

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Organisation des services pour les victimes d'agression sexuelle au Québec: portrait et pistes d'action

Chercheur principal

Delphine Collin-Vézina, U. McGill

Co-chercheur(s)

Jacinthe Dion, U. du Québec à Chicoutimi

Martine Hébert, U. du Québec à Montréal

Établissement gestionnaire de la subvention

U. McGill

Numéro du projet de recherche

2010-AS-136939

Titre de l'Action concertée

Évaluation modèles organisation-Centres désignés victimes d'agressions sexuelles

Partenaire(s) de l'Action concertée

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)

et Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC)

Table des matières

Section A : CONTEXTE DE LA RECHERCHE	2
Section B : PISTES DE SOLUTION, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS	8
Limites de la recherche	8
Messages-clés découlant de la recherche	9
Recommandations et pistes d'actions	14
Section C : MÉTHODOLOGIE	19
Données administratives	19
Sondages et entrevues auprès des répondants et professionnels des CD	20
Entrevues avec les victimes et les parents de victimes	21
Section D : RÉSULTATS	22
Données administratives	22
Sondages auprès des professionnels des CD	25
Méthode Delphi auprès des répondants régionaux	28
Entrevues avec les victimes et les parents de victimes	31
Section E : PISTES DE RECHERCHE	32
Section F : RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE	34

Section A : CONTEXTE DE LA RECHERCHE

La problématique des agressions sexuelles (AS) a connu une reconnaissance sociale remarquable dans les dernières décennies. Au Québec, plusieurs initiatives gouvernementales, dont les Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle en 2001¹ et le Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle 2001-2006², ont jeté les bases de l'intervention auprès des victimes à travers le territoire québécois. Dans cette foulée, le concept des centres désignés (CD) a été développé parce qu'on observait, notamment, que l'accessibilité aux services pour les victimes d'AS était difficile dans plusieurs régions du Québec³. Les CD sont des établissements du réseau de la santé et des services sociaux destinés aux victimes d'AS (enfants, adolescents(tes), femmes et hommes), désignés par les Agences de la santé et des services sociaux pour mener l'intervention médicosociale auprès des victimes d'AS et offrir des services médicaux aux victimes, dans un contexte de partenariat avec d'autres organismes.

L'implantation des CD visait plusieurs objectifs, dont : offrir des services complets et de qualité aux victimes d'AS dans toutes les régions du Québec; uniformiser l'intervention; et assurer une meilleure formation des intervenants⁴. Les CD de chacune des régions du Québec ont été identifiés en tenant compte des particularités des différentes régions et de leur population, notamment l'étendue du territoire et les services existants dans la région. Aujourd'hui, 77 CD sont répartis dans la province, représentant 80 équipes de professionnels car certains CD disposent d'un volet adulte distinct du volet pédiatrique (voir **annexe A** pour la liste des CD).

Plus d'une décennie après le déploiement de cette structure de services à l'échelle provinciale, le degré d'implantation des services offerts dans les CD nécessite d'être évalué et les enjeux, documentés. L'évaluation de la capacité de chacun des CD de maintenir une organisation de services qui répond aux besoins

des victimes d'AS est d'autant plus importante que, au courant des années 2000, une hausse du nombre d'AS rapporté aux autorités québécoises a été notée⁵. Cette hausse de l'incidence des AS implique qu'un plus grand nombre de victimes requerront des services de prise en charge par le système de la santé et des services sociaux, ce qui justifie d'autant plus de mener l'évaluation de l'implantation du modèle d'organisation des services des CD en AS.

Selon le modèle développé au départ, les équipes médicosociales des CD devaient être composées d'intervenantes psychosociales, d'infirmières, et de médecins formés¹ pour aider les victimes d'AS qui, eux, collaborent avec d'autres personnes-clés, telles que policiers, intervenants en protection de la jeunesse, procureurs et intervenants des organismes communautaires⁶. Le modèle d'intervention médicosociale mis sur pied initialement pour les CD s'articulait autour de huit étapes³.

1. Accueil de la victime d'AS et soutien émotionnel : Les victimes sont accueillies, soutenues dans leur démarche et non jugées.

2. Orientation : Cette étape consiste à déterminer quels instruments seront utilisés (examens et prélèvements pertinents). On s'assure également que les consentements requis ont été obtenus.

3. Histoire médicosociale : Une entrevue est menée avec les victimes pour recueillir leur récit des événements.

4. Examens médical et médico-légal, tests et prélèvements: Cet examen peut comporter des tests et prélèvements médicaux, un test de grossesse et le dépistage des infections transmises sexuellement (ITS), incluant l'utilisation des trousses médico-légales (incluant des prélèvements médico-légaux) ou médicosociales (sans prélèvements médico-légaux). La trousse médico-légale devrait être privilégiée lorsque les quatre conditions suivantes sont remplies : L'AS remonte à moins de cinq jours; la victime a donné son consentement à l'examen médico-légal; la victime porte plainte auprès de la police ou est susceptible de le faire dans les 14 jours à venir; des prélèvements sont indiqués (par exemple s'il y a une possibilité de trouver du matériel biologique de l'agresseur). Les prélèvements médico-légaux sont généralement constitués de matériel biologique trouvé directement sur le corps de la victime ou sur ses vêtements et sont analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale. Les

¹ En raison de la forte prévalence de femmes exerçant le métier d'infirmière et d'intervenante psychosociale, le féminin sera utilisé dans le présent rapport.

prélèvements pourraient servir de preuve dans les démarches judiciaires.

5. Soins et traitements : Cette étape inclut, si cela est pertinent, la prévention d'une grossesse ou des infections transmises sexuellement (ITS), le traitement des lésions et des ITS ainsi que la prescription d'anxiolytiques.

6. Information et soutien, signalement aux services de protection de la jeunesse, déclaration à la police et références : Cette étape inclut, par exemple, le signalement aux services 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.

7. Suivi médical : Cette étape consiste à effectuer un suivi de nature médical, une première fois deux semaines après la première visite, et une deuxième fois trois mois plus tard.

8. Suivi psychosocial : Cette étape consiste à aider les victimes et leurs proches à composer avec les réactions et les séquelles consécutives à une AS ce qui, selon le modèle, pourrait être offert dans un délai court, tel que deux semaines après l'évènement, ou trois mois plus tard lorsque le processus de récupération est amorcé.

Le degré d'implantation des services selon le modèle d'intervention médicosociale en huit étapes reste toutefois à être documenté pour chacun des 77 CD. En effet, la mise en place d'équipes spécialisées et de services en lien avec les huit étapes du modèle d'intervention ne semblerait pas s'être effectuée de façon homogène à travers les CD⁷. Bien qu'un modèle unique d'intervention des CD ait été proposé pour l'ensemble de la province en 2002, il semble que certains centres aient rencontré des difficultés particulières dans la mise en place des services, particulièrement dans les régions rurales couvrant un large territoire. D'autres facteurs, notamment ceux liés aux organisations et aux ressources, pourraient également jouer un rôle dans la disparité des services à l'échelle provinciale. Les recherches menées aux États-Unis pour évaluer les facteurs liés au succès de l'implantation de services pour victimes de viol (*Sexual Assault Nurse Examiner, SANE*), ont mis en évidence qu'une expérience organisationnelle de longue date, une bonne collaboration avec les autres organismes impliqués, et la consultation

avec des tables de concertation en AS⁸ favorisaient une bonne implantation des services. Une seconde recherche a démontré que la clarification des rôles et des responsabilités de chacun des intervenants influençait positivement le degré d'implantation de services pour les enfants victimes d'AS⁹.

