnaissance

Tout d'abord, les victimes ont un besoin de reconnaissance dans le système pénal, le besoin d'obtenir le statut de victime. Elles ont besoin de participer à la procédure judiciaire. Elles veulent être informées de leurs droits et de l'évolution de leur cas, ainsi que consultées pour les décisions importantes et entendues, dans toutes les phases du processus : depuis la prise en charge par la police jusqu'à la libération conditionnelle, en passant par le procès et la sentence. (Wemmers J.-A., 2003, Chapitre 5, p. 9-10/15)

Toutefois, si les victimes veulent avoir voix au chapitre lors de la procédure, c'est pour que les décisionnaires puissent tenir compte de leurs préoccupations dans leur jugement.

En effet, elles ne désirent pas de pouvoir décisionnel, estimant que ce fardeau incombe aux autorités. (Wemmers J.-A., 2017, Chapitre 6) « La reconnaissance de la victime et la prise en considération de son point de vue et de ses préoccupations ont un effet d'autonomisation ; elles l'aident à retrouver le contrôle de soi et un sentiment d'efficacité après la victimisation. » (Wemmers J.-A., 2017, Chapitre 6) « La participation des victimes présente six objectifs : leur donner une voix (dans une perspective thérapeutique) ; prendre en compte leur opinion ; les traiter avec respect ; atténuer leur stress face à la procédure judiciaire ; améliorer leur degré de satisfaction face à la procédure ; et enfin, augmenter leur niveau de collaboration ». (Bureau M., 2017, p.14)

Ensuite, et plus largement, les victimes ont besoin d'être reconnues comme telles par la société. Il s'agit de la reconnaissance immatérielle, celle qui permet d'exister au regard des autres et d'accéder au statut de victime. Il y a en effet la nécessité d'introduire autrui, « c'est-à-dire la notion d'un tiers représenté par les autres : l'étranger, la famille, les spectateurs, et même la société tout entière » (Audet J., Katz J.-F., 1999, p.510). Il s'agit dès lors, non pas d'une relation duelle, mais d'une relation triangulaire (victime-auteur du dommage-tiers). « Cette nouvelle attente de la victime vis-à-vis du tiers est au centre du traumatisme second. » (Audet J., Katz J.-F., 1999, p.510)

Obtenir le statut de victime permet d'accéder à une reconnaissance, car ne pas être reconnu, c'est être transparent au monde. Or les victimes peuvent devenir assistées, perdre leurs amis ou leur conjoint. Il est donc essentiel qu'elle puisse s'appuyer sur cette reconnaissance, sur de nouveaux amis, et sur les associations de victimes avec lesquelles une validation réciproque est possible. (Audet J., Katz J.-F., 1999, p.510-511)

Cependant, « bénéficier du statut de victime ne peut être qu'une étape dont la guérison ou l'évolution doit permettre de sortir le plus rapidement possible afin de retrouver sa place dans la société, même au prix d'un handicap. » (Audet J., Katz J.-F., 1999, p.511) Une personne qui se complairait dans ce statut de victime serait dans une évolution pathologique des événements.

§6. Le besoin de protection

A la suite d'un crime, une victime peut se sentir vulnérable et avoir peur. Quand certaines craignent leur agresseur et ses représailles, d'autres ont perdu le sentiment de sécurité et leur liberté. (Wemmers J.-A., 2003, Chapitre 5, p. 5/15)

En rapportant le crime à la police, certaines d'entre elles cherchent leur aide et la protection du système pénal. Cependant, selon quelques auteurs, « la protection des victimes et des témoins dans le système pénal est inadéquate. Le contre-interrogatoire est, par exemple, une source importante de peur et de stress pour elles. Aussi, les mesures comme la libération conditionnelle et les injonctions sont critiquées par les défenseurs de leurs droits. Quelques cas tragiques de victimes de violence conjugale tuées par leurs ex-conjoints après que des accusations aient été portées contre ces derniers ont augmenté l'urgence de la question de la protection. » (Wemmers J.-A., 2003, Chapitre 5, p. 10/15)

La réponse au besoin de protection intervient à plusieurs niveaux, que ce soit dans la procédure judiciaire, ou auprès des différents intervenants que la victime va rencontrer, mais également auprès de ses proches, et même dans l'information qui lui sera transmise tout au long de son parcours. (Bureau M., 2017, p.14) « Aussi, la personne elle-même mettra en place des mécanismes de protection plus ou moins satisfaisants, allant même jusqu'à l'hypervigilance ». (Bureau M., 2017, p.14)

Points essentiels - Les besoins :

- 1) Information : judiciaire – service d'aide – prévention de la criminalité
- 2) Pratiques : tâches concrètes – transport – garde d'enfant – traduction – hébergement
- 3) Réparation ou dédommagement : reconnaissance – excuse – indemnité – arrestation – condamnation – médiation – traitement équitable
- 4) Soutien psychosocial : par les proches – pour les proches – par des professionnels spécialisés
- 5) Reconnaissance : système pénal (participer et être informé) – immatérielle (par la société) – étape de reconstruction
- 6) Protection : dans la procédure judiciaire – auprès des intervenants – personnelle

Section 2. Les droits des victimes

Comme évoqué précédemment, le besoin est un concept problématique et ceux-ci sont difficiles à établir. « Bon nombre des besoins qui découlent de la victimisation dépasseraient la capacité des organisations à y répondre. » (Walklate S., 2007, p.268)
« Les services aux victimes d'actes criminels ne devraient pas être fondés uniquement sur le concept de besoin, mais également conçus pour défendre les droits des victimes. » (Walklate S., 2007, p.268)

Toutefois, le droit des victimes ne semble pouvoir évoluer que sous la pression des associations de victimes. En effet, ces mouvements ont permis de mener à la mise en place dans les normes supra-étatiques de garanties à l'égard de la victime, plus ou moins contraignantes. (Cario R., 2006, p.168) Aussi, suite à d'autres mouvements, des réglementations diverses ont été prises au niveau national, afin de compléter ces dernières, notamment dans des domaines plus précis.

Un état des lieux de ces normes est effectué ci-après. Si plusieurs d'entre elles accordent les mêmes droits dans divers domaines, seules les spécificités que chacune d'elles apporte au panel de réglementations seront mises en évidence.

§1. Les normes internationales

« L'élan de solidarité à l'égard des victimes, observable depuis la fin des années soixante un peu partout dans le monde, de manière plus ou moins structurée, a conduit l'Organisation des Nations Unies (ONU) à se doter d'instruments destinés à garantir la protection des victimes et la prise en compte de leurs besoins consécutifs aux victimisations subies. » (Cario R., 2006, p.176-177)

C'est dans cette optique que la « Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir » a été adoptée par l'Assemblée Générale dans sa résolution 40/34 du 29 novembre 1985. Les victimes visées par cette déclaration sont définies aux articles 1 et 3. Les dispositions de cette résolution s'appliquent à tous, aux victimes directes mais également aux victimes indirectes, sans distinction aucune. (Résolution 40/34, AG ONU, 1985, art. 3)

La Résolution dispose que l'accès à la justice et le traitement équitable, l'obligation de restitution et de réparation, d'indemnisation et d'assistance doivent être fermement garanties. En effet, les victimes doivent recevoir l'assistance matérielle, médicale, psychologique et sociale dont elles ont besoin. (Résolution 40/34, AG ONU, 1985, art. 14). « Le droit d'être assisté par un conseil, tout comme celui d'être informé de l'évolution du dossier doivent être effectifs. Sécurité et protection de la vie privée sont des droits également impératifs. L'information des victimes sur l'existence de ces services et l'accès à ces derniers doivent être renforcés et, surtout, les personnes de ces divers services doivent recevoir une formation qui les sensibilise aux besoins des victimes » (Cario R., 2006, p.177).

§2. Les normes de l'Union Européenne et du Conseil de l'Europe

Les recommandations sont des actes qui n'ont pas force de loi. Elles permettent aux institutions européennes de faire connaître leur point de vue et de suggérer une ligne de conduite, sans contraindre les destinataires à s'y conformer. Elles sont donc différentes des directives, en ce qu'elles ne sont pas légalement contraignantes pour les Etats membres. En effet, les directives sont des actes législatifs qui fixent des objectifs à tous les pays de l'Union européenne. Une fois votées par les institutions européennes, les directives doivent être transposées par les Etats membres dans leur droit national. Cependant, chaque pays est libre d'élaborer ses propres mesures pour atteindre ces objectifs.

- a) *Conseil de l'Europe – Comité des Ministres : Résolution (77) 27 sur le dédommagement des victimes d'infractions pénales, adoptée par le Comité des Ministres le 28 septembre 1977, lors de la 275^e réunion des Délégués des Ministres.*

Cette résolution recommande aux Etats membres du Conseil de l'Europe de prendre en considération certains principes dans le cadre du dédommagement des victimes d'infractions pénales. L'Etat doit contribuer à l'indemnisation de toute personne ayant subi des lésions corporelles résultant d'une infraction. (Res (77) 27, Comité des Ministres, 1977, Point 1, a.).

« En ce qui concerne l'infraction pénale génératrice du préjudice corporel, tous les actes de violence intentionnels devront au moins être couverts, même si l'auteur ne peut pas être poursuivi » (Res (77) 27, Comité des Ministres, 1977, Point 2). « Le dédommagement peut se réaliser soit dans le cadre de la sécurité sociale, soit par l'institution d'un régime spécifique d'indemnisation, soit par le recours à l'assurance. (Res (77) 27, Comité des Ministres, 1977, Point 3). La Belgique répond à ces trois régimes et notamment en ayant mis en place un fond d'indemnisation pour les victimes d'actes intentionnels de violences. (SPF Justice, 2021, p.1)

- b) *Conseil de l'Europe – Comité des Ministres : Recommandation (85) 11 sur la position de la victime dans le cadre du droit pénal et de la procédure pénale, adoptée par le Comité des Ministres le 28 juin 1985, lors de la 387^e réunion des Délégués des Ministres.*

Cette recommandation est structurée sur les étapes de la procédure pénale et donne des conseils quant à la prise en charge des victimes à chacune d'elles.

Au niveau de la police, elle recommande de respecter les lignes directrices suivantes :

- « les fonctionnaires de la police devraient être formés pour traiter les victimes de façon compréhensible, constructive et rassurante » (Rec (85) 11, Comité des Ministres, 1985, Point I, A, 1) ;

- « la police devrait informer la victime sur les possibilités d'obtenir de l'assistance, des conseils pratiques et juridiques, la réparation de son préjudice par le délinquant et le dédommagement par l'Etat » (Rec (85) 11, Comité des Ministres, 1985, Point I, A, 2).

Elle recommande également que : « dans toutes les phases de la procédure, l'interrogatoire de la victime devrait se faire dans le respect de sa situation personnelle, de ses droits et de sa dignité » (Rec (85) 11, Comité des Ministres, 1985, Point I, C, 8).

c) Conseil de l'Europe – Comité des Ministres : Recommandation (2006)8 sur l'assistance aux victimes d'infractions, adoptée par le Comité des Ministres le 14 juin 2006 lors de la 967^e réunion des Délégués des Ministres.

Cette recommandation de 2006, remplaçant la recommandation n°R (87) 21 sur l'assistance aux victimes et la prévention de la victimisation, recommande aux gouvernements des Etats membres de diffuser les principes repris dans son annexe et de s'en inspirer dans leur législation et leurs pratiques internes.

Elle donne des conseils dans l'assistance procurée aux victimes par l'Etat, qui « devrait inclure la prestation de soins médicaux, d'aide matérielles, et de services de santé psychologique autant que de services sociaux et de conseil. Ces services devraient être gratuits, au moins pour la période des suites immédiates de l'infraction » (Rec (2006)8, Comité des Ministres, 2006, Point 3.2.).

Elle insiste notamment sur le fait que « les victimes devraient autant que possible être protégées de la victimisation secondaire » (Rec (2006)8, Comité des Ministres, 2006, Point 3.3.).

La recommandation pose également les principes dans le rôle des services publics, dans les services d'aide aux victimes (avec la mise en place de centres spécialisés destinés aux victimes d'infractions telles que les violences sexuelles et domestiques), dans l'information, la protection des victimes, la sélection et la formation du personnel, etc.

- d) *Parlement européen et Conseil : Directive 2012/29/UE du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2012, établissant des normes minimales concernant les droits, le soutien et la protection des victimes de la criminalité et remplaçant la décision-cadre 2001/220/JAI du Conseil, J.O.U.E, L 315, du 14 novembre 2012, p. 57.*

Tout d'abord, la directive énonce quelques considérants qui semblent intéressants :

-Considérant 9 : « les victimes de la criminalité devraient être reconnues et traitées avec respect, tact et professionnalisme, sans discrimination d'aucune sorte [...] ».

-Considérant 17 : « les femmes victimes de violence fondée sur le genre et leurs enfants requièrent souvent un soutien et une protection spécifiques en raison du risque élevé de victimisation secondaire et répétée, d'intimidations et de représailles liées à cette violence ».

-Considérant 40 : « bien que la fourniture d'un soutien ne devrait pas être subordonnée au dépôt par la victime d'une plainte [...] les états membres sont encouragés à instaurer des conditions appropriées permettant d'orienter les victimes vers les services d'aide aux victimes ».

-Considérant 53 : « il convient de limiter le risque que la victime subisse une victimisation secondaire et répétée, des intimidations et des représailles, soit du fait de l'auteur de l'infraction, soit en raison de sa participation à la procédure pénale, en menant cette procédure d'une manière coordonnée et respectueuse, permettant aux victimes de nouer des liens de confiance avec les autorités ».

Ensuite, la directive présente les différents articles qui ont été adoptés en son sein. Les victimes, dans le cadre de l'information et du soutien, ont le droit de comprendre et d'être comprises, de recevoir des informations dès le premier contact avec une autorité compétente, de déposer plainte, de recevoir des informations relatives à l'affaire, le droit à l'interprétation et à la traduction, le droit d'accès aux services d'aide aux victimes et de soutien auprès des services d'aide aux victimes.

Elles reçoivent également des droits dans le cadre de la participation à la procédure pénale, notamment le droit d'être entendu, des droits en cas de décision de ne pas poursuivre et le droit à des garanties dans le contexte des services de justice réparatrice. Aussi, elles reçoivent des droits dans le cadre de la protection et le droit à la protection de la vie privée.

§3. La Convention d'Istanbul

Le 11 mai 2011, le Conseil de l'Europe a signé à Istanbul la Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Celle-ci a été approuvée par la loi du 01 mars 2016. Elle « s'applique à toutes les formes de violence à l'égard des femmes, y compris la violence domestique, qui affecte les femmes de manière disproportionnée » (Convention d'Istanbul, 11/05/2011, art. 2, 1°).

En son article 11, elle engage les parties à collecter les données statistiques pertinentes et à soutenir les recherches en la matière. En ses articles 55 à 57 et 20, celle-ci prévoit une assistance juridique, psychologique, financière, ainsi qu'une aide dans la recherche d'un logement, d'une formation et d'un emploi.

Enfin, en son article 25, la Convention stipule que « les parties prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour permettre la mise en place de centres d'aide d'urgence pour les victimes de viol et de violences sexuelles, appropriés, facilement accessibles et en nombre suffisant, afin de leur dispenser un examen médical et médico-légal, un soutien lié au traumatisme et des conseils ».

§4. Les normes belges

Diverses normes de droit interne ont été adoptées en Belgique, au fur et à mesure des années, telles que les codes belges et les lois spécifiques en la matière.

Notamment, les articles 371/1 et s. du Code pénal belge qui traite du voyeurisme, de la diffusion non consensuelle d'images et d'enregistrements à caractère sexuel, de l'attentat à la pudeur et du viol. Il pénalise en son article 375 le crime de viol. Aussi, le Code d'instruction criminelle établit les règles relatives aux profils ADN de traces ou d'un échantillon de référence, découverts ou prélevés lors de l'exploration corporelle de la victime, dans le cadre d'un dossier d'attentat à la pudeur ou de viol. (CIC, art. 44 sexies, art. 90 duodecies)

La loi sur la fonction de police de 1992, prévoit, en son article 46, que les services de police doivent porter assistance aux victimes et les mettre en contact avec les services spécialisés. En 1998, la Belgique adopte une loi organisant un service de police intégrée, structuré à deux niveaux, qui réforme les services de police et redonne une place aux victimes dans la manière dont elle organise cette structure à deux niveaux.

Aussi en 1998, une loi fût adoptée le 12 mars relative à l'amélioration de la procédure pénale au stade de l'information et de l'instruction, plus communément appelée la Loi Franchimont. Elle fût l'une des plus grandes avancées par rapport aux victimes car elle leur donne un certain nombre de droits et leur offre une place importante dans la procédure pénale. En effet, les victimes d'infractions et leurs proches doivent être traités de façon correcte et consciencieuse en leur fournissant l'information nécessaire et en les mettant en contact avec les personnes spécialisées.

La circulaire ministérielle concernant l'assistance policière aux victimes fût adoptée en 1991. Elle porte sur l'aide que les services de police doivent apporter aux victimes. Sa dernière de 1999 vient affiner les règles en matière d'accueil au sein des services de police, car l'accueil psycho-social ne relève pas de leur compétence.

D'autres réglementations spécifiques peuvent être citées : la Directive ministérielle du 15/12/1998 relative au set d'agression sexuelle ; la Circulaire ministérielle du 16/07/2001 relative à l'enregistrement audiovisuel de l'audition des mineurs victimes ; la Directive ministérielle du 15 septembre 2007 relative à l'accueil des victimes au sein des parquets et des tribunaux.

Points essentiels - Les droits :

Accès à la justice et au traitement équitable / restitution et réparation / indemnisation / assistance (matérielle/médicale/psychologique/sociale) / information / dédommagement de toutes les victimes / police formée, informant la victimes sur ses possibilités / interrogatoire dans le respect et la dignité de la victime / gratuité de l'assistance / protection contre la victimisation secondaire / centres spécialisés pour victimes de violences sexuelles (avec personnel formé) / traité avec tact et professionnalisme / protection spécifique des femmes et des enfants / orientation appropriée vers les services d'aide / lien de confiance avec les autorités judiciaires / comprendre et être compris / déposer plainte / information relatives à l'affaire / interprétation et traduction / être entendu / garanties dans justice réparatrice / protection vie privée

Convention d'Istanbul : assistance juridique, psychologique et financière / aide à la recherche de logement, formation et emploi / mise en place de centres d'aide d'urgence

Chapitre 4. Les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles

Ce quatrième chapitre réalise la présentation du CPVS et des professionnels y exerçant. Il consiste en une première approche des divers services et acteurs.

L'Organisation Mondiale de la Santé recommande une prise en charge holistique de chaque victime de violences sexuelles, aussi vite que possible après l'agression (WHO, 2003, p.1-155). Des voix, venant également du milieu professionnel, s'élèvent pour l'amélioration des dispositifs de soins en la matière. « L'identification de structures d'accueil et de soins spécialisés constitue ainsi une priorité, ainsi que la formation des intervenants, mais aussi la possibilité d'articuler les aspects médicaux, psychologiques et judiciaires à partir d'un même lieu » (Vermeiren et Bréart, 2016, p.88).

Sur base de diverses recommandations, et conformément à la signature de la Convention d'Istanbul, il a dès lors été implanté trois Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS) en Belgique, en phase pilotage pour la période 2017-2019, et dans une volonté de déploiement national à partir de fin 2019-2020.

Section 1. Une prise en charge holistique par une équipe pluridisciplinaire

Les CPVS accueillent les victimes de violences sexuelles à tout moment, peu importe l'heure ou le jour. Ces centres se situent dans des hôpitaux. Ils sont accessibles aux victimes et à leur entourage immédiat, par admission en personne ou par l'intermédiaire de la police, par téléphone ou par e-mail. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.13)

Dans ces centres, une victime sera prise en charge de façon globale. En effet, elle peut recevoir les soins suivants :

- des soins médicaux : concernant les blessures et lésions, mais également les conséquences physiques, sexuelles ou reproductives ;
- un support psychologique : reprenant une première prise en charge et accompagnement par un psychologue du CPVS sur le plus long terme ;
- une enquête médico-légale : avec le constat des lésions, la recherche de traces biologiques de l'agresseur et la récolte des preuves ;
- le dépôt de plainte à la police : si la victime le souhaite, par l'intermédiaire d'un inspecteur de police spécialement formé ;
- et enfin un suivi médical global : pour les médicaments, les lésions et le suivi psychologique.

De plus, les personnes de l'entourage, accompagnant une victime, peuvent également prendre contact avec le centre afin d'obtenir un premier soutien, des explications ou des conseils. (Keygnaert et Van Melkebeke, 2018, p.29)

« Il a été prouvé que les chances de guérison chez les victimes de violences sexuelles qui recevaient des soins multidisciplinaires étaient meilleures, qu'elles récupéraient plus rapidement et risquaient également moins, de subir une violence » (Keygnaert et Van Melkebeke, 2018, p.29).

§1. Les intervenants de la prise en charge

Pour chacune des fonctions du CPVS, il existe des procédures de travail fixées dans « les plans d'action ». (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.14) Cependant, il est actuellement impossible de les obtenir, pour des raisons de confidentialité. Ces professionnels travaillent en étroite collaboration avec des spécialistes tels que des médecins urgentistes, les gynécologues, les urologues, les pédiatres, les gériatres et les psychiatres. (Keygnaert et Van Melkebeke, 2018, p.29).

a) L'infirmier/-ère légiste

L'infirmier/-ère légiste s'occupe de l'accueil de la victime. Cette personne offre tout d'abord une oreille attentive à la victime, « explique les réactions normales après un événement choquant et donne des conseils sur la façon dont les victimes et les personnes de soutien peuvent y faire face » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.13)

Elle s'occupe des blessures et des lésions. Elle examine et traite les conséquences physiques, sexuelles ou reproductives. Dans ce cadre, elle est assistée d'un/-e médecin. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.13) Elle s'occupe également de l'examen médico-légal, en constatant les lésions, prélevant les traces de l'auteur/-e, et recueille des preuves en vue d'une plainte et d'une poursuite en justice. Dans ce cadre, elle remplit la feuille de route de l'examen médico-légal qui sera contre-signée par le/la médecin responsable. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.13)

b) Le/la médecin responsable

Le/la médecin responsable, en plus de cette tâche, s'occupe de prescrire le traitement médical à la victime.

c) Le/la psychologue du CPVS

Le/la psychologue du CPVS assure la poursuite du traitement psychologique, par des séances sur du plus long terme. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.13) En effet, « il examine l'état psychologique de chaque victime pendant le suivi et offre les soins appropriés, si nécessaire, ou oriente la victime » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.31).

d) L'inspecteur/-rice des mœurs

L'inspecteur/-rice des mœurs spécialement formé/-e auditionne la victime, si celle-ci souhaite déposer plainte auprès de la police. Cet intervenant se déplace jusque dans les locaux du CPVS, afin de procéder à l'audition. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.13)

e) Le/la gestionnaire de cas

Le/la gestionnaire de cas, qui se trouve être également infirmier/-ère légiste, « surveille la situation médicale et psychologique des victimes après les faits, coordonne le suivi et renvoie les victimes et les personnes de soutien vers les services psychosociaux et juridiques appropriés » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.13). « Il s'agit de préférence de la personne qui s'est occupée de la prise en charge aigüe au moment de l'admission ». (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.31)

§2. La formation des intervenants de la prise en charge

Les deux fonctions d'infirmier/-ère légiste et de psychologue spécialisé ont donc été créées et développées pour les CPVS. « Tous/tes les employés/-ées ont été spécifiquement recrutés/-ées pour le lancement du projet-pilote et formés/-ées pour leur rôle au sein du Centre de Prise en charge. » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.14)

L'UGent-ICRH a élaboré et organisé leur formation, « sur la base des bonnes pratiques de l'étranger, des directives internationales et de la littérature scientifique et l'a affinée avec la contribution des groupes de travail médical, médico-légal et psychologique » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.39). La formation initiale (dispensée dans les deux langues) consistait en une formation de base, commune pour tous/-tes les employés/-ées du CPVS (axée sur les connaissances de la violence sexuelle, ses conséquences et le fonctionnement du CPVS), ainsi qu'une formation professionnelle spécifique pour les infirmiers/-ères légistes et gestionnaires de cas, d'une part, et pour les psychologues, d'autres part. « Le dernier jour de la formation comprenait une simulation du parcours d'une victime au sein du Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles, organisée en collaboration avec les inspecteurs/-rices des mœurs ». (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.39)

Plus récemment, et en vue de la pérennisation et du lancement des nouveaux CPVS, des formations ont été organisées par l'Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes (IEFH), en mai et juin 2021. Les différents modules de la formation sont repris en Annexe 4. (IEFH, 2021) La formation commune aux infirmiers/-ères légistes et aux psychologues

des CPVS s'est étalée sur 11 jours, et a notamment abordé les thèmes suivants : la connaissance des violences sexuelles ; leurs conséquences psychologiques ; les CPVS ; la première aide psychologique ; accueil des mineurs et des personnes de soutien ; etc. (Annexe 4)

a) Les infirmiers/-ères légistes

La formation spécifique pour les infirmiers/-ères légistes s'est étalée sur 11 jours de plus à la formation commune. Celle-ci a notamment abordé les thèmes suivants : la fonction d'infirmier/-ère légiste et de gestionnaire de cas ; l'évaluation de risque ; l'examen médico-légal ; les Maisons de Justice et le Service d'Accueil des Victimes ; la collaboration avec les associations pour les victimes mineures ; etc. (Annexe 4)

b) Les psychologues du CPVS

La formation spécifique pour les psychologues des CPVS s'est étalée sur 8 jours de plus à la formation commune. Celle-ci a notamment abordé les thèmes suivants : la fonction de psychologue CPVS ; aborder les violences sexuelles en thérapie ; le stress aigu et l'état de stress post-traumatique ; la détection et la prise en charge psychologique des personnes vulnérables ; différentes théories thérapeutiques ; la résilience ; le réseau et l'entourage des victimes ; la vie sexuelle après les violences sexuelles ; et l'orientation pour le suivi à long terme. (Annexe 4)

c) Les inspecteurs/-rices des mœurs

« En consultation avec les chercheuses de l'UGent-ICRH, la zone de police de Gand a adapté son programme de formation existant sur la prise en charge des victimes de violences sexuelles et l'a élargi pour répondre aux besoins des CPVS. L'Académie provinciale des Services d'Urgences et Autorités locales (PAULO) a établi un dossier d'agrément pour la formation continue « Inspecteur/-rice des mœurs du CPVS » [...] qui a été reconnu par l'Académie nationale de police sous le numéro 6324. » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.40). Les trois zones de police concernées par les CPVS ont dès lors suivi un programme de formation reconnu de 8 jours, de septembre 2017 à janvier 2018. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.40)

§3. Le statut de l'infirmier/-ère légiste

La question de reconnaître officiellement le statut d'infirmier/-ère légiste se pose, ainsi que celle de la création d'une formation spécifique à cette fonction qui serait accessible

lors de leur cursus. Ces questions ne sont actuellement pas tranchées, plusieurs enjeux entrant en ligne de compte. (Sénat de Belgique, 2018, p.1)

Section 2. Les différents types de prise en charge

La prise en charge des victimes peut différer selon le temps écoulé entre les violences sexuelles et l'admission, et selon la tranche d'âge de la victime. Toutefois, toutes les prises en charge suivent une trajectoire de soins qui est en majeure partie commune à toutes celles-ci. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.31-33) (Annexes 1 - 2 - 3)

Tout d'abord, les voies d'entrée vers les CPVS sont soit la police à laquelle la victime s'est rendue pour demander de l'aide ou déposer plainte, les services d'urgences qui l'ont prise en charge, ou encore l'initiative personnelle. (Annexes 1 - 2 - 3)

Ensuite, les victimes sont accueillies par l'infirmier/-ère légiste qui prête une oreille attentive et explique le fonctionnement de la prise en charge par le centre. En fonction des souhaits de la victime, une prise en charge médicale, psychosociale et médico-légale peut être pratiquée. La victime peut également décider de porter plainte ou non. (Annexes 1 - 2 - 3)

Enfin, lorsque la prise en charge holistique est terminée, l'infirmier/-ère légiste prépare la sortie et le suivi de la victime, avec l'élaboration de l'échéancier médical et les divers rendez-vous. (Annexes 1 - 2 - 3) Le suivi est ensuite effectué par le/la gestionnaire de cas : médical, bien-être, psychologique, renvoi vers des services psychosociaux et juridiques. (Annexes 1 - 2 - 3)

Toutefois, les prises en charge peuvent différer sur certains points.

§1. En fonction du temps écoulé entre les violences sexuelles et l'admission

Ce que le CPVS met en place pour la victime, le type de soins qui sont pratiqués, dépend du temps qui s'est écoulé entre les violences sexuelles et l'admission.

Dans le cas où la violence sexuelle a eu lieu endéans les 72 heures, « la victime peut téléphoner, envoyer un e-mail, ou se rendre dans un CPVS, et recevoir immédiatement les soins médicaux, médico-légaux et psychologiques nécessaires » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.30). De plus, elle peut, si elle le souhaite, porter plainte au CPVS auprès des inspecteurs/-rices des mœurs de la police.

Dans le cas où la violence sexuelle a eu lieu il y a plus de 72 heures, mais moins d'un mois, la victime obtient un rendez-vous en appelant ou en envoyant un e-mail. « Dans ce cas, l'infirmier/-ère légiste se penche sur ce qui est encore possible en termes de soins médicaux et psychologiques et d'examen médico-légal, et sur qui peut assurer la meilleure prise en charge » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.31). En ce qui concerne la plainte, la victime peut prendre rendez-vous avec la police ou au CPVS.

Dans le cas où la violence sexuelle a eu lieu il y a plus d'un mois, il sera en principe convenu d'un rendez-vous avec la victime pour examiner « quels soins médicaux et psychologiques sont nécessaires et, si possible, oriente la victime vers les services d'assistance existants » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.31). Ces victimes ne sont pas suivies au sein du CPVS, elles sont référées vers d'autres structures. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.260) En ce qui concerne la plainte, elle peut prendre rendez-vous avec la police, mais la plainte ne sera pas prise au sein du centre.

§2. En fonction de la tranche d'âge de la victime

L'UGent-ICRH a développé des itinéraires de soins spécifiques par tranche d'âge : les moins de 16 ans, les 16-17 ans et les adultes. (Annexes 1 - 2 - 3)

a) L'itinéraire de soins pour les victimes majeures

L'itinéraire de soins pour les victimes majeures (Annexe 1) consiste en la trajectoire de soins commune, s'adaptant au délai qui s'est écoulé depuis la violence sexuelle.

b) L'itinéraire de soins pour les moins de 16 ans

L'itinéraire de soins pour les moins de 16 ans (Annexe 2) contient quant à lui des spécificités majeures dans la prise en charge.

