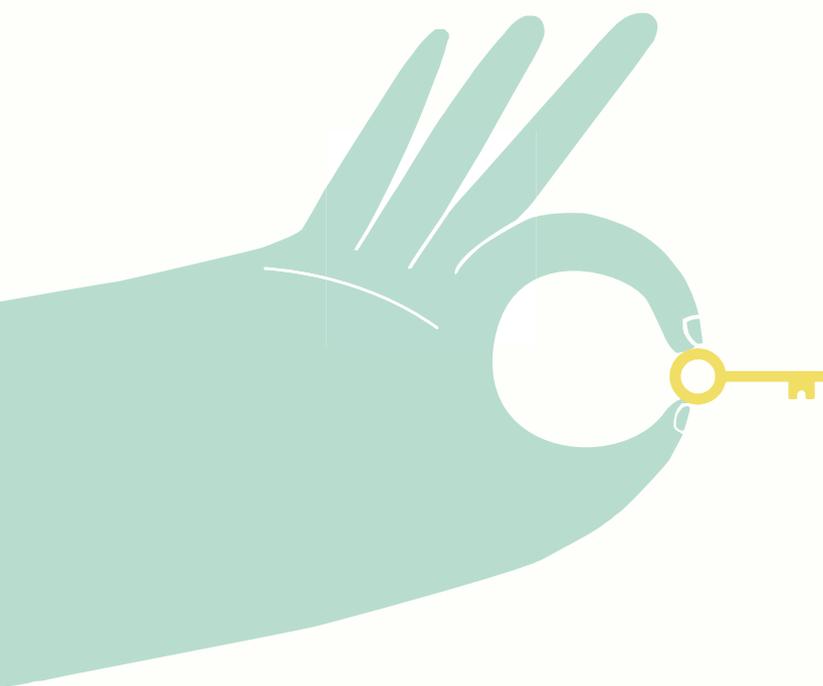


**Outil de Triage pour l'identification,
les soins et l'orientation des victimes
de violences sexuelles dans le cadre
des programmes européens d'accueil
et d'hébergement des demandeurs
de protection internationale**

Ines Keygnaert
Leni Linthout





federale overheidsdienst
**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**



**An Roinn Dlí agus Cirt
agus Comhionannais**
Department of Justice
and Equality



Victim Support Europe



the havens King's College Hospital **NHS**
NHS Foundation Trust

Colofon

Référence

Keygnaert, I. & Linthout, L. (2020). Outil de Triage pour l'identification, les soins et l'orientation des victimes de violences sexuelles dans le cadre des programmes européens d'accueil et d'hébergement des demandeurs de protection internationale. Université de Gand, Gand. ISBN: 9789078128649

Auteurs

Ines Keygnaert, Leni Linthout

Collaborateurs

Clarke Venetia, Correia Raquel, Khadr Sophie, Lamonaca Silvia, Verstichele Ella

Conception graphique

Franne Tamsin et Silke Van Havere
Artevelde College University Ghent

Coordination du projet

Ines Keygnaert

Partenaires du projet

Université de Gand (BE) : International Centre for Reproductive Health (ICRH) & Centre for the Social Study of Migration and Refugees (CESSMIR), Payoke (BE), Service fédéral belge de la santé publique (BE), NHS The Havens (UK), Irish Department of Justice and Equality (IE) et Victim Support Europe (EU).

Clause de non-responsabilité

Le contenu de cet Outil de Triage représente les opinions des auteurs et relève de leur seule responsabilité. La Commission européenne n'assume aucune responsabilité quant à l'utilisation qui pourrait être faite des informations qu'il contient.

Commentaires

Nous vous invitons à nous contacter si vous avez des questions ou des commentaires concernant l'Outil de Triage, notamment pour nous faire part de vos observations sur son utilisation. Vous pouvez contacter les auteurs à l'adresse suivante: Ines.Keygnaert@ugent.be et/ou Leni.Linthout@ugent.be

Financé par

Programme de la Commission européenne pour les Droits, l'Égalité et la Citoyenneté

Remerciements

Nous souhaitons exprimer notre gratitude à tous les experts qui ont donné leur avis sur le contenu de l'Outil de Triage, soit par le biais d'une procédure Delphi de recherche de consensus à deux niveaux, soit par l'intermédiaire du conseil consultatif communautaire et de mise en œuvre. Nous remercions tout particulièrement Biemans Sophie, Blumberg Jocelyn, Brady Francesca, Bridger Kate, Claes Dorine, Clarkson Corinne, De Vogel Isolde, Dhuyvetter Nicolas, D'Huyvetter Maud, Guffens Marie-France, Hendrickx Martine, Huygens Daniel, Jovanovic-Dacic Tijana, Klymchuk Vitalii, Kordic Boris, Kozhouharova Nadia, Labruno Thomas, Lange Viola, Le Cocq Patricia, Marineanu Vasile, Matthyssens Freeke, Mertens Myriam, Sinnes Audhild, Slosse Olivier, Suurmond Jeanine, Swinnen Lena, Vanduffel Kris, Van den Dooren Sophie, Van Doren Wout, Vangierdegom Barbara, Van Wolvelaer Pieter, Verhofstadt Charlotte, Verplancke Jana, Voicu Ilona et West Sarah.

sommaire

01

Violence sexuelle et migration

- 11** **1. Violence sexuelle: que se cache-t-il derrière ce terme ?**
- 11 1.1. De nombreuses définitions
- 11 1.2. Formes de violence sexuelle
- 16** **2. La violence sexuelle est-elle courante?**
- 16 2.1. Fréquence
- 16 2.2. Facteurs de risque d'exposition à la violence sexuelle
- 21** **3. Quel est l'impact de la violence sexuelle?**
- 23** **4. Prendre soin des victimes de violence sexuelle**
- 23 4.1. Soins intégrés et holistiques après la violence sexuelle
 - 4.1.1. Centres d'aide aux victimes des violences sexuelles
- 24 4.2. Victimisation secondaire des MRD
- 24 4.3. Obstacles à la divulgation des violences sexuelles par les MRD
- 26 4.4. Attitudes professionnelles
- 28 4.5. Interprétation

02

Fiches d'indification des violences sexuelles

- 34** **FICHE 1**
L'identification par tout professionnel travaillant dans la cadre d'un programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs de protection internationale
- 40** **FICHE 2**
L'identification by medical professionals working in/in close collaboration with an asylum reception and accommodation initiative

03

Parcours de soins et d'orientation pour les victimes de violence sexuelles

46 **Parcours 1**

En cas de motifs raisonnables présumant une victimisation sexuelle

49 **Parcours 2**

En cas de divulgation de violences sexuelles par une victime

55 **Parcours 3**

Dans le cas où vous seriez témoin d'un acte de violence sexuelle

05

Pièce jointe: contacts de référence régionaux pour l'orientation des victimes de violences sexuelles

60

04

Directive de gestion relatives au placement en lieu sûr des demandeurs de protection internationale

58

06

Références

71

Abréviations et acronymes utilisés

LGBT+	Lesbiennes, g ays, b isexuels, t ransgenres, intersexuels ou personnes qui s'identifient comme non-binaires ou autres
MRD	Migrants, R éfugiés et D emandeurs de protection internationale
OMS	Organisation M ondiale de la S anté
SSPT	Syndrome de S tress P ost- T raumatique
UNHCR / HCNUR	Le H aut C ommissariat des N ations U nies pour les R éfugiés

Terminologie

Victime/survivant(e): pour décrire une personne qui a été violée et/ou agressée sexuellement, les termes "victime", "survivant(e)" et "personnes qui ont subi/ont été exposées à des violences sexuelles" seront utilisés de manière interchangeable. La terminologie appropriée pour décrire une personne ayant subi une victimisation sexuelle fait traditionnellement l'objet de nombreux débats. Le terme "survivant(e)" est parfois préféré car il est considéré comme plus valorisant. Toutefois, les personnes qui ont elles-mêmes été victimes de viols et d'agressions sexuelles ne s'accordent pas sur le terme qu'elles préfèrent utiliser pour décrire leur expérience [2]. En outre, les deux termes sont souvent utilisés de façon assez variable que ce soit dans la pratique ou dans la recherche, s'adaptant souvent au contexte. Par exemple, la police et le système de justice pénale font référence aux "victimes" de crimes, alors que les professionnels dans le domaine de la violence sexuelle dans les contextes de la santé et de l'aide sociale ont plutôt tendance à utiliser les termes "survivant(e)s" ou "client(e)s" [2].

Migrant: "Une personne qui a quitté son lieu de résidence habituel, que ce soit à l'intérieur d'un pays ou au-delà d'une frontière internationale, de manière temporaire ou permanente, et pour diverses raisons" [3].

Demandeur de protection internationale:

"Un ressortissant de pays tiers ou un apatride demandant la protection d'un état membre de l'UE, qui peut être considéré comme demandant le statut de réfugié ou le statut conféré par la protection subsidiaire, et qui ne demande pas explicitement un autre type de protection, en dehors du champ d'application de la Directive 2011/95/UE ("Directive Qualification" révisée), qui peut être demandé séparément" [4].

Réfugié(e): "Toute personne qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité ou dans lequel elle a sa résidence habituelle ; qui craint avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social particulier ou de ses opinions politiques ; et qui ne peut ou ne veut pas se réclamer de la protection de ce pays ou y retourner de crainte d'être persécutée" [5].

Centre d'aide aux victimes des violences

sexuelles: un service spécialisé et holistique où une victime de violence sexuelle peut obtenir des soins, à tout moment, tous les jours de la semaine. Le service fournit des soins médicaux, des soins psychologiques, des examens médico-légaux ainsi que tout autre suivi et assistance. Si elle le souhaite, la victime peut y déposer une plainte [6].

Programme pour l'accueil et l'hébergement des demandeurs de protection

internationale: "tout au long de la procédure, les demandeurs de protection internationale ont droit à une assistance matérielle (c'est-à-dire à un accueil) dans le cadre d'une initiative ouverte, collective ou individuelle d'accueil ou d'hébergement. Outre le logement, le demandeur de protection internationale reçoit des repas, des vêtements, un soutien social, médical et psychologique, ainsi qu'une indemnité journalière et l'accès à une assistance juridique et à des services tels que l'interprétation et la formation [7].

Violence sexuelle: L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la violence sexuelle comme "tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avance de nature sexuelle, ou acte visant à un trafic ou autrement dirigé contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail" [8]. Selon cette définition, un très large éventail de comportements dans lesquels une personne est (1) forcée d'avoir des relations sexuelles contre sa volonté et/ou dans lesquels (2) aucun consentement éclairé à des relations sexuelles n'a été ou ne pourrait être donné, serait classé comme un acte de violence sexuelle.

Introduction

Au sein de l'Union européenne, les **Migrants**, les **Demandeurs de protection internationale** et les **Réfugiés** (abrégé par la suite en **MRD**) courent un risque élevé de victimisation sexuelle avant, pendant et après leur arrivée en Europe [9, 10]. Au sein de cette population, jusqu'à 58% des femmes et 32% des hommes, ont vécu une victimisation sexuelle [11, 12].

Cependant, malgré la forte prévalence de la violence sexuelle chez les MRD, la violence sexuelle est rarement divulguée et/ou signalée, en particulier dans le cadre des programmes d'accueil et d'hébergement des demandeurs de protection internationale. En outre, l'accès à des soins intégrés et holistiques qui englobent des soins médicaux, médico-légaux et psychosociaux pour les victimes MRD de violences sexuelles est souvent entravé par un large éventail d'obstacles.

Afin de répondre aux besoins spécifiques des victimes MRD en leur fournissant des soins initiaux et en les orientant éventuellement vers des services intégrés et holistiques, les professionnels travaillant dans les programmes d'accueil et d'hébergement des demandeurs de protection internationale doivent être soutenus pour adapter leurs approches, acquérir des connaissances et affiner leurs compétences. Cet Outil de Triage est conçu pour faciliter ce processus.

En tant que professionnel travaillant dans le cadre d'un programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs de protection internationale, **vous pouvez contribuer au rétablissement d'une victime** en identifiant les indicateurs de violence sexuelle, en lui fournissant des soins appropriés et en l'orientant vers des services spécialisés si nécessaire.

Cet Outil de Triage peut aider et guider les professionnels à remarquer les comportements et les situations qui sont potentiellement révélateurs d'une victimisation sexuelle.

Il ne s'agit nullement d'une grille de diagnostic ou d'une liste de contrôle. Après avoir utilisé l'outil, les professionnels devraient se sentir mieux équipé pour répondre aux préoccupations liées à la violence sexuelle des victimes MRD et pour réfléchir à ces préoccupations ainsi qu'à les communiquer à leurs collègues. L'identification des victimes est un processus **continu et répétitif**, et non une activité ponctuelle.

Étant donné le large éventail de profils professionnels travaillant dans les programmes d'accueil et d'hébergement des demandeurs de protection internationale, l'Outil de Triage est conçu pour une **utilisation multidisciplinaire**. Les spécialistes des soins psychosociaux, les professionnels de la santé et les responsables de dossier peuvent jouer un rôle dans l'identification, les soins et l'orientation des victimes de violences sexuelles.

L'Outil de Triage se compose de quatre sections différentes. Dans la **première section**, nous abordons la définition et les différents types de violence sexuelle dans un contexte de migration. La fréquence, les facteurs de risque et l'impact de la violence sexuelle ainsi que la prestation de soins intégrés et holistiques sont expliqués dans cette section. La **deuxième section** se concentre sur l'identification des victimes potentielles de violences sexuelles tandis que la **troisième section** se concentre sur les soins pratiques et les parcours d'orientation. Des directives pour la gestion et l'organisation infrastructurelle des lieux d'hébergement pour les demandeurs de protection internationale sont fournies dans la **quatrième** et dernière **section** de l'Outil de Triage.

Nous espérons sincèrement que cet Outil de Triage vous aidera à développer de nouvelles compétences pour prendre en charge (et orienter) les victimes MRD de violences sexuelles.

Cet "Outil de Triage pour l'identification, les soins et l'orientation des victimes de violences sexuelles dans les programmes d'accueil et d'hébergement des demandeurs de protection internationale" a été développé en 2019 - 2020 dans le cadre d'un projet intitulé "Soins intégrés et holistiques pour les réfugiés et les migrants victimes de violences sexuelles en Belgique, au Royaume-Uni et en Irlande". Ce projet a été financé par la Commission européenne dans le cadre du programme "Droits, égalité et citoyenneté".



Violence sexuelle et migration

- | | |
|---|-----------|
| 1. Violence sexuelle : que se cache-t-il derrière ce terme? | 11 |
| 2. La violence sexuelle est-elle courante? | 16 |
| 3. Quel est l'impact de la violence sexuelle? | 21 |
| 4. Prendre soin des victimes de violence sexuelle | 23 |

1. Violence sexuelle: que se cache-t-il derrière ce terme?

1.1. De nombreuses définitions

La violence sexuelle est une préoccupation sanitaire, judiciaire et sociétale majeure à l'échelle mondiale [13, 14]. L'éventail des expériences qui se rapportent à la violence sexuelle est large et touche tous les sexes et les personnes de tous genres au cours de leur vie [15]. Étant donné le large éventail de définitions concernant la violence sexuelle, définir la violence sexuelle de manière consistante est une problématique importante pour l'identification, les soins et l'orientation des victimes.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la violence sexuelle comme: **'Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avance de nature sexuelle, ou acte visant à un trafic ou autrement dirigé contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail'** [8]. En outre, la violence sexuelle a également lieu lorsqu'une personne n'est pas en mesure de donner son consentement - par exemple lorsqu'elle est contrainte, intimidée, intoxiquée, droguée, endormie ou mentalement handicapée [8].

Selon cette définition, un très large éventail de comportements dans lesquels une personne est **(1) forcée d'avoir une activité sexuelle contre sa volonté** et/ou dans lesquels **(2) aucun consentement éclairé** aux rapports sexuels n'a été/ne peut être donné, serait classé comme un acte de violence sexuelle.

Veillez noter que les définitions juridiques concernant la violence sexuelle varient d'un pays à l'autre et changent au fil du temps. Les références des définitions et procédures juridiques par pays sont jointes en annexe.

1.2. Formes de violence sexuelle

La violence sexuelle est un terme général qui peut prendre de nombreuses formes dans différentes circonstances. Selon une approche **scientifique** et de **santé publique** et en fonction de la nature de la violence, la violence sexuelle peut être classée en quatre types différents [16-18].

Le harcèlement sexuel est toute avance sexuelle non désirée, souvent répétée et non réciproque, toute attention sexuelle non sollicitée, toute demande pour avoir des rapports sexuels ou des faveurs sexuelles, toute insinuation sexuelle ou tout autre comportement verbal ou physique de nature sexuelle. En général, le harcèlement sexuel n'implique pas de contact physique.

Cela comprend: l'intimidation verbale, le fait de devoir se déshabiller, le fait d'être regardé en se déshabillant, le fait d'être forcé à regarder quelqu'un faire l'amour ou se masturber, le fait d'être forcé à regarder de la pornographie, les avances ou invitations sexuelles non désirées, etc.

L'abus sexuel est la soumission forcée à un acte physique de nature sexuelle, le fait de toucher délibérément le pénis, le vagin, les fesses, les seins, y compris l'intérieur des fesses, sans le consentement de la personne. Quand on parle d'abus sexuels, il y a contact physique mais pas de pénétration.

Cela comprend: toucher, pincer, caresser, masturber, embrasser, etc.

La tentative de viol est la tentative de pénétration sexuelle forcée de tout orifice avec un objet ou une partie du corps d'une personne sans le consentement de cette dernière.

Le viol est tout acte de pénétration sexuelle de tout orifice avec une partie du corps ou un objet, par la force, la menace du recours à la force, la coercition, l'utilisation d'un environnement coercitif contre la volonté d'une personne ou contre une personne incapable de donner un consentement véritable.

Cela comprend: le viol unique (pénétration sexuelle orale, vaginale et/ou anale et/ou pénétration sexuelle de tout autre orifice corporel), les viols multiples (plusieurs orifices, plusieurs fois), le viol collectif (par plusieurs personnes en même temps ou l'une après l'autre), l'avortement contraint, les relations sexuelles forcées dans le cadre d'un mariage ou d'une relation, etc.

Dans un contexte de migration, les individus peuvent être particulièrement vulnérables à certains types de violences sexuelles:

L'exploitation sexuelle est tout abus d'une position de vulnérabilité, de pouvoir différentiel ou de confiance à des fins sexuelles.

