

La prise en charge des victimes de violence sexuelle: du difficile équilibre entre approche judiciaire et traitement médicalisé

Par Anne Lemonne*, Bertrand Renard** et Caroline Stappers***

RÉSUMÉ

Cette contribution vise à mettre en lumière certains des résultats d'un volet d'une recherche (UN-MENAMAIS) portant sur la mutation des modèles de prise en charge médico-légale des violences sexuelles en Belgique. Elle a identifié la coexistence actuelle de 3 modèles: le modèle du Set d'agression sexuelle (SAS), celui de l'Institut médico-légal (IML) et celui des Centres de prise en charge des violences sexuelles (CPVS). Parmi eux, le modèle du SAS et celui des CPVS ont fait l'objet d'une analyse fondée sur le discours d'acteurs professionnels et de victimes. Les manques soulevés concernant le SAS, modèle judiciaire par excellence, reçoivent une réponse partielle par l'instauration des CPVS, modèle dit «holistique». La coexistence de différents modèles accentue néanmoins l'inégalité de traitement des victimes et des auteurs et le modèle des CPVS n'est pas exempt de manquements qui lui sont propres. L'émergence des CPVS permet de surcroît de souligner les déplacements perceptibles dans les objectifs d'intervention (de la production de données judiciaires probantes à la prise en charge holistique de la victime), dans les institutions impliquées (du Palais de Justice à l'hôpital), dans l'ordre de priorités des procédures en œuvre (de la plainte judiciaire au soin et au soutien de la victime). Autant d'indices de la remise en question du droit pénal comme principal mode de réaction et des prémisses d'une régulation extrajudiciaire du phénomène des violences sexuelles.

Mots clés: examen médico-légal, victimes, violence sexuelle, approche intégrée.

ABSTRACT

This contribution aims to highlight some of the results of a research (UN-MENAMAIS) on the mutation of forensic care models in Belgium. It identified the current coexistence of 3 models: the Sexual Assault Set (SAS) model, the Forensic Institute (FI) model and the SACCs (Sexual Assaults Care Centers) model. Among them, two were analyzed based on the discourse of professional actors and victims. The shortcomings raised concerning the SAS, a "judicial" model, are partially addressed by the introduction of the SACCs, a so-called "holistic" model. The coexistence of the different models nevertheless accentuates the inequality of treatment of victims and perpetrators and the SACC's model is not free of shortcomings. The emergence of the SACCs also makes possible to underline the perceptible shifts in the objectives of the interventions (from the production of relevant judicial data to the holistic care of the victims), in the institutions

involved (from the courthouse to the hospital), in the order of priorities of the procedures implemented (from the judicial complaint to the care and support of the victim). These are all indications of the questioning of criminal law as the main framework of analysis and the premises of an extrajudicial regulation of the phenomenon of sexual violence.

Key words: forensic examination, victims, sexual violence, integrated approach.

Introduction

La prise en charge médico-légale des victimes de violence sexuelle en Belgique est actuellement en pleine mutation. Officiellement, pendant près de trois décennies, le Set d'Aggression Sexuelle (SAS) a été considéré comme la solution idéale pour préserver les traces et fournir des preuves matérielles de viols et d'agressions sexuelles au magistrat. Toutefois, plus récemment, conformément à la Convention européenne sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, également connue sous le nom de Convention d'Istanbul (2011), des Centres de prise en charge des violences sexuelles (CPVS) ont été créés, conférant aux acteurs de la santé un rôle central dans la prise en charge des victimes de violence sexuelle.

Malgré les objectifs ambitieux alloués à cette prise en charge médico-légale sur le plan international et national dans l'élucidation des infractions à caractère sexuel notamment, peu de recherches scientifiques s'y sont consacrées¹. La recherche belge UN-Menamais (*UNderstanding the MEchanisms, NAture, MAgNitude and Impact of Sexual violence in Belgium*)² portant, entre autres, sur la construction sociohistorique et technique du SAS et sur son impact sur d'autres dispositifs médico-légaux en matière de violence sexuelle existants ou à venir en Belgique, a eu pour ambition d'y remédier modestement (Keygnaert *et al.*, 2021).

Cette contribution vise à mettre en lumière quelques-uns des résultats de cette recherche afin d'illustrer certains des enjeux qui entourent actuellement la prise en charge des victimes de violence sexuelle: quels sont les modèles sous-jacents dans les dispositifs de prise en charge médico-légale des victimes de violence sexuelle? Quels sont les besoins des victimes auxquels ces modèles de prise en charge répondent effectivement? Quelle expérience est vécue par les victimes durant de telles prises en charge? etc.