Tout d'abord, dès l'arrivée de la victime, son âge est vérifié. S'il s'avère qu'il s'agit d'une victime de moins de 16 ans, « l'infirmier/-ère légiste appelle le/la pédiatre et le/la psychologue/psychiatre de garde, pour décider, avec une équipe multidisciplinaire, quels soins holistiques peuvent être offerts à l'enfant » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.31). En effet, ensemble, ils procèdent à une estimation des faits et évaluent le caractère aigu ou non de la prise en charge. Si la victime est en phase aigüe, « l'équipe détermine ensemble s'il est possible d'appeler le(s) parent(s) ou le/la tuteur/-rice, s'ils/elles sont absents/-es » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.31). Si la victime n'est pas en phase aigüe, une discussion d'équipe multidisciplinaire est effectuée, quant à la prise en charge holistique. (Annexe 2)

Ensuite, l'équipe explique la prise en charge effectuée par le CPVS à l'enfant et à ses parents/tuteurs. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.31). Aussi, si une plainte est déposée, l'audition TAM, Technique d'Audition de Mineur, aura lieu dans les bureaux de la police (Annexe 2).

Enfin, pendant le suivi, tout comme durant la prise en charge, « l'équipe évalue dans quelle mesure SOS Enfants devrait être impliqué » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.31).

c) L'itinéraire de soins pour les 16-17 ans

L'itinéraire de soins pour les 16-17 ans (Annexe 3) contient également des spécificités dans la prise en charge.

Tout d'abord, dès l'arrivée de la victime, son âge est vérifié. S'il s'avère qu'il s'agit d'une victime de 16-17 ans, l'infirmier/-ère légiste vérifie la décision éclairée de la victime. En effet, « dès l'âge de 16 ans, un mineur/-e peut légalement consentir à des rapports sexuels et doit être traité/-e comme un/-e adulte en matière de soins » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.33). L'infirmier/-ère légiste, en consultation avec la victime, considère l'opportunité ou non d'informer les parents, ainsi que de contacter SOS Enfants. L'infirmier/-ère légiste se doit de respecter la volonté de la victime. Cependant, s'il/elle « estime que le/la jeune n'a pas la capacité de prendre une décision éclairée, ou qu'aucun parent/tuteur/-rice ne peut être appelé/-e, il/elle appelle le/la pédiatre, le/la psychologue et/ou le/la gynécologue de grade pour prendre une décision avec une équipe multidisciplinaire » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.33).

Ensuite, l'infirmier/-ère légiste ou l'équipe explique la prise en charge effectuée par le CPVS à la victime, comme cela est réalisé pour les victimes majeures. (Annexe 3) Aussi, si une plainte est déposée, l'audition TAM aura lieu dans les bureaux de la police (Annexe 3).

Enfin, pendant le suivi, l'équipe évalue dans quelle mesure SOS Enfants devrait être impliqué. (Annexe 3)

§ 3. La prise en charge des personnes de soutien

Les personnes de soutien ou victimes secondaires, comme la famille, les partenaires, des amis, peuvent également contacter le CPVS, pour obtenir un accueil, des explications ou des conseils. Dans le cas où la victime décide de commencer une thérapie, la personne de soutien peut également être impliquée et bénéficier d'une thérapie connexe. « Les

personnes de soutien peuvent également trouver plus d'informations dans la brochure « Guide pour les personnes de soutien d'une victime de violences sexuelles ». » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.33)

Section 3. La phase pilote et son évaluation

§1. La phase pilote

En 2016, le gouvernement belge a ratifié la Convention d'Istanbul qui stipule en son article 25 que « les parties prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour permettre la mise en place de centres d'aide d'urgence pour les victimes de viols et de violences sexuelles, appropriés, facilement accessibles et en nombre suffisant, afin de leur dispenser un examen médical et médico-légal, un soutien lié au traumatisme et des conseils ».

Suite à cette ratification, « le secrétaire d'Etat à l'Egalité des chances a chargé l'UGent-ICRH d'élaborer une étude de faisabilité en vue de créer un modèle de CPVS adapté à la Belgique » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.12). Le modèle proposé a été élaboré dans le respect des lignes directrices internationales en matière de coopération multidisciplinaire et suit l'approche holistique, recommandée par l'OMS et le Centre pour le contrôle et la prévention des maladies. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.27).

Ensuite, « le secrétaire d'Etat à l'Egalité des chances de l'époque a, par le biais d'une convention avec l'IEFH, chargé l'UGent-ICRH de tester le modèle dans trois villes belges » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.28). Il a donc été testé durant un an, à :

- Gand : à l'UZ Gent, en collaboration avec la zone de police de Gand et le parquet de Flandre orientale ;
- Bruxelles : au CHU Saint-Pierre de Bruxelles, en collaboration avec la zone de police de Bruxelles-Capitale-Ixelles et le parquet de Bruxelles ;
- Liège : au CHU Les Bruyères de Liège, en collaboration avec la zone de police de Liège et le parquet de Liège ;

§2. L'évaluation de la phase pilote

A partir de mars 2017, la mise en place des centres a permis de les tester et de les évaluer pendant douze mois. « L'objectif principal de cette évaluation scientifique était d'apprécier le processus interdisciplinaire de soins holistique tant vis-à-vis des usagers (les victimes et leur entourage/personne de soutien) que vis-à-vis des prestataires de soins,

de la police, du parquet et des services d'orientation, ainsi que leur satisfaction à cet égard et la disponibilité du processus, via une approche mixte ». (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.28) Mais elle visait également à identifier la différence entre l'afflux de victimes, le nombre de plainte et la décision de justice, l'impact que peut avoir ce type de prise en charge sur la santé, le bien-être et le fonctionnement des différents acteurs, ainsi que de pointer les éléments qui devraient être améliorés. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.28)

L'UGent-ICRH a évalué le projet pilote des Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles en utilisant les méthodes de recherche suivantes : évaluation quantitative des caractéristiques des victimes, de la violence sexuelle et de la prise en charge reçue à l'hôpital, auprès de la police et par les laboratoires ADN ; questionnaires et entrevues avec les patients/-es, leurs personnes de soutien et les différents intervenants du CPVS. (Baert et Keygnaert, 2019, p. 12) L'évaluation était basée sur cinq critères : l'acceptabilité dans la recherche d'aide ; l'accessibilité des CPVS ; la disponibilité des centres et la discrétion et l'intimité de l'infrastructure ; la gratuité des soins prodigués et l'adéquation des soins offerts. (IEFH, 2020, p.21-23)

Partie II. Question de recherche et méthodologie

Cette deuxième partie a pour objectif d'explicitier l'élaboration de la question de recherche (Chapitre 1), la méthodologie qui a été adoptée pour y répondre (Chapitre 2) et en quoi consiste la sociologie de l'écart, stratégie adoptée (Chapitre 3).

Chapitre 1. La question de recherche

Les violences sexuelles sont un véritable problème de société, partout dans le monde, mais également en Belgique. En 2019, Amnesty International relevait qu'il s'agissait de près de 50% des Belges qui avaient déjà été ou qui étaient exposés à des violences sexuelles, lors de son « Etude des opinions et des comportements de la population belge en matière de violences sexuelles ». (Amnesty International, 2019, p.33) Ces victimes de violences sexuelles font donc l'objet d'une victimisation primaire, celle résultant de l'acte criminel, mais sont également susceptibles de faire l'objet d'une victimisation secondaire, celle résultant de la réponse apportée à la victime par les institutions.

Tout d'abord, pour éviter la seconde victimisation, il faut connaître et tenir compte des besoins des victimes. Ceux-ci ont pu être regroupés en six catégories : le besoin d'information ; les besoins pratiques ; le besoin de réparation ou de dédommagement ; le besoin d'un soutien psychosocial ; le besoin de reconnaissance ; et le besoin de protection. Le champ du « besoin de la victime » a été sélectionné et investigué, pour son caractère plus essentialiste et universaliste que ne peut l'être le champ des « expériences et attentes des victimes ». Toutefois, les services aux victimes ne peuvent pas être fondés que sur le concept de besoin, mais doivent également être conçus pour défendre les droits des victimes. Ces droits consistent notamment à être pris en charge (par des professionnels spécialement formés), à avoir accès à des services d'aide et de soutien, à être assisté ou accompagné, à être informé, à comprendre et à être compris, à l'interprétation et à la traduction, à être protégé, à accéder à la justice, à être entendu, ou encore à être indemnisé.

Ensuite, les différentes recherches en victimologie ont, quant à elles, permis de pointer des éléments essentiels de la victimisation et d'en dégager des théories pour leur prise en considération, dans la prise en charge des victimes.

Premièrement, les approches sociologiques ont permis de mettre en exergue l'importance de mettre en place, au plus près des faits, des mesures de prévention et d'impliquer

immédiatement les divers services d'aide et d'accompagnement des victimes, pour diminuer le risque de revictimisation, très fréquent dans les atteintes contre les personnes. Aussi, il a été relevé que mettre en évidence, par des recherches, le rôle essentiel des métiers du travail social dans l'aide immédiate, à moyen et long terme, dans le cadre des questions concernant la famille, l'emploi, la réintégration sociale de la victime et de ses proches, ne serait pas superflu.

Deuxièmement, les recherches psychologiques ont également montré l'importance d'une prise en charge précoce et la plus pluridisciplinaire possible (associant médecins, psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux), afin de réintégrer au plus vite les victimes dans la communauté. Elles ont aussi montré l'importance d'une mise en place de groupes de parole, permettant aux victimes de verbaliser les affects nés de la transgression et de retrouver la maîtrise de leur vie, ainsi que d'ajouter d'autres significations que celles données par la victime à l'événement traumatique, grâce à la parole de tiers.

Troisièmement, les recherches d'orientation victimologique épinglent également l'importance de l'accompagnement psychologique et social des personnes au sein de services pluridisciplinaires d'aide aux victimes

Il peut donc être conclu qu'il est très important de mettre en place une prise en charge précoce des victimes, par des services d'aide spécialisés, composés de professionnels spécifiquement formés, où les métiers du travail social ont un rôle essentiel. Il est primordial de mettre en place des programmes de soutien et de restauration psychosociale au bénéfice de toute la famille.

La Belgique peut donc se réjouir de l'implémentation des CPVS, faisant suite à diverses recommandations et à la signature de la Convention d'Istanbul. Ces centres ont pour objectif la prise en charge globale des victimes de violences sexuelles, peu importe l'heure ou le jour. Cette prise en charge holistique consiste en l'administration de soins médicaux, d'un support psychologique, d'une enquête médico-légale, d'une possibilité de déposer plainte et d'un suivi médical global, en un seul et même lieu.

Cependant, force est de constater que certains éléments essentiels épinglés dans les recherches en victimologie ne sont pas rencontrés par ces centres. En effet, on peut se questionner quant à l'absence d'une figure plus sociale, d'un travailleur social, au sein du dispositif. De même, s'il paraît salvateur que des groupes de parole puissent être organisés

dans la prise en charge psychologique des victimes, il faut constater que seules des séances individuelles sont organisées par ces centres.

Cela s'explique par le fait que ces centres ont pour vocation de répondre à court terme aux besoins des victimes, et sont organisés de la sorte. En effet, les CPVS n'ont pas pour objectif de prendre en charge les victimes sur du long terme. Premièrement, les trajectoires de soins sont différentes selon le temps qui s'est écoulé entre les violences sexuelles et l'admission. Les victimes de plus d'un mois, dites en phase non-aigüe, seront accueillies, mais uniquement pour pouvoir les référer à d'autres services. Or, lorsque cette victime trouve enfin la force de se faire aider, son geste ne consiste-t-il pas en un appel d'urgence ? Certes, quelques jours/semaines/mois plus tard, mais consistant en son urgence à elle ? Deuxièmement, dès qu'il est question de travailler sur du plus long terme avec une victime, celle-ci est référée vers d'autres structures. Mis à part le suivi médical et les séances de thérapies individuelles, plus aucun suivi psychosocial n'est réalisé au sein du CPVS. Or, les différents besoins des victimes, tels que le besoin d'information, les besoins pratiques, le besoin de soutien psychosocial ou le besoin de reconnaissance, ne sont-ils pas des besoins qui, pour y répondre correctement, demandent une réponse qui s'inscrit dans la durée ?

Aussi, si la question de la continuité sur le plan psychosocial peut se poser, il pourrait en être de même quant à une figure juridique, ou une autre éventuelle figure du dispositif. En effet, l'infirmier/-ère légiste est en charge d'informer les victimes quant à leurs droits et aux services mis à leur disposition. Cependant, les victimes, une fois sortie du CPVS, ne bénéficient pas d'une information continue, en la matière.

C'est ainsi que la question de recherche a pu émerger. En effet, il est dès lors utile de se demander si : « La réponse à court terme aux besoins et aux droits des victimes de violences sexuelles, dispensée par le CPVS, est-elle dissociable de la réponse à long terme aux besoins et aux droits de ces victimes ? »

Chapitre 2. La méthodologie

Section 1. L'orientation théorique et la stratégie de recherche

Afin de répondre à la question de recherche, une méthodologie fût mise en place. Pour expliquer l'objet de recherche, il a été opté pour l'orientation théorique (type d'explicans) du « schème actanciel » et la stratégie de recherche de la « sociologie de l'écart ».

Tout d'abord, l'orientation théorique du « schème actanciel », qui est un mode d'explication, permet la mise en lumière des processus in situ qui visent à répondre aux besoins et aux droits des victimes de violences sexuelles au sein des CPVS. En effet, ce schème traite des processus, et permet de comprendre le phénomène à travers l'analyse des actions et des interactions des différents acteurs d'une scène. Celles-ci ayant des effets sur le phénomène étudié. Les pratiques des acteurs sont dès lors au cœur de la question de recherche. (Berthelot, 1998, p.76)

Ensuite, il a été opté pour une stratégie de recherche inspirée de la « sociologie de l'écart ». En effet, le but étant de questionner la réponse aux besoins et aux droits des victimes de violences sexuelles par les CPVS, aborder la recherche par la compréhension de l'écart entre ce que la norme et le dispositif implanté prévoient et ce que la pratique et les acteurs requièrent, semble constituer l'angle d'attaque approprié. Dorso Franck montre l'utilisation de cette sociologie particulière, dans l'étude des pratiques illégales et des usages informels de la ville (Dorso, 2012, p. 35). « On désigne en fait le plus souvent *a minima* sous le terme d'informel des activités illégales, c'est-à-dire qui se déroulent et se déploient sans autorisation ou en violation des règles ou des usages établis. » (Dorso, 2012, p. 36) Cette stratégie de recherche semble dès lors opportune pour mener l'étude des pratiques informelles pour la réponse aux besoins et aux droits des victimes de violences sexuelles, face aux normes du dispositif des CPVS. Une présentation plus approfondie de cette sociologie est réalisée au chapitre 3 de la présente partie.

Section 2. Le modèle d'analyse

La recherche a été réalisée à partir d'une démarche analytico-inductive. Il s'agit d'une méthode partant du particulier pour monter en généralité. L'objectif étant la génération théorique, sur base de l'expérience, et l'explication d'un phénomène.

« L'analyse inductive générale est définie comme un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives, ces procédures étant essentiellement guidées par les objectifs de recherche. Elle s'appuie sur différentes stratégies utilisant prioritairement la lecture détaillée des données brutes pour faire émerger des catégories à partir des interprétations du chercheur qui s'appuie sur ces données brutes. » (Blais et Martineau, 2006, p.3) L'objectif de cette approche est de permettre l'émergence des résultats de recherche à partir de thèmes fréquents, dominants

et significatifs inhérents aux données brutes, sans les contraintes imposées par des méthodologies structurées. (Thomas D. R., 2006, p.238)

Section 3. La production des données

Cette partie consiste à préciser concrètement la méthodologie qui a été mise en œuvre pour la production et la récolte des données.

§1. Observer sur qui ?

Cet aspect de la méthodologie consiste en deux opérations : la délimitation du champ d'analyse et l'échantillonnage.

Premièrement, l'objet de la recherche portant sur la réponse aux besoins et aux droits des victimes de violences sexuelles par les CPVS, il s'agissait dès lors de délimiter le champ d'analyse aux CPVS, et plus particulièrement ceux de Belgique, dans un souci de faisabilité et d'unité. La prise en compte de minimum 2 CPVS paraissait pertinente, en ce sens qu'il existe certainement des pratiques différentes selon les centres. Il était dès lors intéressant d'investiguer différents CPVS, et ceux de Liège et de Bruxelles ont été sélectionnés. La recherche porte à produire un discours sur les pratiques actuelles en la matière, l'objectif étant la compréhension du phénomène de manière synchronique.

Deuxièmement, il a été élaboré un échantillon qualitatif. Tout d'abord, il a été procédé à des entretiens avec des professionnels des CPVS. En effet, dans un souci d'approcher de manière plus précise ce qui s'accomplit réellement dans le cadre de ce dispositif et de mieux comprendre les conditions structurelles et organisationnelles dans lesquelles les pratiques se développent, mais également les représentations que se font les professionnels de la réponse donnée aux victimes de violences sexuelles, s'entretenir avec les acteurs de ce dispositif était dès lors essentiel. Les entretiens qualitatifs sont tout à fait appropriés pour enquêter sur les pratiques, comme expliqué par Blanchet et Gotman dans leur ouvrage « L'entretien ». (Blanchet A., Gotman A., 2015, p. 32) En effet, « l'interviewé, interrogé sur ce qu'il sait pour l'avoir éprouvé et non sur ce qu'il croit, est considéré comme un informateur » (Blanchet A., Gotman A., 2015, p. 32).

Pour ce faire, il paraissait intéressant de s'entretenir avec des profils d'intervenants différents, à savoir un/-e infirmier/-ère légiste et un/-e gestionnaire de cas, et comme expliqué ci-avant, ces entretiens ont été réalisés dans deux CPVS différents, afin de prendre en compte d'éventuelles pratiques différentes. Il a donc été réalisé trois entretiens

d'infirmière légiste, dont l'une étant gestionnaire de cas et coordinatrice du CPVS de Bruxelles et une deuxième étant l'infirmière cheffe du CPVS de Liège. De plus, il est apparu également intéressant de s'entretenir avec un/-e inspecteur/-rice des mœurs, afin d'investiguer la prise en charge des victimes par la police au sein des CPVS, celle-ci faisant partie intégrante de la prise en charge holistique et ayant des spécificités particulières dans ce cadre. A l'inverse, le psychologue n'intervenant que pour les séances individuelles, et consistant en une prise en charge thérapeutique classique, il a été jugé qu'investiguer son travail thérapeutique n'apporterait pas d'informations supplémentaires à la question de recherche.

Ensuite, la question s'est posée de savoir si des entretiens avec des victimes étaient utiles pour répondre à la question de recherche. Bien que leur témoignage et leur avis soient inestimables, ces victimes ne feraient part que de leur singularité. Or, le but a été d'investiguer la question du besoin, plutôt que celle des expériences et des attentes, pour son côté plus essentialiste et universaliste. De plus, la recherche a pour but de questionner le procédé, applicable et bénéfique à la majorité. Dès lors, il a semblé plus approprié de garder le témoignage des professionnels, comme connaissant les diverses situations possibles, les divers types de prise en charge, avec leurs spécificités et leurs difficultés. En effet, avant de pouvoir atteindre un niveau de diversification et de saturation, de nombreux entretiens auraient dû être réalisés. Cela n'était pas faisable dans le cas présent. Toutefois, une attention particulière a été donnée aux différentes réalités et communautés touchées par ces violences, dans le cadre même des entretiens.

Enfin, même si réaliser des entretiens de victimes n'était pas faisable dans le cas présent, leur témoignage est pourtant plus qu'intéressant. C'est la raison pour laquelle, en plus des entretiens de professionnels, il a été utilisé les résultats du « Rapport d'évaluation du projet-pilote des Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles ». En effet, ce rapport a été réalisé sur base d'entretiens qualitatifs et de questionnaires, adressés aux professionnels et aux victimes ayant été prises en charges par les CPVS. Celui-ci a donc permis de compléter les données récoltées au travers des entretiens.

§2. Observer comment ?

Les entretiens avec les professionnels ont donc constitué le dispositif central de « l'observation » et ont été de type semi-directifs. La technique vise à avoir accès aux représentations des acteurs et à comprendre les pratiques, dans une dynamique de co-

construction du discours. « L'entretien semi-directif ou l'entrevue semi dirigée est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes. (Imbert, 2010/3, p.24) ».

« Au plan méthodologique, la recherche qualitative s'inscrit dans une logique compréhensive en privilégiant la description des processus plutôt que l'explication des causes ; inductive, au sens où l'on acquiert la compréhension du phénomène de manière progressive ; réursive, invitant à réitérer les étapes de la recherche si nécessaire ; et souple en raison de l'absence de rigidité de la démarche le plus souvent inductive. Cette récurtivité de l'entretien doit conduire à la formulation de nouvelles questions ou à la reformulation d'anciennes questions » (Imbert, 2010/3, p.25).

Concrètement, l'entretien semi-directif consiste à ce que l'interviewer commence l'entretien en donnant la consigne. Il définit le thème du discours à l'interviewé, souvent sous forme de question. « A partir de ce moment, la parole est à l'interviewé et le rôle de l'interviewer consiste à stimuler son discours : on demande des précisions, on interprète, on rassure, parfois même on donne son avis » (Maglioglou, 2008/2, p.56).

Afin de réaliser ces entretiens, un plan d'entretien a été établi, comprenant l'ensemble des thèmes à explorer (le guide d'entretien) et les stratégies d'intervention de l'interviewer visant à maximiser l'information obtenue sur chaque thème. (Blanchet A., Gotman A., 2015, p. 58) « Le guide d'entretien se distingue ainsi du protocole du questionnaire dans la mesure où il structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours. » (Blanchet A., Gotman A., 2015, p. 62). Cette technique permet d'obtenir un discours librement formé, tout en répondant à la question de recherche. (Blanchet A., Gotman A., 2015, p. 62).

§3. Comment faire parler l'observation ?

Il a été opté pour une analyse thématique des données brutes, c'est-à-dire faire appel à des thèmes pour résumer et traiter les données récoltées : « la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de recherche (la problématique). » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 232)

Section 4. L'analyse

Afin d'en dégager du sens et de sculpter le message des interviewés, les discours ont été analysés et traités par l'enquêteur. (Blanchet A., Gotman A., 2015, p. 90) La technique de l'analyse thématique fût donc mise en œuvre. Celle-ci « défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Elle ignore ainsi la cohérence singulière de l'entretien, et cherche une cohérence thématique inter-entretiens. » (Blanchet A., Gotman A., 2015, p. 90) Cette analyse est idéale pour la mise en œuvre de modèles explicatifs de pratiques. (Blanchet A., Gotman A., 2015, p. 90)

Les deux fonctions principales de l'analyse thématique sont dès lors la fonction de repérage et la fonction de documentation. La première consiste à saisir l'ensemble des thèmes pertinents pour la recherche, à l'intérieur du matériau à l'étude. La deuxième consiste à construire une arborescence dans laquelle les grandes tendances du phénomène vont se matérialiser, par des recoupements, des contradictions, des complémentarités, etc. (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 232) Il a été opté pour la « thématisation en continu » qui consiste en l'attribution ininterrompue de thèmes, simultanément à la construction de l'arbre thématique. (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 237). « Il s'agit d'un processus de construction progressive, tout au long de la recherche, mais n'étant finalisé qu'au terme de l'analyse. Ce travail d'arborescence présente sous forme schématisée l'essentiel du propos abordé à l'intérieur du corpus. » (Paillé et Mucchielli, 2012, p.257).

Une fois ce travail d'arborescence et d'analyse réalisé à partir des entretiens des professionnels, les données récoltées ont été complétées, contrastées ou nuancées par les apports du rapport d'évaluation du projet-pilote, reprenant les discours des victimes, mais aussi celui des professionnels.

Chapitre 3. La sociologie de l'écart

Comme évoqué ci-dessus, il a été opté pour une stratégie de recherche inspirée de la « sociologie de l'écart ». Ce chapitre a donc pour objectif de relever les divers éléments, les composantes, les mécanismes et les enjeux de cette sociologie, qui peuvent être tirés de l'étude menée par Dorso Franck. En effet, son étude a trait au processus de socialisation et d'urbanisation. Le processus de socialisation est celui par lequel les individus intériorisent les normes et les valeurs de la société dans laquelle ils évoluent. Celui d'urbanisation est le processus de développement des villes. Partant de ces

définitions, une application des concepts relevés par Dorso Franck peut être réalisée dans le cadre du dispositif du CPVS. Le CPVS pouvant être considéré comme la ville et les pratiques des acteurs comme processus d'intériorisation ou non de ses normes et valeurs.

Les pratiques informelles consistent donc en des activités illégales, se déroulant et se déployant sans autorisation ou en violation des règles ou des usages établis. (Dorso, 2012, p. 36) Elles jouent un rôle de régulation dans le processus de développement et de socialisation. Elles offrent des solutions en l'absence de politiques adéquates ou de ressources propres. Elles permettent de résoudre des tensions. (Dorso, 2012, p.39) Les acteurs concernés, usagers de terrain, représentants des autorités ou acteurs économiques, ont une conscience diffuse de ce rôle pratique de « soupape ». (Dorso, 2012, p. 40) Les réponses institutionnelles et légales peuvent aller d'une acceptation implicite à des mesures radicales de suppression. Mais, ces mécanismes de soupape consistent en des mécanismes d'adaptation à moindre frais, ce qui explique leur continuité. Pour fonctionner, ces arrangements doivent donc rester tacites. Il s'agit d'une réserve volontaire. Cela permet de ne pas atteindre un niveau de connaissance, impliquant une réaction de l'institution. « Cette ignorance travaillée est en enjeu pour garantir le non-dit qui arrange tout le monde à un moment donné. » (Dorso, 2012, p. 40)

Deux catégories de pratiques de l'écart peuvent être distinguées : les pratiques relevant du retrait et les pratiques relevant de la transgression. (Dorso, 2012, p.43) Dans le processus de socialisation, la construction de soi s'opère dans un mouvement d'affiliation aux normes, avec un besoin de confiance, de reconnaissance, de cadres et de routines. Mais cette affiliation impose des pressions fortes, à travers des contraintes ressenties sur les désirs, les actes et les représentations. « Cette pression est rendue vivable par la possibilité d'épisodes de décompressions, qui permettent de se relâcher, mais aussi de transgresser les interdits, de se mettre à l'épreuve, de ressentir son individualité et sa singularité ». (Dorso, 2012, p.44) Les pratiques de retrait et de transgression en sont une expression. (Dorso, 2012, p.44)

Dans le cadre de transaction sociale, les situations rassemblent les acteurs autour d'enjeux pratiques et sont caractérisées par une triple relation : échange, négociation et rapport de force. Ces relations donnent une marge de manœuvre aux acteurs impliqués. Ils sont toutefois contraints par ce qui échappe à leur intentionnalité (le contexte général et leurs propres valeurs) ; et par une dimension structurale propre à la situation elle-même. Il

n'existe pas de solution définitive ou durable à la tension, car les résolutions interviennent comme transitoires, permettant de résoudre pour un temps le conflit. (Dorso, 2012, p.45) En effet, la tension ne disparaît pas dans les compromis, et au bout d'un moment, la tension redevient suffisamment forte pour nécessiter un nouveau compromis. (Dorso, 2012, p.46)

Il y a donc une succession de séquences transactionnelles, où le changement social prend place, à travers l'évolution d'éléments du contexte : « changement des acteurs impliqués ou reconnus, changement des ressources qui structurent les rapports de positions, changement des éléments matériels (lois, légitimités, objets, temps, espaces) » (Dorso, 2012, p.46). « Sur le terrain, les usages informels peuvent être analysés dans le cadre d'une double transaction : une transaction visible sur l'appropriation d'espace-temps, et une transaction plus profonde sur la régulation sociale et normative. » (Dorso, 2012, p.46) Dans les faits, ces transactions sont reliées : les pratiques de l'écart permettent de résoudre la tension du processus de socialisation, résolution affectant le processus de développement. Il y a donc deux niveaux de compromis : un compromis interne (processus de socialisation) et compromis externe (processus de développement). (Dorso, 2012, p.46)

« Les deux types de pratiques, retrait et transgression, apparaissent ainsi comme deux modalités voisines de la différenciation. Le retrait renvoie à une forme de décompression, une volonté de s'extraire du flux quotidien, une pause ou un repos vis-à-vis du contexte normatif. Les transgressions, en revanche, expriment plus une volonté de s'affirmer, de se singulariser, une affirmation de soi en réaction à l'identification normative induite par l'affiliation. (Dorso, 2012, p.50) »

Dans le cadre de la transgression, il convient de distinguer la transgression existentielle, motivée par un besoin individuel d'exprimer son individualité, et la transgression oppositionnelle, plus conscientisée et orientée vers une mobilisation transformatrice, parfois porteuse d'un projet alternatif. (Dorso, 2012, p.51) Dans cette dernière s'exprime la conscientisation et le soulèvement contre un ordre établi, pouvant déboucher sur une transformation sociale, d'organisation et de projet. (Dorso, 2012, p.52) Alors que dans la transgression existentielle, l'écart de conduite est effectué pour « éprouver le sentiment d'exister, de se singulariser, sans envisager de transformer le contexte ». (Dorso, 2012, p.52) « Pour autant, toutes les formes de transgression participent potentiellement à la

transformation et à la reproduction de l'ordre social, sur des registres et des temporalités qui leur sont propres. » (Dorso, 2012, p.53)

L'auteur propose d'approfondir cette classification des pratiques de l'écart, le retrait et la transgression (existentielle ou oppositionnelle), en la schématisant sur deux niveaux. En effet, au lieu de rester dans une classification binaire « pour ou contre », il propose de schématiser de la sorte : « sans » ou « avec », ce dernier étant lui-même subdivisé en « pour » ou « contre ». (Dorso, 2012, p.54 et s.)

