

Coup de projecteur sur les victimes de violences sexuelles




Résumé

La réforme du droit pénal sexuel en 2022/23 a été suivie par d'importantes propositions parlementaires pour améliorer la prise en charge des victimes de violences sexuelles dans toute la Suisse. **L'urgence d'agir dans ce domaine est reconnue au niveau national** et la mise en œuvre des mesures relève désormais de la responsabilité des cantons. Il est crucial que la qualité des soins soit garantie au-delà des frontières cantonales. **Le manque de confiance des victimes dans les points de contact exacerbe l'expérience traumatisante de la violence sexualisée** : si une personne demande de l'aide, elle doit actuellement contacter une grande variété de spécialistes et de points de contact et **s'occuper elle-même des consultations individuelles**. Dans le même temps, les expériences avec la police, le système judiciaire, les services d'aide aux victimes et la médecine varient considérablement.

Lors d'entretiens avec des parties prenantes et d'un « Franxini Fireside Chat » avec des représentant·e·s de la science, de la politique, de l'administration, de la médecine, des entreprises et de la société civile, un constat clair s'est dégagé : la coopération entre les acteurs et actrices des soins est largement insuffisante. Cette rencontre a permis d'identifier d'autres points faibles : le manque de formation et de perfectionnement des spécialistes impliqué·e·s, le manque de données pour une prise en charge fondée sur des preuves pour les victimes et une sensibilisation insuffisante de la société. Par ailleurs, la prise en charge et l'accompagnement des victimes s'adressent en priorité aux femmes adultes. Les personnes de sexe masculin, non binaires et mineures sont considérées comme des exceptions et les services spécialisés ne sont donc pas préparés, ou seulement de manière limitée, à leur traitement et à leur accompagnement. Cela signifie que non seulement la base juridique doit être améliorée, mais il faut aussi reconsidérer les processus actuels de prise en charge des victimes de violences sexuelles au sein des points de contact.

C'est là qu'intervient le projet « **Coup de projecteurs sur les victimes de violences sexuelles** » : la victime a besoin du soutien d'un personnel spécialement formé tout au long du processus de guérison et de traitement et pas seulement de consultations individuelles dans des domaines spécialisés. **Le protocole « COINVITAL » propose une telle prise en charge et un soutien holistique aux victimes**, qui répond aux défis mentionnés ci-dessus.

 Ce livre blanc s'est basé sur des entretiens avec des parties prenantes et un « **Franxini Fireside Chat** » avec des représentant·e·s de la science, de la politique, de l'administration, de la médecine, de l'économie et de la société civile dans le cadre du projet Franxini **Innovation Hub** de l'association Reatch. La rédaction du livre blanc et l'élaboration de propositions de solutions concrètes relèvent de la responsabilité et du pouvoir de décision des auteurs et autrices impliqué·e·s sous la direction de Rahel Schmidt.



Le protocole « COINVITAL » se veut être un accompagnement et une supervision holistique des victimes et repose sur les principes suivants :

Collaboratif : les acteurs et actrices impliqués dans le processus travaillent ensemble et se coordonnent.

Individuel : les étapes individuelles du processus et le processus global doivent être suffisamment flexibles pour que les besoins individuels de chaque victime puissent être satisfaits de la meilleure façon possible.

Centré sur la Victime : l'objectif de l'ensemble du processus est d'améliorer la situation de la victime et de renforcer la confiance des personnes concernées ainsi que de la population en général dans les institutions.

Temporalité flexible : l'entrée dans la procédure devrait être possible non seulement immédiatement après l'incident, mais à tout moment après l'infraction, même si cela pose des difficultés en termes d'obtention de preuves. Il faudrait notamment permettre de retarder une action en justice en conservant les preuves pendant une période de temps plus longue.

Accessibilité de l'aide : les obstacles à l'entrée du processus doivent être maintenus aussi bas que possible. Il ne faut pas dissuader la victime d'obtenir l'aide dont elle a besoin.

Long terme : la prise en charge de victime ne doit pas seulement être ambulatoire et à court terme, mais aussi, si cela est souhaité, fournir des soins (psychologiques) à long terme.

I. Connaissances de base

Situation des données en Suisse et dans le monde

Dans l'ensemble, les **données sur la prévalence** ainsi que d'autres aspects de la violence sexuelle en Suisse sont minces. Il n'y a, par exemple, pas d'informations sur les auteurs ou autrice, ou sur la réclamation formulée par les victimes. Les chiffres disponibles les plus récents proviennent des [statistiques de la criminalité](#) (enregistrement continu), de [statistiques d'assistance aux victimes](#) (enregistrement continu), d'une [enquête sur la sécurité en Suisse](#) (2015), d'une étude de [gfs.bern au nom d'Amnesty International](#) (2019), ainsi que d'une enquête sur la [criminalité de la ZHAW](#) (2022). Les statistiques de la criminalité révèlent de fortes différences cantonales dans les taux de condamnations pour agression sexuelle. Toutefois, cela ne reflète que les cas qui ont été effectivement signalés, ce qui, selon le gfs.bern est une très faible proportion de toutes les personnes victimes d'actes de violence sexuelle (2019, p. 16). **En conséquence, la partie inconnue (le « champ sombre »), - c'est-à-dire les actes de violence sexualisés qui ne sont pas signalés à la police, est très importante.** Les trois études mentionnées fournissent des informations limitées sur cette partie et elles diffèrent fortement dans les définitions de la violence sexuelle, des enjeux spécifiques et dans la méthodologie des enquêtes par sondage. Par exemple, gfs.bern (2019) rapporte que 22% des femmes de plus de 16 ans en Suisse ont subi des actes sexuels non consentis. D'un autre côté, la Crime Survey (2022) a enregistré une prévalence pour 5 ans de 1.9% pour les femmes et 0.2% pour les hommes pour des rapports sexuels forcés de type vaginal, oral, anal ou autre acte d'ordre sexuel. Cela conduit à des résultats différents et rend la comparaison difficile, ce qui nuit à l'identification concrète des problèmes. **À l'échelle internationale, la situation des données est**

