

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières.....	v
Liste des figures	viii
Figures.....	viii
Remerciements.....	ix
Introduction	1
Contexte théorique	5
Définition de l'agression sexuelle	6
Incidence et prévalence de l'agression sexuelle.....	7
Caractéristiques des victimes d'agression sexuelle	9
Caractéristiques sociodémographiques.....	10
Caractéristiques psychosociales	11
Caractéristiques environnementales	11
Séquelles de l'agression sexuelle	13
Services destinés aux victimes d'agression sexuelle.....	16
Centres désignés.....	21
Évaluation de l'implantation de programme.....	28
Méthodologie	31
Contexte.....	32
Déroulement.....	33
Participants	34
Mesures	34

Analyses	35
Résultats	37
Organisation des centres désignés	39
Procédures mises en place.....	39
Formation des intervenants.....	42
Collaboration avec les partenaires du réseau et promotion des centres désignés.....	43
Grilles d'évaluation des services offerts	43
Homogénéité des services entre les centres désignés des régions identifiées.....	45
Données sur les victimes.....	46
Utilisation des trousse.....	51
Données sur les caractéristiques de l'agression sexuelle et de l'agresseur	53
Résumé des principaux résultats	53
Discussion	54
Organisation des centres désignés	55
Années d'implantation.....	56
Procédures mises en place.....	56
Formation des intervenants.....	57
Collaboration avec les partenaires du réseau et promotion des centres désignés.....	61
Accessibilité et contexte géographique	63
Homogénéité des services entre les centres désignés des régions étudiées.....	64
Données sur les victimes, utilisation des trousse et caractéristiques des agressions sexuelles	66

Réflexion sur le modèle idéal.....	68
Implications cliniques et recommandations	71
Limites de l'étude.....	75
Conclusion	78
Références	83
Annexe A	93
Annexe B.....	96
Annexe C.....	99
Annexe D	102

Liste des figures

Figures

1 Nombre de victimes annuelles ayant reçu des services de la région 02-Saguenay-Lac-Saint-Jean.....	51
2 Nombre de victimes annuelles ayant reçu des services de la région 04-Mauricie-Centre-du-Québec	52
3 Nombre de victimes annuelles ayant reçu des services de la région 11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.....	54

Remerciements

Wow! Les remerciements m'apparaissent être une oasis à la fin d'un long parcours qui pouvait, parfois, s'apparenter au désert! Évidemment, tout ce chemin n'aurait jamais pu se faire sans ma directrice, Jacinthe Dion. Merci de m'avoir accompagnée à réaliser, durant toutes ces années, mes rêves et projets, tout en respectant ma fougue, mes idées et mon style. Tu as su, avec une grande finesse, être une confidente, une enseignante, une directrice et un super modèle pour la jeune professionnelle que je deviens. Merci.

Je ne peux exprimer ma gratitude sans remercier ma mère. Sache que sans ton inconditionnel regard bienveillant, l'idée même de parcourir tout ce chemin ne m'aurait jamais effleuré l'esprit. Merci d'avoir toujours cru en moi, d'être restée solide et accueillante dans mes moments de plus grands doutes et surtout, merci de m'avoir insufflé ce grand et inépuisable désir de connaissance.

Un immense merci à mon amoureux. Merci d'être resté à mes côtés durant ma croisade et d'avoir même trouvé l'énergie d'apporter ta touche personnelle à cet essai doctoral. Oui, oui, je le confirme, l'informatique et la psychologie font un charmant ménage.

Finalement, je tiens à remercier le Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC) qui, grâce à leur soutien financier, m'ont permis de me concentrer à la réalisation de cet essai doctoral.

Introduction

Considérant que près des deux tiers des victimes d'agression sexuelle (AS) sont âgées de moins de 18 ans, nul ne peut remettre en doute la gravité de ce problème social (ministère de la Sécurité publique, 2006). La parution du plan d'action gouvernemental en matière d'AS 2008-2013 démontre la reconnaissance sociale de cette triste problématique, en plus de témoigner de l'intérêt et du souci du gouvernement québécois à cet égard (Gouvernement du Québec 2008). C'est en s'appuyant sur les lignes directrices de ce plan d'action et, évidemment, avec l'objectif premier de répondre adéquatement aux besoins des victimes, que s'est développé dans tout le territoire québécois un réseau de centres désignés (CD) qui s'appuie sur un modèle d'intervention médicosociale comportant huit étapes. Ces centres, destinés aux victimes d'AS, leur offrent la possibilité d'effectuer une évaluation de la santé, un examen médical ou médicolégal (Gouvernement du Québec, 2001). On retrouve, au Québec, 22 régions qui se distinguent sur le plan géographique, sociodémographique et culturel. Actuellement, 80 CD sont implantés dans ces régions. Aucune étude n'a évalué l'organisation des services offerts aux victimes en tenant compte de la réalité particulière des régions éloignées des grands centres urbains.

La présente étude vise donc à évaluer de quelle façon le modèle d'intervention médicosociale a été implanté dans trois régions administratives du Québec, soit le Saguenay-Lac-Saint-Jean (région 02), la Mauricie-Centre-du-Québec (région 04) et la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine (région 11). Plus spécifiquement, elle vise à décrire les caractéristiques des enfants et des adolescents victimes d'AS (p. ex., âge, sexe, langue d'usage) qui ont fréquenté un des CD de ces trois régions entre 2002 et 2010, les caractéristiques des AS subies par ces victimes (p. ex., type, fréquence, identité de l'agresseur) de même que l'organisation des services dans les CD.

Le contexte théorique présente les principales définitions des termes retrouvés dans l'essai, établit la prévalence et l'incidence de l'AS et répertorie les facteurs associés aux AS chez les enfants et leurs séquelles. La recension des écrits inclut également une section sur les études américaines s'étant penchées sur l'implantation des services intégrés destinés aux victimes d'AS. Les services offerts au Québec aux victimes d'AS sont ensuite présentés. Le contexte théorique se conclut en abordant l'importance accordée à l'évaluation de l'implantation de programme. Une fois ces bases jetées, la méthodologie éclaire le lecteur sur le contexte ayant mené à l'élaboration des deux principaux objectifs de cet essai, sur le déroulement des principales étapes effectuées et sur les mesures et analyses statistiques réalisées. S'ensuit la présentation des résultats obtenus à la lumière de l'analyse des données recueillies sur l'organisation des CD étudiés et sur les données concernant les victimes. La discussion permet d'aborder en

profondeur les constats tirés des résultats obtenus et vient interpréter les tendances qui se dégagent de l'essai. La discussion mène également à une réflexion sur ce que pourrait être un modèle idéal des services offerts dans les CD de même qu'à une série de recommandations visant l'amélioration des services déjà mis sur pied. Les limites de cette étude sont ensuite présentées. La conclusion vient circonscrire les éléments discutés et les principales retombées de cette recherche.

Contexte théorique

Définition de l'agression sexuelle

L'AS est une grave problématique qui n'épargne aucune société, culture ou statut socioéconomique (Finkelhor, 1994; Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009).

L'AS est un terme légal basé sur les valeurs et les normes d'une société (Billette, Guay, & Marchand, 2005). Dans son plan d'action gouvernemental en matière d'AS, le gouvernement du Québec (2008), définit l'AS comme suit :

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 (gouvernement du Québec, 2008, p.9).

L'emploi des termes suivants : abus sexuel, viol, infraction sexuelle, contacts sexuels (non désirés), inceste ainsi que prostitution et pornographie juvénile font directement référence à une AS (Gouvernement du Québec, 2010a). Chez les enfants, l'AS se rapporte plus précisément à des gestes et activités à caractère sexuel qui comprennent toute tentative de pénétration, des baisers à caractère sexuel, des attouchements sous ou sur les vêtements, des contacts oraux ou génitaux (c.-à-d. fellation et cunnilingus), la masturbation du jeune par l'agresseur et vice-versa, du harcèlement sexuel, du

frotteurisme, du voyeurisme, de l'exhibitionnisme, l'exposition du mineur à des activités sexuelles adultes ou à de la pornographie ainsi que l'utilisation de l'enfant à des fins de prostitution ou de pornographie (Gouvernement du Québec, 2008; Putnam, 2003). L'AS est donc un élément de vie adverse et n'est pas un diagnostic ou un trouble psychologique en soi (Putnam, 2003).

Incidence et prévalence de l'agression sexuelle

Au Québec, le taux d'infractions sexuelles par 100 000 habitants a augmenté depuis 2001 passant de 62,7 à 68,9 en 2008 (Ministère de la Sécurité publique, 2010). En 2008, 5 341 AS ont donc été enregistrées par les corps de police du Québec (Ministère de la Sécurité publique, 2010). Les infractions sexuelles sont plus fréquentes chez les moins de 18 ans, surtout chez les filles, le taux étant de 363 par 100 000 filles et 97 par 100 000 garçons (Ministère de la Sécurité publique, 2010). Les recherches visant à évaluer l'incidence¹ et la prévalence² de l'AS chez les enfants et adolescents sont rares. En 2000, l'AS représentait près de 10 % des 88 000 histoires de maltraitance vécues durant

¹ L'incidence est définie comme le nombre de nouvelles personnes reconnues ou identifiées au cours d'une période donnée, habituellement une année (Fallon, Trocme, Fluke, MacLaurin, Tonmyr, & Yuan, 2010).

² La prévalence est définie par le nombre total de personnes reconnues ou identifiées à un instant donné dans la population (Fallon et al., 2010).

l'enfance rapportées officiellement aux autorités (Putnam, 2003). Au Canada, une enquête a été réalisée en 2003, sur 7 326 cas de violence et de négligence envers les enfants rapportés aux autorités, l'AS représentait 3 % de tous les mauvais traitements corroborés (Black, Trocmé, Fallon, & MacLaurin, 2008; Trocmé et al., 2005). Récemment, les résultats de méta-analyses ont mis en lumière l'ampleur internationale de l'AS (Pereda et al., 2009; Stoltenborgh, IJzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). En effet, les résultats de ces deux méta-analyses indiquent qu'environ 8 % des hommes et entre 18 et 20 % des femmes ont subi une AS durant leur enfance (c.-à-d. avant l'âge de 18 ans). On retrouve au Québec des données similaires. Deux enquêtes téléphoniques réalisées auprès d'environ 800 adultes ayant pour objectif de documenter la prévalence de l'AS vécue durant l'enfance démontrent que de 18 à 22 % des femmes rapportent en avoir été victimes et que ce taux diminue à 10 % chez les hommes (Tourigny, Gagné, Joly, & Chartrand, 2006; Tourigny, Hébert, Joly, & Baril, 2008). Parmi ces victimes, quatre personnes sur cinq auraient dévoilé l'AS, les hommes étant moins enclins à le faire que les femmes (Tourigny et al., 2006; Tourigny et al., 2008). De plus, 21,2 % des répondants affirment avoir dévoilé l'AS promptement alors que 57,5 % l'auraient dévoilée plus de cinq ans après la dernière agression (Tourigny et al., 2006; Tourigny et al., 2008). Pour l'année 2010-2011, les statistiques provinciales démontrent qu'au Québec, 1862 signalements d'AS ont été retenus par la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ) et 1334 signalements retenus d'enfants à risque sérieux d'AS (Association des centres jeunesse du Québec, 2011). Cela est sans compter que l'AS chez les enfants est une problématique beaucoup plus étendue qu'il

n'y paraît compte tenu de la faible proportion d'AS qui est rapportée aux autorités officielles (Pereda et al., 2009).

Plusieurs facteurs peuvent décourager les victimes à dénoncer l'agression vécue notamment, la honte ressentie, le secret entourant la situation d'AS, la violence domestique, les sentences criminelles que peut recevoir l'agresseur ainsi que la relation de dépendance des enfants face aux adultes, relation tributaire de leur jeune âge. L'ensemble de ces facteurs entraîne une sous-estimation de la réelle étendue de l'AS chez les enfants (Finkelhor, 1994; Goldman, & Padayachi, 2000; Kellogg & Menard, 2003; Widom & Morris, 1997). La recension des écrits de Wolfe (2007) souligne d'ailleurs que seulement 9 à 30 % des cas d'AS envers les enfants sont rapportés aux autorités officielles. La prochaine section décrit justement les principales caractéristiques observées chez les jeunes victimes.

Caractéristiques des victimes d'agression sexuelle

Les victimes d'AS doivent faire face à plusieurs mythes, certains concernent directement les jeunes de moins de 18 ans. On y retrouve par exemple la croyance qu'ils doivent détester leur agresseur ou encore que l'excitation sexuelle parfois vécue est une forme de consentement implicite (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2004a; Régie de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2003). Ces mythes sont des préjugés qui stigmatisent le jeune et deviennent, dès lors, de fausses caractéristiques attribuées à tort aux victimes. Par ailleurs, il existe des facteurs de risque connus liés à la victimisation sexuelle qui sont communs à certains enfants

(Tourigny & Dufour, 2000 ; Tourigny & Baril, 2011). Connaître ces facteurs s'avère essentiel pour cibler les enfants à risque et orienter les efforts de prévention et d'intervention. Il est possible de les regrouper parmi les trois catégories suivantes : caractéristiques sociodémographiques, psychosociales et environnementales.

Caractéristiques sociodémographiques

L'AS peut survenir indépendamment du statut socioéconomique, de l'origine ethnique ou de la culture (Finkelhor, 1994; Pereda et al., 2009). Le genre influe cependant sur son risque d'apparition, les victimes de sexe féminin étant deux à trois fois plus à risque de subir une AS (Finkelhor, 1994; U.S. Department of Health and Human Services, 1998; Pereda et al. 2009). Cette réalité s'applique également au Québec (Tourigny et al., 2006; Tourigny et al., 2008). Il faut toutefois noter que les victimes de sexe masculin seraient moins portées à dévoiler la situation d'AS dont ils ont été victimes (Holmes, Offen, & Waller, 1997; Lab, Feigenbaum, & De Silva, 2000; Pereda et al., 2009). D'autre part, les enfants de moins de 6 ans se trouvent moins à risque que tout autre groupe d'âge d'être victimes d'AS (Tourigny & Dufour, 2000). En ce qui a trait aux situations d'AS où l'agresseur est un membre de la famille, dite AS intra-familiale, ce sont les enfants âgés entre 6 et 12 ans qui se trouvent le plus à risque, contrairement aux adolescents de plus de 12 ans qui eux, présentent un risque plus grand d'être victimes d'AS lorsque l'agresseur est un membre extérieur de la famille, dite AS extra-familiale (Tourigny & Dufour, 2000; Tourigny & Baril, 2011).

Caractéristiques psychosociales

L'étude de Fleming, Mullen et Bammer (1997) a démontré que l'isolement social et le décès d'une mère sont des facteurs de risque importants de l'AS avant l'âge de 12 ans et qu'après cet âge, c'est de vivre au sein d'un environnement violent ou avec une mère qui présente des problèmes de santé mentale qui le sont. En ce qui a trait à l'isolement social, Fleming et al. ont effectivement démontré que des habiletés sociales déficitaires entraînant une difficulté à tisser des liens d'amitié à l'école primaire et secondaire ainsi qu'un sentiment d'insatisfaction par rapport à sa vie sociale à l'adolescence sont des éléments importants à considérer puisqu'ils sont souvent liés à l'AS. Selon ces auteurs, les risques d'être victime d'AS sont donc augmentés par la pauvreté du réseau social et le peu d'activités qui en découlent. Dans un autre ordre d'idée, bien que peu d'études scientifiques aient été réalisées sur l'AS auprès des enfants ayant une déficience intellectuelle (Dion, Bouchard, Gaudreault, & Mercier, 2012), il est d'ores et déjà établi que cette population est plus à risque d'en être victime en comparaison avec les enfants au développement typique (Allard-Dansereau & Frapier, 2012; Sullivan & Knutson, 2000).

Caractéristiques environnementales

L'AS est souvent associée à un environnement marqué par de la violence au sein de la famille, de la consommation de drogue ou d'alcool des parents ou encore des troubles de santé mentale chez la mère (Bowen, 2000; Kellogg & Menard, 2003; Ray, Jackson, & Townsley 1991; Tourigny & Baril, 2011). En effet, plusieurs études font mention de la

violence au sein du nid familial comme étant un facteur important dans l'évaluation des enfants victimes d'AS (Bowen, 2000; Kellogg & Menard, 2003; Ray, Jackson, & Townsley 1991; Tourigny & Baril, 2011), particulièrement dans celle réalisée par Fleming et al. (1997) dans laquelle il est soutenu que la violence physique à la maison est le facteur le plus important pour prédire l'AS. L'étude réalisée par Kellogg et Menard (2003) indique d'ailleurs que 52% des enfants et des adolescents évalués dans une clinique spécialisée en AS rapportent qu'il y a de la violence conjugale au sein de leur unité familiale. La violence au sein du couple est un facteur d'une importance capitale puisqu'elle influe défavorablement sur la volonté de l'enfant de dénoncer les sévices sexuels dont il est victime, ce dernier se sentant davantage menacé par la situation familiale. Qui plus est, elle s'avère également jouer un rôle sur la capacité de la famille à répondre adéquatement à la dénonciation de l'enfant puisqu'eux aussi sont aux prises avec la peur inhérente à la situation de violence (Kellogg & Menard, 2003). Outre la violence physique, une consommation abusive d'alcool et de drogues des parents est un autre facteur de risque qui multiplie par plus de deux fois le danger d'abus physique et d'AS chez les enfants (Walsh, MacMillan, & Jamieson, 2003). Il faut également ajouter que la consommation d'alcool d'un parent constitue à elle seule un facteur de risque d'AS chez les enfants (Fleming et al., 1997; Nelson et al., 2002). L'étude de Fleming et al. indique que les jeunes filles sont plus à risque d'être victimes d'AS intrafamiliale en présence d'un père alcoolique alors que le risque d'être victime d'une AS extra-familiale serait plus grand lorsque c'est la mère qui a un problème d'alcoolisme. Grandir dans une famille où la mère présente des troubles de santé

mentale apparaît également comme un autre facteur pouvant accroître les risques d'AS (Brown, Cohen, Johnson, & Salzinger, 1998; Fleming et al., 1997), la mère ne pouvant assurer une surveillance adéquate, l'enfant se voit plus à risque d'être victime de mauvais traitements (Fleming et al., 1997). Considérant que les agresseurs sont connus de la victime dans 76 % des cas (Gouvernement du Québec, 2001), il est essentiel d'informer les familles de ces facteurs prédisposants de l'AS afin d'agir à titre préventif.

Finalement, les résultats de ces études (Kellogg & Menard, 2003; Brown et al., 1998; Fleming et al., 1997; Walsh, MacMillan, & Jamieson, 2003; Bowen, 2000; Kellogg & Menard, 2003; Ray et al., 1991; Tourigny & Baril, 2011) laissent présager qu'un environnement où les soins, la sécurité et l'affection sont remplacés par la peur, la solitude et la méfiance est plus propice à la victimisation sexuelle des enfants.