<u>« Avec »</u> Reconnaissance de l'ordre existant		<u>« Sans »</u> Distance avec l'ordre existant : -Retrait -Transgression existentielle
<u>« Pour »</u> Comportements conformes à la norme	<u>« Contre »</u> Comportements non-conformes à la norme : -Transgression oppositionnelle	

En effet, le fait de s'opposer à un ordre existant montre qu'on le reconnaît et qu'un dialogue s'installe avec lui : la transgression oppositionnelle. A l'inverse, le « sans » consiste en des usages de l'écart (retrait et transgression existentielle) qui prennent de la distance vis-à-vis du contexte normatif. (Dorso, 2012, p.55) Le « sans » n'appartient pas au champ normatif, mais lui reste lié différemment : « en tant que soupapes de décompressions nécessitant une extériorité, une sortie provisoire du champ ». (Dorso, 2012, p.56)

<u>Points essentiels - Les pratiques informelles :</u> - Régulation dans le processus de socialisation et de développement du dispositif - Mécanismes de soupape (tolérés car adaptation à moindre frais) - Transaction où les acteurs sont dans une triple relation : échange, négociation et rapport de force - Résolution temporaire : succession de séquences transactionnelles menant à l'évolution constante d'éléments du contexte, et donc au changement social - Deux niveaux de compromis : interne (socialisation) et externe (développement) - Sous différentes formes (sur deux niveaux) : Retrait/ Transgression existentielle VS Transgression oppositionnelle

Partie III. Partie empirique

Cette troisième partie a pour objectif de présenter les données récoltées lors des entretiens qualitatifs avec les professionnelles des CPVS, et d'en faire l'analyse. Cette analyse est structurée en deux titres principaux : le « Titre 1. La réponse à court terme : la prise en charge par le CPVS » ; et le « Titre 2. La réponse à long terme : Le référencement à d'autres structures ». En effet, le premier titre analyse la réponse à court terme, que le CPVS se donne pour mission d'accomplir. Alors que le deuxième titre a pour objet l'analyse de la réponse à long terme, pour laquelle le CPVS a décidé de référencer les victimes vers d'autres structures.

Pour chaque chapitre des ces deux titres, l'analyse suivra toujours une structure en deux temps. Dans un premier temps, il sera décrit les protocoles de prise en charge et les pratiques des professionnels, ainsi que la manière dont ils les perçoivent et/ou les aménagent. Cela a pour intérêt de poser le cadre du dispositif et de donner les outils nécessaires à la réflexion autour de la question de recherche. Dans un deuxième temps, l'interprétation des données sera réalisée au sein d'encadrés, en fin de chaque propos. Celle-ci mettra en exergue les différents besoins et droits des victimes auxquels le protocole ou la pratique professionnelle répond, et dans quelle mesure cela s'inscrit véritablement dans une réponse à court terme ou à long terme. Aussi les pratiques informelles en tant que telles seront épinglées.

Enfin, une analyse transversale des pratiques informelles, de la manière dont elles s'inscrivent dans les transactions entre acteurs, et de ce qu'elles peuvent nous apprendre sur la question de recherche, sera réalisée dans un « Titre 3. A travers la sociologie de l'écart ».

Titre 1. La réponse à court terme : La prise en charge par le CPVS

Ce premier titre a donc pour objet d'analyser la réponse à court terme, dispensée par le CPVS. Il présente dans un premier temps l'infrastructure, les différentes voies d'entrée pour les victimes et l'enregistrement à l'accueil du dispositif. Dans un second temps, il présente la procédure d'accueil et le protocole de prise en charge : l'accueil par l'infirmière légiste, la prise en charge médicale, l'éventuel dépôt de plainte, l'examen médico-légal, l'accompagnement psychologique et la coordination du suivi. Dans un troisième temps, il présente les spécificités de la prise en charge des mineurs à travers toute cette procédure d'accueil.

Chapitre 1. L'infrastructure

Ce premier chapitre décrit l'infrastructure des CPVS, leur implémentation et leur mise en œuvre. Il met en exergue les différents enjeux que cela implique et la manière dont les acteurs composent avec la situation.

Il existe actuellement trois centres en Belgique : Bruxelles, Liège et Gand. Selon le rapport d'évaluation, « tant les victimes que les professionnels étaient très positifs à l'égard du modèle de travail et ont souhaité que les Centres de Prise en charge actuels s'agrandissent en termes de personnel et d'infrastructures, et que les zones de police impliquées se multiplient également ». (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.25) « En outre, il convient de créer de nouveaux CPVS dans d'autres villes afin que toutes les victimes puissent recevoir des soins complets spécialisés à une distance acceptable de leur domicile. » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.25)

Cette extension est en effet prévue. L'interviewée 1 précise que trois CPVS doivent ouvrir, fin de cette année, les infirmières légistes¹ étant actuellement en formation. Ce serait à Anvers, Charleroi et Louvain. (Entretien 1, 15 avril 2021) Le but étant d'atteindre la mise en place d'un CPVS par arrondissement judiciaire, d'ici 2023.

Section 1. Au sein d'un hôpital

La volonté était de mettre en place ces centres au sein d'un hôpital, tout en ayant « une entité fonctionnelle distincte et physiquement séparée » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.35). La proximité avec un service d'urgence était essentielle, afin de prendre en charge les urgences médicales au besoin et d'avoir à disposition toutes les spécialités. « Les services d'accueil et d'urgences constituent les seules structures de soins susceptibles d'accueillir 24 heures sur 24 les personnes victimes de violences sexuelles, avec les services de police. A ce titre, les services d'urgences sont donc les lieux essentiels pour assurer un accueil et une prise en charge précoce des traumatisés psychiques et des personnes qui le sont potentiellement. » (Vermeiren E. et Bréart M., 2016, p.89) Ce type d'implémentation, au sein d'un hôpital, a également été recommandé par l'OMS dans « Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence ». (WHO, 2003, p.21)

¹ Pour des raisons de lisibilité du texte, il a été décidé de parler uniquement au féminin des « infirmières légistes ». Si cette fonction est évidemment ouverte au genre masculin, il n'existe actuellement que des profils féminins, dans les centres de Bruxelles et de Liège.

Section 2. Au sein des urgences ou en annexe des urgences

Un CPVS doit donc se conformer « aux exigences suivantes : être à proximité du service des urgences ; prévoir une salle d'accueil comprenant une salle séparée pour le travail administratif ; compter deux salles de consultation équipées, une salle de bain entre deux salles de consultation, une salle sécurisée pour les prélèvements médico-légaux, une salle de consultation pour le psychologue, une salle sécurisée pour les auditions filmées ; prévoir une salle de repos ; compter une salle de réunion d'équipe ». (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.35) Mais il s'avère que tous ne remplissent pas ces conditions. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.175-177)

De plus, les centres de Bruxelles et de Liège ont répondu à l'implémentation de manière différente. Si le premier a été mis en place dans un bâtiment en annexe des urgences, le deuxième a quant à lui été implémenté au sein même des urgences.

Le centre de Bruxelles s'est installé « au sein du dispositif du 320 Rue Haute, qui mixte le city planning : donc le planning familial, le CPVS et le CeMaViE (Centre Médical d'aide aux Victimes d'Excision). Un peu sous le modèle de la Maison des femmes de Paris. » (Entretien 3, 14 mai 2021) Il suffit de traverser une cour pour aller jusqu'aux urgences. L'interviewée 3 pense que « c'est beaucoup mieux d'être hors du service des urgences, parce qu'on est pas du tout dans la même temporalité ». (Entretien 3, 14 mai 2021) Elle ajoute cependant que pour des raisons de sécurité de l'équipe, si la victime se présente seule durant la nuit, la prise en charge se réalise quand même aux urgences. Mais celle-ci est beaucoup moins confortable pour la victime et pour l'équipe. (Entretien 3, 14 mai 2021) De plus, le fait que les infirmières y travaillent à temps plein a aussi comme conséquence qu'elles ne restent pas longtemps à travailler dans le CPVS. L'interviewée 1 dit : « C'est bizarre à dire, mais on a déjà eu beaucoup de personnes qui ont changé ou qui ont quitté le CPVS parce que c'est lourd ». (Entretien 1, 15 avril 2021)

Le centre de Liège, quant à lui, s'est implémenté au sein même des urgences, permettant ainsi l'accès à toutes les spécialités. Aussi, cela permet de bénéficier de lits en urgence pour pouvoir garder la victime, si elle ne se sent pas en sécurité. (Entretien 2, 07 mai 2021) Cela aurait pour conséquence d'avoir une équipe plus stable et plus expérimentée. L'interviewée 2 explique : « On est une des équipes la plus stable parce qu'on travaille à 40%. Et on s'est toujours battu pour ça. L'Institut nous demandait de travailler à 100%

mais nous on refuse. » « Dans les autres, elles travaillent toutes à temps plein. Mais, il y a un énorme turn-over. » (Entretien 2, 07 mai 2021)

Tout d'abord, il est réjouissant de constater que le dispositif des CPVS a pour objectif de s'étendre à l'ensemble du territoire d'ici 2023, rendant la prise en charge de qualité (par un centre spécialisé) accessible à tous de manière équitable. Le traitement équitable des victimes étant un droit consacré internationalement depuis de longues années.

Ensuite, il est déjà intéressant de constater que si l'implémentation même des CPVS est conçue pour consister en une réponse à court terme aux victimes (n'ayant pas pour vocation d'être un centre d'accueil), elle tend tout de même à répondre à long terme à certains besoins et droits des victimes. En effet, il peut déjà être relevé que la réponse aux besoins médicaux, des besoins pratiques et de réparation, constitue l'un des points primordiaux de ce dispositif, en étant implanté à proximité des urgences. Aussi, une attention particulière est dédiée à la sécurité au sein des centres, avec la mise en place de salles sécurisées. Le dispositif tend donc à répondre aux besoins de protection.

Enfin, des pratiques différentes pour la mise en place des centres s'observent. Le centre de Bruxelles, étant en annexe des urgences, a respecté la volonté de l'Institut d'engager des infirmières légistes à 100%. Si cela permet d'être au plus près de la temporalité de la victime, il semble que la situation crée une charge émotionnelle assez forte pour les professionnelles. De plus, si le bien-être de la victime est primordial, il ne se fera tout de même pas au détriment de la sécurité des acteurs. Le centre de Liège, quant à lui, s'est totalement opposé à la volonté de l'Institut, revendiquant maintenant les effets de leur position sur la stabilité de leur équipe.

Chapitre 2. Les différentes voies d'entrée pour les victimes

Ce deuxième chapitre consiste en la présentation des différentes voies d'entrée pour la victime.

Section 1. Sur initiative personnelle

La première voie d'entrée au CPVS est l'initiative personnelle de la victime. Celle-ci peut se présenter directement au centre 24h/24 et 7j/7. Elle peut être informée de l'existence du centre par divers moyens, comme par exemple le site internet « violencessexuelles.be » ou via les points de contact existants. (Keygnaert I., 2020, p.25)

En effet, les CPVS commencent à avoir une certaine notoriété auprès des professionnels du secteur, comme les médecins généralistes, les associations ou encore les PMS. (Entretien 2, 07 mai 2021)

Cette initiative personnelle peut aussi intervenir après une éventuelle première prise de contact par téléphone, mail ou chat. (Keygnaert I., 2020, p.25) Cependant, l'interviewée 1 exprime un grand manque de communication au public. Elle explique qu'il est difficile d'offrir une aide à la reconstruction à des personnes qui n'ont pas connaissance du dispositif, surtout pour les personnes vulnérables ou en situation précaire, qui « n'ont peut-être pas forcément de téléphone ou internet. » (Entretien 1, 15 avril 2021)

En plus de ce manque de communication, l'accessibilité à tous sur l'ensemble du territoire est également pointée du doigt par les professionnels, ainsi que par le rapport d'évaluation. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.21) Cela engendre inévitablement des différences de traitement entre les victimes, sur le territoire belge.

Section 2. Par l'intermédiaire des services d'urgence

La deuxième voie d'entrée au CPVS est par l'intermédiaire des services d'urgences. Soit la victime se présente aux urgences de l'hôpital, pour des faits de violences sexuelles, ou alors au découle de l'anamnèse, ils découvrent des violences sexuelles. (Entretien 3, 14 mai 2021) Soit la victime est amenée aux urgences de l'hôpital par une ambulance, suite à un appel d'urgence. (Entretien 3, 14 mai 2021)

Section 3. Par l'intermédiaire des services de police

La troisième voie d'entrée au CPVS est par l'intermédiaire des services de police, c'est-à-dire que la victime se présente au commissariat pour des faits de violences sexuelles. Dans ce cas, il y a une première prise en charge qui se fait au sein du commissariat et, si la victime rentre dans les conditions, elle est directement transférée au CPVS. (Entretien 4, 15 juillet 2021) Car, « toutes les victimes de violences sexuelles qui ont été commises moins de 7 jours auparavant sont immédiatement conduites au CPVS. » (Keygnaert I., 2020, p.25)

Toutefois, seule une zone de police par CPVS est autorisée à transférer les victimes dans le centre de leur région, à savoir : la zone de police de Gand (pour le CPVS de Gand) ; la zone de police de Bruxelles-Capitale-Ixelles (pour le CPVS de Bruxelles) ; la zone de police de Liège (pour le CPVS de Liège). « Un accord de coopération a été signé dans

chacune des régions concernées entre l'hôpital, la police et le parquet. » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.14) Pour les autres zones de police, le kit SAS, le Set d'Agression Sexuelle, en milieu hospitalier reste d'application.

Sauf que dans la pratique, les choses ne sont pas si cloisonnées. En effet, les CPVS prenant de l'ampleur et de la notoriété, il est vite devenu tentant pour les autres zones de police, d'y transférer les victimes, malgré l'absence d'accord de coopération avec leur zone. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.106) Or, les infirmières légistes ne peuvent se résigner à refuser la prise en charge d'une victime, sous prétexte que celle-ci ne se serait pas présentée dans « le bon commissariat ». L'interviewée 2 explique : « En fait, au départ, on nous avait dit que les victimes qui étaient amenées par la police de Liège devaient bénéficier du CPVS et que les autres c'était le kit SAS. On n'a jamais fait ça évidemment. On a toujours estimé qu'une victime, qu'elle vienne de Liège, ou je vais vous dire du fin fond de la Belgique, peu importe : elle doit avoir la même prise en charge. » (Entretien 2, 07 mai 2021) L'interviewée 1 explique aussi qu'elles ne refusent jamais de prendre une personne, mais que généralement les zones de police respectent la procédure et font le kit SAS. (Entretien 1, 15 avril 2021)

Si les infirmières légistes ne semblent pas, jusqu'à présent, émettre d'objections à ces venues informelles, les inspecteurs² mœurs tirent tout de même la sonnette d'alarme, quant à une éventuelle surcharge de travail dans ces centres, dont la capacité de prise en charge n'est pas en adéquation avec ces pratiques informelles.

En effet, les infirmières légistes expliquent que ce n'est pas tant leur prise en charge qui pose problème, mais plutôt la gestion des dossiers médico-légaux et le dépôt de plainte. Les adaptations auxquelles elles doivent faire face concernent principalement ces aspects. La prise en charge est faite de la même manière, mais les prélèvements médico-légaux sont directement repris par la zone, plutôt que d'être conservés au CPVS. (Entretien 1, 15 avril 2021) L'interviewée 2 explique aussi qu'ils ont eu des accords avec la police de Liège, afin de transférer les dossiers vers les autres zones, à qui ils ont expliqué « comment faire les choses ». (Entretien 2, 07 mai 2021)

² Pour des raisons de lisibilité du texte, il a été décidé de parler uniquement au masculin des « inspecteurs mœurs », dans un but d'utiliser le genre indifférencié. En effet, cette fonction est tenue de manière équivalente par des hommes que par des femmes.

En réalité, il y a même une certaine fierté à l'expertise qu'elles acquièrent, et une réelle volonté de la faire bénéficier à un maximum de victimes, afin que celles-ci obtiennent les meilleurs soins possibles et les meilleures chances de reconstruction. L'interviewée 3 explique que, même si les autres hôpitaux continuent de travailler avec le Set d'Agression sexuelle, il y a des trajets de soins spécifiques qui ont été établis. Par exemple, l'hôpital Erasme réfère quand même les victimes mineures. Elle dit : « Parce qu'ils n'ont aucune expertise là-bas et qu'il y a une expertise qui se développe chez nous. » (Entretien 3, 14 mai 2021) Aussi, il leur arrive d'accompagner par téléphone des assistants qui ne savent pas comment s'y prendre. Enfin, dans le cadre de groupement d'hôpitaux, des collaborations sont mises en place pour que la première prise en charge soit effectuée par l'hôpital, et le suivi médical et psychologique par le CPVS. (Entretien 3, 14 mai 2021)

Alors que, pour les inspecteurs mœurs, s'il est évident qu'il n'est pas question pour eux de prendre en charge les dossiers judiciaires des autres zones de police, ils ont plutôt tendance à se préoccuper de la surcharge de travail pour les infirmières légistes. L'interviewée 4 explique que, dans l'optique d'ouvrir le CPVS à toutes les zones de l'arrondissement bruxellois, la formation des inspecteurs mœurs a déjà commencé. Certains policiers leur téléphonent alors pour voir si les infirmières légistes sont disponibles pour une prise en charge ou non. Elle est d'avis que « ça augmente leur charge de travail, sans qu'elles en aient la capacité vraiment. » (Entretien 4, 15 juillet 2021)

Si les professionnels semblent s'arranger de la conjoncture actuelle, en faisant preuve d'imagination, d'organisation et de motivation, il est évident et nécessaire que les CPVS s'agrandissent en termes de personnel et d'infrastructure, que les zones de police impliquées se multiplient de manière officielle, et que le dispositif s'étende à tous les arrondissements judiciaires, comme cela a déjà été évoqué. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.25, 76, 280)

Les différentes voies d'entrée prévues sont le signe d'une réelle préoccupation de permettre la venue au centre à un maximum de personnes. Toutefois, force est de constater que des limites sont encore bien présentes à l'accessibilité. Premièrement, l'information n'est pas suffisante, tant aux personnes en précarité sociale, qu'au grand public. Deuxièmement, les accords de coopération établis ne concernent qu'une seule zone de police par arrondissement, et seulement trois arrondissements belges.

Ces limites engendrent des conséquences à tous niveaux : les victimes ne reçoivent pas l'information adéquate quant aux services d'aide ; elles passent peut-être à côté de l'opportunité d'obtenir réparation ; le droit à un traitement équitable est bafoué ; elles n'obtiennent pas une prise en charge par un centre spécialisé avec des acteurs spécialement formés, de soutien psychosocial et juridique. Elles ne sont donc pas protégées contre la victimisation secondaire. Tant la réponse à court terme qu'à long terme à leurs besoins et leurs droits ne sont, dans ce cas, pas apportées aux victimes.

C'est pour toutes ces raisons que les professionnels, les infirmières légistes ainsi que les zones de police, tentent de trouver des solutions temporaires afin de dispenser ces soins à un maximum de victimes, sans pour autant engorger les centres. Soit que les infirmières légistes ont des trajectoires de soins spécifiques pour les mineurs ou dans le cadre de groupement d'hôpitaux. Soit que les zones de police se présentent avec les victimes, après vérification de la disponibilité des infirmières, et s'engageant à poursuivre leur dossier pour ne pas surcharger la zone principale.

Chapitre 3. L'enregistrement

Ce troisième chapitre aborde la question de l'admission et de la gestion des urgences médicales.

Section 1. L'admission

Lorsque les victimes sont admises à l'accueil de l'hôpital, pour être transférées dans le CPVS, celles-ci sont enregistrées au même titre qu'un patient de l'hôpital.

Les admissions ne peuvent pas être anonymes. En effet, un dossier étant créé, pour les soins, la sérologie, la prophylaxie, les examens médico-légaux, et l'éventuel dépôt de plainte, il n'est pas possible de garder l'anonymat. Cependant, il semblerait que cela n'apparaisse pas comme une demande et un besoin des victimes de violences sexuelles. Si tel est le cas, les victimes communiquent via le chat. (Entretien 1, 15 avril 2021)

Quoiqu'il en soit, leur consultation et leur dossier restent confidentiels. Il s'agit d'un dossier médical auquel personne ne peut avoir accès. Comme l'indique l'interviewée 2 : « Il n'y a que la victime qui peut avoir accès ou alors une réquisition du juge. [...] Il n'y a aucun courrier qui est envoyé au médecin traitant. Sauf si la victime le demande. [...]

Et à ce moment-là, on ne l'envoie même pas. On lui donne en main propre et elle en fait ce qu'elle veut. » (Entretien 2, 07 mai 2021)

Section 2. Les urgences médicales

Lorsqu'une victime est admise, elle doit avant toute chose, être « triée ». En effet, il faut vérifier prioritairement que la victime n'ait pas d'urgence médicale, suite à des coups éventuels. C'est une pratique évidemment partagée par l'ensemble des professionnels (Baccino E., 2014, p.94). L'interviewée 2 précise : « Vérifier s'il n'y avait pas de choses graves, si elle n'avait pas un coup sur la tête, s'il n'y avait pas une fracture du crâne, une hémorragie cérébrale, enfin...ou d'autres choses qui peuvent être liées à ça, mais qui pourraient être préjudiciables à sa vie ». (Entretien 2, 07 mai 2021) C'est la raison pour laquelle les CPVS sont adjoints aux urgences des hôpitaux, afin d'avoir à disposition les infrastructures nécessaires et toutes les spécialités médicales.

Il est intéressant de constater que même si le CPVS se veut être une prise en charge à court terme, il est inévitable que les procédures d'enregistrement mises en place aient aussi pour effet de répondre à long terme aux besoins et aux droits des victimes de violences sexuelles.

En effet, la procédure d'admission, de par sa confidentialité, a pour but de rendre les centres accessibles à tous. Elle répond dès lors au droit à l'assistance matérielle, médicale et psychosociale, pour tous et de manière répétitive si cela s'avère nécessaire. De même, le triage effectué dès l'admission, afin d'écarter les urgences médicales, répond aux besoins médicaux des personnes. Cela s'effectue à court terme, mais cela a aussi indubitablement pour effet d'être salvateur à long terme, en sauvant par exemple la vie de certaines victimes ou en évitant des conséquences graves pour leur avenir.

Dans ce cadre, les pratiques des centres ne diffèrent pas des normes édictées par le modèle du CPVS.

Chapitre 4. La procédure d'accueil par l'infirmière légiste

Ce quatrième chapitre consiste en la présentation des différentes phases de la prise en charge holistique du CPVS, à savoir : l'accueil par l'infirmière légiste, la prise en charge médicale, l'éventuel dépôt de plainte, l'examen médico-légal, l'accompagnement psychologique et la coordination du suivi. Il relève les éléments essentiels de cette prise

en charge, les pratiques des acteurs, la manière dont ils les perçoivent et dont ils peuvent parfois s'en arranger.

Section 1. L'accueil par l'infirmière légiste

« Les plans d'action et les feuilles de route décrivent clairement les différentes procédures à suivre par le personnel du CPVS lors du traitement, du suivi et de l'orientation des victimes. [...] Ils garantissent ainsi que les victimes reçoivent des soins ainsi qu'un suivi uniforme et systématique, et fournissent un très bon soutien pendant la formation. » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.154)

§1. Les lignes directrices de la prise en charge

Tous les professionnels s'accordent à dire que trois éléments sont essentiels dans la prise en charge des victimes, et tout au long de celle-ci : la reconnaissance du statut de la victime, la volonté de la victime et la temporalité de la victime.

Tout d'abord, comme énoncé dans les besoins, la reconnaissance du statut de victime est essentielle. L'interviewé 1 explique que le but est de répondre à un besoin des personnes mais surtout une sorte de reconnaissance, et que le CPVS considère les victimes. « Il n'y a pas de jugement. Il n'y a que de la bienveillance. » (Entretien 1, 15 avril 2021) L'interviewée 3 explique aussi : « Parce qu'en fait les victimes se sentent écoutées, crues, et du coup, diminue vraiment la victimisation secondaire et toutes les possibilités de victimisation secondaire. » (Entretien 3, 14 mai 2021) La reconnaissance est nécessaire au travail de réparation, « elle permet non plus seulement de vivre mais aussi d'exister sous le regard des autres et d'accéder au statut de victime » (Audet J., Katz J.-F., 1999, p.509 et s.).

Ensuite, le consentement est réellement la pierre angulaire de la prise en charge. Le CPVS propose des services, mais c'est à la victime de décider si elle souhaite en bénéficier ou non. L'interviewée 1 explique : « Ensuite, comme je lui raconte le fonctionnement du CPVS, l'examen gynécologique, encore une fois, c'est elle qui est maître. Si elle veut, elle peut, si elle ne veut pas, elle refuse. Je lui propose des médicaments, si elle veut, elle veut, si elle ne veut pas, elle ne veut pas. Tout cela en fait, c'est vraiment basé sur le consentement. Elle doit prendre conscience qu'elle a le droit de dire non, et qu'elle a le droit de dire oui aussi. » (Entretien 1, 15 avril 2021) Il s'agit également de l'une des recommandations faites par l'OMS dans « les lignes directrices de la prise en charge des violences sexuelles ». (WHO, 2003, p.34)

Enfin, le respect de la temporalité de la victime est primordial, c'est-à-dire respecter et suivre son rythme. L'interviewée 3 explique que parfois les victimes ne sont pas en état, ou réellement épuisées, et qu'elles peuvent alors se reposer avant la prise en charge ou durant celle-ci, dans la salle de repos. (Entretien 3, 14 mai 2021)

§2. La première assistance psychologique

Une fois le risque d'urgence médicale écarté, l'infirmière légiste procède à l'accueil à proprement parlé et à la première assistance psychologique.

Tout d'abord, elle instaure la sécurité et la confiance. « Ce n'est pas un accueil classique soignant-soigné. On se présente et en fait, on essaye d'instaurer une relation pour que la personne puisse se sentir en sécurité et en confiance. Le plus important est que la personne se sente à l'aise. Généralement, on propose à boire et à manger, et savoir ce qu'elle a envie maintenant. » (Entretien 1, 15 avril 2021) Afin de construire cette relation de confiance, diverses choses peuvent être mises en place : avoir une attitude positive, chaleureuse et ouverte ; être patient et à l'écoute ; commencer par poser des questions neutres ; respecter les croyances et les façons de faire ; ne pas contredire directement ; prendre une position basse de non-pouvoir, non savoir ; etc. (Josse E., 2006-2, p.30) L'interviewée 1 explique ce qu'elle dit à la victime : « En fait, moi je suis juste une petite infirmière, et que c'est elle la courageuse qui vient déposer son histoire, parce qu'elle a envie de se sauver en fait. Et généralement, ce piédestal décalé permet aux victimes de pouvoir se lâcher. Parce qu'en fait je n'ai plus le titre de l'infirmière héroïne, mais plutôt de l'infirmière qui écoute. » (Entretien 1, 15 avril 2021)

Ensuite, elle réalise la première assistance psychologique. Elle doit la rassurer, lui offrir une perspective d'action, explorer l'attachement et le réseau, lui apporter de l'espoir et des perspectives d'avenir. (Keygnaert I., 2020, p.26) En effet, les 5 principes essentiels des premiers secours psychologiques sont : encourager un sentiment de sécurité, favoriser l'apaisement, encourager les sens de l'efficacité personnelle, favoriser les liens relationnels et donner de l'espoir. (Keygnaert I. & Linthout L., 2020, p. 27) Les professionnels s'accordent sur l'importance d'une prise en charge médicopsychologique dès les premiers instants, pour la prévention des répercussions de l'événement traumatique sur le plan humain (ESPT, états aigus de stress, troubles post-traumatiques, etc.) (Audet J., Katz J.-F., 1999, p.325 et s.) (Baccino E., 2014, p.95)

Enfin, l'infirmière légiste identifie le niveau du risque pour la victime. (Keygnaert I., 2020, p.26) L'interviewée 1 précise : « Donc savoir si la personne est standard, moyen ou élevé, pour savoir si elle doit voir un psychiatre ou pas. [...] Donc ça aussi c'est une indication pour savoir par rapport à son suivi psy. » (Entretien 1, 15 avril 2021) Le rapport d'évaluation a soulevé que de nombreuses infirmières légistes avaient sous-estimé le nombre important des victimes ayant des problèmes psychologiques. Et que si cette première aide psychologique par ces intervenants n'est pas contestée, les psychologues estiment qu'il faudrait veiller à leur offrir un soutien adéquat en la matière, notamment en approfondissant leur formation (à la psychopathologie, à la gestion de situations de crise et aux techniques de stabilisation) ou encore en améliorant les formulaires d'évaluation des risques. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.154)

§3. Le cadre et la demande

Lorsque la confiance est installée, l'infirmière légiste instaure le cadre de la prise en charge. En effet, il est important que la victime sache ce que le CPVS peut lui apporter ou non. L'interviewée 1 précise : « Il y a toute l'explication du CPVS. Parce qu'il y a aussi un cadre, dans le sens où je lui explique c'est quoi mon rôle. Je ne peux pas répondre à tous ses besoins non plus ». (Entretien 1, 15 avril 2021)

Elle explique donc les différents soins possibles : la prise en charge médicale, l'examen médico-légal, l'éventuel dépôt de plainte et l'accompagnement psychologique. C'est ensuite à la victime de décider ce qu'elle souhaite recevoir comme soins ou non. « On explique les choses à la victime, mais c'est elle qui décide. On ne l'influence pas. Si elle souhaite déposer plainte, elle dépose plainte. Si elle nous demande, qu'est-ce que vous feriez : on lui explique le pour ou contre, et c'est elle qui choisit en définitive. Ça c'est toujours, toute prise en charge commence par une explication du fonctionnement du centre. » (Entretien 2, 07 mai 2021)

En fonction de la demande, l'infirmière légiste organise la prise en charge et contacte les éventuels partenaires, comme les inspecteurs des mœurs de garde (si la victime souhaite déposer plainte au sein du CPVS).

Il est donc intéressant de constater que si la prise en charge par le CPVS se veut être une prise en charge à court terme, il est inévitable que les pratiques mises en place dès

l'accueil aient aussi pour effet de répondre à long terme aux besoins et aux droits des victimes de violences sexuelles.

En effet, l'accueil effectué par l'infirmière légiste, en prodiguant la première assistance psychologique et en répondant à la demande des victimes au sein du cadre, a aussi pour effet de répondre à long terme aux besoins et aux droits des victimes. Les lignes directrices de la prise en charge (à savoir la reconnaissance du statut de la victime, le respect de sa volonté et de sa temporalité) ont pour objectif de diminuer au maximum les risques de victimisation secondaire. Cette minimisation des risques étant un droit nettement consacré au niveau international et s'inscrivant dans la durée.

De plus, l'identification du niveau du risque de la victime permet de lui proposer un suivi psychosocial adapté à sa situation personnelle. La prise en charge psychologique s'inscrivant également dans la durée, il est essentiel que la victime puisse consulter des professionnels pouvant répondre à ses besoins, comme le suivi par un psychiatre. Force est encore de constater que ces pratiques à court terme sont conçues de manière indissociable de la réponse à long terme à ses besoins et ses droits.

