

UN-MENAMAIS : Compréhension des Mécanismes, Nature, Magnitude et Impact de la Violence Sexuelle en Belgique

Un projet financé par Belspo (2017-2021)

L'ÉTUDE UN-MENAMAIS : PRINCIPAUX RÉSULTATS ET RECOMMANDATIONS POUR LA PRÉVENTION ET LA RÉPONSE AUX VIOLENCES SEXUELLES EN BELGIQUE

15 juin 2021

COORDINATRICE PROJET :

Prof dr Ines Keygnaert, Université de Gand-ICRH

Ines.Keygnaert@ugent.be

MEMBRES DU CONSORTIUM :

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

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

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

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

Evelyn Schapansky, chercheuse et psychologue clinicienne, UGent-IRCP

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

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

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

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

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

Caroline Stappers, chercheuse, Criminology department NICC

Dr. Nicolas Berg, médecin en gériatrie, Respect Seniors

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

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

Table des matières

PERSONNES HABITANT EN BELGIQUE, ÂGÉES ENTRE 16-69 ANS	3
1. Prévention et formation	3
2. Des soins accessibles, abordables et de qualité	5
3. Communications et campagnes de sensibilisation	6
4. Besoins supplémentaires en matière de recherche	7
PERSONNES ÂGÉES	9
1. Communications et campagnes de sensibilisation	9
2. Formation	10
3. Prévention et soins	10
4. Besoins supplémentaires en matière de recherche	11
GROUPES MINORITAIRES	13
1. Prévention et formation	13
2. Des soins accessibles, abordables et de qualité	14
3. Communication	15
4. Besoins supplémentaires en matière de recherche	16
ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX	18
1. Des soins de qualité et accessibles	18
2. Formations et actions	19
3. Besoins supplémentaires en matière de recherche	20

PERSONNES HABITANT EN BELGIQUE, ÂGÉES ENTRE 16-69 ANS

Principaux résultats :

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

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

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

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

1. Prévention et formation

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

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

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

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

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

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Peu de victimes ont indiqué avoir cherché formellement de l'aide (7%). La recherche d'aide se produit lorsque les victimes s'attendent à pouvoir obtenir de l'aide auprès d'un soignant spécifique, que ce dernier répondra de manière respectueuse à la divulgation des violences subies et montrera qu'il est compétent en la matière. Cependant, les professionnels de la santé mentale ont indiqué ailleurs que les possibilités de formation étaient insuffisantes pour se spécialiser dans la prise en charge des traumatismes (sexuels) et acquérir les qualifications professionnelles nécessaires pour prendre en charge les traumatismes et les troubles liés au stress¹, entraînant une pénurie d'experts en Belgique et de longues listes d'attente. En outre, l'absence de formations en matière de soins tenant compte des traumatismes pour l'ensemble des professionnels de santé accroît le risque de passer à côté de violences sexuelles, empêchant une intervention précoce et conduisant à un retard dans l'orientation des patients.

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

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

¹ De Schrijver, E., Platinck, S., Kool, U., De Schrijver, L., & Uzieblo, K. (2021). Competentieprofiel voor Klinisch Psychologen met Expertise in Psychotrauma. Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen (IGVM).

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

2. Des soins accessibles, abordables et de qualité

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

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

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

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

services de soins et des services médico-légaux (p.ex. hôpital, CPVS, institut médico-légal, assistance psychologique).

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

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

Page | 6

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

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : *De nombreuses victimes souffrent financièrement car elles ne peuvent participer (à temps plein) au marché du travail comme elles le souhaiteraient en raison des conséquences psychologiques. Afin de compenser cela, il est recommandé de fournir un soutien financier aux victimes pendant la période de rétablissement après un traumatisme. De nombreuses victimes indiquent que les conséquences des violences sexuelles subies n'apparaissent souvent, ou qu'elles n'en prennent conscience, que plusieurs années après que l'évènement se soit produit ou ait commencé. La santé mentale des victimes est, comparativement aux personnes n'ayant jamais subi de violences sexuelles, moins bonne selon plusieurs indicateurs : présence de symptômes dépressifs (60% vs 41%), comportements d'automutilation (22% vs 10%) et de tentatives de suicide (12% vs 4%). Les symptômes liés aux troubles anxieux (24% vs 13%) et au stress post-traumatique (21% vs 8%) sont également plus élevés chez les victimes que chez les non-victimes. L'accessibilité à des formes mixtes de soins psychologiques fondés sur des preuves doit être améliorée pour tous les âges.*

