

L'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle : l'expérience des centres désignés

NDLR - Ce texte n'engage que ses auteures et ne représente pas nécessairement les positions officielles de l'Association. Toute reproduction, partielle ou totale, est interdite sans autorisation des auteures.

Caroline de Brouwer, B.Sc. (criminologie), M.A. (administration sociale)

Responsable du dossier des agressions sexuelles, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Deborah Trent, B.Sc. (travail social), M.S.S.

Coordonnatrice, Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal

Lucie Vézina, M.Ps.

Agente de recherche et de planification, responsable des dossiers agressions sexuelles et violence conjugale, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Dans le cadre des Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle publiées en 2001, le MSSS s'est vu confier, entre autres, la responsabilité d'assurer des services aux victimes d'agression sexuelle nécessitant une intervention médicosociale. Jusqu'à ce jour, une soixantaine de centres désignés ont été implantés dans 14 régions du Québec pour dispenser ces services. La mise sur pied de ces centres a demandé beaucoup d'investissements de la part des intervenants-es et des établissements. De plus, un travail de concertation et de collaboration avec plusieurs partenaires est essentiel pour assurer la continuité et la qualité des services. La présentation vise à tracer un portrait de l'organisation actuelle des services aux victimes d'agression sexuelle (adultes et mineurs-es) dans les centres désignés, à présenter les différents outils développés pour faciliter et soutenir l'intervention, et à identifier les principaux défis et enjeux liés à l'organisation des services dans ces centres.

En décembre 1995, le gouvernement du Québec confiait au Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale et familiale le mandat d'assurer le suivi des recommandations du rapport *Les agressions sexuelles: STOP*. À la suite du dépôt de ce rapport, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a pris l'engagement de coordonner l'élaboration des *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Plusieurs mesures étaient visées dans ces orientations, dont certaines concernant l'implantation des centres désignés. La présentation portera plus spécifiquement sur l'intervention médicosociale en centre désigné pour les victimes d'agression sexuelle et présentera les différents outils développés pour faciliter et soutenir l'intervention.

Organisation des services avant la sortie des *Orientations*

Avant la sortie des *Orientations*, au plan de l'organisation des services aux victimes, on remarquait une grande disparité régionale dans la qualité et le suivi des services. Certaines régions avaient déjà un ou des centres désignés, alors que la plupart des autres régions n'étaient pas dotées de structures en mesure d'accueillir spécifiquement des

victimes d'agression sexuelle. Cependant, les victimes recevaient tout de même des services, mais dispensés avec les moyens disponibles. Souvent, l'organisation dépendait de l'implication et de la bonne volonté de certains intervenants-es. La porte d'entrée était habituellement le centre hospitalier, mais le Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) pouvait également être l'organisme qui prenait en charge les services et accompagnait la victime.

Les troussees médico-légales et médico-sociales sans prélèvements médico-légaux, dont il sera brièvement question dans la section « Outils et formations », n'étaient pas appliquées de façon uniforme partout. Dans certaines régions, les médecins étaient même très réticents à utiliser les troussees. Le principal obstacle était la peur de devoir témoigner à la cour, et ce, malgré le fait que lorsqu'une trousse est bien complétée, les médecins sont rarement appelés à témoigner. Une autre réticence s'expliquait par le fait que les médecins qui n'avaient pas reçu beaucoup de victimes dans l'exercice de leur fonction n'étaient pas à l'aise avec le matériel qu'ils connaissaient peu et trouvaient que l'intervention prenait trop de temps. De plus, le rôle des infirmières n'était pas souvent mis à contribution sur le plan des interventions médicales. Elles ne servaient souvent que d'assistantes alors qu'elles auraient pu contribuer davantage à l'intervention et ainsi décharger le médecin. Par contre, dans certains centres désignés, les infirmières ont joué un rôle majeur dans le développement des services pour les victimes d'agression sexuelle.

Il n'existait pas de formation pour le personnel impliqué et on constatait plusieurs lacunes : mauvaise utilisation du matériel, incertitude quant aux démarches et procédures à suivre, préjugés sur les circonstances de l'agression et manque de sensibilisation sur la problématique et les besoins des victimes.