Section 2. La prise en charge médicale

La prise en charge médicale est réalisée par l'infirmière légiste, toujours en fonction de la demande de la victime. L'interviewée 1 explique : « Je lui propose les médicaments, si elle veut, elle veut, si elle ne veut pas, elle ne veut pas. Tout cela en fait, c'est vraiment basé sur le consentement. » (Entretien 1, 15 avril 2021)

La prise en charge médicale consiste, comme recommandé par l'OMS (WHO, 2003, p.63-71), et comme l'explique l'interviewée 3 : au soin des lésions, à la prévention des grossesses non désirées, au traitement préventif du VIH et à la prévention des infections sexuellement transmissibles (chlamydia, gonorrhée, hépatite B, etc.) par la prise d'un traitement préventif et le dépistage au niveau sanguin. (Keygnaert I., 2020, p.27) (Entretien 3, 14 mai 2021) (Rougé-Maillart C. et Préval J., 2014, p.45) En cas de problèmes ou de doutes, l'infirmière légiste peut demander l'assistance d'un spécialiste de garde. (Keygnaert I., 2020, p.27) Il peut s'agir du gastro-entérologue ou de l'urologue, par exemple. (Entretien 2, 07 mai 2021)

Les soins médicaux dispensés dans les CPVS soulagent une grande partie des problèmes de santé de nombreuses victimes. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.22)

Ici encore, il est évident que la prise en charge des besoins médicaux est envisagée sur le long terme. Et cela est tout à fait normal, l'assistance médicale étant un droit éminemment consacré aux victimes.

Aussi, comme déjà évoqué, la volonté de minimiser au maximum la victimisation secondaire est au cœur de l'action de l'infirmière légiste. Aucun acte ne sera jamais posé sans le consentement de la victime, et ce peu importe le risque pour la santé de la victime.

Section 3. L'éventuel dépôt de plainte

Le dépôt de plainte est l'un des divers services de la prise en charge holistique proposée par les CPVS. Au même titre que les autres services, il s'agit d'une possibilité pour la victime, il n'est réalisé qu'à sa demande. (Keygnaert I., 2020, p.31)

Cependant, si le dépôt de plainte, en tant que tel, peut se réaliser à tout moment de la prise en charge, l'infirmière légiste doit savoir assez rapidement si la victime souhaite effectivement déposer plainte ou non. Car cela a un impact sur la prise en charge médico-légale. En effet, comme l'explique l'interviewée 4 : « si elle souhaite porter plainte, il faut qu'il y ait un avis Magistrat qui soit fait avant que les échantillons médico-légaux soient faits. Pour une question de procédure, on peut d'office les récupérer. S'il n'y a pas cet avis magistrat, les échantillons sont quand même faits, sauf qu'au niveau procédure, [...] c'est plus compliqué pour les récupérer. » (Entretien 4, 15 juillet 2021) Il s'agit d'une apostille pour exploration corporelle. (Entretien 2, 07 mai 2021) C'est la raison pour laquelle cette question est abordée avant la prise en charge médico-légale.

§1. Le choix de déposer plainte

Si la victime est arrivée au CPVS par l'intermédiaire des services de police, c'est que cette dernière s'y est présentée afin de porter plainte. Dans ce cas, en parallèle du transfert de la victime au CPVS, « il y a un avis magistrat qui se fait, pour pouvoir lancer la procédure CPVS et que les échantillons médico-légaux soient pris dans le cadre de la plainte, et donc puissent être directement saisis par les services. » (Entretien 4, 15 juillet 2021)

Si la victime est arrivée au CPVS sur sa propre initiative ou par l'intermédiaire des services d'urgence, il se peut que celle-ci désire porter plainte contre son agresseur, ou au contraire ne le désire pas. Assez rapidement donc, l'infirmière légiste aborde cette question. Car la confrontation au processus judiciaire n'est pas simple et les victimes n'ont pas toujours conscience du parcours que cela implique. Il est important qu'elles soient informées de leurs droits, de la logique du processus judiciaire et de sa finalité. (Schortgen E., 2016, p. 125) Cette information a été jugée positive par les victimes et les acteurs, selon le rapport d'évaluation. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.22)

Soit la victime ne désire pas porter plainte. Dans ce cas, l'infirmière légiste doit « l'informer sur la possibilité de revenir sur sa décision, et de comment est-ce que ça peut se faire à ce moment-là. » (Entretien 3, 14 mai 2021) Les prélèvements médico-légaux sont alors réalisés à titre conservatoire, et sont gardés dans les locaux du CPVS durant 6 mois. (Entretien 2, 07 mai 2021) Il est prévu que la victime soit recontactée au mois 5, pour voir avec elle, si elle désire finalement porter plainte (pour la destruction des prélèvements). (Entretien 3, 14 mai 2021) L'interviewée 1 explique qu'il y a du pour, mais aussi du contre à cette possibilité de report. D'un côté, il peut s'agir d'une bonne chose, car la plainte n'est peut-être pas leur priorité. Ce délai leur laisse donc le temps de redescendre et de peser le pour et le contre. D'un autre côté, cela peut être lourd, car c'est toujours agissant. « Parfois faire justice, c'est aussi se dire « je détruis cette partie-là de ma vie, j'ai besoin de me reconstruire, moi ». [...] Oublier et faire le deuil de tout ce qu'il s'est passé. [...] Et de ne plus voir le CPVS. » (Entretien 1, 15 avril 2021) En effet, le processus judiciaire ne consiste pas en la réponse adéquate pour toutes les victimes. (Schortgen E., 2016, p. 125)

Soit la victime désire porter plainte directement au jour 0, ou alors comme cela vient d'être évoqué, elle pourrait revenir sur sa décision et porter plainte ultérieurement.

§2. La plainte au jour 0

Si la victime désire porter plainte dès le jour 0, son audition par les services de police est réalisée au sein même du CPVS.

Pour ce faire, l'infirmière légiste contacte le commissariat, afin qu'ils envoient les deux inspecteurs de garde. Le temps qu'ils arrivent, en général l'infirmière a déjà eu le temps ou est en train de faire son entretien et la prise des échantillons. Lorsqu'elle a fini, et en fonction de l'état de la victime, ils prennent le relais pour l'audition. (Entretien 4, 15

juillet 2021) Encore une fois, le rythme de la victime est au cœur même de la prise en charge, d'autant plus qu'il peut aussi arriver qu'elle soit sous alcool ou sous drogue. (Entretien 4, 15 juillet 2021)

L'audition a lieu dans un local prévu uniquement pour cela. (Keygnaert I., 2020, p.31) Il est sécurisé par des badges d'accès, et équipé pour être audio-filmé. (Entretien 4, 15 juillet 2021) Toutefois, l'audition n'est filmée que si la victime le désire. (Entretien 4, 15 juillet 2021) De nouveau, le consentement est au cœur des actions entreprises par les professionnels au sein du centre. De plus, le fait que l'audition ait lieu dans le même bâtiment est rassurant pour la victime, il aide à instaurer un climat de confiance. L'infirmière légiste qui a pu établir un lien de confiance avec la victime peut plus aisément passer le flambeau aux inspecteurs mœurs, et la transition est plus sereine pour elle. (Entretien 4, 15 juillet 2021)

L'audition est réalisée sur base du « canevas d'audition mœurs victime majeure ». Celui-ci reprend les différents axes à aborder, selon le cas d'espèce : la situation personnelle de la victime (familiale, professionnelle) ; les faits (quand, où, quoi-comment, qui) ; les renseignements complémentaires avant et après l'agression ; les échantillons médico-légaux). (Entretien 4, 15 juillet 2021) Aussi, les inspecteurs mœurs ont à leur disposition un « Vade-mecum – Relatif aux documents qui peuvent être utilisés dans le cadre de la prise en charge d'une victime d'agression sexuelle via le CPVS et à certaines procédures ». Ce canevas et le Vade-mecum étant des documents confidentiels, ils ne peuvent être annexés à la présente. (Entretien 4, 15 juillet 2021)

L'interviewée 4 exprime une réelle satisfaction à travailler dans un tel cadre, lui permettant de faire les choses consciencieusement, en prenant le temps avec la victime, en allant à son rythme et en étant à son écoute, contrairement aux prises en charge classiques : « c'est hyper agréable de travailler dans ce cadre-là, pour les policiers. Je pense que ça se ressent aussi au niveau de la victime. » (Entretien 4, 15 juillet 2021) Aussi, il ajoute : « les deux inspecteurs qui sont rappelés ne s'occupent que de la partie victime dans l'enquête. Et ça c'est vraiment une vraie plus-value, pour nous et pour la victime je pense. » (Entretien 4, 15 juillet 2021) Et en effet, les victimes semblent satisfaites de leur audition. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.23) Alors qu'avant, la victime n'était qu'un moyen dans la procédure judiciaire, ce dispositif recentre l'attention sur la victime et sur ce qu'elle désire réellement. (Entretien 4, 15 juillet 2021) Des

recherches récentes épinglent également cette amélioration des interactions entre la police et les victimes de violences sexuelles, grâce au dispositif des CPVS. (Lees C., 2017-2018, p.28-32)

§3. La plainte décidée ultérieurement

Si la victime décide de porter plainte ultérieurement, celle-ci peut se présenter au commissariat de police de son choix afin d'être auditionnée. Dans ce cas, sa plainte sera actée par le commissariat dans lequel elle s'est présentée. Mais il arrive également que certaines victimes se représentent plutôt au CPVS. Dans ce cas, l'infirmière légiste les renvoie différemment selon leur provenance. (Entretien 4, 15 juillet 2021)

Quand c'est sur la zone de police ayant un accord de coopération, la victime est renvoyée vers ce commissariat. L'audition « canevas » est réalisée par des inspecteurs mœurs, formés CPVS. (Entretien 4, 15 juillet 2021) Quand c'est sur d'autres zones de police, la victime est renvoyée vers ces autres zones, le CPVS prenant alors contact avec le service d'aide aux victimes de la zone de police concernée, pour trouver un inspecteur, afin qu'elle ait un point de référence. (Entretien 4, 15 juillet 2021)

Tout d'abord, il est constaté que les victimes sont correctement informées des différentes possibilités qui lui sont offertes et de ce que cela implique.

Ensuite, le protocole de prise en charge concernant l'audition répond aux 3 lignes directrices épinglées : le dépôt de plainte, et son enregistrement audio-filmé, sont réalisés sur base du consentement ; les inspecteurs mœurs se mettent au rythme de la victime pour réaliser leur audition ; et la possibilité du report de la plainte et de réaliser les prélèvements à titre conservatoire participe à la reconnaissance du statut de victime, le dispositif reconnaissant leur histoire et leur souffrance sans pour autant qu'elles soient obligées d'entamer des démarches administratives et judiciaires pour l'obtenir. Cela contribue à l'objectif de minimisation de la victimisation secondaire.

Grâce à ce dépôt de plainte, au jour O ou ultérieurement, l'accès à la justice est facilité et assisté, le dispositif contribuant à la reconnaissance pénale du statut de victime, ainsi que potentiellement à son besoin et son droit à la réparation. De plus, la victime est prise en charge par des policiers formés, réalisant leur audition dans le respect de la victime et le plus efficacement possible pour le dossier judiciaire.

Enfin, la sécurité formelle et informelle qui est mise en place au sein du centre répond clairement aux besoins et au droit à la protection des victimes.

Encore une fois, force est de constater que si la prise en charge est certes modélisée et réalisée à court terme, il existe une réelle préoccupation d'avoir des effets à long terme, notamment dans la minimisation de la victimisation secondaire, mais aussi dans l'objectif d'apporter réparation aux victimes, s'inscrivant inévitablement dans la durée.

Section 4. L'examen médico-légal

§1. L'examen médico-légal sur base de la feuille de route

L'examen médico-légal est proposé à toutes les victimes qui se présentent au CPVS, et non uniquement à celles qui déposent plainte. (Keygnaert I., 2020, p.28) Tout comme les autres services du CPVS, celui-ci ne se réalise pas sans le consentement de la personne, car « aucun prélèvement ou examen ne pourra être fait sans son accord » (König C., 2014, p. 15).

Cet examen est réalisé sur base de la « feuille de route médico-légale », conçue afin de répondre aux besoins des victimes, de la police et de la justice. (Keygnaert I., 2020, p.29) Développée par des professionnels du secteur, elle est très détaillée, ce qui fournit de nombreuses informations pour l'audition et accroît l'efficacité de l'enquête. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.22) Elle est spécifique en fonction de l'âge de la victime. (Keygnaert I., 2020, p.29) Elle est complétée par l'infirmière légiste, mais doit être signée par un médecin. (Entretien 2, 07 mai 2021)

Cette feuille de route se distingue principalement, mais pas seulement, du kit SAS (le Set d'Aggression Sexuelle, réalisé dans les autres cas que le CPVS) en ce qu'elle ne réalise les prélèvements des échantillons qu'en fonction du contact, et non de manière standard. (IEFH, 2020, p.13) Ce qui est apparemment apprécié par les victimes. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.22) L'interviewée 3 explique : « C'est ça, la spécificité d'avoir supprimé les kits SAS. C'est justement de ne plus être dans quelque chose de systématique. Donc c'est de toute façon, en fonction d'une part, du récit de la victime, et d'autre part, des besoins et demandes de la victime. » (Entretien 3, 14 mai 2021) De plus, les procédures de prélèvements sont également moins invasives que dans le kit SAS, et ne se concentrent pas que sur les traces de sperme (mais également sur la salive et les

autres marques de contact). (IEFH, 2020, p.13) Aussi, la victime ne doit pas nécessairement décrire l'agression en détail, la seule indication du contact physique suffit. (IEFH, 2020, p.13) L'OMS considère que l'utilisation ciblée du matériel d'échantillonnage est plus appropriée, et moins coûteuse, que l'utilisation de kits de viol préemballés. (WHO, 2003, p.24)

Dans cette feuille de route, l'infirmière légiste ne fait que décrire ce qu'elle découvre au détour de l'examen. A aucun moment, elle n'interprète les lésions qu'elle constate. (Keygnaert I., 2020, p.28) L'interviewée 2 insiste sur cet aspect et dit : « Là est toute la différence entre un médecin légiste et les infirmières CPVS. » (Entretien 2, 07 mai 2021) Cela constitue peut-être un problème pour certaines, mais il s'agirait en réalité plutôt d'un confort, comme nous l'explique l'interviewée 3 : « Je pense que c'est une forme de confort pour l'équipe, de se dire « Ok moi je constate, mais ce n'est pas à moi d'interpréter, et donc je peux aussi être à 100% dans l'histoire de la victime. » Pas du tout m'en détacher, pas du tout me dire « ben en fait ça, ça ne correspond pas avec ce qu'elle dit... ». Fin voilà, ce n'est pas notre boulot et c'est très bien comme ça. » (Entretien 3, 14 mai 2021)

Lorsque les prélèvements sont terminés, et si la victime a déposé plainte, l'infirmière légiste doit remettre une copie à la police judiciaire, qui transmet à la magistrature sous scellés. (Entretien 2, 07 mai 2021) Si la victime ne dépose pas plainte, les prélèvements sont effectués à titre conservatoire, et sont conservés durant 6 mois dans les locaux du CPVS. (Entretien 2, 07 mai 2021)

§2. La conservation des preuves par le CPVS

Les échantillons sont dès lors conservés jusqu'à 6 mois, avec la possibilité de mise sous scellés lors d'une plainte ultérieure. (Keygnaert I., 2020, p.28) Selon le rapport d'évaluation, cette possibilité d'examen sans plainte a été jugée positive par le parquet et la police, et plusieurs victimes ont même indiqué que « cela avait également appuyé leur décision de porter plainte à une date ultérieure. » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.22) Les prélèvements sont donc, en principe, détruits après 6 mois. Mais, les pratiques en la matière diffèrent quelque peu d'un centre à l'autre.

D'un côté, le centre de Bruxelles détruit systématiquement les prélèvements au bout de 6 mois. La victime est recontactée au mois 5, et si elle décide de ne pas porter plainte, ou

même si elle ne répond pas, la destruction est réalisée au mois 6. (Entretien 3, 14 mai 2021) Ils partent du principe que la victime a donné son consentement éclairé sur la question, lors de la première prise en charge. (Entretien 3, 14 mai 2021)

De l'autre côté, le centre de Liège n'est pas aussi catégorique. L'interviewée 2 explique : « On n'est pas pour les éliminer sans avoir un véritable contact et une signature de la victime. [...] Parce qu'il nous est déjà arrivé quelque fois que nous n'avions plus de contact avec la victime. [...] Et on a été très surpris, quand on nous a demandé, on est venu avec une apostille pour saisir des prélèvements. Et donc si nous les avons jetés, la victime allait être, moi je vais dire, survictimisée, ou victimisée secondairement. Donc c'est très délicat, moi je dis, d'éliminer après 6 mois stricto sensu ces prélèvements. [...] Moi, je n'ai pas envie de mettre de date. » (Entretien 2, 07 mai 2021)

Au vu de ces pratiques informelles, il est pertinent de se demander si ce délai des 6 mois est adapté à la réalité des victimes de violences sexuelles. Les interviewées répondent assez naturellement à cette question, en évoquant une étude qui aurait démontré que la majorité des personnes qui ont désiré porter plainte, l'ont fait endéans le délai des 6 mois. Cependant, il peut être constaté que le discours glisse rapidement vers une autre justification : l'espace de stockage. (Entretien 2, 07 mai 2021) (Entretien 3, 14 mai 2021) L'interviewée 3 explique : « En fait, il y a aussi l'aspect pratique, qu'on ne sait pas garder ces prélèvements indéfiniment, avec un nombre de victimes important. Et donc c'était un peu une espèce de compromis entre la pratique et la réalité des victimes ». (Entretien 3, 14 mai 2021) Le rapport d'évaluation relevait déjà cette problématique en 2019, pointant le manque d'espace dans les hôpitaux et les laboratoire ADN. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.22) Il est évident qu'il y a une mise en tension de différents enjeux : les besoins des victimes en la matière et les enjeux organisationnels et institutionnels des CPVS. Cette question particulière mériterait un approfondissement.

Aussi, les interviewées insistent sur le fait que la destruction des échantillons n'empêche pas la victime de porter plainte, le dossier avec la feuille de route restant toujours accessible au CPVS. (Entretien 2, 07 mai 2021) (Entretien 3, 14 mai 2021) (Entretien 4, 15 juillet 2021) Cependant, l'interviewée 4 relève tout de même l'importance des preuves médico-légales, dans des dossiers de mœurs, où c'est la parole de l'un contre la parole de l'autre. Les preuves matérielles ont alors un poids énorme, surtout quand l'auteur est inconnu et qu'il peut être identifié. (Entretien 4, 15 juillet 2021) Les professionnels du

secteur épingle également l'importance du rassemblement de preuves, pour prouver le délit ou la culpabilité du suspect de manière scientifique, surtout en cas de violence sexuelle par un inconnu. (IEFH, 2013, p.11)

Toutefois, que ce soit dans l'un ou l'autre centre, il est salubre de constater que si une victime demande une prolongation, afin de prendre sa décision quant à la plainte, celle-ci lui est accordée. (Entretien 2, 07 mai 2021) (Entretien 3, 14 mai 2021)

Tout d'abord, comme pour toutes les étapes de la prise en charge, le consentement de la victime est de rigueur, cherchant toujours à minimiser les risques de victimisation secondaire.

Ensuite, la feuille de route est clairement conçue pour répondre aux besoins des victimes. Elle répond également aux besoins de la justice, en augmentant l'efficacité de l'enquête, et donc inévitablement aux besoins et aux droits des victimes à obtenir réparation. L'amélioration entre la feuille de route et le kit SAS permet quant à elle de traiter les victimes avec respect et dignité, par du personnel formé, et de minimiser les risques de victimisation secondaire dans une prise en charge maladroite, inutile et traumatisante. Aussi, l'absence d'interprétation de l'infirmière légiste permet une prise en considération de la victime et de son histoire, à 100%. Cela engendre une reconnaissance immatérielle par la société de son statut, et un soutien et une assistance inconditionnels. Car même si l'histoire se révélerait fausse, la démarche de la victime de se rendre dans ce centre est révélatrice d'un mal-être et d'un besoin de prise en charge.

Enfin, la possibilité de report de la plainte permet très nettement une augmentation des possibilités de réparation. Dans beaucoup de cas, elle a appuyé la décision de porter plainte ultérieurement. Mais la destruction après 6 mois peut être perçue comme contre-productive. En effet, cela peut engendrer une victimisation secondaire dans le cas où la victime déciderait, trop tard, de déposer plainte et qu'en l'absence de ces prélèvements, la culpabilité de l'agresseur ne puisse être établie.

C'est la raison pour laquelle le centre de Liège ne peut se résigner à détruire les preuves après 6 mois stricto sensu. Elles s'arrangent toujours pour avoir un contact avec la victime, ne voulant pas créer de situations de victimisation secondaire. Même si elles ne perdent pas de vue la problématique du stockage de ces preuves.

Section 5. L'accompagnement psychologique

§1. La prise en charge individuelle

a) Les victimes de violences sexuelles

Comme déjà évoqué, l'infirmière légiste procède à l'évaluation des risques, afin d'identifier le besoin d'une aide psychologique ou psychiatrique.

Des séances individuelles d'accompagnement psychologique sont proposées aux victimes qui le souhaitent. Celles-ci sont prises en charge par un psychologue spécialisé dans les traumatismes sexuels. Si cela s'avère recommandé, la victime peut obtenir jusqu'à 20 séances de thérapie au CPVS. (Keygnaert I., 2020, p.33) Le rapport d'évaluation montre que, pour de nombreuses victimes en phase aigüe, cet accompagnement est de courte durée et revêt donc une fonction plus préventive. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.23)

Toutefois, l'interviewée 3 explique que cela peut pourtant ne pas être suffisant dans certains cas : « C'est toujours un peu compliqué, parce qu'on est limité à 20 séances par personne. Et que souvent, dans la problématique de la violence conjugale, il y a des problématiques beaucoup plus profondes, qui ont besoin d'être beaucoup plus travaillées. Et donc pour lesquelles 20 séances, ce n'est pas suffisant. Et donc dans ce cadre-là, on essaye aussi assez rapidement d'orienter vers quelqu'un qui puisse avoir une thérapie à plus long terme ». (Entretien 3, 14 mai 2021)

Aussi, selon le rapport d'évaluation, il semblerait que « les victimes ont indiqué qu'elles pourraient avoir besoin d'un soutien psychologique supplémentaire à l'avenir (p.ex. lorsque le processus judiciaire commencera) ». (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.23)

b) Les personnes de soutien

Ces séances individuelles d'accompagnement psychologique sont aussi destinées aux personnes de soutien, ce qui est vivement conseillé par les professionnels du secteur. (Coutanceau R. et Smith J., 2014, p.282) L'interviewée 3 explique : « Et donc, il y a un psychologue qui peut voir la victime et un autre l'accompagnant. Mais, ce n'est jamais le même. » (Entretien 2, 07 mai 2021) Elle précise qu'il doit s'agir d'une personne de soutien, c'est-à-dire que la victime directe doit être prise en charge au CPVS, sans quoi le proche ne sera pas pris en charge. (Entretien 3, 14 mai 2021)

Quoiqu'il en soit, l'entourage comme la famille, le partenaire, les amis peuvent toujours envoyer un mail ou téléphoner au CPVS pour des conseils ou un support. (Keygnaert I., 2020, p.34) Et si un proche d'une victime se présente seul au CPVS, il sera tout de même accueilli et réorienter. « C'est le principe avec tout le monde : c'est que quand quelqu'un se présente chez nous, on prend le temps de l'accueillir, de discuter avec lui dans le bureau tranquillement. Ça peut prendre 30 minutes, une heure, deux heures, peu importe. Et de voir avec, qu'il sorte avec des pistes. » (Entretien 3, 14 mai 2021)

Aussi, un « Guide pour les personnes de soutien » (partenaire, enfant, membre de la famille) est accessible en ligne, leur donnant des conseils de guidance et sur comment prendre soin de soi, en tant que personne de confiance. (Keygnaert et Van Melkebeke, 2018) Ce guide semble plutôt s'apparenté au principe de guidance tel que défini par Damiani : « aider le proche à trouver ses propres réponses ». (Damiani C., 2016, p.116)

§2. La prise en charge groupale

a) Les sessions d'information pour les personnes de soutien

En plus d'une prise en charge psychologique, il est prévu dans le modèle que des sessions d'information soient organisées pour les personnes de soutien, dans chaque CPVS. « Lors de ces réunions, des conseils sont donnés au partenaire, parent, enfant ou ami(e), sur comment gérer et aller de l'avant ». (Keygnaert I., 2020, p.34)

Cependant, il semblerait que ces groupes de soutien pour les proches n'aient pas attiré énormément de personnes. L'interviewée 3 explique : « on avait lancé au tout début des groupes de soutien pour les proches, qui n'ont jamais pris. En fait, ça n'a jamais fonctionné. Voilà ça prenait beaucoup de temps, et il n'y avait jamais personne qui venait. » (Entretien 3, 14 mai 2021) Toutefois, il semblerait que ce ne soit pas un souci de concept mais plutôt de mise en pratique, car elle ajoute : « Probablement que ce n'était pas tout à fait la bonne manière de répondre à la demande. » (Entretien 3, 14 mai 2021) Or, le rapport d'évaluation explique que : « Bien que la participation aux séances de groupe pour les personnes de soutien soit actuellement limitée, il est approprié de poursuivre leurs essais. » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.264) D'autant plus que, sur la base des expériences des centres à l'étranger, il faut s'attendre à ce que les personnes de soutien demandent de l'aide ultérieurement, notamment pour le processus judiciaire ou pour des problèmes perdurant avec la victime. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.264)

b) Les thérapies de groupe pour les victimes

Malgré l'échec de ces sessions d'information, il y a une volonté claire de mettre en place des groupes de parole pour les victimes. En effet, l'interviewée 3 explique : « Maintenant, il y a la volonté de mettre en place des groupes de parole pour les victimes. Mais ce n'est pas encore fait. C'est en cours. On n'est pas encore tout à fait opérationnel. » (Entretien 3, 14 mai 2021) L'interviewée 1 confirme cette volonté, mais explique les obstacles organisationnels qu'ils rencontrent à la mise en œuvre : « Et en fait, nous ce qu'on voudrait en tout cas, c'est instaurer des groupes de paroles. Effectivement, on est limité. Il n'y a que trois psys. Et le groupe de parole, il était déjà prévu pour le faire cette année. Mais du coup, en fait, on le postpose parce que c'est compliqué. Toujours plus de victimes et moins de personnels » (Entretien 1, 15 avril 2021). Concernant les obstacles organisationnels, l'interviewée 3 ajoute : « C'est une compétence communautaire, le soutien. Alors que la prise en charge des victimes est une compétence fédérale. Donc, du coup, il y a tous des enjeux politiques derrière aussi. En termes de financement. » (Entretien 3, 14 mai 2021)

De plus, il s'agit non seulement d'une volonté des acteurs de terrain, mais également d'un intérêt qui s'est manifesté auprès des victimes, comme stipulé par le rapport d'évaluation. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.130) Le rapport précise que : « Il est recommandé de recenser l'offre existante de groupes de paroles réunissant les victimes sous la supervision de professionnels et de voir comment cette offre peut être développée davantage par le CPVS et/ou en coopération avec d'autres institutions de soins » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.264).

Pourtant, encore aujourd'hui, soit deux ans plus tard, ces groupes de paroles ne sont toujours pas instaurés au sein du dispositif des centres. A défaut, des initiatives isolées ont vu le jour, comme à Bruxelles avec des séances d'art thérapie. En effet, l'interviewée 1 explique : « En fait, ce qui était en pilote, c'est qu'on avait une collègue qui avait fait de l'art thérapie. [...] Et donc elle avait choisi quelques personnes qui pourraient être touchées par rapport à ça. Des victimes qui ne se connaissaient pas. Et ça a fonctionné. [...] Elles avaient écrit des lettres ouvertes. Elles avaient aussi peint plein de choses avec des écouvillons avec lequel on avait fait les frottis. Donc c'était de l'art expressif où elles avaient pu mettre quelque chose. » (Entretien 1, 15 avril 2021) Malheureusement, si le centre pouvait se réjouir de l'intérêt porté à cette initiative par les victimes, ces séances

d'art thérapie n'ont toutefois pas pu se poursuivre, l'organisatrice ne travaillant plus dans le CPVS.

Or, il est d'avis d'experts en la matière, qu'il est important de combiner les deux approches thérapeutiques, à savoir la prise en charge groupale et individuelle, essentielles dans le processus de résilience. En effet, l'OMS insiste sur cette double prise en charge : « les services de conseil prennent diverses formes et les victimes intéressées par le conseil peut choisir entre des thérapies individuelles, familiales ou de groupe, et/ou opter pour des thérapies formelles ou des groupes de soutien plus informels. Dans l'ensemble, le soutien social en groupe est généralement recommandé car il offre les avantages suivants : il contribue à diminuer l'isolement que ressentent souvent les victimes ; il crée une atmosphère de soutien ; les victimes sont encouragées à partager leurs expériences ; il aide les victimes à établir leur propre réseau de soutien ; » (WHO, 2003, p.73) L'OMS ajoute que cette expérience de groupe est particulièrement utile aux victimes qui n'ont pas ou peu d'aide sociale, mais que la thérapie individuelle peut être meilleure pour les victimes qui ont une psychopathologie préexistante et trouvent ainsi l'environnement de groupe plus difficile à gérer. (WHO, 2003, p.73)

Aussi, des auteurs mettent un point d'honneur à mettre en exergue l'importance de combiner ces deux approches. (Laloum A., Abita-Pelette M. et Gretter O., 2016, p. 175 et s.) (Coutanceau R. et Smith J., 2014, p.283)

Premièrement, la prise en charge individuelle ouvre un espace où le patient peut tout dire et dans lequel le thérapeute l'accueille dans une attitude ayant pour but d'établir une relation de qualité, compréhensive et chaleureuse, l'aidant à (re)narcissiser. « La parole ne peut se libérer et le trauma ne peut se mettre en mot que si la personne éprouve d'emblée un climat de sécurité, qui vient radicalement en opposition au caractère terrorisant de l'agression subie. » (Laloum A., Abita-Pelette M. et Gretter O., 2016, p. 175) « Le travail thérapeutique va aborder différents axes en fonction de la singularité et du rythme de chaque patient ». (Laloum A., Abita-Pelette M. et Gretter O., 2016, p. 176)

Deuxièmement, dans les thérapies de groupe, se retrouveront également les thématiques abordées en individuel. Le groupe peut consister en un espace plus facile à appréhender pour certaines victimes, se sentant moins sollicitées qu'en relation duelle. Cela permet à chacun d'avancer à son rythme, tout en bénéficiant du travail d'élaboration des autres, en s'identifiant. Le groupe permet également de poser des limites, avec une prise en

considération de l'autre. Il est un moyen de socialisation et permet de redéfinir leurs relations aux autres. L'effet miroir permet d'accéder à un sentiment de normalité. Toutefois, si le groupe est un outil essentiel au processus de résilience, les auteurs précisent, de la même façon que l'OMS, qu'il est contre-indiqué en cas de vécu mortifère. (Laloum A., Abita-Pelette M. et Gretter O., 2016, p. 176-177)

L'expérience clinique a montré que « dans la majorité des situations rencontrées l'articulation des deux modes de prise en charge est complémentaire et particulièrement efficace. Les deux thérapies se nourrissent et se renforcent l'une l'autre. » (Laloum A., Abita-Pelette M. et Gretter O., 2016, p. 179)

De plus, « pour toutes les victimes, les suivis doivent se faire au cours, moyen et long terme ». (Laloum A., Abita-Pelette M. et Gretter O., 2016, p. 17) En effet, s'il est essentiel que la victime soit prise en charge le plus précocement possible, par une équipe de professionnels spécialement formés, ce processus de soins en période immédiate doit nécessairement être articulé avec un processus de soins post-immédiat et au long cours, pour s'inscrire dans une logique de prévention secondaire. (Vermeiren et Bréart, 2016, p.92-97)

Concernant la prise en charge individuelle, plusieurs éléments peuvent être relevés. L'évaluation des risques permet de déceler les besoins d'aide psychiatrique, non négligeable pour la santé mentale des victimes concernées et leur droit à une assistance médicale adéquate. Les séances individuelles permettent de répondre aux besoins et aux droits à un soutien et une assistance psychosociale par des professionnels spécialisés en la matière. Celles-ci sont accessibles aux victimes directes, mais aussi indirectes. Les 20 séances prévues montrent que ce soutien a pour volonté de s'inscrire dans le temps. Dans ce cadre, il peut être constaté que pour la première fois, le modèle a la volonté claire d'une prise en charge s'établissant sur du plus long terme. Toutefois, il semblerait que dans certains cas, cela ne soit pas encore suffisant.