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

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

3. Communications et campagnes de sensibilisation

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

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

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

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

4. Besoins supplémentaires en matière de recherche

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

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

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

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

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

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

PERSONNES ÂGÉES

Principaux résultats :

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

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

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

Page | 9

1. Communications et campagnes de sensibilisation

1.1. Inclure les personnes âgées en tant que groupe à risque pour les violences sexuelles dans les plans d'action, ainsi que dans les programmes nationaux et régionaux concernant la santé (sexuelle), la violence (sexuelle), la maltraitance et la négligence envers les personnes âgées.

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

1.2. Sensibilisation de la société à la sexualité positive et au respect de l'intimité sexuelle chez les personnes âgées, ainsi que la prévention de la violence sexuelle et d'autres formes de violences envers les personnes âgées.

Les résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Nous avons constaté que 31% des adultes de 70 ans et plus vivant en Belgique sont sexuellement actifs et que 32% ont expérimenté de la tendresse physique au cours des 12 derniers mois. Néanmoins, les personnes âgées sont encore trop souvent considérées

comme asexuelles par la société. Cette croyance sociétale peut favoriser le déni de la violence sexuelle chez les personnes âgées ou empêcher le processus d'identification de la violence pour ces derniers.

2. Formation

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

Les résultats de la recherche UN-MENAMAIS : *La majorité des victimes âgées (60%) n'a jamais divulgué leur expérience de violence sexuelle et 94 % de l'échantillon n'a jamais cherché d'aide auprès d'un professionnel de santé. De plus, les victimes âgées souhaitent que les professionnels de la santé entament spontanément la discussion sur la question de la santé sexuelle et des violences sexuelles. Cependant, des recherches antérieures ont montré que de nombreux professionnels de la santé ne se sentent pas à l'aise pour aborder les thématiques de la sexualité et des violences sexuelles avec les personnes âgées.*

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

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

3. Prévention et soins

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

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

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

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

4. Besoins supplémentaires en matière de recherche

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

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

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

Les résultats de la recherche UN-MENAMAIS : *Cette étude a montré que les personnes âgées sont prêtes à parler de violence sexuelle. Discuter de la vie familiale et de la santé sexuelle au début de l'entretien a permis aux participants de créer un lien de confiance avec les enquêteurs, ce qui les a aidé à divulguer les violences sexuelles plus tard. De plus, nous avons formé nos enquêteurs à la communication sans jugement. Néanmoins, notre approche n'était pas encore validée dans un contexte clinique. Les directives actuelles sur l'évaluation et la réponse aux violences sexuelles ne sont disponibles que pour les enfants et les adolescents. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour vérifier si ces lignes directrices peuvent être extrapolées à la violence sexuelle chez les personnes âgées.*

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

Les résultats de la recherche UN-MENAMAIS : *En 2017, un groupe de scientifiques, de praticiens et de politiciens, québécois et canadiens, ont défini le concept de négligence sexuelle comme « un manquement à l'obligation de protection de la vie privée, le non-respect de l'orientation sexuelle ou de*

l'identité de genre d'une personne, le fait de traiter les personnes âgées comme des êtres asexuels et/ou de prévenir d'exprimer leur sexualité, etc. ». Nous soutenons que la négligence sexuelle devrait être intégrée dans la définition de la violence sexuelle. Cependant, une mesure standardisée pour évaluer adéquatement la négligence sexuelle doit encore être développée.