meilleure (voir [Gysi & Rüegger](#)), il existe des études sur la prévalence et sur la forme des violence sexualisée pour des groupes à risque spécifiques, sur les raisons de la faible probabilité de dépôt de plaintes, ou les effets de la violence sexualisée sur la santé mentale de la victime sur le court et le long terme. [Une étude américaine](#) sur l'utilisation des ressources après le viol prouvent qu'environ 40% des personnes concernées ne demandent pas d'aide et montre que les facteurs tels que la couleur de la peau, l'état relationnel et les problèmes psychologiques conduisent à une vulnérabilité supplémentaire de certains groupes. Les principales raisons concrètes pour lesquelles les autorités ne sont pas contactées sont identifiées dans [un rapport canadien](#). On mentionne, par exemple, des expériences négatives antérieures avec le système judiciaire ou la peur de conséquences supplémentaires sur la vie personnelle comme des actes de vengeance de la part de l'agresseur-seuse. D'autres raisons peuvent inclure les influences négatives sur la vie professionnelle ou le « victim-blaming », par lequel la victime partage la responsabilité du crime. Il y a aussi des inquiétudes concernant la viabilité juridique de l'affaire et l'effort impliqué. De plus, la peur d'un renouvellement du traumatisme joue un rôle central. [Une autre étude américaine](#) a examiné la différence entre les régions urbaines et rurales. Dans les régions urbaines, un plus grand nombre, en moyenne, de ressources sont utilisées que dans les régions rurales (4.47 vs. 3.88). Aussi le type de ressources utilisées diffère : la représentation juridique est plus fréquemment sollicitée dans les régions rurales (40% contre 24%) et la violence subie est moins discutée avec les ami-e-s (64% contre 78%). Dans les régions urbaines, en revanche, les contacts avec la police (87% contre 76%) et le soutien aux victimes (70% contre 37%) ont été plus fréquemment recherchés. Ces études ne peuvent être directement transposées à la situation en Suisse.

Victimes et personnes touchées par des violences sexuelles – Définition des termes

Bien que la violence sexualisée soit un terme générique, nous nous concentrons ici spécifiquement sur les infractions « d'agression sexuelle et de contrainte sexuelle », de « viol » et de « maltraitance sur une personne incapable de discernement ou de résistance », selon la révision du Code pénal qui entrera bientôt en vigueur. Nous sommes conscient-e-s que ce n'est qu'une partie d'un problème plus vaste. La violence sexualisée peut toucher des personnes de tout sexe, tranche d'âge, nationalité, avec ou sans handicap physique ou psychologique. De plus, les conditions socio-économiques telles que la pauvreté et le manque d'accès aux installations locales peuvent contribuer à accroître la vulnérabilité.

Ci-dessous, nous utilisons deux termes pour décrire les personnes ayant subi des violences sexuelles : « victimes de violences sexuelles » et « personnes touchées par des violences sexuelles ». Nous utilisons délibérément le terme « victime » dans le contexte d'un langage juridique faisant référence à une personne et à une situation spécifique. Pour désigner toutes les personnes qui ont vécu une telle expérience, nous utilisons le terme « touchées » d'une part, pour lutter contre la stigmatisation et, d'autre part, pour rendre justice aux personnes qui ne se décrivent plus comme victimes.

I. Connaissance de base

Il est important de collecter ces données spécifiquement en Suisse afin de pouvoir prendre en charge les victimes de violences sexuelles et d'être capable de prendre des décisions efficaces face à la violence sexuelle dans ce pays. Des suggestions concrètes sont faites au chapitre 2, point 5 pour le soutien scientifique du protocole « COINVITAL ».

Les conditions-cadres politiques et juridiques évoluent

Les opinions et les mythes sur la violence sexuelle dans la société sont transférés dans les structures juridiques par le biais de la législation, ce qui signifie que **le cadre juridique reflète les conditions sociales**.

L'idée selon laquelle le viol est généralement le fait d'un étranger dans une rue sombre circule toujours. Jusqu'en 1992, le viol conjugal n'était pas légalement possible. Cela signifie que les actes sexuels non consentis entre époux n'étaient pas reconnus comme illégaux. Les banalisations de l'agression sexuelle (par exemple: « Ce n'était pas voulu comme ça. » / « Ce n'est pas si grave. »), le blâme de la victime (par exemple parce qu'elle portait une jupe trop courte) ou le doute sur le non-consentement à un acte sexuel sont des phénomènes encore répandus.

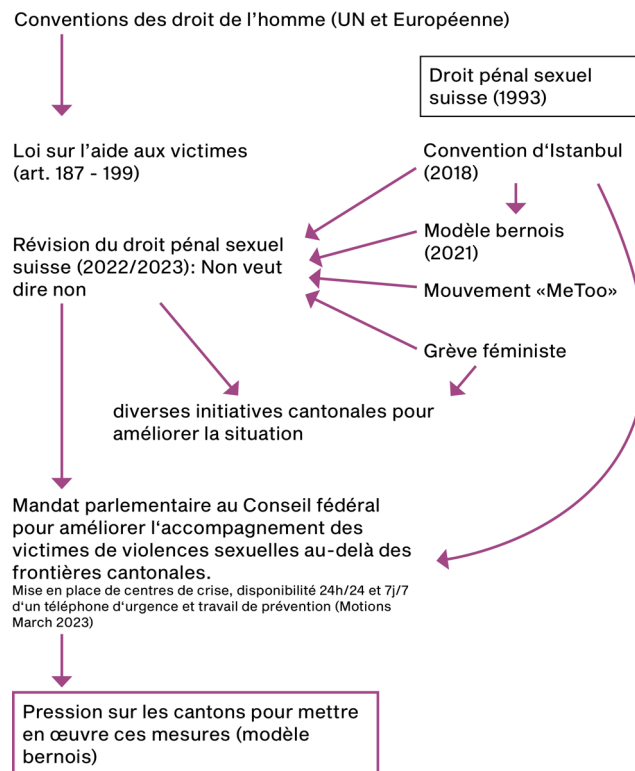
Fin 2023, la paralysie (également appelée « Freezing ») en réaction à une agression sexuelle et la possibilité d'être violé en tant qu'homme ont trouvé leur place dans notre code pénal. Cela est dû, entre autres, à la ratification de la Convention d'Istanbul et à la pression croissante des mouvements sociaux (grève des femmes, mouvement « Me Too »). Cependant, étant donné qu'une personne - même avec le changement du droit pénal sexuel - doit toujours rejeter explicitement toute intervention dans son corps (solution « non signifie non »), la nouvelle réglementation juridique est également en deçà des

exigences de la **Convention d'Istanbul¹** dans certains domaines. L'illustration 1 montre graphiquement les lois, les conventions et les évolutions sociales.