Les services offerts étaient donc plus ou moins uniformes et adéquats. Certaines victimes préféraient se présenter dans des établissements en dehors de leur région, pour des raisons de confidentialité, mais également pour recevoir de meilleurs services. Dans certains établissements où il n'y avait pas d'équipe organisée pour recevoir les victimes d'agression sexuelle, celles-ci pouvaient passer plusieurs heures dans la salle d'attente car le médecin de l'urgence devait attendre la fin de son quart de travail.

Il y avait également beaucoup de malentendus sur la chaîne de possession. Plusieurs partenaires étant impliqués dans le protocole, lorsqu'il s'agissait de faire acheminer la trousse, il pouvait y avoir confusion, notamment entre les policiers, la DPJ et le personnel médical pour déterminer qui fait quoi et quand.

Les problèmes soulevés sur les services aux victimes d'agression sexuelle faisaient partie des préoccupations des membres des comités chargés de produire les *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, et certaines mesures ont été ciblées pour faciliter l'implantation d'un réseau de centres désignés. En mars 2001, on assiste à la sortie des *Orientations* après plusieurs années de travail de collaboration et de consultation, impliquant la diffusion de trois documents disponibles également sur le site Internet du MSSS : les *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, le *Plan d'action* qui s'y rattache et l'*Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique*.

Agression sexuelle: définition

Les *Orientations* définissent ainsi les agressions sexuelles:

« Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne. »

Données statistiques

Il existe peu de statistiques récentes sur le problème. Les données disponibles estiment l'ampleur du problème et définissent certaines caractéristiques liées à la situation de l'agression:

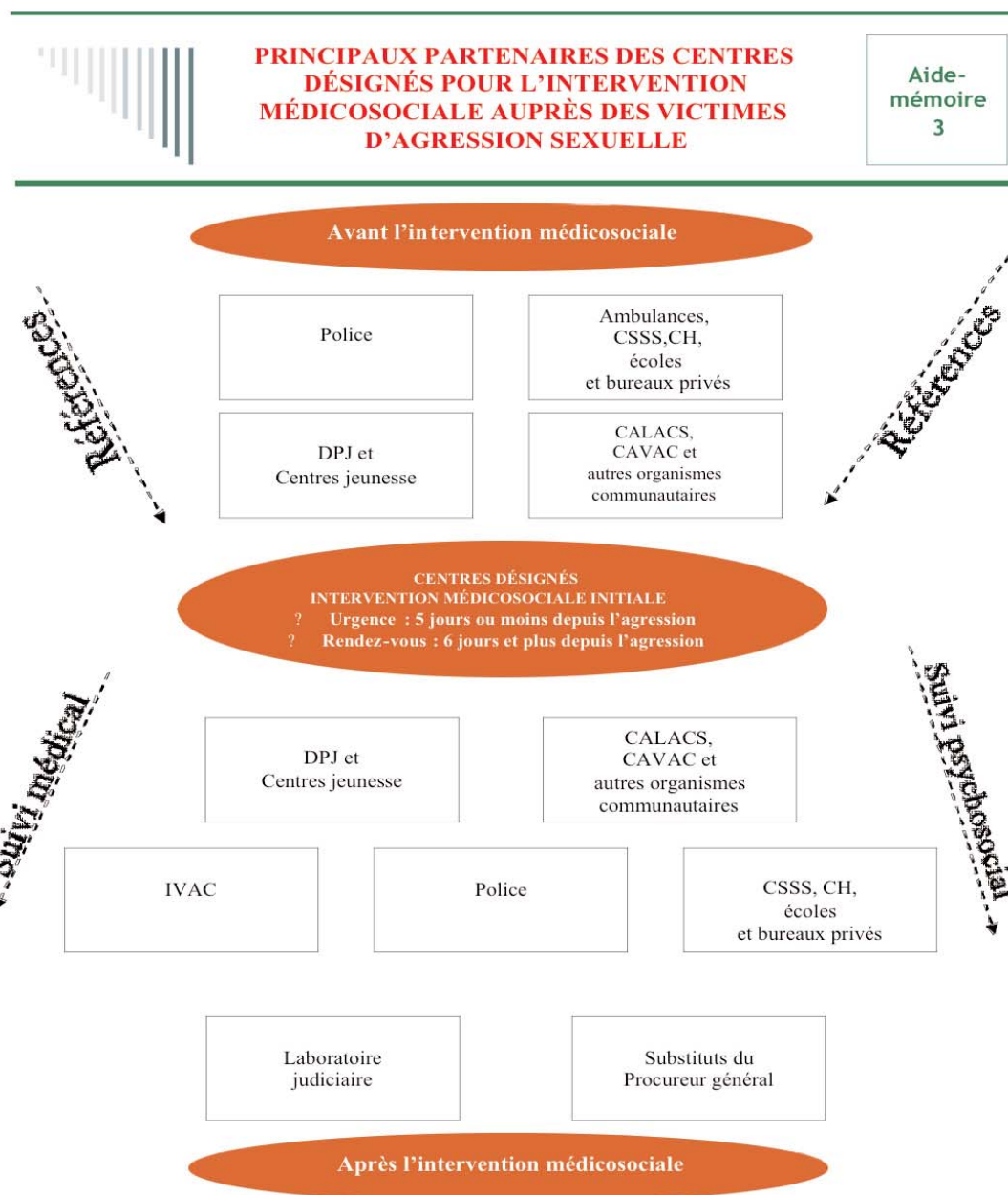
- > Les victimes d'agression sexuelle sont majoritairement des femmes et des enfants.
- > Environ 34 % des Québécoises ont été victimes d'au moins une agression sexuelle depuis l'âge de 16 ans (Statistiques Canada, 1993).
- > En se basant sur la population féminine du Québec, environ 100 000 Québécoises âgées de 15 ans et plus vivent une agression sexuelle chaque année.
- > La majorité des agresseurs sont des hommes. Au Québec, 17 % des personnes accusées d'agression sexuelle sont des adolescents.
- > Plusieurs études indiquent que dans 70 à 85 % des cas, l'agresseur et la victime sont des personnes qui se connaissent.
- > Selon les statistiques de l'Alliance pour la sécurité des prostituées, 80 % des femmes prostituées ont été victimes d'agression sexuelle avant d'exercer ce métier (Boucher 1991).
- > Une étude réalisée par le réseau l'Action des Femmes handicapées du Canada auprès de 248 femmes handicapées révèle que 40 % d'entre elles avaient été violées, agressées ou violentées au moins une fois dans leur vie (McLeod & Associées, 1992). Plusieurs des agressions envers les femmes handicapées sont commises par des personnes chargées de leur fournir des soins de santé et des services de base.
- > Une fille sur trois et un garçon sur six sont agressés sexuellement avant l'âge de 18 ans.
- > Une femme sur sept est agressée sexuellement au moins une fois par son conjoint (Santé Canada, 1993).
- > D'après un document publié par Condition féminine Canada, en 1985, une femme est agressée sexuellement à toutes les 6 minutes au Canada.
- > 90 % des agressions sexuelles ne sont pas déclarées à la police (Statistiques Canada, 1999).
- > Dans plus de 50 % des cas, les agressions sexuelles sont perpétrées dans un domicile (Badgley, 1984).

Organisation des services dans les centres désignés

Un centre désigné est un établissement du réseau de la santé et des services sociaux qui offre des services médicaux et que l'agence régionale désigne pour mener l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle. Cet établissement doit travailler en partenariat avec d'autres organismes de la région.

Les centres désignés visent à assurer des services complets, accessibles et de qualité et à permettre d'uniformiser l'intervention et de développer l'expertise.

L'implication de plusieurs personnes est essentielle pour appliquer le protocole d'intervention. Le graphique ci-dessous présente les rôles et collaborations des différents partenaires impliqués.