Concernant la prise en charge groupale, les deux cibles peuvent être distinguées. Pour les personnes de soutien, il semble que les sessions d'informations, abandonnées pour leur manque de succès, soient très certainement réclamées durant la procédure judiciaire. Ne pas les réinstaurer irait à l'encontre des besoins et des droits à un soutien et une assistance psychosociale, ainsi qu'une non-reconnaissance de leur statut. Pour les victimes de

violences sexuelles, la double prise en charge à court, moyen et long terme, recommandée par les professionnels pour une prévention secondaire, n'est toujours pas mise en place. La mise en œuvre de ces groupes de paroles rencontre en effet des obstacles organisationnels, institutionnels et politiques. Ils sont pourtant le signe d'un besoin de soutien s'inscrivant dans la durée.

En l'absence de ces groupes de paroles, des pratiques informelles ont vu le jour dans le centre de Bruxelles. Des séances d'art-thérapie avait rencontré un beau succès, avant d'être supprimé par manque d'organiseurs. Aussi, des pratiques informelles sont constatées, pour l'accueil de personnes ne répondant pas aux critères de prise en charge. Les infirmières ne pouvant laisser une personne, quel qu'elle soit sans l'orienter vers des services adaptés à sa demande.

Section 6. La coordination du suivi

§1. La sortie du CPVS

a) La préparation du suivi

Lorsque la prise en charge est terminée, c'est-à-dire que la victime a eu l'opportunité de bénéficier de tous les services à disposition, l'infirmière légiste va progressivement préparer la victime pour sa sortie.

Elle va lui proposer un suivi, sur plusieurs semaines. Ce suivi concerne, tout d'abord, un suivi médical avec un infectiologue. Dans ce cas, l'infirmière légiste programme ses rendez-vous dans un échéancier, appelé « la feuille de rendez-vous ». (Annexe 5) Cette feuille contient également les coordonnées du centre, ce qu'elle a reçu comme traitement, les possibles effets secondaires, le numéro du procès-verbal d'audition si elle a porté plainte et les coordonnées des services d'aide juridique.

Ensuite, ce suivi consiste également en une prise de contact régulière par la gestionnaire de cas³. Encore une fois, la victime est libre d'accepter ou non cette proposition. Certaines victimes ne désirent pas être rappelées, cela les ramenant intempestivement à ce qu'elles ont subi. Cependant, elles seront tout de même recontactées au mois 5, si elles ont désiré

³ Au même titre que pour l'infirmière légiste, pour des raisons de lisibilité du texte, il a été décidé de parler uniquement au féminin des « gestionnaires de cas ». Si cette fonction est évidemment ouverte au genre masculin, il n'existe actuellement que des profils féminins, dans les centres de Bruxelles et de Liège.

les prélèvements médico-légaux, mais qu'elles n'ont pas déposer plainte : pour la destruction des échantillons. (Entretien 2, 07 mai 2021) D'autres victimes expriment parfois le sentiment d'être noyées par la multitude d'intervenants qui les rappellent. L'interviewée 3 explique : « Donc là, on propose de clôturer chez nous, parce qu'il y a autre chose, un autre relais de prise en charge. En fait, on va continuer à suivre tant qu'on est...fin pour être sûr que ce relais soit pris en charge. » (Entretien 3, 14 mai 2021) Il s'agit d'un suivi adapté aux besoins des victimes. (Keygnaert, I., 2020, p. 32)

b) Le raccompagnement par les inspecteurs mœurs

Quand la prise en charge au CPVS est terminée, il est proposé à la victime de la raccompagner. En effet, les inspecteurs mœurs, travaillant en civil, la raccompagnent en voiture banalisée, là où elle le désire. (Entretien 4, 15 juillet 2021) Cette possibilité est particulièrement appréciée des inspecteurs mœurs, ainsi que des victimes. L'interviewée 4 explique : « On a la possibilité de les raccompagner. Donc elles trouvent ça aussi génial. Alors que ça devrait être potentiellement le cas, dans tous les cas. Mais là, c'est prévu. Donc on peut dire dès le départ « ben à la fin de l'audition, on va vous ramener. Donc même s'il est 2h du matin, ne vous tracassez pas pour votre retour. On va vous raccompagner. » « Ah oui, super ! ». » (Entretien 4, 15 juillet 2021)

§2. La gestionnaire de cas

Le suivi ultérieur est réalisé par une infirmière légiste formée à la fonction de gestionnaire de cas. (Keygnaert, I., 2020, p. 32) Cette personne n'est pas forcément l'infirmière légiste qui s'est occupée de la prise en charge au jour 0. Aussi, il se peut que tous les contacts réguliers ne soient pas effectués par la même gestionnaire de cas. En effet, au niveau des horaires du personnel, cela n'est pas faisable. L'interviewée 3 explique : « En fait, la demande de la victime, ce n'est pas spécialement d'avoir chaque fois au téléphone la même personne. C'est d'avoir la même personne qui l'a prise en charge au jour 0. Parce que c'est avec elle que s'est établie la relation de confiance. Et ça, ce n'est pas possible. Puisque potentiellement cette personne-là, elle fait la nuit, ... ben elle ne va pas la rappeler à 3h du matin, pour faire le gestionnaire de cas.⁴ Donc ce qui serait idéal pour le patient, n'est pas faisable en pratique. » (Entretien 3, 14 mai 2021) Elle ajoute que les personnes

⁴ « Le gestionnaire de cas » consiste, non pas en la personne réalisant le suivi, mais le suivi de dossier en tant que tel, l'action.

qui refusent de parler à quelqu'un d'autre sont rares et qu'elles essayent, dans la mesure du possible, que la victime soit suivie par la même personne. (Entretien 3, 14 mai 2021)

a) La prise de contact régulière

La gestionnaire de cas est donc chargée de la prise de contact régulière, dont il est systématiquement conservé une trace écrite. (Entretien 3, 14 mai 2021)

Au jour 1, soit le lendemain de la prise en charge par le CPVS, un premier appel est effectué. L'interviewée 1 explique que l'appel consiste à voir si la victime a des questions, de savoir comment elle se sent et de refaire un peu de soutien psychologique, mais aussi de respecter sa volonté si elle ne veut pas en parler. (Entretien 1, 15 avril 2021) Au jour 3-4, la victime est vue par l'infectiologue-VIH, et éventuellement par le psychologue. Durant le premier mois, la gestionnaire de cas contacte la victime de manière hebdomadaire. Après un mois, la victime a de nouveau rendez-vous avec l'infectiologue-VIH, et éventuellement le psychologue. La gestionnaire de cas s'assure du suivi santé et bien-être et de la référence externe graduelle. (Figure 2.1-a disponible sur Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.32) Enfin, une prise de sang est effectuée au mois 3, et ensuite au mois 6, ce qui généralement clôture le gestionnaire de cas. (Entretien 1, 15 avril 2021) L'OMS recommande justement des visites de suivi jusqu'à 6 mois après l'agression. (WHO, 2003, p.72-73)

Les victimes ont indiqué que le suivi effectué en tant que gestionnaire de cas était très important pour leur rétablissement, « surtout lorsqu'elles avaient un réseau social plutôt limité ou ne partageaient pas leur histoire avec leurs proches. La gestion du dossier a donc répondu à un besoin important de soutien psychosocial pour la victime. » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.23)

b) Le renvoi et le suivi vers des offres de soins externes

Sur le plan juridique et psychosocial, la victime est renvoyée vers des offres de soins externes. Cela fera l'objet de plus amples explications et développements dans le Titre suivant : « La réponse à long terme : Le référencement à d'autres structures ».

Sur le plan médical, des consultations avec un infectiologue-VIH sont organisées, comme cela vient d'être évoqué. La victime est donc, en principe, renvoyée dans un centre de référence VIH. (Keygnaert, I., 2020, p. 32) Mais, les pratiques en la matière diffèrent quelque peu d'un centre à l'autre.

D'un côté, le centre de Liège réfère les victimes au centre SIDA rattaché à l'hôpital. Cependant, géographiquement, celui-ci ne se trouve pas sur le même site, il est au centre de Liège. Si cela peut, dans un sens, être pratique pour tout le monde, cela peut, dans un autre sens, créer certaines difficultés. L'interviewée 2 explique : « Au départ on envoyait les victimes au centre de référence SIDA. On ne savait pas s'ils avaient été, pas été, etc. Donc maintenant, ce qu'on fait, on envoie un petit mail à l'infectiologue. Le dossier est lié. Et elle, elle nous renvoie si la victime est venue ou pas. » (Entretien 2, 07 mai 2021)

De l'autre côté, le centre de Bruxelles a vu sa pratique évoluer avec le temps. L'interviewée 3 explique : « ça fait à peu près un an qu'on a ramené en interne. Au début c'était externe. [...] Donc on a une infectiologue, qui consulte chez nous une fois par semaine et qui voit toutes nos patientes. Et depuis, on a une bien meilleure adhésion des patients. » (Entretien 3, 14 mai 2021) En 2019, le rapport d'évaluation épinglait déjà que les victimes vivaient négativement le fait que le centre SIDA se situe dans un endroit différent du CPVS, et qu'elles auraient désiré un moment de consultation fixe prodigué par un infectiologue, au sein même du centre. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.179) Il est donc positif de constater que l'évolution des pratiques rencontrent les besoins et les demandes des victimes de violences sexuelles.

Comme pour les autres services, la volonté de la victime est respectée, la protégeant contre le risque de victimisation secondaire. De plus, le raccompagnement de la victime après la prise en charge répond, non seulement à ses besoins pratiques de transport et droits à l'assistance matérielle (les soins pouvant se terminer à toute heure et les transports en commun n'étant pas des plus adéquats dans leur situation), mais également à son besoin et son droit à la protection.

Concernant le gestionnaire de cas, plusieurs choses peuvent être épinglées. Premièrement, si les infirmières légistes tentent au maximum qu'il soit réalisé par l'infirmière du jour 0, le CPVS ne peut assurer que cela soit toujours le cas. Car ce n'est pas faisable au niveau du personnel. Il y a donc un compromis qui est trouvé entre les besoins des victimes et l'organisation au sein du centre.

Deuxièmement, il est positif de constater que la prise de contact régulière semble répondre au besoin de soutien psychosocial des victimes, et soit important pour leur

rétablissement. Si celle-ci peut être clôturée lorsqu'il s'avère qu'un relais externe a été pris, elle a tout de même pour objectif de s'inscrire dans la durée, jusqu'à 6 mois.

Troisièmement, concernant le renvoi vers des soins externes, plusieurs points peuvent être relevés. D'un côté, le suivi sur le plan juridique et psychosocial est totalement scindé et différencié de la prise en charge par le CPVS. Ce renvoi pour un suivi à plus long terme fait l'objet d'une analyse dans le titre suivant. D'un autre côté, le suivi médical avec l'infectiologue a montré que le référencement à des services externes rencontrait des difficultés. Le centre de Liège maintient pourtant ce référencement, ayant mis en place un système de vérification des consultations par échange de mail. Le centre de Bruxelles a, quant à lui, opté pour la mise en place d'une solution en interne, avec des consultations hebdomadaires. Ce système a apparemment permis une meilleure adhésion aux soins, répondant dès lors de manière plus adéquate aux besoins et aux droits à l'assistance médicale. Un glissement dans les pratiques s'est donc opéré entre un système de référencement externe et un système de permanence en interne, s'inscrivant aussi alors dans la durée au sein du CPVS.

Chapitre 5. La prise en charge spécifique des mineurs

La prise en charge des mineurs contient quelques spécificités. Il est apparu intéressant de pouvoir les épinglez dans un chapitre distinct, pour plus de clarté. Ce cinquième chapitre aborde donc ces spécificités à travers les différentes phases de la prise en charge holistique du CPVS. Il relève les éléments essentiels de celle-ci, les pratiques des acteurs, la manière dont ils les perçoivent et dont ils peuvent parfois s'en arranger.

Section 1. L'accueil par l'infirmière légiste

Tout d'abord, l'infirmière légiste vérifie l'âge du mineur. Car si le mineur est âgé de moins de 16 ans, la prise en charge est réalisée en collaboration avec un pédiatre. Alors que s'il a entre 16 et 18 ans, cela n'est plus nécessaire. (Figure 2.1-b disponible sur Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.32)

S'il s'avère que le mineur a moins de 16 ans, « l'infirmière légiste appelle le pédiatre et le psychologue de garde pour décider, avec une équipe multidisciplinaire, quels soins holistiques peuvent être offerts à l'enfant. L'équipe détermine ensemble s'il est possible d'appeler les parents ou les tuteurs, s'ils sont absents. » (Baert S. et Keygnaert I., 2019,

p.31) Ensuite, elle leur explique la prise en charge effectuée par le CPVS. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.31)

Section 2. La prise en charge médicale par le pédiatre

L'enfant est alors pris en charge par l'équipe multidisciplinaire. Tout comme les adultes, un contrôle médical et la prescription des médicaments doivent être réalisés par un médecin qui, dans le cas de mineur de moins de 16 ans, se trouve être un pédiatre. Cette prise en charge est donc réalisée au sein des urgences pédiatriques, et non au CPVS. (Rougé-Maillart C. et Préval J., 2014, p.49)

L'interviewée 3 explique qu'il est difficile pour les infirmières légistes de se positionner par rapport à la pertinence de ce trajet de soins-là pour les mineurs : « Nous, dans notre équipe, il y a beaucoup de frustration à ce niveau-là. Parce qu'on sent bien, en tout cas, que notre objectif d'avoir une prise en charge centrée sur la victime, centrée sur ses besoins, de croire son histoire, etc. C'est beaucoup plus compliqué quand on est au sein des urgences pédiatriques, avec des pédiatres qui ne sont pas toujours... Des pédiatres en journée qui sont très bien formés, mais qui la nuit ou le weekend ne le sont pas. Et donc ne sont pas toujours adéquats dans la manière de parler aux personnes. » (Entretien 3, 14 mai 2021)

Section 3. Le dépôt de plainte

Quand, il s'agit de mineurs, une plainte est déposée dans la majorité des cas. Le dépôt de plainte se réalise alors en deux temps. Dans un premier temps, les inspecteurs mœurs auditionnent le civilement responsable, au sein du CPVS. Dans un deuxième temps, les inspecteurs auditionnent la victime mineure, conformément à la législation.

§1. L'audition du civilement responsable

Dans ce premier temps, les inspecteurs mœurs entendent donc un civilement responsable, quelqu'un qui est au courant de l'histoire. Et c'est sur base du récit de cette personne qu'ils envoient une demande au parquet. Le parquet décide ensuite de donner un réquisitoire pour que le mineur soit entendu, ou non. (Entretien 4, 15 juillet 2021)

§2. L'audition TAM postposée

L'audition d'un mineur doit être une audition TAM, « Technique d'Audition de Mineur ». Elle se fait rarement le jour-même, et ce pour plusieurs raisons.

Premièrement, l'audition de mineur doit être réalisée en journée. Or, il n'est pas rare qu'il soit pris en charge la nuit, ou que la prise en charge médicale et médico-légale se terminent trop tard pour que l'audition ait lieu dans la bonne tranche horaire. (Entretien 4, 15 juillet 2021) Deuxièmement, pour une audition TAM, le local doit être spécifiquement équipé. Au niveau technique de caméras, le local audio-filmé du CPVS correspond aux critères. Cependant, au niveau équipement d'accueil, il ne l'est pas. (Entretien 4, 15 juillet 2021) Troisièmement, l'audition TAM doit être réalisée par un inspecteur spécialement formé à ce type d'audition, comme recommandé par l'OMS dans ses lignes directrices (WHO, 2003, p.82-83). Alors que le nombre de policiers formés de la sorte est limité. (Entretien 3, 14 mai 2021) Même s'il est difficile de trouver rapidement un inspecteur formé TAM, l'interviewée 3 pense « qu'il y aurait une vraie plus-value à avoir un local TAM au même endroit ». (Entretien 3, 14 mai 2021) Cela avait déjà été relevé dans le rapport d'évaluation de 2019. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.255)

Les auditions de mineurs sont donc postposées, au lendemain ou surlendemain. Un rendez-vous est pris au commissariat de la police, dans un local TAM. (Entretien 4, 15 juillet 2021)

Section 4. L'examen médico-légal

Tout d'abord, il est utile de préciser que, si le consentement de l'adulte est nécessaire pour réaliser l'examen médico-légal, celui du mineur n'est, au contraire, pas requis. En effet, une fois que le magistrat a décidé que les prélèvements devaient être réalisés, il n'y a pas d'accord à demander à la victime, et aux personnes civilement responsables. (Entretien 4, 15 juillet 2021) (Entretien 1, 15 avril 2021) Cela s'inscrit dans la lignée des préoccupations de l'OMS quant à la difficulté d'obtenir le consentement de l'enfant et/ou de l'adulte, dans des cas de conflit d'intérêts. (WHO, 2003, p.82) Toutefois, il est évident que les professionnels n'obligeront jamais un enfant à se déshabiller et à se soumettre aux prélèvements. (Entretien 4, 15 juillet 2021) L'OMS donne des conseils aux professionnels, afin d'aborder les réticences de l'enfant et de les apaiser. Mais elle insiste sur le fait qu'il ne faut jamais forcer un enfant. (WHO, 2003, p.85)

§1. L'examen médico-légal en binôme

L'examen médico-légal est réalisé en binôme par l'infirmière légiste et le pédiatre. L'interviewée 3 explique : « Tout ce qui est médico-légal est quand même fait par l'infirmière légiste, sous supervision du pédiatre, avec une éventuelle discussion avant, pour savoir ce qu'il est pertinent de faire ou de ne pas faire. » (Entretien 3, 14 mai 2021)

Toutefois, elle ajoute que le type de prise en charge dépend de la situation : si c'est en journée avec un pédiatre résident qui s'y connaît et prend le lead, ou si c'est pendant la nuit avec un étudiant qui demande à être guidé. Elle exprime un certain malaise de l'équipe à ce niveau-là : « C'est aussi, je pense, de là que naît un certain inconfort de l'équipe. Être à la fois perçues par certaines personnes comme les grandes expertes, et puis avec les autres pédiatres, comme les petites mains. Et donc de ne pas savoir trop quelle est vraiment notre place, quelle est l'expertise, ... » (Entretien 3, 14 mai 2021) Pourtant, même si elles ressentent un besoin de reconnaissance de leurs compétences, elles ne désirent pas pour autant obtenir plus de responsabilités qu'elles n'en ont, notamment au niveau du pouvoir d'interprétation (comme cela a déjà été évoqué). Cette position de neutralité est plutôt perçue comme une forme de confort, pour une prise en charge à l'écoute de la victime. (Entretien 3, 14 mai 2021)

L'interviewée 3 explique également qu'il serait judicieux, dans certains cas, d'avoir un médecin légiste disponible, pour aiguiller la prise en charge. Cela éviterait de devoir recommencer des examens par un médecin légiste avec des mineurs, parce que les constats de la feuille de route et/ou les prélèvements médico-légaux ne permettraient pas au magistrat de prendre sa décision. (Entretien 3, 14 mai 2021)

§2. La conservation des preuves par le CPVS

Il semble que les pratiques en matière de conservation de preuves soient différentes entre le centre de Bruxelles et le centre de Liège. En effet, l'interviewée 1 explique : « On ne peut pas les faire comme un adulte, où on les postpose 6 mois dans le centre, et puis après choisir. C'est soit on les fait, soit on ne les fait pas. » (Entretien 1, 15 avril 2021) Alors que l'interviewée 2 explique qu'en ce qui concerne les mineurs, ils ne jettent rien : « Parce que le mineur a le droit de déposer plainte jusqu'après sa majorité. Et on a besoin de garder. » (Entretien 2, 07 mai 2021)

Quoiqu'il en soit, il est déjà positif de constater que s'il a été décidé de réaliser les prélèvements de façon conservatoire, ceux-ci sont gardés jusqu'au moins la majorité de la victime. (Entretien 2, 07 mai 2021)

Section 5. L'accompagnement psychologique

Le suivi psychologique est réalisé par SOS-enfant, et non dans le CPVS. (Entretien 1, 15 avril 2021) L'interviewée 3 questionne la pertinence de ce trajet de soins-là aussi : « Et puis, le suivi avec SOS-enfant, je pense que pour certaines familles, est super utile et fonctionne très bien. Et puis, pour d'autres, pas. » (Entretien 3, 14 mai 2021) En effet, il semblerait que l'accroche avec SOS-enfant soit très limitée à certaines personnes. (Entretien 3, 14 mai 2021)

Pourtant, elle ne pense pas que ce soit un rôle que devrait prendre le CPVS. Elle estime leur expertise limitée pour les mineurs, qui nécessite un suivi à plus long cours, et où la prise en charge est plus particulière (récolte de la parole du mineur, enjeux de construction identitaire, etc.). (Entretien 3, 14 mai 2021) En réalité, il lui semble qu'il s'agisse plus d'un enjeu sociétal : « Donc moi, je trouve qu'il y a quand même quelque chose autour...Mais c'est plus un enjeu sociétal, pour moi, qu'un enjeu institutionnel. [...] Il y a un enjeu sociétal autour des violences sexuelles faites aux mineurs, qui ont été pendant longtemps très minimisées. On croit peu la parole du mineur, on est vite à dire qu'il fabule, ou que voilà c'est des jeux. Et en fait, on se rend compte dans les études, notamment avec Amnesty, qu'il y a quand même énormément de personnes qui ont été victimes dans leur enfance. Enfin en tout cas, avant leurs 18 ans. Et que la majorité des victimes disent qu'elles n'ont pas eu le lieu où elles pouvaient déposer ça » (Entretien 3, 14 mai 2021)

Section 6. La coordination du suivi

§1. La sortie du CPVS

L'infirmière légiste prépare la sortie du mineur, en lui fixant ses rendez-vous médicaux et ceux avec les institutions de relais. Cela répond également aux lignes directrices recommandées par l'OMS. (WHO, 2003, p.92)

Si le mineur est censé sortir du CPVS, au même titre que les adultes, le centre de Liège s'est tourné vers une nouvelle pratique : hospitaliser les mineurs, au moins pour une nuit.

(Entretien 2, 07 mai 2021) L'interviewée 2 explique qu'il s'agit souvent d'histoires intra-familiales, et que cette hospitalisation permet parfois de « dépatouiller » les différentes versions que les infirmières légistes peuvent récolter, entre les enfants et les parents. (Entretien 2, 07 mai 2021) Même si elles ne sont pas là pour connaître la vérité, mais croire en l'histoire de la victime, l'interviewée 2 explique que dans le cas des mineurs d'autres enjeux entrent en compte : « Il faut qu'on puisse dépatouiller, pour voir s'il faut faire parfois un signalement SAJ aussi. Et donc, il faut quand même prendre un peu de recul. Et se permettre de voir les choses avec le psychologue, etc. Pour faire les choses correctement. » (Entretien 2, 07 mai 2021) Les cas de mineurs ayant augmenté avec le confinement, ils ont donc décidé, après discussion entre la cellule maltraitance, la pédiatrie, les infirmières CPVS, les psychologues et l'assistant social de la pédiatrie : « qu'hospitaliser devenait la règle » (Entretien 2, 07 mai 2021).

§2. *Le gestionnaire de cas*

Concernant le gestionnaire de cas, quelques particularités peuvent également être épinglées. Tout d'abord, le suivi médical se réalise par le pédiatre, et non par l'infirmière légiste. (Entretien 1, 15 avril 2021) Ensuite, les infirmières légistes s'occupent uniquement de l'appel du lendemain, donc au jour 1. Suite à cela, elles clôturent le gestionnaire de cas au CPVS, sauf cas extrême. (Entretien 1, 15 avril 2021) Enfin, et comme déjà évoqué, le relais est réalisé par SOS-enfant. (Entretien 3, 14 mai 2021) Comme pour les adultes, une prise en charge plurielle proposant différentes techniques et différents espaces, tout en tenant compte de la spécificité de chaque enfant, semble également appropriée à la complexité du phénomène et conseillée. (Douieb G., 2016, p. 187)

La question du consentement dans le cas du mineur est différente de celle de l'adulte. En effet, celui-ci est en principe demandé à la victime. Sauf, dans le cas des prélèvements médico-légaux, où c'est le magistrat qui prendra cette décision dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Cela évite que des conflits d'intérêts ne viennent perturber le besoin et le droit à réparation de l'enfant. Toutefois, si celui-ci refuse les prélèvements, les infirmières ne l'y forceront jamais, respectant de la sorte sa volonté, son intégrité et le protégeant contre la victimisation secondaire d'un examen non-désiré.

La prise en charge médicale par le pédiatre répond au besoin et au droit à l'assistance médicale, appropriée au cas d'espèce. Cependant, cela implique que celle-ci soit réalisée au sein des urgences pédiatriques, où la faculté d'être centrée sur la victime et ses besoins est remise en cause par les professionnelles. Même si elles n'instaurent pas de nouvelles pratiques en la matière, elles questionnent la pertinence de ce trajet de soins.

Concernant l'audition TAM, il est heureux de constater que, n'étant pas réalisable au sein du CPVS, elle est postposée afin de répondre à la législation en la matière. Cela a donc pour objectif de répondre aux besoins et droits particuliers des mineurs lors de leur audition. Toutefois, les professionnelles indiquent qu'il y aurait une plus-value à rendre le local CPVS, certifié TAM. En effet, lorsque les conditions temporelles seraient réunies, les auditions pourraient avoir lieu dans le centre et répondre à des besoins pratiques et de continuité dans le soutien.

Concernant l'examen médico-légal, trois constats peuvent être effectués. Premièrement, la conservation des preuves jusqu'à la majorité est un procédé salvateur pour le mineur, lui permettant de réclamer réparation lorsqu'il aura atteint l'âge de comprendre. A l'inverse, il est à se questionner de la pertinence de ne pas pratiquer les prélèvements à titre conservatoire, dans l'autre centre, limitant cette opportunité de réparation. Si la première pratique a pour préoccupation de s'inscrire dans une réponse à long terme, la deuxième reste pour le coup très figée dans cette optique de court terme.

Deuxièmement, la non-interprétation des lésions répond au besoin de reconnaissance de la victime, l'infirmière prenant toujours son histoire pour vraie, et non en ce que cette histoire correspondrait ou pas aux lésions. Toutefois, il semble que ce pouvoir d'interprétation serait parfois utile, pour éviter de recommencer des examens. Avoir un médecin légiste à disposition pourrait être une solution, pour minimiser la victimisation secondaire de certains mineurs.

Troisièmement, si les infirmières légistes ne désirent pas être pourvues du pouvoir d'interprétation, il semble qu'elles souhaiteraient la reconnaissance de leur expertise et de leur statut. Il s'agirait non seulement d'une question identitaire pour elles vis-à-vis des spécialistes, mais également d'un impact sur la prise en charge des victimes. La perception d'être soigné par des « expertes », et non des « petites mains », répond aux besoins et droits au soutien et à l'assistance par des professionnels spécialement formés.

Concernant l'accompagnement psychologique, la pertinence du trajet de soins avec SOS-enfant est questionné. Car il semble n'avoir une accroche que très limitée, ne répondant dès lors aux besoins et droits que d'une part des victimes. Mais les professionnelles ne mettent pas pour autant en place des pratiques informelles, afin de pallier le problème, considérant qu'il s'agit plus d'un enjeu sociétal qu'institutionnel.

Par contre, concernant la sortie du CPVS, le centre de Liège a mis en place un nouveau protocole pour les mineurs. En effet, afin de « dépatouiller » les différentes versions entre les enfants et les parents, les mineurs sont hospitalisés durant au moins une nuit. Cette initiative n'a pas pour objectif de connaître la vérité pour ce qu'elle est, mais pour ce qu'elle implique. Si des violences sexuelles ont lieu en milieu intrafamilial, un signalement à la protection de l'enfance doit être réalisé. C'est donc dans l'intérêt supérieur de l'enfant, qu'il a été décidé, après réunion interservices, « qu'hospitaliser devenait la règle ».

Titre 2. La réponse à long terme : Le référencement à d'autres structures

Sur le plan psychosocial (chapitre 1) et sur le plan juridique (chapitre 2), la victime est donc renvoyée vers des offres de soins externes, par la gestionnaire de cas.

Chapitre 1. L'aide psychosociale

Ce chapitre aborde le référencement effectué sur le plan psychosocial, la manière dont il est perçu par les professionnels et les victimes, ainsi que les éventuelles pistes d'améliorations de ce système.

Section 1. Le référencement

La gestionnaire de cas renvoie les victimes vers des offres de soins externes. Mais quels sont ces services et comment se déroule le référencement ?