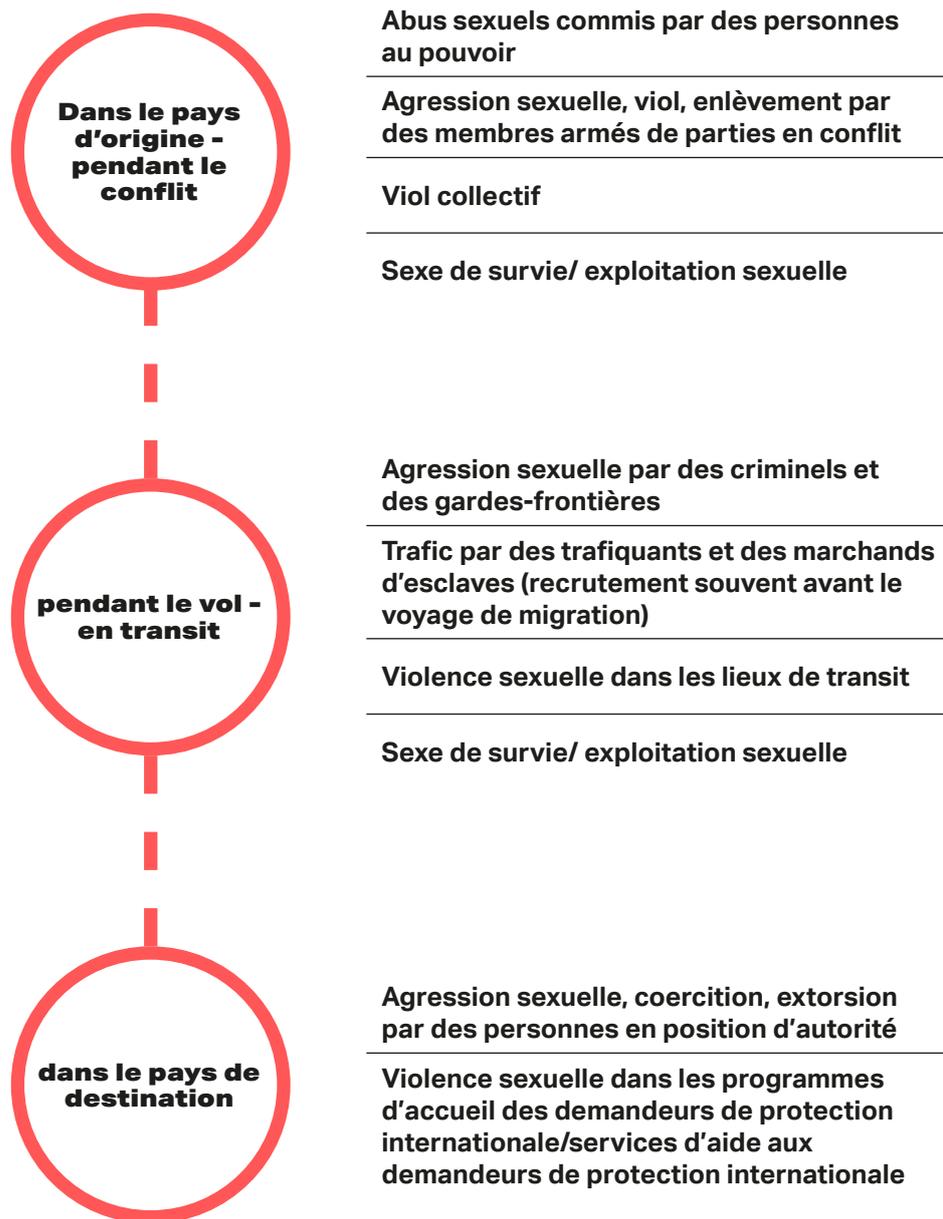
Cela comprend: l'industrie du sexe pour la survie (en échange de nourriture, de vêtements, d'argent, de papiers, etc.), le mariage forcé pour le sexe, l'abus sexuel de pouvoir par un prestataire de services professionnel, etc.

La violence sexuelle comme arme de guerre et de torture est tout acte ou menace de nature sexuelle par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont causées en vue d'obtenir des informations, des aveux ou des sanctions de la victime ou d'une tierce personne, d'intimider la victime ou une tierce personne ou de détruire, en tout ou en partie, un groupe national, ethnique, racial ou religieux. Il s'agit d'un crime contre l'humanité.

Cela comprend: le viol, le viol forcé d'autrui, le visionnage forcé d'un viol, l'esclavage sexuel, l'avortement contraint, la stérilisation forcée, la grossesse forcée, la procréation forcée, etc.

Les MRD sont extrêmement vulnérables à la violence sexuelle à tous les stades de leur migration, y compris dans leur pays d'origine, dans les lieux de transit ou d'installation ainsi que dans le pays de destination [19, 20]. Selon la

phase du parcours des réfugiés telle que définie par le HCNUR, les individus peuvent être plus ou moins exposés à différents types de violence sexuelle [16].



Annexe 1: Le programme est basé sur le tableau du HCNUR (2003, p. 20) sur la violence sexuelle et la violence fondée sur le genre pendant le parcours des réfugiés, initialement développé par S. Purdin, et sur la version étendue développée par le projet CCM-GBV (2019).

MESSAGES CLÉS

L'Organisation mondiale de la Santé définit la violence sexuelle comme **«tout acte sexuel, toute tentative d'obtenir un acte sexuel, toute remarque ou avance sexuelle non désirée, tout acte de traite ou tout autre acte dirigé contre la volonté de quelqu'un, par toute personne, quelle que soit sa relation avec la victime, dans n'importe quel cadre, y compris, mais sans s'y limiter, à la maison et au travail»**

La violence sexuelle comprend un très large éventail de comportements. On peut distinguer quatre types différents de violences sexuelles :

- **Le harcèlement sexuel**
- **Les abus sexuels**
- **La tentative de viol**
- **Le viol**

Dans un contexte de migration, les individus peuvent être particulièrement vulnérables à :

- **L'exploitation sexuelle**
- **La violence sexuelle comme arme de guerre et de torture**

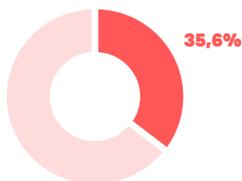
Les MRD sont extrêmement vulnérables à différents types de violences sexuelles dans leur pays d'origine, pendant le vol ainsi que dans le pays de destination.

2. La violence sexuelle est-elle courante?

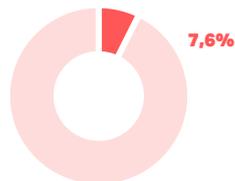
2.1. Fréquence

La violence sexuelle se produit partout dans le monde, touchant des personnes de tous les genres, de toutes les catégories d'âge, et transcendant les frontières culturelles, ethniques et économiques [12, 16]. À l'échelle mondiale, environ une femme sur trois (35,6 %) a vécu une victimisation sexuelle à un moment ou à un autre de sa vie [21], tandis que la proportion d'hommes victimes d'abus sexuels dans l'enfance est estimée à 7,6 % dans le monde [22].

violence sexuelle mondiale femmes

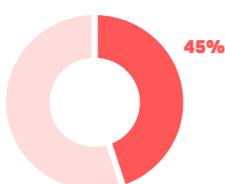


violence sexuelle mondiale hommes



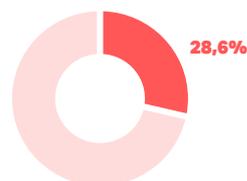
La violence sexuelle est la forme de violence la plus fréquente que subissent les réfugiés et les migrants tout au long de leur parcours migratoire [10]. Les recherches sur la violence à l'encontre des migrants subsahariens qui entrent au Maroc et le traversent dans l'intention d'atteindre l'Europe ont montré que **45% de la violence subie au Maroc était de nature sexuelle** [10]. Des recherches similaires ont montré qu'après leur arrivée en Europe, **plus de la moitié** des réfugiés, des demandeurs de protection internationale et des migrants sans papiers en **Belgique** et aux **Pays-Bas** ont été exposés à des incidents de violence sexuelle [11].

violence sexuelle Maroc

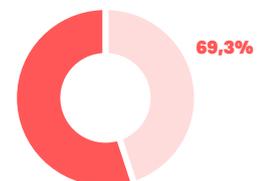


Les taux de victimisation atteignent jusqu'à 28,6% chez les hommes et 69,3% chez les femmes MRD [11]. Les hommes et les jeunes garçons MRD semblent être plus susceptibles de subir des violences sexuelles et d'autres types de violence que ce qui est rapporté au niveau mondial chez les hommes [17]. Néanmoins, étant donné les multiples obstacles liés à la révélation de la violence sexuelle (voir section 1, paragraphe 4.3.), il est probable que ces taux soient sous-estimés [23].

violence sexuelle BE & NL hommes



violence sexuelle BE & NL femmes

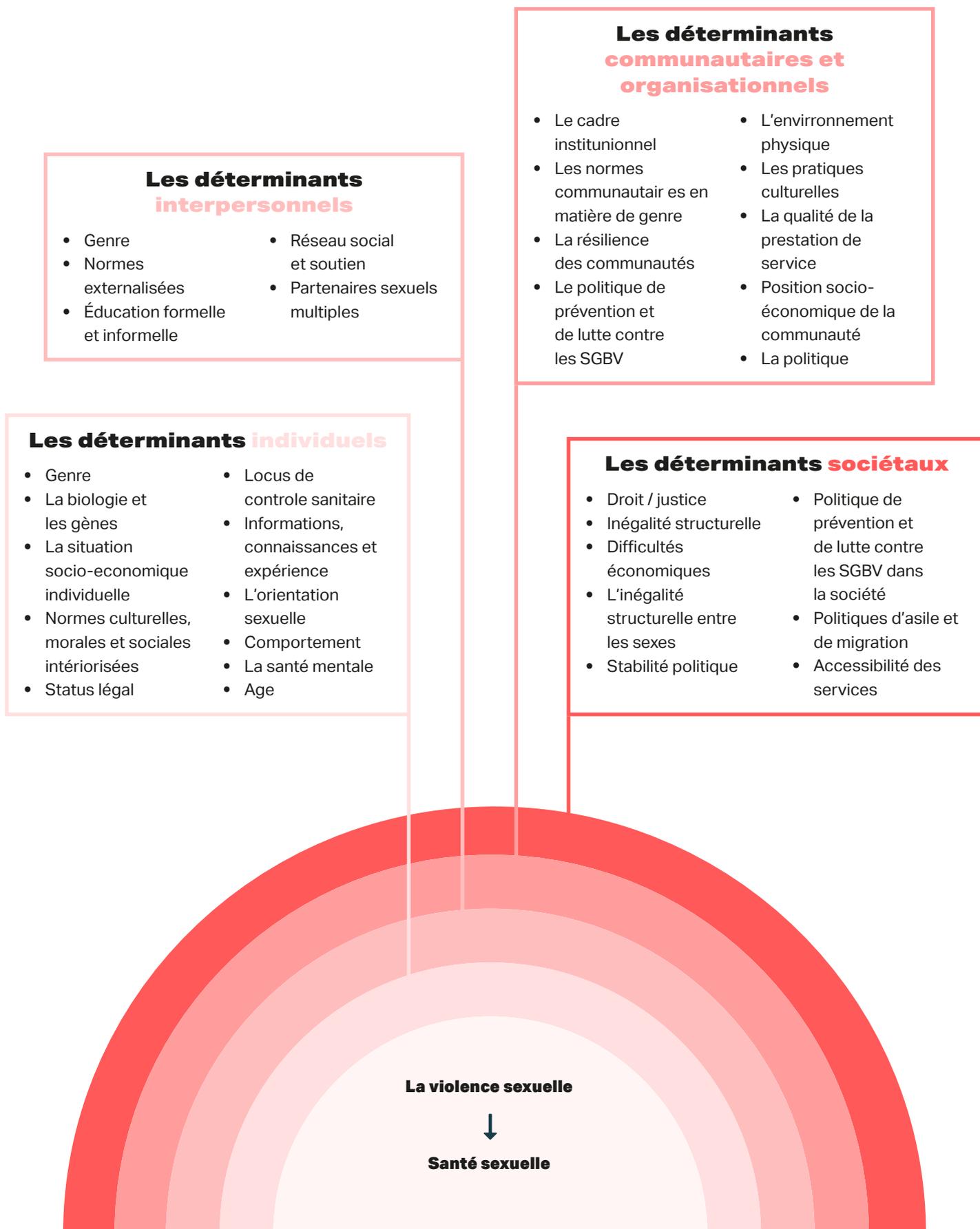


Le viol est la forme la plus répandue de violence sexuelle subie par les MRD. L'exploitation sexuelle et le viol impliquant plusieurs assaillants sont également couramment signalés [10, 11]. Si les migrants ne sont pas personnellement victimes, ils sont souvent obligés d'assister à des actes de victimisation de parents, d'amis ou de co-migrants qui se produisent en leur présence, ce qui est tout aussi traumatisant car ils n'ont pas pu intervenir ou offrir une protection [10]. Une proportion importante des assaillants responsables des violences sexuelles perpétrées contre les MRD sont souvent soit des personnes inconnues de la victime, soit des personnes en position d'autorité, y compris celles chargées de les protéger [17].

2.2. Facteurs de risque d'exposition à la violence sexuelle

Tout le monde peut être victime de violence sexuelle. Toutefois, les recherches montrent que certaines personnes sont plus exposées [16]. Cela inclut les personnes qui s'identifient comme lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres (LGBT+), intersexuelles, non-binaires ou autres ; les personnes qui ont subi ou assisté à des violences sexuelles pendant leur enfance et celles qui vivent dans la pauvreté, dans des refuges, dans des zones reculées ou en détention [16, 24]. Ceux qui dépendent de l'industrie du sexe pour leurs besoins financiers peuvent courir un grand risque de victimisation sexuelle [11, 25-27], tout comme les personnes à mobilité réduite, les adolescents et les personnes âgées. Les MRD, les migrants sans papiers et les victimes de la traite sont connus pour être plus à risque [11, 12, 18, 28, 29]. **Il arrive souvent que ces vulnérabilités se recoupent**, ce qui accroît encore le risque de victimisation. Les mineurs réfugiés non accompagnés, les LGBT+, les personnes handicapées, les réfugiés âgés et les réfugiés en transit sont des exemples de personnes ayant de multiples vulnérabilités.

Les combinaisons des vulnérabilités augmentant le risque d'être victime de violence sexuelle sont cartographiées par le **modèle socio-écologique** ci-dessous, qui identifie les facteurs qui interagissent sur quatre niveaux socio-écologiques [18, 19, 30].



Annexe 2 : Les facteurs déterminants de la santé sexuelle et de la violence sexuelle chez les migrants (Keygnaert, 2014, p. 154).

Au **niveau individuel**, le niveau d'éducation, l'âge, le genre, l'handicap, la sécurité personnelle, les croyances et les normes culturelles, le niveau de revenu, l'accès aux ressources, aux services et aux avantages sociaux et leur contrôle, ainsi que les antécédents personnels en matière d'abus et de négligence (sexuels) peuvent influencer sur la probabilité de devenir victime de violence sexuelle [19].

Le deuxième niveau - le **niveau interpersonnel** - représente le cercle social immédiat et le plus proche d'une personne, qui influence le comportement d'une personne et qui détermine si une personne peut devenir victime de violence sexuelle. Les réseaux sociaux, le soutien social, l'échange d'informations, la sensibilisation et la résilience des communautés sont considérés comme des facteurs déterminants à ce niveau [17].

Le **niveau communautaire et organisationnel** comprend la dimension sociale entre et parmi les personnes au sein des structures locales telles que les écoles et les organismes éducatifs, les institutions religieuses, les lieux de travail, les établissements de soins de santé, les groupes de pairs et le voisinage. À ce niveau, la confusion des rôles traditionnels entre les genres, le sentiment de (manque de) sécurité dans les espaces publics, la pauvreté, etc. peuvent avoir un impact direct sur la possibilité d'incidents de violence sexuelle [19].

Le **niveau sociétal** comprend les normes culturelles et sociales relatives aux rôles des genres, les attitudes envers les enfants, les femmes et les hommes, les cadres législatifs et politiques généraux régissant les comportements et l'attitude à l'égard du recours à la violence comme moyen de résoudre les conflits en général [19].

Le contexte migratoire peut être considéré comme un facteur déterminant transversal influençant d'autres facteurs à tous les niveaux socio-écologiques. Il accroît le risque de victimisation sexuelle, car les MRD sont souvent obligés de traverser les frontières dans des conditions peu sûres, de recourir aux services de trafiquants, de résider dans des refuges ou

des centres d'hébergement surpeuplés et de vivre avec un statut de résidence incertain. Une détérioration de la situation socio-économique, souvent exacerbée par les restrictions imposées aux MRD qui les empêchent de travailler légalement et de participer librement à la société civile, accroît encore la vulnérabilité à la violence sexuelle [17, 19].

MESSAGES CLÉS

Les recherches indiquent que plus de la moitié des réfugiés, des demandeurs de protection internationale et des migrants sans papiers en Europe ont été exposés à des violences sexuelles.

Si les migrants ne sont pas victimes personnellement, ils sont souvent **contraints d'assister** à des actes de victimisation de parents, d'amis ou de co-migrants se produisant en leur présence, ce qui est tout aussi traumatisant.

Les assaillants responsables des violences sexuelles perpétrées contre les MRD sont souvent soit des **individus connus de la victime**, soit **des personnes en position d'autorité**.

Le **contexte migratoire** peut **interférer** avec d'autres facteurs de risque de victimisation sexuelle au niveau individuel, interpersonnel, communautaire et organisationnel ainsi qu'au niveau sociétal. Par conséquent, le phénomène de **migration** peut **influencer la vulnérabilité d'une personne** à être exposée à la **violence sexuelle**.

3. Quel est l'impact de la violence sexuelle?

La victimisation sexuelle peut entraîner de nombreuses conséquences physiques, psychologiques, sexuelles et socio-économiques à court et à long terme pour les victimes ainsi que pour les membres de leur famille, leurs pairs et leurs assaillants [11, 21, 30-32]. Cependant, il convient de souligner que de même qu'il n'y a pas de victime type, il n'y a pas non plus de réaction type face à l'expérience de la violence sexuelle.

● **Pendant les violences sexuelle: les réponses biologiques à la violence sexuelle**

La violence sexuelle peut être perçue par les victimes comme un acte mettant leur vie en danger. Lors d'un acte de violence sexuelle, les victimes peuvent avoir des réactions qu'elles ne contrôlent pas consciemment. Ces réactions peuvent être considérées comme un "mode de survie". Elles sont souvent automatiques et constituent la réaction naturelle de l'organisme face au danger. Parfois, les victimes réagissent d'une manière à laquelle elles ne s'attendraient absolument pas. On peut les appeler la réponse "**lutte-fuite-inhibition-et-apaisement**" [6].

La lutte: certains individus peuvent se défendre lorsqu'ils sont attaqués ; cependant, dans environ un tiers des cas, les victimes ne se défendent pas car leur corps répond par l'un des autres mécanismes énumérés ci-dessous. Lutter peut entraîner des risques de blessures supplémentaires [6].

La fuite: une réaction courante est de fuir, mais il est également fréquent que le corps réagisse autrement. En outre, il n'est pas toujours

possible de fuir lorsque la force, le chantage émotionnel ou la coercition sont utilisés pour empêcher les victimes de s'enfuir [6].

L'inhibition: l'inhibition est une réaction involontaire courante à une menace perçue comme imminente. C'est une réaction qui se produit fréquemment lors de violences sexuelles, mais qui est souvent mal comprise par les victimes et les autres [6]. Pendant un acte de violence sexuelle, il se peut que la victime ne puisse rien faire d'autre que de se figer.

L'apaisement: les victimes peuvent se protéger contre les expériences psychologiques ou physiques négatives en "apaisant" l'assaillant. En obéissant, en coopérant ou en calmant l'assaillant, il peut arriver que la situation de violence prenne fin plus rapidement et que le risque de nouveaux préjudices soit réduit [6].

● **Après la victimisation sexuelle: les conséquences de la violence**

LES CONSÉQUENCES PHYSIQUES



Les séquelles physiques de la violence sexuelle peuvent comprendre des blessures telles que des ecchymoses, des abrasions, des lacérations et des fractures osseuses ; des infections, notamment des infections transmises sexuellement, des douleurs pelviennes, des maladies inflammatoires pelviennes et des infections des voies urinaires. Les amputations, les handicaps et même la mort sont le plus souvent liés à des viols physiquement violents [33]. Toutefois, il convient de noter qu'il n'existe pas de classification communément reconnue des blessures et que, souvent, il n'y a pas du tout de blessures physiques [33].