Séquelles de l'agression sexuelle

Considérant l'hétérogénéité des histoires d'AS, il s'avère difficile de pouvoir dresser un portrait typique des séquelles qui seront vécues par les victimes suivant l'AS (Putnam, 2003). Effectivement, la sévérité de l'AS, l'âge et le genre de l'enfant, l'âge et le genre de l'agresseur, la nature et la fréquence de la relation entre la victime et l'agresseur, la durée de la situation d'AS sont autant d'aspects qui ont une influence sur la façon dont l'enfant percevra et vivra sa situation de victimisation (Gouvernement du Québec, 2001; Putnam, 2003; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Tourigny & Guillot, 1999). Notons tout de même que l'AS entraîne des répercussions négatives graves dans plusieurs sphères du fonctionnement de la victime, au moment de l'AS, puis

à l'âge adulte. Elle est effectivement souvent associée à de sérieux troubles de santé physique et mentale, à l'abus de substances, à la victimisation sexuelle et physique avec son partenaire amoureux ainsi qu'à la criminalité (Daigneault, Hébert, & McDuff, 2009; Freyd et al., 2005). Une étude longitudinale relativement récente réalisée par Fergusson, Boden et Horwood (2008) auprès de plus de 1 000 Néo Zélandais âgés de 25 ans a permis de mettre en lumière le haut risque d'être aux prises avec un trouble de santé mentale lorsqu'une AS est vécue durant l'enfance, ce qui comprend la dépression, les idéations suicidaires, les tentatives de suicide, les troubles anxieux, les conduites antisociales et les divers problèmes de dépendance. Étant donné la multiplicité d'études sur les séquelles engendrées par l'AS, la recension des écrits de Putnam (2003) ainsi que celle de Kendall-Tackett et al. (1993), les plus citées dans le domaine, seront principalement utilisées pour dresser un portait sommaire des diverses séquelles associées à l'AS.

Bien que la recension effectuée par Putnam (2003) démontre la grande variété de séquelles associées à l'AS, ce sont la dépression à l'âge adulte et les comportements sexuels problématiques durant l'enfance qui ressortent le plus de sa recension, ces derniers étant les mieux documentés. La recension des écrits réalisée par Kendall-Tackett et al. (1993), quant à elle, met en évidence l'importance du syndrome de stress post-traumatique (PTSD), les comportements sexuels problématiques et les problèmes liés aux comportements extériorisés comme séquelles de l'AS. Selon ces auteurs, ces trois séquelles sont effectivement considérées comme les plus fréquentes et

caractéristiques de l'AS. Les comportements sexuels problématiques peuvent prendre diverses formes tels la masturbation excessive ou publique, des comportements séducteurs, des propos, des jeux et fantaisies empreints de sexualité, l'insertion d'objets dans l'anus ou le vagin, la demande d'être stimulé sexuellement auprès d'autrui ou encore une trop grande connaissance de la sexualité en lien avec l'âge de l'enfant. Putnam ajoute que ces comportements s'avèrent plus prononcés chez les plus jeunes victimes et lorsque l'enfant est observé peu de temps après que la situation de victimisation ait eu lieu. Putnam avance également que les victimes d'AS sont plus susceptibles de vivre une grossesse durant leur adolescence.

Une importante recension des écrits a été effectuée relativement récemment par Maniglio (2009). Cette analyse systématique de 14 recensions des écrits portant sur plus de 587 études en lien avec les séquelles engendrées par l'AS a permis de mettre en lumière la plus grande vulnérabilité des victimes à présenter une panoplie de difficultés médicales, psychologiques, comportementales ou sexuelles. Notons à cet effet la présence de symptômes psychotiques, de dépression, d'anxiété, de dissociation, de troubles de personnalité, d'abus de substance, d'une diminution de l'estime de soi, des comportements sexuels à risque, des troubles alimentaires et, de somatisation. En ce sens, l'auteur précise que l'AS peut être considérée comme un facteur de risque non spécifique au développement d'une psychopathologie.

En somme, la variété des séquelles pouvant découler de l'AS, les différentes manifestations que peuvent prendre ces séquelles ainsi que le fait que près d'un tiers des

victimes étudiées ne semblent pas subir de séquelles suite à leur situation d'agression, il devient difficile de dégager un syndrome spécifique rattaché à l'AS (Maniglio, 2009; Putnam, 2003; Kendall-Tackett et al., 1993). Putnam (2003), soulève ainsi l'impossibilité d'établir un modèle de cause à effet considérant l'hétérogénéité des expériences de victimisation.

Services destinés aux victimes d'agression sexuelle

Les éléments recensés démontrent que l'ampleur de l'AS chez les enfants et les adolescents ainsi que les lourdes séquelles qui peuvent découler de cette expérience de vie traumatisante nécessitent des interventions adéquates et efficaces pour venir en aide aux jeunes victimes. La présente section traitera plus spécifiquement des services destinés aux victimes d'AS. S'ajoutent aux séquelles, les longues heures d'attente dans les hôpitaux durant lesquelles les victimes sont traitées comme des cas non prioritaires, les restrictions imposées (p. ex., ne pas boire, manger, uriner ou se laver) avant l'arrivée du médecin afin de ne pas compromettre les preuves médicolégales, la méconnaissance conjuguée au manque d'expérience des professionnels de la santé concernant les soins médicolégaux à administrer ainsi que les préjugés entretenus par ces mêmes professionnels à l'égard des victimes (Ledray, 1999).

La constatation du manque de modèles de services conçus pour les victimes d'AS au Canada a entraîné la mise sur pied de programmes Sexual Assault Nurse Examiner SANE dans certaines provinces du pays, notamment en Ontario et en Alberta (Du Mont & Parnis, 2003; Stermac, Dunlap, & Bainbridge, 2005). Il faut noter que ce programme

a déjà été étudié et reconnu pour ses bienfaits chez les victimes d'AS (Campbell, Patterson, Adams, Diegle, & Coats, 2008; Ledray & Simmelink, 1997) depuis sa création aux États-Unis dans les années 1970.

C'est avec l'objectif de répondre adéquatement aux besoins complexes des victimes que le premier programme SANE a été établi, en 1976, par un groupe d'infirmières du Minneapolis (Campbell, Patterson, & Lichty, 2005). Depuis, des programmes SANE existent un peu partout aux États-Unis et au Canada, ainsi que dans d'autres régions du monde. Au total, on estime qu'il existe quelque 500 programmes SANE enregistrés (Ledray, 2005). Leur mission première est d'offrir, à l'aide de professionnels qualifiés et d'autres intervenants œuvrant dans le domaine de la santé (infirmières, avocats ou autres intervenants œuvrant dans le domaine de la santé), des soins immédiats et adaptés aux besoins de la victime. La compassion et la compréhension sont à la base de l'évaluation médicolégale et de l'intervention. Les professionnels attitrés ont également la responsabilité de donner des informations complètes sur les choix et recours de la victime afin qu'elle puisse prendre une décision libre et éclairée sur les soins qu'elle souhaite obtenir (Ledray, 1999). Pour parvenir à atteindre sa mission, chaque programme SANE poursuit des objectifs précis tels que:

1. Protéger la victime d'éventuelles AS;
2. Fournir des interventions adaptées à la situation de crise;
3. Fournir des interventions rapides, minutieuses et professionnelles;

4. Recueillir des informations, des preuves médicolégales et préserver ces preuves;
5. Évaluer et traiter, si nécessaire, les infections transmises sexuellement;
6. Prévenir et évaluer les risques de grossesses;
7. Évaluer et documenter les séquelles;
8. Diriger la victime immédiatement vers les soins médicaux et psychologiques appropriés à ses besoins et en assurer le suivi;
9. Venir en aide aux victimes en contribuant au travail des policiers, c'est-à-dire, documenter la situation d'AS afin d'obtenir des preuves pouvant servir aux poursuites devant les tribunaux (Ledray, 1999, p.8-9).

À partir de ces objectifs spécifiques, chaque programme SANE se doit de développer un plan d'action stratégique en collaboration avec les ressources de la communauté (p. ex., organismes communautaires). Pour fonctionner de façon optimale, chaque programme SANE est établi dans un hôpital et offre aux victimes de tous âges (enfants, adolescents ou adultes), des services spécialisés offerts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 par une infirmière qualifiée dans le recueil de preuves médicolégales. Ainsi, lorsqu'une victime d'AS arrive à l'hôpital, l'infirmière désignée est rejointe par télémédecin afin de se rendre sur les lieux pour offrir les services établis dans le plan d'action, c'est-à-dire évaluer les besoins de la victime, donner les soins nécessaires et l'orienter dans les démarches à venir.

Considérant que plusieurs victimes d'AS ne font pas appel à des services d'aide médicale ou psychologique suite à l'agression subie (Campbell & Wasco, 2005), chaque programme SANE s'engage à promouvoir les services qui s'offrent aux victimes. En effet, chaque nouveau programme fait la promotion de ses services par le biais d'éditoriaux de journaux, d'articles de revues ou encore, par de courtes apparitions télévisées, et ce, dans l'ultime but de rendre les services connus et accessibles à la population.

Plusieurs travaux de recherche ont mis en lumière les bienfaits positifs qu'entraîne la mise sur pied d'un programme SANE au sein des communautés (Fehler-Cabral, Campbell, & Patterson, 2011; Campbell et al., 2008; Campbell et al. 2005; Ahrens, Campbell, Wasco, Aponte, Grubstein, & Davidson, 2000; Ledray & Simmelink, 1997). Notons à cet effet la récente étude menée par Fehler-Cabral et al. (2011) qui a démontré que la qualité des soins offerts aux victimes d'AS au sein d'un programme SANE a un impact positif sur le processus de rétablissement psychologique de ces dernières. En effet, en plus d'entraîner un sentiment de sécurité et d'offrir des soins sensibles à l'état émotionnel des victimes, le programme aide les victimes à se sentir à nouveau respectées et dignes. Ainsi, au-delà du protocole d'évaluation et d'intervention ajusté aux besoins des victimes, c'est la façon dont les répondants interviennent qui semble avoir le principal impact positif sur le sentiment de bien-être émotionnel. Traiter les victimes d'AS humainement en leur offrant de choisir comment se déroulera le processus d'évaluation et d'intervention peut ainsi leur redonner un sentiment de

contrôle et les aider à se sentir plus confiantes face au traumatisme à surmonter (Fehler-Cabral & al., 2011). Selon l'*International Association of Forensic Nurse* (2010), les soins offerts aux mineurs, dans le cadre d'un programme SANE, entraînent des bénéfices importants chez cette clientèle. On y retrouve un niveau de qualité plus élevé dans la collecte de preuves médicolégales de même que la possibilité d'avoir recours à des témoins experts compte tenu de la qualification des infirmières et de leur formation. Ces bénéfices contribuent ainsi à la dénonciation policière de l'AS et à l'augmentation des poursuites judiciaires (*International Association of Forensic Nurse*, 2010).

L'étude d'Ahrens et al. (2000) quant à elle, s'est davantage intéressée aux facteurs liés au succès de l'implantation du programme SANE. Ainsi, l'évaluation de l'implantation du programme SANE a démontré qu'une expérience organisationnelle de longue date, une bonne collaboration avec les autres organismes impliqués dans la communauté et la consultation avec des tables de concertation en AS sont des facteurs déterminants pour des services optimaux. Ces résultats révèlent l'importance d'inclure des indicateurs liés aux organisations et aux collaborations entre les intervenants pour comprendre et assurer la mise sur pied d'un tel programme.

Aux États-Unis, il existe également les *Children's Advocacy Center* (CAC) qui se penchent plus spécifiquement sur les services destinés aux victimes d'AS âgées de moins de 18 ans. Ces centres connaissent actuellement une progression fulgurante (Wash, Jones, & Cross, 2003). Le premier fut établi en Alabama en 1985 (Smith, Witte, & Fricker-Elhai, 2006; Wash, Jones, & Cross, 2003). En 2003, on retrouvait 460 CAC

enregistrés à travers 49 états américains (Walsh, Jones, & Cross, 2003). Les services offerts par ces centres se distinguent en raison de l'importance accordée au travail d'interdisciplinaire. L'équipe des CAC est composée de policiers, d'enquêteurs, d'avocats, de professionnels de la santé et de services psychosociaux ayant comme principaux objectifs communs de coordonner et de centraliser les interventions posées auprès des victimes mineures (Edinburgh, Saewyc, & Levitt, 2008; Smith et al., 2006). L'équipe multidisciplinaire coordonne et met également sur pied des services de soutien offerts aux familles des victimes (Smith et al., 2006). Ces deux caractéristiques sont à la base de la philosophie des CAC. Finalement, un autre point non-négligeable concerne la façon dont ces centres cherchent à répondre aux besoins des victimes en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques de leur communauté (*Center on Child Abuse and Neglect*, 2000). Par exemple, lorsque les victimes se retrouvent dans un territoire éloigné des grands centres, où l'accessibilité à des services est réduite compte tenu du vaste territoire couvert, des unités mobiles de services ont pu être développées (Walsh, Jones, & Cross, 2003). La créativité se veut ainsi de mise afin d'assurer des services optimaux. Le prochain segment présente les services offerts au Québec.

Centres désignés

La parution du plan d'action gouvernemental en matière d'AS (Gouvernement du Québec, 2008) démontre l'intérêt et le souci que le gouvernement québécois accorde à cette triste réalité. En effet, l'on peut retrouver dans son plan d'action gouvernemental

en matière d'AS 2008-2013, quatre objectifs spécifiques visant à intervenir adéquatement auprès des enfants et adolescents :

Objectif 1: assurer une meilleure protection et une plus grande sécurité des enfants victimes d'AS.

Objectif 2: s'assurer que les enfants victimes, leur fratrie, leur famille et leur entourage reçoivent rapidement des services d'aide adéquats lorsqu'une AS est signalée.

Objectif 3: fournir aux enfants victimes d'AS en situation d'urgence des services d'accueil, de soutien psychologique, d'information et d'intervention médicale ainsi qu'un suivi approprié dans toutes les régions.

Objectif 4: améliorer les rapports entre les enfants victimes d'AS et le système judiciaire (Gouvernement du Québec, 2008, p.38).

Ces objectifs démontrent bien l'importance qu'accordent les décideurs gouvernementaux et les intervenants au caractère inacceptable et criminel qu'est l'AS chez les enfants et adolescents. Les personnes qui interviennent auprès des victimes d'AS sont donc tenues de s'appuyer sur les principes directeurs définis dans les *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* du Gouvernement du Québec et plus précisément, sur les quatre objectifs mentionnés ci-haut (Régie de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2003). Afin d'offrir des services complets aux victimes d'AS, d'uniformiser l'intervention et d'assurer une

meilleure formation des intervenants, l'organisation d'un réseau de CD, s'appuyant sur les principes directeurs définis dans les *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* du gouvernement du Québec, a été mis en place à travers le Québec (gouvernement du Québec, 2001; Régie de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2003). Un CD est un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, généralement un centre hospitalier ou un centre de santé et de services sociaux (CSSS). Ces centres sont destinés aux victimes d'AS peu importe leur âge et leur sexe, dont l'état nécessite une évaluation de la santé, un examen médical ou médicolégal. Allard-Dansereau et Frapier (2012) précisent toutefois que les victimes âgées de moins de 12 ans sont souvent dirigées dans des cliniques pédiatriques spécialisées étant donné l'expertise médicale qu'ils requièrent. Les CD offrent également des soins médicaux et doivent travailler en partenariat avec d'autres organismes, comme les centres d'aide et de lutte contre les actes à caractère sexuel (Agence de développement de réseaux locaux, de services de santé et de services sociaux, 2004; Gouvernement du Québec, 2001; 2007; Régie de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2003). De plus, ils sont désignés par les Agences de la santé et de services sociaux, pour mener l'intervention médicosociale auprès des victimes (Agence de développement de réseaux locaux, de services de santé et de services sociaux, 2004; Gouvernement du Québec, 2001; Régie de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2003).

Le modèle d'intervention médicosociale mis initialement sur pied pour les CD comporte huit étapes : 1) Accueil et soutien émotionnel, 2) Orientation de l'intervention, 3) Histoire médicosociale, 4) Examens médical et médicolégal, tests et prélèvements, 5) Soins et traitements, 6) Information et soutien, signalement à la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ), 7) Suivi médical, 8) Suivi psychosocial (Agence de développement de réseaux locaux, de services de santé et de services sociaux, 2004; Gouvernement du Québec, 2001). Ces étapes s'apparentent aux objectifs des programmes SANE (Collin-Vézina, Dion, et al., 2011). La description sommaire de chacune de ces étapes apparaît à l'annexe A.

Le processus d'implantation des CD a débuté en 2001. À ce jour, 80 CD ont été implantés au Québec. Le degré d'implantation des services selon le modèle d'intervention médicosociale en huit étapes reste toutefois à être documenté pour chacun des 80 CD. En effet, aucune étude n'a été réalisée afin de savoir si le processus d'implantation s'est effectué de façon homogène à travers les CD bien qu'un modèle unique d'intervention ait été proposé pour l'ensemble de la province (Gouvernement du Québec, 2007).

C'est donc avec pour but premier de remédier à cette situation et ainsi apporter un premier éclairage sur la situation actuelle de l'implantation des services pour les victimes d'AS dans les CD du Québec qu'un appel d'offres a été lancé par le FRQSC et le MSSS (2009). Pour répondre à cet appel, une équipe de chercheurs québécois a décidé de mettre sur pied l'étude suivante : «*Organisation des services pour les victimes*

d'agression sexuelle au Québec: portrait et pistes d'action» (Collin-Vézina, et al., 2011). La première étape de ce projet de recherche présentement en cours consiste à collecter les données administratives afin d'apporter un premier niveau de connaissance des services offerts dans les différents CD (p. ex., le nombre de dossiers traités annuellement, le profil des victimes en termes d'âge et de genre, etc.). Malheureusement, cette première phase de collecte n'est parvenue à obtenir des données que pour 62 des 80 CD implantés au Québec. Ainsi, les données recueillies indiquent que le nombre total de victimes ayant reçu des services dans les 62 CD entre 2002 et 2010 est de 11 069 individus. Il faut noter une importante augmentation entre 2002 et 2009. En effet, le nombre de victimes ayant reçu des services aurait triplé passant de 439 à 1369 (Collin-Vézina, Dion, et al., 2011).

La première phase du projet a également mis en lumière les caractéristiques sociodémographiques de la clientèle pour les CD qui les ont fournis (le nombre de CD est indiqué pour chaque résultat présenté ci-dessous). Elle a permis de constater que les services offerts desservent une majorité de victimes de sexe féminin qui, à elles seules, représentent 91,5 % (42 CD) de la clientèle des CD. Les victimes de sexe masculin représentent donc 8,5 % (42 CD). En ce qui concerne les victimes de moins de 18 ans, elles représentent 68,3 % (28 CD) des cas. On retrouve deux fois plus d'enfants de 12 ans et moins (66,9 %) (28 CD) que d'adolescents (33,1 %) (28 CD). Les AS commises par un seul individu représentent 80,5 % (13 CD) des cas. En regard des données concernant l'identité de l'agresseur, il est révélé que la grande majorité des dossiers

(88,5 %) (4 CD) impliquent des agresseurs adultes. De ce nombre, 34,7 % concernent un membre de la famille, 39,0 % (16 CD) un ami ou une connaissance, 6,5 % (16 CD) un professionnel, et 20,0 % (16 CD) une personne inconnue de la victime. Ces données rejoignent les données recueillies par la sécurité publique du Québec qui révélaient, pour l'année 2008, que 86 % des victimes âgées de moins de 18 ans connaissaient l'auteur présumé de l'AS (Ministère de la Sécurité publique, 2010).