§1. Les services externes

Les services externes d'aide psychosociale vers lesquels les victimes sont renvoyées, sont notamment les suivants : SOS-Viol ; SOS-Enfants/Vertrouwenscentrum Kindermishandeling ; Service d'Aide aux Victimes ; psychologue privé ; service social de l'hôpital ; Service de Santé Mentale ; CPAS ; autres organisations (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.119) Mais il peut également s'agir, en fonction des besoins de la victime, du Samusocial, de centres de femmes battues, de centres de réfugiés, ou encore

du Centre de Prévention des Violences Conjugales et Familiales (CPVCF). (Entretien 1, 15 avril 2021) (Entretien 2, 07 mai 2021) (Entretien 3, 14 mai 2021)

SOS-Viol est un organisme qui est doté d'un service social (permettant de rencontrer un assistant social pour un accompagnement « sur mesure »), d'un service psychologique (assurant un accueil et un soutien psychologique individuel aux victimes et à leurs proches) et d'un service juridique (offrant aux victimes une aide sous forme de consultations). (SOS-viol, 2021, p. 1) SOS-Enfants est un organisme qui assure la prise en charge pluridisciplinaire (médecins, psychologues, assistants sociaux et juristes) d'enfants victimes de maltraitance (qu'elle soit de nature physique, psychologique, sexuelle ou institutionnelle). (ONE, 2021, p. 1) Les services d'aide aux victimes proposent une approche globale des différentes conséquences de l'infraction, en procurant (à court, moyen et long terme) une aide psychosociale et des informations pour diverses démarches (police, institutions judiciaires, assurance, etc.). (Fédération Wallonie-Bruxelles, 2021, p.1)

§2. Le référencement et la coopération

a) Les victimes en phase aigüe

La gestionnaire de cas réfère la victime, en fonction de sa situation et de ses besoins. Il s'agit de permettre aux victimes de voir où elles peuvent aller pour la suite, « et de ne pas les laisser dans la nature, comme avant » (Entretien 2, 07 mai 2021). C'est de la mise en réseau avec des structures existantes, l'objectif n'étant pas d'accrocher les personnes sur le long terme. (Entretien 3, 14 mai 2021) Cela répond aux lignes directrices de l'OMS. (WHO, 2003, p.20) Aussi, il existe un fascicule, reprenant les coordonnées des organismes d'aide sur Bruxelles, qui est transmis aux victimes au besoin, mais qui est également accessible en ligne : « Le Bon Plan ». (DUNE asbl, 2019, p.1)

b) Les victimes en phase non-aigüe

Comme déjà évoqué, les victimes pour lesquelles les violences sexuelles datent de plus d'un mois, ne sont en principe pas prises en charge par le CPVS. Elles sont automatiquement référées vers des offres de soins externes. Tout au plus, si elles se présentent au CPVS, l'infirmière légiste l'accueille pour un entretien de réorientation (médical, judiciaire, psychologique). (Entretien 3, 14 mai 2021)

Pourtant, l'interviewée 1 pense qu'il y aurait un intérêt à avoir une prise en charge, au moins psychologique, pour les personnes en phase non-aigüe. (Entretien 1, 15 avril 2021) Cela s'inscrirait en effet dans le courant de pensée qui considère que l'urgence, qui devrait être prise en compte, est l'urgence ressentie par la victime, c'est-à-dire que : « Dès que la victime décide de se faire examiner, il est pour elle urgent d'être prise en charge, même si les faits remontent à plusieurs jours, voire mois. Quelles que soient les raisons de ce retard à consulter (honte, appréhension des conséquences pour ses proches, peur de l'agresseur...), elles sont le signe des difficultés de la victime à faire cette démarche ; le moindre obstacle qu'elle pourrait alors rencontrer risquerait de la décourager de poursuivre, avec toutes les conséquences négatives que cela aura pour elle et pour la justice » (Baccino E., 2014, p.94)

Le rapport d'évaluation relève également cette nécessité d'abroger cette distinction : les victimes en phase non-aigüe ont regretté de pas pouvoir être suivies au CPVS ; les psychologues expriment un manque de thérapeutes spécialisés ; il est difficile d'obtenir une orientation efficace ; la police et le parquet prônent un traitement équitable (médical et judiciaire) pour toutes les victimes ; et les auditions sont mieux menées par des inspecteurs qualifiés. Le rapport propose l'extension à un centre d'expertise lié à la violence sexuelle. Les CPVS deviendraient alors un service spécifique au sein de ces centres d'expertise plus larges. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.260-261 ; 282)

c) Les personnes de soutien

Les personnes de soutien ne sont pas non plus prises en charge par le CPVS. Cependant, si une personne de soutien contacte le CPVS ou s'y rend, l'infirmière légiste réalise un entretien de réorientation, afin de vérifier si une intervention auprès de la victime est toujours possible et de l'aiguiller vers les structures adaptées. (Entretien 3, 14 mai 2021)

Section 2. Vers une amélioration du modèle ?

§1. Le point de vue des professionnels

Il est d'avis des professionnels que ce système de référencement n'est pas forcément des plus adéquats. Plusieurs raisons sont évoquées.

Tout d'abord, l'interviewée 1 exprime une difficulté à réorienter correctement les victimes, le travail social n'étant pas leur domaine d'expertise. Il arrive qu'elles fassent

appel à l'infirmière sociale du planning familial, spécialisée en santé communautaire, pour les aider. (Entretien 1, 15 avril 2021) Ensuite, elle ajoute que le suivi n'est pas toujours forcément complet ou que certaines victimes sont parfois dérangées par la clôture de leur gestion de cas, désirant continuer à discuter avec les infirmières légistes.

Enfin, certaines prises en charge comportent des difficultés supplémentaires. Effectivement, pour les personnes en précarité sociale, qui n'ont pas de lieu sûr où se rendre après la prise en charge (comme les sans-abris, les violences conjugales ou les personnes migrantes), la réorientation doit également comporter la recherche d'un hébergement. Si certes des centres d'hébergement existent, ceux-ci sont vite remplis et les infirmières légistes se retrouvent parfois dans l'incapacité de leur trouver une place, avec toutes les conséquences que cela engendre. (Entretien 1, 15 avril 2021) L'interviewée 2 explique que, là aussi se trouve l'intérêt d'être implanté au sein des urgences, il y a toujours des lits à disposition au besoin. (Entretien 2, 07 mai 2021) Mais ne s'agit-il pas là encore de solutions temporaires ? Il y a donc, en parallèle de cette question institutionnelle, une question sociétale plus profonde, qu'il serait bon d'investiguer.

§2. Le point de vue des victimes

« Le rapport d'évaluation a montré que, si les contacts réguliers avec les infirmières légistes ont été jugés positifs par les victimes, il n'en est pas de même concernant le renvoi vers d'autres organisations, où la gestion de cas a obtenu de moins bons résultats. » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.117)

En effet, les victimes indiquent, qu'en plus de l'attention et des conseils bien-être physique et psychologique, elles souhaiteraient que la gestionnaire de cas joue un rôle plus large dans l'organisation du suivi par les services externes, et les redirige plus activement. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.118) Certaines d'entre elles ont indiqué que, même si elles n'avaient plus besoin suivi du gestionnaire de cas, elles étaient rassurées de savoir qu'elles pouvaient les contacter si nécessaire. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.119)

Si ces constats datent du rapport d'évaluation de 2019, ils semblent toujours d'actualité, au vu des explications données par les professionnelles dans les interviews.

§3. Les pratiques informelles

Il est indubitable que le suivi psychosocial par les CPVS devient une préoccupation grandissante, notamment avec les formations des infirmières légistes qui s'étoffent sur l'aspect social de la prise en charge et la gestion de la précarité sociale. (Entretien 3, 14 mai 2021)

Dans l'attente de solutions durables, les infirmières légistes s'organisent au mieux pour référencer les victimes auprès de structures adaptées à leur situation personnelle. L'interviewée 3 explique qu'elles renvoient les victimes, qui sont dans la plus grande précarité, vers les infirmières sociales du planning familial (se trouvant juste à côté). Mais qu'il est difficile pour ces dernières de réaliser ces prises en charge, pour lesquelles elles ne sont pas formées et face auxquelles elles n'ont pas forcément envie d'être confrontées. Il ne s'agit pas du même métier. (Entretien 3, 14 mai 2021)

Quoiqu'il en soit, ces pratiques informelles sont révélatrices d'un besoin, et d'une place à prendre. (Entretien 3, 14 mai 2021) (Entretien 1, 15 avril 2021) « Une approche holistique suppose une vision globale de la personne, c'est-à-dire à travers toutes les dimensions de son vécu. Ainsi, agir sur une dimension sans tenir compte de son influence sur l'une ou l'autre des autres dimensions peut souvent se révéler inefficace, voire inutile. » (Avocats sans frontières Canada, 2019, p. 18) Des solutions doivent donc être envisagées.

§4. Les solutions possibles

Plusieurs solutions, en interne ou en externe, peuvent être explorées pour répondre à ce besoin. En voici l'une ou l'autre.

a) L'extension à un centre d'expertise lié à la violence sexuelle

Tout d'abord, comme déjà évoqué, le rapport d'évaluation propose l'extension à un centre d'expertise lié à la violence sexuelle. Toutefois, il semblerait que charger les centres des prises en charge à plus long terme ne soit pas de l'avis des professionnels du CPVS. Elles expliquent que leur objectif n'est pas d'accrocher les personnes sur le long terme, qu'il ne s'agit pas de leur mission, et qu'il ne serait pas faisable de réaliser ce suivi à long terme au sein des CPVS. (Entretien 2, 07 mai 2021) (Entretien 3, 14 mai 2021) Cela semble bien inscrit dans leur culture de travail.

Mais la proposition du rapport consiste en ce que les CPVS deviennent un service spécifique au sein de ces centres d'expertise plus larges. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.260-261 ; 282) Il ajoute que cette proposition doit être analysée, scientifiquement prouvée et dirigée par des experts. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.261).

Cependant, même avec ce modèle, il y a une réelle préoccupation des professionnels à : premièrement, ne pas vouloir prendre la place d'autres professionnels/associations qui existent déjà et qui font « très bien les choses » (Entretien 2, 07 mai 2021) ; et deuxièmement, de dédoubler encore ces fonctions qui existent déjà (Entretien 4, 15 juillet 2021).

Pourtant, il pourrait être intéressant de s'inspirer du modèle québécois des « CALACS », les Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, cherchant à comprendre et à combattre la violence sexuelle dans une perspective féministe. (Bergheul S. et Fernet M., 2018, p.47 et s.) Les CALACS sont des centres agissant sur trois volets : 1) l'aide et l'accompagnement des victimes (en phase aigüe ou non) et de leurs proches, par des entretiens individuels (comme une aide psychologique ou un appui pour des démarches diverses) et des animations de groupe (comme de l'art-thérapie, de la musicothérapie ou des interventions féministes) ; 2) la prévention, la sensibilisation et la formation, en milieu scolaire, professionnel et institutionnel ; 3) les concertations, les mobilisations et la défense de droits, à travers des lieux accueillants, conviviaux, sécuritaires et confidentiels, favorisant la capacité des femmes à prendre soin d'elles-mêmes et leur participation dans leur communauté. (RQCALACS, 2012, p.1) Cela permettrait en effet de répondre aux besoins des personnes en phase non-aigüe et des personnes de soutien, d'instaurer un soutien psychosocial sur du plus long terme, et d'aborder les questions plus sociétales de la problématique des violences sexuelles en Belgique.

b) Le renforcement du rôle de l'infirmière légiste en tant que point de contact unique
Ensuite, le rapport d'évaluation propose de renforcer le rôle des infirmières légistes en tant que point de contact unique, en élargissant leur connaissance de la carte sociale et en appliquant les méthodes du travail social. Ce renforcement pourrait être réalisé : en diversifiant les profils de l'équipe, en intensifiant leur formation, en instaurant une supervision technique des tâches de gestion de cas et en coopérant plus étroitement avec le service social de l'hôpital. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.263)

Cependant, les professionnels expliquent que, dans la conjoncture actuelle, avec les moyens mis en œuvre et le personnel en place, il n'est pas faisable de faire du suivi à long terme pour les infirmières légistes du CPVS. (Entretien 2, 07 mai 2021)

c) La mise en place d'une permanence sociale

Enfin, il pourrait être envisagé d'engager une assistante sociale ou une infirmière spécialisée en santé communautaire, et ayant une plus grande expertise du domaine.

Cette personne pourrait avoir à charge le gestionnaire de cas dans sa globalité : le référencement et les contacts réguliers. Mais l'interviewée 3 ne pense pas que ce modèle soit adapté à la réalité des victimes : « Parce que du point de vue de la victime, je trouve que d'avoir quelqu'un, qui ne fait pas lui-même des premières prises en charge, a du mal à être réaliste avec sa réalité à elle ». (Entretien 3, 14 mai 2021)

Une autre proposition consiste en ce que cette personne pourrait être engagée, à poste fixe, au sein du CPVS, uniquement pour assurer le suivi à plus long terme. Elle agirait comme une sorte de référente sociale, un point de contact unique auprès duquel la victime pourrait se tourner en cas de questionnement divers. Mais cette alternative ne semble pas non plus correspondre aux besoins des centres. En effet, l'interviewée 3 explique qu'engager une personne, à temps plein, serait superflu. (Entretien 3, 14 mai 2021)

Une solution intermédiaire est alors envisageable, à savoir : avoir quelqu'un de rattaché au CPVS, avec une collaboration plus régulière. Elle pourrait regarder les dossiers à posteriori et voir quelles aides pourraient être mises en place pour les victimes demandeuses. (Entretien 3, 14 mai 2021) Cette personne pourrait être consultée par les victimes, afin de pouvoir bénéficier des bonnes aides, au bon moment, et s'adresser aux bons professionnels pour répondre à leurs besoins. (Entretien 3, 14 mai 2021) Aussi, elle pourrait perfectionner la coopération avec les partenaires clés, comme relevé par le rapport d'évaluation. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.265) Elle pourrait assurer une continuité dans la prise en charge. (Salmona M., Date inconnue, p.16) Cela répondrait au suivi plus étroit, préconisé auprès de ces victimes, « c'est-à-dire que les intervenants demeurent responsables de la gestion du dossier même si un référencement a été effectué ». (Avocats sans frontières Canada, 2019, p.25) En tout cas, il y a là une véritable place à prendre. (Entretien 3, 14 mai 2021)

Le rapport d'évaluation insiste sur le fait que : « Une consultation régulière avec les principaux acteurs et un encadrement proactif et personnalisé des victimes sont d'une grande importance à cet égard. » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.23) Et peut-être que la permanence sociale, disponible périodiquement, pourrait être une solution. Même s'il est évident que cela ne dédouanerait absolument pas les infirmières, de se tenir informées des services en la matière, pour aiguiller au besoin les victimes demandeuses, comme conseillé par l'OMS. (WHO, 2003, p.74)

Concernant le suivi à plus long terme, le référencement à d'autres structures, organisé par le CPVS, semble répondre aux différents besoins et droits des victimes. En effet, ces structures externes comprennent des services spécialisés dans les divers domaines pouvant les toucher : psychologique, social, médical, juridique, spécifique mineur, etc. Ils sont tenus par des professionnels spécialement formés en leur matière. Ce référencement semble donc répondre adéquatement sur le long terme.

En réalité, c'est plutôt sa mise en pratique qui pose réellement question. Premièrement, ce référencement n'est en principe prodigué qu'aux victimes prises en charge par le CPVS. Les personnes de soutien et les victimes en phase non-aigüe ne l'obtiennent que si elles poussent les portes du centre spontanément, et irrégulièrement. Alors que les personnes de soutien sont elles-mêmes des victimes, même si indirectes, et donc ayant des besoins et des droits (Résolution 40/34, AG ONU, 1985). Et alors que, les personnes en phase non-aigüe, même si elles se présentent plus d'un mois après les faits, ressentent en réalité à ce moment-là une urgence et un besoin de soutien. Ne pas y répondre peut engendrer de lourdes conséquences sur elles et sur la justice. Cette distinction est pointée du doigt : ne répondant pas aux besoins ressentis par les victimes ; ne reconnaissant pas leur statut ; ne respectant pas le droit à un traitement équitable ; offrant de moins bonnes auditions et donc des conséquences sur le dossier judiciaire et la possibilité de réparation.

Deuxièmement, les victimes expriment un manque de soutien et de continuité de la part du CPVS, dans ce référencement. Elles désirent que les infirmières jouent un rôle plus large dans le suivi et les redirige plus activement. Il semblerait que l'établissement d'un point de contact soit rassurant pour elles. Aussi, les infirmières ne savent pas toujours répondre aux besoins spécifiques des personnes en précarité sociale. C'est la raison pour laquelle, le centre de Bruxelles renvoie, de temps à autre, les victimes vers les assistantes sociales du planning familial. Mais cette solution ne peut être que temporaire, étant

incompatible avec l'organisation du planning familial et le bien-être de ses travailleuses. C'est pourquoi des pistes de solutions ont été évoquées, pour répondre à ce besoin des victimes, mais aussi des professionnelles.

Quoiqu'il en soit, il y a donc un réel besoin à s'inscrire dans une continuité de soins entre le CPVS et le référencement psychosocial, afin de répondre au suivi plus étroit préconisé auprès de ces victimes.

Enfin, il peut être relevé que la difficulté de répondre aux besoins spécifiques des personnes en précarité sociale, notamment d'hébergement, ne tiennent pas qu'au CPVS. Il y a là également des enjeux sociétaux, comme optimiser la réponse des centres. Sans quoi, cela a également d'autres conséquences : sur la protection, la victimisation chronique, la victimisation secondaire, etc.

Chapitre 2. L'aide juridique

Ce chapitre aborde le référencement effectué sur le plan juridique, la manière dont il est perçu par les professionnels et les victimes, ainsi que les éventuelles pistes d'améliorations de ce système.

Section 1. Le référencement

La gestionnaire de cas renvoie les victimes vers des offres de services externes. Mais quels sont ces services et comment se déroule le référencement ?

§1. Les services externes

Les services externes d'aide juridique vers lesquels les victimes sont renvoyées, sont les suivants : SOS-Viol ; SOS-Enfants/Vertrouwenscentrum Kindermishandeling ; Service d'Aide aux Victimes ; Service d'Assistance Policière aux Victimes (SAPV) ; Service d'Accueil des Victimes des maisons de justice. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.119)

Un SAPV est un service d'assistance appartenant à la police. Il s'agit d'un service de première ligne, pour soutenir les victimes, leurs proches et les témoins, directement après les faits. Il intervient sur le court terme, sans besoin de plainte, pour une aide dans les démarches pratiques et administratives, et des informations sur les droits. (Fédération Wallonie-Bruxelles, 2021, p.1) Un Service d'Accueil des Victimes des maisons de justice est un service appartenant à une Maison de Justice. Il informe et accompagne une victime, ou ses proches, tout au long de la procédure judiciaire, du dépôt de plainte jusqu'à

l'exécution de la peine. Les victimes peuvent s'y adresser pour différentes raisons : « demander des explications sur les motifs d'un classement sans suite, savoir comment se constituer partie civile, obtenir des informations ou un soutien lors du procès ou d'une reconstitution, obtenir des informations sur l'évolution de la procédure judiciaire en cours... ». (Fédération Wallonie-Bruxelles, 2021, p.1)

§2. Le référencement et la coopération

Tout d'abord, l'infirmière légiste donne la première information judiciaire à la victime, lors de la prise en charge au jour 0. Elle l'informe de la procédure judiciaire et des impacts que cela aura. Cependant, l'interviewée 4 précise que les inspecteurs mœurs reprennent d'office l'information durant l'audition. (Entretien 4, 15 juillet 2021) Elle ajoute que les services de police sont également disponibles et joignables, en cas de questionnement. Toutefois, si la victime ne désire pas porter plainte, l'interviewée 4 explique qu'ils doivent tout de suite cadrer l'échange, en lui disant : « si vous nous donnez trop d'information, on va être obligé d'acter ». (Entretien 4, 15 juillet 2021)

Ensuite, la gestionnaire de cas réfère la victime, en fonction de sa situation et de ses besoins. L'interviewée 3 explique qu'elle renseigne les SAPV et les Services d'Accueil des Victimes. Elle lui explique le cadre et dans quelle mesure elle peut prendre contact avec eux. (Entretien 3, 14 mai 2021) Mais en réalité, les SAPV n'ont pas vraiment de contact avec les victimes du CPVS. En effet, le SAPV, étant un service de première ligne au sein de la police, il ne prend pas contact avec ces victimes-là, puisqu'elles sont censées avoir été référencées par les infirmières légistes. (Entretien 4, 15 juillet 2021)

Concernant le Service d'Accueil des Victimes : si la victime dépose plainte, le service reçoit normalement le mandat d'intervention du magistrat titulaire, ainsi que les coordonnées de la victime, afin de l'informer par courrier de son offre de service. Le CPVS peut, à son tour, orienter la victime vers ce service. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.246) Pourtant, « plusieurs victimes ne semblaient pas suffisamment au courant de l'existence de ces organismes. » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.141)

Section 2. Vers une amélioration du modèle ?

§1. Le point de vue des professionnels

Il est d'avis des professionnels que ce système de référencement n'est pas forcément des plus adéquats. Plusieurs raisons sont évoquées.

Tout d'abord, les infirmières légistes indiquent que le suivi des cas est souvent difficile. Elles ne se sentent pas toujours en mesure de répondre aux questions spécifiques. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.142) L'interviewée 3 explique en effet qu'elles ne savent pas toujours qui/quoi/comment et pensent qu'il faudrait pouvoir mieux renseigner les victimes. (Entretien 3, 14 mai 2021)

Ensuite, l'interviewée 3 estime que les structures de référence ne sont pas toujours très claires, sur leur domaine de compétences matérielles et temporelles, et sur le fait qu'elles prennent d'office contact avec la victime ou non. (Entretien 3, 14 mai 2021) Elle regrette qu'il n'y ait pas de meilleure collaboration entre elles, permettant un discours plus clair pour les patients. (Entretien 3, 14 mai 2021)

Enfin, l'interviewée 3 exprime un sentiment d'impuissance des infirmières, qui souhaiterait pouvoir se décharger de cette tâche, qui ne fait pas partie de leur expertise. (Entretien 3, 14 mai 2021)

§2. Le point de vue des victimes

« Le rapport d'évaluation a montré que, si les contacts réguliers avec les infirmières légistes ont été jugés positifs par les victimes, il n'en est pas de même concernant les informations sur le suivi par la police et le parquet, où la gestion de cas a obtenu de moins bons résultats. » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.117)

Premièrement, les victimes ne semblent pas suffisamment au courant de l'existence de ces organismes. Car si ces informations sont effectivement données au jour 0, « les victimes et leurs personnes de soutien ont indiqué ne pas avoir beaucoup de souvenirs de ce que la police ou l'infirmière légiste leur aurait expliqué le jour de l'admission, et ont également déclaré que les questions juridiques ne se posaient souvent que plus tard. » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.141)

Deuxièmement, concernant le suivi, les victimes déclarent être clairement insatisfaites, recevant trop peu d'informations sur l'enquête policière et sur la suite de la procédure judiciaire. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.24, 272) « La communication directe des autorités judiciaires avec les victimes est souvent perçue comme négative par ces dernières. » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.142) Nombreuses d'entre elles « ont cherché ces informations de manière très proactive en contactant elles-mêmes la police ou le parquet ». (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.140) Elles ont besoin d'obtenir des informations sur leurs droits et sur les démarches à faire. (Salmona M., 2015, p.250)

Troisièmement, le lien entre le Service d'Accueil des Victimes des Maisons de Justice et le CPVS n'était pas encore établi dans chaque cas. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.24)

Si ces constats datent du rapport d'évaluation de 2019, ils semblent toujours d'actualité, au vu des explications données par les professionnelles dans les interviews.

§3. Les pratiques informelles

Manifestement, le suivi juridique des dossiers CPVS devient une préoccupation grandissante, tout autant que le suivi psychosocial.

Pour pallier le manque d'informations claires et de liens entre les différentes institutions, le centre de Bruxelles avait mis en place un système de permanence. En effet, deux juristes bénévoles venaient une après-midi par mois, pour avoir du temps avec les victimes, répondre à leurs questions et les renvoyer vers les bonnes institutions. (Entretien 3, 14 mai 2021) Le personnel s'était montré satisfait de l'expérience, comme relevé par le rapport d'évaluation. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.142) Malheureusement, la situation Covid étant, ces deux dames, qui faisaient cette activité par philanthropie, ont arrêté de venir et ne sont pas revenues depuis. (Entretien 3, 14 mai 2021)

§4. Les solutions possibles

a) L'extension à un centre d'expertise lié à la violence sexuelle

Tout d'abord, l'extension à un centre d'expertise lié à la violence sexuelle, proposée par le rapport d'évaluation de 2019, pourrait également être une solution sur le plan juridique.

En effet, le modèle des CALACS offre un appui pour diverses démarches des victimes, dont des démarches juridiques (à la police, à la Cour, auprès d'institutions diverses, pour

des demandes d'indemnisation, etc.). (RQCALACS, 2012, p.1) La Belgique pourrait s'en inspirer pour développer le centre d'expertise proposé.

b) Le renforcement du rôle de l'infirmière légiste en tant que point de contact unique
Aussi, il pourrait être envisagé de renforcer le rôle des infirmières légistes en tant que point de contact unique, en élargissant leur connaissance en la matière.

Toutefois, et encore une fois, cette solution n'est pas compatible avec la réalité du terrain. En effet, charger la gestionnaire de cas de cette casquette supplémentaire n'est pas réaliste dans la conjoncture actuelle, et reviendrait à l'investir de tâches ne faisant pas partie de son domaine d'expertise. De plus, les infirmières légistes insistent sur le fait qu'il est important qu'elles n'aient pas de retour du suivi judiciaire des dossiers. L'interviewée 2 explique : « Nous sommes là pour prendre ce que la victime nous raconte. On n'est pas là pour savoir si c'est la vérité ou pas. » (Entretien 2, 07 mai 2021) Elle ajoute qu'il est important, pour réaliser cette prise en charge centrée sur la victime et ses besoins, de prendre son histoire comme vérité. Réaliser le suivi judiciaire par la suite entrerait en conflit avec cette distance nécessaire. (Entretien 2, 07 mai 2021)

c) La mise en place d'une permanence juridique
Enfin, il pourrait être envisagé d'engager un juriste, ayant une plus grande expertise du domaine. Un engagement, à poste fixe, au sein du CPVS, serait tout autant superflu que pour l'assistante sociale.

Par contre, la solution intermédiaire d'une permanence juridique est tout à fait envisageable. Elle a même été appréciée, dans sa mise en place informelle au centre de Bruxelles. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.142) Il s'agirait d'un espace-temps où les victimes pourraient se rendre sans rendez-vous afin d'être aiguillées par un professionnel du secteur. L'accompagnement judiciaire consisterait aux tâches suivantes : accueillir et mettre en confiance la victime ; l'écouter ; lui présenter les différents services disponibles ; la diriger vers les personnes ressources et organisations pertinentes selon ses besoins ; lui expliquer la procédure judiciaire et tout ce qu'elle engendre ; au besoin répondre aux questions durant la procédure et l'exécution du jugement. (Avocats sans frontières Canada, 2019, p.25) Cette permanence pourrait être mise en œuvre de différentes manières.

Une première manière serait que ce juriste soit un professionnel indépendant, qui se rendrait disponible périodiquement, au sein du CPVS. Cependant, là encore, l'interviewée 4 relève la préoccupation de dédoubler des services qui existent déjà. (Entretien 4, 15 juillet 2021)

Une deuxième manière serait alors que cette permanence soit réalisée par un agent de liaison du Service d'Accueil des Victimes. L'interviewée 3 explique effectivement qu'une permanence de ce service, une fois par mois par exemple, « pourrait déjà désamorcer plein de choses ». (Entretien 3, 14 mai 2021) C'est également ce qu'il ressort du rapport d'évaluation. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.23, 273) Celui-ci ajoute qu'une réunion annuelle, entre le CPVS et le Service d'Accueil des Victimes, devrait être mise en place, afin d'optimiser leur coopération. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.273) Aussi, « un cadre d'application de l'article 458b devrait être élaboré pour permettre une consultation interdisciplinaire au cas par cas, sans avoir à enfreindre les règles relatives au secret professionnel » (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.273).

Le Services d'Accueil des Victimes est, lui-même, demandeur d'une consultation plus systématique avec le CPVS, afin d'optimiser la coopération au sein des dossiers. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.247) Mais, le rapport insiste sur le fait que le rôle de ce service ne doit pas être surestimé, le soutien psychosocial du CPVS demeurant important en phase de procédure judiciaire. (Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.248)

Cette permanence pourrait donc assurer une continuité dans la prise en charge. (Salmona M., Date inconnue, p.16) Cela répondrait au suivi plus étroit, préconisé auprès de ces victimes. (Avocats sans frontières Canada, 2019, p.25) (WHO, 2003, p.20, 72-74)

La première information judiciaire est donnée par l'infirmière légiste lors de la prise en charge, et est d'office reprise par les inspecteurs mœurs lors de l'audition. Cela semble donc répondre au besoin et au droit à l'information. Cependant, il est relevé que beaucoup de victimes ne se souviennent pas de ce qu'il leur a été expliqué au jour 0, ne se tracassant de ces questions que bien plus tard.

Concernant le suivi à plus long terme, le référencement à d'autres structures, organisés par le CPVS, semble sur papier répondre aux différents besoins et droits des victimes. En effet, ces structures externes comprennent des services spécialisés dans la gestion de ces

dossiers, accompagnant les personnes tout au long de la procédure judiciaire. Elles répondent donc en principe aux besoins et aux droits à l'information, à la reconnaissance, à la réparation, au soutien, à l'accès à la justice et au traitement équitable, à la participation à la procédure judiciaire, à la protection contre la victimisation secondaire, etc.

Toutefois, il semblerait que sa mise en pratique fasse défaut. Premièrement, les infirmières légistes, manquant d'expertise dans le domaine, ne savent pas toujours vers quel service adéquat référer les victimes. Deuxièmement, les victimes sont clairement insatisfaites du suivi. Elles estiment recevoir trop peu d'informations sur l'enquête policière et sur la suite de la procédure judiciaire. Troisièmement, un manque de communication entre le CPVS et le Service d'Accueil des Victimes est ressenti par les victimes, mais aussi par les professionnels et cette structure. Ils indiquent qu'une meilleure coopération est souhaitable pour tous, favorisant un meilleur suivi.