LES CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES

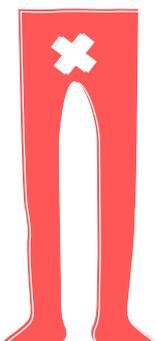


Les réactions psychologiques et comportementales courantes à la suite d'une violence sexuelle

comprennent souvent le choc, le déni, l'isolement auto-imposé ou le repli sur soi, la colère, la peur, la déprime, la perte d'intérêt pour les activités et les "symptômes de stress aigu". Les symptômes de stress aigu peuvent inclure des cauchemars, des flashbacks, l'évitement des lieux associés à l'incident ou à l'assaillant, une vigilance excessive face au danger perçu, un sentiment d'irritabilité, de honte ou de torpeur [34, 35]. Les symptômes peuvent apparaître immédiatement après l'agression ou bien jusqu'à des années plus tard, surtout s'ils ne sont pas traités [36, 37]. Si les symptômes persistent dans le temps, une victime peut être diagnostiquée comme souffrant du Syndrome de Stress Post-Traumatique (SSPT). Le SSPT est fréquemment diagnostiqué chez les victimes de violences sexuelles. On constate généralement une diminution des symptômes au fil du temps [38-40]. En outre, le SSPT se manifeste souvent chez les victimes de violences sexuelles en combinaison avec la dépression, la peur, le désespoir et l'hostilité [40-43].

Les autres répercussions peuvent comprendre une faible estime de soi, des troubles de l'humeur et de l'anxiété, des troubles du sommeil, des troubles alimentaires, la toxicomanie, la phobie sociale, des idées suicidaires ou le suicide, l'agression et la confusion des rôles entre les genres [44-50].

LES CONSÉQUENCES EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE REPRODUCTION



Les victimes de violences sexuelles peuvent contracter des infections sexuellement transmissibles (y compris le VIH/sida), ou souffrir de douleurs génitales et extra-génitales chroniques, de dysfonctionnement sexuel, de perturbations des règles et de

saignements vaginaux aigus pour les femmes [49, 51-54]. Les agressions impliquant des violences physiques peuvent provoquer une fausse couche chez les femmes enceintes [51]. Les blessures génitales telles que les lacérations du vagin, du périnée, du rectum et de l'anus, l'érythème pénien, anal ou scrotal sont le plus souvent liées à des viols physiquement violents [33], tout comme les grossesses non désirées, les avortements contraints, l'infertilité (à long terme) et la mort [17].

LES CONSÉQUENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES



Les victimes de violences sexuelles sont plus susceptibles d'abandonner l'école ou de ne pas pouvoir travailler, et de faire face à la stigmatisation et à la discrimination de la part de la société, des professionnels de la santé, de leur communauté et de leur famille, y compris de leur partenaire intime [20, 29, 55-57]. La violence sexuelle peut également avoir des conséquences néfastes pour les partenaires, les familles et la communauté en général [50].

MESSAGES CLÉS

Lors de la violence sexuelle, le corps de la victime passe en «**mode survie**» et déclenche l'une des réactions biologiques suivantes : **réaction par la lutte-fuite-immobilisation et apaisement**.

La violence sexuelle peut avoir de nombreuses **conséquences à court et à long terme**:

- **Conséquences physiques**
- **Conséquences psychologiques**
- **Conséquences sur la sexualité et la reproduction**
- **Conséquences socio-économiques**

4. Prendre soin des victimes de violence sexuelle

4.1. Soins intégrés et holistiques après la violence sexuelle

Fournir de soins intégrés, holistiques et multidisciplinaires à court et à long terme, englobant des soins **médico-légaux, médicaux et psychosociaux**, ainsi qu'une protection et une **assistance juridique**, a été mise en avant au niveau international comme l'approche optimale pour toutes les victimes de violences sexuelles [31, 58-60]. Une approche intégrée, holistique et multidisciplinaire augmente la probabilité d'obtenir des résultats médicaux et psychosociaux positifs. Il a été démontré que cette approche améliore la qualité des soins fournis, accélère le rétablissement des survivant(e)s et réduit le risque de re-victimisation [60-68].

Dans une approche intégrée, holistique et multidisciplinaire, le **bien-être** et la **santé** de la victime devraient toujours être la première priorité [31]. Un(e) survivant(e)s peut se sentir humilié(e) et dégradé(e) à la suite d'une agression; il est donc essentiel de garantir sa **dignité** tout en lui apportant des **soins efficaces et empathiques**. Il a été démontré qu'une **relation de confiance** avec un professionnel de la santé favorise le rétablissement des victimes de violences sexuelles [69].

4.1.1. Centres d'aide aux victimes des violences sexuelles

Un centre d'aide aux victimes des violences sexuelles est un centre d'expertise où des soins intégrés et holistiques sont fournis par un personnel spécialisé (par exemple, des infirmières légistes, des médecins urgentistes, des gynécologues, des urologues, des pédiatres, des géiatres, des psychiatres et des psychologues spécialement formés).

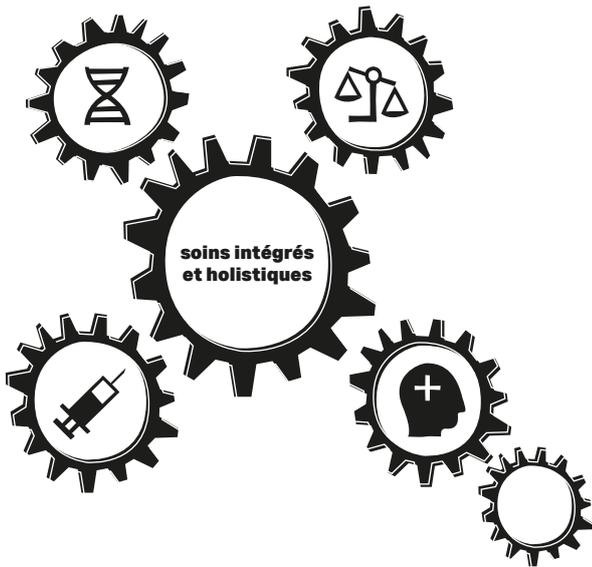
Un centre d'aide aux victimes de violences sexuelles est généralement ouvert 24 heures sur 24 et accueille les victimes de violences sexuelles, quel que soit leur statut de résidence

- **Soins médicaux:** des soins immédiats et des soins de suivi pour d'éventuels traitements médicamenteux et vaccinations sont proposés. Cela peut inclure le traitement de blessures et d'autres problèmes physiques, sexuels ou reproductifs.

- **Soins psychologiques:** comprenant les premiers soins psychologiques (comme écouter et expliquer quelles sont les réactions normales après un événement traumatique et offrir des conseils sur la manière de gérer cela) et des conseils supplémentaires et/ou une thérapie centrée sur le traumatisme par des psychologues spécialement formés

- **Examens médico-légaux:** le cas échéant, des examens médico-légaux peuvent être proposés dans un délai spécifique après l'agression. Cela peut inclure la constatation des blessures et la collecte d'ADN et d'autres traces de l'assaillant comme preuve pour une éventuelle accusation et un procès.

- **Assistance quant au signalement à la police:** les centres d'aide aux victimes de violences sexuelles peuvent faciliter le dépôt de plainte aux forces de l'ordre si les survivant(e)s choisissent de le faire. Les survivant(e)s se verront proposer des entretiens avec des officiers spécialement formés qui dirigeront l'enquête.



Toutes les victimes de violences sexuelles ont le droit de recevoir des **soins gratuits**. Des efforts sont généralement faits pour que les centres d'aide aux victimes de violences sexuelles soient facilement **accessibles** par **les transports publics et disposent d'entrées** sûres et discrètes afin de réduire les obstacles à l'accès. Le personnel travaillant dans les centres d'aide aux victimes de violences sexuelles doit être suffisamment formé pour soutenir les victimes de violences sexuelles et les interprètes doivent avoir des compétences linguistiques et interpersonnelles suffisantes pour discuter efficacement et avec sensibilité des questions relatives à la sexualité et à la violence.

Lorsque vous apprenez qu'une personne a subi une victimisation sexuelle, vérifiez l'emplacement et les services offerts par le centre d'aide aux victimes de violences sexuelles de votre région.

4.2. Victimisation secondaire des MRD

Les victimes MRD sont confrontées à de nombreux défis lorsqu'elles cherchent à se faire soigner à la suite de violences sexuelles [70]. Lorsqu'elles ne reçoivent pas les soins adéquats à la suite d'une victimisation sexuelle, les victimes peuvent subir une victimisation secondaire et développer elles-mêmes un comportement agressif.

La victimisation secondaire se produit lorsque la victime subit un préjudice supplémentaire en raison des **comportements** et des **attitudes** des autres personnes avec lesquelles elle interagit [71]. La victimisation secondaire peut, par exemple, être causée par l'exposition répétée de la victime à l'assaillant, par un interrogatoire sur l'incident qui est voulu ou perçu par la victime comme "offensant", par exemple en interrogeant la réaction de la victime face à l'agression, ou par l'utilisation d'un langage inapproprié ou de commentaires insensibles [72]. Ce processus peut **provoquer un traumatisme** supplémentaire, **créer une méfiance à l'égard des services d'aide**, des **professionnels de la santé** et des **institutions**, et **influer sur le comportement de la victime** en matière de **recherche d'aide** [72].

Les victimes MRD de violences sexuelles sont exposées au risque de victimisation secondaire à différents stades du processus de migration. Par exemple, en examinant une demande de protection internationale, lorsqu'on demande aux victimes MRD de parler d'événements traumatisants, lorsqu'elles signalent l'agression à la police ou en raison d'aspects institutionnels qui perturbent leur vie privée dans le cadre d'une démarche d'asile collectivement organisée [19]. Des facteurs structurels et institutionnels, en plus des interactions sociales directes, peuvent contribuer à la victimisation secondaire.

Afin de prévenir tout traumatisme supplémentaire chez les victimes de violence sexuelle, il est essentiel qu'en tant que professionnel, vous soyez conscient de vos propres attitudes et comportements à l'égard de la violence sexuelle et des victimes et que vous adoptiez une approche centrée sur la victime [73].

4.3. Obstacles à la divulgation des violences sexuelles par les MRD

Bien que la divulgation de violences sexuelles soit liée à une amélioration du bien-être psychologique et physique des victimes, de nombreux obstacles s'opposent à cette révélation. Les préoccupations concernant la réaction attendue des autres, le fait de ne pas vouloir déranger ou accabler les autres, la confidentialité, les attentes culturelles ou le langage et les normes concernant les discussions sur la sexualité [34]. Les survivant(e)(s) craignent les répercussions liées à la révélation, y compris le fait d'être jugé(e)(s), blâmé(e)(s) ou de ne pas être cru(e)(s). Des recherches ont montré que les victimes de violences sexuelles sont plus disposées à divulguer qu'elles ont été fréquemment victimisées et/ou agressées par plusieurs assaillants, lorsqu'elles s'inquiètent fortement des conséquences pour elles-mêmes et pour les personnes de soutien, lorsqu'elles sont très bouleversées au cours de la victimisation et lorsqu'elles perçoivent ou considèrent qu'elles sont victimes de violences sexuelles [34, 74].

Par exemple, les victimes MRD peuvent être originaires de pays dans lesquels certains types de violence sexuelle ne sont pas perçus ou sanctionnés comme un crime. Les MRD qui subissent des violences sexuelles peuvent ne pas les percevoir comme telles, ni s'identifier en tant que victimes ou survivant(e)(s). Étant donné l'omniprésence de la violence sexuelle chez les MRD, plusieurs personnes ont signalé qu'elles en étaient venues à percevoir la violence sexuelle comme une composante inévitable de la migration, semblable à "un rite d'initiation, dans lequel on subit une épreuve pendant un certain temps afin de passer à une phase suivante de la vie" [10]. Par conséquent, la divulgation des expériences de violence sexuelle peut être différée ou ne pas avoir lieu du tout.

Les recherches indiquent que les victimes MRD, en particulier celles qui sont sans papiers, sont peu susceptibles de divulguer leur situation par crainte de **déportation**, de **stigmatisation**,

d'**isolement** de leur famille, de **représailles** de la part des membres de la communauté ou d'**impact** sur leur demande d'**asile** et/ou leur séjour dans le programme d'accueil et d'hébergement [10]. L'absence de procédures de signalement sensibilisées au genre et culturellement appropriées dissuade encore davantage les MRD de signaler les violences sexuelles [70]. Parmi les autres obstacles à la divulgation des violences sexuelles, citons le **manque de connaissance** des services de soutien ou de leurs **droits** en tant que **victimes**, les barrières linguistiques et la **dépendance économique** et/ou **émotionnelle** à l'égard de l'assaillant [19, 70].

Comme mentionné précédemment, les conséquences de la **victimisation secondaire**, **comme la culpabilité personnelle ou la méfiance à l'égard des services**, peuvent également entraver la divulgation. Les **mythes** et les **préjugés** sur la réaction probable des autorités suite au signalement de violences peuvent également dissuader les MRD de divulguer ce qu'ils subissent. Par exemple, la croyance que les autorités peuvent retirer les enfants de la victime si celle-ci signale des violences sexuelles [70]. Des facteurs personnels tels que le genre, l'âge et la personnalité, ainsi que la culture et la religion, influencent la probabilité qu'une personne divulgue être victime de violences sexuelles [75].

Les souvenirs d'événements traumatisants sont enregistrés et traités différemment des autres événements. Il est courant pour les survivant(e)(s) d'expériences traumatisantes telles que la violence sexuelle, d'avoir des souvenirs partiels ou des souvenirs qui semblent évoluer avec le temps. C'est le résultat d'un traumatisme [76]. Certaines victimes d'une grave victimisation sexuelle occultent consciemment ou inconsciemment ces expériences traumatisantes de leur mémoire [6] et ont besoin de recourir à des techniques psychologiques spécifiques pour se rappeler ce qui s'est passé. En raison de tous ces facteurs, il peut être difficile pour une personne de divulguer ses expériences et certains auditeurs pourraient croire à tort que le récit du ou de la survivant(e) n'est pas fiable et qu'il s'agit d'un mensonge.

La victimisation sexuelle devrait constituer un motif de protection internationale [77]. Au cours des deux dernières décennies, les cadres mondiaux et européens sur la violence sexuelle ont abordé la question de la violence sexuelle chez les migrants [77-80]. La **Convention européenne d'Istanbul sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique** consacre un chapitre entier (VII) à l'immigration et à l'asile, et définit la violence sexuelle sur la base de l'absence de consentement [81]. L'édition 2013 de la **Directive Européenne sur les normes minimales pour l'accueil des demandeurs de protection internationale** demande aux États membres de prendre "des mesures appropriées pour prévenir la violence fondée sur le genre" dans les programmes d'accueil et d'hébergement des demandeurs de protection internationale, et de garantir "l'accès aux traitements ou aux soins médicaux et psychologiques appropriés aux groupes vulnérables", qui comprennent désormais les victimes de violence sexuelle [77, 82].

Pourtant, malgré la reconnaissance accrue de la violence sexuelle comme une violation des droits de l'homme, ces **cadres juridiques** et politiques sur la violence, la migration et la santé des migrants se concentrent principalement sur la **violence sexuelle** subie par les femmes dans les conflits ou comme arme de guerre [79, 80, 83]. En conséquence, les hommes migrants victimes de violences sexuelles pendant le transit ou en dehors d'un contexte de conflit sont toujours confrontés à des **obstacles juridiques** majeurs lorsqu'ils tentent **d'accéder à des services de santé sexuelle et reproductive** [77, 84-86] et/ou lorsqu'ils **cherchent à obtenir une protection internationale** [87]. Cela inclut de nombreux migrants présentant des vulnérabilités supplémentaires telles que l'absence de documents légaux, une sexualité ou une identité de genre non conventionnelle, ou ceux qui se prostituent.

Les services travaillant avec les survivant(e)s MRD de violences sexuelles doivent tenir compte des obstacles potentiels à la divulgation que leurs client(e)s pourraient rencontrer et il doivent donc adapter leurs services en conséquence afin de créer un environnement sûr qui facilite la divulgation.

4.4. Attitudes professionnelles

L'identification et la gestion des violences sexuelles doivent être traitées avec sensibilité par les professionnels. L'OMS recommande aux professionnels de ne poser des questions sur la violence sexuelle uniquement lorsqu'ils ont réussi à établir une relation de confiance avec la personne [88]. **Il est essentiel de montrer à la victime que l'on croit en son témoignage et de lui faire sentir qu'elle n'ait pas jugée** et que ses **sentiments** sont pris en compte [89]. Un langage corporel positif, des gestes chaleureux et des expressions faciales contribuent à transmettre au patient la compréhension et l'empathie. Un langage insensible peut non seulement contribuer à la détresse de la victime, mais aussi entraver son rétablissement à long terme et provoquer une victimisation secondaire [31].

Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCNUR) recommande aux professionnels de faire preuve de sensibilité culturelle dans leur approche du travail avec les victimes MRD de violences sexuelles [18]. **Les professionnels doivent être conscients de leurs propres perceptions, préjugés et attitudes à l'égard de la violence sexuelle et des différentes cultures.** Le fait d'être informé des facteurs culturels et contextuels ayant un impact sur les victimes de violence sexuelle peut aider les professionnels à développer des relations et de l'empathie avec leurs client(e)s [70].

Les premiers secours psychologiques énoncent cinq principes de base que les soignants doivent suivre lorsqu'ils s'occupent de personnes confrontées à une catastrophe, une tragédie ou une perte tragique [90]. Lorsqu'une victime MRD ou une personne de confiance divulgue une agression sexuelle, il est conseillé d'appliquer ces **principes empiriques** [91].

Les cinq principes essentiels des premiers secours psychologiques sont [91]:

Encourager un sentiment de sécurité

- Assurez-vous que la victime est à l'abri de tout danger physique et psychologique (supplémentaire).

Favoriser l'apaisement

- Apaisez la situation en commençant par être vous-même calme. Trouvez un endroit calme pour parler avec un minimum de distractions extérieures.

Encourager le sens de l'efficacité personnelle

- Aidez la victime à reprendre le contrôle (autant que possible) de la situation. Donnez de l'espoir.
- Reconnaissez et rappelez à la victime ses forces et sa capacité à surmonter l'adversité.

Favorisez les liens relationnels

- Rassurez la victime en lui disant que vous voulez l'aider.
- Écoutez attentivement la victime et son histoire (cf. ce qu'il faut faire et ne pas faire).
- N'incitez pas la victime à vous raconter toute l'histoire ou à vous donner des détails. N'interrompez ou ne brusquez pas la victime dans son récit.
- Reconnaissez l'injustice de la violence et normalisez les sentiments de la victime.
- Respectez la vie privée et la confidentialité (le cas échéant).

Donner de l'espoir

- Ouvrez des perspectives d'avenir.
- Donnez les informations de manière à ce que la personne puisse les comprendre. Faites simple.
- Fournissez des informations correctes concernant les soins spécialisés, un éventuel examen médico-légal et des soins de suivi.
- Précisez à la personne que même si elle refuse de l'aide maintenant, elle pourra toujours y avoir accès dans le futur.

a faire

- **Offrir intimité, sécurité, empathie et respect**
- **Garder une distance appropriée** avec la victime
- Respecter les **silences**

a dire

- **Prendre** la victime au **sérieux**
- **Dire** à la victime que ce n'est pas sa faute
- **Donner des informations** de manière compréhensible
- **Reconnaître** les sentiments de la victime
- **Reconnaître** les forces de la victime
- **Reformuler** ce que la victime dit
- Poser des **questions fermées** pour clarifier ou confirmer un point

a ne pas faire

- **Ne pas** promettre de garder le secret (dans certains cas, il existe une loi sur la déclaration obligatoire)
- **Ne pas** jouer au détective

ne pas dire

- **Ne pas** remettre en cause la victimisation
- **Ne pas** juger, **ne pas** blâmer
- **Ne pas** faire de fausses promesses
- **Ne pas** faire pression sur la victime pour qu'elle raconte son histoire ou révèle des détails (ne jamais demander: pourquoi)
- **N'interrompez** ou ne brusquez pas la victime dans son récit
- **Ne pas** donner son opinion
- **Ne pas** utiliser de termes techniques
- **Ne pas** raconter l'histoire de quelqu'un d'autre
- **Ne pas** parler de ses problèmes personnels

RESPECTER À CHAQUE INSTANT

- **L'autonomie de la victime**
- **La dignité de la victime**
- **Le droit de la victime à prendre des décisions**
- **Le droit de la victime à se voir communiquer des informations correctes**

4.5. Interprétation

De nombreux MRD sont confrontés, malgré leurs réels efforts pour apprendre la langue du pays d'accueil, à des barrières linguistiques au quotidien. Ces défis compromettent la capacité des victimes MRD à faire entendre leur voix et à prendre des décisions éclairées sur leur propre vie [92]. L'utilisation inappropriée de membres de la famille (y compris les enfants) comme interprètes et l'absence de services d'interprétation certifiés et culturellement et linguistiquement compétents entraînent des déficits d'information, des difficultés à établir des relations et des sentiments de méfiance [93], en particulier dans les cas où des informations juridiques, médicales ou de protection doivent être partagées [19]. Comme les barrières linguistiques peuvent sérieusement entraver l'accès des victimes à leurs droits et l'efficacité de l'assistance offerte par les professionnels [19], la présence d'interprètes certifiés est de la plus haute importance pour la prise en charge des MRD.