1. Les modèles de prise en charge médico-légale sous la loupe: méthodologie

Selon les choix méthodologiques adoptés dans le cadre de la recherche UN-MENAMAIS, une analyse des textes normatifs qui instituent les dispositifs de prise en charge médico-légale en Belgique a été réalisée, ainsi qu'une

* Dr, chercheuse en Criminologie à la DO Criminologie de l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie et Maitresse de conférences à la Faculté de droit et de criminologie de l'Université Libre de Bruxelles

** Dr, chercheur en Criminologie à la DO Criminologie de l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie, Professeur à l'UCLouvain, chargé d'enseignement à l'UCLille ainsi qu'à l'Université de Namur

*** Msc, chercheuse à la DO Criminologie de l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie et doctorante à la KULeuven

analyse des discours et pratiques de professionnels et de victimes qui y sont confrontés.

D'une part, cinquante acteurs professionnels, impliqués dans la prise en charge des violences sexuelles (magistrats, policiers, médecins légistes, médecins spécialistes -gynécologues, infirmières médico-légales et médecins spécialistes du VIH-, travailleurs de l'aide psychosociale et juridique aux victimes et experts en ADN) ont été interrogés au moyen d'entretiens semi-structurés. Les objectifs de ces entretiens étaient (1) de mieux comprendre les conditions structurelles et organisationnelles dans lesquelles les pratiques médico-légales actuelles se développent; (2) de décrire l'expérience pratique et identifier des enjeux et difficultés qu'ont les acteurs du SAS ou d'autres pratiques médico-légales; (3) de mieux comprendre la perception qu'ont ces acteurs des expériences et des attentes des victimes.

D'autre part, 11 victimes ont été interrogées par le biais d'entretiens semi-structurés également. Ces personnes ont été recrutées via des médias sociaux et grâce à la collaboration d'autorités judiciaires et policières, d'hôpitaux ou encore de services d'aide aux victimes. L'ambition de ce volet de l'enquête était cette fois de mieux comprendre (1) les expériences des victimes de violence sexuelle en général, (2) leurs expériences du SAS ou d'autres pratiques médico-légales ainsi que (3) de l'intervention des acteurs qui sont impliqués.

Les discours de ces différents acteurs ont fait l'objet d'une analyse par théorisation ancrée, qui consiste en une démarche itérative de théorisation progressive d'un phénomène à partir de données empiriques de terrain (Strauss et Corbin, 1990; Paillé, 1994). Ces analyses ont mené à différents constats qui illustrent, selon nous, des enjeux importants entourant la prise en charge médico-légale aujourd'hui, en particulier pour les victimes de violence sexuelle.

2. Quelques enjeux de la prise en charge médico-légale en Belgique

2.1 Concurrence de modèles et inégalité de traitement des victimes et des auteurs

Le modèle du SAS est le premier modèle qui fut créé en Belgique pour recueillir, lors d'un examen médical, des traces de violences sexuelles sur le corps de victimes. Il repose tout d'abord sur la création d'un instrument: le kit SAS qui est une boîte contenant des instructions, du matériel et des informations pour le médecin requis qui réalise la procédure médico-légale sur la victime. Ce kit contient un processus en 24 étapes pour favoriser la collecte des échantillons et la production des preuves afin de mieux poursuivre les auteurs d'infractions sexuelles. Les analyses de ces échantillons visent à apporter un éclairage scientifique sur les éléments matériels liés à l'enquête et à apporter une réponse sur l'identité du délinquant (Taeymans *et al.*, 2014). Mais le modèle SAS ne consiste pas uniquement en un instrument pratique. Il est aussi encadré par une

procédure qui entoure son usage et implique l'action de différents acteurs (médicaux, policiers, judiciaires, parajudiciaires). Cette procédure a été créée à la suite de la loi du 4 juillet 1989 modifiant certaines dispositions relatives au crime de viol et est régie par des circulaires ministérielles. La mise en œuvre de ce modèle a été évaluée de manière approfondie par différents acteurs professionnels qui y concourent en 2012 (Taeymans *et al.*, 2014), en conséquence de quoi, de nombreuses réglementations et recommandations concernant son application ont été adoptées et mises en place. Après plusieurs révisions, c'est la circulaire du collège des Procureurs Généraux du 23 février 2017 relative au SAS qui en régit l'usage (COL 04/2017).