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

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

GROUPES MINORITAIRES

Principaux résultats :

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

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

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

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

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

1. Prévention et formation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Des soins accessibles, abordables et de qualité

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

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : *Le stress minoritaire est défini comme l'impact des facteurs de stress supplémentaires que subissent les individus appartenant à des groupes minoritaires en raison de l'exposition (in)directe à la stigmatisation, aux préjugés et à la discrimination². Les personnes LGBTQIA+ qui se sont identifiées comme appartenant à un groupe minoritaire, et qui ont subi un stress minoritaire, ont indiqué avoir été exposé de façon significativement plus important que le reste de la population à différentes formes de violence sexuelle.*

² Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychologisch Bulletin*, 129(5), 674.

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

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

3. Communication

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

Résultats de la recherche de l'UN-MENAMAIS : 80% des personnes LGBTQIA+ et 84% des demandeurs de protection internationale ont déjà été exposés à de la violence sexuelle au cours de leur vie. Cependant, l'acceptation des mythes du viol est encore trop souvent observée dans les politiques actuelles, par exemple en se concentrant uniquement sur les victimes féminines blanches et des agresseurs masculins. Les groupes minoritaires devraient être inclus dans le développement de ces politiques afin de garantir une sensibilisation à la diversité ainsi que d'éviter de propager des messages stigmatisants et porteurs de stress minoritaire.

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

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

*côté la position particulièrement vulnérable des femmes musulmanes ainsi que des femmes appartenant aux groupes minoritaires.*³

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

Page | 16

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

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

4. Besoins supplémentaires en matière de recherche

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

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : En Belgique et en Europe, des études sur les violences sexuelles dans des échantillons représentatifs des populations des demandeurs de protection internationale, ainsi que des minorités sexuelles et de genre, font défaut⁴. D'une part, les études axées sur les groupes minoritaires restent rares, d'autre part les études représentatives à l'échelle nationale au sein de la population générale ne collectent pas de données qui permettraient d'identifier des sous-groupes minoritaires. Ainsi, identifier l'occurrence de phénomènes, vulnérabilités et besoins au sein de groupes minoritaires spécifiques reste trop souvent limité, en comparaison avec les études portant sur la population générale.

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

³ Vieten U.M. (2018) The New Year's 2015/2016 Public Sexual Violence Debate in Germany: Media Discourse, Gendered Anti-Muslim Racism and Criminal Law. In: Bhatia M., Poynting S., Tufail W. (eds) Media, Crime and Racism. Palgrave Studies in Crime, Media and Culture. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-71776-0_5

⁴ De Schrijver, L., Vander Beken, T., Krahé, B., & Keygnaert, I. (2018). Prevalence of sexual violence in migrants, applicants for international protection, and refugees in Europe: a critical interpretive synthesis of the evidence. International journal of environmental research and public health, 15(9), 1979. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091979>

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

ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX

1. Des soins de qualité et accessibles

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

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

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

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

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

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

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

Résultats de la recherche UN-MENAMAIS : Les Centres de prise en charge des victimes de violences sexuelles (CPVS) répondent mieux aux besoins des victimes sur le plan médico-légal, médical et psychosocial et aussi en termes de reconnaissance sociale, mais des problèmes ou des effets pervers sont encore présents. A l'heure actuelle, il n'y a pas encore de CPVS dans chaque province, ce qui signifie qu'ils ne sont pas encore disponibles pour toutes les victimes en Belgique. En outre, l'accent est actuellement mis sur les soins urgents plutôt que sur les soins à long terme. Cela place l'attention sur les victimes qui ont été récemment victimisées (violence sexuelle aiguë) et ne répond donc pas suffisamment aux besoins des victimes dont la victimisation n'est pas récente. Par ailleurs, cette

approche ne permet pas toujours d'assister de manière adéquate les victimes de violences sexuelles aiguës car le besoin d'aide n'apparaît souvent qu'à une date ultérieure, bien après que les victimes se soient rendues au CPVS. En outre, renforcer la connexion avec les réseaux psycho-sociaux existants et la connaissance des impératifs judiciaires sont des éléments qui peuvent encore faire l'objet d'améliorations.

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

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

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

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

2. Formations et actions

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

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

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

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

3. Besoins supplémentaires en matière de recherche

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

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

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

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

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

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