Le HCNUR (2017) décrit la tâche principale des interprètes comme " de permettre la communication entre des participant(e)(s) qui ne parlent pas la même langue et ne partagent pas le même milieu culturel" [94]. En général, les interprètes qui s'occupent des victimes MRD de violences sexuelles doivent être **neutres et objectifs**, tout en faisant preuve d'**empathie** et en **évitant** d'utiliser un **langage corporel** ou des **gestes intimidants ou inappropriés** [94]. Ils devront être au fait des tabous et des termes familiers, notamment en ce qui concerne la sexualité et la violence sexuelle, dans la culture et la langue des victimes [94]. L'utilisation d'une terminologie et d'un phrasé sensibles et la connaissance de la communication non verbale culturelle usuelle amélioreront la communication à tous les niveaux [94].

Aussi bien les femmes que les hommes victimes de violences sexuelles préfèrent souvent se tourner vers des femmes pour les entretiens et les services d'interprétation [17, 95]. Il est recommandé de déterminer quelle est la préférence de la victime en ce qui concerne le genre du soignant et/ou de l'interprète consulté,

et de tenir compte de cette préférence dans la mesure du possible. S'il n'est pas possible de tenir compte de cette préférence, demandez à la victime la manière dont l'expérience pourrait être rendue plus confortable. En outre, il est très important d'assurer un climat de **sympathie** et de **calme** lors des entretiens avec les survivant(e)(s) de violence sexuelle qui ont tout particulièrement besoin de temps pour raconter leur histoire [94]. Les interprètes doivent traduire avec précision les questions des interrogateurs, éviter d'interrompre ou de paraphraser, et ne doivent pas faire pression sur la victime pour qu'elle réponde [94]. Les victimes MRD qui refusent de répondre aux questions doivent être traitées avec respect, et l'interprète doit informer l'interrogateur du choix de la victime [94]. Dans les cas où les interprètes font preuve d'un comportement inapproprié, un remplacement pourra être envisagé [94].

Comme il est important que l'interrogateur et l'interprète établissent une **relation transparente**, il est conseillé qu'ils aient une discussion **préliminaire** avant de rencontrer le ou la client(e) et ainsi qu'une conversation de suivi après la consultation [19].

Si **aucun interprète certifié** n'est disponible, il est possible de recourir à un système d'interprétation par téléphone ou à un système d'interprétation vidéo à distance. Veuillez consulter l'annexe pour les références des services d'interprétation téléphonique et vidéo spécifiques à chaque pays ainsi que d'autres outils en ligne qui pourraient améliorer votre pratique.

Le recours à des **interprètes bénévoles non formés est uniquement recommandé lorsque aucune autre solution n'est disponible** ou dans les situations d'urgence. Les interprètes qui n'ont pas suivi de formation professionnelle peuvent manquer de vocabulaire ou de compétences professionnelles spécifiques. Ils pourraient avoir vécu eux-mêmes des expériences traumatisantes et ne pas être préparés aux conséquences potentielles qui pourraient découler du fait d'entendre quelqu'un d'autre raconter les siennes.

Ils pourraient également avoir des préjugés et des opinions qui pourraient affecter la qualité de l'interprétation. Enfin, lorsque l'on travaille avec un interprète, la question de la confidentialité doit être abordée [19].

MESSAGES CLÉS

Les soins intégrés, holistiques et multidisciplinaires sont présentés ici comme l'approche optimale pour toutes les victimes de violence sexuelle. Elle englobe:

- **Les soins médico-légaux**
- **Les soins médicaux**
- **Les soins psychosociaux**
- **La protection et l'assistance juridique**

Les centres d'aide aux victimes de violences sexuelles offrent 24 heures sur 24 des soins intégrés, holistiques et multidisciplinaires à **toutes les victimes**, quel que soit leur statut de résidence.

La victimisation secondaire est un phénomène au cours duquel les victimes souffrent de préjudices supplémentaires en raison du comportement et des attitudes des autres personnes. Ce risque **est présent tout au long du processus de migration**.

Les obstacles à la divulgation des violences sexuelles chez les MRD existent à différents niveaux. Il est nécessaire de réfléchir à la manière de réduire ces obstacles et de créer un contexte dans lequel la victime peut divulguer la violence sexuelle en toute sécurité.

Les **cinq principes** des premiers **secours psychologiques** sont les suivants:

- **Encourager un sentiment de sécurité**
- **Créer un sentiment de calme**
- **Encourager le sens de l'efficacité personnelle**
- **Favoriser les liens relationnels**
- **Donner de l'espoir.**

La présence d'interprètes certifiés est de la plus haute importance lorsqu'il s'agit de prendre soin des victimes MRD. Les interprètes volontaires ne doivent être utilisés qu'en dernier recours.

Fiches d'indification des violences sexuelles

FICHE 1

34

d'identification pour tout professionnel travaillant dans le domaine de l'accueil et d'hébergement des demandeurs de protection internationale

FICHE 2

40

d'identification pour les professionnels médicaux travaillant (en étroite collaboration avec) dans les programmes d'accueil et d'hébergement des demandeurs de protection internationale

Cette section décrit les indicateurs qui peuvent inciter les professionnels à envisager la possibilité qu'une personne ait subi des violences sexuelles. Ces indicateurs ont été compilés de manière à constituer un outil d'identification simple à utiliser.

Comment utiliser les fiches d'identification ?

Il n'est pas facile de reconnaître les signes de victimisation sexuelle, en particulier chez les MRD. De nombreux indicateurs ou symptômes de violence sexuelle peuvent également être liés à d'autres conditions de santé mentale ou physique ou à des expériences traumatisantes. Une grande partie des MRD sont susceptibles d'avoir subi des violences ou d'autres formes de traumatisme psychologique tout au long de leur migration. Certains des indicateurs énumérés ci-dessous peuvent également être liés à l'impact (cumulé) d'autres traumatismes. En outre, la liste ci-dessous n'est pas exhaustive. D'autres symptômes ou indicateurs peuvent être le résultat d'un traumatisme subi à la suite de violences sexuelles ou d'autres facteurs tels que les conséquences de longues procédures d'asile, le manque de perspectives d'avenir, l'instabilité ou la surpopulation dans les programmes d'accueil/logement.

Il est donc important **d'évaluer soigneusement, sur une base personnalisée et à différents moments**, si les indicateurs chez un individu pourraient être liés à la violence sexuelle ou non.

Veuillez noter que les indicateurs peuvent également varier en fonction du contexte culturel. Cependant, nous devons souligner que la **violence sexuelle ne peut jamais être légitimée par une "soi-disant" raison culturelle.**

Qui doit utiliser les fiches d'identification ?

Comme un large éventail de professionnels travaillent dans les programmes d'accueil et d'hébergement des demandeurs de protection internationale, l'Outil de Triage a été développé pour une **utilisation multidisciplinaire**. Tous les professionnels devraient être en mesure d'utiliser l'Outil de Triage.

La fiche 1

comprend des indicateurs concernant la communication verbale et non verbale, le comportement quotidien et le contexte général de la personne, y compris les signaux provenant de tiers. Tout professionnel travaillant dans un programme d'accueil et d'hébergement pour MRD est en mesure d'évaluer ces indicateurs.

La fiche 2

comprend des indicateurs concernant la santé physique, mentale, sexuelle et reproductive d'une personne. L'évaluation de ces indicateurs est limitée aux professionnels médicaux travaillant dans le cadre de programmes d'accueil et d'hébergement (en étroite collaboration avec) des MRD.

Quand dois-je utiliser les fiches d'identification ?

L'identification des victimes de violences sexuelles devrait être un processus répétitif. De plus, l'évaluation de certains indicateurs nécessite des observations sur une certaine période de temps, ainsi qu'une évaluation de la personne et de son contexte plutôt qu'une simple image à l'instant T. Par conséquent, il convient d'utiliser l'Outil de Triage à différents moments.

Pour aider l'utilisateur, de l'espace a été prévu dans les fiches d'identification pour prendre des notes.

Gardez à l'esprit

- Il n'est pas nécessaire de remplir toutes les sections de la fiche d'identification pour évaluer une personne ou une situation.
- En général, il n'est pas judicieux de consulter la fiche d'identification en étant assis devant la personne. Il est recommandé à l'utilisateur de se familiariser avec l'outil et de noter ses observations après avoir rencontré le ou la client(e).
- Il est important de répondre à toute préoccupation soulevée par l'utilisation de l'outil (cf. section 3).

FICHE 1

L'identification par tout professionnel travaillant dans la cadre d'un programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs de protection internationale.

LA COMMUNICATION VERBALE	DATE	REMARQUES SPÉCIFIQUES
La personne dit qu'elle ne se sent pas en sécurité dans sa chambre, à un endroit précis du centre ou dans le centre en général		
La personne demande à changer de chambre/couloir/centre		
La personne exprime des sentiments de tristesse, de culpabilité, de honte, de peur, d'anxiété, de colère (je ne me sens pas bien, je suis malheureux)		
La personne dit qu'elle se sent moins investie ou qu'elle se sent dissociée de ce qui se passe autour d'elle		
La personne dit qu'elle se déteste		
La personne dit qu'elle ressent du dégoût pour son propre corps		
La personne dit qu'elle ne veut plus vivre (*suivi des idées suicidaires/ tentatives faites/plans si positifs)		
La personne minimise ou rejette les signes de détresse		
La personne a recours à des discussions ou jeux sexuels explicites non conformes à son développement sexuel et/ou à son âge		
La personne pose des questions liées à la victimisation sexuelle		
La personne divulgue des violences sexuelles		

LA COMMUNICATION NON VERBALE

	DATE	REMARQUES SPÉCIFIQUES
Lorsqu'elle est assise, la personne a une position avachie		
La personne évite systématiquement le contact visuel, plus qu'à son habitude		
La personne évite tout contact physique		
La personne semble plus nerveuse et/ou agitée		
La personne sursaute/réagit de façon excessive à des bruits soudains et intenses		

CHANGEMENTS DANS LE COMPORTEMENT QUOTIDIEN

	DATE	REMARQUES SPÉCIFIQUES
Détérioration soudaine et grave de l'état mental		
Augmentation de la consommation ou de l'abus de substances		
Somnolence excessive pendant la journée		
Insomnie, peur de dormir		
La personne essaie de cacher des blessures ou de minimiser leur étendue		
La personne scrute prudemment la pièce en entrant		
La personne cache son visage		

CHANGEMENTS DANS LE COMPORTEMENT QUOTIDIEN

	DATE	REMARQUES SPÉCIFIQUES
La personne est facilement distraite, a une moins bonne concentration et une moins bonne mémoire		
La personne est stressée et se met rapidement en colère/ devient agressive		
Changements de routine et d'habitudes (elle évite certains lieux, personnes ou odeurs, etc.)		
Changements dans l'hygiène et l'apparence physique (ne se douche plus, se lave/se douche excessivement, néglige son apparence, prend davantage soin de son apparence, changement total de vêtements, par exemple plus amples, moins dénudés, plus masculins...)		
Isolement (la personne cesse de participer aux activités, ne se présente pas aux rendez-vous, ne mange plus à la cantine, abandonne l'école, etc.)		
Changement de comportement envers les enfants, les membres de la famille, les pairs (la personne se met plus facilement en colère, comportement sexuel à haut risque, etc....)		
La personne évite les professionnels		
La personne réagit négativement lorsqu'elle est touchée physiquement		

FACTEURS CONTEXTUELS	DATE	REMARQUES SPÉCIFIQUES
La personne a résidé dans un pays de transit		
La personne n'est pas accompagnée		
La personne est un mineur non accompagné		
L'itinéraire de migration de la personne comprenait une grande proportion de voyages par terre et/ou par mer		
La personne travaille/a travaillé dans l'industrie du sexe (forcé)		
La personne a un handicap		
La personne s'identifie comme LGBT+ ou non-binaire		
INDICES CONTEXTUELS POUR LES VICTIMES DE LA TRAITE DES ÊTRES HUMAINS		
La personne est accompagnée par une personne qui la suit de près, lui sert d'interprète et ne lui laisse aucune intimité		
La personne montre des signes de conditions de travail déplorables ou présente des blessures inexplicables.		
La personne présente des signes d'exposition à des conditions de vie inappropriées (mauvaise hygiène, chambres surpeuplées, malnutrition, absence de lumière du jour, etc.) et de mauvaise santé générale (dents, cheveux, peau)		
La personne n'a pas ses documents d'identité		

FACTEURS CONTEXTUELS	DATE	REMARQUES SPÉCIFIQUES
La personne n'est pas autorisée à se déplacer librement sans autorisation et/ou contrôle		
La personne n'a aucun contrôle sur son argent		
La personne est incapable de décrire le voyage qu'elle a effectué pour atteindre le pays de destination (elle ne sait pas quels pays elle a traversés, combien de temps a duré le voyage, où elle se trouve actuellement, etc.)		
La personne n'a pas connaissance du lieu où elle se trouve ou de la date actuelle		
La personne mentionne un nombre très élevé de partenaires sexuels par rapport aux pairs de son âge		
La personne raconte une histoire très structurée et répétée		

LES SIGNATURES DE TIERS	DATE	REMARQUES SPÉCIFIQUES
La personne est toujours accompagnée par une autre personne lorsqu'elle se rend aux toilettes/douches, elle ne veut pas y aller seule		
Une autre personne parle pour elle ou refuse qu'elle quitte la pièce		
La personne est réticente à parler devant son partenaire, les membres de sa famille ou ses pairs		
Une autre personne s'occupe toujours de lui/elle sans que ce soit nécessaire		
Allégations de violence sexuelle par un résident		
Plaintes concernant le bruit ou le comportement par des voisins		

Spécificités des enfants et des mineurs non accompagnés victimes de violences sexuelles

	DATE	REMARQUES SPÉCIFIQUES
L'enfant ou le mineur est impliqué dans un jeu sexualisé non conforme à son développement sexuel et/ou à son âge		
L'enfant ou le mineur cherche des moyens de gagner facilement beaucoup d'argent		
L'enfant ou le mineur a soudainement un nouveau petit ami plus âgé		
L'enfant/mineur se retrouve soudain en possession d'objets coûteux tels que des téléphones, des vêtements, du maquillage, des bijoux, etc.		
L'enfant/mineur fuit souvent le programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs de protection internationale		
L'enfant/le mineur exprime une méfiance envers les professionnels du secteur social et de la santé dans le cadre du programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs de protection internationale		

FICHE 2

L'identification by medical professionals working in/in close collaboration with an asylum reception and accommodation initiative.

SANTÉ PHYSIQUE	DATE	REMARQUES SPÉCIFIQUES
Consultations médicales fréquentes pour des symptômes vagues ou sans diagnostic clair		
Croyance permanente qu'il/elle a un problème médical malgré l'absence de diagnostic possible		
Détérioration des conditions préexistantes		
Dérèglement du rythme circadien (altération chronique des habitudes de sommeil et d'alimentation)		
La personne cache explicitement ses blessures		
La personne a des blessures qui ne sont pas cohérentes avec son histoire		
Diverses blessures à des stades de guérison différents (nouvelles et anciennes fractures, cicatrices, lacérations, etc.)		
Blessures à la tête, au cou, au visage, aux seins et à l'abdomen		
Problèmes dermatologiques: éruptions, démangeaisons ou plaies		
Perte soudaine de cheveux		
Migraine et autres maux de tête fréquents (chroniques)		

SANTÉ PHYSIQUE	DATE	REMARQUES SPÉCIFIQUES
Changements de poids soudains		
Malnutrition, mauvaise alimentation		
Symptômes gastro-intestinaux (nausées, vomissements, douleurs abdominales, constipation, diarrhée, saignement) qui ne sont pas d'origine alimentaire		
Automutilation		
Douleurs dans, sur et/ou autour des organes génitaux		
Hémorroïdes		
Difficultés à s'asseoir		

SANTÉ MENTALE	DATE	REMARQUES SPÉCIFIQUES
Honte, faible estime de soi, manque de confiance en soi et de respect pour soi		
Culpabilité, humiliation, autoaccusation, autonégligence		
Hostilité : irritabilité, comportement provocateur, sentiment général de méfiance envers les autres, colère, accès de colère fréquents, frustration, problèmes de gestion de la colère		
Symptômes d'anxiété chronique: agitation, crises de panique, hypervigilance, tension musculaire		

SANTÉ MENTALE

DATE

REMARQUES SPÉCIFIQUES

Symptômes de dépression (par exemple, baisse de la motivation et de la concentration, humeur dépressive, appétit perturbé, retrait social)

Automutilation (!) (par exemple: coupures, comportement autodestructeur)

Plaintes psychosomatiques

Troubles du sommeil

Mécanismes de survie malsains et inadaptés

Idées/intentions/projets suicidaires

Troubles de l'alimentation

Remémoration des souvenirs intrusifs (flashbacks, cauchemars, etc.)

Évitement et insensibilisation émotionnelle

Symptomatologie dissociative: dépersonnalisation (se sentir irréel ou déconnecté de soi-même ou de son propre corps) et/ou déréalisation (l'environnement semble irréel, comme si c'était un rêve)

Déficit d'attention et troubles de la mémoire : incapacité de raconter les événements dans l'ordre chronologique, absence de mémoire des détails des événements ou souvenir limité et indistinct de certains faits, ou problèmes de concentration

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE**DATE****REMARQUES SPÉCIFIQUES**

Blessures génitales (lacérations du vagin, traumatisme anal ou rectal)

Fistule

Douleur pelvienne et maladie inflammatoire pelvienne

Érythème et lésions du pénis/de l'anus/du scrotum

Maladies sexuellement transmissibles (MST)

Dysfonctionnement sexuel ou difficultés sexuelles

Infections des voies urinaires

Comportement sexuel à risque

Remise en question de son propre genre

Remise en question de sa propre orientation sexuelle

Grossesse non désirée

Grossesse non suivie

Grossesse chez les adolescentes

Problèmes de fertilité

Parcours de soins et d'orientation pour les victimes de violence sexuelles

PARCOURS 1

46

conseils pour prendre des mesures en présence de motifs raisonnables présumant une victimisation sexuelle

PARCOURS 2

49

conseils sur les mesures à prendre lorsqu'une victime divulgue des violences sexuelles

PARCOURS 3

55

conseils pour agir si vous êtes témoin d'un acte de violence sexuelle

En complément des fiches d'identification, plusieurs parcours d'action ont été développés pour aider les professionnels à prendre en charge les victimes MRD et à les orienter vers des services spécialisés. Les parcours sont conçus pour vous aider à prendre des décisions et à agir dans différents cas.