Outre la base juridique et les conditions sociales, d'autres facteurs jouent également un rôle important dans la prise en charge des personnes concernées : **une victime de violence sexuelle doit naviguer dans de nombreux domaines tels que la médecine, la police ou le tribunal pour traiter avec le crime et peut être exposé à une victimisation secondaire. La proposition « Centres de crise contre la violence » (Mo. 22.3333), basée sur le « modèle bernois », vise à uniformiser les exigences en matière de prise en charge des victimes dans toute la Suisse.** L'objectif est de combiner des soins médicaux et psychologiques initiaux compétents avec une enquête médico-légale - un élément important pour améliorer la situation

immédiatement après une violence sexuelle. Un soutien à plus long terme devrait également être obtenu grâce aux fonds prévus par la loi sur l'assistance aux victimes. Outre le soutien à court et à long terme aux victimes, le travail de prévention avec les délinquant·e-s reste un pilier central, car la prévention efficace de la violence sexuelle à tout égard est l'idéal à atteindre. Des mesures sélectives, telles que le « modèle bernois » et la modification de la loi sur l'aide aux victimes, peuvent apporter des améliorations dans certains domaines, mais l'intégration des actions individuelles dans un processus global global doit être encouragée de manière encore plus cohérente.

Seule l'interaction de toutes les mesures est prometteuse sur le long terme et doit donc être planifiée dès le départ; cet aspect est pris en compte avec le protocole « COINVITAL » proposé ici.



1. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. La convention, entrée en vigueur en Suisse en 2018, contient notamment des règles pour la protection complète des victimes, la prévention et la poursuite des délits dans le domaine des violences sexuelles.

II. Une meilleure prise en charge des victimes de violence sexuelle : défis et solutions

Les défis (c'est-à-dire les difficultés liées à la prise en charge et au soutien actuels des victimes de violences sexuelles) sont apparus lors de discussions avec des expert·e·s du monde scientifique, politique, administratif, médical et économique. **Les 5 principaux défis suivants ont été identifiés :**

- **Manque de confiance** dans les acteurs et actrices encadrant·e·s et impliqués·es;
- **Manque de coopération** entre les acteurs et actrices et diffusion des responsabilités associées;
- **Compétence insuffisante** en raison d'un manque de formation continue, par exemple pour obtenir des preuves et interroger la victime;
- **Mauvaise situation des données** sur le thème de la violence sexuelle en Suisse;
- **Une société mal informée** : les mythes sur le viol entravent des soins optimaux.

Notre protocole holistique « **COINVITAL** » pour prendre soin des personnes touchées peut relever ces défis. L'acronyme signifie: **C**oollaboraitf, **I**ndividuel, **C**entré sur la victime, **T**emporalité flexible, **A**ccessibilité de l'aide, **L**ong terme. Ce protocole garantit que :

Point 1 : Grâce à plusieurs points de contact, les barrières à l'entrée peuvent être maintenues aussi basses que possible et la **confiance dans les institutions** est instaurée étant donnée les personnes concernées savent à quoi s'attendre lors des soins;

Point 2 : la **collaboration** est planifiée et les responsabilités sont clairement réglemētées;

Point 3 : les soins ne s'adressent pas uniquement aux **femmes adultes**, mais également aux **hommes**, aux **personnes non binaires** et aux **mineurs**.

Deux variantes de ce protocole standardisé (« **COINVITAL** ») sont proposées ci-dessous afin de pouvoir aborder les différentes situations de départ : une fois pour le contexte de la ville et une fois pour le contexte des zones périphériques. Il est également important pour la mise en œuvre réussie des processus que :

Point 4 : les spécialistes reçoivent une **formation continue adéquate** (c'est-à-dire qu'ils possèdent tous des connaissances de base applicables en psychotraumatologie et dans le cadre juridique);

Point 5 : la mise en œuvre du protocole est **scientifiquement étayée** afin d'améliorer la situation des données et de contrôler en permanence son efficacité;

Point 6 : la **société est sensibilisée** à travers des campagnes dans les universités ainsi que les écoles, sur le lieu de travail et dans les espaces publics.

Point 1 : Instaurer de la confiance

Le manque de confiance des personnes concernées dans les soins actuels constitue un problème majeur et légitime. Aujourd'hui, on suppose qu'une victime de violence sexuelle cherche immédiatement et toujours des soins par l'intermédiaire des urgences ou de la police, mais cela ne correspond pas au comportement réel après avoir subi des violences sexuelles. **L'expérience pratique et les déclarations des personnes touchées par la violence sexuelle montrent qu'en particulier, une prise en charge rapide par des gynécologues en collaboration avec un médecin légiste ne peut souvent pas être garantie.** L'obstacle d'aller aux urgences après le crime est actuellement beaucoup trop élevé. Les raisons incluent notamment le fait d'être dépassé·e par la situation, de ne pas connaître ses propres droits et les services disponibles, ainsi qu'une offre d'aide actuellement insuffisante pour les personnes touchées. À cela s'ajoute l'immense fardeau décrit ci-dessus que représente le fait d'être soi-même gestionnaire du dossier de la victime, de devoir faire face aux mêmes interrogatoires répétés dans le cadre de la procédure judiciaire et d'avoir le sentiment de ne pas être pris ou prise au sérieux. Tout cela porte gravement atteinte à la confiance dans le soutien adéquat apporté par les institutions. **La présentation tardive des preuves en raison d'un manque de confiance a des conséquences sur leur préservation.** Pourtant, la conservation des preuves dans les délais est au cœur du processus judiciaire. Cette conservation peut être effectuée facilement pendant 72 heures, mais cela devient ensuite plus difficile car les traces contenues dans les échantillons sont naturellement effacées par les processus corporels. Une expertise médico-légale peut néanmoins être réalisée dans un délai d'environ 10 jours. Il est donc également intéressant pour l'État de droit de pouvoir fournir aux personnes touchées les meilleurs soins possibles et à faible seuil, afin notamment afin de permettre une éventuelle condamnation en cas d'infraction. De plus, il arrive, notamment dans les zones périphériques, que la victime ne se rende pas aux urgences mais chez un·e médecin local·e. C'est pourquoi il est crucial d'instaurer de la confiance grâce à un protocole efficace. La victime doit savoir qu'après un acte, elle peut contacter les urgences, un·e médecin ou un service d'aide aux victimes.