L'étude en cours n'a toutefois pas été en mesure d'obtenir le type de trousse utilisée (médicolégale ou médicosociale) puisqu'il n'était pas mentionné de façon systématique dans les données administratives recueillies. Toutefois, lorsque cette information est spécifiée (46 CD), il a été remarqué que l'utilisation des trousseuses médicolégales a augmenté de plus de 10 fois entre 2002 et 2009. C'est à partir de 2004 que son utilisation a été la plus répandue pour ensuite se stabiliser. L'utilisation de la trousse médicosociale a été trop peu souvent précisée dans les documents administratifs (36 CD) pour en connaître la réelle étendue. Il faut également noter que son utilisation, pour les 36 CD qui ont des données à cet effet, a été presque inexistante avant l'année 2004.

L'organisation d'un réseau de CD à travers le territoire québécois pour l'intervention médicosociale auprès des victimes s'est d'abord inspirée d'expériences et de modèles d'organisation de services déjà opérationnels dans les villes de Québec, Montréal et Sherbrooke. Cependant, la mise en place d'équipes spécialisées et de services en lien avec les huit étapes du modèle d'intervention médicosociale ne semblerait pas s'être effectuée de façon homogène à travers les CD du Québec (Gouvernement du Québec,

2007). Les enjeux particuliers auxquels doivent faire face les CD, particulièrement dans les régions éloignées du Québec, où la diversité de la clientèle desservie apparaît beaucoup plus homogène que dans les grands centres et où le contexte géographique ainsi que les facteurs reliés aux organisations et aux ressources disponibles diffèrent considérablement (Collin-Vézina, Hébert, & Dion, 2009) sont particulièrement sujettes à offrir des services hétérogènes. Par exemple, des échanges récents avec le sous-comité en AS de la Table de concertation régionale en matière de violence conjugale et d'agressions sexuelles du Saguenay-Lac-Saint-Jean ainsi qu'avec cinq des six chefs d'urgence des CD dans l'ensemble du territoire du Saguenay-Lac-Saint-Jean laissent envisager des difficultés quant à l'organisation des services et un manque d'uniformité (Larouche, 2010). En effet, il semble que les six centres de cette région aient rencontré des difficultés particulières dans la mise en place des services, du contexte géographique (p. ex., certains CD couvrant un plus large territoire) et des ressources disponibles. Ces difficultés rejoignent les plus souvent documentées dans les études (Paul, Gray, Elhai, Massad, & Stamm, 2006; Logan, Evan, Stevenson, & Jordan, 2005; Booth, Ross, & Rost, 1999; DeLeon, Wakefield, & Hagglund, 2003; Trute, Adkins, & MacDonald, 1994) dans lesquelles l'on souligne les difficultés d'accessibilité des services offerts en raison du vaste territoire à couvrir, le faible nombre d'habitants pouvant défrayer les coûts associés aux services offerts et la difficulté à embaucher du personnel qualifié souhaitant s'installer en région. Ainsi, il est possible d'envisager que cette réalité du contexte particulier des régions éloignées, soit similaire à d'autres régions du Québec.

Finalement, considérant le nombre important de données manquantes, il est difficile de présumer que le portrait décrit par Collin-Vézina, Dion, et al. (2011) est représentatif de l'ensemble des CD du Québec, plus spécifiquement sur le plan des régions éloignées, puisque la majorité des données manquantes proviennent des CD qui y sont implantés. De plus, aucune recherche ne s'est à ce jour concentrée sur les données répertoriées chez les victimes âgées de moins de 18 ans. Il est ainsi possible de croire que les données concernant cette clientèle peuvent grandement différer lorsqu'analysées dans un contexte régional.

Évaluation de l'implantation de programme

Les communautés ont besoin de programmes qui, lorsque nouvellement mis sur pied, sont implantés de façon à ce que leur fonctionnement réponde aux besoins visés pour lesquels ils ont été conçus initialement. Un programme réfère à un contexte d'intervention spécifique qui sollicite différentes ressources (humaines, professionnelles et matérielles) et regroupe des activités conçues, planifiées et organisées en fonction de l'atteinte d'objectifs et de buts auprès d'une population déterminée (Chen, 2005). C'est sur cette base qu'a été conçu le modèle de services des CD. Il est essentiel de vérifier l'implantation des services en évaluant comment, dans la pratique, se déroule l'application du modèle conçu initialement (Dumas, Lynch, Laughlin, Smith, & Prinz, 2001). Ce type d'évaluation offre la possibilité, en plus de donner de pertinentes informations concernant la congruence entre le plan de service conçu initialement et son implantation réelle, d'en faire ressortir les disparités possibles et ainsi pouvoir vérifier ce

qui fonctionne concrètement versus ce qui ne fonctionne pas (Dumas et al., 2001). Par exemple, est-ce que l'organisation des services dans chacun des centres désignés se déroule comme il était prévu initialement? Si non, pourquoi? Quels sont les enjeux particuliers vécus par les CD des trois régions à l'étude qui empêchent les services de se dérouler tel que prévu?

Pour ce faire, l'analyse des données administratives, compilées à partir des rapports annuels ou des dossiers des populations étudiées, ou encore rapportées dans des formulaires par les professionnels de recherche de programmes, s'avère une méthode à privilégier (Dagenais, Nault-Brière, Dupont, & Dutil, 2008). En outre, des indices de fidélité de l'implantation peuvent être développés, notamment par les chercheurs et les partenaires du terrain. Ces indices doivent être développés sur la base du modèle de service initial afin de mesurer, quantitativement, le degré d'implantation (Paulsell, Kisker, Love, & Raikes, 2002). Cela permet donc d'obtenir des informations plus factuelles sur les services offerts et sur les caractéristiques des populations étudiées. Finalement, considérant le vaste territoire caractéristique des régions québécoises éloignées, ainsi que le nombre non négligeable de CD s'y retrouvant, documenter le degré d'implantation des points de services s'y retrouvant apparaît des plus pertinents.

La présente étude vise donc d'une part, à documenter la mise en place du modèle d'intervention médicosociale dans chacun des CD implantés en région et de l'organisation des services s'y retrouvant. Ces données nous permettront d'évaluer de quelle façon les services sont dispensés aux victimes d'AS âgées de moins de 18 ans

vivant dans un contexte régional distinct des grands centres (p. ex., Montréal, Québec). D'autre part, elle vise à évaluer les caractéristiques des enfants et des adolescents victimes d'AS en région éloignée (p. ex., âge, genre, langue d'usage, appartenance ethnique) de même que le type d'AS subie (p. ex., pénétration, attouchements). Pour ce faire, les données administratives recueillies pour les trois régions suivantes seront analysées : le Saguenay Lac-Saint-Jean (région 02), la Mauricie et le Centre-du-Québec (région 04) et la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine (région 11). Ces trois régions ont été ciblées en regard de leur faible densité (hab./km²), de l'étendue du territoire provincial qu'elles couvrent ainsi que le nombre de CD qu'on y retrouve, ce qui correspond respectivement à six, cinq et huit. Ce projet de recherche contribuera à l'augmentation des connaissances puisqu'il n'y a présentement aucune étude pouvant témoigner de la situation actuelle dans les régions du Québec. La prochaine section détaillera le contexte dans lequel s'inscrivent les deux objectifs de cet essai, la méthodologie utilisée (déroulement, participants, mesures et analyses statistiques) et les difficultés rencontrées en cours d'analyse.

Méthodologie

Contexte

En avril 2009, un appel de proposition a été fait par le FRQSC et le MSSS. Cet appel de proposition visait l'établissement d'un portrait global des services offerts par les CD et de leur adéquation aux besoins des victimes. Plusieurs questions se posaient suite à l'implantation de nombreux CD à travers le territoire Québécois (maintenant 80 CD), notamment la capacité des CD à répondre aux orientations gouvernementales en matière d'AS, leur capacité à outiller les intervenants et les partenaires ainsi que leur capacité à répondre aux besoins des victimes d'AS. Les objectifs plus spécifiques de l'étude, toujours en cours, qui a été mise sur pied pour répondre à cet appel d'offres sont de 1) tracer le portrait de l'organisation des services qui sont offerts dans les CD dans chacune des régions du Québec, 2) indiquer dans quelle mesure ces CD répondent aux besoins des victimes d'agression sexuelle, 3) faire le point sur l'utilisation des outils (principalement la trousse médicolégale et la trousse médicosociale) et sur la place qu'ils occupent dans l'intervention auprès des victimes (FRQSC & MSSS, 2009).

Le présent projet doctoral s'inscrit dans cette étude à plus grand déploiement. Il vise d'une part à documenter la mise en place du modèle d'intervention médicosociale dans chacun des CD implantés dans trois régions du Québec et l'organisation des services pour les victimes âgées de moins de 18 ans.

D'autre part, cette étude a pour but d'évaluer les caractéristiques des enfants et des adolescents victimes d'AS en région éloignée (p. ex., âge, genre, langue d'usage, appartenance ethnique) de même que le type d'AS subie (p. ex., pénétration, attouchements). Les résultats obtenus permettront de répondre en partie aux trois objectifs plus spécifiques de l'appel d'offres lancé par le FRQSC et le MSSS. Ils permettront également de témoigner des impacts associés au contexte géographique et sociodémographique particulier des régions sur l'organisation de services. Une certification a été obtenue par le comité d'éthique de la recherche de l'Université McGill pour réaliser la recherche d'envergure provinciale susmentionnée. Le certificat éthique obtenu permet l'utilisation des données pour des mémoires ou des thèses. Notons que les données compilées sont anonymes, il est donc impossible de retracer les victimes.

Déroulement

Une lettre a été envoyée par courrier électronique aux répondants identifiés par les trois Agences de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean (région 02), de la Mauricie-Centre-du-Québec (région 04) et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (région 11) afin de leur demander de transmettre tous les documents officiels (p. ex., rapports annuels, rapports administratifs internes, procès-verbaux, comptes-rendus, grilles de données des victimes) (voir Annexe C) au sujet des services offerts pour les victimes d'AS depuis l'implantation des CD. Les personnes ressources ont été contactées par le coordonnateur de la recherche à plus grand déploiement. Cette collecte s'est officiellement déroulée entre le 29 octobre 2010 et le 27 juin 2011. Il a toutefois

fallu faire appel au coordonnateur à dix reprises, une fois l'étape officielle de collecte des données passée, afin qu'il demande des précisions aux différents répondants régionaux. Malgré ces relances, les répondants régionaux n'ont pas pu répondre à nos questionnements dans huit des dix demandes effectuées. Dans une des régions, il a été nécessaire de faire appel au superviseur d'une répondante. Celui-ci n'a jamais fait suite à notre demande. Des contradictions ont même été relevées entre les réponses de répondants d'une même région. Les résultats détaillés de cette collecte de données difficile sont présentés dans la section résultats.

Participants

Tous les documents reçus ont constitué les données administratives utilisées dans le cadre de cet essai doctoral. Ainsi, les données suivantes concernant les victimes d'AS ayant fréquenté un des CD des trois régions à l'étude depuis leur implantation ont été analysées, soit 1) les caractéristiques des victimes d'AS âgées de moins de 18 ans, 2) les caractéristiques des AS et 3) la structure et l'organisation des services dispensés selon le modèle d'intervention médicosociale. Notons que les CD constituent les unités d'analyses utilisées.

Mesures

Dans le cadre de la recherche portant sur l'ensemble des CD du Québec et suite au dépouillement des données administratives de quelques CD du Québec, une grille de collecte de données préliminaire visant à répondre aux objectifs de l'étude provinciale à

plus grand déploiement a été développée à partir des travaux de Hébert et al. (2002).

Pour le présent projet, cette grille préliminaire a été ajustée afin de l'adapter aux données administratives récoltées auprès des CD des trois régions à l'étude. Elle comporte cinq sections (voir Annexe B) : 1) Données sur la victime, 2) Données sur l'agresseur, 3) Données sur la situation d'AS, 4) Données sur le processus (p. ex., intervention, utilisation des trousse) et 5) Données sur le CD (p. ex., organisation du CD, année d'implantation).

Les grilles ont été complétées par l'étudiante chargée de ce projet en collaboration avec le coordonnateur de recherche pour toutes les années administratives depuis l'implantation des CD au sein des trois régions à l'étude. Par la suite, les données recueillies dans chacune des grilles ont été compilées dans une base de données du programme SPSS version 18 et également dans Excel (pour générer les tableaux). Il a également été nécessaire de refaire des calculs en raison des erreurs de comptabilisation des données qui nous ont été transmises (p. ex., le nombre de victimes rapportées en fonction de l'âge ou du nombre de trousse administrées ne correspond pas au total des victimes rapportées).

Analyses

Les données compilées pour les 19 CD ont été analysées de façon descriptive 1) pour l'ensemble des CD des trois régions à l'étude, 2) pour chacun des 19 CD et 3) pour chaque année depuis leur implantation. Le nombre annuel de victimes ayant fréquenté l'un des 19 CD à l'étude depuis le début de la comptabilisation, l'âge et le sexe de ces

dernières (plus de 18 ans ou moins de 18 ans) et l'intervention posée en CD (nombre de trousse médicolégales ou médicosociales administrées) sont les principales variables concernant les victimes qu'il a été possible d'analyser. Il a été impossible de faire des analyses statistiques plus avancées comme il était prévu au départ, en raison du trop grand nombre de données manquantes et de la difficulté à avoir accès à de plus amples renseignements valides sur les questionnements soulevés par les données transmises. Par la suite, les données de nature subjective obtenues lors de la révision des dossiers ont été analysées qualitativement selon une analyse de contenu (Fortin, 2010) réalisée à partir des variables présentées à l'annexe B, afin de mieux comprendre l'organisation des services au sein des 19 CD. Cette analyse de contenu s'est fait à partir des procédures mises en place, de la formation offerte aux intervenants, de la collaboration avec les partenaires du réseau et la promotion des CD, l'homogénéité des services offerts ainsi que les informations découlant des grilles d'évaluation (données sur les victimes, utilisation des trousse et données sur les caractéristiques de l'AS et de l'agresseur).

Résultats

Cette section regroupe les principaux résultats découlant des analyses effectuées qui avaient pour but premier de rendre compte de l'organisation des CD et des caractéristiques des victimes. Deux types de documents ont été utilisés à ces fins : 1) les documents relatifs à l'organisation (p. ex., procédures à mettre en place, formation) et 2) les grilles d'évaluation régionale des services offerts aux victimes d'AS. Comme il sera possible de constater dans les sections suivantes, le portrait obtenu à partir des données administratives est somme toute très partiel, en raison du nombre élevé de données manquantes, et ne permet pas d'évaluer spécifiquement de quelle façon les services sont dispensés aux victimes d'AS âgées de moins de 18 ans vivant dans un contexte régional distinct des grands centres.

Les résultats permettent toutefois de décrire l'organisation des CD étudiés en fonction des procédures mises en place, la formation offerte aux intervenants, la collaboration entre les partenaires du réseau et la promotion effectuée pour chacun des CD ainsi que les grilles d'évaluation des services offerts. L'analyse de ces grilles vient à son tour informer le lecteur des principales données sur les victimes, de l'utilisation des trousses administrées, des données sur les caractéristiques de l'AS et de l'agresseur de même que du niveau d'homogénéité des services offerts au sein des 19 CD à l'étude. Les tableaux de l'Annexe C résument les données administratives compilées qui ont permis de dresser le portrait des services offerts par chaque CD des trois régions à l'étude.

Organisation des centres désignés

Procédures mises en place

Les tableaux 4 à 6 se retrouvant à l'Annexe C présentent un sommaire des procédures mises en place dans les trois régions étudiées.

Région 02 : Saguenay-Lac-Saint-Jean. Bien que les CD de cette région soient censés être implantés depuis 2003 ou 2004 (la répondante régionale était incertaine de l'année exacte), seulement deux d'entre eux (2/6) ont défini des procédures en appui sur les huit étapes du modèle d'intervention médicosociale en plus d'avoir élaboré une démarche pour les victimes d'AS âgées de moins de 18 ans. Un de ces deux CD est présentement en attente de la signature de l'ordonnance collective pour les victimes d'AS de moins de 12 ans. Ces ordonnances collectives³ (celle pour les victimes de 12 ans et plus, et celle pour les victimes de 12 ans et moins) peuvent donc agir à titre de résumé des procédures à appliquer lors de l'arrivée d'une victime mineure. De plus, ce CD a mis sur pied un cahier détaillé dans lequel l'on retrouve les huit étapes du modèle de même que le protocole et les procédures de soins pour les victimes d'AS selon qu'elles soient âgées de plus ou de moins de 12 ans.

³ Une ordonnance collective est une prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour les situations cliniques déterminées dans cette ordonnance, les circonstances selon lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre indications possibles (Association Québécoise d'établissement de santé et de services sociaux, 2005).

Un CD sur six (1/6) utilise les procédures d'accompagnement pour les victimes d'une autre Agence de santé et de services sociaux. Notons que les intervenants œuvrant au sein de ce CD ont rédigé une liste d'obstacles à la mise en place des procédures. Parmi les obstacles mentionnés sur cette liste, l'on note une absence de ressources d'accompagnement pour le soir et la nuit, un manque de locaux d'accueil respectant la discréetion de la situation, un délai dans la disponibilité du médecin, une absence de réfrigérateur barré ainsi qu'un manque de formation. Les intervenants ont également perçu que certains médecins semblaient avoir moins de connaissances sur les interventions à préconiser auprès des enfants victimes d'AS.

Un autre des six CD (1/6) utilise des procédures peu définies et peu adaptées aux mineurs. En plus de ne trouver aucune documentation spécifiant les interventions à poser auprès de cette catégorie de victimes, il est impossible de savoir qui soutient et accompagne la victime dans les démarches (p. ex., signalement à la DPJ ou à la police). Les services offerts ne semblent donc pas couvrir les huit étapes du modèle d'intervention médicosociale, et plus spécifiquement aux besoins des victimes âgées de moins de 18 ans. Finalement, deux des six (2/6) CD de cette région n'ont pas de documentation officielle ou de rapport annuel concernant les procédures à suivre.

Région 04 : Mauricie-Centre-du-Québec. Sur la base des données fournies, il est possible de constater que l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a mis sur pied diverses procédures afin d'uniformiser les

interventions posées auprès des victimes d'AS au sein des cinq CD de cette région depuis leur implantation en 2002.

Les procédures, qui tiennent compte des victimes âgées de moins de 18 ans, ont été mises sur pied dans cette région et sont décrites dans un document précisant l'intervention médicosociale. Ce document vise à orienter les intervenants dans leurs interventions auprès des mineurs en s'appuyant sur les huit étapes de l'intervention médicosociale. On y retrouve notamment les obligations en lien avec la loi sur la protection de la jeunesse, les rôles et responsabilités de chacun des partenaires (p. ex., policier, personne autorisée de la DPJ, intervenante sociale ou infirmière de l'équipe médicosociale du CD) ainsi que le parcours des victimes d'AS en fonction des deux scénarios possibles (délai de plus de 5 jours après l'AS ou non). De plus, un résumé des procédures utilisées est inclus au document. Une grille de collecte de données a également été prévue si la victime a subi une intoxication involontaire. Notons à cet effet qu'un protocole d'entente entre l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le Centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles de Trois-Rivières, la Sûreté du Québec et la Sécurité publique de Trois-Rivières a été établi afin de faire état de la situation des victimes d'intoxication involontaire, victimes d'AS ou non de la région 04.