Parcours 1

conseils pour prendre des mesures en présence de motifs raisonnables présumant une victimisation sexuelle

Parcours 2

conseils sur les mesures à prendre lorsqu'une victime divulgue des violences sexuelles

Parcours 3

conseils pour agir si vous êtes témoin d'un acte de violence sexuelle

PARCOURS 1

En cas de motifs raisonnables présumant une victimisation sexuelle

Agir

ÉTAPE 1

NOTEZ VOS PRÉOCCUPATIONS

Notez les signes et les indices, aussi précis et factuels que possible, qui ont déclenché des présomptions.

< Utilisez les fiches d'identification de l'Outil de Triage pour vous aider >

Posez-vous les questions suivantes:

- Quand avez-vous commencé à présumer de la victimisation sexuelle de cette personne ? Pourquoi, que s'est-il passé ?
- Quels signaux et indices avez-vous relevés ? [cf. fiches d'identification de l'Outils de Triage]

ÉTAPE 2

PARLEZ A VOS COLLÈGUES

Êtes-vous un professionnel de la santé ?

OUI

NON

Passez à l'étape 3

Êtes-vous le responsable du dossier personnel de la personne ?

OUI

NON

Passez à l'étape 3

Discutez de manière **discrète**, dans des conditions strictement confidentielles, de vos présomptions avec au **maximum 1 collègue**, de préférence un collègue ayant une formation sociale/psychologique/ médicale.

Attention au secret professionnel!

SECTION 2

ÉTAPE 3

PARLEZ À LA PERSONNE CONCERNÉE

Discutez de vos inquiétudes avec la personne concernée.

< Utilisez les sections de l'Outil de Triage sur la «divulgateur», les «attitudes professionnelles» et l'«interprétation» pour vous aider >

La personne divulgue-t-elle des violences sexuelles ?

OUI

NON

Passez au **parcours 2**: «dans le cas où une victime divulgue des violences sexuelles»

- **Ne forcez** pas la personne à divulguer la violence
- **N'agissez** pas comme un détective

Soyez conscient des **obstacles** et des critères de divulgation et créez un contexte sûr.

Passez à l'**étape 4**

ÉTAPE 4

ASSUREZ UN SUIVI

Vérifiez auprès de la personne concernée quel soutien vous pouvez lui apporter. Donnez des informations sur les services (en ligne) au cas où elle voudrait en savoir plus.

< Utilisez les contacts de référence régionaux figurant dans l'annexe de l'Outil de Triage >

a ne pas faire

- **N'agissez pas** comme un détective
- **N'agissez pas** de manière impulsive
- **Ne soyez pas** trop protecteur
- **Ne questionnez pas** la victime présumée
- **Ne posez pas** de questions visant à approfondir la recherche
- **Ne posez pas** de questions à la famille ou aux amis de la personne
- **Ne contactez pas** l'assaillant présumé

ATTENTION!

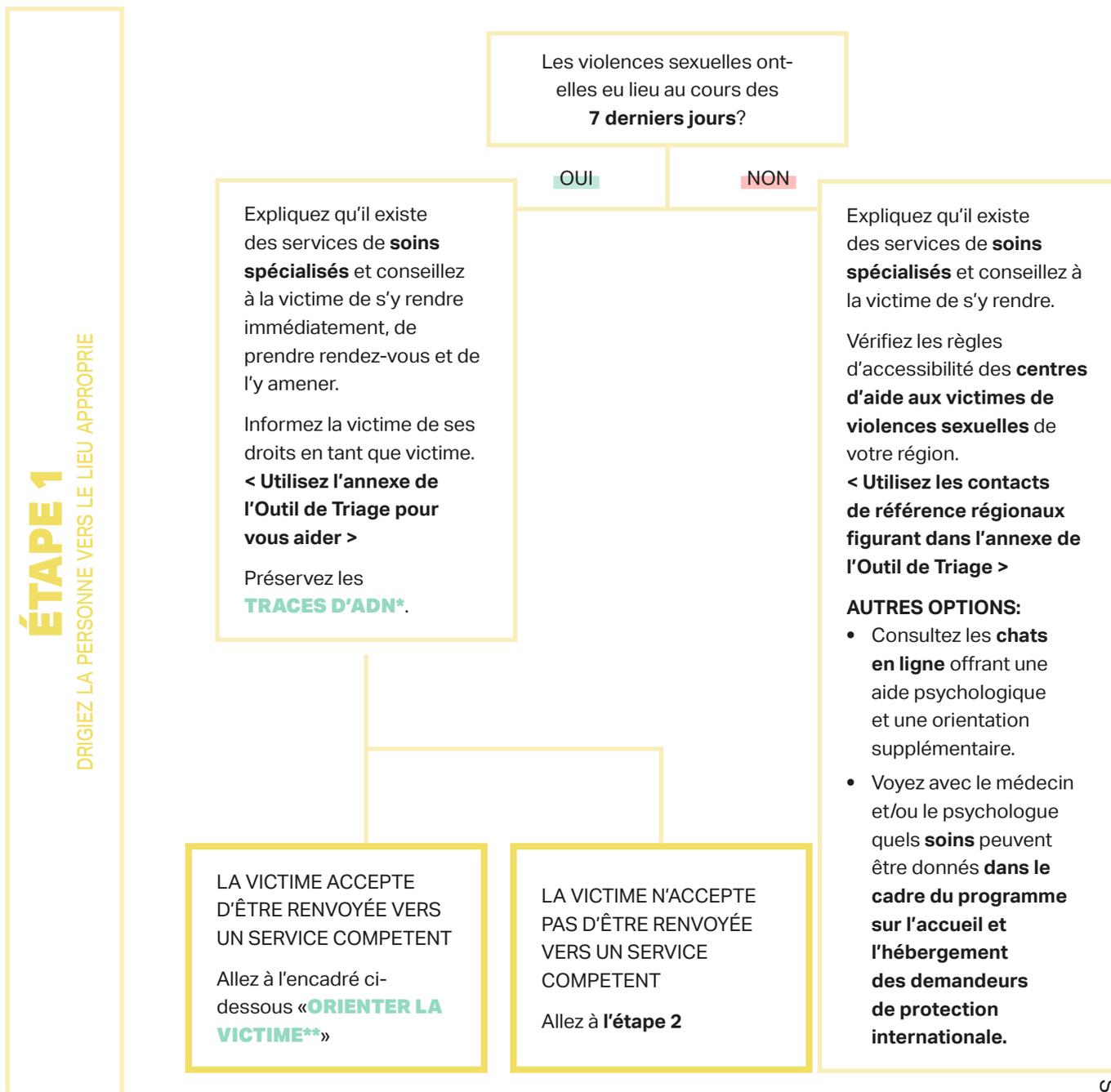
Il est préférable que la victime et l'assaillant soient suivis par des professionnels différents.

Exception: en cas de violence domestique, la victime et l'assaillant peuvent être suivis par le même professionnel.

PARCOURS 2

En cas de divulgation de violences sexuelles par une victime

Prenez la victime aux sérieux, prenez-la en charge et orientez-la vers les services



PRESERVER LES TRACES D'ADN*

a faire

- Demandez à la victime de **garder les vêtements** qu'elle portait pendant la violence sexuelle ou mettez-les dans un **sac en papier** et emmenez-les au centre d'aide aux victimes de violences sexuelles
- Prenez les **draps** sur lesquels il peut y avoir des traces de l'assaillant et mettez-les dans un sac en papier
- Si la victime s'est **essuyée** avec du **papier** ou autre chose après la violence sexuelle, ou si elle avait une **serviette hygiénique** dans ses sous-vêtements, emportez-la avec vous dans un sac en papier

a éviter / a ne pas faire

- Ne laissez pas la victime se laver ou se doucher, même si c'est la première chose qu'elle veut faire
- Ne laissez pas la victime boire ou se rincer la bouche s'il y a eu contact oral
- Essayez de ne pas laisser la victime uriner. Si tel est le cas, essayez de recueillir l'urine dans un bocal et de l'apporter au centre d'aide aux victimes de violences sexuelles
- Évitez tout contact physique avec d'autres personnes

ORIENTER LA VICTIME**

Fournissez des **informations claires** à la victime sur ce qui va se passer
< il peut être utile de faire appel à un **interprète** >

Discutez avec la victime des **modalités de contact** du **service spécialisé**

Aidez la victime à **accéder** au **service spécialisé**

Allez à **l'étape 3**

ÉTAPE 2

AGISSEZ VOUS-MÊME: SOINS HOLISTIQUES

Évaluez la **sécurité et l'intégrité physique et psychologique** (immédiate) de la victime.

- **Y a-t-il (un risque de) violence (sexuelle) continue (à l'égard d'autrui)?**
OUI - NON
- **La victime présente-t-elle des symptômes ou des difficultés psychologiques?**
OUI - NON
- **L'assaillant (préssumé) est-il présent dans l'environnement quotidien de la victime?**
OUI - NON

1X
OUI?

Discutez avec la victime de la manière dont sa sécurité peut être renforcée.

OPTIONS À ÉVALUER :

- Relocalisation de l'assaillant
- Relocalisation de la victime
- Lieu sûr

Attention aux éventuelles représailles communautaires !

ÉTAPE 2.1

PREMIERS SECOURS PSYCHOLOGIQUES

Apportez une **première aide psychologique** à la victime.

< Utilisez les sections de l'Outil de Triage sur les «attitudes professionnelles» pour vous aider >

1. Favoriser la sécurité
2. Favoriser l'apaisement
3. Favoriser le sens de l'efficacité personnelle
4. Favorisez les liens relationnels

Vérifiez l'existence de **soins de suivi prolongés** et évaluez les possibilités d'**aide en ligne**.

Évaluez les **vulnérabilités** et les soins spécifiques et orientez la victime en conséquence.

< Utilisez les contacts de référence régionaux dans l'annexe de l'Outil de Triage >

Est-ce que la victime est...

- Un parent célibataire
- Un mineur non accompagné
- Une personne âgée
- LGBT+
- Un mineur accompagné
- Une personne à mobilité réduite
- Une victime de la traite
- Un travailleur du sexe

ÉTAPE 2.2

SOINS MÉDICAUX ET MÉDICO-LÉGAUX

Orientez la victime vers l'équipe médicale pour **une évaluation et/ou un traitement médical.**

Vérifiez les protocoles nationaux et les directives les plus récentes de l'OMS/CDC pour fournir les soins médicaux

1. **Évaluez** le patient de **manière générale.**
2. Soyez attentifs aux **signes et symptômes de violence** (blessures, hémorragies, etc.).
3. Effectuez un **examen clinique.**
4. Effectuez d'éventuels **examens complémentaires** (prise de sang, échanges, analyse d'urine):
 - N. Gonorrhée
 - C. Trachomatis
 - Hep-BS Ag (si le patient n'est pas vacciné)
 - Hep-BS AI
 - Hep-Anti BS AI
 - Syphilis
 - Hépatite-C
 - VIH
 - Test de grossesse
5. Effectuez des **traitements préventifs:**
 - Prophylaxie du VIH (PEP)
 - Vaccination contre l'hépatite B
 - Vaccination contre le tétanos (si nécessaire)
 - Pilule du lendemain
 - Anti-conception
 - Vaccination contre le HPV (avec Gardasil 9)
 - Ceftriaxone 500 mg I.M.
 - Azithromycine 1g per os
 - Métronidazole ou Tinidazole 2g per os
6. **Assurez un suivi** (gynécologue, infectiologie, service psychosocial,...)

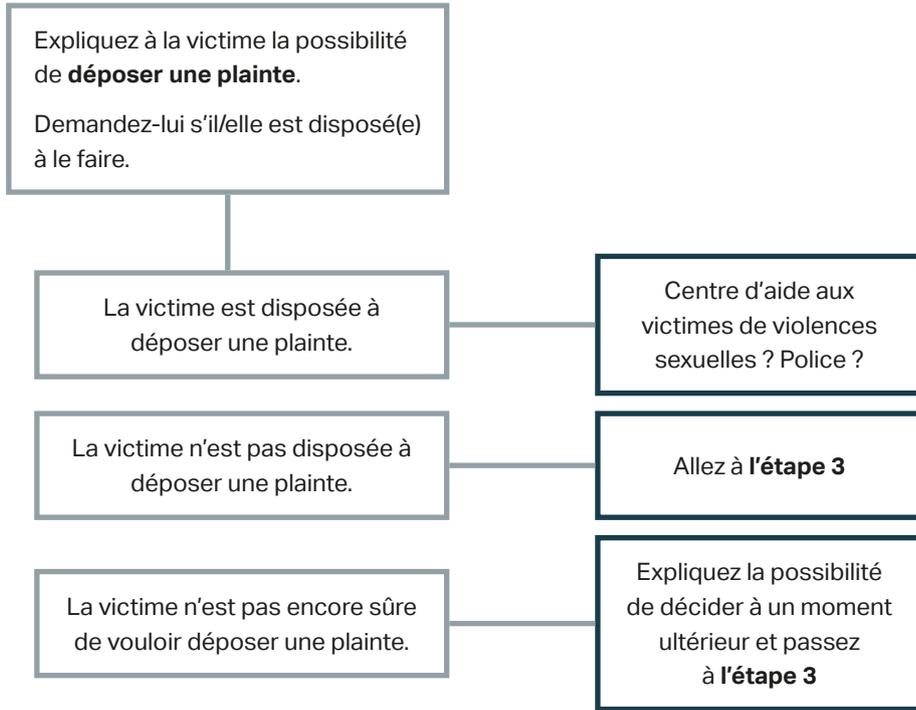
SI CELA EST ENCORE POSSIBLE:

Effectuez un **examen médico-légal** si la violence sexuelle a eu lieu moins de 7 jours auparavant.

1. Prélevez des échantillons de traces de sperme, de salive, de sang, de cheveux et stockez-les de manière adéquate
2. Documentez précisément les blessures (photos si possible)
3. Rassemblez les vêtements et autres tissus sur lesquels des traces d'ADN de l'assaillant pourraient être trouvées (sous-vêtements, draps, etc.) et conservez-les dans un sac en papier

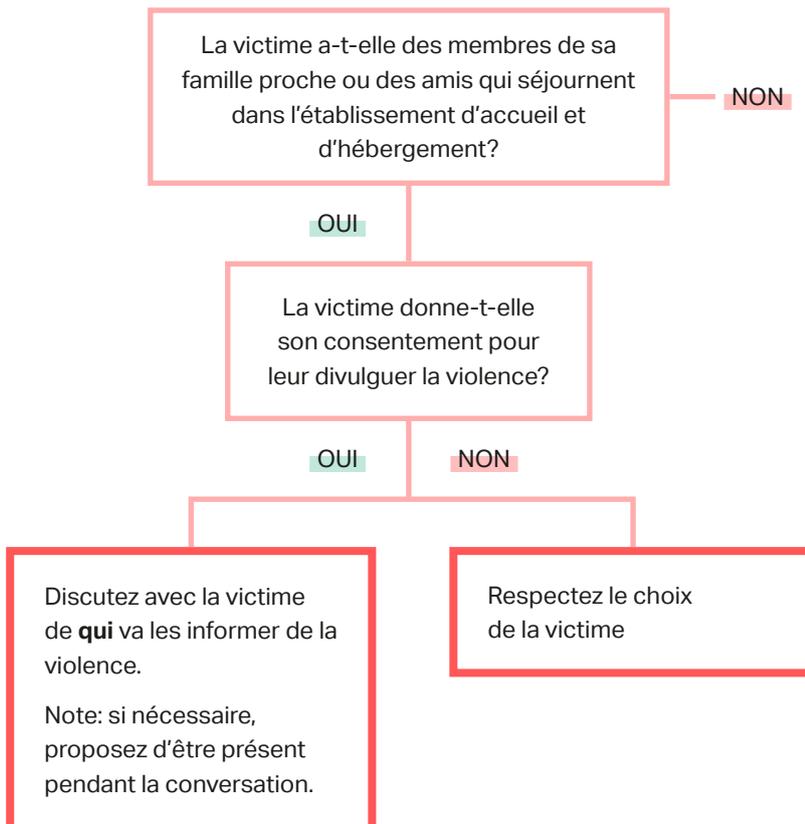
ÉTAPE 2.3

SOUTIEN JURIDIQUE



ÉTAPE 3

SOUTENEZ LES PERSONNES DE SOUTIEN



ASSURER UN SUIVI

Assurez à la victime un suivi des soins.
<utilisez les contacts de référence régionaux dans l'annexe de l'Outil de Triage>



PRENDRE SOIN DE SOI

S'occuper des victimes de violences sexuelles peut être une tâche écrasante. Il est essentiel de travailler sur sa résilience afin de continuer à faire le travail avec soin, énergie et compassion.

10 choses à faire chaque jour:

1. Dormez suffisamment
2. Mangez suffisamment
3. Faites un peu d'exercice
4. Variez les tâches, les activités que vous faites
5. Faites des choses que vous aimez
6. Concentrez-vous sur ce que vous avez bien fait
7. Tirez les leçons de vos erreurs
8. Racontez des blagues
9. Priez, méditez ou détendez-vous
10. Soutenez un proche ou un collaborateur

< pour plus d'informations: www.proQOL.org >

PARCOURS 3

Dans le cas où vous seriez témoin d'un acte de violence sexuelle

ÉTAPE 1
INTERVENEZ ET STOPPEZ
LA VIOLENCE

Assurez-vous que la victime soit à l'**abri** de tout danger supplémentaire
Ne laissez pas la victime seule

Évaluez la **gravité** de la situation et décidez des **mesures appropriées**
< Les critères ci-dessous développés par Sensoa [1] peuvent vous aider dans cette tâche >



**CONSENTEMENT
MUTUEL**

Consentement mutuel clair

Consentement mutuel confus

VOLONTÉ

Volonté (absence de contrainte/coercition)

Légère contrainte ou pression

**ÉGALITÉ (DE
POUVOIR)**

Partenaires égaux

Légère inégalité en termes de maturité, d'âge, d'intelligence, etc.

ADAPTÉ À L'ÂGE

Au moins 20 % des personnes de cet âge sont connues pour avoir ce comportement

Comportement de personnes appartenant à une autre tranche d'âge

**APPROPRIÉ AUX
CIRCONSTANCES**

Le comportement ne perturbe personne

Compte tenu des circonstances, le comportement est offensif/impoli

RESPECT DE SOI

Le comportement n'est pas autodestructeur ou est bon pour l'estime de soi

Le comportement peut être autodestructeur

ACTION

- 1. **APPROUVER**
- 2. **ACCEPTER**
- 3. **PRENDRE SOIN**
- 4. **METTRE DES CONDITIONS**

- 1. **EXPLIQUER**
- 2. **PROPOSER DES ALTERNATIVES**
- 3. **DONNER DES CONSEILS ET AIDER**

ÉTAPE 2

GARDEZ LA VICTIME EN SÉCURITÉ

SECTION 3

ÉTAPE 2

GARDEZ LA VICTIME EN SÉCURITÉ



Aucun consentement mutuel

Recours à la manipulation, au chantage, à la force, à la séduction

Inégalité plus importante en termes de maturité, d'âge, d'intelligence, dans une situation unique

Comportement de personnes appartenant à des groupes d'âge beaucoup plus jeunes ou plus âgés

Le comportement est clairement offensant (blessant ou insultant) et inadapté aux circonstances

Le comportement génère des dommages physiques, émotionnels ou psychologiques

1. **INTERDIRE**
2. **EXPLIQUER**
3. **MENTIONNER LES CONSÉQUENCES**
4. **OBSERVER**
5. **PRÉVENIR**

Absence répétée de consentement mutuel

Recours répété ou menace de recours à la manipulation, au chantage, à la force ou à l'agression

Inégalité significative en termes de maturité, d'âge, d'intelligence, dans des situations répétées

Comportement de personnes appartenant à des groupes d'âge beaucoup plus jeunes ou plus âgés

Le comportement est gravement offensant (choquant) ou illégal

Le comportement génère de graves dommages physiques, émotionnels ou psychologiques

1. **INTERDIRE**
2. **EXPLIQUER**
3. **APPELER LES FORCES DE L'ORDRE**
4. **OBSERVER**
5. **PRÉVENIR**

CONSENTEMENT MUTUEL

VOLONTÉ

ÉGALITÉ (DE POUVOIR)

ADAPTÉ À L'ÂGE

APPROPRIÉ AUX CIRCONSTANCES

RESPECT DE SOI

ACTION

Laisser les lieux en l'état pour éviter toute altération des preuves.