Toutefois, plusieurs différences existent entre le modèle SANE et celui des CD, ce qui ne permet pas de généraliser d'emblée ces résultats de recherches au contexte québécois (voir **annexe B** pour un tableau récapitulatif et une recension exhaustive des études portant sur le modèle SANE). Alors que les médecins, les infirmières et les intervenantes psychosociales forment le noyau des équipes des CD, ce sont les infirmières qui agissent comme pivot dans le modèle SANE; les médecins ne sont impliqués que dans les cas d'agressions les plus sévères. Les rôles dont doivent s'acquitter les infirmières examinatrices SANE englobent les besoins affectifs, médicolégaux et psychologiques des victimes. Elles sont régulièrement appelées à témoigner en cour en tant qu'expertes. Elles reçoivent une formation spécifique exhaustive (40 à 96 heures) qui leur confère le titre réservé d'infirmière SANE et doivent participer à des activités de formation continue accréditée. Bien qu'étant un modèle d'intervention validé en sol américain, l'approche SANE comporte également des limites. D'abord, les infirmières SANE semblent être impliquées plus spécifiquement dans des agressions récentes qui nécessitent, par exemple, la collecte de preuves médicolégales, alors que les équipes des CD ont un mandat beaucoup plus élargi. À cet effet, notons que les recherches ont surtout démontré l'efficacité de du programme SANE pour répondre aux besoins des femmes adultes ayant vécu un viol. Aussi, les intervenants psychosociaux ne sont pas intégrés dans le modèle d'intervention SANE. Les infirmières dirigent plutôt les victimes aux centres d'aide locaux. Finalement, les budgets pour les programmes SANE ne sont pas garantis, car ils reposent sur des levées de fonds et des contributions d'organismes privés, plutôt que d'être subventionnés par les gouvernements comme le sont les CD.

À notre connaissance, une seule étude québécoise a été menée avant la mise en place de la présente démarche de recherche pour décrire les services offerts dans les CD et présentée par Madame Caroline de Brouwer, répondante régionale en AS de la Montérégie¹⁰. Ainsi, l'analyse de 1137 dossiers de victimes d'AS ayant reçu des services dans un des CD de la Montérégie entre 2002 et 2008 nous apprend que la moitié des victimes sont des enfants et des adolescents (53%) et que 90% sont de sexe féminin. La majorité d'entre elles désire porter plainte aux autorités policières immédiatement (62%) ou d'ici les prochains 14 jours (20%). Les agressions impliquant une pénétration constituent la moitié des dossiers en CD (48%), bien que chez les mineurs cette proportion soit moins importante (38%). Un seul agresseur est impliqué dans plus du trois-quarts des dossiers (78%). La majorité des victimes connaissent leur agresseur (72%), une proportion encore plus élevée chez les victimes mineures (82%). Les références proviennent le plus souvent de la police (32%) ou des intervenants de la ligne téléphonique Info-Santé (13%). Les services de la protection de la jeunesse sont le référent dans près de 18% des dossiers impliquant des mineurs. Dans 69% des dossiers, les victimes se sont présentées dans un délai de cinq jours et moins depuis l'agression. Chez les mineurs, cette proportion chute à 52%. Les trousse médicolégales ont été administrées dans une proportion presque deux fois plus grande que les trousse médicosociales (dans 625 et 365 dossiers, respectivement). Toutefois, chez les victimes d'âge mineur, c'est la trousse médicosociale qui est plus fréquemment utilisée. On remarque également une utilisation en croissance de la trousse médicolégale, passant de 81 en 2002 à 123 en 2007. En tout, la trousse médicolégale a été administrée à 80% des victimes qui se sont présentées dans le délai de cinq jours depuis les agressions commises. Ces données offrent un premier aperçu fort intéressant des caractéristiques des victimes d'AS recevant des services dans les CD et des interventions fournies par les professionnels, mais ce portrait ne

peut être généralisé à l'ensemble de la province et ne permet pas d'explorer et de documenter les défis et enjeux rencontrés dans l'implantation des services.

La présente démarche de recherche visait à **évaluer, à l'échelle provinciale, l'implantation des services pour les victimes d'AS dans l'ensemble des CD du Québec depuis 2002**. Les objectifs poursuivis étaient d'évaluer si les CD répondent effectivement aux mandats d'accessibilité, de continuité, et de complémentarité des services pour les victimes d'AS ainsi que de concertation et de coordination entre les différents partenaires impliqués dans la problématique des AS. Ce mandat origine du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'AS et il est détaillé à travers le Guide d'intervention médicosociale auprès des victimes d'AS. L'objectif ultime de cette évaluation est de répondre à la question suivante: **que peut-on dire de la capacité des CD à mettre en place les services prévus dans le cadre de l'intervention médicosociale en soutien aux victimes d'AS?** De façon plus spécifique, le besoin de recherche s'articule autour de trois préoccupations: l'organisation des services, les besoins des victimes d'AS et l'utilisation des outils. La présente démarche de recherche ne constitue pas une évaluation de la *qualité* des services; il s'agit plutôt d'une première démarche systématique pour documenter le *degré d'implantation* de ces services à travers la province, sur laquelle pourra s'appuyer des études évaluatives futures.

L'étude allie des méthodes quantitatives et qualitatives et regroupe trois niveaux de données : des données administratives recueillies auprès des personnes ressources des 77 CD, des sondages menés auprès des professionnels œuvrant dans les CD (médecins, infirmières, intervenantes psychosociales), des entrevues avec des répondants régionaux en matière d'AS, et des entrevues auprès de victimes et de parents de victimes mineures. Cette approche multiple est reconnue comme la plus valide pour répondre à des questions de recherche liées à l'implantation de nouveaux services d'intervention^{11,12}. L'élaboration de chacune des

dimensions repose sur des principes établis dans des recherches similaires menées aux États-Unis par le Dr Campbell, chercheuse éminente dans le domaine des services offerts aux victimes de viol^{13,14,15,16} et provenant de guides internationaux en matière de mesures de prise en charge en AS¹⁷.

Section B : PISTES DE SOLUTION, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS

Limites de la recherche : De nombreux enjeux liés aux approbations des établissements et des comités d'éthique à la recherche (CÉR) ont eu un impact majeur sur la présente démarche de recherche (**annexe C**). En effet, il s'est avéré difficile de mener cette recherche à l'échelle provinciale dans un contexte où 77 établissements différents étaient impliqués, chacun doté d'une structure différente pour fournir une approbation pour les études menées auprès de sa clientèle ou de ses intervenants. Ainsi, l'équipe de recherche s'est butée à des refus de la part de la Direction Générale (DG) de plusieurs établissements, des Directeurs et Directrices de l'Organisation des Services (DOS) ou de personnes ressources pour participer à plusieurs étapes de la recherche, et ce, malgré le contexte de l'Action concertée du FRQ-SC en partenariat avec le MSSS. Malgré de nombreux rappels et de remises de date limite afin de tenir compte des contraintes des milieux impliqués, plusieurs CD n'ont finalement pas participé à l'ensemble de la démarche, parce qu'ils ont refusé ou n'ont jamais donné suite à nos tentatives de les rejoindre. Parmi de nombreux facteurs pouvant expliquer cette situation, et particulièrement pour les CD n'ayant pas de CÉR, les démarches menant à l'approbation de la DG ou des DOS ne semblent pas toujours bien définies ou connues des gestionnaires d'établissement. Le mécanisme encadrant l'examen éthique d'un projet multicentrique n'apporte aucune solution à ce problème puisque la DG ou les DOS des établissements doivent donner leur accord dans ce contexte également. L'approbation de la recherche étant à la discrétion de la DG ou des DOS, nous

avons eu à faire face à des situations délicates. Par exemple, des DG ont refusé de participer à la présente recherche, en expliquant que de nombreux projets sur des thèmes autres que les services pour les victimes d'AS étaient déjà en cours, alors que les personnes ressources de ces CD manifestaient un intérêt à collaborer. Également, des DOS ont refusé que des répondants régionaux en AS participent à certaines étapes de la recherche parce qu'ils étaient trop nouvellement en poste.