Région 11 : Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine. En juin 2009, un document faisant état de la situation des CD de cette région a été élaboré. À cette date, l'implantation de sept des huit CD (7/8) était terminée ou en voie de l'être. Les responsables de ces sept CD

avaient ainsi déposé le protocole d'intervention médicosociale, obtenu une rencontre sur ce protocole avec la responsable ainsi que les intervenants des équipes en place et mis sur pied la liste de garde des médecins lorsque cela était applicable.

En regard des victimes âgées de moins de 18 ans, des modalités d'implication de l'intervenant de la DPJ ont été élaborées. Sur la base des informations fournies, il est ainsi possible de constater que les procédures utilisées par cette région sont appuyées sur les huit étapes du modèle proposé et visent à répondre aux besoins des mineurs.

Formation des intervenants

Règle générale, chaque région s'appuie sur le guide et le protocole d'intervention médicosociale (MSSS, 2004a; MSSS, 2004b) et crée, à partir de ces deux documents, une formation pour les intervenants au sein de leur région. La formation offerte aux intervenants peut donc différer d'une région à l'autre. Peu d'informations concernant la formation offerte au sein des trois régions à l'étude nous ont été transmises. Il semble toutefois que la région 02 ait mis sur pied une formation qui s'appuie sur le guide et le protocole d'intervention médicosociale (MSSS, 2004a; MSSS, 2004b). Les modalités de cette formation demeurent inconnues, malgré la demande de précision effectuée. En regard de la région 11, les données administratives révèlent que la majorité des intervenants œuvrant auprès des victimes auraient reçu une formation spécifique, sans plus de détails. Aucune information concernant la formation offerte dans la région 04 n'a été fournie.

En somme, l'information reçue ne permet pas de dresser un portrait général du type de formation offerte dans les trois régions étudiées (p. ex., à qui la formation s'adresse le nombre d'heures offertes, si la formation est conjointe ou séparée).

Collaboration avec les partenaires du réseau et promotion des centres désignés

Sur la base des données fournies, il est possible de constater que les trois régions à l'étude collaborent avec les différents partenaires du réseau, et plus spécifiquement avec les organismes communautaires (p. ex., CAVAC, CALAC), la DPJ et la police lorsqu'une victime se présente au CD. L'information recueillie ne permet toutefois pas de savoir si cette collaboration a également lieu à des fins de promotion des CD et de prévention de l'AS. Par ailleurs, aucune donnée administrative ne porte sur la promotion des CD. Il est donc difficile de savoir si l'information concernant les services offerts aux victimes d'AS est suffisamment diffusée pour permettre à la population d'en connaître l'existence et s'y référer en cas de besoin.

Grilles d'évaluation des services offerts

L'ensemble des CD a accès à une fiche synthèse, soit une grille permettant de dresser un portrait plus complet de la situation d'AS et des services offerts en lien avec les huit étapes du modèle d'intervention médicosociale pour chaque victime rencontrée. Tout comme pour l'organisation des CD, ces grilles diffèrent d'une région à l'autre.

La grille développée par la région 04 permet de compiler plusieurs informations pertinentes, notamment de l'information sur l'arrivée de la victime, sur la victime elle-

même, sur l'agresseur, sur le contexte d'agression, sur les consentements (p. ex., administration des trousses, plaintes) obtenus par la victime, sur la divulgation des informations aux autorités en cause et sur le suivi offert à la victime. Pour sa part, la grille d'évaluation régionale de la région 11 permet de recueillir des informations plus spécifiques sur les services offerts aux victimes (p. ex., le type d'intervention posé, les étapes de l'intervention médicosociale complétée, si une déclaration à la police a eu lieu et les références effectuées). La grille de suivi de gestion de l'intervention initiale auprès des victimes d'AS de la région 02 détaille, quant à elle, les huit étapes du modèle d'intervention médicosociale.

Il importe de noter que bien que tous les centres, ou presque, ont accès à une fiche synthèse pour compiler les données administratives, certains CD ne l'utilisent pas nécessairement ou omettent d'y compiler certaines informations. Il est donc impossible de savoir si les intervenants appliquent réellement les procédures d'intervention selon le modèle conçu initialement. De plus, comme les fiches varient d'une région à l'autre, il s'avère ardu de comparer les données. Dans ce contexte, il devient difficile de dresser un portrait juste des situations d'AS des victimes qui ont fréquenté un CD de ces trois régions.

La section sur les données des victimes donne un aperçu des données disponibles à partir de ces grilles, pour les CD qui nous les ont fait parvenir. Notons par ailleurs que la collecte d'informations à partir d'une grille demeure toutefois facultative puisque le ministère n'a jamais obligé son utilisation. Le manque de constance observé dans la

comptabilisation de données entre les trois régions peut s'expliquer d'une part, parce que certains répondants ont décidé de ne pas faire appel à une grille synthétisant les données et d'autre part, parce qu'aucune grille uniforme n'a officiellement été adoptée.

Homogénéité des services entre les centres désignés des régions identifiées

Les données recueillies auprès de la région 02 sont celles qui démontrent le moins d'homogénéité (voir Annexe C Tableau 1). En effet, quatre CD sur six (4/6) ont des procédures différentes, un CD sur six (1/6) a les procédures d'une autre région administrative et deux CD sur six (2/6) n'en ont pas mis sur pied. Par ailleurs, les données fournies par les régions 04 et 11, indiquent qu'elles ont mis sur pied des procédures uniformes, en appui sur le modèle d'intervention médicosociale. Ces procédures, permettent de dresser un portrait de l'organisation des services dans leur région. Par ailleurs, hormis deux CD (2/6) de la région 02, l'ensemble des CD des trois régions à l'étude a des procédures détaillées et adaptées aux mineurs (voir Annexe C Tableau 4 à 6).

Bien qu'il demeure difficile, à partir des données obtenues, d'évaluer spécifiquement de quelle façon les services sont dispensés aux victimes d'AS âgées de moins de 18 ans, l'analyse des données administratives a permis de jeter un premier éclairage sur la situation actuelle des services offerts aux victimes vivant dans un contexte régional distinct des grands centres. Le nombre trop élevé de données manquantes, a rendu impossible l'atteinte du deuxième objectif de cette étude visant à évaluer les caractéristiques des enfants et des adolescents victimes d'AS en région éloignée (p. ex.,

âge, genre, langue d'usage, appartenance ethnique) de même que le type d'AS subie (p. ex., pénétration, attouchements). Il est fort probable que le MSSS et le FRQSC (2009) n'étaient pas au courant du nombre important de données manquantes lorsque l'appel d'offres a été lancé en 2009. La discussion qui suit présente les principales tendances qui se dégagent de l'organisation des CD et des informations découlant des grilles d'évaluation. Certaines recommandations ayant pour but d'améliorer les services rendus sont présentées pour ensuite laisser la place aux limites inhérentes de cet essai doctoral.

Données sur les victimes

Selon les données disponibles, le nombre total de victimes d'AS desservies depuis le début de l'implantation en 2002 varierait considérablement en fonction des trois régions. Il est ainsi difficile d'avoir accès à l'étendue réelle des services offerts pour ces trois régions depuis 2002, année où les CD devraient avoir été implantés dans toutes les régions du Québec (Gouvernement du Québec, 2001; Régie de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2003). L'annexe C offre de plus amples détails concernant le nombre de victimes ayant fréquenté l'un des 19 CD, les interventions posées (trousses médicolégales ou médicosociales) ainsi que l'âge et le sexe de ces victimes.

Région 02 : Saguenay-Lac-Saint-Jean. En ce qui concerne la région 02, le nombre total de victimes d'AS desservi par les six CD du Saguenay-Lac-Saint-Jean demeure inconnu puisque 1) deux des six CD (2/6) implantés dans cette région ne consignent aucune donnée concernant le nombre de victimes reçues annuellement dans leur centre

depuis leur implantation qui aurait eu lieu entre 2003 et 2004 (l'année d'implantation demeure imprécise) et 2) l'information reçue par les quatre autres CD (4/6) n'indique que le nombre de trousse médicolégales administrées. Il est donc possible que certaines victimes ne soient pas comptabilisées puisque l'administration de la trousse médicolégale n'a pas été effectuée. De plus, un des six centres (1/6) n'a fourni qu'une donnée, soit qu'une trousse médicolégale a été administrée au cours de l'année 2010. Finalement, la comptabilisation des trousse médicolégales administrées permet de savoir qu'au moins 127 victimes d'AS ont eu recours aux services offerts dans les CD de cette région depuis l'implantation (voir Figure 1).

Ainsi, seuls deux CD (2/6) de la région 02 ont comptabilisé le nombre de trousse médicolégales administrées en fonction du sexe des victimes et 95 % d'entre elles sont de sexe féminin (78/82). Notons que ce total peut être biaisé puisqu'un CD (1/6) a débuté la comptabilisation en 2004 tandis que l'autre l'a débuté en 2005. Finalement, seul un CD (1/6) de cette région a fourni des informations concernant l'âge des victimes. Cette information a permis de constater que sur les 28 victimes d'AS desservies par ce CD depuis 2005, 21 % d'entre elles sont mineures (6/28). Parmi ces six victimes, on retrouve deux garçons. L'âge de cinq de ces 28 victimes n'a pas été mentionné, il est toutefois précisé qu'elles sont âgées de plus de 14 ans.

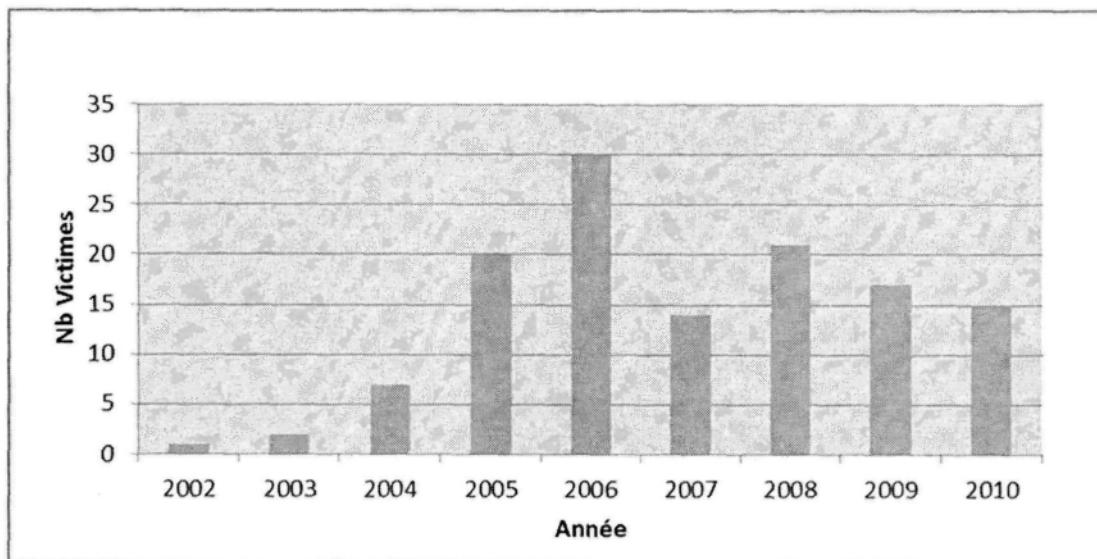


Figure 1. Nombre de victimes annuelles ayant reçu des services de la région 02- Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Région 04 : Mauricie-Centre-du-Québec. En regard de la région 04, les informations recueillies démontrent que 361 victimes d'AS ont été desservies par les CD de cette région depuis le début de la comptabilisation des données administratives en 2003, jusqu'aux dernières données recueillies en mars 2011 (voir Figure 2). Plusieurs informations sont disponibles pour chaque année de services depuis 2003, année d'implantation, à l'exception de l'année 2007-2008 où il n'y eut aucune comptabilisation de données. La raison pouvant rendre compte de l'absence de données compilées pour cette année demeure inconnue, malgré la demande d'explications formulée à l'endroit du responsable régional. En tenant compte des données disponibles, les victimes de sexe féminin représentent près de 91 % (330/361) de la clientèle

desservie, et les victimes de sexe masculin près de 8 % (31/361). Notons que le sexe d'environ 1 % de la clientèle desservie est inconnu (4/361). De ces victimes, 45 % (162/361) sont âgées de moins de 18 ans. Les données ne permettent pas de connaître la proportion de filles et de garçons chez les victimes mineures.

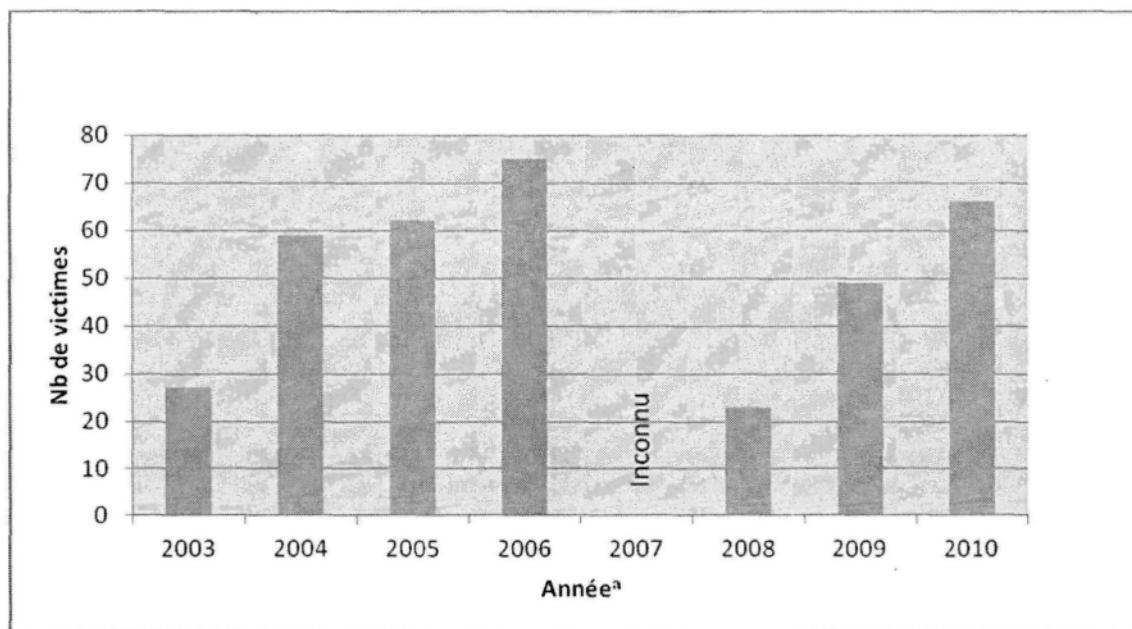


Figure 2. Nombre de victimes annuelles ayant reçu des services de la région 04- Mauricie-Centre-du-Québec.

^a Année : du 1er avril de l'année exprimée jusqu'au 31 mars de l'année suivante.

Région 11 : Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine. La comptabilisation des données administratives pour la région 11 s'étend sur trois années soit, 2008, 2009 et 2010, et ce, même si les huit CD couvrant cette région auraient été implantés en 2002. Une demande d'explications a été formulée au répondant régional. Celui-ci n'était pas en mesure

d'établir les raisons expliquant la non-comptabilisation des données pour les premières années de services. La comptabilisation des données ne tient compte que de six des huit (6/8) CD implantés dans cette région puisque deux points de services n'ont pas tenu de statistiques. Les données fournies permettent de constater qu'ils ont desservi 45 victimes depuis leur implantation (voir Figure 3). Notons que pour ces trois années de services, un des huit (1/8) CD couvrant cette région n'a reçu qu'une seule demande de services. Près de 89 % (40/45) de ces victimes sont de sexe féminin. Seulement cinq demandes de services (11 %) proviennent de victimes de sexe masculin et elles ont toutes eu lieues au cours de l'année 2009.

Quant à l'âge des victimes, les données recueillies indiquent que près de 47 % (21/45) d'entre elles sont âgées de moins de 18 ans, dont 24 % (11/45) sont âgées de moins de 14 ans. Notons que l'âge de deux victimes reste inconnu.

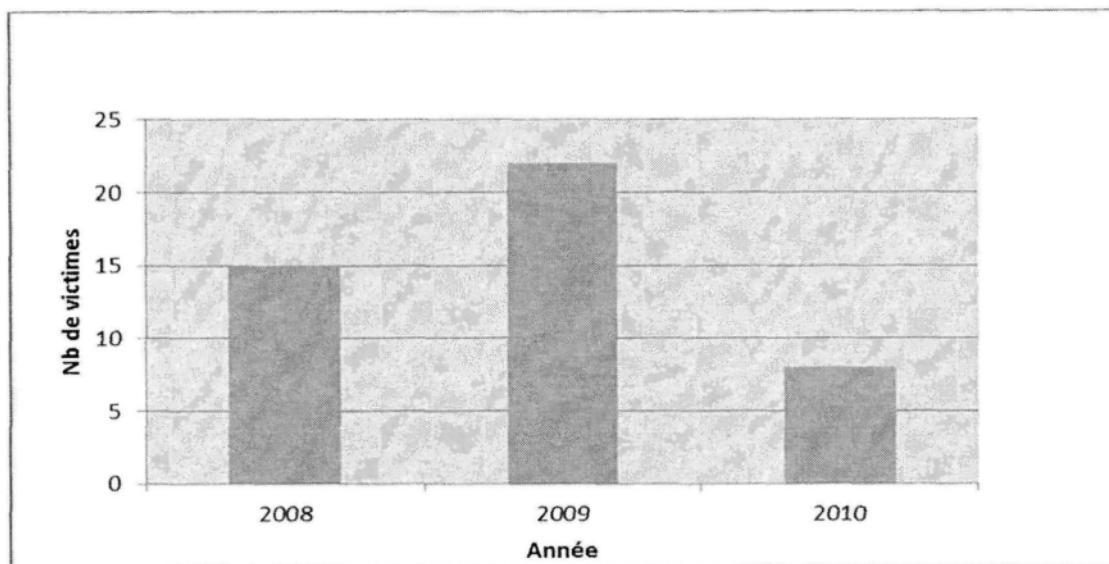


Figure 3. Nombre de victimes annuelles ayant reçu des services de la région 11-Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine.

Utilisation des trousses

Les données fournies par les trois régions à l'étude permettent de constater que la majorité des CD a précisé les interventions utilisées (trousses médicolégales, trousses médicosociales, examens médicaux sans trousse) (voir Annexe C Tableau 1 à 3). Toutefois, il est impossible de connaître celles privilégiées selon l'âge de la victime à l'exception d'un CD (1/6) de la région 02.

Région 02 : Saguenay-Lac-Saint-Jean. Tel que mentionné précédemment, seule la comptabilisation des trousses médicolégales administrées pour 4 des 6 (4/6) CD de cette région a été effectuée. Ainsi, un minimum de 127 trousses médicolégales a été administré depuis l'implantation des CD dans cette région. Rappelons que la

comptabilisation des victimes s'est faite à partir du nombre de trousse médicolégales administrées. Les données recueillies ne donnent aucune information concernant les trousse médico-sociales administrées, ni l'âge des victimes pour lesquelles les trousse comptabilisées ont été administrées.