Source : Intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle, Cahier de formation, module 1, MSSS, 1999, p. 36.

Deux principes de base sous-tendent l'organisation des services:

1. Toutes les victimes d'agression sexuelle - enfants, adolescents-es, femmes et hommes - doivent avoir accès à des services d'accueil, de soutien émotionnel, à un examen médical ou médico-légal, à des soins et traitements ainsi qu'à un suivi approprié.
2. La concertation intersectorielle doit s'établir dans chacune des régions du Québec afin que les intervenants-es membres des divers organismes touchés travaillent ensemble pour répondre aux besoins des victimes.

Certaines conditions doivent être assurées pour la mise en œuvre des principes de base:

1. Les personnes en autorité doivent reconnaître la problématique et la nécessité d'établir des services.
2. Les personnes en autorité doivent donner un mandat clair et des moyens d'agir aux ressources.
3. Toutes les régions doivent désigner des centres désignés pour offrir une intervention médicosociale.
4. La documentation pertinente doit être mise à jour et des programmes de formation doivent être offerts régulièrement.

Besoins des victimes d'agression sexuelle

L'intervention médicosociale doit pouvoir assurer les besoins de base des victimes d'agression sexuelle qui sont d'être accueillies, de recevoir du soutien émotionnel, de la protection, des soins médicaux, de l'information générale et de connaître les démarches pour recevoir de l'indemnisation.

Objectifs de l'intervention médicosociale

- > Soutenir la victime et ses proches
- > Évaluer et satisfaire les besoins de la victime
- > Veiller à ce que la sécurité de la victime soit assurée
- > Donner de l'information à la victime et à ses proches
- > Rassurer la victime sur son intégrité physique
- > Déceler et traiter les lésions
- > Prévenir une grossesse
- > Déceler, traiter ou prévenir les ITS
- > Recueillir les éléments de preuve

Étapes de l'intervention

1. Accueil et soutien émotionnel;
2. Orientation de l'intervention;
3. Histoire médicale;
4. Examens médical et médico-légal: tests et prélèvements;
5. Soins et traitements;
6. Information et soutien, signalement au DPJ, déclaration à la police et orientation de la victime;
7. Suivi médical;
8. Suivi psychosocial.

L'intervention auprès des enfants

Lorsque les victimes sont des enfants, l'intervention doit tenir compte de certains aspects particuliers :

- > L'importance d'intervenir tôt auprès des enfants, mais également auprès des parents, pour entre autres diminuer les séquelles psychologiques et physiques, constater les lésions (cicatrisation rapide) et recueillir les éléments de preuve. Un examen non concluant ne veut pas dire qu'il y a eu absence d'abus.
- > Le signalement d'un abus est obligatoire et doit se faire sans délai, selon les articles 39, 38 et 32 de la LPJ. Un signalement non retenu ne veut pas dire qu'il y a eu absence d'abus.
- > Quant aux **consentements pour l'examen médical ou médico-légal**, lorsque la victime a 14 ans ou plus et est en mesure d'exprimer sa volonté à cet égard, elle peut le faire elle-même. C'est le parent, tuteur, curateur public ou le régime de protection qui peut consentir si la victime a moins de 14 ans, souffre d'une déficience intellectuelle (moins de 18 ans) ou est évaluée inapte à donner son consentement. Dans le cas où, pour ces mêmes personnes, le parent ou tuteur refuse de consentir, la DPJ peut donner son consentement. Enfin, l'équipe médicosociale peut consentir si la personne est gravement blessée, dans le coma ou sous intoxication.

Pour la **remise de la trousse médico-légale ou médicosociale, le consentement** peut être donné par la victime si elle est âgée de 14 ans et plus. C'est le parent, tuteur, curateur public ou le régime de protection qui peut consentir si la victime a moins de 14 ans, souffre de déficience intellectuelle ou est gravement blessée ou dans le coma depuis plus de 14 jours. Si le parent ou tuteur de victime mineure refuse de donner le consentement, un mandat à la cour peut être demandé par la DPJ.