Outre les enjeux éthiques, des facteurs organisationnels ont également nui à une collecte uniforme de données, la plus importante étant le roulement de personnel dans les CD. Ainsi, uniquement au cours des premiers 18 mois de la recherche, les personnes ressources de plusieurs centres ont changé (à notre connaissance, au moins 14 personnes ressources ont changé de postes). Les répondants régionaux de six régions ont changé au cours de la même période; un poste est resté vacant pendant plusieurs mois. Considérant le peu de protocoles écrits concernant les mécanismes liés à la recherche dans les établissements, les interlocuteurs qui étaient nouvellement en poste ne pouvaient pas disposer d'information suffisante. Dans ce contexte, il était difficile de maintenir une collaboration soutenue entre les milieux et l'équipe de recherche.

Sur la base de cette expérience, il nous apparaît que la structure actuelle pour mener des recherches à l'échelle provinciale dans les établissements de santé et de services sociaux, incluant les examens éthiques de projets multicentriques, présente plusieurs défis ; elle ne fait pas l'objet de directives claires et est méconnue de plusieurs gestionnaires. Cette structure pourrait être clarifiée par le MSSS et les Agences afin de développer des mécanismes d'évaluation de projets et d'approbation éthique simplifiés et communs à l'ensemble des établissements, particulièrement dans le cadre de projets qui impliquent plusieurs établissements.

Messages-clés découlant de la recherche : Les résultats qui découlent de cette recherche apportent un aperçu fort intéressant de l'implantation des services

dans les CD, et ce, malgré les embûches rencontrées et décrites préalablement. Les collectes de données administratives, auprès des professionnels et des répondants régionaux (dont les méthodologies et les résultats sont présentés dans les sections C et D) démontrent que les services pour les victimes d'AS dans les CD sont bel et bien déployés dans la presque totalité des régions du Québec, et plus récemment dans la région 17 (Nunavik), ce qui répond au mandat d'accessibilité des services pour les victimes à travers la province. Seule la région 18 n'a pas d'établissement identifié comme CD. Les 77 CD sont principalement des CSSS et des hôpitaux, sauf le Centre pour victimes d'agression sexuelle de Montréal qui est un organisme communautaire autonome en lien étroit avec le CSSS de la Montagne, et l'organisme Viol-Secours dans la région de la Capitale qui est un organisme communautaire (CALACS), dont le rôle est d'accompagner les victimes à travers le processus de services dans les CD (toutefois, cet organisme était listé dans notre liste initiale fournie par le MSSS en tant que CD lors de la mise sur pied de cette recherche). De façon générale, alors que le rôle des CD dans la trajectoire de services semble bien défini pour les victimes d'AS dont l'abus date de moins de cinq jours ou lorsqu'une victime est mineure, une plus grande complexité de services est notée pour les victimes adultes dont l'abus date de plus de cinq jours. Dans certains cas, les CD ne peuvent offrir la gamme de services stipulée dans le modèle d'intervention, en raison de contraintes de disponibilités (absence du pédiatre, notamment lorsque les médecins occupent un temps partiel ou sont en congé de maternité) ou lorsque l'équipe des CD n'est pas encore en fonction par manque de personnel ou de formation. Dans ce contexte, les victimes doivent attendre que le personnel soit disponible ou sont dirigées vers un autre CD, voire une autre région, ce qui n'est pas optimal selon le modèle initial des services en CD qui prône l'accessibilité des services pour les victimes d'AS dans leur région.

La présente recherche confirme que les victimes sont le plus souvent de sexe féminin, bien qu'environ 10% sont des garçons ou des hommes. Pour l'ensemble

des CD du Québec, on compte un nombre similaire de victimes adultes que de victimes mineures, bien que ce profil ne reflète pas nécessairement l'expérience de soins de chaque CD puisque certains centres, notamment en milieu urbain, offrent des services pédiatriques et d'autres aux adultes uniquement. Les centres se distinguent également par un nombre très variable de personnes ayant vécu une AS nécessitant leurs services. En fait, la moitié des centres ont offert des services à moins de 30 personnes durant la période couverte par la présente recherche (2002-2010). Ce nombre restreint de cas vus par les professionnels pourrait limiter le développement de l'expertise de fine pointe dans les CD, particulièrement dans un contexte de manque de formations continues offertes aux professionnels des centres, tel que noté par les répondants régionaux. Il est à noter que le roulement de personnel important dans les centres, que ce soit les professionnels travaillant dans les CD, les personnes ressources ou les répondants régionaux en AS, constitue aussi une barrière au développement de l'expertise. Le recrutement et la rétention de personnel qualifié dans les régions éloignées constituent un défi de taille pour les CD.

L'étude confirme que les interventions sont le plus souvent menées en collaboration entre un médecin, une infirmière et une intervenante psychosociale, ou un médecin et une infirmière. Rarement, l'intervention est effectuée par un seul de ces professionnels, ce qui s'avère conforme au modèle d'intervention préconisée pour les CD. L'intervention moyenne auprès d'une victime est d'environ 2h. Les rôles et responsabilités de chacun des professionnels dans l'offre de services semblent relativement bien établis. Les CD ont adopté différents modèles quant au professionnel responsable de l'intervention (pivot) et au professionnel responsable de recueillir l'histoire médicosociale (étape 3 du modèle d'intervention en CD), ce qui est conforme avec le modèle initial des CD qui suggère une certaine flexibilité dans la répartition des rôles. Les références médicales et psychosociales à l'interne ou à l'externe (étapes 7 et 8) ne semblent toutefois pas être effectuées

systématiquement à travers les CD, ou à tout le moins cette information n'est pas toujours colligée. D'ailleurs, les CD diffèrent grandement quant aux mécanismes mis en place pour colliger des informations au sujet des victimes d'AS se présentant dans leur établissement, ce qui limite l'appréciation holistique des services rendus dans les CD et rend les comparaisons très difficiles à réaliser. À cet effet, l'étude démontre un manque de cohérence entre les données de la RAMQ et les informations compilées dans chacun des CD. Outre le manque de données fiables pour bien représenter l'étendue des services offerts, les répondants régionaux sont nombreux à croire que le manque de suivi ou de rétroaction auprès des professionnels du CD suite à leur intervention auprès d'une victime d'AS nuit au bon déploiement des services (par ex. : utilité de la trousse médico-légale lors des poursuites judiciaires).

En général, les professionnels des CD rapportent que les ressources matérielles sont disponibles dans leur centre (salle, instruments médicaux, aide-mémoire, documents administratifs, rangement pour les prélèvements), mais un quart d'entre eux mentionne qu'il n'y a pas de salle spécifique attribuée aux victimes d'AS (qu'elle soit exclusive aux victimes d'AS ou non). En termes de ressources de temps, les répondants régionaux sont nombreux à estimer le temps consacré au dossier d'AS beaucoup trop faible pour coordonner efficacement les services dans leur région. Le pourcentage de temps consacré à ce dossier est aussi peu que 5% pour certains des répondants régionaux qui doivent jongler avec plusieurs dossiers dont les thèmes sont extrêmement variés, ce qui constitue un contexte de travail difficile.