II. Une meilleure prise en charge des victimes de violence sexuelle : défis et solutions

Il doit être clair que, quel que soit le premier point de contact, la victime doit recevoir des soins et un soutien de qualité garantissant le contact avec tous les acteurs et actrices nécessaires. Outre la mise en œuvre du protocole, il est également important de sensibiliser la société à travers un travail de relations publiques (voir point 6).

Point 2 : Le casse-tête de la coopération

Le plus grand défi mentionné à plusieurs reprises par les expert·e·s est le **manque de coopération** entre le personnel médical, le personnel soignant, la police, l'aide aux victimes, les avocats et le tribunal. Deux points sont particulièrement problématiques :

- le manque de coopération conduit à une fragmentation du processus en tâches individuelles des groupes professionnels respectifs, de sorte que :
- les tâches individuelles assignées aux groupes professionnels sont insuffisamment ou mal définies et délimitées.

Dans de nombreux endroits, après un premier traitement aigu des symptômes physiques, une personne victime de violence sexuelle qui se présente aux urgences ne peut recevoir que la recommandation d'un médecin pour contacter d'autres autorités : aide aux victimes, police, conseil psychologique. Il n'y a pas de connexion automatique, comme c'est généralement le cas dans d'autres cas de complexité similaire à l'hôpital. Cela signifie que la victime doit elle-même gérer son propre dossier en tant que gestionnaire de cas. Cependant, toutes les preuves scientifiques issues de la psychotraumatologie s'opposent à un tel transfert de responsabilité vers la victime; les expert·e·s soulignent ainsi l'incapacité potentielle des personnes traumatisées à agir, ainsi que l'influence négative de ce transfert de responsabilité sur le traitement physique et psychologique, voire même sur la guérison.

Point 3 : La victime est humaine

La Suisse s'occupe presque exclusivement des femmes adultes en tant que victimes potentielles. Par exemple, l'examen et la prise en charge des victimes de violences sexuelles relèvent en premier lieu de la responsabilité des gynécologues. Les personnes touchées sont considérées comme des cas exceptionnels non seulement par la société mais aussi par les professionnel·le·s de la santé. Le « modèle bernois », qui peut être considéré comme un modèle à bien des égards, renvoie simplement ces personnes à d'autres départements spécialisés. Il est donc important que non seulement les gynécologues mais aussi d'autres disciplines médicales soient formé·e·s à la prise en charge des victimes de violences sexuelles. Plus précisément, il faudrait toujours des médecins aux urgences capables de s'occuper d'une victime de sexe masculin. Les protocoles internes des hôpitaux doivent garantir qu'une victime de sexe masculin soit prise en charge par des médecins qualifié·e·s. La prise en charge des mineurs est plus complexe dans la mesure où le principe de la « taille unique » est particulièrement impossible à mettre en œuvre. Cela est dû aux besoins différents selon l'âge psychologique de développement, qui peut différer considérablement de l'âge biologique. À cet égard, les mineurs concerné·e·s ont besoin d'un personnel spécialisé en pédiatrie. Notre système n'est pas non plus adapté aux personnes très vulnérables souffrant d'un handicap physique ou mental – adultes et mineurs. Ces personnes ont besoin d'une aide supplémentaire. Les professionnel·le·s de la santé doivent être formé·e·s pour reconnaître une situation de violence et être capables d'apporter un soutien à long terme aux personnes vulnérables dans un tel cas.

« Modèle bernois »

Le « modèle bernois » a été mis au point par le centre de santé sexuelle de l'hôpital de l'île de Berne pour traiter les victimes de violence sexuelle. Les examens et les conseils sont effectués exclusivement par des femmes, et les médecins sont chargés de fournir toutes les informations médicales et juridiques à la victime, ainsi que de l'aider à traiter l'incident. La médecine légale est toujours impliquée dans le processus de collecte des traces et celles-ci sont conservées en cas de rapport tardif. Les victimes peuvent s'adresser aux organisations suivantes sur demande : police, gynécologie, centre de maladies infectieuses, médecine légale et services spécialisés d'aide aux victimes.

II. Une meilleure prise en charge des victimes de violence sexuelle : défis et solutions

Le protocole « COINVITAL » : avec des processus clairement définis et une collaboration réglementée pour un meilleur accompagnement

Dans les figures 1 et 2, nous présentons un protocole qui répond et met en œuvre les besoins identifiés par notre vaste comité d'expert·e·s pour la prise en charge des victimes de violence sexuelle. Ce protocole garantit que la collaboration est planifiée, que les responsabilités sont clairement réglementées, qu'il existe de multiples points de contact et que les personnes concernées savent qu'elles peuvent s'attendre à des soins et à un soutien holistiques grâce à la collaboration des institutions avec un personnel correctement formé. Un protocole standardisé permet en outre un soutien scientifique et une identification des étapes effectives de soutien et de traitement et par conséquent le développement de bonnes pratiques à grande échelle.