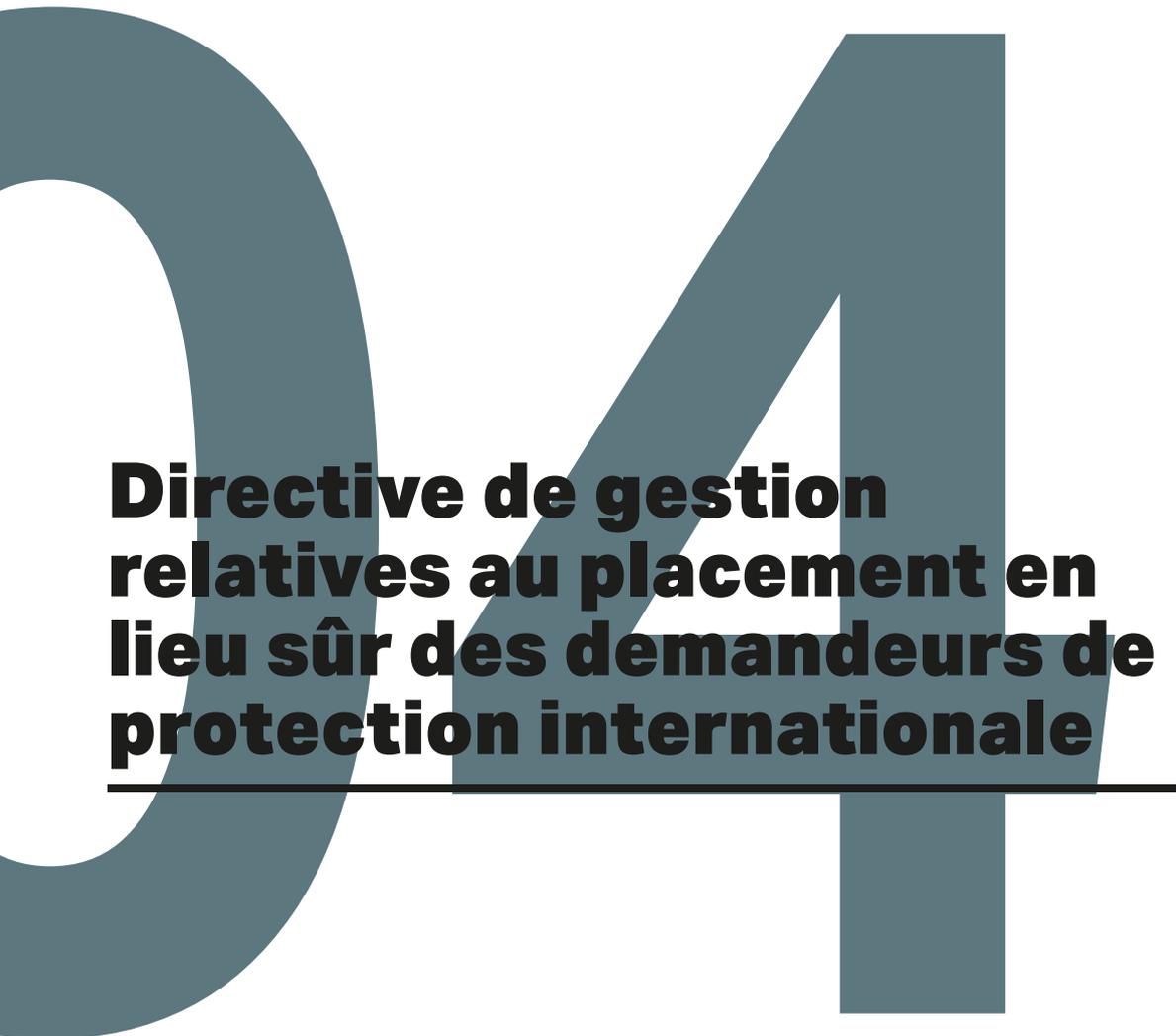
Poursuivre avec le **parcours II** afin de prendre en charge et d'orienter la victime de manière appropriée

a faire

- **Prendre** la victime au **sérieux**
- **Assurer** la **confidentialité**, la **sécurité** et l'**empathie**
- **Écouter** la victime
- **Reconnaître l'injustice** de la violence
- **Dire** à la victime que ce n'est pas sa faute
- **Normaliser les sentiments** de la victime

do not

- **Ne pas** remettre en cause la victimisation
- **Ne pas** juger
- **Ne pas blâmer**
- **Ne pas** poser de questions sur ce qui s'est passé exactement et comment
- **Ne pas** promettre de garder le **secret** (dans certains cas, il existe une loi sur la déclaration obligatoire)



**Directive de gestion
relatives au placement en
lieu sûr des demandeurs de
protection internationale**

Des programmes bien conçus en matière d'accueil et d'hébergement des demandeurs de protection internationale et des lieux d'hébergement pour les MRD contribuent à réduire l'exposition aux violences sexuelles.

La courte liste de contrôle ci-dessous peut vous aider à évaluer la conception et l'organisation de votre programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs de protection internationale et/ou de vos conditions d'hébergement.

LOCAUX/EQUIPEMENTS	VÉRIFIÉ
Y a-t-il suffisamment d'espaces privés accessibles pour les conversations confidentielles?	
Des chambres individuelles sans équipements collectifs sont-elles disponibles?	
Y a-t-il un éclairage suffisant dans l'établissement, en particulier dans les zones à haut risque de violence sexuelle (par exemple, les installations sanitaires, les zones non surveillées)?	
Y a-t-il des abris et/ou des lieux sûrs qui peuvent offrir une protection immédiate aux survivant(e)s de violences sexuelles et aux personnes à risque?	
Existe-t-il une liste des entrées et sorties des visiteurs du programme d'accueil/ logement des demandeurs de protection internationale?	
Y a-t-il des dispositifs d'alarme dans les endroits à haut risque, comme les sanitaires?	
Les résidents ont-ils accès à un numéro de contact à appeler en cas de danger?	
Des informations relatives à la violence sexuelle (dépliants, brochures, affiches, etc.) sont-elles mises à la disposition des résidents et du personnel?	
Les informations relatives à la violence sexuelle (dépliants, brochures, affiches, etc.) sont-elles placées dans des endroits visibles et accessibles (par exemple, dans la zone d'accueil, les établissements de santé, les installations sanitaires, etc.)?	

FORMATION ET ENCADREMENT**VÉRIFIÉ**

Le personnel a-t-il reçu une formation sur la violence sexuelle?

Les interprètes, les bénévoles ou les autres professionnels qui travaillent occasionnellement au service ont-ils reçu une formation sur la violence sexuelle?

Un contrôle des pratiques des professionnels est-il assuré?

Les professionnels peuvent-ils bénéficier d'un soutien psychologique?

PROTOCOLES ET PRATIQUES**VÉRIFIÉ**

Des audits de sécurité ou des évaluations des risques sont-ils régulièrement réalisés dans et autour des locaux?

Un système a-t-il été mis en place pour consigner les visiteurs des locaux, les personnes qu'ils ont vues et la durée de leur séjour?

Des directives ou des protocoles sont-ils établis pour garantir qu'une victime en danger ou une assaillant puisse être relocalisée en toute sécurité?

Des protocoles et des dispositifs efficaces ont-ils été mis en place pour garantir que les résidents puissent prévenir la violence sexuelle?

Cet Outil de Triage est-il mis en œuvre comme une pratique standard dans le cadre du programme d'accueil/d'hébergement des demandeurs de protection internationale?

Les professionnels sont-ils informés des services spécialisés en matière de violence sexuelle et orientent-ils les victimes vers ces services?

Pièce jointe: contacts de référence régionaux pour l'orientation des victimes de violences sexuelles

BELGIQUE

Centres d'aide aux victimes des violences sexuelles

Les **Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS)** en Belgique sont directement accessibles en cas de violence sexuelle grave (moins d'une semaine auparavant). Ils sont aussi joignables par téléphone ou par e-mail. Un plan national prévoit un CPVS par province. Pour les dernières mises à jour, voir:

www.seksueelgeweld.be (NÉERLANDAIS)

www.violencessexuelles.be (FRANÇAIS)

www.sexuellegewalt.be (ALLEMAND)

Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles de Gand

+32 9 332 80 80

zsg@uzgent.be

Accessible par l'entrée 47 de l'UZ Gent,
De Pintelaan 10, 9000
Gand, tram 4 (arrêt UZ), bus 5 (arrêt UZ)

Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles de Bruxelles

+32 2 535 45 42

cpvs@stpierre-bru.be

Accessible via la Rue Haute 320, 1000 Bruxelles,
Métro 2 et 6 : arrêt
Porte de Hal, Pre-métro: 3 - 4 - 51 arrêt Porte
de Hal, Bus: 27, 48 arrêt
Porte de Hal, Bus De Lijn et TEC: Saint-Gilles
(Porte de Hal/Blaes)

Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles de Liège

+32 4 367 93 11

cpvs@chu.ulg.ac.be

Accessible via le service des urgences
du CHU de Liège,
Urgences des Bruyères, Rue de Gaillarmont 600,
4032 Chênée

Pour plus de services spécialisés après des violences (sexuelles) en Belgique:

<https://www.we-access.eu/map>

Une aide en ligne pour les victimes et les personnes de soutien peut être trouvée par le biais d'un chat sur la violence sexuelle:
www.seksueelgeweld.be (NÉERLANDAIS)
www.violencessexuelles.be (FRANÇAIS)
www.sexuellegewalt.be (ALLEMAND)

Les migrants qui sont victimes de la violence basée sur le genre peuvent chatter dans différentes langues grâce au chat d'ACCESS. Le chat est accessible à l'adresse suivante:
<https://www.we-access.eu/chat-with-us>

Information juridiques

Le projet INHeRE a réalisé une analyse approfondie des législations et pratiques nationales en Belgique, au Royaume-Uni et en Irlande. Le rapport de l'analyse peut être consulté sur la page INHeRE du site web de l'ICRH Belgique: <https://www.icrh.org/nl>

Pour plus d'informations sur les procédures juridiques et les définitions en Belgique, voir:
www.seksueelgeweld.be (NÉERLANDAIS)
www.violencessexuelles.be (FRANÇAIS)
www.sexuellegewalt.be (ALLEMAND)

Pour plus d'informations relatives aux droits des victimes ayant subi des violences en Belgique, consultez le site:
https://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/que_faire_comme_victime

Services d'aide juridique

Pour obtenir des conseils et un soutien en matière juridique pour les victimes MRD de violences sexuelles en Belgique, il est possible de faire appel aux organisations suivantes :

A.D.D.E - Association pour le droit des étrangers: un service de conseil juridique sur des questions générales (séjour, regroupement familial, aide sociale, etc.) ainsi que sur le droit international de la famille. Les avocats répondront à vos questions et vous conseilleront par téléphone ou par courrier électronique dans plusieurs langues. (Plus d'informations: <https://www.adde.be/>).

Nansen – The Belgian Refugee Council: un centre d'expertise juridique sur la protection internationale. Les personnes en situation de vulnérabilité, telles que les victimes de la torture et les apatrides, sont au cœur de son mandat. (Plus d'informations: www.nansen-refugee.be).

Pour obtenir des conseils et un soutien en matière juridique pour les victimes MRD de violences sexuelles sans résidence légale en Belgique, il est possible de faire appel aux organisations suivantes :

Myria –Centre fédéral Migration: institution publique indépendante qui fournit des informations et des conseils juridiques sur différents sujets liés aux migrations, tels que la protection internationale, le regroupement familial, etc. En outre, elles fournissent des informations et des conseils concernant le dépôt d'une plainte auprès de la police et des services d'inspection sociale pour les migrants sans résidence légale. (Plus d'informations: <https://www.myria.be/fr>).

SIREAS: un des derniers services juridiques à Bruxelles à offrir des services juridiques à titre gracieux. (Plus d'informations: <http://sireas.be/le-service-juridique/>).

Pour obtenir des conseils et un soutien en matière juridique concernant les travailleurs du sexe en Belgique, vous pouvez vous adresser aux organisations suivantes:

Entre2 Wallonie: un service propose un accompagnement psychosocial, médical et juridique aux travailleurs du sexe et à leurs entourage. (Plus d'informations: <https://www.entre2wallonie.com/>).

Espace P: une assistance pour toute question sociale, médicale, administrative ou juridique concernant les travailleurs du sexe. Ils sont également spécialisés dans le travail avec les travailleurs sexuels migrants. Espace P est active à Liège, Seraing, Bruxelles, Namur, Charleroi, Mons, Tournai et dans la région d'Arlon. (Plus d'informations: <https://espacep.be/je-suis-un-travailleur-du-sexe/>).

Services d'interprétation et de médiation interculturelle

Pour la médiation interculturelle dans les établissements de soins de santé, les services sur place et le système de médiation interculturelle à distance (par vidéoconférence), financé par le Service public fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), peuvent vous aider à surmonter les barrières linguistiques et socioculturelles.

Plus d'informations et pour prise de rendez-vous, visitez: www.intercult.be

Pour les services de médiation interculturelle dans les établissements de santé et d'aide sociale, les services sur place ainsi que les services de vidéoconférence du Foyer Médiation Interculturelle pourraient vous aider. Ils sont situés à Bruxelles.

Plus d'informations et pour prise de rendez-vous, visitez: <https://www.foyer.be/interculturele-bemiddeling/>

Pour les services d'interprétation générale, les organisations suivantes peuvent vous aider pour l'interprétation sur place, par téléphone et par vidéo:

Agentschap Integratie en Inburgering: une agence gouvernementale flamande travaillant avec différents partenaires qui fournissent des services d'interprétation sur place, par téléphone et par vidéo. Plus d'informations: <https://www.integratie-inburgering.be/sociaal-tolken-en-vertalen>

Brussel Onthaal: un service social néerlandophone de traduction et d'interprétation, situé à Bruxelles. Ils fournissent des services d'interprétation sur place, par téléphone et par vidéo. Plus d'informations: <https://www.sociaalvertaalbureau.be/gebruikers/tolk-en-vertaalaanvragen/>

Bruxelles Accueil: un service de traduction et d'interprétation sociale francophone, situé à Bruxelles. Ils fournissent des services d'interprétation sur place, par téléphone et par vidéo. Plus d'informations: <https://www.servicedinterpretariatsocial.be/gebruikers/tolk-vertaalaanvragen/>

SeTIS: une association fournissant des services d'interprétation sur le site, par téléphone et par vidéo dans les institutions publiques et non publiques. Pour plus d'informations : sur SeTIS Bruxelles, veuillez consulter le site <https://www.setisbxl.be/>. Pour plus d'informations sur SeTIS Wallonie, veuillez consulter le site <https://setisw.com/>

Services destinés aux personnes présentant des vulnérabilités spécifiques

Mineurs (non) accompagnés

Child Focus - Fondation pour Enfants Disparus et Sexuellement Exploités: une organisation qui se concentre sur la prévention et la lutte contre l'exploitation sexuelle des mineurs. En cas de (présomption d') exploitation sexuelle d'un mineur, appelez le 116 000 (7/7 24/24). (Plus d'informations: <https://childfocus.be/fr>).

Minor Ndako: une organisation d'accueil et d'accompagnement des mineurs migrants non accompagnés en Belgique. (Plus d'informations: <https://minor-ndako.be/>).

Victimes de la traite des êtres humains

La Belgique compte **trois refuges et centres de soutien reconnus par le gouvernement pour les victimes de la traite des êtres humains.**

Pour la région flamande, allez à Payoke (Plus d'informations: <https://www.payoke.be/>). Pour la région wallonne, allez à Sürya (Plus d'informations: <https://www.asblsurya.org/>). Pour la Région de Bruxelles-Capitale, allez à Pag-asa (Plus d'informations: <https://pag-asa.be/>).

Esperanto: une organisation offrant accueil et protection aux victimes mineures présumées de la traite des êtres humains dans un cadre sécurisé. Plus d'informations: <https://www.esperantomena.org/>

Personnes âgées

Aditi Wallonie - Bruxelles: un centre de conseil, d'information et de soutien concret dans le domaine de la sexualité et de l'intimité pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap et leur entourage. (Plus d'informations: + 32 488 87 06 77 ou <http://www.aditiwb.be/>).

Respect Seniors: une organisation au service des personnes âgées en matière de maltraitance des personnes âgées. Une ligne téléphonique gratuite est disponible : 0800 30 330 (chaque jour de 9h à 17h) (Plus d'informations: <http://www.respectseniors.be/>).

Les personnes à mobilité réduite

Aditi Wallonie – Bruxelles: un centre de conseil, d'information et de soutien concret dans le domaine de la sexualité et de l'intimité pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap et leur entourage. (Plus d'informations: + 32 488 87 06 77 ou <http://www.aditiwb.be/>).

Personnes LGBT+

Arc-en-ciel Wallonie: organisation faîtière des organisations LGBT+ en Wallonie.

(Plus d'informations:

<https://www.arcenciel-wallonie.be/>).

Çavaria: organisation faîtière des organisations LGBT+ en Flandre. Çavaria s'engage pour les droits et le bien-être des gays, des lesbiennes, des bi et des personnes trans genres et intersexuelles dans tous les aspects de la vie quotidienne. (Plus d'informations:

<https://cavaria.be/>).

Lumi: ligne d'information et de soutien pour les questions relatives au genre et à l'orientation sexuelle. Lumi est joignable par e-mail, téléphone ou chat. (Plus d'informations:

<https://www.lumi.be/>).

Merhaba: une organisation offrant un soutien aux personnes LGBT+ ayant un passé migratoire. (Plus d'informations:

+32 487 55 69 38, info@merhaba.be ou

<https://www.merhaba.be/fr/>).

RainbowHouse: organisation faîtière des organisations LGBT+ de la région de Bruxelles-Capitale. Il s'agit d'un refuge où les personnes LGBT+ et leurs entourage peuvent obtenir des informations. En cas de besoin, elles y trouvent un abri et une aide juridique, sociale, psychologique ou médicale. Un projet spécifique de soutien aux demandeurs de protection internationale LGBT+ est également mené par RainbowHouse. (Plus d'informations: <http://rainbowhouse.be/fr/>).

Transgender Infopunt: un lieu neutre, gratuit et anonyme pour toutes vos questions sur la diversité des genres et le thème des transgenres. (Plus d'informations: 0800 96 316 (gratuit) ou <http://transgenderinfo.be/>). (Disponible uniquement en néerlandais).

Travailleurs du sexe

BNMTP - Belgian Network Male and Trans gender prostitution: organisation faîtière de 4 services belges (Alias Bruxelles, Boysproject Anvers, Espace P, Icar Wallonie) offrant un soutien aux travailleurs du sexe masculins et trans genres. (Plus d'informations: <https://www.info4escorts.be/fr/>).

Entre2 Wallonie: un service offrant un soutien psychosocial, médical et juridique aux travailleurs du sexe et à leurs proches. (Plus d'informations: <https://www.entre2wallonie.com/>).

Espace P: un service fournissant une assistance sociale, médicale, administrative et juridique aux travailleurs du sexe, à leurs entourage et à leurs clients. Ils sont spécialisés dans le travail avec les travailleurs du sexe migrants. L'Espace P est présent à Liège, Seraing, Bruxelles, Namur, Charleroi, Mons, Tournai et dans la région d'Arlon. (Plus d'informations: <https://espacep.be/im-sex-worker/>).