C'est la raison pour laquelle, le centre de Bruxelles avait instauré un système de permanence juridique avec deux bénévoles juristes. Mais cette solution, mise en place grâce à la philanthropie de ces dames, n'a malheureusement pas survécu aux conditions imposées par le Covid. C'est pourquoi des pistes de solutions ont été évoquées, pour répondre à ce besoin des victimes, des professionnelles, mais aussi du Service d'Accueil des Victimes.

Quoiqu'il en soit, il y a donc un réel besoin à s'inscrire dans une continuité de soins entre le CPVS et le référencement juridique, afin de répondre au suivi plus étroit préconisé auprès de ces victimes.

Titre 3. A travers la sociologie de l'écart

Comme expliqué plus en détail dans le chapitre 3 de la partie II, les pratiques informelles consistent en des activités illégales, se déroulant et se déployant sans autorisation, ou en violation des règles ou des usages établis. Il s'agit, dans le cas d'espèce, des pratiques informelles qui ont pu être épinglées tout du long de l'analyse. Ces pratiques jouent un rôle de régulation dans le développement du centre et dans la socialisation de ses acteurs, en l'absence de politiques adéquates. Ces pratiques s'inscrivent dans le cadre de transaction sociale, où les acteurs sont engagés dans une triple relation : échange, négociation et rapport de force. Ils ont cette marge de manœuvre mais sont contraints par

ce qui échappe à leur intentionnalité (le contexte général et leur propre valeur) et par une dimension structurale propre à la situation elle-même. Ces transactions peuvent intervenir sur deux niveaux de compromis : interne (processus de socialisation) et externe (processus de développement). Mais celles-ci sont reliées. En effet, les pratiques de l'écart résolvent la tension du processus de socialisation des acteurs, résolution affectant le processus de développement du centre.

Il existe deux ensembles de pratiques : les « sans » (retrait et transgression existentielle), usages qui prennent juste de la distance vis-à-vis du contexte normatif ; les « avec » qui reconnaissent l'ordre existant mais qui peuvent être « pour » (conforme à la norme) ou « contre » (transgression oppositionnelle). Quels sont les types de pratiques informelles dans le cadre de cette recherche et comment s'inscrivent-elles dans les transactions sociales ?

Concernant les pratiques de retrait, il peut être fait mention des pratiques des infirmières légistes du centre de Bruxelles qui, pour des raisons de sécurité de l'équipe, réalisent la prise en charge des victimes se présentant seules la nuit, au sein des urgences et non au CPVS. Cette pratique résout la tension générée sur les acteurs (le sentiment d'insécurité des professionnelles), affectant le processus du centre. Pour autant, il ne s'agit pas là d'une revendication quelconque mais d'une forme de décompression de la tension, d'un repos vis-à-vis du contexte normatif. N'affectant pas de manière significative le processus du centre, la transaction prend plutôt la forme d'une tolérance tacite de l'institution, pour une adaptation à moindre frais.

Concernant les pratiques de transgression existentielle, deux exemples peuvent être relevés. Premièrement, les pratiques informelles en matière de conservation des preuves peuvent être citées. En effet, la non-destruction stricto sensu des prélèvements à 6 mois, sans s'assurer de la signature de la victime correspond à ce type de transgression. Il s'agit en réalité d'une tension que les acteurs ressentent dans leurs propres valeurs, ne voulant pas engendrer de victimisation secondaire, et un besoin d'exprimer leur individualité. Mais il n'y pas là de volonté de transformer le contexte normatif. Elles ont conscience des autres enjeux institutionnels que cela implique, à savoir la problématique du stockage. Deuxièmement, les pratiques du centre de Liège en matière de vérification par mail des consultations chez l'infectiologue participent aussi à ce mécanisme. Les acteurs ressentent suffisamment de tension sur leur conscience professionnelle (leurs valeurs) que

pour s'assurer du suivi, en mettant en place une pratique non prévue dans le modèle. Mais ils n'ont pas pour autant l'intention de transformer le contexte normatif.

Concernant les pratiques de transgression oppositionnelle, il ne s'agit plus de prendre de la distance, mais bien de réaliser une transgression plus conscientisée et orientée vers une mobilisation transformatrice, porteuse d'un projet alternatif. Plusieurs exemples peuvent être relevés, il en est épinglé quatre.

Premièrement, les pratiques informelles en matière de suivi psychologique peuvent être citées. En effet, connaissant les bienfaits de la prise en charge groupale, sur plusieurs sessions, elles avaient mis en place des séances d'art-thérapie. La tension étant trop forte sur leur processus de socialisation, améliorer la prise en charge des victimes devait rencontrer leurs valeurs professionnelles. Ces séances d'art-thérapie avaient rencontré un franc succès, mais ont dû être abandonnées, fautes d'organisatrices. Depuis lors, de réelles revendications sont formulées par les professionnelles. L'institution semble reconnaître la plus-value d'une telle prise en charge. Toutefois, l'instauration des groupes de paroles, bien qu'en actuelle négociation, rencontre des obstacles. En effet, les enjeux politiques, de compétences, freinent sa mise en place, chacun se dédouanant de devoir financer le personnel nécessaire.

Deuxièmement, les pratiques informelles en matière du suivi par le centre VIH peuvent également être citées. En effet, un glissement s'est opéré dans les pratiques entre le système de référencement, prévu dans le modèle, et un système de permanence, par des consultations hebdomadaires en interne avec un infectiologue-VIH. Ces rendez-vous étant perçus comme essentiels par les professionnelles, elles ne pouvaient se résigner à les renvoyer dans la nature, sans s'assurer du suivi médical. L'institution a accepté implicitement ces pratiques, consistant en une adaptation à moindre frais pour le dispositif. Le centre a pu constater une meilleure adhésion aux soins grâce à cette continuité instaurée, preuve de l'importance de l'apport salvateur d'un suivi plus étroit.

Troisièmement, les pratiques informelles en matière de référencement à d'autres structures sur le plan psychosocial peuvent être citées. Ces pratiques ne concernent pas le principe de référencement en tant que tel, mais bien le manque de continuité entre le CPVS et les structures externes. En effet, les professionnelles, se sentant en difficulté d'orienter correctement les victimes, alors que le besoin se faisait sentir chez ces

dernières, ont renvoyé celles-ci vers les assistantes sociales du planning familial. Il s'agit là encore d'une adaptation à moindre frais, mais ne pouvant perdurer dans le temps. Toutefois ces pratiques sont révélatrices d'une place à prendre au sein du modèle. Il s'agit maintenant d'investiguer les diverses solutions possibles. Ces pratiques ont donc résolu la tension dans le processus de socialisation, résolution affectant le processus de développement du centre.

Quatrièmement, les pratiques informelles en matière de référencement à d'autres structures sur le plan juridique peuvent, de la même façon, être citées. Ces pratiques ne concernent pas le principe de référencement en tant que tel, mais bien le manque de continuité entre le CPVS et les structures externes. En effet, les professionnelles se sentent inexpérimentées en la matière, ne pouvant orienter correctement les victimes. Alors que celles-ci sont demandeuses et que le Service d'Accueil des Victimes des maisons de justice est également demandeur de plus de coopération, pour un meilleur suivi en interne. C'est pourquoi le centre avait instaurer la venue mensuelle de bénévoles juristes afin de répondre aux questions des victimes. Il s'agit là encore d'une adaptation à moindre frais, mais ne pouvant perdurer dans le temps, et n'ayant justement pas pu perdurer suite au Covid. Toutefois ces pratiques étaient révélatrices d'une place à prendre au sein du modèle. Il s'agit maintenant d'investiguer les diverses solutions possibles. L'une d'entre elles consiste en une permanence du Service d'Accueil des Victimes. Il s'agirait dès lors de négocier cette collaboration entre les divers acteurs. Tout comme pour le référencement sur le plan psychosocial, les pratiques avaient résolu la tension dans le processus de socialisation, résolution affectant maintenant le processus de développement du centre.

Ces quatre exemples de pratiques informelles sont révélateurs d'un besoin de continuité et de suivi plus étroit dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles réalisée par le CPVS.

Conclusion

En conclusion, la recherche menée permet de formuler une réponse à la question posée : « La réponse à court terme aux besoins et aux droits des victimes de violences sexuelles, dispensée par le CPVS, est-elle dissociable de la réponse à long terme aux besoins et aux droits de ces victimes ? »

L'analyse des pratiques des professionnels des CPVS, dans leur prise en charge à court terme et dans leur système de référencement à long terme, amène à la conclusion suivante : si la réponse à court terme aux besoins et aux droits des victimes peut être dissociable de la réponse à long terme aux besoins et aux droits de ces victimes, et doit même l'être, dans certains cas, dans un souci d'efficacité de chacune d'entre elles ; ces réponses ne peuvent au contraire être disjointes.

Dans un premier temps, l'analyse de la réponse à court terme dispensée par le CPVS apporte d'ores et déjà des éléments de réponse à la question. En effet, alors que le CPVS est modélisé pour octroyer une première réponse dans l'aigu et à court terme, il peut être constaté que certains des services qu'il propose, ont naturellement des effets à long terme : l'implémentation des CPVS au sein d'hôpitaux ; la prise en charge médicale ; les lignes directrices de la prise en charge dans la reconnaissance du statut de victime et le respect de sa volonté et rythmicité ; le premier accueil psychologique et l'évaluation du risque pour un éventuel suivi spécialisé ; l'information judiciaire et le protocole de plainte ; l'examen médico-légal avec la feuille de route ; les prélèvements à titre conservatoire. Tous ces services ou attentions particulières dans la prise en charge des victimes contribuent à la préservation de leur santé physique et mentale, à la protection contre la victimisation secondaire et à l'optimisation des chances de réparation.

De plus, certains de ces services sont envisagés dès le départ par le modèle, sur du plus long terme : le suivi psychologique, avec possibilité de 20 séances individuelles, parfois jugées insuffisantes ; le gestionnaire de cas, avec prise de contact régulière, mais qui semble aussi à certains moments insuffisamment long ; et le suivi médical sur plusieurs mois, mais qui a montré des limites en terme d'adhésion.

Enfin, des pratiques informelles ont montré le besoin de certains de ces services à s'inscrire dans la durée et la continuité : la mise en place de séances d'art-thérapie et la demande d'instauration de groupes de soutien ; et la mise en place de consultations hebdomadaires en interne avec un infectiologue-VIH, qui a rencontré une meilleure adhésion de la part des victimes. Ces pratiques sont la preuve de l'importance d'un suivi plus étroit et s'inscrivant dans une continuité de soins.

Dans un deuxième temps, l'analyse de la réponse à long terme pour laquelle le CPVS renvoie vers des structures externes apporte également des éléments de réponse à la question. En effet, il est constaté que ce système de référencement est adéquat pour la

réponse à long terme aux besoins et aux droits des victimes. Les services externes étant spécialisés dans leur domaine, contrairement aux infirmières légistes qui ne peuvent être expertes en tout et qui expriment parfois des difficultés à référer correctement les victimes. En réalité, ce n'est pas tant le référencement qui pose question, mais bien le manque de continuité entre le CPVS et ces structures externes. Les pratiques informelles en matière de référencement psychosocial et juridique ont montré le besoin de ces services à s'inscrire dans une continuité de soins : la consultation des assistantes sociales du planning familial ; et la mise en place d'une permanence mensuelle avec des bénévoles juristes. Ces pratiques sont également la preuve de l'importance d'un suivi plus étroit et s'inscrivant dans une continuité de soins.

Les réponses à court terme et les réponses à long terme peuvent donc être dissociées, mais non disjointes, en ce sens que : elles ont inévitablement des effets l'une sur l'autre ; si le CPVS décide de répondre à certains besoins, qui demandent un suivi à plus long terme, celui-ci se doit de continuer la réponse jusqu'au bout ; et s'il est décidé de référer vers des services externes, une continuité est de mise entre les divers dispositifs.

La recherche a permis de mettre en exergue des pistes de solutions. Si le renforcement du rôle de l'infirmière ne semble pas correspondre à la réalité du terrain, deux autres solutions sont envisageables : l'extension à un centre d'expertise lié à la violence sexuelle ; et la mise en place d'une permanence sociale et juridique. Une étude plus approfondie de cette question mériterait une attention particulière afin de répondre plus adéquatement aux besoins et aux droits des victimes en la matière.

Toutefois, même si cette question venait à trouver réponse dans une étude ultérieure, elle ne consisterait qu'en une résolution temporaire. En effet, la tension ne disparaît pas dans le compromis. D'autres séquences transactionnelles y succéderont, engendrant une nouvelle évolution du contexte. Et le terrain est justement très vaste. D'autres enjeux ont déjà pu être épinglés dans cette recherche, qui mériteraient également une attention particulière : la nécessité d'étendre l'accessibilité aux centres à toutes les victimes, en les implantant dans chaque arrondissement, en les agrandissant et en y employant plus de personnel ; des enjeux politiques, de compétences et donc de financement, ayant pour conséquence des obstacles à la mise en place de services adéquats ; des enjeux sociétaux, concernant l'optimisation des structures externes de prise en charge, mais également concernant la prévention et la sensibilisation de la population aux violences sexuelles.

Bibliographie

Législation

- Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, signée à Istanbul le 11 mai 2011, approuvée par la loi du 01 mars 2016, M.B, 09 juin 2016.
- Résolution 40/34 de l'Assemblée générale des Nations Unies, *Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir*, Résolution 40/34 (29 novembre 1985).
- Résolution (77) 27 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, *sur le dédommagement des victimes d'infractions pénales*, adoptée par le Comité des Ministres le 28 septembre 1977, lors de la 275^e réunion des Délégués des Ministres.
- Recommandation (85) 11 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, *sur la position de la victime dans le cadre du droit pénal et de la procédure pénale*, adoptée par le Comité des Ministres le 28 juin 1985, lors de la 387^e réunion des Délégués des Ministres.
- Recommandation (2006)8 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, *sur l'assistance aux victimes d'infractions*, adoptée par le Comité des Ministres le 14 juin 2006 lors de la 967^e réunion des Délégués des Ministres.
- Directive 2012/29/UE du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2012, *établissant des normes minimales concernant les droits, le soutien et la protection des victimes de la criminalité et remplaçant la décision-cadre 2001/220/JAI du Conseil*, J.O.U.E, L 315, du 14 novembre 2012, p. 57.
- C. pén., art 371/1 à 378bis ; 458bis.
- CIC, art. 44 sexies, art. 90 duodecies.
- Loi du 05 aout 1992 sur la fonction de police, M.B., 22 décembre 1992, p. 27124.
- Loi du 07 décembre 1998 organisant un service de police intégrée, structuré à deux niveaux, M.B., 05 janvier 1999, p. 132.
- Loi du 12 mars 1998 relative à l'amélioration de la procédure pénale au stade de l'information et de l'instruction, M.B., 02 avril 1998, p. 10027.

- Directive ministérielle du 15/09/2005 relative au set d'agression sexuelle.
- Directive ministérielle du 15 septembre 2007 relative à l'accueil des victimes au sein des parquets et des tribunaux.
- Circulaire OOP15 ter du 9 juillet 1999 concernant l'assistance policière aux victimes, *M.B.*, 21 août 1999, p. 31269.
- Circulaire ministérielle du 16/07/2001 relative à l'enregistrement audiovisuel de l'audition des mineurs victimes.

Doctrine

Monographies

- Aertsen I., Martin D., 1996, *Vade-mecum assistance policière aux victimes*, Bruxelles, Politeia.
- Audet J., Katz J.-F., 1999, *Précis de victimologie générale*, Paris, DUNOD.
- Baccino E., 2014, *Médecine légale clinique - Médecine de la violence : prise en charge des victimes et des agresseurs*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.
- Baert, S., & Keygnaert, I., 2019, *Rapport d'évaluation scientifique du projet-pilote des Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles*, Gand: Université de Gand. Département de Santé Publique et Soins Primaires, International Centre for Reproductive Health.
- Bergheul S. et Fernet M., 2018, *Les violences à caractère sexuel – Représentations sociales, accompagnement, prévention*, Québec, Presse de l'Université de Québec.
- Blanchet A., Gotman A., « L'entretien », Armand Colin, Dunod Editeur, 2015, p.1-126.
- Cario R., 2006, *Victimologie : de l'effraction du lien intersubjectif à la restauration sociale*, Paris, L'Harmattan.
- Coutanceau R. et Smith J., 2014, *Violences aux personnes – Comprendre pour prévenir*, Paris, Dunod.

- Fisher B. S., Reyns B. W. et Sloan J. J., 2015, *Introduction to victimology – Contemporary Theory, Research, and Practice*, New-York, Oxford University Press.
- Keygnaert I. & Van Melkebeke I., 2018, *Prise en charge des victimes de violences sexuelles : Guide pour les personnes de soutien*, ICRH-Universiteit Gent, Gent, België.
- Keygnaert, I. & Linthout, L. (2020). Outil de Triage pour l'identification, les soins et l'orientation des victimes de violences sexuelles dans le cadre des programmes européens d'accueil et d'hébergement des demandeurs de protection internationale. Université de Gand, Gand.
- Organisation mondiale de la Santé & Organisation Panaméricaine de la Santé, 2012, *Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes : la violence sexuelle*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Rougé-Maillart C. et Préval J., 2014, *Mémento des urgences médico-légales*, Louvain-la-Neuve, De Boeck.
- Salmona M., 2015, *Violences sexuelles – Les 40 questions-réponses incontournables*, Paris, Dunod.
- Walklate S., 2007, *Handbook of victims and victimology*, London, Willan.
- Wemmers J.-A. et Cyr K., 2006, *Les besoins des victimes dans le système de justice criminelle*, Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal.
- Wemmers J.-A., 2017, *Victimologie : Une perspective canadienne*, Québec, Presses de l'Université du Québec, Chapitre 6.
- WHO, 2003, *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva.
- WHO, 2010, *Violence against women – Intimate partner and sexual violence against women*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

Ouvrages collectifs

- Berthelot J.-M., 1998, « II - Typologie des schèmes d'intelligibilité », dans : , *L'Intelligence du social. Le pluralisme explicatif en sociologie*, sous la direction

- de Berthelot Jean-Michel. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « Sociologie d'aujourd'hui », p. 43-86.
- Damiani C., 2016, *Chapitre 9. La guidance auprès des conjoints et des parents de victimes de violences sexuelles*, dans : Roland Coutanceau éd., *Victimes et auteurs de violence sexuelle*. Paris, Dunod, « Psychothérapies ».
 - Douieb G., 2016, *Chapitre 18. Maltraitance et violence envers les enfants*, dans : Roland Coutanceau éd., *Victimes et auteurs de violence sexuelle*. Paris, Dunod, « Psychothérapies ».
 - Laloum A., Abita-Pelette M. et Gretter O., 2016, *Chapitre 17. Les bénéfices de la double prise en charge groupale et individuelle en Victimologie*, dans : Roland Coutanceau éd., *Victimes et auteurs de violence sexuelle*. Paris, Dunod, « Psychothérapies ».
 - Paillé P., Mucchielli A., 2012, « Chapitre 11 - L'analyse thématique », dans : *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. sous la direction de Paillé Pierre, Mucchielli Alex. Paris, Armand Colin, « U », p. 231-314.
 - Schortgen E., 2016, *Chapitre 10. La confrontation des victimes de violences sexuelles au processus judiciaire*, dans : Roland Coutanceau éd., *Victimes et auteurs de violence sexuelle*. Paris, Dunod, « Psychothérapies ».
 - Vermeiren E., Bréart M., 2016, *Chapitre 6. Dispositifs d'accueil en service d'urgences, des personnes victimes de violences sexuelles : enjeux et perspectives*, dans : Roland Coutanceau éd., *Victimes et auteurs de violence sexuelle*. Paris, Dunod, « Psychothérapies ».
 - Wemmers, J.-A., 2003, 5. *La seconde victimisation et les besoins des victimes* In : *Introduction à la victimologie* [en ligne]. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, (généré le 25 mai 2021). Disponible sur Internet : <http://books.openedition.org/pum/10775>

Articles de périodiques

- Blais M., Martineau S., 2006, *L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes*, Recherche qualitatives, Vol 26(2), pp. 1-18.
- Dorso F., 2012 "*Pour une sociologie de l'écart. Affiliation et différenciation dans les processus de socialisation et d'urbanisation.*" Nouvelles perspectives en sciences sociales, volume 8, number 1, p. 35–59.
- Imbert G., 2010/3 « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », *Recherche en soins infirmiers*, (N° 102), p. 23-34.
- Magioglou T., 2008/2, « L'entretien non directif comme modèle générique d'interactions », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, (Numéro 78), p. 51-65.
- Thomas D. R., 2006, *A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data*, American Journal of Evaluation, Vol 27 No2, 237-246.

Mémoires

- Bureau M., 2017, *Sentiment de justice chez les personnes victimes : le rôle de l'information et du contact humain*, Ecole de criminologie – Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal.
- Lees C., 2017-2018, *Les interactions entre la police et les victimes d'agression sexuelle*, Ecole de criminologie – Faculté de droit et de criminologie, Université Catholique de Louvain, Promoteur – Janssen C..

Sources internet

- Amnesty International, 2019, *Etude des opinions et des comportements de la population belge en matière de violences sexuelles*, Amnesty International, consulté sur https://www.amnesty.be/IMG/pdf/2020_pres_resultats_sondage_dedicated_violences_sexuelles.pdf, consulté le 02/05/2020 à 18h36.
- Avocats sans frontières Canada, 2019, *Guide pratique pour l'accompagnement des victimes de violences sexuelles et de violences basées sur le genre*, consulté sur

https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/guide_pratique_bottin.pdf, le 10/06/2021 à 22h00.

- DUNE asbl, 2019, *Le bon plan*, consulté sur <https://dune-asbl.be/le-bon-plan/>, le 04/08/2021 à 14h50.
- Fédération Wallonie-Bruxelles, 2021, Où trouver de l'aide ?, consulté sur <http://www.victimes.cfwb.be/ou-trouver-aide/>, le 05/08/2021 à 16h01.
- IEFH, 2013, *Violence sexuelle. Comment s'en sortir ?*, consulté sur https://igvm-iefh.belgium.be/fr/publications/seksueel_geweld_wat_nu_#:~:text=Cette%20brochure%20est%20destin%C3%A9e%20aux,%C3%A0%20entreprendre%20les%20bonnes%20d%C3%A9marches, le 07/03/2021 à 14h00.
- IEFH, 2020, *Première évaluation des Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles*, https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/131_-_premiere_evaluation_des_centres_de_prise_en_charge_des_violences_sexuelles.pdf, le 07/03/2021 à 13h59.
- IEFH, 2021, *Formation à l'intention des membres du personnel des centres de prise en charge des violences sexuelles*, consulté sur <https://igvm-iefh-conference.be/fr/page-daccueil/>, le 23/06/2021 à 9h30.
- Josse E., 2006, *Victimes, une épopée conceptuelle – Première partie : définitions*, consulté sur http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/victime_definitions.pdf, le 28/05/2021 à 15h19.
- Josse E., 2006-2, *Accueillir et soutenir les victimes de violences sexuelles : Approche orientée vers la solution*, consulté sur https://psychosolutions.be/IMG/pdf/Victimes_violences_sexuelles.pdf, le 25/05/2021 à 19h30.
- Keygnaert, I., 2020, *Centres de prise en charge des violences sexuelles : de l'étude de faisabilité au déploiement national, Colloque Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles du 23 octobre 2020*, Gand: Université de Gand, International Centre for Reproductive Health, consulté sur <https://igvm-iefh-conference.be/swfiles/files/Van-haalbaarheidsstudie-tot-landelijke-uitrol---FR.pdf>, le 15/07/2021 à 17h56.
- König C., 2014, *Protocoles de prise en charge des victimes de violences sexuelles à destination des professionnel.le.s de la santé et de la justice*, Conseil des femmes

- francophones de Belgique ASBL, consulté sur http://www.bassenge.be/actualites/cffb_actes_protocole.pdf, le 18/05/2021 à 17h47.
- ONE, 2021, *Les équipes de SOS Enfants*, consulté sur <https://www.one.be/professionnel/maltraitance/les-equipes-sos-enfants/>, le 04/08/2021 à 12h09.
 - *Plan d'action national de lutte contre toutes les formes de violence basée sur le genre (PAN) 2015-2019*, consulté sur https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/dossier_de_presse_0.pdf, le 27/01/2020 à 23h09, p. 73.
 - RQCALACS, 2012, *Services des CALACS*, consulté sur <http://www.rqcalacs.qc.ca/services-calacs.php>, le 05/08/2021 à 10h15.
 - Salmona M., Date inconnue, *Accueil et accompagnement des victimes de violences sexuelles*, consulté sur <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/Accueil-et-accompagnement-des-victimes-de-violences-2.pdf>, le 11/05/2021 à 11h36.
 - Sénat de Belgique, 2018, *Question écrite n°6-1870 de Christie Morreale (PS) à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique*, consulté sur <https://www.senate.be/www/?MIval=/Vragen/SVPrintNLFR&LEG=6&NR=1870&LANG=fr>, le 23/06/2021 à 10h15.
 - Service Public Fédéral Justice, 2021, *Victimes d'actes intentionnels de violence*, consulté sur https://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/que_faire_comme_victime/indemnisation/aide_financiere/victimes_dactes, le 19/06/2021 à 15h32.
 - SOS-viol, 2021, *Nos services*, consulté sur <https://www.sosviol.be/nos-activites/nos-services/>, le 04/08/2021 à 12h23.

Annexes

Annexe 1 : Itinéraire de soins pour les victimes majeures (Figure 2.1-a disponible sur Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.32)

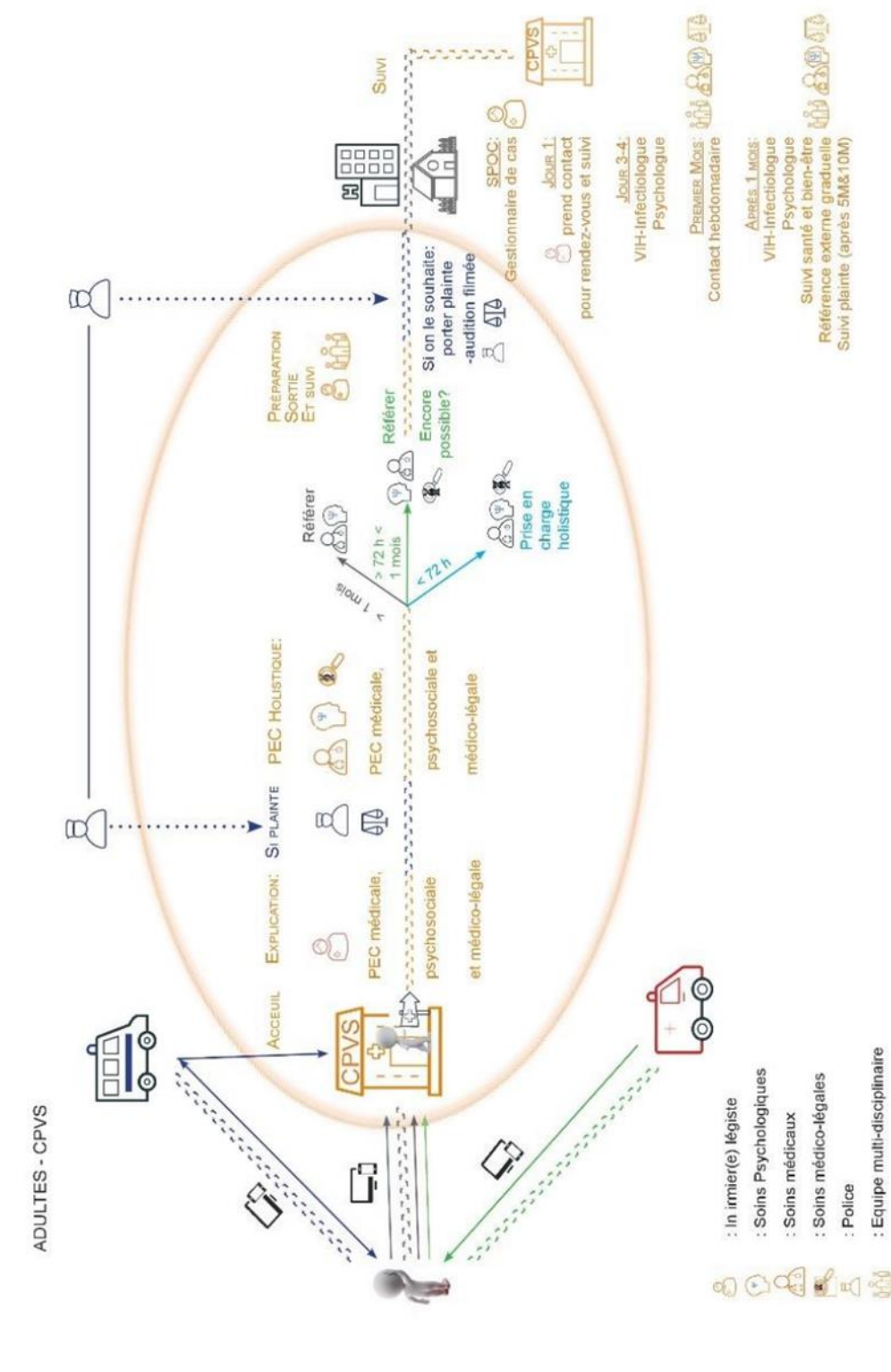


Figure 2.1-a : Itinéraire de soins pour les victimes majeures

Annexe 2 : Itinéraire de soins pour les moins de 16 ans (Figure 2.1-b disponible sur Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.32)