Des variantes de ce protocole ont été développées pour deux scénarios : ville et périphérie. Ces variantes tiennent compte des conditions locales, car les soins aigus, notamment par les professionnel·le·s de la santé, peuvent être dispensés différemment dans une ville à forte densité hospitalière qu'en périphérie, où l'on fait davantage appel à des médecins du secteur ambulatoire. En particulier dans la version périphérique, il est important d'assurer une bonne coopération lors du tri des personnes concernées. Un contact téléphonique direct entre le premier interlocuteur ou la première interlocutrice (médecin de famille ou centre d'aide aux victimes) et l'hôpital permet d'évaluer si la personne concernée doit être prise en charge dans un premier temps en ambulatoire avec l'aide d'un infirmier ou d'une infirmière médico-légale volant·e ou au sein de l'hôpital. Les infirmiers et infirmières médico-légales volant·e·s sont des professionnel·le·s spécialement formé·e·s qui peuvent être envoyé·e·s en ambulatoire pour prélever des échantillons dans les cabinets médicaux à des fins médico-légales.

Concrètement, le protocole prévoit les points suivants:

A. Plusieurs points de contact : la victime peut contacter directement le service d'aide aux victimes en cas d'urgence (ou un·e médecin agréé·e). La police peut également servir de point d'entrée, même si l'implication de la police dans des infractions au sens des articles 189 à 191 du Code pénal donne toujours lieu à un procès-verbal. La disponibilité de l'aide aux trois points d'entrée devrait être largement diffusée par des relations publiques.

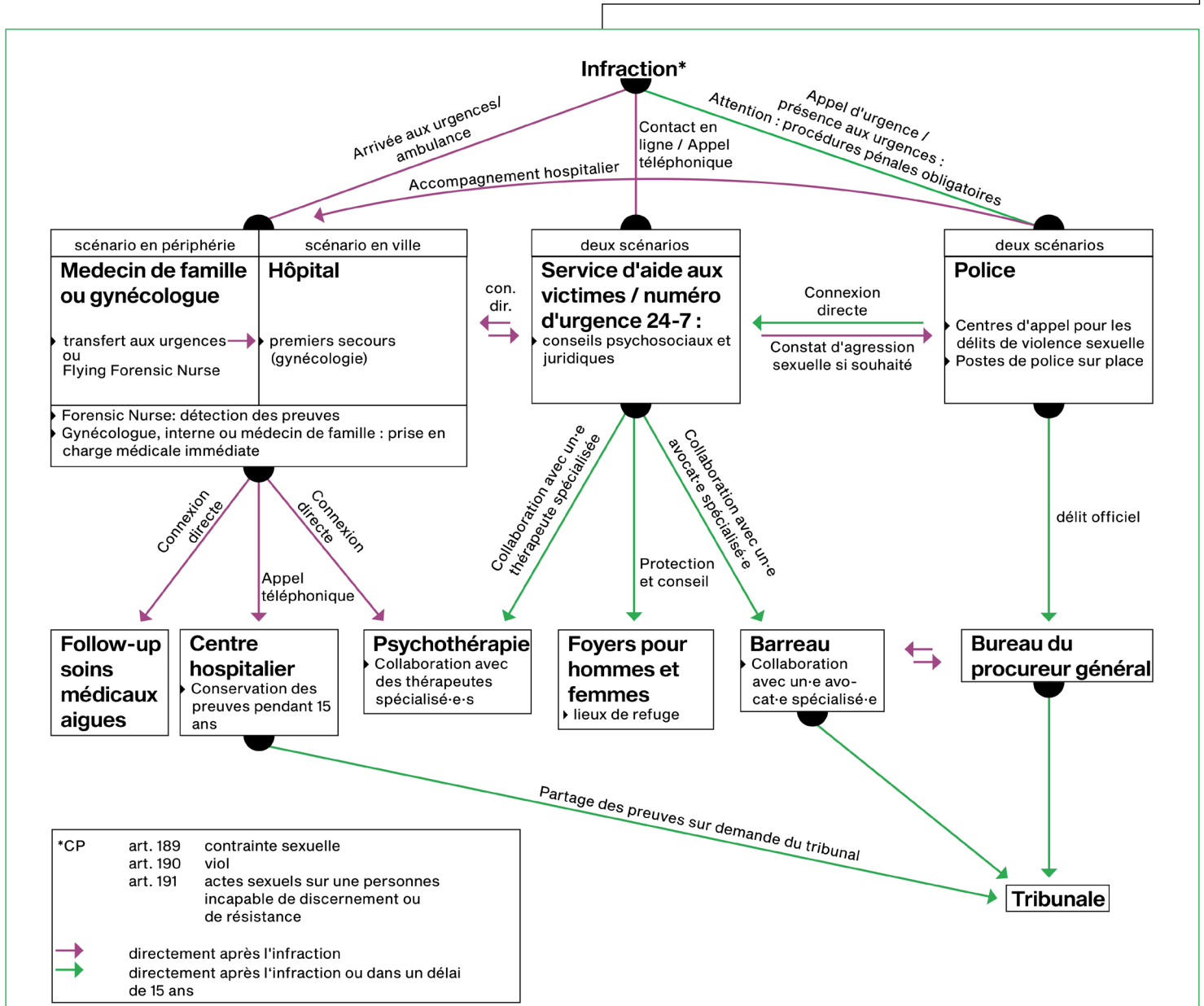
B. Commencer par des cas aigus ou tardifs : dans les cas aigus, le protocole garantit un processus de soins médicaux fluide et rapide, y compris l'obtention de preuves. Toutefois, une personne victime de violences sexuelles a également la possibilité de revenir plus tard pour recevoir des soins. Dans tous les cas, l'expertise médico-légale doit être effectuée sur une période de 10 jours maximum. Par la suite, l'accent sera mis principalement sur les soins centrés sur la victime et adaptés à ses besoins.

C. Collaboration planifiée entre les différents acteurs et actrices : grâce à des responsabilités claires incluant l'implication obligatoire des autres disciplines (marquées par les flèches), la victime est prise en charge et reçoit le soutien nécessaire sans obstacles supplémentaires, mais avec une coordination directe entre les acteurs et actrices. Aux urgences, une fois le premier traitement terminé, la victime est directement orientée vers un examen médical de suivi - avec possibilité d'orientation directe vers une psychothérapie et un accompagnement aux victimes.