La procédure SAS peut donc être considérée comme le modèle «historique». Sur réquisition d'un magistrat, un médecin de garde (le plus souvent un médecin généraliste ou urgentiste), sans formation structurelle (il ne s'agit pas d'un médecin légiste), réalise des prélèvements de traces sur la victime. La procédure correspond aussi à un modèle que l'on peut qualifier de «judiciaire» puisqu'elle place les décisions des acteurs judiciaires (pénaux)³ ainsi que la plainte de la victime comme conditions centrales pour le recours au SAS⁴. Ce caractère judiciaire reste fortement marqué même si l'«écoute», l'«empathie» et l'échange d'informations entre la victime et les acteurs pénaux, les conditions d'accueil par la police et les médecins qui effectuent le SAS, l'existence de protocoles de coopération avec les hôpitaux, etc. font partie des recommandations des dernières circulaires en la matière.

Parallèlement à cette approche «judiciaire» de prise en charge médico-légale des victimes de violence sexuelle, une approche plus globale de ces victimes a vu le jour ces dernières années, préconisée par des recommandations et politiques menées sur le plan international. La Belgique a en effet introduit dès novembre 2017, des «Centres de prise en charge des violences sexuelles» (CPVS)⁶, sur base de deux études de faisabilité, l'une menée dans la province de Flandre orientale en 2014 (Keygnaert & Roelens, 2015), l'autre menée au niveau national (Keygnaert *et al.*, 2016)⁷. Les CPVS belges, dont le modèle s'inspire d'expériences étrangères, proposent une approche cette fois non plus purement judiciaire, mais «holistique» des victimes de violence sexuelle⁸, par l'apport de soins médico-légaux certes, mais enchâssés cette fois dans une approche psychomédicosociale plus large. Non seulement la prise en charge médico-légale est assurée par une infirmière médico-légale cette fois, mais est possible, et c'est sans doute là un des aspects les plus innovants, même sans que la victime ait porté plainte préalablement ou ne se soit présentée dans un commissariat de police. Enfin, quand elle prend place, les besoins de la victime (médicaux, psychosociaux), son expérience, se trouvent également au centre de l'intervention médico-légale puisque l'histoire contée par la victime y scande le prélèvement de traces pertinentes.

Actuellement, en Belgique, le SAS et le CPVS fonctionnent côte à côte (cf. *infra*)⁹. Cependant, notre recherche a révélé qu'à leur côté, un troisième modèle de prise en charge médico-légale des victimes de violence sexuelle existait de longue date: celui de l'Institut médico-légal (IML). Au sein de certains arrondissements judiciaires, le magistrat saisi va en effet confier l'examen de la victime à un médecin légiste, qui fera usage ou non du SAS pour réaliser son examen. Ce médecin légiste dispose de connaissances et d'une expertise spécifique concernant la collecte de traces.

Ces trois modèles se distinguent sur plusieurs aspects: la qualité de la personne qui intervient (un médecin de garde, un médecin légiste et un infirmier médico-légal), le cadre dans lequel les victimes sont prises en charge (un hôpital, un institut médico-légal ou un centre de soins) et où se déroule l'examen médico-légal. Le modèle SAS et le modèle IML impliquent une approche très judiciaire visant avant tout à recueillir des preuves sur le corps de la victime. Ces deux premiers modèles se distinguent néanmoins par l'expertise médico-légale des personnes qui interviennent (un médecin de garde sans formation médico-légale versus un médecin légiste). Dans le modèle des CPVS, l'accent est mis conjointement sur des objectifs médicaux, médico-légaux et psychosociaux.

En Belgique, le modèle des CPVS est présenté aujourd'hui par le politique, la presse et ses initiateurs comme le modèle idéal pour la prise en charge des victimes de violence sexuelle (Keygnaert *et al.*, 2021; Plan d'Action National, 2021-2025, p.91). Mais il n'y est toujours pas appliqué à grande échelle, ce qui entraîne, selon un certain nombre des enquêtés, une inégalité de traitement des victimes (mais aussi des auteurs) par rapport à l'examen médico-légal et à ses effets. Par exemple, si les centres existent, ils sont toujours inégalement répartis sur le territoire national. Quant aux IML, ils sont en nombres réduits, tout comme le nombre de médecins légistes qui jouissent pourtant d'une expertise approfondie en la matière. Cela signifie que, selon l'endroit où se trouve une victime, elle n'a pas accès aux mêmes prises en charge médico-légales ni aux mêmes soins et soutiens psychologiques. Les victimes seront en effet renvoyées vers l'un ou l'autre des dispositifs (SAS, CPVS, IML) non par choix, mais selon le lieu où elles iront déposer plainte ou encore de la disponibilité et proximité du service requis.