Région 04 : Mauricie-Centre-du-Québec. À l'exception de l'année 2007-2008, des informations annuelles sur le nombre, le type et la durée de l'intervention posée pour chacun des cinq CD depuis 2003 ont été comptabilisées. Notons toutefois que le nombre de trousse administrées pour les années 2004-2005 et 2005-2006 n'a pas été comptabilisé pour un CD de cette région. Sur la base des informations fournies, il est possible de savoir que depuis 2003, au moins 247 trousse médicolégales, 107 trousse médico-sociales et 3 examens médicaux sans trousse ont été administrés par l'ensemble des CD de cette région. Nous pouvons constater, à partir de ces données, que les interventions posées auprès de cinq victimes restent inconnues.

Région 11 : Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine. Les données recueillies auprès de cette région dénombrent les interventions posées entre 2008 et 2010 pour six CD (6/8) de cette région. Ainsi, entre 2008 et 2010, 32 trousse médicolégales et 7 trousse médico-sociales ont été administrées. Il n'y a pas eu d'examen médical sans trousse durant ces trois années. Notons que pour l'année 2010, un des huit CD (1/8) n'a pas précisé la nature des interventions posées, ce qui peut expliquer le passage de 22 trousse administrées en 2009 à 6 en 2010.

Données sur les caractéristiques de l'agression sexuelle et de l'agresseur

Seuls les CD de la région 04 ont détaillé certaines caractéristiques de l'AS et de l'agresseur, notamment le lien entre la victime et l'agresseur, l'âge de l'agresseur, le nombre d'agresseurs ainsi que le lieu d'agression. Les données indiquent également la présence ou non de caractéristiques particulières chez l'agresseur sans toutefois préciser de quoi il s'agit. Cependant, aucune donnée ne permet de connaître les caractéristiques des AS chez les victimes âgées de moins de 18 ans.

Résumé des principaux résultats

En résumé, l'analyse des données recueillies concernant les victimes et les interventions qui leur ont été offertes permet de constater qu'au Saguenay-Lac-Saint-Jean, au moins 127 victimes se sont présentées dans l'un des six CD étudiés entre 2002 et 2011. L'âge demeure inconnu pour 81,9 % des victimes de même que le sexe pour 36,2 % de ces 217 victimes. Pour la région de la Mauricie-Centre-du-Québec, ce sont au moins 361 victimes qui se sont présentées, entre 2003 et 2011 dans l'un des 5 CD de leur région. De ces victimes, 91,4% sont de sexe féminin et 55,4% d'entre elles sont âgées de moins de 18 ans. Finalement, en ce qui concerne la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, un minimum de 45 victimes s'est présenté dans l'un des 6 CD étudiés entre 2008 et 2011. De ces victimes 88,9% étaient de sexe féminin dont 48,9% étaient âgées de moins de 18 ans. L'Annexe C offre plus de détails concernant ces résultats.

Discussion

Organisation des centres désignés

La mise sur pied d'un réseau de CD sur le territoire québécois ne pouvait se faire sans principes de base pour organiser les services offerts. Ainsi, le MSSS (2004a) a convenu que pour parvenir à offrir des services complets et de qualité aux victimes d'AS dans toutes les régions du Québec, il était important d'uniformiser l'intervention et d'assurer une meilleure formation des intervenants.

« Les personnes en autorité doivent reconnaître la problématique des agressions sexuelles et la nécessité d'établir des services pour les victimes de ce type d'agression. Elles doivent aussi donner un mandat clair et des moyens d'agir aux ressources régionales et sous-régionales visées, aux intervenantes et intervenants en cause (réseaux de la santé et des services sociaux, scolaire, communautaire), ainsi qu'aux policiers et aux substituts du procureur général. Toutes les régions sociosanitaires du Québec doivent désigner des centres pour offrir une intervention médicosociale aux victimes d'agression sexuelle. La documentation pertinente doit être mise à jour et des programmes de formation doivent être offerts régulièrement aux divers intervenantes et intervenants » (MSSS, 2004a, p.9).

Rappelons que c'est suite au constat de l'inégalité dans la répartition des services d'aide et d'intervention en matière d'AS à travers le territoire québécois que le gouvernement s'est mobilisé, par le biais des orientations gouvernementales en matière d'AS 2001-2008, afin que soit implanté un réseau d'organisation de services destinés aux victimes d'AS. Ainsi, chaque région est responsable d'assurer la concertation et la coordination entre les différents partenaires du réseau selon des modalités adaptées à leur situation particulière (gouvernement du Québec, 2001). Au moment où il y eut l'appel d'offres pour évaluer les CD en 2009, 65 CD étaient implantés dans 15 régions

du Québec. Aujourd’hui, 80 CD ont été implantés sur le territoire québécois, dont 19 au sein des trois régions de la présente étude.

Années d’implantation

Les résultats obtenus permettent de constater que, bien que ces trois régions aient été mandatées en 2002, l’implantation s’est vue retardée de quelques années, notamment pour la région 11 où l’implantation de sept des huit CD s’y retrouvant s’est vu complétée au cours de l’année 2008. Les données recueillies auprès de cette région n’ont pas permis de savoir si la position géographique a pu contribuer au retard d’implantation. La répondante de la région 02 quant à elle, indique qu’il semblerait que l’implantation se soit effectuée au cours des années 2003-2004, mais ne pas être en mesure de confirmer cette information. Seuls les cinq CD de la région 04 semblent avoir été implantés rapidement après que la région ait été mandatée en 2002. Ces données démontrent ainsi les difficultés éprouvées pour deux de ces trois régions éloignées à mettre sur pied les services offerts par un réseau d’organisation de CD. Il serait d’ailleurs intéressant, dans une recherche future, de comprendre les facteurs qui ont retardé cette implantation.

Procédures mises en place

Le dépouillement des données administratives a permis de constater que la majorité des CD à l’étude ont mis sur pied des procédures pour répondre aux besoins particuliers des victimes d’AS âgées de moins de 18 ans. Les résultats obtenus soulignent toutefois la disparité et la variabilité des services offerts d’une région à l’autre. En effet, les

données administratives ont démontré que chaque CD utilise ses propres procédures pour répondre aux besoins des victimes et pour compiler les données. Bien qu'elles soient concordantes avec les étapes du modèle d'intervention médicosociale, ces procédures ne sont pas uniformes, tel qu'ordonné par le MSSS (MSSS, 2004).

Le manque de données administratives ne permet pas de savoir dans quelle mesure les procédures sont appliquées, par exemple si ces victimes reçoivent le suivi nécessaire après l'administration des trousseaux ou si la personne responsable de la victime a reçu une formation spécifique concernant l'intervention auprès des enfants et adolescents. De plus, les documents reçus ne précisent pas si les interventions posées auprès des victimes âgées de moins de 18 ans dans les 19 CD à l'étude s'appuient sur les meilleures données probantes comme il est préconisé dans le modèle des CAC (Edinburgh et al., 2008; Crimes Against Children Center Research, 2012). En effet, l'étude d'Edinburgh et al. (2008) a démontré que les services offerts par ces centres diminuent les facteurs de risques reliés à l'AS en plus d'offrir une meilleure gestion des services immédiats offerts aux victimes.

Formation des intervenants

C'est avec comme principal objectif de faciliter la formation des nouveaux intervenants œuvrant dans le réseau des CD québécois que le « Guide d'intervention médicosociale » a été mis sur pied (MSSS, 2004a; MSSS, 2004b). Ce document, qui se veut un outil de référence et d'informations, ne donne toutefois aucune indication relative au contenu, à la structure et à la durée de la formation qui devrait être offerte

aux intervenants qui pratiquent dans les CD du Québec (Thériault, 2010). Il en va de même en ce qui concerne quels devraient être les savoirs (savoir-être et savoir-faire) essentiels à l'intervention médicosociale en CD (Thériault, 2010).

L'analyse des données administratives de la présente étude a révélé que la formation offerte aux intervenants œuvrant en CD semble peu homogène d'une région à l'autre et même d'un CD à l'autre. Il est à se questionner si ce constat est relié au manque de spécificité du « Guide d'intervention médicosociale » concernant la formation des intervenants. De plus, il s'est avéré impossible de savoir, auprès des répondants régionaux, si les intervenants ont bien reçu la formation documentée dans le « Guide d'intervention médicosociale » (MSSS, 2004a; MSSS, 2004b). Il appert ainsi que le réseau de CD a été mis sur pied dans les régions avant même que les intervenants y œuvrant aient reçu la formation nécessaire. Dans une des régions à l'étude, il a même été observé par certains intervenants que les médecins semblent manquer de connaissances sur l'AS chez les enfants. Cette observation corrobore les propos rapportés par Allard-Dansereau & Frapier (2012) qui stipulent que les connaissances médicales, plus particulièrement celles relatives à l'examen génital et anal des enfants, ne sont pas familières pour l'ensemble des médecins. Ces auteurs ajoutent que l'AS devient un champ de compétences de plus en plus précis et qu'elle est même reconnue comme une sous-spécialité de la médecine aux États-Unis. Ces données soulignent toute la complexité du travail auquel sont confrontés les intervenants qui œuvrent auprès des enfants victimes d'AS. D'ailleurs, il n'en revient pas qu'aux médecins de recevoir la

formation nécessaire concernant la détection des situations d'AS. En effet, l'ensemble des intervenants doit être formé puisque chacun d'entre eux, au cours des huit étapes du modèle d'intervention médico-sociale, peut recevoir des indices importants concernant l'intervention lors de situation d'AS (Allard-Dansereau & Frapier, 2012). Dans ce contexte, la formation apparaît essentielle, d'autant plus lorsque les dangers potentiels associés à des services inappropriés sont considérés. En effet, lorsque les services ne tiennent pas suffisamment compte des besoins particuliers des victimes, ceux-ci peuvent être vécus comme traumatisants, entraînant ainsi une double victimisation qui se doit d'être évitée (Du Mont, White, & McGregor, 2009; Fehler-Cabral et al., 2011). Le modèle de services des CD aurait avantage à s'inspirer des programmes établis aux États-Unis, notamment en ce qui a trait à la formation. Les paragraphes qui suivent présentent deux de ces principaux programmes avec leurs avantages et limites.

Aux États-Unis, deux types de programme sont reconnus et implantés à travers le territoire, soit le SANE et le CAC. Le programme SANE, qui vise à offrir des soins immédiats et adaptés aux besoins de la victime, en plus de recueillir des preuves médicolégales, a défini des principes de bases relatifs au savoir-faire de leur personnel (Murphy, Potter, Stapleton, Wiesen-Martin, & Pierce-Weeks, 2009). En regard des services à dispenser, les programmes SANE doivent obtenir une accréditation, les infirmières doivent ainsi être licenciées, suivre une formation et satisfaire à des critères de certification (Derhammer, Luente, Reed, & Young, 2000). Pour conserver l'accréditation, une formation supplémentaire et l'éducation continue sont souvent

obligatoires (Campbell et al., 2005). Les programmes CAC ont également le souci d'offrir des soins spécialisés à leur clientèle. Dans leur description sur les aspects fondamentaux des CAC, Walsh, Jones et Cross (2003) soulignent l'importance accordée par ce programme à ce que les professionnels y œuvrant soient les mieux formés et expérimentés. Ces programmes doivent également faire l'objet d'une accréditation par le National Children's Alliance (NCA). Ces mesures démontrent le souci accordé, par les programmes SANE et CAC, à la formation liée au savoir-faire et au savoir-être des professionnels offrant des services auprès d'une clientèle vulnérable.

Bien qu'aux États-Unis l'AS chez les enfants est reconnue comme une sous-spécialité de la médecine et que le programme SANE y existe depuis plus de 40 ans, il s'avère difficile de mettre sur pied une formation claire, spécifique et adaptée aux rôles de chaque intervenant œuvrant auprès des victimes d'AS, et ce, malgré la création du « *National protocol for sexual assault medical forensic examinations : adults / adolescents* » (Office on Violence Against Women, 2004). En effet, il semble que ce protocole national se définit davantage comme un canevas de base et non comme un protocole d'intervention spécifique (Thériault, 2010). Tout comme le « Guide d'intervention médicosociale », ce document ne se prononce pas sur le type de formation ou de compétences que devraient posséder les intervenants œuvrant auprès des victimes. Ces données démontrent le besoin de préciser la nature des critères régissant la formation offerte à l'ensemble des intervenants travaillant auprès des victimes d'AS, plus spécifiquement pour ceux qui œuvrent auprès des mineurs pour qui l'ampleur de

l'AS (Hébert et al., 2009; Tourigny et al., 2006; Tourigny et al., 2008) et les lourdes séquelles qui peuvent en découler (Daigneault et al., 2009; Freyd et al., 2005) ne sont plus à démontrer. En somme, une formation spécifique à chaque type d'intervenant (p. ex., intervenant social, médecin, infirmière) apparaît plus que nécessaire afin de parvenir à une application professionnelle et optimale des huit étapes du modèle d'intervention médicosociale chez les victimes d'AS. Cette formation doit également être offerte régulièrement aux divers intervenants, tels que préconisé par le MSSS (2004a), et ce, d'autant plus que le roulement de personnel semble être fréquent dans les CD (Collin-Vézina, Dion, et al., 2011).

Collaboration avec les partenaires du réseau et promotion des centres désignés

Dans les documents relatifs aux procédures mises en place, les données obtenues révèlent le souci d'effectuer un travail de concertation entre les différents partenaires du réseau, les organismes communautaires, la DPJ et la police. Il est toutefois impossible de savoir comment se passe concrètement cette collaboration à la suite de l'analyse de contenu des différents documents non reçus. La tenue d'entrevues semi-dirigées avec chacun des responsables des CD étudiés aurait probablement permis d'obtenir plus d'informations sur ce sujet.

En 2009, 66% des victimes d'AS répertoriées par les autorités québécoises étaient âgées de moins de 18 ans (Gouvernement du Québec, 2010b). Ce pourcentage varie plutôt entre 21 et 45% en ce qui a trait aux mineurs s'étant présentés dans l'un des 19 CD à l'étude. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce faible pourcentage, notamment le

rôle joué par les centres jeunesse du Québec. En effet, pour l'année 2009-2010, 10,7 % (3281 victimes) de tous les signalements retenus par la DPJ étaient attribuables à une AS ou à un risque sérieux d'AS (Association des centres jeunesse du Québec, 2011). Il est toutefois impossible de connaître le nombre de références effectuées par les 19 CD à l'étude aux centres jeunesse du Québec et vice versa. De futures recherches pourraient se pencher sur cette question afin d'évaluer le niveau de collaboration entre ces deux organismes et ainsi pouvoir mieux définir le rôle de chacun d'eux, et ce, dans le but d'optimaliser les services offerts aux mineurs. Ces études pourraient également faire la lumière sur la qualité du travail de collaboration effectué en interrogeant les victimes et les partenaires du réseau.

La promotion des CD est un autre facteur ayant pu contribuer au faible pourcentage observé. Est-ce que le faible nombre de victimes relevées au sein des 19 CD à l'étude est attribuable à la méconnaissance des gens sur les services existants? Il serait des plus pertinents que des études ultérieures approfondissent cette question. Rappelons qu'aucune donnée administrative n'a abordé la promotion des CD. Il est donc difficile de savoir si l'information concernant les services offerts est diffusée de façon suffisante pour permettre à la population d'en connaître l'existence et de s'y référer en cas de besoin. Afin de promouvoir davantage les services offerts, les CD québécois pourraient prendre appui sur le programme SANE qui s'engage à promouvoir les services qui s'offrent aux victimes par le biais d'éditoriaux de journaux, d'articles de revues ou encore par de courtes apparitions télévisées (Ledray, 1999).

Accessibilité et contexte géographique

Bien qu'il n'a pas été possible de l'évaluer, l'accessibilité aux CD demeure également questionnable, particulièrement lorsque l'on considère que la prévalence québécoise de l'AS chez les moins de 18 ans se situe entre 18 et 22 % chez les filles et autour de 10 % chez les garçons (Tourigny et al., 2006; Tourigny et al., 2008). Bien que ce soit avec l'objectif d'enrayer cette problématique que soit apparue la nécessité d'implanter une organisation de services destinés aux victimes d'AS, les résultats obtenus démontrent que les objectifs visés par nos décideurs gouvernementaux n'ont pas eu les bénéfices escomptés au sein des trois régions étudiées. Dans ce contexte, il est possible de se questionner à savoir si les difficultés d'organisation du réseau de CD sont attribuables à la réalité particulière des régions éloignées. Rappelons que pour les trois régions à l'étude, le contexte géographique, la densité de la population s'y retrouvant et les facteurs reliés aux ressources disponibles diffèrent considérablement des grands centres (Collin-Vézina, Dion, et al., 2011). Par exemple, le Saguenay-Lac-Saint-Jean compte 273 462 habitants pour 95 893 km², ce qui représente une densité de population qui avoisine moins de 3 habitants par km² (Institut de la statistique du Québec, 2012). Cela fait peu d'habitants pour la grandeur du territoire à desservir. Dans ce contexte, il est peu surprenant de constater des difficultés d'accessibilité et d'efficacité des services offerts. En effet, les victimes peuvent avoir à parcourir plusieurs kilomètres pour se rendre au CD le plus près. Rappelons qu'en région éloignée le système de réseau de transport est souvent très limité lorsqu'il y en a un. Ainsi, une victime mineure qui

souhaite recevoir des services en soirée ou durant la nuit doit absolument faire appel à un adulte qui a une voiture, ce qui peut les décourager à entreprendre cette démarche, notamment en raison de la honte ressentie et du désir de rester anonyme. Le manque d'anonymat pressenti par les victimes est d'ailleurs la principale caractéristique qui distingue les communautés rurales des grands centres (Logan et al., 2005). En ce qui concerne l'efficacité, rappelons que les principaux problèmes associés au contexte géographique des régions ont été documentés dans plusieurs études (Paul, Gray, Elhai, Massad, & Stamm, 2006; Logan, Evan, Stevenson, & Jordan, 2005; Booth, Ross, & Rost, 1999; DeLeon, Wakefield, & Hagglund, 2003; Trute, Adkins, & MacDonald, 1994) dans lesquelles sont soulignées les difficultés d'accessibilité des services offerts en raison du vaste territoire à couvrir, le faible nombre d'habitants pouvant défrayer les coûts associés aux services offerts et la difficulté à embaucher du personnel qualifié souhaitant s'installer en région. C'est d'ailleurs ces points qui ont été remarqués par le sous-comité en AS de la Table de concertation régionale en matière de violence conjugale et d'agressions sexuelles du Saguenay-Lac-Saint-Jean et cinq des six chefs d'urgence des CD dans l'ensemble du territoire du Saguenay-Lac-Saint-Jean (Larouche, 2010).