Les collaborations avec les différents partenaires sont décrites comme efficaces par une majorité d'acteurs impliqués dans l'offre de services, quoique celles-ci sont rarement formalisées et varient beaucoup d'un CD à l'autre. Par exemple, certains CD ont établi une relation très étroite avec des organismes communautaires, et même n'engagent aucun intervenant psychosocial et ont

recours aux professionnels de ces organismes pour mener certaines étapes du protocole. Dans les centres urbains, le peu de communication entre les CD et les autres organismes offrant des services aux victimes d'AS serait perçu comme un frein au bon déploiement des services. De façon générale, les répondants confirment que chaque région est dotée d'une Table régionale en AS qui réunit des représentants des établissements concernés par l'offre de services aux victimes d'AS, dont les CD.

Le type de trousse utilisée (médicolégale ou médicosociale) n'est pas mentionné de façon systématique dans les données administratives, mais on remarque que l'utilisation de la trousse médicolégale est plus souvent comptabilisée par les CD que la trousse médicosociale. L'utilisation de la trousse médicolégale est fréquente, quoiqu'un manque de formation des médecins et des autres professionnels pourrait rendre cet outil moins bien utilisé, selon les répondants régionaux. La recherche démontre que, parmi les médecins, infirmières, et intervenantes psychosociales, un professionnel sur 5 (21,1%) n'a pas reçu de formation formelle, ni avant ou après son entrée en fonction dans le CD. Alors qu'environ 17% et 14% des infirmières et intervenantes psychosociales n'ont pas reçu de formation, ce chiffre s'élève à 40% chez les médecins. Les répondants régionaux confirment que les besoins de formation sont importants. Par contre, ce processus est ardu car, entre autres, il est difficile de former tous les intervenants au moment de l'embauche en raison du roulement de personnel ou d'avoir accès régulièrement à des opportunités de formation.

La perception des victimes quant aux services reçus n'a pas été aussi bien documentée que souhaitée dans la présente recherche. Toutefois, les études de cas recueillies témoignent d'une variabilité dans la satisfaction des services rendus. Ces analyses illustrent aussi une méconnaissance des services; ainsi les personnes victimes ne réalisent pas qu'elles ont reçu des services dans un établissement ayant le mandat spécifique d'être un CD dans leur région. Cette réalité est appuyée par

une majorité de répondants régionaux qui confirment que les services offerts dans les CD de leur région ne sont pas publicisés et que des victimes pourraient ne pas penser se présenter dans un centre ou pourraient ne pas y être référées.

Ce manque de reconnaissance des CD dans l'offre globale des services pour les victimes d'AS se révèle également par l'absence de budget récurrent au MSSS et dans les établissements pour les services en CD.

Recommandations et pistes d'actions : Six grandes pistes d'action nous apparaissent particulièrement soutenues par les résultats de la recherche et s'adressent aux différents acteurs interpellés par l'implantation de services dans les CD, notamment les répondants régionaux en AS, les directions générales (DG) des établissements, les DOS des Agences de santé et de services sociaux, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), ainsi que les ordres professionnels des médecins, infirmières et travailleurs sociaux.

Mise en place à l'échelle provinciale d'une fiche uniforme de collecte de données.

Considérant la fréquence de données manquantes lors de notre collecte de données, et ce pour plusieurs variables-clés, et du manque de cohérence entre les données de la RAMQ et les informations compilées dans chacun des CD, nous proposons la mise en place à l'échelle provinciale d'une fiche uniforme. Bien que la majorité des centres utilise une fiche pour colliger les données liées aux services rendus aux victimes d'AS, son contenu, son exhaustivité et sa complétion varient considérablement d'une région à l'autre. Une fiche commune permettrait d'obtenir un portrait plus complet et exact des services offerts dans les CD. Elle permettrait aussi de recueillir les données nécessaires pour mener des analyses explorant les liens entre les caractéristiques de la clientèle (par ex., type d'AS vécue; durée, sévérité des actes) et les services offerts (par ex., trousse), et ainsi mieux apprécier le degré d'implantation des services dans chacun des centres. L'évolution des services et des profils de la clientèle pourrait aussi faire l'objet de bilans

annuels. Cette fiche permettrait ainsi de donner une meilleure visibilité des services pour victimes d'AS dans les CD. En effet, des données fiables et beaucoup plus exhaustives que celles disponibles de la RAMQ pourraient être publiées annuellement pour chacun des centres, chacune des régions, ainsi que pour la province, sur la base d'un modèle unique.

Nous joignons à l'**annexe D** un modèle de fiche, largement inspirée de celle développée par les CD de la Montérégie, conçue par Madame Caroline de Brouwer dans le cadre de ses fonctions auprès de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et validée et adoptée par la direction des services professionnels des CD de la Montérégie. Cette nouvelle fiche a été remaniée avec les membres du comité consultatif associé à la présente démarche de recherche et a été testée dans deux CD de la région de Montréal : le Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal (CVASM) et le Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine. Le but de cette période d'essai était de vérifier l'efficacité de la fiche auprès d'une clientèle adulte et avec une clientèle mineure. Mme Deby Trent, Directrice au CVASM, nous rapporte que la fiche a été testée par les intervenantes du centre auprès d'une cinquantaine de victimes. Dr Jean-Yves Frappier du CHU Ste-Justine nous rapporte que la fiche a été testée par une infirmière et cela pour une dizaine de cas impliquant des victimes mineures. Suite à des discussions avec leurs équipes d'intervenants, Madame Trent et Dr Frappier ont fait plusieurs suggestions qui ont été intégrées dans la version finale de la fiche. Des éléments additionnels ont été intégrés sur la base de l'adaptation faite de la fiche par Madame Kathie Robitaille, répondante de la région de la Capitale, qui a pris l'initiative d'implanter cet outil dans les CD de sa région.

L'implantation de la fiche à l'échelle provinciale devrait être accompagnée d'une procédure explicite qui identifie la personne responsable de compléter cette fiche dans chacun des CD, et ce, afin que l'information au sujet des services rendus aux victimes d'AS soit systématiquement colligée et automatiquement transmise.

En outre, il nous apparaît que cette fiche devrait être informatisée et logée sur l'intranet des CD, ce qui faciliterait son implantation et l'analyse régulière des informations colligées.

Développement de protocoles et d'ententes : Considérant les variantes dans l'offre de services à travers les CD et dans les différentes régions, ainsi que le roulement de personnel important dans de nombreux CD et aux postes de personnes ressources et de répondants régionaux, nous recommandons le développement de protocoles écrits, clairs et endossés par la DG de chacun des établissements au sujet (1) des rôles et responsabilités de chacun des professionnels dans les services offerts selon le modèle en 8 étapes, (2) de la disponibilité des ressources pour mener les interventions, notamment une salle identifiée pour les services aux victimes d'AS (exclusive ou non selon la fréquence des interventions dans un CD), (3) des ressources externes et internes pour les références médicales et psychosociales accessibles dans chacune des régions via la création d'un répertoire provincial en ligne, et (4) des ententes de service avec d'autres organismes impliqués (par ex. : organismes communautaires, police, Centres Jeunesse). Le répertoire en ligne développé par la Table de concertation sur les agressions à caractère sexuel de Montréal pourrait servir de canevas pour guider le développement d'un bottin de ressources à l'échelle provinciale. Ce bottin pourrait être annexé à même le *Portail Santé et Bien-être*. De la même façon, des régions se sont dotées de protocoles et d'ententes, par exemple la Côte-Nord et la Capitale-Nationale, ce qui peut servir d'exemples pour les régions dont les ententes ne sont pas formalisées. Ces ententes devraient comporter des clauses qui rendent compte de la diversité des profils des victimes et ainsi refléter les différentes situations rencontrées, et particulièrement pour mieux définir l'offre de services en CD pour les victimes mineures ou adultes, et celles ayant vécu une AS il y a moins ou plus de cinq jours. En ce qui concerne la collaboration avec les Centres jeunesse, l'entente avec les CD pourrait prendre encre dans la structure déjà établie entre

la police et les services de la protection de la jeunesse via l'*Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuel* (document publié sur le site du MSSS). Ainsi, les professionnels des CD pourraient devenir partenaires dans cette entente.