Violett: un service d'aide médicale et sociale aux travailleurs du sexe. Violett est présente à Anvers, Gand et Hasselt. (Plus d'informations: <https://www.violett.be/nl/>).

Services pour les agresseurs de violence sexuelle

I.T.E.R.: organisation fournissant un centre de prévention, d'orientation et de traitement des comportements sexuellement transgressifs. (Plus d'informations: <http://www.iter-hulp.be/>).

Stop it now! organisation fournissant des informations, des conseils et un soutien aux personnes qui sont préoccupées par des sentiments ou des comportements pédophiles à l'égard de mineurs ou de leurs entourage. Stop it now ! peut être joint anonymement par chat ou par téléphone (0800 200 50). (Plus d'informations: <https://stopitnow.be/>).

Centres d'aide aux victimes des violences sexuelles

Sexual Assault Referral Centres

Les Sexual Assault Referral Centres (SARC) sont des centres spécialisés pour les personnes qui ont été violées ou agressées. Une carte et une liste des SARC à travers le Royaume-Uni sont disponibles sur le site web de **l'association britannique des infirmières médico-légales et du personnel paramédical**:

<https://ukafn.org/useful-info/sarc-map/>

ou par localisation via NHS UK sur:

<https://www.nhs.uk/service-search/other-services/Rape-and-sexual-assault-referral-centres/LocationSearch/364>

À Londres, The Havens Sexual Assault Referral Centre :

Ligne d'assistance téléphonique 24h/24 pour des conseils et des rendez-vous urgents:
+44 20 3299 1599

Pour des informations et des conseils non urgents, veuillez appeler : +44 203 299 1599

Site web: www.thehavens.co.uk

Autres services spécialisés et soutien après des violences sexuelles

Fondation Helen Bamber: organisation spécialisée fournissant une gamme de services aux personnes qui ont survécu à des violences physiques, sexuelles et psychologiques. La Fondation Helen Bamber aide les réfugiés et les demandeurs de protection internationale qui ont survécu à des violences et des abus extrêmes. (Plus d'informations: <http://www.helenbamber.org/>).

Freedom from Torture: un service offrant une thérapie psychologique spécialisée pour aider les demandeurs de protection internationale et les réfugiés qui ont survécu à la torture à se rétablir et à reconstruire leur vie. Il propose également une formation aux professionnels qui travaillent avec les survivants de la torture. (Plus d'informations: <https://www.freedomfromtorture.org/>).

IKWRO - Women's Rights Organisation:

organisation caritative qui conseille et soutient les femmes et les filles du Moyen-Orient et d'Afghanistan qui risquent d'être victimes de mariages forcés, de mariages d'enfants, de violences fondées sur l'honneur, de mutilations génitales féminines et de violences domestiques. Elle offre des conseils en farsi, dari, kurde, arabe, turc, pachtou et anglais. Leur service de conseil est gratuit.

(Plus d'informations: <http://ikwro.org.uk/>).

London Survivors Gateway: offre aux victimes et aux survivants d'abus sexuels une aide pour accéder à des services spécialisés.

(Plus d'informations:

<https://survivorsgateway.london>).

Nafsiyat: un centre de thérapie interculturelle, qui s'engage à fournir des services de psychothérapie et de conseil efficaces et accessibles aux personnes issues de diverses communautés religieuses, culturelles et ethniques à Londres. (Plus d'informations: <https://www.nafsiyat.org.uk/>).

Rape Crisis England and Wales: soutien et services spécialisés pour les victimes et les survivants de violences sexuelles. (Plus d'informations et une liste de tous les centres d'aide aux victimes de viols au Royaume-Uni est disponible à l'adresse suivante: www.rapecrisis.org.uk).

Survivors UK: un service d'intégration pour les hommes victimes de violences sexuelles. Ils accueillent toute personne qui s'identifie comme homme, trans, non binaire ou qui s'est identifiée comme homme dans le passé. Un service de chat en ligne est disponible sur leur site web. (Plus d'informations: <https://www.survivorsuk.org/>).

The Survivors Trust: un réseau d'agences fournissant des services spécialisés aux survivants de violences sexuelles. Des conseils et des informations sont disponibles sur leur site web et leur service d'assistance téléphonique. (Plus d'informations: 08088 010818 ou <https://thesurvivorstrust.eu.rit.org.uk>)

The Women's Therapy Centre: une organisation spécialisée dans la psychothérapie psychanalytique pour les femmes, y compris les femmes réfugiées et demandeuses de protection internationale. (Plus d'informations: www.womenstherapycentre.co.uk).

Victim Support UK: une organisation indépendante qui soutient les victimes de la criminalité. Leur soutien est gratuit, confidentiel et adapté aux besoins de la victime. (Plus d'informations: <https://www.victimsupport.org.uk/>).

Women and Girls Network: un service gratuit géré par des femmes, pour les femmes de Londres qui ont été touchées par toutes les formes de violence et d'abus. (Plus d'informations: <https://www.wgn.org.uk>).

Informations juridiques

Le projet INHeRE a réalisé une analyse approfondie des législations et pratiques nationales en Belgique, au Royaume-Uni et en Irlande. Le rapport de l'analyse peut être consulté sur la page INHeRE du site web de l'ICRH Belgique: <https://www.icrhb.org/nl>

Pour plus d'informations sur les procédures judiciaires, les définitions et les droits des victimes au Royaume-Uni, consultez le site <https://www.cps.gov.uk/crime-info/sexual-offences>

Services d'aide juridique

Pour obtenir des conseils et un soutien sur les questions juridiques concernant les victimes MRD de violences sexuelles au Royaume-Uni, les organisations suivantes peuvent vous aider:

Asylum Aid: organisation fournissant des conseils et une représentation en matière d'aide juridique au nom des demandeurs de protection internationale et des réfugiés. Elle prend en charge des affaires juridiques pour garantir le statut des personnes actuellement apatrides au Royaume-Uni et fournit également des services

d'aide sociale et de conseil aux migrants. (Plus d'informations: www.asylumaid.org.uk).

Asylum Support Appeals: organisation fournissant aux demandeurs de protection internationale une représentation et des conseils juridiques gratuits. (Plus d'informations: <http://www.asaproject.org/>).

Duncan Lewis Solicitors: organisation fournissant des services juridiques fiables, accessibles et professionnels. (Plus d'informations: <https://www.duncanlewis.co.uk/LegalAid.html>).

Refugee Legal Centre - RLC: organisation fournissant des conseils et une représentation juridiques gratuits aux personnes cherchant à obtenir une protection en vertu de la législation nationale et internationale sur les droits de l'homme en matière d'asile. (Plus d'informations: www.refugee-legal-centre.org.uk).

Pour obtenir des conseils et un soutien sur les questions juridiques concernant les mineurs (non accompagnés) victimes MRD de violences sexuelles, les organisations suivantes peuvent vous aider:

CORAM - Children's Legal Centre: un centre fournissant des conseils et des informations juridiques gratuits aux jeunes réfugiés et migrants. (Plus d'informations: <https://www.childrenslegalcentre.com/>).

Services destinés aux personnes présentant des vulnérabilités spécifiques

Mineurs (non) accompagnés

NSPCC: un service assurant la protection des enfants et des mineurs qui ont été victimes d'abus (sexuels). Ligne d'assistance téléphonique au 0808 800 5000. (Plus d'informations: <https://www.nspcc.org.uk/>).

Refugee Council - Children's Advice Project:

un service national britannique qui fournit des conseils et un soutien aux mineurs qui arrivent non accompagnés au Royaume-Uni. Il soutient les mineurs dans le cadre du système d'asile et assure leur protection et leur représentation. En outre, ils donnent des informations aux professionnels qui travaillent avec les mineurs non accompagnés. (Plus d'informations: <https://www.refugeecouncil.org.uk/our-work/children/>).

The Baobab Centre: une communauté thérapeutique non résidentielle qui permet aux enfants et aux adolescents demandeurs de protection internationale qui ont été victimes de violence organisée, de violation, d'exploitation, de menaces, de rejet, de perte et de deuil dans leur communauté d'origine et lors de leur voyage en exil de s'épanouir au Royaume-Uni. (Plus d'informations: <https://baobabsurvivors.org/>).

Veillez consulter «les services d'aide juridique» ci-dessus pour les services fournissant des conseils juridiques spécialement destinés aux mineurs MRD victimes de violences sexuelles.

Les personnes à mobilité réduite

Respond: une organisation nationale qui fournit des services de thérapie et de soutien spécialisé aux personnes souffrant de troubles de l'apprentissage, d'autisme ou des deux qui ont subi des abus, des violences ou des traumatismes. Ils apportent un soutien spécifique aux personnes souffrant de troubles de l'apprentissage, d'autisme ou des deux qui sont victimes de violences sexuelles. (Plus d'informations: <https://respond.org.uk/>).

Personnes LGBT+

GALOP: une organisation LGBT+ fournissant un soutien confidentiel et indépendant à toutes les communautés LGBT+ qui sont victimes de crimes haineux, d'abus domestiques ou de violences sexuelles. (Plus d'informations: service d'assistance téléphonique pour les violences domestiques : 0800 999 5428 ou <https://www.galop.org.uk/>).

Micro Rainbow: organisation fournissant un logement temporaire sûr aux demandeurs de protection internationale et aux réfugiés LGBT+. Ils sont situés dans la région de Londres, dans le nord-ouest et dans les West Midlands. Elles proposent également des services de «déménagement» et divers programmes d'inclusion sociale. (Plus d'informations: micro-rainbow.org).

Survivors UK: un service d'intégration pour les hommes victimes de violences sexuelles. Ils accueillent toute personne qui s'identifie comme homme, trans, non binaire ou qui s'est identifiée comme homme dans le passé. Un service de chat en ligne est disponible sur leur site web. (Plus d'informations: <https://www.survivorsuk.org/>).

UKLGIG - UK Lesbian & Gay Immigration Group: organisation soutenant les personnes LGBT+ par le biais du système d'asile et d'immigration. En outre, elle fournit un soutien psychosocial et émotionnel ainsi que des conseils juridiques aux personnes LGBT+ qui demandent de protection internationale. (Plus d'informations: uklgig.org.uk).

Une liste détaillée d'organisations offrant un soutien aux victimes de violences sexuelles LGBT+ MRD à travers le Royaume-Uni peut être consultée sur le site web <http://www.lgsmigrants.com/do-you-need-help>.

Victimes de la traite des êtres humains

Modern Slavery Foundation Helpline: service d'assistance téléphonique 24 heures sur 24. Ligne d'assistance téléphonique en service: 0800 0121 700. En outre, ils fournissent des conseils et des informations sur la traite des êtres humains et offrent la possibilité de déposer un rapport en ligne. (Plus d'informations: <https://www.modernslaveryhelpline.org/>).

The Salvation Army: service d'assistance téléphonique confidentiel 24 heures sur 24, pour signaler l'esclavage moderne. Ligne d'assistance téléphonique en service: 0800 818 3733. En outre, ils fournissent également une aide pratique aux victimes de la traite. (Plus d'informations: <https://www.salvationarmy.org.uk/>).

Travailleurs du sexe

Beyond the Streets: association caritative qui s'efforce de mettre fin à l'exploitation sexuelle en offrant des espaces sûrs et en fournissant des informations et un soutien fiables. Elle propose une ligne d'assistance téléphonique gratuite au 0800 1337870. (Plus d'informations: <https://beyondthestreets.org.uk/>).

X:talk project: une organisation qui se concentre sur le rassemblement et l'autonomisation des travailleurs du sexe. Leur tâche principale consiste à enseigner l'anglais aux travailleurs du sexe issus de l'immigration. (Vous trouverez de plus amples informations et une liste des services régionaux destinés aux travailleurs du sexe sur leur site web: <http://www.xtalkproject.net/>).

Services pour les agresseurs de violence sexuelle

National Organisation for the Treatment of Abusers – NOTA UK – Ireland: une organisation qui s'engage à réduire la victimisation par l'élaboration de politiques et de pratiques auprès des enfants et des adultes ayant des comportements sexuels préjudiciables, de leurs familles et de leurs communautés. (Plus d'informations: <https://www.nota.co.uk/>).

Respect UK: association offrant des services aux auteurs de violences et aux jeunes qui utilisent la violence et les abus dans leurs relations intimes. (Plus d'informations: <https://www.respect.uk.net/>).

■ IRLANDE

Centres d'aide aux victimes des violences sexuelles

Les **Sexual Assault Treatment Units (SATU)** en Irlande sont accessibles sur appel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an. Les victimes n'ont pas besoin de signaler ce qui s'est passé à la Gardaí/Police pour accéder à ce service.

Si l'incident a été signalé à la Gardaí/Police, celle-ci organisera votre rendez-vous et vous aidera à vous rendre à l'unité SATU la plus proche. Si l'incident n'a pas (encore) été signalé, veuillez contacter votre SATU local par téléphone avant votre arrivée.

Vous trouverez ci-dessous les coordonnées des 6 SATU en Irlande.

SATU de Cork - South Infirmary Victoria University Hospital.

Téléphone : 021 492 6297 en semaine de 8h à 16h30.

Téléphone : 021 492 6100 le week-end et après 16h30, demandez le SATU.

Donegal SATU - Justice Walsh Road, Letterkenny.

Téléphone : 087 06 81 964 à toute heure.

C'est une ligne directe avec le SATU.

Dublin SATU - Rotunda Hospital Campus.

Téléphone : 01 817 1736 en semaine de 8h à 17h.

Téléphone : 01 817 1700 après 17h et le week-end, demandez le SATU.

SATU de Galway

Téléphone : 091 76 57 51 ou 087 63 38 118 en semaine de 8h à 20h.

Téléphone : 091 75 76 31 après 20h et le week-end, demandez le SATU.

SATU de Mullingar - Hôpital régional du Midland

Téléphone : 044 939 4239 ou 086 04 09 952 en semaine de 8h à 17h.

Téléphone : 044 934 0221 après 17h et le week-end, demandez le SATU.

SATU de Waterford - Hôpital universitaire de Waterford.

Téléphone : 051 842 157 en semaine de 8h à 17h.

Téléphone : 051 842 157 : 051 848 000 après 17h et le week-end, demandez le SATU.

Si la victime est âgée de moins de 14 ans, veuillez consulter les services d'évaluation médico-légale des enfants et des adolescents sur:

https://www2.hse.ie/services/child-and-adolescent-forensic-medical-assessment-services/child-and-adolescent-forensic-medical-assessment-services.html

Autres services spécialisés et soutien

Rape Crisis Centres: centres offrant un soutien spécialisé après des violences sexuelles. (Plus d'informations et une liste des centres d'aide aux victimes de viols se trouve sur :

https://www.rapecrisishelp.ie/find-a-service/).

Informations juridiques

Le projet INHeRE a réalisé une analyse approfondie des législations et pratiques nationales en Belgique, au Royaume-Uni et en Irlande. Le rapport de l'analyse peut être consulté sur la page INHeRE du site web de l'ICRH Belgique: **https://www.icrhhb.org/nl**

Pour plus d'informations sur les procédures judiciaires, les définitions et les droits des victimes en Irlande, consultez le site **https://www.victimscharter.ie/**

Pour plus d'informations concernant les droits des victimes de la traite en Irlande, consulter le site **http://blueblindfold.gov.ie/**

Pour plus d'informations concernant les droits des travailleurs du sexe en Irlande, consultez le site **https://sexworkersallianceireland.org/**

Services d'aide juridique

FLAC: une organisation de défense des droits de l'homme qui promeut l'égalité d'accès à la justice pour tous. Elle fournit une aide juridique de trois manières: par téléphone, dans ses centres locaux de conseil juridique dans toute l'Irlande, et par le biais de son site web. (Plus d'informations: [flac.ie](https://www.flac.ie)).

Immigrant Council of Ireland: organisation qui promeut les droits des migrants par l'information, le conseil juridique, la défense, le lobbying, la recherche et la formation. (Plus d'informations: <https://www.immigrantcouncil.ie/>).

Legal Aid Board: organisation assurant l'accès à la justice pour tous. (Plus d'informations: [legalaidboard.ie](https://www.legalaidboard.ie)).

Services destinés aux personnes présentant des vulnérabilités spécifiques

Mineurs (non) accompagnés

Túsla: l'Agence irlandaise pour l'enfance et la famille, qui fournit une série de services universels et ciblés, notamment des services répondant à la violence domestique, sexuelle et sexiste exercée sur les mineurs. (Plus d'informations: <https://www.tusla.ie/>).

Victimes de la traite des êtres humains

Ruhama: organisation offrant un soutien gratuit aux femmes touchées par l'exploitation sexuelle, le trafic sexuel et d'autres formes d'exploitation sexuelle commerciale, indépendamment de leur statut juridique et de leurs compétences linguistiques. (Plus d'informations: <https://www.ruhama.ie/>).

Personnes LGBT+

BeLonG To: une organisation offrant un soutien personnel aux jeunes LGBT+ de 14 à 23 ans. Ces services comprennent des services de chat informel en tête-à-tête, des conseils professionnels et un service de soutien en matière de drogues et d'alcool. Tous ces services sont confidentiels, gratuits et

accueillants pour tous les jeunes, quelles que soient leurs capacités ou leur handicap. Des informations et des conseils sont également disponibles sur leur site web en anglais, arabe, ourdou, français, lituanien et polonais. (Plus d'informations: <https://www.belongto.org/>).

LGBT Ireland: organisation nationale de soutien, de formation et de défense qui vise à améliorer la vie des personnes LGBT+ dans toute l'Irlande. Elle propose une ligne d'assistance téléphonique LGBT+ (contact : 1890 929 539), une ligne de soutien aux familles trans genres (01 907 3707), un service de soutien par messagerie instantanée en ligne ainsi que des groupes de soutien par les pairs LGBT+ en personne dans tout le pays. (Plus d'informations: <https://lgbt.ie/>).

Travailleurs du sexe

Ruhama: organisation offrant un soutien gratuit aux femmes touchées par l'exploitation sexuelle, le trafic sexuel et d'autres formes d'exploitation sexuelle commerciale, indépendamment de leur statut juridique et de leurs compétences linguistiques. (Plus d'informations: <https://www.ruhama.ie/>).

Sex Workers Alliance Ireland (SWAI): une ONG qui travaille avec les travailleurs du sexe pour un meilleur accès aux droits, à la santé et à la justice en Irlande. Leur site web fournit des informations claires sur les droits des travailleurs du sexe et les services disponibles pour les travailleurs du sexe, y compris pour les travailleurs du sexe LGBT+, en Irlande. (Plus d'informations: <https://sexworkersallianceireland.org/>).

Services pour les agresseurs de violence sexuelle

Move Ireland – Men Overcoming Violence: organisation facilitant les hommes dans un processus de groupe hebdomadaire qui implique qu'ils assument la responsabilité de leur violence et changent leur attitude et leur comportement. (Plus d'informations: <https://www.moveireland.ie/>).

National Organisation for the Treatment of Abusers – NOTA UK – Ireland: une organisation qui s'engage à réduire la victimisation par l'élaboration de politiques et de pratiques auprès des enfants et des adultes ayant des comportements sexuels préjudiciables, de leurs familles et de leurs communautés. (Plus d'informations: <https://www.nota.co.uk/>).