Homogénéité des services entre les centres désignés des régions étudiées

La congruence entre le plan de service conçu initialement et son implantation est nécessaire au fonctionnement optimal d'un nouveau programme (Dumas et al., (2001). Toutefois, les données administratives des trois régions à l'étude ont révélé le peu

d'homogénéité entre les services offerts d'une région à l'autre. En effet, des disparités importantes ont été observées en ce qui a trait aux données recueillies, aux procédures mises sur pied, aux ententes prises entre les différents partenaires ou encore, à la formation offerte. Les trois régions ont toutefois démontré, par le biais de leurs procédures, le souci de répondre aux huit étapes du modèle d'intervention médicosociale, d'offrir des services adaptés aux victimes d'AS âgées de moins de 18 ans et de travailler en collaboration avec les différents partenaires du réseau. La situation actuelle des services offerts démontre ainsi que malgré la mise sur pied du « Protocole d'intervention médicosociale » (MSSS, 2004a), il demeure ardu de répondre aux principes de bases de l'organisation des services, et ce, malgré les efforts fournis par les différents acteurs.

Les difficultés observées concernant la mise en place des services peuvent être en partie attribuables aux contextes régionaux. En effet, la difficulté à attirer des professionnels qualifiés, la crainte des victimes à ne pas être anonyme et l'accès plus difficile à un CD compte tenu du vaste territoire couvert par chacun d'entre eux, peut influencer l'efficacité des services offerts en région. Cela dit, une meilleure communication entre les différents acteurs conjuguée à des données compilées uniformément permettrait de mieux déterminer l'impact du contexte sociodémographique sur la qualité des services offerts.

Données sur les victimes, utilisation des trousses et caractéristiques des agressions sexuelles

Considérant le peu de données disponibles, l'hétérogénéité des données recueillies et les erreurs d'entrées de données, il s'est avéré difficile de documenter les caractéristiques des victimes d'AS de moins de 18 ans, mais également le type d'AS subi. En outre, des informations contenant certaines aberrations, susmentionnées dans la section méthodologie, ont été compilées et empêchent une lecture juste et précise des services offerts. Pourtant, la comptabilisation des données administratives est le seul moyen d'avoir des statistiques sur les procédures en place. Les résultats de l'essai doivent être interprétés avec prudence.

L'étude Collin-Vézina, Dion et al. (2011), indique que le nombre total de victimes ayant reçu des services dans les 62 CD à l'étude entre 2002 et 2010 est de 11 069. Bien que le calcul du nombre de victimes reçues dans les CD des trois régions à l'étude n'ait pu se faire depuis 2002, 532 victimes ont été desservies au sein de 19 CD étudiés. Il s'agit donc, d'une faible proportion de fréquentations considérant que les 19 CD des trois régions étudiées représentent près de 30 % des effectifs provinciaux. Les régions sont sujettes à une plus grande homogénéité de la clientèle desservie où l'anonymat est moins probable (Logan et al., 2005), ce qui a pu décourager certaines victimes à se présenter dans les CD, ou encore amener les intervenants à ne pas recueillir des données sur celles-ci par crainte de se faire reconnaître. Rappelons que le manque d'anonymat est le principal facteur explicatif qui distingue les communautés rurales des grands centres en terme de fréquentation (Logan et al., 2005). Il est possible que le contexte particulier

des régions ait contribué au peu d'informations recueillies concernant les victimes, ainsi qu'à une moins grande fréquentation des CD par celles-ci. S'ajoute au contexte des régions éloignées, le nombre d'habitants par région, l'année du début de comptabilisation des données administratives et de l'implantation des CD, qui diffèrent pour chaque région, en plus de la diversité des données comptabilisées qui varient également d'une région à une autre ou entre différents CD d'une même région. Des études futures sont donc nécessaires afin de mieux comprendre les disparités observées.

L'analyse des données administratives a tout de même permis de mettre en relief certaines tendances générales en lien avec les victimes âgées de moins de 18 ans. Sur la base des données fournies, bien qu'il soit impossible de connaître le nombre de victimes âgées de moins de 18 ans desservies par chacun des CD des trois régions à l'étude, les résultats obtenus permettent de constater que celles-ci représentent entre 21 et 45 % de la clientèle. Ce résultat est moins élevé que la moyenne obtenue pour l'ensemble des victimes rencontrées dans les CD du Québec (68,3 %) lorsque les analyses incluent Montréal, où l'on retrouve des centres hospitaliers spécialisés auprès d'une clientèle infantile (p. ex., CHU Ste-Justine) qui font augmenter le pourcentage de victimes âgées de moins de 18 ans (Collin-Vézina, Dion et al., 2011). Toutefois, lorsque Montréal est exclu des analyses, les données obtenues dans la présente étude rejoignent ceux observés dans l'ensemble du territoire québécois (Collin-Vézina, Dion et al., 2011).

Rappelons que les données fournies par les trois régions à l'étude ont permis de constater que la majorité des CD a précisé les interventions utilisées (trousses

médicolégales, trousses médicosociales, examens médicaux sans trousse). Cette spécificité quant au type d'intervention préconisé diffère de la tendance générale observée au sein de la majorité des CD (52) du territoire québécois qui n'a pas précisé s'ils utilisent les trousses et si tel est le cas, lesquelles (Collin-Vézina, Dion et al., 2011). Le nombre total des trousses administrées sur l'ensemble du territoire québécois entre 2002 et 2010 s'élève à 20 443. De ce nombre, 519 trousses ont été administrées au sein des trois régions à l'étude, représentant ainsi moins de 3 % du nombre total de trousses administrées au Québec. Ce total d'interventions posées à partir de trousses est faible lorsque l'on considère que les 19 CD régionaux étudiés représentent près de 30 % des CD provinciaux.

Réflexion sur le modèle idéal

Tel qu'il a été démontré auparavant, les données recueillies n'ont permis que très partiellement de répondre aux objectifs initiaux. De plus, les résultats obtenus jusqu'à maintenant semblent indiquer qu'il existe une disparité et une variabilité dans les services offerts, notamment en ce qui a trait à l'offre pour les mineurs. Est-ce que les CD sont suffisamment adaptés aux besoins spécifiques des jeunes victimes? Considérant le rôle joué par la DPJ et le besoin de minimiser la détresse que peuvent créer de multiples interventions effectuées par une variété d'intervenants (Smith et al., 2006; Murphy et al., 2009), serait-il mieux de privilégier un seul endroit? Par exemple, à Montréal, il existe le Centre d'expertise Marie-Vincent qui vient en aide aux enfants victimes d'AS âgées de moins de 12 ans (Fondation Marie-Vincent, n.d). Les victimes qui se présentent dans ce

centre n'ont pas à se présenter ailleurs puisque tous les services qui doivent être offerts aux victimes d'AS sont réunis au même endroit (p. ex., investigation de l'AS, évaluation, traitement). Les services offerts par ce centre s'apparentent au modèle CAC où l'on retrouve également l'ensemble des services destinés aux jeunes victimes (Walsh, Jones, & Cross, 2003). Au Québec, de nombreuses questions en lien avec le travail de concertation effectué restent à clarifier. Est-ce que davantage de concertation entre la DPJ et le réseau de CD québécois serait nécessaire? D'autres milieux devraient-ils être davantage impliqués afin d'apporter du soutien à l'enfant (p. ex., école)? Ces questions devraient faire l'objet d'études pour mieux comprendre les divers impacts des services offerts sur cette clientèle, pour définir les besoins des victimes et mettre en place les meilleurs services possible.

Smith et ses collègues (2006), ont comparé les services offerts par un CAC versus ceux offerts par la protection de la jeunesse. Les analyses ont démontré un plus haut taux de participation des autorités dans l'enquête, d'interventions médicales posées et de preuves cumulées lorsque les victimes ont fait appel aux services rendus par le CAC (Smith et al., 2006). De plus, il a été démontré que les services offerts par les CAC diminuent les facteurs de risque reliés à l'AS, en plus d'offrir une meilleure gestion des services immédiats offerts aux victimes (Edinburgh et al., 2008; Smith et al., 2006; Crime Against Children Research Center, 2004). Rappelons également le souci et la créativité démontrée par ces centres afin de rendre des services qui tiennent compte

des caractéristiques sociodémographiques de la communauté dans laquelle la victime réside (Walsh, Jones, & Cross, 2003).

Les services offerts dans les CD québécois pourraient prendre appui sur le modèle des CAC en ce qui a trait aux mineurs puisque les retombées positives et la qualité des interventions, validées empiriquement, auprès de victimes âgées de moins de 18 ans, ne sont plus à démontrer (Edimburg et al., 2008; Smith et al., 2006). Plus de concertation entre les différents partenaires du réseau de même que la mise en place d'une salle distincte de la salle d'urgence typique retrouvée dans la majorité des 19 points de services étudiés, apparaissent être les premières étapes concrètes et réalisables menant à des interventions centrées sur les besoins spécifiques des jeunes victimes et leur famille.

Dans leur étude, Collin-Vézina, Dion et al., (2011) soulignent l'importance, pour de prochaines recherches, de recueillir davantage d'informations sur l'expérience des enfants et des adolescents victimes d'AS qui ont besoin de services. En effet, l'accent est généralement mis sur l'efficacité des programmes proposés et il serait important de s'attarder à ce que vit une victime lors de son passage dans un CD. Il importe tout de même que des études soient réalisées sur les CD, peu importe l'angle étudié, comme ce fut le cas pour les SANE et les CAC, puisque sans la recherche et ses données, il est impossible de définir le meilleur modèle à offrir.

Implications cliniques et recommandations

La présente étude a mis en lumière la nécessité d'uniformiser l'information contenue dans les grilles. En effet, il est impossible, sur la base de données discordantes, voire absentes, de tracer le portrait de l'organisation des services offerts aux victimes âgées de moins de 18 ans ayant fréquenté un des 19 CD à l'étude. Collin-Vézina, Dion et al. (2011), recommandent également l'utilisation d'une telle grille (voir Annexe 2) puisque la variabilité du contenu des grilles utilisées, leur exhaustivité de même que leur complétion varient pour l'ensemble des régions du Québec. De plus, ces derniers proposent une procédure explicite de transmission de l'information entre la personne ressource et le répondant régional. Compte tenu des résultats obtenus pour les trois régions à l'étude, ces propositions semblent des plus justifiées. L'application de ces deux recommandations permettrait d'obtenir des informations plus factuelles sur les services rendus et sur les caractéristiques des populations étudiées. De plus, il serait possible de dégager des indices de fidélité visant à évaluer la congruence entre le modèle de service conçu initialement versus les services offerts actuellement.

Le modèle de grille préliminaire proposé par Collin-Vézina, Dion et al. (2011) pourrait se voir bonifié en tenant compte des facteurs de risque (p. ex., isolement social, présence de troubles mentaux chez la mère, présence de violence conjugale et de consommation d'alcool dans le milieu familial) associés à l'AS (Bowen, 2000; Kellogg & Menard, 2003; Fleming et al. 1997; Ray et al., 1991), de même que sur la situation d'AS (p. ex., lieu de l'AS), en fonction de l'âge et de la victime. En effet, ces

informations permettraient de dresser un tableau comparatif des victimes ayant eu recours aux services offerts par les CD pour chacune des régions du Québec, en plus d'ouvrir la porte à des recherches plus aiguises sur l'adéquation des services offerts en réponse aux caractéristiques des victimes et des AS subies.

Bien que les données administratives compilées dans le cadre de cette étude ne peuvent, à elles seules, permettre l'évaluation de la congruence entre le modèle et les services réellement rendus, elles soulignent le manque de mécanismes standardisés pour colliger les données liées aux services. Rappelons que des erreurs d'entrées de données ont été retrouvées parmi les CD à l'étude. La saisie des données dans chacun des 19 CD peut expliquer une partie de ces erreurs et souligne à nouveau l'importance de s'assurer que chaque répondant ait en main une grille synthèse uniforme permettant d'optimiser la comptabilisation et l'analyse des données recueillies. La mise sur pied d'un fichier préprogrammé (p. ex., dans Excel) qui effectuerait les calculs nécessaires suite à l'entrée de données serait tout indiquée afin d'amenuiser ces erreurs. Dans le but de faciliter d'ultérieures études sur les services offerts aux mineurs, il serait pertinent que ce fichier regroupe les tranches d'âge en fonction des lois applicables pour les services offerts aux victimes âgées de plus ou moins de 14 ans. Définir et analyser les facteurs qui ont influencé la fidélité de l'implantation des services apparaît également être une voie à privilégier pour de futures études, sans quoi, la mise en place de services adaptés ne peut rester que partielle.

La présente étude a également questionné le rôle du contexte particulier des régions sur les services offerts aux victimes. Considérant qu'il n'existe actuellement aucune étude concernant l'organisation des services offerts aux victimes d'AS habitant dans les différentes régions du Québec, il serait des plus pertinents que la communauté scientifique québécoise évalue concrètement l'impact du contexte géographique particulier des régions, de la densité de la population s'y retrouvant, de même que des facteurs reliés aux ressources disponibles sur l'accessibilité et l'efficacité des CD. Par exemple, est-ce que les médecins sont outillés adéquatement pour utiliser les trousses médicolégales auprès des victimes mineures, s'ils ne voient qu'une victime par année dans leur CD?

Afin d'atteindre les principaux objectifs visés par la création d'un réseau de CD, notamment en ce qui a trait à la diminution de la variabilité et de la disparité des services offerts, un suivi plus étroit sur le déroulement de l'implantation des CD devrait être fait afin d'éviter des retards marqués tels qu'observés dans deux des trois régions de l'étude. Des efforts supplémentaires de concertation et de coordination doivent également être fournis par les différents partenaires œuvrant auprès des victimes d'AS dans chacune des trois régions à l'étude. Pour ce faire, les services québécois pourraient prendre appui sur la philosophie des CAC, plus spécifiquement en regard de l'importance accordée au travail en équipe multidisciplinaire (Walsh, McMillam, & Jamieson, 2003).

Outre le criant besoin d'une grille uniforme à utiliser à travers le réseau de CD québécois, il ressort également de cette étude le besoin de formations spécifiques en lien

avec les interventions à privilégier pour les jeunes victimes. Dans son évaluation sommaire d'une formation destinée aux intervenants sociaux et aux infirmières qui travaillent auprès de personnes victimes d'AS dans les CD de la région de Lanaudière, Thériault (2010), recommande de poursuivre la recherche sur la formation des intervenants en CD puisqu'à ce jour, il n'existe aucune formation officielle en français, spécifiquement adaptée à la réalité de la pratique dans les CD québécois. La présente étude confirme la validité d'une telle recommandation compte tenu du manque d'homogénéité retrouvé au sein des trois régions.

Le FRQSC et le MSSS (2009), ont dénoncé, dans leur appel de proposition, le fait que les services existants étaient peu connus des victimes. À la lumière des résultats obtenus, il est possible de constater qu'il y eut peu d'évolution sur ce point, à moins que la diffusion des services n'ait pas été consignée par les CD. Dans ce contexte, un plan de diffusion visant à promouvoir les services offerts par les CD pourrait être mis en place à travers le territoire québécois, par exemple via le développement d'un site internet et par de la promotion dans les principaux milieux de vie des enfants et adolescents, et des parents de ces derniers (p. ex., école, camp de jour).

En somme, la mise en application de ces quelques recommandations pourrait contribuer à l'émergence d'une organisation de services qui répond davantage aux objectifs visés par l'appel de proposition du MSSS (2009).

Limites de l'étude

La principale limite découlant de cet essai doctoral est certainement la difficulté liée à la collecte de données en elle-même. Le roulement du personnel semble expliquer en partie le défi qu'a représenté la collecte de données. En effet, il s'avère que les personnes ressources changent régulièrement de poste de sorte que, lorsque des précisions s'imposaient sur les données obtenues, le nouveau répondant n'était pas en mesure d'apporter les clarifications nécessaires (p. ex., l'année à laquelle ont été mandatés les CD de leur région, pourquoi l'année 2007-2008 de la région 04 n'a pas été comptabilisée, quelle formation est offerte aux intervenants, quelles sont les mesures de promotion prises). S'ajoute à cette limite, le fait que les données annuelles des différentes régions n'ont pu être comparées entre elles puisqu'elles n'ont pas été recueillies au cours des mêmes périodes de référence. Il serait pertinent que l'ensemble des CD québécois utilisent les mêmes périodes de référence dans la compilation des données, ce qui permettrait de comparer avec plus de justesse les services offerts entre eux.

Une autre limite de cet essai doctoral a trait aux indices de fidélité. Le présent essai n'a pu, sur la base des données obtenues, recueillir suffisamment d'informations permettant d'établir des indices de fidélité s'appuyant sur le modèle conçu initialement. Le degré d'implantation n'a donc pu être évalué quantitativement tel que recommandé dans la littérature scientifique (Paulsell, Kisker, Love, & Raikes, 2002).

Pour parvenir à répondre de façon exhaustive à la mise en place de nos deux objectifs principaux, d'autres démarches auraient été nécessaires. Celles-ci pourraient faire l'objet d'études futures. Par exemple, compte tenu des difficultés liées à la variabilité des données obtenues, des entrevues avec le personnel traitant dans les CD permettraient d'établir un meilleur niveau de connaissances sur la situation des CD en région éloignée, notamment pour évaluer si les procédures écrites sont réalisées concrètement dans la pratique. Ces entrevues permettraient de mieux comprendre la réalité des CD dans un contexte régional particulier, en plus de préciser les besoins des intervenants pour offrir des services adaptés aux victimes qu'ils desservent. Rencontrer les victimes mineures et leurs parents pour évaluer leurs besoins et voir si les services répondent à ces besoins serait également nécessaire.

Hormis ces limites, les résultats obtenus jusqu'à maintenant indiquent également que, malgré l'implantation complétée des 19 CD à l'étude, il subsiste plusieurs problèmes quant à l'organisation des services. En effet, il semble que certains CD manquent de ressources disponibles, administrent peu de trousse par année, n'ont pas l'équipement ou les installations adéquates (p. ex., absence de frigidaire pour conserver les trousse médicolégales, aucune salle privée pour l'accueil des victimes), n'ont pas reçu de formation, ou encore, ne sont pas spécialisés dans l'intervention auprès des enfants. Ces constats sont d'autant plus étonnantes que les CD ont été implantés dans ces régions depuis 4 à 10 ans. Pour pallier ces difficultés, le modèle des CD québécois devrait prendre appui sur le modèle SANE qui vise à dispenser des soins standardisés aux

victimes, peu importe l'endroit où elles se trouvent (Ahrens et al., 2000; Campbell et al., 2006). Par exemple, il importe d'encourager le développement d'équipes pluridisciplinaires, où le partenariat avec la police, les centres d'aide aux victimes, les services de protection de l'enfance et d'autres organismes communautaires sont clairement établis et où tout un chacun connaît la disponibilité et le rôle précis joué par son collaborateur (Du Mont & Parmis, 2003). Rappelons qu'Ahrens et al. (2000) a démontré qu'une expérience organisationnelle de longue date, une bonne collaboration avec les autres organismes impliqués dans la communauté et la consultation avec des tables de concertation en AS sont des facteurs déterminants pour des services optimaux. En documentant les raisons rendant compte des retards d'implantation, il aurait été possible de mieux comprendre où ces retards se sont vus complexifiés et ainsi pouvoir émettre des recommandations plus concrètes répondant davantage aux besoins découlant des particularités régionales.