2.2 Des procédures à géométrie variables et loin de répondre à l'ensemble des besoins judiciaires et psychosociaux des victimes de violence sexuelle

Lors de l'analyse spécifique de la procédure SAS, les entretiens avec les acteurs professionnels et les victimes ont révélé qu'il existe un manque d'homogénéité dans la mise en pratique de cette procédure.

Il existe, notamment, de grandes divergences dans la manière dont une victime est informée, accueillie et accompagnée après avoir consenti au SAS¹⁰, dans le statut des médecins qui administrent le SAS¹¹ ou

encore dans les types de coopération entre les prestataires de soins psychomédicosociaux et les agents du système judiciaire (police et magistrature). Dans plusieurs arrondissements, la coopération semble en effet faire défaut.

Il existe également un manque de compréhension mutuelle entre les acteurs médicaux et judiciaires dont les attentes sont parfois éloignées. Ainsi, la logique d'intervention médicale ne répond pas toujours adéquatement aux exigences de préservation des éléments de preuve. Cela se traduit aussi, par exemple, dans la méconnaissance de la procédure judiciaire et de l'impact relatif de l'examen sur la détermination de la preuve dans le chef des médecins; dans la difficulté d'interprétation des résultats d'un SAS éprouvée par des magistrats; par des questions liées au secret médical dans le chef de médecins; par le fait que les magistrats souhaitent avant tout que les meilleures preuves soient établies, tandis que les médecins souhaitent les meilleurs soins pour leurs patients.

Bien qu'il existe des différences dans la perception des acteurs professionnels en fonction de leur position, de leur rôle et des ressources organisationnelles et structurelles spécifiques dans la mise en œuvre du SAS, les entretiens menés avec les acteurs professionnels montrent que tous s'accordent sur certains points: des délais d'attente trop longs pour la victime qui doit faire l'objet d'un SAS; le manque de temps et de formation des médecins qui administrent le SAS (dans la pratique, il s'avère souvent que c'est un médecin assistant qui a peu d'expérience en la matière qui effectue le prélèvement); le manque d'attention accordée à l'histoire de la victime lors de la collecte des traces (en raison du manque de formation, certains médecins ont tendance à franchir toutes les étapes du SAS et, par conséquent, à prélever des échantillons qui ne seraient pas nécessaires si l'histoire de la victime était prise en compte comme c'est le cas dans le cadre de la prise en charge par les CPVS); le manque de complément «médical» systématique à la procédure SAS (qui prend en compte la santé physique et mentale de la victime -contrôle des MST, des grossesses non désirées, contrôle psychologique, social et juridique).

En outre, les acteurs interrogés ont dénoncé le manque de moyens disponibles en vue d'une bonne coopération et coordination entre les acteurs, y compris un retour d'information mutuel systématique sur la qualité des échantillons collectés, sur leur analyse éventuelle, sur leur prise en compte, sur le suivi général donné à la victime par les différents acteurs. Selon de nombreux acteurs, ces aspects ont un impact négatif sur les victimes, non seulement en termes de qualité de leur accueil et de leur soutien, mais aussi en termes de pertinence et d'impact futur de ce type de recherche sur le processus judiciaire. L'absence de retour d'information sur l'impact du SAS sur le processus judiciaire a également été dénoncée à plusieurs reprises.

Enfin, la dernière difficulté soulevée est que, pour qu'un SAS soit administré avec le consentement de la victime, il faut que cette dernière

soit en capacité de reconnaître que ce qu'elle a vécu est une violence sexuelle. De plus, les résultats du SAS seuls ne sont pas toujours suffisants et complètent d'autres éléments de preuves disponibles. En effet, la preuve d'un contact sexuel n'est pas suffisante pour poursuivre quelqu'un en Belgique. La question de savoir s'il y a eu absence de consentement est centrale pour la condamnation pour violence sexuelle par un tribunal. Nombre des observations mentionnées ci-dessus sont confirmées par les entretiens menés avec les victimes de violence sexuelle (attentes trop longues, difficulté de reconnaissance de la violence sexuelle, qualité de l'accueil dans les commissariats et hôpitaux), mais ces victimes révèlent aussi leurs propres besoins. Leurs principales critiques sont néanmoins: le manque d'information sur la procédure SAS, mais aussi sur le suivi du dossier judiciaire et sur l'impact des résultats des prélèvements sur les décisions prises par les autorités judiciaires.