D. Assurer la conservation des preuves par du personnel qualifié tel que des infirmiers, infirmières légistes et des médecins légistes : selon la situation géographique, le concept d'infirmiers et infirmières légistes volants envoyé·e·s en ambulatoire peut également être envisagé. Cela garantit que les preuves sont correctement conservées : les crimes visés aux articles 189 à 191 du Code pénal n'expirent qu'après 15 ans. C'est la durée pendant laquelle les traces doivent être conservées au cas où la personne concernée souhaite ultérieurement intenter une action en justice.

E. Fonction de coordination de l'aide aux victimes : l'aide aux victimes n'est pas seulement un premier point de contact potentiel, mais aussi un lien important entre la médecine et la procédure judiciaire. L'aide aux victimes a déjà une fonction consultative centrale concernant les droits des personnes concernées. Elle devrait désormais être en mesure d'initier de manière proactive des orientations vers l'hôpital ou la police et de travailler plus étroitement avec le personnel médical.

II. Le protocole « COINVITAL »



Graphisme: Maude von Giese

Soins aux personnes vulnérables : applicabilité du protocole avec un accompagnement complémentaire

Lors de la mise en œuvre, les personnes vulnérables, notamment les enfants et les jeunes, doivent être prises en compte a priori afin de garantir les meilleurs soins possibles et un processus à bas seuil. Les deux scénarios présentés sont conçus de manière à pouvoir également être accessibles aux mineurs et aux adultes présentant une vulnérabilité accrue. La condition préalable est que la personne adulte concernée soit accompagnée par des spécialistes approprié-e-s tout au long du processus. La prise en charge des enfants et des jeunes ayant subi des violences sexuelles nécessite une mise en œuvre dans un cadre pédiatrique. Les urgences pédiatriques doivent être préparées, la ligne d'assistance téléphonique pour l'enfance et l'aide aux victimes doivent coopérer étroitement et la police et la justice ont besoin d'une formation spécifique dans le traitement des mineurs.

II. Une meilleure prise en charge des victimes de violence sexuelle : défis et solutions

Point 4: Formation des groupes professionnels concernés

Une victime de violences sexuelles évolue dans un environnement où interviennent des acteurs et actrices très varié·e·s : médecine (gynécologues, mais surtout médecins des urgences), police, justice, accompagnement des victimes, psychothérapie, politique et société. Les acteurs et actrices directement impliqué·e·s dans une procédure judiciaire ont souvent peu ou pas de connaissances au-delà de leur domaine d'expertise spécifique. Par exemple, ce sont principalement les psychothérapeutes qui sont formé·e·s en psychotraumatologie, alors que les connaissances sur les options juridiques sont principalement disponibles dans le système judiciaire. Cependant, des connaissances de base dans ces deux domaines sont importantes dans toutes les disciplines pour toutes les personnes impliquées. Cela réduirait à la fois le risque de retraumatisation et les contradictions entre professionnel·les concerné·es. Les deux domaines doivent être intégrés dans la formation de base (lors des études et ou des formations professionnelles). En outre, une formation continue spécifique devrait être rendue obligatoire pour les spécialistes travaillant dans le domaine de la violence sexuelle au sein des groupes professionnels concernés. Idéalement, ces formations continues sont interdisciplinaires. Cela garantit non seulement l'étendue et la profondeur des connaissances, mais favorise également directement la compréhension mutuelle et la coopération entre les acteurs et actrices impliqué·e·s. La formation et le perfectionnement des professionnel·le·s concerné·e·s constituent une partie essentielle du protocole et permettent un accompagnement global.

Point 5 : Situation des données

Les entretiens avec les parties prenantes et le « Franxini Fireside Chat » ainsi que les données existantes ont mis en exergue que, pour obtenir une vue d'ensemble globale de la violence sexualisée et développer des mesures basées sur celle-ci, il manque tout particulièrement les données suivantes :

- Études sur la **fréquence des contacts établis par les personnes concernées et leur qualité**, notamment en ce qui concerne **l'obtention de preuves et la perception subjective de la prise en charge des victimes du point de vue des personnes concernées**
- Statistiques sur les antécédents de cas
- Études du « champ sombre » (avec des informations manquantes), notamment sur les groupes de

population des personnes touchées, le contexte du crime et les raisons du manque de contact avec les institutions

- **Collecte de données sur les auteurs et autrices de violences**
- **Prévalence des troubles de stress post-traumatique (TSPT) après des agressions sexuelles**

Les deux études suivantes sont apparues urgentes :

1. **Une première étude vise à déterminer dans quelle mesure les modèles utilisés jusqu'à présent en Suisse répondent aux exigences en matière de soins centrés sur les victimes et de collecte de preuves.** En fonction de différents critères, notamment la présence d'infirmiers et d'infirmières légistes, une sélection d'hôpitaux peut être divisée en groupes avec différents niveaux d'équipement. Une analyse des victimes de violences sexuelles traitées jusqu'à présent (environ 20 patient·e·s par hôpital) permettrait d'identifier les meilleures pratiques afin qu'elles puissent ensuite être érigées en normes.
2. **Une deuxième étude se veut une étude qualitative sur le champ sombre pour déterminer la perception subjective des personnes touchées à propos de leurs soins.** Il convient de déterminer les raisons pour lesquelles les personnes touchées n'ont pas contacté les points de contact tels que les hôpitaux ou l'aide aux victimes, ainsi que les raisons pour lesquelles l'enquête a été volontairement interrompue. Grâce à ces données, les relations peuvent être davantage centrées sur la victime et peut-être même augmenter le nombre de condamnations.