Mise en place de structures pour optimiser les collaborations entre les professionnels des CD, et entre les CD et les autres organismes : Considérant que le rôle des CD s'inscrit dans une trajectoire de services impliquant différents organismes sous la responsabilité de différents ministères, et que les structures favorisant la concertation et les collaborations diffèrent à travers les CD, nous suggérons la mise en place de différentes modalités pour optimiser les liens entre les professionnels dans les CD, et entre les CD et les autres organismes. D'abord, le rôle de personne-ressource dans chacun des CD devrait être mieux défini, balisé et valorisé car ce rôle est vital pour assurer une coordination optimale des services dans chacun des CD, de même qu'assurer un suivi de la formation et une rétroaction à la suite des interventions. Ensuite, en raison des rôles à la fois médical et juridique des services en CD, une collaboration plus étroite des différents ministères impliqués (MSSS, Ministère de la Justice, Sécurité publique) pourrait favoriser une meilleure concertation et améliorer la rétroaction offerte aux professionnels des CD quant à l'impact de leurs services dans la trajectoire socio-juridique des victimes d'AS. Finalement, la création d'un réseau provincial des CD pourrait optimiser la collaboration entre les différentes régions, par exemple par le partage d'information et d'outils, et ainsi favoriser le développement d'une expertise accrue et une meilleure uniformité dans l'offre de services pour les victimes d'AS à travers la province. Des professionnels œuvrant dans les CD, et représentant des régions qui varient en termes de l'organisation des structures et de la géographie, pourraient se joindre à ce réseau, tout comme les responsables du dossier AS dans les Agences et au MSSS. Ce réseau pourrait, entre autres, avoir pour mandat de revoir les modalités de formation (piste d'action décrite ci-dessous).

Formation plus adaptée à la réalité des professionnels : Considérant les défis de recrutement et de rétention du personnel dans les CD, ainsi que le nombre important de professionnels qui rapportent n'avoir eu aucune formation sur les AS et l'aide aux victimes avant ou après leur entrée en fonction, nous recommandons qu'un comité consultatif (provenant du réseau des CD) (1) évalue et propose des solutions concrètes pour améliorer l'accessibilité des formations initiales et des activités de formation continue pour tous les intervenants en CD, par exemple via des modalités technologiques telles que les vidéos, les séminaires en ligne, jumelage via Télé-Santé, etc., (2) collabore avec les différents établissements d'enseignement (cégeps et universités) afin de proposer qu'une formation de base concernant l'intervention auprès des victimes d'AS soit systématiquement couverte dans le cursus scolaire et les programmes de formation académique des médecins, infirmières et travailleurs sociaux, et (3) engage un dialogue avec les ordres professionnels concernés (médecine, soins infirmiers, travail social) afin que les tâches et obligations des professionnels œuvrant dans les CD soient clarifiées. En effet, quelques situations rapportées par les répondants régionaux témoignent de professionnels des CD qui refusent d'offrir les services pour les victimes d'AS, les estimant hors de leur champ de compétences ou encore de leur description de tâche.

Rayonnement des CD auprès de la population générale : Considérant le peu de connaissance et de visibilité des CD auprès des victimes et de la population générale, et de l'impact de cette absence de rayonnement sur le nombre de victimes recevant des services dans les CD, nous recommandons la mise en place d'une campagne de sensibilisation à l'échelle provinciale afin de faire connaître l'existence des CD et de leur place dans l'offre de services aux victimes d'AS. Il nous apparaît important de souligner l'initiative du répondant régional de la Baie-James, Monsieur Yannick Bernier, qui a mis sur pied une campagne de sensibilisation se présentant sous différents médiums (par ex : affiches dans les

centres d'aide, brochures dans les bars) et qui permet aux victimes et à la population de prendre connaissance de l'ensemble des ressources et services pour les enfants et les adultes, de même que pour les victimes dont l'agression remonte à plus ou moins de cinq jours.

Financement permanent des services en CD : Considérant l'absence de budgets récurrents du MSSS et des établissements pour appuyer les services aux victimes d'AS dans les CD, il apparaît difficile d'assurer un déploiement optimal des ressources dans tous les CD. Dans une même foulée, le nombre trop important de dossiers menés de front par les répondants régionaux, et par conséquent le peu de temps destiné au dossier en AS, apparaît clairement être une barrière à une meilleure coordination des services, un élément essentiel considérant le nombre important de CD à travers la province. L'absence de pérennité de fonds et l'application de la loi 100 à l'effet que les postes laissés vacants par des personnes ayant quitté à la retraite ne sont pas comblés, limitent inévitablement le développement optimal des services. Cet aspect devrait faire l'objet d'une réévaluation.

Section C : MÉTHODOLOGIE

Les sections suivantes résument les principaux éléments méthodologiques du projet.

Données administratives: Les personnes ressources de chacun des CD ont été contactées afin qu'elles nous fournissent toute documentation pertinente aux services offerts et à la clientèle desservie dans le centre où elles travaillent durant la période couverte par la présente recherche, soit de 2002 à 2010 (voir lettre adressée aux répondants à l'**annexe E**). Cette documentation incluait : rapports annuels, rapports administratifs internes, procès-verbaux, compte-rendu, grilles de données. Cette collecte de données s'est déroulée entre le octobre 2010 et juin 2011.

Sondages et entrevues auprès des professionnels des CD et répondants

régionaux : Cette phase de la recherche s'est effectuée en deux étapes pour lesquelles des méthodologies distinctes ont été utilisées.

D'une part, un sondage s'adressant aux professionnels a été développé par l'équipe de recherche afin d'avoir un premier aperçu de la qualité des services offerts dans les 77 CD (**annexe F**). Sur recommandation de Mme Laflamme (Conseillère en éthique et professeure associée à l'Université du Québec à Montréal), nous avons déposé une demande à un CÉR reconnu, celui du CHU Ste-Justine, afin de leur demander de confirmer qu'il ne s'agit pas d'une recherche nécessitant une approbation des différents CÉR, mais bien d'une évaluation de la qualité des services offerts². Cette confirmation écrite que nous avons obtenue de ce CÉR a été annexée à la lettre envoyée dans tous les CD, soit au CER des établissements ou à défaut, à la DG, afin de demander leur autorisation pour distribuer les sondages auprès des intervenants de leur centre (voir documentation à l'**annexe G**). Soixante-deux (62) équipes sur 80 ont donné suite à cette demande, dont cinquante-cinq (55) ont accepté et sept (7) ont refusé. Suite à la réception de l'autorisation de la DG des établissements, la personne ressource de chaque CD a été contactée afin de déterminer le nombre total de professionnels qui offrent des services aux victimes d'AS. Au total, quarante-huit (48) personnes ressources ont fourni le nombre de professionnels œuvrant dans leur centre (sept n'ont jamais donné suite à cette demande), ce qui constitue un échantillon de départ d'environ 1388 professionnels, dont 595 infirmières, 385 médecins, 221 intervenantes psychosociales et 187 non spécifiés (par ex. : gestionnaires). Cette collecte a lieu entre mai 2012 et mai 2013.

² EPTC2, art. 2.5: "Les études consacrées à l'assurance de la qualité et à l'amélioration de la qualité, les activités d'évaluation de programmes et les évaluations du rendement, ou encore les examens habituellement administrés à des personnes dans le contexte de programmes d'enseignement, s'ils servent exclusivement à des fins d'évaluation, de gestion ou d'amélioration, ne constituent pas de la recherche au sens de la Politique et ne relèvent donc pas de la compétence des CÉR."