Pour connaître les organisations d'aide aux victimes dans l'Union européenne, consultez la carte interactive de **Victim Support Europe**: <https://victimsupport.eu/interactive-map/> et le site web de **Women Against Violence Europe (WAVE Network)**: <https://www.wave-network.org/find-help/>

Pour plus d'informations sur les **droits des victimes dans l'Union européenne**, consultez le site: https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/criminal-justice/protecting-victims-rights/victims-rights-eu_fr

OUTILS UTILES POUR AMÉLIORER VOS PRATIQUES

Zanzu: Outil en ligne pour discuter des questions de sexualité dans différentes langues, avec des icônes et des explications écrites et orales, possibilité de passer d'une langue à l'autre. **Disponible sur:** <https://www.zanzu.be>

Une brochure destinée à faciliter l'auto-identification des **victimes de la traite des êtres humains**. **Disponible en 22 langues à l'adresse suivante:** <https://www.payoke.be/wp-content/uploads/2019/06/Brochure-multilingual-1.pdf>

Brochure contenant des informations et des conseils à l'intention pour les personnes de soutien qui soutiennent les victimes de violences sexuelles. Écrit par Prof. Dr. Keygnaert

Ines et Van Melkebeke Inse. **Disponible sur:** https://www.violencessexuelles.be/sites/default/files/bestanden/EN%20Guide%20for%20significant%20others%20victims%20of%20sexual%20violence_0.pdf

Cours en ligne sur la violence sexuelle et la migration, destiné aux professionnels travaillant avec des migrants victimes de violence sexuelle. Le cours en ligne peut être suivi en français, néerlandais, anglais et italien. **Disponible sur la page INHeRE du site de l'ICRH Belgique:** <https://www.icrhb.org/nl>

Références

1. Frans, E. and T. Franck, *Sensoa Vlaggensysteem*. 2020, Sensoa Belgium.
2. Young, S.L. and K.C. Maguire, *Talking about Sexual Violence*. *Women and Language*, 2003. 26(2): p. 40-52.
3. IOM, *Who is a migrant?* 2020: <https://www.iom.int/who-is-a-migrant>.
4. *Directive 2011/95/EU of the European Parliament and of the Council of 13 December 2011 on standards for the qualification of third-country nationals or stateless persons as beneficiaries of international protection, for a uniform status for refugees or for persons eligible for subsidiary protection, and for the content of the protection granted*. 2011, December 20.
5. UNHCR, *The 1951 Convention related to the status of Refugees and its 1967 Protocol*. Edited by UNHCR. . 2011: Geneva.
6. Keygnaert, I. and I. Van Melkebeke, *Zorg voor slachtoffers van seksueel geweld: Gids voor steunfiguren*. 2018, ICRH-UGent: Gent.
7. Fedasil. *Reception of asylum seekers*. 2020 [cited 2020 July 15]; Available from: <https://www.fedasil.be/en/asylum-belgium/reception-asylum-seekers>.
8. WHO, *Strengthening the medico-legal response to sexual violence*. 2015, WHO: Geneva.
9. Chauvin P, S.N., Vanbiervliet F, Vicart M and Vuillermoz C, *Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 26 cities across 11 countries: Report on the social and medical data gathered in 2014 in nine European countries, Turkey and Canada*. 2015, Paris: Doctors of the World – Médecins du monde international network.
10. Keygnaert, I., A. Dialmy, A. Manco, J. Keygnaert, N. Vettenburg, K. Roelens, and M. Temmerman, *Sexual violence and sub-Saharan migrants in Morocco: a community-based participatory assessment using respondent driven sampling*. *Global Health*, 2014. 10: p. 32.
11. Keygnaert, I., N. Vettenburg, and M. Temmerman, *Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands*. *Cult Health Sex*, 2012. 14(5): p. 505-20.
12. De Schrijver, L., T. Vander Beken, B. Krahe, and I. Keygnaert, *Prevalence of Sexual Violence in Migrants, Applicants for International Protection, and Refugees in Europe: A Critical Interpretive Synthesis of the Evidence*. *Int J Environ Res Public Health*, 2018. 15(9).
13. World Health Organization, *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. 2003, Geneva: WHO Press.
14. Keygnaert, I., *Seksueel geweld tegen vluchtelingen, asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf in België en Nederland, in Vrouwen onder druk: Schendingen van de seksuele gezondheid bij kwetsbare vrouwen*. 2010, Lannoo. p. 69-88.
15. Basile, K.C., S.G. Smith, M.J. Breiding, M.C. Black, and R. Mahendra, *Sexual violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements*. 2014, Centers for Disease Control and Prevention Atlanta, Georgia.
16. Frans, E. and I. Keygnaert, *Make it Work! Prevention of SGBV in the European Reception and Asylum Sector*. 2009: Ghent.
17. Keygnaert, I., *Sexual Violence and Sexual Health in Refugees, Asylum Seekers and Undocumented Migrants in Europe and the European Neighbourhood: Determinants and Desirable Prevention*. 2014, Ghent University: Ghent.
18. UNHCR, *Sexual and Gender-Based Violence Against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons - Guidelines for Prevention and Response*. 2003, UNHCR: Geneva.

19. Wells, A., D. Freudenberg, and M. Levander, *Gender-based violence against refugee and asylum-seeking women - a training tool*. 2019, SOLWODI Deutschland: Boppard.
20. WHO, *Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons - Guidelines for Prevention and Response*. 2003, WHO: Geneva.
21. WHO, *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. 2013, WHO: Geneva.
22. WHO, *Global Status Report on Violence Prevention*. 2014 WHO: Geneva.
23. Vu, A., A. Adam, A. Wirtz, K. Pham, L. Rubenstein, N. Glass, C. Beyrer, and S. Singh, *The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis*. *PLoS Curr*, 2014. 6.
24. Wenzel, S., J. Tucker, M. Elliott, G. Marshall, and S. Williamson, *Physical violence against impoverished women: a longitudinal analysis of risk and protective factors*. *Womens Health Issues*, 2004. 14: p. 144-154.
25. Swahnberg, K., J. Davidsson-Simmons, H. J. and B. Wijma, *Men's experiences of emotional, physical and sexual abuse and abuse in health care: a cross-sectional study of a Swedish random male population sample*. *Scand J Public Health* 2012. 40: p. 191-202.
26. Wenzel, S., J. Tucker, K. Hambarsoomian, and M. Elliott, *Toward a more comprehensive understanding of violence against impoverished women*. *J Interpers Violence*, 2006. 21: p. 820-839.
27. Onyeonoro, U., D. Oshi, E. Ndimele, N. Chuku, I. Onyemuchara, and S. Ezekwere, *Sources of Sex Information and its Effects on Sexual Practices among In-school Female Adolescents in Osisioma Ngwa LGA, South East Nigeria*. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2011. 24: p. 294-299.
28. Freedman, J., *Sexual and gender-based violence against refugee women: a hidden aspect of the refugee "crisis"*. *Reproductive Health Matters*, 2016. 24(47): p. 18-26.
29. Zimmerman, C., M. Hossain, K. Yun, B. Roche, L.G. Morrison, and C. Watts, *Stolen Smiles: the physical and psychological health consequences of women and adolescents trafficked in Europe* 2006, London: London School of Hygiene and Tropical Medicine
30. Krug, E.G., J.A. Mercy, L.L. Dahlberg, and A.B. Zwi, *The world report on violence and health*. *The Lancet*, 2002. 360(9339): p. 1083-1088.
31. WHO, *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. 2003, WHO: Geneva.
32. Keygnaert, I., N. Vettenburg, K. Roelens, and M. Temmerman, *Sexual health is dead in my body: participatory assessment of sexual health determinants by refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and The Netherlands*. *BMC Public Health*, 2014. 14: p. 416.
33. MS, S., K. Brown, C. Buschur, J. Everett, J. Fargo, and B. Fisher, *Injuries from intimate partner and sexual violence: Significance and classification systems*. *J Forensic Leg Med*, 2012. 19: p. 250-263.
34. Keygnaert, I., B. Van der Gucht, L. De Schrijver, D. van Braeckel, and K. Roelens, *Holistische zorg voor slachtoffers van seksueel geweld, in Leerboek seksuologie*. 2018, Bohn Stafleu van Loghum: Houten.
35. Ullman, S. and M. Relyea, *Social Support, Coping, and Posttraumatic Stress Symptoms in Female Sexual Assault Survivors: A Longitudinal Analysis*. *Journal of Traumatic Stress*, 2016. 29.
36. Association, A.P., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. 2013, Arlington, VA: American Psychiatric Association.
37. Kimerling, R. and K.S. Calhoun, *Somatic symptoms, social support, and treatment seeking among sexual assault victims*. *J Consult Clin Psychol*, 1994. 62(2): p. 333-40.
38. Cortina, L.M. and S.P. Kubiak, *Gender and posttraumatic stress: Sexual violence as an explanation for women's increased risk*. *Journal of Abnormal Psychology*, 2006. 115(4): p. 753-759.

39. Mason, F. and Z. Lodrick, *Psychological consequences of sexual assault*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2013. 27(1): p. 27-37.
40. Nickerson, A., M. Steenkamp, I.M. Aerka, K. Salters-Pedneault, T.L. Carper, J.B. Barnes, and B.T. Litz, *PROSPECTIVE INVESTIGATION OF MENTAL HEALTH FOLLOWING SEXUAL ASSAULT*. Depression and Anxiety, 2013. 30(5): p. 444-450.
41. Armour, C., A. Elklit, and D. Lauterbach, *The DSM-5 dissociative-PTSD subtype: Can levels of depression, anxiety, hostility, and sleeping difficulties differentiate between dissociative-PTSD and PTSD in rape and sexual assault victims?* Journal of anxiety disorders, 2014. 28.
42. Au, T., B. Dickstein, J. Comer, K. Salters-Pedneault, and B. Litz, *Co-occurring posttraumatic stress and depression symptoms after sexual assault: A latent profile analysis*. Journal of affective disorders, 2013. 149.
43. Machado, C.L., R.C. de Azevedo, C.O. Facuri, M.J. Vieira, and A.M. Fernandes, *Posttraumatic stress disorder, depression, and hopelessness in women who are victims of sexual violence*. Int J Gynaecol Obstet, 2011. 113(1): p. 58-62.
44. Borowsky, I., M. Hogan, and M. Ireland, *Adolescent Sexual Aggression: Risk and Protective Factors*. Pediatrics, 1998. 100: p. E7.
45. Brown, A.L., T.L. Messman-Moore, A.G. Miller, and G. Stasser, *Sexual victimization in relation to perceptions of risk: mediation, generalization, and temporal stability*. Pers Soc Psychol Bull, 2005. 31(7): p. 963-76.
46. Holmes, W.C. and G.B. Slap, *Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management*. Jama, 1998. 280(21): p. 1855-62.
47. Marx, B.P., *Lessons Learned from the Last Twenty Years of Sexual Violence Research*. Journal of Interpersonal Violence, 2005. 20(2): p. 225-230.
48. McMahon, P.M., M.M. Goodwin, and G. Stringer, *Sexual Violence and Reproductive Health*. Maternal and Child Health Journal, 2000. 4(2): p. 121-124.
49. Tavara, L., *Sexual violence*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2006. 20(3): p. 395-408.
50. Jina, R. and L.S. Thomas, *Health consequences of sexual violence against women*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2013. 27(1): p. 15-26.
51. Keefe, A. and E. Hage, *Vulnerable Women's Project - Good practice Guide: Assisting Refugee and Asylum Seeking Women affected by Rape or Sexual Violence*. 2009, British Refugee Council: London.
52. Alempijevic, D., S. Savic, S. Pavlekic, and D. Jecmenica, *Severity of injuries among sexual assault victims*. J Forensic Leg Med, 2007. 14(5): p. 266-9.
53. Hynes, M. and B. Lopes Cardozo, *Sexual violence against refugee women*. J Womens Health Gen Based Med, 2000. 9(8): p. 819-23.
54. Norredam, M., S. Crosby, R. Munarriz, L. Piwowarczyk, and M. Grodin, *Urologic complications of sexual trauma among male survivors of torture*. Urology, 2005. 65(1): p. 28-32.
55. Abrahams, N., R. Jewkes, and S. Mathews, *Depressive symptoms after a sexual assault among women: understanding victim-perpetrator relationships and the role of social perceptions*. Afr J Psychiatry (Johannesbg), 2013. 16(4): p. 288-93.
56. Asgary, R., E. Emery, and M. Wong, *Systematic review of prevention and management strategies for the consequences of gender-based violence in refugee settings*. Int Health, 2013. 5(2): p. 85-91.
57. Macmillan, R. and J. Hagan, *Violence in the Transition to Adulthood: Adolescent Victimization, Education, and Socioeconomic Attainment in Later Life*. Journal of Research on Adolescence, 2004. 14: p. 127-158.
58. Martin, S., S. Young, D. Billings, and C. Bross, *Health care-based interventions for women who have*

- experienced sexual violence: A review of the literature*. Trauma Violence Abuse, 2007. 8: p. 3-18.
59. (CDC), C.f.D.C.a.P.s., *Sexual violence prevention: beginning the dialogue*. 2004, CDC: Atlanta.
 60. WHO, *Violence prevention: The evidence*. 2010, WHO: Geneva.
 61. Roberts, N.P., N.J. Kitchiner, J. Kenardy, and J.I. Bisson, *Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events*. Am J Psychiatry, 2009. 166(3): p. 293-301.
 62. Campbell, R., D. Patterson, and D. Bybee, *Prosecution of adult sexual assault cases: a longitudinal analysis of the impact of a sexual assault nurse examiner program*. Violence Against Women, 2012. 18(2): p. 223-44.
 63. Campbell, R., D. Patterson, and L. Lichty, *The Effectiveness of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Programs: A Review of Psychological, Medical, Legal, and Community Outcomes*. Trauma, violence & abuse, 2005. 6: p. 313-29.
 64. Du Mont, J. and D. Parnis, *The doctor's dilemma: caregiving and medicolegal evidence collection*. Med Law, 2004. 23(3): p. 515-29.
 65. Fehler-Cabral, G., R. Campbell, and D. Patterson, *Adult Sexual Assault Survivors' Experiences With Sexual Assault Nurse Examiners (SANEs)*. Journal of interpersonal violence, 2011. 26: p. 3618-39.
 66. Greeson, M. and R. Campbell, *Sexual Assault Response Teams (SARTs): An Empirical Review of Their Effectiveness and Challenges to Successful Implementation*. Trauma, violence & abuse, 2012. 14.
 67. Kornør, H., D. Winje, Ø. Ekeberg, L. Weisaeth, I. Kirkehei, K. Johansen, and A. Steiro, *Early trauma-focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: a systematic review and meta-analysis*. BMC Psychiatry, 2008. 8: p. 81.
 68. Lutwak, N., *Medical care for sexual assault victims*. Sex Transm Infect, 2012. 88(4): p. 283.
 69. Snyder, C., *The Past and Possible Futures of Hope*. Journal of Social and Clinical Psychology, 2000. 19: p. 11-28.
 70. Lilja, I., *Handbook on counseling asylum seeking and refugee women victims of gender-based violence. Helping her to reclaim her story*. 2019, Helsinki: HEUNI
 71. Campbell, R. and S. Raja, *Secondary victimization of rape victims: Insights from mental health professionals who treat survivors of violence*. Violence and Victims, 1999. 14(3): p. 261-275.
 72. Equality, E.I.f.G. *Secondary victimisation*. 2020 [cited 2020 July 15]; Available from: <https://eige.europa.eu/thesaurus/terms/1358>.
 73. Logar, R. and M. Vargova, *Affective Multi-agency Co-operation for Preventing and Combating Domestic Violence - Training of Trainers Manual*. 2015, Council of Europe: Strasbourg.
 74. Bottoms, B., L. Peter-Hagene, M. Epstein, T. Wiley, C. Reynolds, and A. Rudnicki, *Abuse Characteristics and Individual Differences Related to Disclosing Childhood Sexual, Physical, and Emotional Abuse and Witnessed Domestic Violence*. Journal of interpersonal violence, 2014. 29.
 75. Keygnaert, I., B. Van der Gucht, L. De Schrijver, D. Van Braeckel, and K. Roelens, *Holistische zorg voor slachtoffers van seksueel geweld*, in *Leerboek Seksuologie*, L. Gijs, et al., Editors. 2018, Bohn Stafleu van loghum: Houten. p. 407-427.
 76. van der Kolk, B.A., J.W. Hopper, and J.E. Osterman, *Exploring the nature of traumatic memory: Combining clinical knowledge with laboratory methods*. 2001, Haworth Press: US. p. 9-31.
 77. Keygnaert, I. and A. Guieu, *What the eye does not see: a critical interpretive synthesis of European Union policies addressing sexual violence in vulnerable migrants*. Reprod Health Matters, 2015. 23(46): p. 45-55.
 78. UNFPA, *Combating GBV: a key to achieving the MDGs*. 2005, UNFPA: New York.

79. UNHCR, *Guidelines on International Protection: Gender-related Persecution Within the Context of Article 1A(2) of the 1951 Convention and/or its 1967 Protocol Relating to the Status of Refugees*. 2002.
80. UNHCR, *Sexual and Gender-Based Violence Against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons - Guidelines for Prevention and Response*. 2003, UNHCR: Geneva.
81. Europe, C.o., *Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence*. Council of Europe Treaty Series No. 2010 Istanbul, 11.V.201. 2011. p. 1-25.
82. Union, C.o.t.E., *Directive 2013/33/EU of 26 June 2013: Laying down standards for the reception of applicants for international protection (recast), 2013/33/EU*, C.o.t.E. Union, Editor. 2013.
83. van den Ameele, S., I. Keygnaert, A. Rachidi, K. Roelens, and M. Temmerman, *The role of the health-care sector in the prevention of sexual violence against sub-Saharan transmigrants in Morocco: a study of knowledge, attitudes and practices of healthcare workers*. BMC Health Serv Res, 2013. 13: p. 77.
84. Network, H., *Are Undocumented Migrants and Asylum Seekers Entitled to Access Health Care in the EU?*. 2010, Médecins du Monde: Madrid.
85. PICUM, *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*. 2007, PICUM: Brussels.
86. IOM, *Health Care for Undocumented Migrants in the EU*. 2009, IOM: Geneva.
87. Union., E.P.C.o.t.E., *Directive on standards for the qualification of third-country nationals or stateless persons as beneficiaries of international protection, for a uniform status for refugees or for persons eligible for subsidiary protection, and for the content of the protection granted. 2011/95/EU ed.*, E.P.a.C.o.t.E. Union, Editor. 2011: Brussels.
88. World Health Organization, *Female genital mutilation, Fact Sheet No. 241*. . 2000, World Health Organization,: Geneva.
89. S, D. and G. V., *Sexual assault*. Primary Care, 1993. 20: p. 359–373.
90. Dückers, M.L.A., *Five essential principles of post-disaster psychosocial care: looking back and forward with Stevan Hobfoll*. European journal of psychotraumatology, 2013. 4: p. 10.3402/ejpt.v4i0.21914.
91. Hobfoll, S., P. Watson, C. Bell, R. Bryant, M. Brymer, M. Friedman, M. Friedman, B. Gersons, J. Jong, C. Layne, S. Maguen, Y. Neria, A. Norwood, R. Pynoos, D. Reissman, J. Ruzek, A. Shalev, Z. Solomon, A. Steinberg, and R. Ursano, *Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence*. Psychiatry, 2007. 70: p. 283-315; discussion 316.
92. Ayón, C., E. Aisenberg, and P. Erera, *Learning How to Dance with the Public Child Welfare System: Mexican Parents' Efforts to Exercise Their Voice*. Journal of Public Child Welfare, 2010. 4(3): p. 263-286.
93. Križ, K. and M. Skivenes, *'Knowing Our Society' and 'Fighting Against Prejudices': How Child Welfare Workers in Norway and England Perceive the Challenges of Minority Parents*. The British Journal of Social Work, 2010. 40(8): p. 2634-2651.
94. UNHCR, *Handbook for Interpreters in Asylum Procedures*. 2017, UNHCR: Geneva.
95. Depraetere, J., C. Vandeviver, T. Vander Beken, and I. Keygnaert, *Big Boys Don't Cry: A Critical Interpretive Synthesis of Male Sexual Victimization*. Trauma Violence Abuse, 2020.