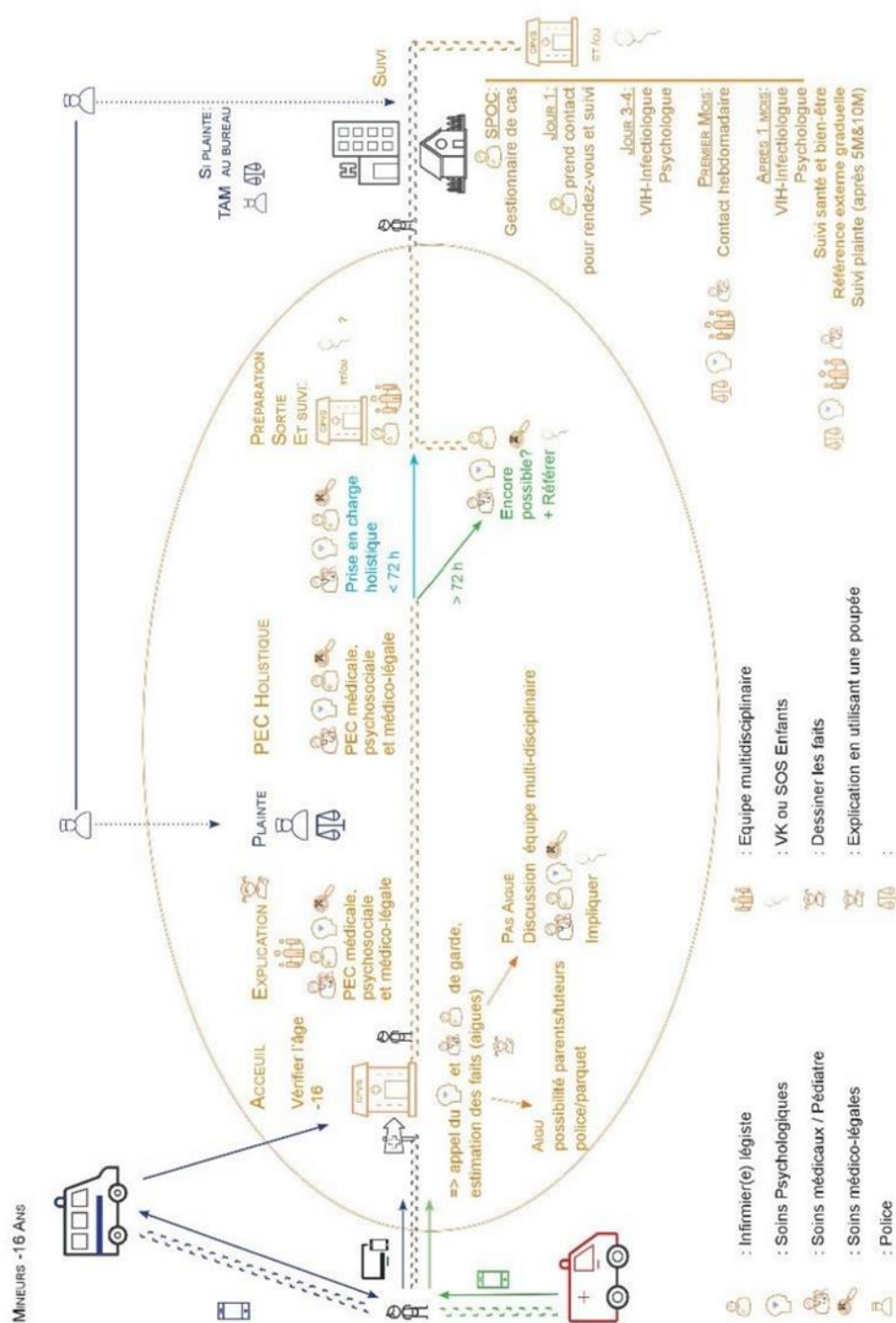


Figure 2.1-b : Itinéraire de soins pour les moins de 16 ans

Annexe 3 : Itinéraire de soins pour les 16-17 ans (Figure 2.1-c disponible sur Baert S. et Keygnaert I., 2019, p.33)

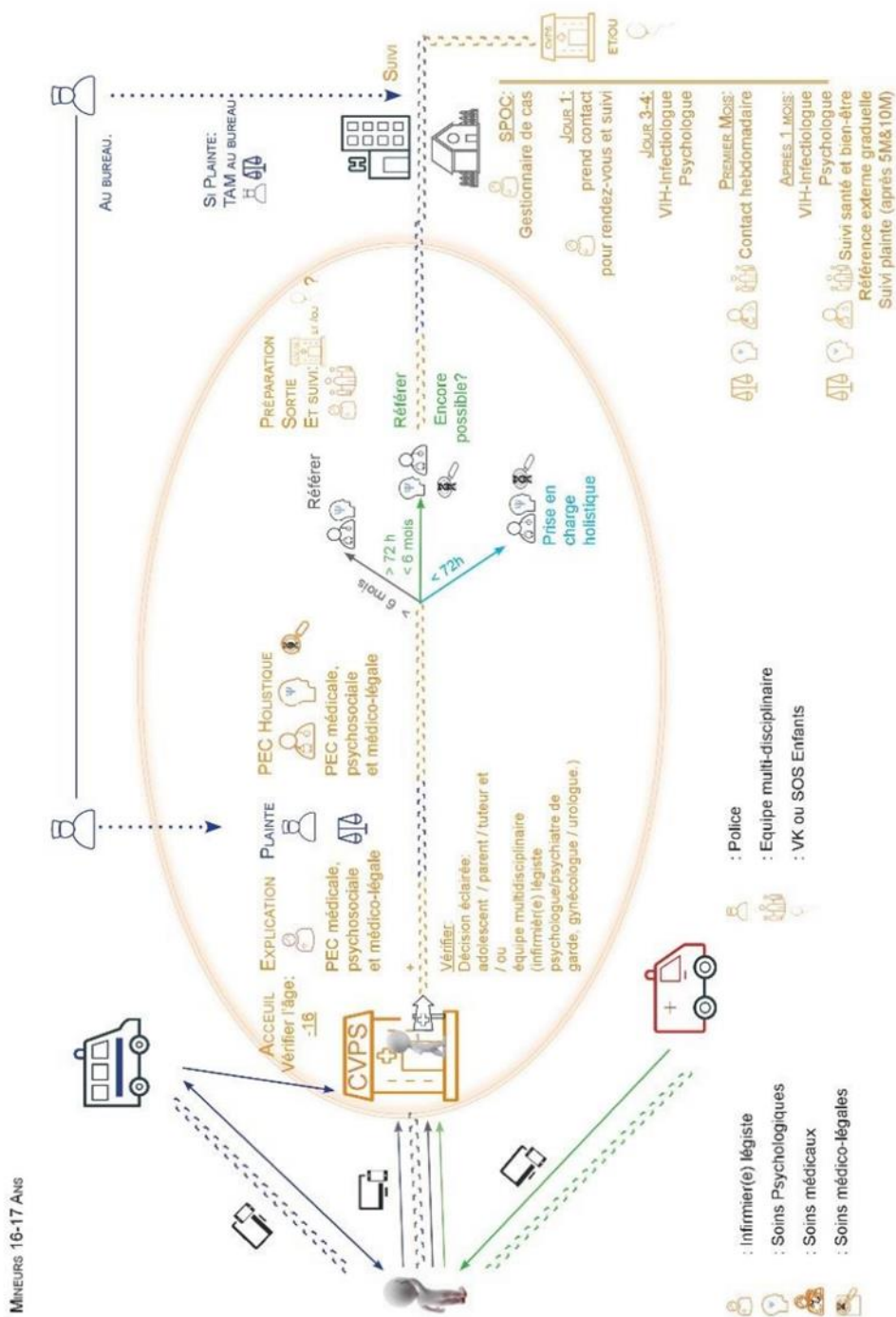


Figure 2.1-c : Itinéraire de soins pour les 16-17 ans

Annexe 4 : IEFH, Formation à l'intention des membres du personnel des centres de prise en charge des violences sexuelles.



INSTITUT
POUR L'ÉGALITÉ
DES FEMMES
ET DES HOMMES



INSTITUUT VOOR
DE GELIJKHEID
VAN VROUWEN
EN MANNEN



Formations à l'intention des membres du personnel des centres de prise en charge des violences sexuelles

Le projet CPVS a été lancé en Belgique en novembre 2017. Dans un CPVS, qui se situe tout près du service des urgences d'un hôpital, les victimes de violences sexuelles peuvent bénéficier gratuitement de toute l'assistance possible en un seul et même endroit. Le personnel, composé d'infirmiers/-ères légistes et de psychologues, a été spécifiquement formé pour apporter une aide médicale, médico-légale et psychologique aux victimes de violences sexuelles. Ce personnel est assisté dans sa tâche par des spécialistes tels que des urgentistes, des gynécologues, des urologues, des pédiatres et des psychiatres. Si les

victimes le souhaitent, elles peuvent également déposer plainte au CPVS, auprès d'un-e inspecteur/-rice des mœurs de la police spécialement formé/-e à cet effet. Le CPVS est accessible 24 heures sur 24 et sept jours sur sept et la victime y est au centre de l'attention.

Actuellement, il existe trois CPVS, à Liège (CHU Liège), Gand (UZ Gent) et Bruxelles (CHU Saint-Pierre).

En vue de la pérennisation des CPVS actuels et du lancement des nouveaux CPVS, des formations spécifiquement dédiées au personnel hospitalier sont organisées. Sur ce site web, vous trouverez davantage de renseignements à propos de ces formations.

IEFH, *Formation à l'intention des membres du personnel des centres de prise en charge des violences sexuelles*, consulté sur <https://igvm-iefh-conference.be/fr/page-daccueil/> , le 23/06/2021 à 9h30.

Agenda

31/05/21

12:45-13 :15 Introduction

13:15-17:00 Sexologie et violences sexuelles

01/06/21

09:00-17:00 La première aide psychologique

02/06/21

09:00-12:00 Conséquences psychologiques des violences sexuelles : le suicide

13:00-16:00 Techniques de communication

04/06/21

09:00-13:00 Les violences sexuelles et les drogues / l'alcool / l'intoxication

13:45-17:00 La prise en charge des victimes avec handicap mental

14/06/21

09:00-17:00 Les violences sexuelles par rapport au droit pénal en général

15/06/21

09:00-12:30 La prise en charge des victimes avec problématiques psychiatriques

13:15-16:25 Les violences sexuelles

16:30-17:30 Les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles

16/06/21

11:00-13:00 Le secret professionnel

14:00-16:00 Premier accueil psychologique des victimes mineures et de leurs personnes de soutien

17/06/21

08:30 – 11:30 Conséquences psychologiques des violences sexuelles

11:45-12:45 Carte sociale

13:30-17:00 La prise en charge des personnes de soutien

18/06/21

09:00-17:00 La prise en charge des groupes vulnérables

21/06/21

09:00-17:00 Soigner le personnel soignant

Modules de la formation

- Formations communes CVPS
 - Jour 1

Introduction

- Introduction de la formation de base : but, public-cible, programme...
- Modalités pratiques
- Présentation des participant-e-s (tour de table)

Les violences sexuelles

- Définitions
- Prévalence (y compris, chiffre noir, personnes vulnérables)
- Mythes du viol et sur les violences sexuelles
- Quelques théories explicatives (dynamiques violences, dévoilement...)

Indicateur : Première approche du thème des violences sexuelles, afin de mieux connaître les chiffres, les théories et les dynamiques sous-jacentes
Sexologie et violences sexuelles

- Tabous
- Parler de la sexualité, connaissance du corps
- Etre à l'aise avec ce thème
- Jeux de rôles

Indicateur : Mieux appréhender le thème de la sexualité et être davantage à l'aise avec ce thème

- Jour 2

Conséquences psychologiques des violences sexuelles

- Traumas
- Stress aigu & état de stress post-traumatique
- Dissociation et stabilisation
- Personnes vulnérables
- Cas pratique

Indicateur : Connaître les premières réactions psychologiques des victimes à la suite de violences sexuelles et y réagir adéquatement

Les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles

- Historique (Convention d'Istanbul, projet-pilote, étude scientifique, déploiement national)
- 1^{ère} approche du modèle CPVS :
 - Sa rédaction (groupes de travail) ;
 - Points-clés (multidisciplinarité, partenariats, victime au centre, prise en charge holistique, « maison », gratuité...) ;

- Les nouvelles fonctions (infirmier-e légiste, coordinateur-ice CPVS et IPM) et le rôle de chacun-e
- Trajet de la victime au sein du CPVS

Indicateur : Première approche des CPVS, leur construction, le modèle CPVS

- Jour 3

Conséquences psychologiques des violences sexuelles : le suicide

- Cadre clair quant aux réactions à adopter face aux comportements suicidaires (en face-à-face ou par téléphone, par mail)
- Pratique et outils

Indicateur : *Savoir identifier les signes de pensées suicidaires et réagir adéquatement face à des victimes présentant des pensées suicidaires à la suite de violences sexuelles*

Techniques de communication

- Communication bienveillante, assertive et non-violente

Indicateur : *Etre plus à l'aise dans la communication, y compris dans des situations de crise*

- Jour 4

La première aide psychologique

- 5 principes
- Donner un cadre psychologique pour aborder des sujets sensibles (VS, sexualité)
- Soutien possible du/de la psychologue envers l'infirmier-e légiste
- Plan de sécurité
- Evaluation du risque de violence (envers les autres/soi-même)
- Pour les victimes et les personnes de soutien
- Cas pratiques

Indicateur : Savoir fournir une première aide psychologique (selon le modèle CPVS) aux victimes et personnes de soutien se présentant dans un CPVS

- Jour 5

Les violences sexuelles et les drogues / l'alcool / l'intoxication

- Détection
- Prévalence

- Conséquences
- Impact sur la prise en charge
- Point d'attention sur le black-out

Indicateur : Savoir détecter les différents problèmes d'intoxication chez une victime, connaître les conséquences possibles et savoir l'impact que cela peut avoir sur la prise en charge par le CPVS

La prise en charge des victimes avec handicap mental

- Symptômes et antécédents de la victime
- Spécificités de la prise en charge
- Orientation vers d'autres organisations
- Protection de la victime
- Attitude et réactions à adopter (pratique)

Indicateur : Savoir détecter des victimes présentant ce type de problématique, l'impact sur la prise en charge au CPVS et vers quels services le CPVS peut les orienter

- Jour 6

Les violences sexuelles par rapport au droit pénal en général

- Définitions légales (attentat à la pudeur, viol)
- Notion de consentement
- Plainte (procédure avec police, parquet...)
- Prescription (surtout pour les victimes mineures)
- L'exploration corporelle
- Rôle de la police et du parquet

Indicateur : Acquérir une meilleure connaissance des notions de base du droit pénal par rapport à la thématique des violences sexuelles en phase aiguë

- Jour 7

Le secret professionnel

- Secret médical : art. 458 Code Pénal
- Secret professionnel partagé
- Exception au secret professionnel : signalement au/à la Procureur-e du Roi (art. 458bis)
- Cas pratiques

Indicateur : Avoir une meilleure connaissance de la notion de secret professionnel (médical), et de ses limites, et savoir dans quelles conditions le signalement au/à la Procureur-e du Roi peut/doit être fait

La prise en charge des victimes avec problématiques psychiatriques

- Symptômes et antécédents de la victime
- Types de problématiques psychiatriques
- Interférence avec le trauma
- Spécificités de la prise en charge
- Orientation vers d'autres organisations et vers le réseau existant
- Outils pratiques

Indicateur : Savoir détecter des victimes présentant ce type de problématique, l'impact sur la prise en charge au CPVS et vers quels services le CPVS peut les orienter

- Jour 8

Premier accueil psychologique des victimes mineures et de leurs personnes de soutien

Indicateur : Savoir fournir un premier accueil et une première aide psychologique spécifiques pour les victimes mineures et leurs personnes de soutien

- Jour 9

La prise en charge des groupes vulnérables

- Les personnes migrantes
- LGBTQI+
- Les hommes
- Les personnes âgées
- Les personnes prostituées/travailleurs-ses du sexe
- Le service social de l'hôpital et les interprètes/médiateurs-rices sociaux-les

- Jour 10

La prise en charge des personnes de soutien

Indicateur : Savoir apporter une assistance adéquate aux personnes qui accompagnent les victimes de violences sexuelles, à la fois pour les aider elles, mais aussi pour les soutenir dans leur aide apportée aux victimes

Carte sociale

- Autres services d'aide aux victimes, associations, groupes de parole... en fonction de la spécificité locale
- Victimes précarisées

Indicateur : Mieux connaître les services qui peuvent intervenir pour le suivi des violences sexuelles au niveau local et organiser un suivi adéquat pour les victimes précarisées (intervention du service social de l'hôpital, par exemple)

- Jour 11

Soigner le personnel soignant

- Impact du travail sur le personnel CPVS
- Notions de trauma vicariant, neurones miroir
- Stratégies de coping
- Outils
- Importance de la supervision et de l'intervision

Indicateur : Acquérir des stratégies pour gérer l'impact du CPVS sur soi-même en tant que personnel soignant (coping, supervision et intervision)

- Formation spécifique infirmier-e-s légistes

- Jour 12

La fonction d'infirmier-e légiste et de gestionnaire de cas

- Historique et raison d'être de la fonction
- Rôle central pour la victime
- Plan d'action infirmier-e légiste

Indicateur : Première introduction aux fonctions d'infirmier-e légiste et de gestionnaire de cas ainsi qu'au plan d'action infirmier-e légiste, connaître son importance et son rôle

Conséquences médicales des violences sexuelles

Indicateur : Connaître les conséquences médicales principales des violences sexuelles sur les victimes et savoir les identifier

- Jour 13

Prise en charge médicale

- Evaluation globale de la victime
- Soins de première urgence
- Prélèvements et traitements

- Suivi médical
- Collaboration avec le Centre de référence VIH
- Attestation médicale

Indicateur : Savoir évaluer l'état global de la victime pour faire appel à un-e médecin si nécessaire, savoir apporter les premiers soins, savoir quels sont les prélèvements et les traitements à apporter aux victimes en phase aiguë, savoir le suivi médical à assurer pendant la gestion de cas (médications, rendez-vous...), savoir collaborer efficacement avec le Centre de référence VIH, accent mis sur l'importance de l'attestation médicale

Principes-clés de la prise en charge par le CPVS (victimes majeures)

- Victime au centre
- Autonomie, participation et collaboration de la victime

Indicateur : Connaître les principes de base de la prise en charge par le CPVS pour les victimes mineures et savoir les appliquer

- Jour 14

L'évaluation de risque

- Gestion des situations de crise
- Explication des outils d'évaluation de risque

Indicateur : Savoir réagir face à des situations de crise et savoir utiliser les évaluations de risque présentes dans le modèle CPVS

Le recueil de la parole des victimes

- Majeures et mineures
- Non-suggestibilité, neutralité
- Ecoute active
- Casus

Indicateur : Savoir recueillir la parole des victimes adéquatement, avec une attitude non-suggestive, neutre et d'écoute active, importance du récit spontané

- Jour 15

L'examen médico-légal pour les victimes majeures

- Lésions physiques et génitales
- Description et interprétation
- Toxicologie
- Hymen
- Prélèvements

- Point d'attention par rapport aux différences culturelles

Indicateur : Savoir réaliser l'examen médico-légal de victimes majeures de violences sexuelles et savoir décrire correctement les différentes lésions rencontrées

- Jour 16

L'examen médico-légal pour les victimes mineures

- Spécificités pour les victimes mineures
- Point d'attention sur les variations dermatologiques

Indicateur : Savoir réaliser l'examen médico-légal de victimes mineures de violences sexuelles, en mettant l'accent sur les spécificités par rapport aux majeures (prélèvements, types d'écouvillons...)

- Jour 17

Photos

médico-légales

Indicateur : Savoir réaliser des photos médico-légales correctes avec le matériel à disposition au CPVS dans le but que ces photos puissent servir à une éventuelle interprétation par un-e médecin légiste dans le cadre d'une procédure judiciaire

- Jour 18

La feuille de route médico-légale

- Informed consent

Indicateur : Savoir remplir correctement la feuille de route médico-légale avec les informations nécessaires pour une procédure judiciaire éventuelle

L'examen gynécologique

- Utilisation des écouvillons, spéculums, etc.
- Y compris cas pratiques

Indicateur : Savoir réaliser l'examen gynécologique d'une victime avec l'utilisation de différents types d'écouvillons, accent mis sur la pratique

Collaboration avec le laboratoire ADN

- Conservation des prélèvements

- Analyse des prélèvements

Indicateur : Mieux comprendre le rôle du laboratoire ADN dans la prise en charge au CPVS et reconnaître l'importance d'une conservation correcte des prélèvements

- Jour 19

Le CPVS : rôle du parquet

- Le processus juridique :
 - Prise de contact
 - Magistrat-e de référence CPVS
 - Réquisitions
 - Classement sans suite
 - Juge d'instruction
 - ...
- Cadre légal CPVS

Indicateur : Mieux comprendre le rôle du parquet au sein du CPVS et l'interconnexion des différentes disciplines entre elles (infirmier-e légiste – parquet)

Les Maisons de Justice et le Service d'Accueil des Victimes

- Présentation des Maisons de Justice et du SAcV
- Rôle et brève explication du fonctionnement
- Procédure particulière CPVS

Indicateur : Mieux comprendre le fonctionnement des Maisons de Justice et du SAcV et savoir collaborer dans le cadre de la procédure particulière CPVS

- Jour 20

Le CPVS : rôle de la police

- Les inspecteurs-rices des mœurs
- Collaboration CPVS – police
- Types d'audition et cas spécifique de l'audition vidéo-filmée CPVS
- Les preuves : importance des prélèvements médico-légaux

Indicateur : Mieux comprendre le rôle du parquet au sein du CPVS et l'interconnexion des différentes disciplines entre elles (infirmier-e légiste –inspecteur-riche des mœurs)

- Jour 21

Gestion de cas

- Importance du suivi (victimisation secondaire)
- Suivi des rendez-vous
- Orientation personnalisée et humaine

Indicateur : Savoir réaliser la gestion de cas des victimes et reconnaître son importance

Les victimes en phase non-aiguë

- Réorientation vers d'autres services (SOS Viols)
- Pourquoi

Indicateur : Comprendre l'importance de la phase aiguë pour la prise en charge du CPVS et savoir comment et vers quels services réorienter les victimes en phase non-aiguë

- Jour 22

Collaboration avec associations concernées par les victimes mineures

- Collaboration spécifique avec VK/SOS Enfants
- Clarifications des rôles SAJ/SPF/OCJ

Indicateur : Savoir collaborer avec VK/SOS Enfants selon les modalités définies dans les accords de coopération et mieux comprendre les rôles et tâches de chacun

Echange des pratiques de terrain

- Formation spécifique psychologues
 - Jour 12

La fonction de psychologue CPVS

- Rôle
- Introduction au plan d'action psychologue CPVS

Indicateur : Première introduction à la fonction de psychologue ainsi qu'au plan d'action psychologue, connaître son importance et son rôle

Aborder les violences sexuelles en thérapie

- Reconnaître le fait d'être victime
- Verbaliser les violences sexuelles

Indicateur : Savoir aborder adéquatement les violences sexuelles et le fait d’être victime en thérapie

- Jour 13

Prise en charge psychologique au CVPS

- Plan d’action psychologue
- Psychoéducation
- Traumatismes
- ...

Indicateur : Savoir apporter une prise en charge psychologique aux victimes majeures en phase aiguë selon le modèle CVPS

- Jour 14

Introduction à la neurobiologie

- Lien avec la psychoéducation

Indicateur : Mieux comprendre le fonctionnement et l’impact de la prise en charge psychologique (psychoéducation) sur le cerveau

Stress aigu et état de stress post-traumatique

- Questionnaires
- Traitement
- Trauma complexe à gérer pendant la phase aiguë
- D’un point de vue plus psychologique

Indicateur : Savoir reconnaître les symptômes de stress aigu et d’état de stress post-traumatique par l’utilisation de questionnaires et savoir apporter un traitement

- Jour 15

Comportements à risque

- Suicide
- Automutilation
- Victimisation secondaire
- Etc.

Indicateur : Savoir reconnaître les comportements à risque et comment intervenir

Détection et prise en charge psychologique des personnes vulnérables

- Hommes

- LGBTQI+
- ...

Indicateur : Détecter une personne en situation de vulnérabilité, savoir la prendre en charge adéquatement et la renvoyer vers des organisations adéquates

- Jour 16

Théorie cognitivo-comportementale

Indicateur : Connaître les principes de base de la théorie cognitivo-comportementale et son utilité pour le suivi de violences sexuelles

Théorie systémique

- Point d'attention sur le trauma transgénérationnel

Indicateur : Connaître les principes de base de la théorie systémique et son utilité pour le suivi de violences sexuelles

- Jour 17

Introduction à l'EMDR

- Dans le cadre du CPVS

Indicateur : Connaître les principes de base de l'EMDR et son utilité pour le suivi de violences sexuelles

Le modèle des 3 phases

- Points d'attention sur les techniques de stabilisation
- Outils

Indicateur : Mieux comprendre les réactions à la suite de trauma et maîtriser les techniques de stabilisation

- Jour 18

La résilience

Indicateur : Mieux appréhender la notion de résilience et sa dynamique et comment la favoriser chez des victimes de violences sexuelles

Réseau et entourage des victimes

- Dynamiques familiales des violences conjugales

- Relations toxiques
- Prise en charge des personnes de soutien

Indicateur : Mieux comprendre les dynamiques dans l'environnement de la victime et prendre la charge la victime avec son réseau

- Jour 19

La vie sexuelle après les violences sexuelles

Indicateur : Connaître l'impact des violences sexuelles sur la vie sexuelle à moyen et long terme et savoir assister la victime dans son cheminement

Orientation pour le suivi à long terme

- Préparer l'orientation personnalisée et humaine
- Se distancier

Indicateur : Savoir orienter de façon adéquate les victimes pour un suivi à long terme après le CPVS et savoir prendre un recul nécessaire dans la relation de soins

Institut pour l'égalité des femmes et des hommes

Rue	Ernest	Blerot,	1
B-1070 Bruxelles			
Tél:	02/233	44	00
E-mail:	egalite.hommesfemmes@iefh.belgique.be		

Organisation logistique: team@ofcores.events

Partenaires

Les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles

La ministre en charge de l'Égalité des chances

La Loterie Nationale

Annexe 5 : Feuille de rendez-vous patient

 	Votre suivi
○ Rendez-vous avec le psychologue au CPVS: le/...../..... àh.... <i>L'infirmière vous contactera le lendemain de votre passage au CPVS, et ensuite une fois par semaine selon votre convenance.</i> ○ Rendez-vous pour la 2^{ème} et 3^{ème} dose du vaccin hépatite B à 1 semaine et 3 semaines : le/...../..... et le/...../..... entre 10h et 18h ○ Contrôle de prise de sang à 6 semaines :/...../..... entre 10h et 18h ○ Rdv infectiologue : le/...../..... àh.... ○ Contrôle prise de sang à 3 mois le/...../..... entre 10h et 18h ○ Contrôle prise de sang à 6 mois le/...../..... entre 10h et 18h ○ Rendez-vous pour la dernière dose du vaccin hépatite B à 12 mois : Le/...../..... entre 10h et 18h ○ Autre :	Prise en charge médicale
	Examens médicaux réalisés : ☐ Prise de sang (maladies sexuellement transmissibles) ☐ Test de grossesse ☐ Frottis (gonorrhée et chlamydia) Médicaments reçus : ○ Norlevo ou Ellaone (Pilule du lendemain pour diminuer le risque de grossesse) ○ Zitromax (Antibiotique pour diminuer le risque d'infection gynécologique/urologique) ○ Fasigyn (Antibiotique pour diminuer le risque d'infection gynécologique) ○ Rocéphine (Antibiotique pour diminuer le risque d'infection gynécologique/urologique) ○ Engerix (Le vaccin contre l'hépatite B) ○ Stribild diminue le risque d'être infecté par le V.I.H. Exposition de moins de 72h
En cas de question, vous pouvez nous contacter au 02/535.45.42 ou par mail : CPVS@stpierre-bru.be (Permanence 24h/24 et 7journs/7) 320, rue Haute – 1000 Bruxelles	

Prise en charge par un infectiologue au CPVS :

- o Rendez-vous Le/...../..... à H.....

Vous y recevrez vos résultats de prise de sang et la suite du traitement STRIBILD.

Date et heure du premier stribild :

Posologie et effets indésirables du Stribild :

Plus vite le traitement est pris, plus il est efficace.

TOUTE INTERRUPTION DE TRAITEMENT DIMINUE SON EFFICACITE

Le traitement par le Stribild dure **28 jours : 1 comprimé par jour**.

Le Stribild est à prendre **tous les jours à la même heure**, de préférence en mangeant.

Effets indésirables : grande fatigue et troubles digestifs (nausées, vomissements, ...)

Certains médicaments et drogues illicites peuvent interagir avec le Stribild comme les neuroleptiques, le millepertuis, la simvastatine, ...

Veillez vérifier avec le médecin si vous ne prenez pas de médicaments qui peuvent interagir avec le traitement, et signalez si vous souffrez de problème rénaux

Prise en charge médico-légale

Votre numéro de PV :

Examen médico-légal réalisé : oui / non

L'**examen médico-légal** comprend un examen médical constatant les lésions et des prélèvements médicaux et médico-légaux (recueil d'éléments de preuve éventuelle).

Si vous **décidez de porter plainte** immédiatement à votre arrivée au CPVS, il y aura une prise en charge par les services de police. Une enquête sera ouverte par le Parquet qui aura accès aux informations recueillies lors de votre examen médico-légal.

Si vous **ne souhaitez pas porter plainte**, il n'y aura pas d'intervention judiciaire et les prélèvements médicaux et médico-légaux seront conservés pendant six mois au CPVS. Si vous changez d'avis et décidez de porter plainte durant ce délai de six mois, ces prélèvements pourront être saisis par les autorités judiciaires. Au-delà de ce délai, les prélèvements ne seront plus disponibles.

Que vous décidiez de porter plainte ou non, vous pouvez également contacter le **Service d'Assistance policière aux victimes (SAPV)**: il vous accueille, vous écoute, et offre un soutien d'urgence: **02/279.77.36 ou 02/279.77.37 ou 02/279.76.37**

En cas de dépôt de plainte, le **Service Accueil des Victimes (SAV)**, qui travaille au sein de la maison de justice, peut vous accompagner tout au long de la procédure judiciaire et vous communiquer des informations sur votre dossier:

02/508.74.48 ou Accueildesvictimes.bruxelles@cfwb.be

Pirmez Mérédith

Septembre 2021

Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles : Dissociabilité des réponses, à court et long terme, aux besoins et droits des victimes ? – Analyse du discours des professionnels

Promoteur : Professeur Renard Bertrand

Conformément à la signature de la Convention d'Istanbul de 2011, trois Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles ont vu le jour en Belgique, sous forme de projet pilote en 2017. Ces centres ont pour objectif la prise en charge globale des victimes des violences sexuelles, à court terme : avec l'administration de soins médicaux, d'un support psychologique, d'une enquête médico-légale, de la possibilité de déposer plainte et d'un suivi médical global, en un seul et même lieu. Si ce type de prise en charge correspond à la réponse préconisée par les recherches en victimologie, d'autres recherches ont mis en exergue l'importance de soins s'inscrivant dans la durée. Or, le modèle de ces centres prévoit un système de référencement des victimes à des services de soins externes, pour une réponse à plus long terme. Il est dès lors utile de se questionner quant à la dissociabilité de ces deux types de réponses. L'analyse du discours des professionnels, à travers leurs pratiques informelles, permet de mettre en lumière que ces réponses peuvent être dissociées, mais ne peuvent être disjointes.