Conclusion

En 2001, la nécessité d'implanter une organisation de services destinés aux victimes d'agression sexuelle en situation d'urgence médicale, médicolégale et sociale était devenue incontournable compte tenu de la disparité des services observée (FRQSC & MSSS, 2009). C'est dans ce contexte qu'un réseau d'organisation de CD sur l'ensemble du territoire québécois a vu le jour. Rappelons que ce réseau de CD se veut un modèle unique d'intervention pour l'ensemble de la province, et ce, malgré les enjeux particuliers auxquels doivent faire face les CD implantés dans les régions éloignées du Québec.

L'objectif de cette recherche était double. Elle visait, d'une part, à évaluer de quelle façon le modèle d'intervention médicosociale a été implanté au sein du Saguenay-Lac-Saint-Jean (région 02), de la Mauricie-Centre-du-Québec (région 04) et de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine (région 11) en documentant l'organisation des services s'y retrouvant. D'autre part, elle visait à décrire les caractéristiques des enfants et adolescents victimes d'AS (p. ex., âge, sexe, langue d'usage) qui ont fréquenté un des 19 CD de ces trois régions entre 2002 et 2010 ainsi que les caractéristiques des AS subies par ces victimes (p. ex., type, fréquence, identité de l'agresseur).

Certains problèmes attribuables à la collecte et à la saisie des données administratives ont influencé la réalisation de ces deux objectifs initiaux, notamment les données manquantes, l'hétérogénéité des données recueillies, la compilation parfois discordante de ces données de même que la variabilité des procédures utilisées. Le dépouillement des données administratives s'est donc vu grandement complexifié par ces limites

empêchant du même coup, 1) d'obtenir des statistiques représentatives des services offerts dans les 19 CD des régions étudiées, 2) de dresser un portrait des victimes âgées de moins de 18 ans se présentant en ces centres et 3) d'établir la congruence entre le plan de service conçu initialement et son implantation. Le roulement de personnel a également nui à l'obtention d'informations et de clarifications nécessaires à une juste compréhension de la mise en place des services offerts de même que du suivi de ces services. L'écart entre le plan d'intervention conçu initialement, qui se retrouve sur des procédures papier, et ce qui se fait concrètement dans la pratique, est une autre problématique ayant pu contribuer à la non-atteinte des objectifs initiaux.

Si, en termes de résultats, les objectifs initiaux n'ont été que partiellement remplis, le présent essai doctoral a contribué à l'augmentation des connaissances en témoignant de la situation actuelle dans trois régions administratives du Québec. En effet, elle a permis de faire ressortir la disparité des procédures utilisées, de mettre en relief certaines tendances générales en lien avec les victimes âgées de moins de 18 ans, de réfléchir sur les impacts associés au contexte géographique et sociodémographique particulier de ces trois régions et de constater l'importance des interventions qui y sont posées, et ce, malgré le fait qu'elles soient sous-estimées par les données manquantes. De plus, considérant qu'à ce jour, aucune étude n'avait été réalisée sur les services offerts aux victimes âgées de moins de 18 ans habitant en région, cette recherche se veut pionnière sur la question. Les résultats obtenus peuvent ainsi être considérés comme une ébauche des efforts qui seront à fournir au cours des prochaines années pour parvenir à une

adéquation optimale des services offerts aux besoins de victimes habitant en région. En effet, cette étude a levé le voile sur plusieurs questions qui méritent de faire l'objet d'analyses plus approfondies. Par exemple, est-ce que les ressources régionales et sous-régionales ont reçu un mandat clair et des moyens d'agir? Dans quelle mesure les huit étapes du modèle d'intervention médicosociale sont-elles appliquées? Est-ce que tous les intervenants ont reçu une formation spécifique concernant l'intervention auprès des enfants et adolescents? Est-ce que le faible nombre de victimes relevées au sein des 19 CD à l'étude est attribuable à la méconnaissance des gens sur les services existants, ou encore sur la crainte que la demande de service ne soit pas anonyme compte tenu d'une situation régionale qui augmente les chances de rencontrer quelqu'un de connu? Cela amène à se questionner sur le modèle unique offert par le réseau de CD. Est-ce que les difficultés liées au contexte sociodémographique conjuguées aux difficultés d'implantation susmentionnées ne démontrent pas la pertinence d'adapter davantage le modèle conçu initialement en fonction des particularités de chaque région? La communauté scientifique devra se pencher sur ces questions pour parvenir à apporter des réponses concrètes quant au niveau d'implantation des CD québécois en région de même que des facteurs ayant influencé cette implantation.

C'est dans cette visée que cet essai doctoral a proposé des pistes d'action visant à améliorer l'offre des services offerts en région. Il apparaît, en ce sens, essentiel d'uniformiser l'information contenue dans les grilles, de s'appuyer sur les données probantes afin d'une part, de s'assurer d'offrir des services de qualité validés

empiriquement et d'autre part, de tenir à jour les compétences de chaque intervenant œuvrant auprès de cette vulnérable clientèle. En ce sens, il va de soi que des critères régissant la formation offerte à l'ensemble des intervenants doivent être mis en place.

Force est de constater que malgré l'importance qu'accordent nos décideurs gouvernementaux au caractère inacceptable et criminel qu'est l'AS, d'autres mesures et politiques sociales doivent être érigées pour parvenir à améliorer et consolider les services offerts. Pour ce faire, la recherche dans ce domaine doit être grandement encouragée et soutenue financièrement. Les résultats de recherches futures auront des implications importantes pour les chercheurs, les décideurs gouvernementaux ainsi que pour les intervenants œuvrant quotidiennement auprès d'une clientèle de jeunes gens, pour qui les risques associés à cette expérience de vie traumatisante ont été largement documentés.

Références

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. (2004). *Modèle d'organisation des services pour l'intervention médico-socio-judiciaire auprès des victimes d'agression sexuelle et de leurs proches en Estrie (enfants, adolescentes, adolescents, femmes, hommes)*. Sherbrooke, Québec: Auteur.

Ahrens, C. E., Campbell, R., Wasco, S. M., Aponte, G., Grubstein, G., & Davidson II, W. S. (2000). Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) programs: Alternative systems for service delivery for sexual assault victims. *Journal of Interpersonal Violence, 15*, 921-943.

Allard-Dansereau, C., & Frappier, J.-Y. (2012). L'intervention médicale et médicolégale auprès des enfants et adolescents victimes d'agression sexuelle. Dans M. Hébert, M. Cyr & M. Tourigny (Éds), *L'agression sexuelle envers les enfants: Tome II. Santé et Société* (pp. 97-147). Québec, Québec: Les Presses de l'Université du Québec.

Association des centres jeunesse du Québec. (2011). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/ directeurs provinciaux: la violence change l'enfance*. Récupéré à :http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc45b54a12b27e38017be2da39/mes_documents/bilans/acj1101_bilan_dpj_2011_v7.pdf

Association Québécoise d'établissement de santé et de services sociaux. (2005). *Fiche d'information – Loi modifiant le Code des professions page 3 de 8 et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (L.Q., 2002, c. 33) Projet de loi no 90.* Récupéré à :
http://www.aqessss.qc.ca/docs/public_html/evenemen/Loi90/Fiche_info_no%208.pdf

Billette, V., Guay, S., & Marchand, A. (2005). Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle: synthèse des écrits. *Santé mentale au Québec, 30*, 101-120.

Black, T., Trocme, N., Fallon, B., & MacLaurin, B. (2008). The Canadian child welfare system response to exposure to domestic violence investigations. *Child Abuse & Neglect 32*, 393–404.

Booth, B. M., Ross, R. L., & Rost, K (1999). Rural and urban problem drinkers in six southern states. *Substance Use & Misuse, 34*, 471-493.

Bowen, K. (2000). Child abuse and domestic violence in families of children seen for suspected sexual abuse. *Clinical Pediatric, 39*, 33-40

- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A Longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22, 1065-1078
- Campbell, R., Patterson, D., Adams, A. E., Diegel, R. & Coats, S. (2008). A participatory evaluation project to measure SANE nursing practice and adult sexual assault patients' psychological well-being. *Journal of Forensic Nursing*, 4, 19-28.
- Campbell, R., Patterson, D., & Lichty, L. F. (2005). The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) programs: A review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma, Violence and Abuse*, 6, 313-328
- Campbell, R., Townsend, S. M., Long, S. M., Kinnison, K. E., Pulley, E. M., Adames, S. B., & Wasco, S. M. (2006). Responding to sexual assault victims' medical and emotional needs: A national study of services provided by SANE programs. *Research in Nursing & Health*, 29, 384-398.
- Campbell, R., & Wasco, S. M. (2005). Understanding rape and sexual assault: 20 years of progress and future directions. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 127-131.
- Center on Child Abuse and Neglect. (2000). *Children's Advocacy Centers in Indian Country*. Washington, DC : U.S. Department of Justice.
- Chen, H-T. (2005). Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation and effectiveness. London: Sage publications, inc.
- Collin-Vézina, D., Dion, J., Hébert, M., Sylva, D., Gagnier, C., & Pelletier, S. (2011). *Organisation des services pour les victimes d'agression sexuelle au Québec : portrait et pistes d'action* [Rapport d'étape]. Québec : Fonds québécois de recherche sur la société et la culture – Programme des actions concertées et ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Collin-Vézina, D., Hébert, M., & Dion, J. (2009). *Organisation des services pour les victimes d'agression sexuelle au Québec: Portrait et pistes d'action* [demande de subvention]. Québec: Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture.
- Collin-Vézina, D., Hélie, S., & Roy, C. (2011). Augmentation récente de l'incidence de l'agression sexuelle au Québec. Dans M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis* (pp. 8-15). Montréal, Québec: Cifas et Institut Philippe-Pinel de Montréal.
- Crimes Against Children Center Research. (2012). *Multi-site evaluation of children's Advocacy Centers (CACs)*. Récupéré du site Web de University of New Hampshire: http://www.unh.edu/ccrc/multi-site_evaluation_children.html

- Dagenais, C., Nault-Brière, F., Dupont, D., & Dutil, J. (2008). Implementation and effects of a service coordination program for youths and their families in complex situations: A mixed evaluation design. *Children and Youth Services Review*, 30, 903-913.
- Daigneault, I., Hébert, M., & McDuff, P. (2009). Men's and women's childhood sexual abuse and victimization in adult partner relationships: A study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 33, 638-647.
- DeLeon, P. H., Wakefield, M., & Hagglund, K. J. (2003). The behavioral health care needs of rural communities. Dans B. H. Stamm (Éd), *Rural behavioral health care: An interdisciplinary guide* (pp. 23-31). Washington, DC: American Psychological Association.
- Derhammer, F., Lucente, V., Reed, J. F., & Young, M. J. (2000). Using a SANE interdisciplinary approach to care of sexual assault victims. *Joint Commission community outcomes. Trauma, Violence and Abuse*, 6, 313-328.
- Dion, J., Bouchard, J., Gaudreault, L., & Mercier, C. (2012). L'agression sexuelle envers les enfants ayant une déficience intellectuelle : de l'évaluation au traitement. Dans M. Hébert, M. Cyr & M. Tourigny (Éds), *L'agression sexuelle envers les enfants: Tome II. Santé et Société* (pp. 10-54). Québec, Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Dumas, J. E., Lynch, A. M., Laughlin, J. E., Smith, E. P., & Prinz, R. J. (2001). Promoting intervention fidelity conceptual issues, methods, and preliminary results from the early alliance prevention trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 20, 38-46.
- DuMont, J., & Parnis, D. (2003). Forensic nursing in the context of sexual assault: Comparing the opinions and practices of nurse examiners and nurses. *Applied Nursing Research*, 16, 173-183.
- DuMont, J., White, D., & McGregor, M. J. (2009). Investigating the medical forensic examination from the perspectives of sexually assaulted women. *Social Science & Medicine*, 68, p.774-780.
- Edinburgh, L., Saewyc, E., & Levitt, C. (2008). Caring for young adolescent sexual abuse victims in a hospital-based children's advocacy center. *Child Abuse & Neglect*, 32, 1119-1126.
- Fallon, B., Trocme, N., Fluke, J., MacLaurin, B., Tonmyr, L., & Yuan, Y. Y. (2010). Methodological challenges in measuring child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 34, 70-79.

- Fehler-Cabral, G., Campbell, R., & Patterson, D. (2011). Adult sexual assault survivors' experiences with sexual assault nurse examiners (SANEs). *Journal of Interpersonal Violence, 26*, 3618-3639.
- Fergusson, D. F., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect, 32*, 607-619.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 18*, 409-417.
- Finkelhor, D., & Dziuba-Leatherman, J. (1994). Children as victims of violence: A national survey. *Pediatrics 94*, 413-420.
- Fleming, J., Mullen, P., & Bammer, G. (1997). A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood. *Child Abuse & Neglect, 21*, 49-58.
- Fondation Marie-Vincent. (n.d.). *Mission et vision*. Récupéré du site web de la Fondation Marie-Vincent à :<http://www.marie-vincent.org/fr/a-propos-de-la-fondation/mission-vision>
- Fonds de recherche québécois sur la société et la culture et ministère de la santé et des services sociaux. (2009). *Appel de proposition: l'évaluation du modèle d'organisation de services des centres désignés pour les victimes d'agression sexuelle*. Québec: Auteur.
- Fortin, M.-F. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives (2e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.
- Freyd, J. J., Putnam, F. W., Lyon, T., Becker-Blease, K. S., Cheit, R. E., Siegel, N. B., & Pezdek, K. (2005). The science of child sexual abuse. *Science, 308*, 501.
- Goldman, J. D. G., & Padayachi, U. K. (2000). Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research. *The Journal of Sex Research, 37*, 305-314.
- Gouvernement du Québec. (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec: Auteur.
- Gouvernement du Québec. (2007). *Rapport sur la mise en œuvre des engagements gouvernementaux 2001-2006: Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec: Auteur.

- Gouvernement du Québec. (2008). *Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle*: Repéré à: http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Violence/plan-actionagressions-sexuelles_2008-2013.pdf
- Gouvernement du Québec. (2010a). *Toutes les agressions sexuelles sont criminelles. Ensemble: témoins, proches, victimes, dénonçons à la police*. Récupéré du site web «Agressionssexuelles» du gouvernement du Québec à: <http://www.agressionssexuelles.gouv.qc.ca/fr/ressourc esaide/victimes/saguenay-lac-saint-jean.php>
- Gouvernement du Québec. (2010b). *Ressources d'aide pour victime dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean*. Récupéré du site web «Agressions sexuelles» du gouvernement du Québec à: <http://www.agressionssexuelles.gouv.qc.ca/fr/ressourc esaide/victimes/saguenay-lac-saint-jean.php>
- Hébert, M., Robichaud, M., Tremblay, C., Saint-Denis, M., Damant, D., Lavoie, F., Rinfret-Raynor, M. (2002). Des interventions préventives et des services d'aide directe aux victimes en matière d'agression sexuelle : description des pratiques québécoises. Montréal, Québec: CRI-VIFF.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of Childhood Sexual Abuse and Timing of Disclosure in a Representative Sample of Adults From Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631-636.
- Holmes, G. R., Offen, L., & Waller, G. (1997). See no evil, hear no evil, speak no evil: Why do relatively few male victims of childhood sexual abuse receive for abuse-related issues in adulthood? *Clinical Psychology Review*, 17, 69-88.
- Institut de la statistique du Québec (2012). *Coup d'œil sur les régions*. Récupéré du site web de l'Institut de la statistique du Québec à : http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/region_00/region_00.htm
- International Association of Forensic Nurses (2010). *Certification renewal handbook*. Récupéré à : <http://www.iafn.org/displaycommon.cfm?an=5>
- Kellogg, N. D., & Menard, S. W. (2003). Violence among family members of children and adolescents evaluated for sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1367-1376.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Lab, D. D., Feigenbaum, J. D., & De Silva, P. (2000). Mental health professionals'attitudes and practices towards male childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 24, 391-409.

- Ledray, L. E. (1999). *Sexual assault nurse examiner (SANE) development and operation guide*. Repéré à: <http://www.ojp.usdoj.gov/ovc/publications/infores/sane/saneguide.pdf>
- Ledray, L. E. (2005). Data on SANE programs crucial to refining de specialty, improving care. *Journal of Forensic Nurse*, 1, 187-188.
- Ledray, L. E., & Simmelink, K. (1997). Efficacy of SANE evidence collection: A Minnesota study. *Journal of Emergency Nursing*, 23, 75-77
- Logan, T. K., Evans, L., Stevenson, E., & Jordan, C. E. (2005). Barriers to services for rural and urban survivors of rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 591-616.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29, 647-657.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004a). *Guide d'intervention médicosociale: pour répondre aux victimes d'agression sexuelle, enfants, adolescentes, adolescents, femme et hommes. Intervenons ensemble. Les agressions sexuelles : STOP*. Québec : Auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004b). *Protocole d'intervention médicosociale : organisation des services et grandes lignes de l'intervention. Pour répondre aux victimes d'agression sexuelle, enfants, adolescentes, adolescents, femme et hommes. Intervenons ensemble. Les agressions sexuelles : STOP*. Québec : Auteur.
- Ministère de la Sécurité publique. (2006). *Les Agressions sexuelles au Québec. Statistiques 2004*. Québec : Auteur.
- Ministère de la Sécurité publique. (2010). *Statistiques 2008 sur les agressions sexuelles au Québec*. Québec : Auteur.
- Murphy, S. B., Potter, S. J., Stapleton, J. G., Wiesen-Martin, D., & Pierce-Weeks, J. (2009). Findings from Sexual Assault Nurse Examiners (SANE): A case study of New Hampshire's pediatric SANE database. *Journal of Forensic Nursing* 6, 163–169.
- Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., ... Martin, N. G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59, 139-145

- Office on Violence Against Women. (2004). *A national protocol for sexual assault medical forensic examinations : Adults/adolescents* (NCJ 206554). Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- Paul, L. A., Gray, M. J., Elhai, J. D., Massad, P. M., & Stamm, B. H. (2006). Promotion of evidence-based practices for child traumatic stress in rural populations: Identification of barriers and promising solutions. *Trauma, Violence, & Abuse*, 7, 260-273.
- Paulsell, D., Kisker, E. E., Love, J. M., & Raikes, H. H. (2002). Understanding implementation in Early Head Start programs: Implications for policy and practice. *Infant Mental Health Journal*, 23, 14-35.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 328-338.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.
- Ray, K. C., Jackson, J. L., & Townsley, R. M. (1991). Family environments of victims of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Journal of Family Violence*, 6, 365-374.
- Agence de santé et de services sociaux de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2003). *Document de formation sur l'intervention psychosociale auprès des victimes d'agression sexuelle*. Trois-Rivières, Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Smith, D. W., Witte, T. H., & Fricker-Elhai, A. E. (2006). Service outcomes in physical and sexual abuse cases: A comparison of child advocacy center-based and standard services. *Child Maltreat*, 11, 354-360.
- Stermac, L., Dunlap, H. & Bainbridge, D. (2005). Sexual assault services delivered by SANEs. *Journal of Forensic Nursing*, 1, 124-128.
- Stoltenborgh, M., IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16, 79-101.
- Sullivan, P. M., & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1257-1273.