Point 6 : Sensibiliser la société

Non seulement le protocole doit être mis en œuvre de la meilleure façon possible, mais le grand public doit aussi savoir que l'aide est bien organisée, centrée sur la victime et efficace. Cette sensibilisation est donc centrale et peut rendre la victime potentielle et son entourage plus à même d'agir puisque sachant déjà de manière préventive comment procéder et où trouver de l'aide et du soutien. Pour y parvenir, le thème de la violence sexuelle doit être standardisé dans l'éducation sexuelle. De vastes campagnes de sensibilisation dans l'espace public garantissent que les adultes sont également informé·e·s des droits, des obligations et de la tolérance zéro en Suisse à l'égard des violences sexuelles permettant la suppression des tabous sur le sujet. Cette sensibilisation de la société est absolument essentielle au succès du travail de prévention.

Coup de projecteur sur les victimes de violences sexuelles

Franxini Whitepaper

Conclusion

Le projet « **Coup de projecteur sur les victimes de violences sexuelles** » veut contribuer à l'amélioration de la prise en charge des personnes touchées en Suisse. **Ce qui est proposé, c'est une prise en charge systématique de la victime, afin de soutenir les personnes touchées dans leur autonomisation et d'instaurer de la confiance.** À cette fin, le protocole holistique « COINVITAL » est proposé avec des processus clairement réglementés et fondés sur des preuves, qui assurent la coordination entre les acteurs et actrices des soins et offrent un accès à bas seuil pour la victime. Ce qui suit s'applique :

- Les soins aux victimes après avoir subi des violences sexuelles doivent être conçus comme un **processus de soins global**.
- La **coordination** entre les différents acteurs et actrices des soins est absolument nécessaire et ne devrait pas relever de la responsabilité de la victime. Les acteurs et actrices individuel-le-s doivent être conscient-e-s de leurs compétences et responsabilités dans le processus global de soins.
- Tous les acteurs et actrices ont besoin de **connaissances de base en psychotraumatologie et dans le cadre juridique**. En effet, ce n'est qu'à la condition que tous et toutes les acteurs et actrices concernés par le processus de soins, comprennent la violence sexuelle et ses effets que la qualité des soins peut être garantie.

Des changements et des améliorations sont nécessaires à plusieurs endroits en même temps. Il est désormais important que tous les acteurs et actrices concerné-e-s profitent de l'élan de la réforme du droit pénal sexuel pour prendre des mesures dans les cantons. Le protocole présenté ici suit les principes de soins **collaboratifs, individuels, centrés sur la victime, de temporalité flexible, avec une accessibilité de l'aide et à long terme** pour les victimes de violences sexuelles. Cela permet non seulement de garantir des soins de haute qualité aux personnes touchées, mais favorise également la confiance dans les acteurs et actrices prodiguant les soins.



Reatch s'investit pour une culture favorable à la science. Afin de renforcer cet engagement, nous avons lancé le **projet Franxini** qui, veille à transmettre aux chercheur-ses des compétences et des informations importantes pour l'interaction avec la politique, et à encourager l'échange entre les représentant-es de la politique, de l'administration et de la science.

Avec le soutien d'expert-es et d'organisations partenaires issus de la recherche, de la médiation scientifique, de la politique et de l'administration, le projet Franxini crée des offres de formation continue, de mise en réseau et de conseil adaptées aux destinataires à l'interface entre la science et la politique.



Pour les entretiens avec les parties prenantes, des discussions ont eu lieu avec les personnes suivantes: Prof. Dr. rer. pol. Dirk Baier (chef de l'Institut pour la délinquance et la prévention du crime ZHAW), Dr. méd. Lamyae Benzakour (leader de médecin et chef des services psychiatriques des Hôpitaux universitaires de psychiatrie de Genève), Cindy Kronenberg (ancienne victime et activiste), Barbara Dettwiler (responsable de l'aide aux victimes Vista Thun et Lantana Bern), Christoph Erdös (avocat en droit de l'aide aux victimes), Simone Egger (travail politique chez BRAVA), Tamara Funciello (Conseillère Nationale), Prof. Dr. med. Maria Luisa Gasparri (médecin-chef occupant un poste de direction dans le canton du Tessin) hôpital), Prof. Dr. iur. em. Marianne Heer (ancienne juge en chef de Lucerne), Valeria Kägi (directrice des études Infirmière médico-légale UZH), Agota Lavoyer (consultante en accompagnement des victimes et experte en violences sexuelles), Simona Materni (responsable de la campagne « Contre le harcèlement sexuel dans les universités »), Dr. phil. Melanie Nussbaumer (Grand Conseillère de Bâle-Ville), Dr. méd. Emanuel Plüss (médecin-chef des urgences de l'hôpital de Soleure), Silvia Rigoni (Conseiller cantonal zurichois), Anna-Béatrice Schmalz (Conseiller communale zurichoise), Prof. Dr. iur. Brigitte Tag (Professeur pour le droit pénal UZH), Prof. Dr. med. Michael Thali (directeur de l'Institut de médecine légale UZH), Linda de Ventura (Conseillère cantonale de Schaffhouse), Anonyme (ancienne victime), Anonyme (policier).

Bibliographie et équipe du projet

Statistiques de la criminalité : Office fédéral de la statistique (2023). Adultes: condamnations pour une infraction de violence, Suisse et cantons [dès 2008]. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/criminalite-droit-penal.html>

Statistiques d'assistance aux victimes : Office fédéral de la statistique (2023). Statistique de l'aide aux victimes. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/criminalite-droit-penal/enquetes/ohs.html>

Enquête sur la sécurité en Suisse (2015) : Biberstein L, Killias M, Walser S, Iadanza S, Pfammatter A. Studie zur Kriminalität und Opfererfahrungen der Schweizer Bevölkerung. Analysen im Rahmen der Schweizerischen Sicherheitsbefragung 2015. Lenzburg: Killias Research & Consulting. 2016. <https://www.alexandria.unisg.ch/server/api/core/bitstreams/6be68fc2-e2a2-4c57-b589-de01b81875d3/content>

Etudes du gfs.bern au nom d'Amnesty International (2019) : gfs.bern. Sexuelle Belästigung und sexuelle Gewalt an Frauen sind in der Schweiz verbreitet. Publiert online Mai 2019. <https://cockpit.gfsbern.ch/fr/cockpit/violence-sexuelles-en-suisse/>