Outre l'évaluation brièvement décrite ci-dessus relative aux pratiques du SAS, l'équipe de recherche a également pu recueillir des résultats sur les autres modèles de prise en charge médico-légale des violences sexuelles en Belgique, en particulier concernant les récents CPVS. Le modèle du CPVS est, selon l'avis des répondants, plus réactif aux besoins des victimes à différents niveaux (médico-légal, psychologique, social) et les victimes peuvent obtenir de l'aide dans un CPVS sans déposer de plainte et donc sans contacter la police. Un certain manque d'homogénéité en termes de qualité d'intervention, liés à des enjeux institutionnels et organisationnels locaux, a néanmoins été soulevé par différents acteurs interrogés au cours de l'enquête. De plus, bien que les victimes ne doivent plus obligatoirement avoir porté plainte pour bénéficier d'une prise en charge médico-légale, l'incapacité des victimes, des auteurs et de leurs proches à reconnaître et à nommer la violence sexuelle demeure. À défaut de cette reconnaissance, certaines victimes ne se présentent donc pas dans un CPVS. En outre les CPVS ne délivrent pas une approche aussi «holistique» par rapport aux victimes de violence sexuelle que ce que le discours politique et scientifique énonce parfois (Baert, & Keygnaert, 2019; Peeters *et al.*, 2019). Le système n'offre en effet qu'une aide et un soutien à court terme, alors que les conséquences des violences sexuelles, comme l'ont montré les entretiens avec les victimes, se font sentir à très long terme. Un manque d'information concernant les réseaux d'assistance déjà existants et un manque de connaissances juridiques laissent par ailleurs les acteurs professionnels de ces CPVS parfois bien en peine de répondre aux attentes à plus long terme des victimes sur le plan psychosocial ou judiciaire. Enfin, il n'y a à ce jour aucune évaluation scientifique relative à l'impact de l'enquête médico-légale sur le processus judiciaire. Les prélèvements sont effectués par des personnes mieux formées, à savoir des infirmières médico-légales, mais l'impact de ces prélèvements sur le dossier judiciaire reste à ce jour inconnu tant pour les acteurs de terrain que dans les milieux scientifiques.

Conclusion

Le bilan autour de la prise en charge médico-légale des victimes de violence sexuelle en Belgique démontre la coexistence actuelle de 3 modèles, celui historique de la procédure fondée sur l'outil SAS, celui holistique de la mise en place des CPVS et celui plus spécialisé, mais aussi plus localisé des IML. Les deux premiers (SAS et CPVS) ont fait l'objet d'une analyse fondée sur le discours d'acteurs professionnels et de victimes. Il est ressorti de cette recherche que les manques soulevés au sujet du dispositif SAS reçoivent une réponse partielle dans la création du dispositif des CPVS. Mais cette étude permet aussi de mettre en évidence d'une part que la coexistence actuelle des différents modèles accentue l'inégalité de traitement des victimes (et des auteurs), dès lors que les progrès développés au sein des CPVS au profit des victimes ne touchent que les victimes, encore peu nombreuses, qui ont l'opportunité d'y avoir accès. D'autre part, que le modèle des CPVS n'est pas exempt de manquements qui lui sont propres, ce qui montre l'importance de continuer à faire évoluer le modèle qui sera bientôt appliqué de manière principale en Belgique.

Enfin, l'émergence récente des CPVS permet de souligner les déplacements perceptibles dans les objectifs d'intervention (de la production de données judiciaires probantes à la prise en charge holistique de la victime), dans les institutions impliquées (du Palais de Justice à l'hôpital), dans l'ordre de priorité des procédures en œuvre (de la plainte judiciaire au soin et au soutien de la victime)...

Ces évolutions nous semblent autant d'indices d'une remise en question du droit pénal comme principal cadre de réaction aux violences sexuelles et les prémises d'une régulation extrajudiciaire de ce phénomène.