Certaines caractéristiques spécifiques aux enfants doivent être prises en compte:

- > Sur le plan physique:
 - Cicatrisation rapide
 - En constant développement: variation dans le temps et dans la morphologie
 - Ne jamais contraindre à l'examen
 - Moins de 10 % des examens pour abus sexuels sont pratiqués dans la semaine suivant l'abus
 - Un examen physique dit normal n'exclut pas l'abus
 - Plusieurs gestes d'abus sexuels n'entraînent aucune conséquence physique
 - Une ITS chez un enfant ne signifie pas qu'il y a abus
- > Il faut également:
 - Connaître la proximité relationnelle avec l'abuseur
 - Évaluer le comportement de l'agresseur: violent ou non, fréquence et progression des abus
 - Croire d'office aux dévoilements spontanés
 - Savoir qu'il y a une possibilité de déni de la part de l'enfant à cause:
 - De pressions des proches
 - De craintes face aux réactions de l'abuseur
 - De craintes face aux conséquences du dévoilement
 - Mener des entrevues non suggestives
 - Savoir qu'il est contre-indiqué d'interroger une deuxième fois
 - Savoir que l'expérience est traumatisante et peut entraîner:
 - Des troubles comportementaux
 - Des conduites sexuelles anormales ou troublées
 - Des cauchemars, signes dépressifs, conduites régressives
 - Des angoisses phobiques, problèmes narcissiques, etc.
 - Des troubles identitaires, conduites asociales, autodestructrices, sentiment de culpabilité

Entente multisectorielle

L'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuel, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique est une entente qui a été développée pour:

1. Garantir une meilleure protection des enfants et

2. Apporter l'aide nécessaire en assurant une concertation efficace entre ministères, établissements et organismes.

Procédure d'intervention sociojudiciaire en cinq étapes:

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Signalement | 4. Prise de décision |
| 2. Liaison et planification | 5. Action et information |
| 3. Enquête et évaluation | |

Outils et formations

Certains **outils** ont été développés ou mis à jour pour aider à l'implantation des centres désignés ou à l'amélioration des services aux victimes d'agression sexuelle. Les principaux sont:

1. Les **trousses médico légales** et les **trousses médicosociales sans prélèvements médico légaux**.

Une mise à jour de ces trousses se fait régulièrement. Ces trousses sont les outils utilisés pour recueillir l'information sur le contexte de l'agression et indiquer les soins médicaux et psychosociaux à prodiguer, ainsi que les prélèvements à effectuer s'il y a lieu.

Critères d'utilisation des trousses

- La **trousse médico légale** est utilisée lorsque les trois conditions suivantes sont remplies:
 - a. L'agression sexuelle remonte à 5 jours ou moins;
 - b. La victime a donné son consentement à l'examen médico légal;
 - c. La victime porte plainte à la police ou est susceptible de le faire ultérieurement (dans un délai de 14 jours).
- La **trousse médicosociale** est utilisée lorsqu'au moins une des conditions suivantes s'appliquent:
 - a. L'agression sexuelle remonte à plus de 5 jours;
 - b. Aucun prélèvement n'est nécessaire, compte tenu de la description que fait la victime de l'agression sexuelle;
 - c. La victime n'a pas l'intention de porter plainte.

2. Le **Guide d'intervention médicosociale** auprès des victimes d'agression sexuelle. Une nouvelle version (2004) sera disponible sous peu et accessible sur le site Internet du MSSS.

3. Des **formations** ont été développées et données:

- > Formation sur l'intervention médicosociale;
- > Formation des formateurs;
- > Formation sur l'Entente multisectorielle.

4. Des **documents de formation** ont accompagné ces formations:

- > Document de formation sur l'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle;
- > Document de formation sur l'intervention psychosociale auprès des victimes d'agression sexuelle;
- > Cahiers des formateurs.

5. Enfin, plusieurs **autres documents** de référence ont été développés dans différentes régions par les instances locales, dont certains s'adressent aux intervenants-es (aide-mémoire, brochure, carnet des ressources) et d'autres à la population (dépliants, cartes d'affaires, affiches).