D'autre part, afin d'approfondir les informations obtenues dans les sondages auprès des professionnels, nous avons sollicité la participation des répondants régionaux en AS de chacune des régions pour participer à des entrevues structurées menées selon la méthode de recherche Delphi¹⁸. La méthode Delphi consiste à recevoir en premier temps les avis et jugements d'un nombre restreint de participants concernant un sujet dont ils sont considérés « experts ». Les experts identifiés dans la présente démarche sont les répondants régionaux en AS de chacune des régions du Québec; l'implantation des services en CD pour les victimes d'AS constitue le sujet d'étude. Suivant cette interrogation initiale et individuelle, des thèmes communs sont identifiés, et sont envoyés aux participants par courriel afin qu'ils puissent valider s'ils sont en accord avec les énoncés. Cette étape peut être menée à deux ou trois tours jusqu'à ce que le groupe identifie des énoncés qui font davantage consensus. La procédure de recrutement est présentée à **l'annexe H**. Cette collecte a eu lieu de décembre 2013 à janvier 2014.

Entrevues avec les victimes et les parents de victimes: Cette étape visait à recruter des victimes d'AS et des parents d'enfants qui ont été victimes afin de documenter leur trajectoire de services dans les CD du Québec, de même que leurs perceptions vis-à-vis ces services. Le recrutement de participants pour la phase d'entrevues auprès des victimes devait se dérouler par l'entremise de publicité dans les journaux à travers la province. Le projet avait reçu l'approbation du CÉR de McGill en janvier 2012. Dans ce contexte, l'approbation éthique des CD ne s'avérait pas nécessaire puisque le recrutement ne s'effectuait pas dans les centres même. Toutefois, lorsque les soumissions finales des principaux journaux (La Presse, Journal de Montréal, Journal de Québec) et les journaux locaux de toutes les régions ont été reçues, les coûts exorbitants d'une telle démarche nous ont amenés à revoir la stratégie (environ 40,000\$ pour une parution dans l'ensemble des journaux). Une collecte de données dans les CD a été privilégiée. Toutefois,

considérant le nombre important de CD dans la région, un échantillon représentatif en termes de contextes géographiques (urbain, semi-urbain, rural) a été choisi au hasard pour participer à cette étape de la recherche. Dix-neuf (19) CD ont été recrutés, représentant cinq régions du Québec. En avril 2012, une demande éthique multicentrique était déposée à notre CÉR principal, soit celui du Centre Universitaire de Santé McGill. Les approbations finales ont été obtenues en décembre 2012.

Au total, neuf centres ont accepté de participer à cette étape de la recherche, cinq centres ont refusé, et 5 centres n'ont pas donné suite à la demande ou n'ont jamais donné de réponse finale. Les participants ont été recrutés dans les CD par l'entremise d'un dépliant qui leur a été remis par un professionnel du centre suite à l'obtention de services. Des affiches ont également été installées dans les CD participants. La période de recrutement était de décembre 2012 à décembre 2013. Les entrevues avec les participants ont été réalisées par téléphone et enregistrées aux fins de retranscription. Les questions élaborées abordaient la trajectoire suivie en vue d'obtenir des services, la perception des services reçus pour eux ou pour leur enfant. Les entrevues ont été menées séparément par l'un des deux membres de l'équipe de recherche qui sont tous les deux diplômés de l'École de service social de l'Université McGill. Les différents outils liés à cette démarche, incluant le canevas d'entrevue, sont présentés à l'**annexe I**.

Section D : RÉSULTATS

Données administratives: Les données dont nous disposons proviennent de 62 centres, et parfois nettement moins selon le degré de spécificité des questions. Par conséquent, nous avons décidé de présenter les résultats pour l'ensemble de la province, et non par région. Nous croyons en effet que, d'un point de vue méthodologique, le portrait que nous pourrions dresser de certaines régions pourrait être moins fiable. Ceci étant dit, un bilan pour chacune des régions a tout

de même été transmis et discuté avec chacun des répondants afin que cette information soit utilisée dans les milieux.

Les résultats détaillés de cette collecte de données sont présentés à l'**annexe J**. Les données indiquent que le nombre total de victimes ayant reçu des services dans les 62 CD entre 2002 et 2010 est de 11 069 individus. Ce chiffre est intéressant à contraster avec les statistiques sur le nombre de services médicaux rémunérés à l'acte publié par la Régie de l'assurance maladie (RAMQ), où 11 543 examens médicaux impliquant des victimes d'AS ont été comptabilisés entre 2002 et 2010 (**annexe K**). Ces chiffres officiels laissent supposer que 11 543 examens médicaux ont été effectués dans les 77 CD du Québec pendant la période couverte par la présente recherche. Les données administratives des 62 CD font référence à une gamme plus vaste de services, et non uniquement aux examens médicaux, ce qui peut expliquer ce chiffre élevé malgré la non-participation de tous les CD.

Lors de cette collecte, il est apparu que dans certains cas les CD ne peuvent offrir la gamme de services stipulée dans le modèle d'intervention, par exemple lorsqu'aucun pédiatre n'est disponible pour effectuer l'évaluation d'une victime mineure (notamment lorsque les médecins occupent un temps partiel ou sont en congé de maternité) ou lorsque l'équipe des CD n'est pas encore en fonction par manque de personnel ou de formation. Dans ce contexte, les victimes sont parfois dirigées vers un autre CD, voire une autre région, ce qui implique une accessibilité moins optimale pour les victimes. Les données de la RAMQ confirment cette réalité: entre 2002 et 2010, sur 5 445 services médicaux prodigués à Montréal, 1 787 victimes n'habitaient pas cette région (32,8%), une réalité observée dans d'autres régions mais à plus petite échelle (par ex. : région de la Capitale, 65 victimes hors région sur 651, 10%); du même coup, d'autres régions témoignent d'un nombre important de victimes qui reçoivent des services dans une région autre que la leur. Par exemple, sur 2 369 victimes provenant de la Montérégie, 1 660 ont reçu les examens médicaux dans leur région, une situation qui est également vécue à Laval

(583 victimes, mais 444 examens dans la région). Les régions 17 et 18 présentent également une situation particulière puisque, selon les données de la RAMQ et celles colligées dans la présente démarche, aucun service n'a été facturé par les médecins dans les CD bien que 59 habitants de ces régions ont reçu des services dans les CD des autres régions pendant la période de 2002-2010.³

Sur la base des données administratives couvrant les années 2002 à 2010, le nombre de victimes ayant reçu des services dans les CD aurait augmenté de plus de trois fois passant de 439 à 1369; or, les données de la RAMQ présentent une augmentation de seulement 8,5% des services médicaux auprès des victimes (1144 services en 2002 à 1241 en 2010). Ici encore, cet écart pourrait s'expliquer par l'étendue des services comptabilisés par les répondants régionaux et les personnes-ressources, et non uniquement les services médicaux rémunérés à l'acte; il est possible aussi que les cas étaient moins bien documentés dans les CD au début de l'implantation qu'ils ne le sont maintenant. La moitié des CD ont offert des services à moins de 30 personnes durant la période couverte par la présente recherche (2002-2010), le quart entre 32 et 183 personnes, et le dernier quart à 190 personnes et plus.

Quant aux caractéristiques sociodémographiques de la clientèle, les victimes de sexe féminin représentent 91,5% de la clientèle des CD et, par conséquent, 8,5% sont des garçons ou des hommes. Les victimes mineures (<18 ans) représentent 68,3% des cas, un résultat influencé par le fait que les deux CD pédiatriques de Montréal font partie des 42 centres ayant fourni des données au sujet de l'âge de la victime. Parmi les victimes de moins de 18 ans, on retrouve deux fois plus d'enfants de 12 ans et moins (66,9%) que d'adolescents (33,1%). Les AS commises par un seul individu représentent 80,5% des cas. Les données quant à l'identité de l'agresseur révèlent que la grande majorité des dossiers

³ Selon les directives PRP (protection renseignements personnels) de la RAMQ, une statistique est remplacée par le chiffre 0 si celle-ci est reliée à moins de 5 individus ou à moins de 3 dispensateurs.