Bibliographie

- Baert, S., & Keygnaert, I. (2019). *Wetenschappelijk evaluatierapport pilootproject Zorgcentra na Seksueel Geweld*. Universiteit Gent. Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg. International Centre for Reproductive Health.
- Campbell, R., Patterson, D., & Lichty, L.F. (2005). "The Effectiveness of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Programs. A Review of Psychological, Medical, Legal, and community Outcomes". *Trauma, Violence & Abuse*.
- Circulaire n° 04/2017 du Collège des Procureurs généraux près les cours d'appel, 23 février 2017.
- Du Mont, J. (2007). The uses and impacts of medico-legal evidence in sexual assault cases: A global review. World Health Organization.
- Du Mont, J., White, D., & McGregor, M.J. (2009). Investigating the medical forensic examination from the perspectives of sexually assaulted women. *Social Science & Medicine*, 68(4), 774-780. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.11.010>
- Joiris, S. (2014). L'après viol ou le parcours d'une victime de violence sexuelle en Belgique francophone: Enquête auprès des acteurs de terrain. 7 mars 2014.

- Amnesty International Belgique Francophone. <https://www.amnesty.be/camp/droits-des-femmes/le-violen-belgique/article/enquete-l-apres-viol-ou-le-parcours-d-une-victime-en-belgiquefrancophone-lang=fr>. [7th November 2017]
- Keygnaert, I., & Roelens, K. (2015). *Haalbaarheid & Wenselijkheid van het model 'referentiecentra seksueel geweld' in de Provincie Oost-Vlaanderen*: Ghent; 2015. [Onderzoeksrapport].
- Keygnaert, I., van Impe, M., & Van Braeckel, D. (2016). *Naar een hollistische aanpak van seksueel geweld in België: Eindrapport haalbaarheidsstudie centra seksueel geweld*. Universiteit Gent-ICRH.
- Keygnaert, I., De Schrijver, L., Inescu, A., Schapansky, E., Nobels, A., Hahaut, B., Stappers, C., Debaux, Z., Lemonne, A., Renard, B., Weewauters, M., Nisen, L., Vanderbeken, T., Vandeviver, C. (2021), «Understanding the Mechanisms, Nature, Magnitude and Impact of Sexual Violence in Belgium.» Final Report. BRAIN-be (Belgian Research Action through Interdisciplinary Networks). Brussel: Belgian Science Policy.
- Paillé, P. (1994). «L'analyse par théorisation ancrée», *Cahier de recherche sociologique*, n°23.
- Peeters, L., Vandenberghe, A., Hendriks, B., Gilles, C., Roelens, K., & Keygnaert, I. (2019). Current care for victims of sexual violence and future sexual assault care centres in Belgium: The perspective of victims. *BMC International Health and Human Rights*, 19(1), 21.
- Plan d'action national de lutte contre les violences basées sur le genre. Axes stratégiques et mesures clés (2021-2025).
- Strauss, A., Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research*. Newbury Park (Calif.). Sage.
- Taeymans, M., Defour, M.-E., Gengoux, V., & Marcotte, A. (2014). *Eindrapport evaluatie van de COL10/2005 inzake de Seksuele Agressieset. Dienst voor Strafrechtelijk beleid en NICC*. https://nicc.fgov.be/upload/files/Agenda/sas_rapport_final_ndl140204_5.pdf
- World Health Organization (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. WHO. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf>

Notes

- ¹ Voir à ce propos, Du Mont (2007) et Du Mont, et al (2009).
- ² UN-Menamais (*Understanding the Mechanisms, Nature and Impact of Sexual Violence in Belgium*) est un projet de recherche qui a été financé, de 2017 à 2021, par la Politique scientifique belge, dans le cadre de son programme Brain.be. Il a impliqué un consortium de recherche réunissant des chercheurs de l'UGent (ICRH en IRCP), de l'INCC, de l'Ulg, ainsi que des membres de l'Institut belge pour l'égalité entre les femmes et les hommes (IEFH) et de l'association sans but lucratif «Respect Senior». Pour plus d'informations concernant la recherche, voir le rapport final de la recherche sur https://www.belspo.be/belspo/brain-be/projects/FinalReports/UN-MENAMAIS_FinalRep_v2.pdf (Keygnaert et al., 2021)
- ³ En cas de viol ou d'attentat à la pudeur, la procédure spécifie notamment que la police doit contacter le parquet pour obtenir des instructions. Le prélèvement d'un SAS relève de l'article 90bis du Code de procédure pénale relatif à l'examen du corps. Cela signifie que le procureur du Roi peut ordonner un examen du corps en flagrant délit ou si une victime majeure donne son consentement écrit. Dans tous les autres cas, elle doit être ordonnée par un juge d'instruction, la chambre d'accusation ou la cour ou le tribunal saisi du crime ou de la faute professionnelle (COL 04/2017). Après l'examen, le magistrat doit décider si une expertise des échantillons prélevés est nécessaire ou non.
- ⁴ Cette disposition implique notamment qu'une victime ne peut faire l'objet d'un SAS que si elle porte plainte. En outre, un SAS doit idéalement être réalisé dans les 24 heures suivant les faits et au maximum 72 heures après les faits (exceptionnellement, jusqu'à une semaine après l'événement). Les victimes qui déposent plainte à un moment ultérieur ne peuvent donc pas être soumises à une procédure SAS.