Crime Survey ZHAW (2022) : Markwalder N, Dirk B, Lorenz B. Opfererfahrungen und sicherheitsbezogene Einschätzungen der Schweizer Bevölkerung : Ergebnisse des Crime Survey 2022. Publiert online August 2023. doi:10.21256/zhaw-28494 <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/28494>

Une étude américaine (1) : Amstadter AB, McCauley JL, Ruggiero KJ, Resnick HS, Kilpatrick DG. Service Utilization and Help Seeking in a National Sample of Female Rape Victims. *Mental health*. 2008;59(12). doi:10.1176/ps.2008.59.12.1450. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2735844/pdf/nihms-129447.pdf>

Une autre étude américaine (2) : Shannon L, Logan T, Cole J, Medley K. Help-Seeking and Coping Strategies for Intimate Partner Violence in Rural and Urban Women. *Violence Vict*. 2006;21(2):167-181. doi:10.1891/vivi.21.2.167. <https://connect.springerpub.com/content/sgrvv/21/2/167>

Un rapporto canadese: Prochuk A (2018). *We Are Here: Women's Experiences of the Barriers to Reporting Sexual Assault*. West Coast Legal Education and Action Fund Vancouver, BC, CA. <https://westcoastleaf.org/wp-content/uploads/2023/05/West-Coast-Leaf-dismantling-web-final-1.pdf>

Gysi & Rüggeger : Gysi J, Rüggeger P, eds. *Handbuch sexualisierte Gewalt: Therapie, Prävention und Strafverfolgung*. 1. Auflage. Hogrefe; 2018. <https://www.hogrefe.com/de/shop/handbuch-sexualisierte-gewalt-84506.html>

La motion «Mettre en place de centres d'aide d'urgence pour les victimes de violences» (Mo. 22.3333) : Funicello T. (2022): Mettre en place des centres d'aide d'urgence pour les victimes de violences. Curia Vista, Motion 22.3333. <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20223333>

Les auteurs du projet



Rahel Schmidt

Docteure diplômée du MSc Human Medicine Università della Svizzera Italiana & BSc ETH Zurich, formatrice, leader du projet, animatrice du « Franxini Fireside Chat », elle est également responsable du rapport final. Fascinée par l'intersection de la médecine, de la science, de la société et de la politique.



Jan Isler

MLaw UZH UNIL. Département de projet pour les études juridiques, en particulier des conditions-cadres et conséquences juridiques. Passionné par l'impact déterminant du droit.



Janina Inauen

Etudiante en master en études comparées et internationales, ETH Zurich. Département de projet science politique et développement de protocoles. Enthousiasmée par les formats politiques inclusifs et délibératifs.



Leon Guggenheim

MSc Médecine Humaine Università della Svizzera Italiana & BSc ETH Zurich. Département de projet médecine et traitement scientifique de la situation des données et des mesures nécessaires. Intéressé par des résultats valables en médecine ainsi que pour la société.



Fabienne Odermatt

MSc Coopération Internationale et Développement (Unige / SOAS / ETH Zurich), entrepreneuse sociale et experte en participation. Département de projet sciences sociales, en particulier contexte social. Brûle pour le développement et l'expansion des innovations sociales.

Review



Hannah Schoch

Administratrice d'Actionuni & délégué Eurodoc. Elle a l'anglais Linguistique et littérature, études cinématographiques, philosophie et genre. Études et doctorat en études américaines à l'Université de Zurich.



Luca Schaufelberger

Co-Chef du projet Franxini. Il en est responsable de la conception et du développement des formats Franxini Hive. Luca a étudié les sciences naturelles interdisciplinaires à l'ETH Zurich et fait actuellement un doctorat dans le domaine du Machine Learning.



Sarah Scheidmantel

Doctorante à la Chaire d'Histoire Médicale de l'UZH, Scientifique culturelle et responsable du dossier Genre & Diversité à Reach. Elle a également étudié les médias et les études culturelles Histoire des sciences à Weimar, Berlin et Cambridge (UK).



Elisabeth Abs

Membre de l'équipe du blog Reach, s'occupe de l'échange entre science, société et politique. Elle est neuroscientifique et chercheuse à l'Institut de neuroinformatique de l'ETH Zurich.



Jessica Niedermaier

Dr. rer. oec, Université de Berne. Département de projets économiques, se concentre sur l'éducation et la formation des parties prenantes. Enthousiasmée par la communication des résultats scientifiques à la politique et à la société.

Traductrices :

original: allemand ; français : Fabienne Odermatt ; italien : Erica Piccinni



Le « Franxini Fireside Chat » a réuni les 14 représentant-es suivants du monde politique, des affaires, de l'université et de l'administration : Prof. Dr. rer. pol. Dirk Baier (chef de l'Institut pour la délinquance et la prévention du crime ZHAW), Barbara Dettwiler (responsable de l'aide aux victimes Vista Thun et Lantana Bern), Dr. med. Gian Erni (Chef du service de médecine d'urgence à l'hôpital Sursee), Dr. med. Susanne Fasler (Chef de la clinique de gynécologie et de la clinique ambulatoire de gynécologie à l'hôpital cantonal d'Aarau), Prof. Dr. iur. em. Marianne Heer (ancienne juge en chef de Lucerne), Valeria Kägi (directrice des études Infirmière médico-légale UZH), Cindy Kronenberg (ex-victime et activiste), Dr. phil. Melanie Nussbaumer (Grand Conseillère de Bâle-Ville), Dr. méd. Emanuel Plüss (médecin-chef des urgences de l'hôpital de Soleure), Silvia Rigoni (Conseiller cantonal zurichoise), Dr. iur. Peter Rüggeger (Expert en application de la loi et conseiller des victimes, goldbach law), Jasmin Sangiorgio (Office fédéral de la justice, Direction du droit public), Prof. Dr. iur. Brigitte Tag (Professeur pour le droit pénal UZH), Eva Zimmermann (Psychothérapeute en psychotraumatologie).