- Thériault, J. (2010). *Évaluation sommaire d'une formation destinée aux intervenants sociaux et aux infirmières qui travaillent auprès de personnes victimes d'agression sexuelle dans les centres désignés de la région de Lanaudière* (Mémoire de maîtrise). Université McGill, Montréal, Québec.
- Tourigny, M., & Baril, K. (2011). Les agressions sexuelles durant l'enfance: ampleur et facteurs de risque. Dans M. Hébert, M. Cyr & M. Tourigny (Éds.) , *L'agression sexuelle envers les enfants: Tome I. Santé et société* (pp. 7-50). Québec, Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Tourigny, M., & Dufour, H. M. (2000). *La consommation de drogue ou d'alcool en tant que facteur de risque des agressions sexuelles envers les enfants : une recension des écrits*. Montréal, Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Tourigny, M., Gagné, M.-H., Joly, J., & Chartrand, M.-È. (2006). Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Revue canadienne de santé publique*, 97, 109-113.
- Tourigny, M., & Guillot, M. L. (1999). Conséquences entourant la prise responsable par les services sociaux et judiciaires des enfants (0-17 ans) victimes d'agression sexuelle. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Tourigny, M., Hébert, M., Joly, J., Cyr, M., & Baril, K. (2008). Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32, 331-335.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., ... Cloutier, R. (2005). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003: données principales*. Ottawa, Ontario: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- Trute, B., Adkins, M. E., MacDonald, G. (1994). *Coordinating child sexual abuse services in rural communities*. Toronto, Ontario: University of Toronto Press.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1998). *Child Maltreatment 1996: Reports from the States to the National Child Abuse and Neglect Data System*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Valla, J.P., Bergeron, L. (1994). L'épidémiologie de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Paris : PUF.
- Walsh, C., MacMillan, H. L., & Jamieson, E. (2003). The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: Finding from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1409-1425.

- Walsh, W., Jones, L., & Cross, T. (2003). Children's Advocacy Center: One philosophy, many models. *American Professional Society on the Abuse of Children Advisor*, 15, 3-7.
- Widom, C. S., & Morris, S. (1997). Accuracy of adult recollections of childhood victimization: Part 2. Childhood Sexual Abuse. *Psychological Assessment*, 9, 34-46.
- Wolfe, V. V. (2007). Child Sexual Abuse. In E. J. Mash et R. A. Barkley (Eds.).*An assessment of childhood disorders*. New York : Guilford.

Annexe A

Étapes du modèle d'intervention médicosociale

Description sommaire des huit étapes du modèle d'intervention médicosociale

1. Accueil et soutien émotionnel : On laisse d'abord le temps à la victime de s'exprimer et de préciser ses besoins. L'intervenante ou l'intervenant soutient la victime dans ses démarches.
2. Orientation de l'intervention : Cette étape consiste à déterminer si on fera un examen médical ou médicolégal et, par conséquent, quels instruments seront utilisés. On s'assure également que les consentements requis ont été obtenus.
3. Histoire médicosociale : On évalue l'ensemble des besoins de la victime et on détermine les examens et les prélèvements pertinents. L'histoire médicosociale est consignée sur les formulaires de la trousse médicolégale ou de la trousse médicosociale sans prélèvements médicolégaux.
4. Examen médical : Cet examen inclut, si cela est pertinent, un examen gynécologique et génital, un test de grossesse et le dépistage des infections transmises sexuellement.

OU

Examen médicolégal : Cet examen comprend un examen médical et les prélèvements de la trousse médicolégale.

5. Soins et traitements : Cette étape inclut, si cela est pertinent, la prévention d'une grossesse ou des ITS, le traitement des lésions et des ITS ainsi que la prescription d'anxiolytiques.
6. Information et soutien, signalement au directeur de la protection de la jeunesse, déclaration à la police et références : Cette étape inclut, selon les circonstances, le signalement au directeur de la protection de la jeunesse, l'accompagnement dans la déclaration à la police, la prise de rendez-vous pour les suivis médical et psychosocial, la remise de pièces justificatives qui seront nécessaires à la victime pour justifier une absence au travail ou à l'école ainsi que la transmission des coordonnées d'organismes appropriés tels que les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractères sexuelles (CALAV), les centres d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC), les maisons d'hébergement, les centres d'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC), etc.
7. Suivi médical : Cette étape consiste à évaluer les symptômes généraux de nature somatique, à déceler une grossesse, à dépister et à traiter des ITS, etc.
8. Suivi psychosocial : Cette étape consiste à aider les victimes et leurs proches à composer avec les réactions et les séquelles consécutives à une agression sexuelle.

Annexe B

Courrier électronique envoyé aux répondants des CD

DESTINATAIRES: Aux répondants et répondantes identifiés pour chacun des centres désignés.

DATE: 15 octobre 2010

OBJET: Projet de recherche concernant l'évaluation de l'implantation des services offerts aux victimes d'agression sexuelle, Phase 1 : Collecte de données administratives.

Madame, Monsieur,

C'est avec grand plaisir que nous mettons sur pied la première étape de la recherche portant sur l'implantation des services offerts aux victimes d'agression sexuelle dans les centres désignés, en collaboration avec le Fonds québécois de recherche sur la santé et la culture (FQRSC) et le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS).

Nous vous contactons car vous avez été identifié en tant que répondant ou répondante pour le centre désigné dans lequel vous œuvrez. Il n'y a aucun doute que le succès de cette recherche repose sur une étroite collaboration entre les chercheurs et les intervenants des milieux et, en ce sens, nous vous remercions d'avoir accepté de participer avec nous sur ce projet.

La première étape de cette recherche vise, notamment, (1) à documenter le niveau de fidélité de l'implantation des services dans chacun des centres désignés à travers le Québec en regard du modèle d'intervention médicosociale en huit étapes développé en 2002, (2) à décrire la clientèle ayant reçu des services dans chacun des centres désignés, et (3) à documenter l'utilisation des trousseaux médicolégale et médicosociale.

Dans le cadre de cette première étape, seules des données administratives seront recueillies. Nous sollicitons votre participation afin de nous transmettre des documents officiels (rapports annuels, rapports administratifs internes, procès-verbaux, compte-rendu, grilles de données) au sujet des services offerts pour les victimes d'agression sexuelle depuis l'implantation du centre désigné dans lequel vous travaillez. Nous sommes conscients que la qualité et la quantité des documents varieront d'un centre à un autre.

Ces documents devront être envoyés avant le **15 novembre 2010** à l'attention de Monsieur David Silva (Centre de recherche sur l'enfance et la famille, Université McGill, 3506 rue Université, suite 106, Montréal, Québec, H3A 2A7).

Nous sommes à votre disposition pour répondre à toute question ou commentaire que cette démarche susciterait. N'hésitez pas à contacter la chercheure principale, Dre Delphine Collin-Vézina (514-398-7058 ou delphine.collin-vezina@mcgill.ca) ou le

coordonateur de cette recherche, Monsieur David Silva (514-398-6783 ou david.silva1@mail.mcgill.ca).

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

Delphine Collin-Vézina, chercheure principale
Martine Hebert et Jacinthe Dion, co-chercheures

Annexe C

Grille préliminaire

Organisation des services pour les victimes d'agression sexuelle au Québec. Portrait et pistes d'action

Grille exemple (préliminaire)

Données sur la victime :

ID de l'accompagnateur

Âge

Genre

Langue d'usage

Appartenance ethnique

Données sur l'agresseur :

Âge

Genre

Lien avec victime

Données sur la situation D'AS :

Fréquence

Types

Lieu de l'aggression

Drogue

Données sur le processus :

Référant

Plainte

Quart de travail de l'intervenant

Titre de l'intervenant (i.e., TS, Infirmière, etc.)

Signalement à la DPJ

Référence

Intervention médicosociale

1. Accueil et soutien émotionnel
2. Orientation de l'intervention
3. Histoire médicosociale
4. Examen médical ou examen médicolégal
5. Soins et traitements
6. Information et soutien, signalement à la DPJ, déclaration à la police et références
7. Suivi médical
8. Suivi psychosocial

Données sur le Centre désigné :

Dépliant

Modèle d'intervention type (Aide-mémoire - Résumé d'une page)

Protocole adapté

Grille synthèse du cas

Compte-rendu des rencontres

Problématiques rencontrées



Tableaux

Tableau 1

Totaux du nombre de victimes et services offerts en fonction du sexe et de l'âge des victimes pour les six CD de la région 02 depuis leur implantation

Année	Nb		Nb TML	<18		Âge		Sexe	
	Victimes	TMS		Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	M	F
2002	1	0	1	Inconnu	Inconnu	100%	Inconnu	Inconnu	100%
2003	2	0	2	Inconnu	Inconnu	100%	Inconnu	Inconnu	100%
2004	7	0	7	Inconnu	Inconnu	100%	Inconnu	14,3 %	85,7 %
2005	20	0	20	10 %	15 %	75 %	5 %	50 %	45 %
2006	30	0	30	3,3 %	3,3 %	93,3 %	3,3 %	53,3 %	43,3 %
2007	14	0	14	7,1 %	14,3 %	78,6 %	7,1 %	85,7 %	7,1 %
2008	21	0	21	4,8 %	9,5 %	85,7 %	Inconnu	66,7 %	33,3 %
2009	17	0	17	Inconnu	29,4 %	70,6 %	Inconnu	58,8 %	41,2 %
2010	15	0	15	6,7 %	26,7 %	66,7 %	6,7 %	93,3 %	0 %
2011	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	100%	Inconnu	Inconnu	100%
Total	127	0	127	4,7 %	13,4 %	81,9 %	3,1 %	60,6 %	36,2 %

TMS= trousse médicosociale; TML= trousse médicolégale; <18= plus petit que 18 ans; >=18= plus grand ou égale à 18 ans; M= masculin; F= féminin. Note : Aucune donnée n'a été comptabilisée pour deux CD de la région 02.

Tableau 2

Taux du nombre de victimes desservies et des services offerts en fonction du sexe et de l'âge des victimes pour les cinq CD de la région 04 depuis leur implantation

Année ^a	Nb Victimes	Nb TML	Nb TMS	Sans trousse	<18	>=18	Âge		Sexe	
							Inconnu	M	F	Inconnu
2003	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	100%	Inconnu	Inconnu	100%
2004	27	21	6	0	51,9 %	48,1 %	0 %	7,4 %	88,9 %	3,7 %
2005	59	46	16	2	40,7 % ^b	61 % ^b	-1,7 % ^b	10,2 %	89,8 %	0 %
2006	62	38	24	1	46,8 %	53,2 %	0 %	6,5 %	90,3 %	3,2 %
2007	75	50	24	0	52 %	48 %	0 %	10,7 %	89,3 %	0 %
2008	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	100%	Inconnu	Inconnu	100%
2009	23	15	6	0	34,8 %	65,2 %	0 %	4,3 %	95,7 %	0 %
2010	49	33	14	0	38,8 %	61,2 %	0 %	8,2 %	89,8 %	2 %
2011	66	44	17	0	43,9 %	56,1 %	0 %	3 %	97 %	0 %
Total	361	247	107	3	44,9 %	55,4 %	-0,3 % ^b	7,5 %	91,4 %	1,1 %

TMS= trousse médicosociale; TML= trousse médicolégale; <18= plus petit que 18 ans; >=18= plus grand ou égale à 18 ans; M= masculin; F= féminin.

^a Année : du 1^{er} avril de l'année exprimée jusqu'au 31 mars de l'année suivante.

^b Âge : dans la répartition de l'âge des victimes pour l'année 2004, on retrouve une victime de plus que dans le nombre de victimes rapportées, d'où la valeur négative pour le pourcentage d'âge inconnu.

Tableau 3

Totaux du nombre de victimes desservies et des services offerts en fonction du sexe et de l'âge des victimes pour les huit CD de la région 11 depuis leur implantation

Année	Nb Victimes	Nb TML	Nb TMS	Sans trousse	<18	>=18	Âge		Sexe	
	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	M	F	Inconnu
2002	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	100%	Inconnu	Inconnu	100%
2003	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	100%	Inconnu	Inconnu	100%
2004	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	100%	Inconnu	Inconnu	100%
2005	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	100%	Inconnu	Inconnu	100%
2006	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	100%	Inconnu	Inconnu	100%
2007	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	100%	Inconnu	Inconnu	100%
2008	15	8	1	0	33,3 %	53,3 %	13,3 %	0 %	100 %	0 %
2009	22	16	6	0	59,1 %	40,9 %	0 %	22,7 %	77,3 %	0 %
2010	8	8	0	0	37,5 %	62,5 %	0 %	0 %	100 %	0 %
2011	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	Inconnu	100%	Inconnu	Inconnu	100%
Total	45	32	7	0	46,7 %	48,9 %	4,4 %	11,1 %	88,9 %	0 %

TMS= trousse médicosociale; TML= trousse médicolégale; <18= plus petit que 18 ans; >=18= plus grand ou égale à 18 ans; M= masculin; F= féminin.

Note : Aucune donnée n'a été comptabilisée pour deux CD de la région 11.

Tableau 4

Résumé des procédures utilisées de la région 11

Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine (région 11)	
Étapes du modèle d'intervention médicosociale et procédures utilisées	
1. Accueil et soutien émotionnel	-Tableau portant sur le suivi de gestion de l'intervention initiale auprès des victimes (6/8).
2. Orientation de l'intervention	-Tableau portant sur le suivi de gestion de l'intervention initiale auprès des victimes (6/8).
3. Histoire médicosociale	Procédure non indiquée.
4. Examen médical ou médicolégal	-Tableau portant sur le suivi de gestion de l'intervention initiale auprès des victimes (6/8).
5. Soins et traitements	-Tableau portant sur le suivi de gestion de l'intervention initiale auprès des victimes (6/8).
6. Information et soutien, signalement à la DPJ, déclaration à la police et références	-Tableau portant sur les modalités d'implication de l'intervenant de la DPJ dans le cadre de l'intervention médicosociale auprès des mineurs (6/8).
7. Suivi médical	-Tableau portant sur le suivi de gestion de l'intervention initiale auprès des victimes (6/8).
8. Suivi psychosocial	-Tableau portant sur le suivi de gestion de l'intervention initiale auprès des victimes (6/8).
Procédures adaptées aux mineurs	-Tableau portant sur le suivi de gestion de l'intervention initiale auprès des victimes (6/8). -Document portant sur les modalités d'implication de l'intervenant de la DPJ auprès des mineurs (6/8).
Autres procédures	-Grille d'évaluation régionale sur les services offerts aux victimes d'AS (6/8). -Algorithme des services d'urgence médicosociale (1/8). -Protocole d'intervention médicosociale auprès des victimes d'AS (5/8).

Note= Compte tenu de la non-homogénéité des procédures utilisées entre les huit CD de la région 11, le nombre de CD utilisant la procédure décrite est indiqué entre parenthèse pour chaque CD chez qui des données administratives ont été recueillies (6/8).

Tableau 5
Résumé des procédures utilisées de la région 04

Étapes du modèle d'intervention médicosociale et procédures utilisées	Mauricie-Centre-du-Québec (région 04)
1. Accueil et soutien émotionnel	-Documents portant sur la trousse médicosociale avec ou sans prélèvement médicolégal.
2. Orientation de l'intervention	-Questionnaire recueillant les informations relatives à l'orientation des interventions. - Documents portant sur la trousse médicosociale avec ou sans prélèvement médicolégal.
3. Histoire médicosociale	-Procédure non indiquée.
4. Examen médical ou médicolégal	- Documents portant sur la trousse médicosociale avec ou sans prélèvement médicolégal.
5. Soins et traitements	-Documents portant sur la trousse médicosociale avec ou sans prélèvement médicolégal.
6. Information et soutien, signalement à la DPJ, déclaration à la police et références	- Documents portant sur la trousse médicosociale avec ou sans prélèvement médicolégal. -Signalement effectué systématiquement à la DPJ s'il y a lieu.
7. Suivi médical	- Documents portant sur la trousse médicosociale avec ou sans prélèvement médicolégal.
8. Suivi psychosocial	- Documents portant sur la trousse médicosociale avec ou sans prélèvement médicolégal.
Procédures adaptées aux mineurs	-Document portant sur l'intervention médicosociale adapté aux mineurs.
Autres procédures	-Feuille de vérification des étapes d'une intervention médicosociale et médicolégale avec spécifications sur le rôle de chaque intervenant. - Procédures à suivre en cas d'intoxication : Document portant sur la collecte de données si intoxication volontaire. -Protocole d'entente : état de situation des victimes d'intoxication involontaire, victimes d'AS ou non.

Tableau 6

Résumé des procédures utilisées de la région 02

Étapes du modèle d'intervention médicosociale et procédures utilisées	Saguenay-Lac-Saint-Jean (région 02)
1-Accueil et soutien émotionnel	-Document portant sur la procédure à suivre lors d'une situation d'AS (1/6). -Document portant sur les démarches pour les victimes d'AS (1/6). -Protocole et procédures de soins pour victimes d'AS (1/6).
2-Orientation de l'intervention	-Document portant sur la procédure à suivre lors d'une situation d'AS (1/6). -Document portant sur les démarches pour les victimes d'AS (1/6). -Protocole et procédures de soins pour victimes d'AS (1/6).
3-Histoire médicosociale	-Document portant sur la procédure à suivre lors d'une situation d'AS (1/6). -Document portant sur les démarches pour les victimes d'AS (1/6). -Protocole et procédures de soins pour victimes d'AS (1/6).
4-Examen médical ou médico-légal	-Document portant sur la procédure à suivre lors d'une situation d'AS (1/6). -Document portant sur les démarches pour les victimes d'AS (1/6). -Protocole et procédures de soins pour victimes d'AS (1/6).
5-Soins et traitements	-Document portant sur la procédure à suivre lors d'une situation d'AS (1/6). -Document portant sur les démarches pour les victimes d'AS (1/6). -Protocole et procédures de soins pour victimes d'AS (1/6).
6- Information et soutien, signalement à la DPJ, déclaration à la police et références	-Document portant sur la procédure à suivre lors d'une situation d'AS pour personne de moins de 18 ans (1/6). -Protocole et procédures de soins pour victimes d'AS (1/6).
7-Suivi médical	-Document portant sur la procédure à suivre lors d'une situation d'AS (1/6). -Document portant sur les démarches pour les victimes d'AS (1/6). -Protocole et procédures de soins pour victimes d'AS (1/6).
8-Suivi psychosocial	-Document portant sur la procédure à suivre lors d'une situation d'AS (1/6). -Document portant sur les démarches pour les victimes d'AS (1/6). -Protocole et procédures de soins pour victimes d'AS (1/6).
Procédures adaptées aux mineurs	-Document portant sur la procédure à suivre lors d'une situation d'AS (1/6). -Ordonnances collectives pour victimes âgées de 12 ans et plus (1/6). -Protocole et procédures de soins pour victimes d'AS (1/6).
Autres procédures	-Évaluation de la qualité : Procédures d'accompagnement pour les victimes d'AS de l'Agence de santé et des services sociaux de l'Outaouais (1/6). -Liste d'obstacles (1/6). -Document portant sur les attitudes à privilégier (1/6). -Formation offerte aux infirmières (1/6). -Aide mémoire : examens de labo (1/6) -Numéro de téléphone des différentes ressources (1/6). -Modèle d'organisation des services (1/6).

Note= Compte tenu de la non-homogénéité des procédures utilisées entre les six CD de la région 02, le nombre de CD utilisant la procédure décrite est indiqué entre parenthèses pour chaque CD chez qui des données administratives ont été recueillies (4/6).