Données sur les centres désignés

Nombre de centres désignés

Avant 2001, il y avait environ une demi-douzaine de centres désignés au Québec. Actuellement, 61 centres désignés sont implantés dans 14 des 18 régions sociosanitaires. Les régions nordiques, qui ont une organisation de service différente des autres régions, n'ont pas encore défini leurs centres désignés.

Trousses médicolégales

Le tableau suivant présente le nombre de trousse médicolégales administrées depuis 2001 dans la province de Québec, et plus particulièrement dans les régions de Montréal et de la Montérégie. Les données concernant les trousse médicosociales n'étaient pas disponibles.

Nombre de trousse médicolégales administrées entre janvier 2001 et décembre 2003

	Janv. à déc. 2001	Janv. à déc. 2002	Janv. à déc. 2003	Augmentation entre 2001 et 2003
Province de Québec	476	564	607	27,5 %
Région de Montréal	193	171	186	-3,6 %
Région de la Montérégie	58	81	118	103,4 %

Les résultats indiquent que depuis le début de l'implantation des centres désignés, il y a eu une augmentation de 27,5% du nombre de trousse médicolégales au Québec. Ce chiffre ne signifie pas qu'il y a eu 27 % plus de victimes d'agression sexuelle entre le début de 2001 et la fin 2003. Cette augmentation peut être due au fait que les médecins ou les équipes dans les centres désignés sont mieux informés et acceptent davantage d'utiliser cette trousse. Il est également possible que les victimes d'agression sexuelle osent davantage chercher de l'aide ou se

présentent plus rapidement après l'événement pour recevoir des services. Le fait que les services soient maintenant connus, implantés et facilement accessibles a certes contribué à augmenter le recours à ces services.

Lorsqu'on compare la situation de la région de Montréal à celle de la Montérégie, l'évolution au cours des années n'est pas du tout la même. Pendant qu'on observe une augmentation de 103,4 % du nombre de troussees médicolégales en Montérégie entre 2001 et 2003, dans la région de Montréal, le nombre de troussees a légèrement diminué. Une explication possible est qu'en 2001, Montréal avait déjà ses quatre centres désignés, alors que les autres régions n'étaient pas aussi bien organisées. Il est donc fort possible que la clientèle des centres désignés de Montréal provenait également des régions voisines, notamment de la Montérégie qui était dotée d'un seul centre désigné au début de 2001. Depuis 2001, plusieurs centres désignés ont été développés en Montérégie et les gens de la région peuvent désormais recevoir des services facilement près de chez eux, ce qui explique le pourcentage si élevé d'augmentation. Pour la même raison, dans la région de Montréal, en 2003 la clientèle ne provient probablement plus autant de l'extérieur qu'en 2001, réduisant le nombre de troussees utilisés.

Données sur la clientèle des centres désignés des régions de Montréal et de la Montérégie

L'Agence de la Montérégie et l'Agence de Montréal ont développé des outils pour recueillir des données sur la clientèle des centres désignés de leur région. Dans l'ensemble, les questions portent sur les mêmes éléments, avec de légères différences pour certains détails. Par contre, nous ne pouvons comparer les données de ces deux régions puisque la période de référence n'est pas la même.

Données sur la clientèle des centres désignés de la Montérégie

Les données ont été recueillies entre la mi-juillet 2002 et la mi-octobre 2004. Le nombre de centres désignés a augmenté au fil des ans.