(88,5%) impliquent des agresseurs adultes. Parmi les cas rapportés, 34,7% concernaient un membre de la famille, 39,0% un ami ou une connaissance, 6,5% un professionnel, et 20,0% une personne inconnue de la victime.

Le type de trousse utilisée (médicolégale ou médicosociale) n'est pas mentionné de façon systématique dans les données administratives. Lorsque cette information est spécifiée (pour 46 centres), on remarque que l'utilisation des trousse médicolégales a augmenté de plus de 10 fois entre 2002 et 2009. C'est à partir de 2004 que son utilisation a été plus répandue et s'est ensuite stabilisée. Le nombre total de ces trousse médicolégales mentionné dans les données administratives s'étend de 0 à 316 pour un total de 2407 trousse entre 2002 et 2010. L'utilisation de la trousse médicosociale est peu souvent mentionnée dans les documents administratifs (pour 36 centres) et son utilisation était presque inexistante, ou à tout le moins non comptabilisée, avant l'année 2004. Le nombre total de trousse médicosociales, à l'échelle provinciale, s'étend de 0 à 65 trousse, pour un total de 348 trousse.

Sondages auprès des professionnels des CD. Au total, 315 participants ont répondu au sondage portant sur l'organisation des services offerts en CD. Considérant que la population estimée au départ était de 1388 professionnels, le taux de participation s'élève à 22,7%. L'ensemble des résultats est présenté à l'**annexe L**. En termes de données sociodémographiques, près de 88% des participants sont des femmes (276) et 12% sont des hommes (39). Ils sont âgés entre 21 et 68 ans, avec une moyenne d'âge de 41 ans. Des intervenants provenant de toutes les régions du Québec ont participé à cette étape du projet (à l'exception du Nunavik). C'est dans les régions administratives du Bas St-Laurent et de Montréal que nous avons enregistré la plus forte participation, représentant respectivement 13,4% et 14,6% de notre bassin de participants. Les infirmières sont celles qui ont répondu dans une plus forte proportion au sondage avec un taux

de 41%. Les intervenantes psychosociales représentent 30% de l'échantillon et les médecins, 21%. Par ailleurs, 73% des participants détiennent une formation universitaire.

Près de la moitié des professionnels ayant répondu au sondage (44,6%) possèdent huit ans et plus d'expérience auprès des victimes d'AS, tandis que 33% ont trois ans ou moins d'expérience. Néanmoins, bien que plusieurs participants affirment détenir plusieurs années d'expérience en CD ainsi qu'avec les victimes d'AS, on constate que la majorité d'entre eux ont été en contact avec 15 victimes ou moins au cours des six derniers mois. Le nombre de participants ayant été en contact avec plus de 15 victimes est faible; à peine 8% d'entre eux. Un nombre important des participants au sondage (24%) n'a rencontré aucune victime depuis les 6 derniers mois. Il semblerait que ce soit les intervenantes psychosociales qui aient rencontré le plus de victimes d'AS au cours des six derniers mois. En effet, les données recueillies démontrent que 15% des intervenantes psychosociales ont vu 16 victimes et plus, tandis que ce taux s'élève à 4% chez les infirmières et 10% chez les médecins. Par ailleurs, ce sont les infirmières qui ont rencontré le moins de victimes au cours des six derniers mois; 78% d'entre elles ont été en contact avec quatre victimes ou moins.

Plus du deux tiers des participants (69%) ont soutenu avoir reçu une formation formelle au moment de leur embauche dans le CD, telle qu'une journée d'orientation dans le département ou une activité de formation à l'interne ou à l'externe. Plus de la moitié rapporte en avoir reçu après leur embauche (56%). Les participants au sondage sont nombreux à utiliser d'autres ressources pour parfaire leurs connaissances et habiletés pour intervenir auprès des victimes d'AS, incluant la consultation avec des collègues et des supérieurs, la formation autodidacte et, dans une plus faible mesure, la supervision clinique. Parmi les médecins, infirmières, et intervenantes psychosociales (289 participants), 61 d'entre eux affirment ne pas avoir reçu de formation formelle, ni avant ou après leur entrée en

fonction dans le CD, soit 21,1%. Alors qu'environ 17% et 14% des infirmières et intervenantes psychosociales n'ont pas reçu de formation, ce chiffre s'élève à 40% chez les médecins.

Selon les participants, les interventions sont le plus souvent menées en collaboration entre le médecin, l'infirmière, et l'intervenante psychosociale, ou entre le médecin et l'infirmière. Les interventions sont rarement ou jamais menées par un seul professionnel. En ce qui concerne l'implication de chacun des professionnels dans l'application du protocole d'intervention en CD, les réponses démontrent que les infirmières sont plus particulièrement impliquées dans les étapes 1 et 2 (accueil et soutien émotionnel/orientation de l'intervention), alors que les examens (étape 4) sont le plus souvent menés par le médecin, seul ou en collaboration avec l'infirmière. En ce qui concerne les soins et traitements, les réponses au sondage laissent supposer que les médecins seuls, les infirmières seules, ou les deux conjointement effectuent cette tâche (étape 5). Le médecin apparaît être le professionnel le plus souvent impliqué dans le suivi médical (étape 7), alors que l'intervenante psychosociale semble responsable des étapes 6 et 8 (soutien, références, police et DPJ/suivi psychosocial). Seule l'étape 3, qui consiste à collecter l'histoire médicosociale auprès de la victime, est menée de façon variable à travers les CD, soit par l'infirmière, le médecin ou l'intervenante psychosociale. En ce qui a trait à la durée de l'ensemble de l'intervention auprès d'une victime d'AS, la moyenne est de 112 minutes, soit près de deux heures.

Des questions sur la clientèle desservie et les services offerts permettent de dresser un portrait sommaire général. Les participants confirment que les victimes se présentent moins souvent dans les CD sur les quarts de jour et pendant la semaine que le soir et la fin de semaine. L'agression est souvent récente (5 jours ou moins), bien que le tiers des professionnels ayant répondu au sondage mentionne cette situation comme étant moins fréquente. Ceux-ci évaluent qu'une trousse médicolégale est effectuée la plupart du temps ou toujours dans une

proportion de 75%, alors que la trousse médicosociale l'est dans un peu moins de 60% des cas. Une majorité de répondants estime que les victimes portent peu souvent plainte à la police, et qu'elles ne se prévalent pas fréquemment du délai de 14 jours avant de porter plainte. Une légère majorité des participants estiment que des références sont offertes la plupart du temps ou toujours aux victimes, soit 57% et 46% pour les références médicales et 62% et 59% pour les références psychosociales, à l'interne et à l'externe respectivement. Bien qu'une forte majorité de répondants au sondage rapporte que les ressources matérielles sont la plupart du temps ou toujours disponibles dans leur CD (salle, instruments médicaux, aide-mémoire, documents administratifs, rangement), un quart d'entre eux mentionne qu'il n'y a jamais ou rarement une salle spécifique attribuée aux victimes d'AS.