- ⁵ Dans la COL 04/2017, il est notamment précisé qu'une victime qui vient déposer une plainte doit être reçue dans une pièce séparée avec l'empathie et l'écoute nécessaires de la part du policier. Elle doit par exemple être informée du déroulement et du but du SAS et donner son consentement écrit et être accompagnée et assistée par la police dans la suite des démarches.
- ⁶ Les trois premiers centres ont été établis sur le territoire belge (Bruxelles, Gand et Liège) en 2017 et, suite à une évaluation jugée positive, le gouvernement a été décidé de déployer sur l'ensemble du territoire 7 nouveaux centres (à Anvers et Charleroi en 2021, Roulers et Leuven en 2022, et à Genk, Arlon et Namur en 2023).
- ⁷ Ces études ont notamment montré que si, jusqu'alors, un soutien médical pouvait être offert dans tous les hôpitaux aux victimes de violence sexuelle, le soutien psychosocial était quant à lui rarement proposé en dehors des heures de bureau. Elles soulignaient aussi que persistaient de grandes différences dans la qualité de la prise en charge médico-légale entre les hôpitaux, en raison de l'expertise du médecin qui effectuait ces examens (généralement un gynécologue ou un médecin urgentiste qui n'était pas formé pour effectuer un SAS), mais aussi selon l'existence de protocoles d'accord ou non entre l'hôpital, la police et les autorités judiciaires pour le transport, le stockage et l'analyse du SAS (Keygnaert & Roelens, 2015). Enfin, le caractère hautement invasif et revictimisant de plusieurs étapes de la procédure SAS pour les victimes était mis en évidence (Keygnaert et al., 2016).
- ⁸ Ils visent en effet à leur fournir des soins d'urgence et un suivi en un seul endroit et par le biais d'infirmières médico-légales soutenues par une équipe de professionnels spécialisés (Keygnaert et al., 2016; Organisation mondiale de la santé, 2003). Situés près d'un service d'urgence, dans l'enceinte de l'hôpital, les CPVS possèdent néanmoins une entrée séparée et sont accessibles 24h/24 et 7j/7 pour les soins médicaux, psychosociaux et médico-légaux (Campbell et al., 2005). L'infirmière médico-légale est entièrement responsable de l'offre de ces trois différentes formes de soins. Dans des cas spécifiques, il peut être fait appel à une équipe de professionnels tels qu'un pédiatre, un gynécologue, un urologue, un médecin légiste ou un psychiatre.
- ⁹ Pour mieux comprendre le parcours d'une victime de violence sexuelle en Belgique et son évolution, nous renvoyons le lecteur à Joiris (2014) et Amnesty International Belgique Francophone (2017).
- ¹⁰ Bien que la circulaire COL 04/2017 exige qu'une victime soit reçue dans une pièce séparée et qu'elle soit informée de la procédure, notre enquête a révélé que ce n'est pas toujours le cas en pratique. Certaines victimes reçoivent en effet des informations, un accueil et un soutien de la part de services spécifiquement formés à la question des violences sexuelles, tandis que d'autres sont accompagnées par des acteurs moins spécialisés.
- ¹¹ Parfois, le médecin est un médecin légiste, qui a une expérience a priori dans l'identification des traces pertinentes (et qui ne suivra pas le SAS au sens strict). Dans la plupart des cas, cependant, le SAS est effectué par un médecin spécialiste, le plus souvent un gynécologue ou un médecin urgentiste (souvent stagiaire) qui a peu d'expérience dans ce domaine.