Victimes

337 victimes d'agression sexuelle

- > 310 de sexe féminin (92 %)
- > 27 de sexe masculin (8 %)
- > 178 ont moins de 18 ans (52,8 %)
- > 99 ont moins de 12 ans (29,4 %)
- > 111 ont entre 18 et 40 ans (32,9 %)
- > 31 ont entre 41 et 60 ans (9,2 %)

Agresseur

- > L'agresseur est connu dans 232 cas (68,8 %)
- > Un seul agresseur dans 262 cas (77,7 %)

Trousses

- > 188 trousses **médicolégales**
 - 66 trousses médicolégales pour des mineurs-es
 - 12 chez les 0-5 ans
 - 10 chez les 6-11 ans
 - 44 chez les 12-17 ans
- > 112 trousses **médicosociales**

Porter plainte

- > 200 veulent porter plainte (59,35 %)
- > 46 ne veulent pas porter plainte (13,65 %)
- > 77 veulent se prévaloir de 14 jours de réflexion (22,85 %)
- > 242 (71,8 %) se présentent dans les 5 jours ou moins, 50 après 5 jours et 45 indéterminés

Durée d'intervention

- > Médecin: 49 minutes (N = 316)
- > Infirmière: 62 minutes (N = 246)
- > Intervenante sociale: 170 minutes (N = 296)
- > Médecin spécialiste: 44 minutes (N = 16)

Statistiques de la clientèle des centres désignés de Montréal

Les données ont été recueillies entre le 1^{er} mars 2004 et le 31 août 2004. Montréal compte quatre centres désignés.

Victimes

440 victimes d'agression sexuelle:

- > 391 de sexe féminin (89 %)
- > 45 de sexe masculin (10 %)

54 % des victimes sont mineures:

- > 80 ont entre 0 et 5 ans (18 %)
- > 54 ont entre 6-10 ans (12 %)
- > 79 ont entre 11- 15 ans (18 %)
- > 28 ont 16-17 ans (6 %)

44 % des victimes sont des adultes:

- > 107 ont entre 18 et 25 ans (24 %)
- > 89 ont plus de 26 ans (20 %)

Agresseur

- > L'agresseur est connu dans 305 cas (69 %)
- > Un seul agresseur dans 262 cas (59,5 %)

Trousses

- > 193 trousses médico-légales
- > 130 trousses médico-sociales

Porter plainte

- > 266 veulent porter plainte (61 %)
- > 100 ne veulent pas porter plainte (23 %)
- > 258 (59 %) se présentent dans les 5 jours ou moins, 160 après 5 jours et 22 indéterminés

Durée totale de l'intervention

- > 25 moins d'1 h00
- > 194 entre 1 h00 et 1 h59
- > 120 entre 2 h00 et 2 h59
- > 86 plus de 3 h00

Principaux constats

À la lumière des commentaires recueillis auprès des agences de santé et de services sociaux et des données disponibles, nous pouvons émettre certains constats par rapport aux changements survenus depuis la sortie des *Orientations*:

- > Plus grande visibilité de la problématique.
- > Augmentation du nombre de centres désignés depuis 2001 (d'une demi-douzaine à 61).
- > Augmentation du nombre de troussees médicolégales dans l'ensemble du Québec depuis 2001 (27,5 %).
- > Grande variation dans l'organisation des services d'une région à l'autre et même d'un centre désigné à l'autre.
- > Plus grande réceptivité et sensibilité des intervenants-es à cette problématique.
- > Implication importante du personnel (médical et psychosocial) dans les centres désignés et des intervenants-es intersectoriels.
- > L'âge des victimes se présentant dans les centres semble diminuer légèrement (plus d'adolescents-es et de jeunes adultes qu'avant).
- > Les formations sont nécessaires et appréciées.
- > L'arrimage entre l'entente multisectorielle et les services en centre désigné est essentiel.

Les enjeux

- > Il faut maintenir des **services spécifiques** afin d'en assurer l'accès, la qualité, l'uniformisation et de développer l'expertise.
- > Les ressources humaines doivent être dûment formées.
- > Il faut assurer des **ressources financières** suffisantes pour assurer le travail d'équipe et les gardes 24/7.
- > **Une problématique encore méconnue** et qui fait en sorte que les victimes tardent à demander de l'aide ou n'en demandent tout simplement pas.
- > **L'arrimage entre les partenaires** (enquête, arrestation et traitement des agresseurs) est essentiel pour assurer les meilleurs services à la victime.
- > Il faut maintenir et développer le **respect des victimes**.