Les professionnels ayant répondu au questionnaire ont également été invités à laisser leurs commentaires. Parmi les 315 participants à ce questionnaire, 158 d'entre eux ont inscrit des commentaires à la fin, soit la moitié. Au total, ce sont 420 commentaires qui ont été catégorisés afin d'identifier des thèmes plus récurrents. Les principaux thèmes qui décrivent des défis rencontrés sont les suivants : manque de formation des professionnels sur les AS de façon générale; manque de disponibilité des professionnels lors des interventions auprès des victimes d'AS; difficulté à avoir du personnel habilité à effectuer le protocole d'intervention médicosociale; difficulté à recruter du personnel infirmier pour réaliser l'intervention; faible fréquence d'intervention en raison du nombre peu élevé de victimes d'AS qui se présentent au CD, principalement pour les centres en milieu rural; professionnels peu habitués à appliquer le protocole d'intervention médicosociale. Parmi les facteurs qui facilitent l'implantation des services, l'existence d'une équipe de garde est considérée par plusieurs participants comme une ressource importante.

Méthode Delphi auprès des répondants régionaux. L'approbation éthique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal, de même que l'accord des DOS des établissements, ont permis à 13 des 17 répondants de participer à cette étape de la recherche (bien que 15 DOS avaient donné leur accord, seuls 13 répondants ont donné suite à notre demande dans les délais prévus). Les répondants sont tous engagés sous le titre d'Agent de programmation, planification et recherche (APPR) et estime dédier entre 5 et 75% de leur temps au dossier d'AS, en raison de l'application de la loi 100 à l'effet que les postes laissés vacants par des personnes parties à la retraite ne sont pas comblés, les répondants doivent composer avec plusieurs dossiers.

Trois phases ont été menées auprès des répondants pour répondre à l'objectif poursuivi, soit d'établir un consensus sur les difficultés et barrières rencontrées dans l'implantation des services. Les questions d'entrevue, les questionnaires et les résultats se trouvent à l'**annexe M**.

Premièrement, les répondants ont été interviewés individuellement afin de contraster les résultats des sondages auprès des professionnels à leur expérience d'implantation de services dans leur région, de contextualiser les résultats des sondages et de les approfondir.

Deuxièmement, suite à la transcription verbatim des entrevues, la chercheure principale, le coordonnateur de la recherche et une assistante de recherche ont identifié 90 difficultés ou barrières au bon déploiement des services en CD qui étaient mentionnés par un ou plusieurs répondants. Ces 90 énoncés ont été regroupés en 8 thèmes : (1) le rôle des répondants régionaux et des personnes ressources en AS; (2) le rôle des professionnels en CD; (3) les services offerts à travers les huit étapes du modèle des CD; (4) la formation des professionnels; (5) les services en milieu urbain ou semi-urbain; (6) les services en milieu rural; (7) les collaborations avec les autres partenaires; (8) la visibilité et la reconnaissance des

CD dans notre société. Cette liste de 90 énoncés a ensuite été envoyée par courriel aux répondants. Ils devaient alors identifier tous les problèmes qui leur semblaient importants, selon un choix très strict de réponses afin d'influencer la prise de position: Selon mon expérience comme répondant régional... « Oui, c'est un problème » ou « Non, ce n'est pas un problème ». Le nombre d'énoncés identifiés comme problématique n'était pas limité.

Les réponses de 12 des 13 répondants ont été compilées afin d'identifier les énoncés pour lesquels un consensus de 75% était obtenu, c'est-à-dire que 9 répondants sur 12 identifiaient cet énoncé comme un problème. Les réponses fournies lors de ce premier tour ont permis d'identifier 33 énoncés. Parmi ceux-ci, cinq énoncés faisaient d'or et d'avance consensus auprès des participants à l'effet qu'il s'agissait de barrières importantes à l'implantation de services dans les CD :

1. Dans les centres urbains, il y a peu de communication entre les CD et les autres organismes offrant des services aux victimes d'AS.
2. Dans les milieux ruraux, il y a des difficultés liées au recrutement de personnel.
3. Dans les milieux ruraux, il y a des difficultés liées à la rétention de personnel.
4. La population générale ne connaît pas l'existence des CD.
5. Il n'y a pas de grille à compléter systématiquement pour compiler les informations des huit étapes.

Troisièmement, les répondants se sont à nouveau prononcés au sujet des 28 énoncés restants afin d'établir un plus grand consensus sur les enjeux qu'ils jugent primordiaux. Ces enjeux se regroupaient en quatre catégories pour lesquels les répondants devaient identifier les plus importants, c'est-à-dire qu'à cette étape de la recherche le nombre d'items à identifier était établi afin d'influencer encore davantage la prise de position: (1) le manque de visibilité et de reconnaissance des CD dans notre société (quatre énoncés à choisir sur huit), (2) les enjeux liés aux activités professionnelles et aux rôles et responsabilités des professionnels (trois énoncés à choisir sur six), (3) les difficultés liées à la formation (six énoncés à choisir sur 11), et (4) les enjeux liés au réseautage et à la collaboration (deux

énoncés à choisir sur trois). Lors du dernier tour, 11 répondants sur 13 ont complété la démarche. En conservant un barème d'environ 75%, neuf énoncés ont fait consensus quant à leur impact négatif pour l'implantation des services dans les CD du Québec, totalisant 14 énoncés qui font consensus chez les répondants régionaux en AS :

6. Les services des CD ne sont pas publicisés.
7. Les services dans les CD ne sont pas associés à des budgets récurrents au MSSS et dans les établissements.
8. Le manque de collecte systématique de données au sujet des victimes d'AS nuit à la reconnaissance des services offerts dans les CD.
9. Les formations de mise à niveau ne sont pas offertes assez régulièrement
10. Le roulement de personnel rend difficile la formation de tous les professionnels au moment de l'embauche.
11. Le rôle de chacun des professionnels qui interviennent auprès des victimes d'AS n'est pas valorisé et reconnu
12. Des médecins qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation spécifique sur la trousse médicolégale.
13. Il n'y a pas de suivi ou de rétroaction auprès des professionnels du CD suite à leur intervention auprès d'une victime d'AS.
14. Il n'existe pas de réseau des CD.

En somme, plusieurs difficultés ont été identifiées par les répondants concernant l'implantation des services offerts dans les CD. Celles-ci ne remettent pas en cause l'implication des professionnels et la qualité de leurs services, mais plutôt mettent en lumière des problèmes organisationnels pour lesquelles des pistes de solutions concrètes ont été soulevées par les répondants. Les pistes d'action présentées à la section B reflètent notamment ces suggestions.

Entrevues avec les victimes et les parents de victimes: Au total, six victimes et un parent de victime ont participé à cette étape de la recherche. Les résumés des entrevues sont présentés à **l'annexe N**. Malgré des efforts soutenus pour recruter les personnes recevant des services dans les 9 CD participants à cette phase de l'étude, incluant la visite de l'équipe de recherche dans les CD et l'utilisation de divers moyens de recrutement (brochure, affiche), le nombre limité

de participants est une limite importante. Nous croyons que les démarches préalables à l'entrevue téléphonique, incluant le besoin d'envoyer et de recevoir le consentement signé, ont été un frein à la collecte ; aussi, les personnes recevant des services dans les CD font face à une situation de crise et, par conséquent, pourraient être moins susceptibles de participer à une recherche, en particulier lorsqu'un assistant de recherche n'est pas sur place.

L'analyse de ces études cas fera l'objet d'un projet doctoral de Madame Audrey Gilbert, étudiante au doctorat en psychologie (D.Ps.) sous la supervision du Dr Jacinthe Dion. Sur la base d'une analyse préliminaire des études de cas, aux fins du présent rapport, il est possible de constater que les besoins initiaux ayant amené la recherche de services varient, de la situation d'urgence nécessitant un examen médical à un besoin plus général de parler de l'AS vécue il y a un certain temps. De façon générale, les services offerts par les CD n'étaient pas connus des participants et on remarque dans leur discours qu'ils font difficilement la distinction avec les services obtenus par d'autres ressources (par ex. : confusion à savoir si le suivi psychosocial offert par l'organisme communautaire fait partie de la gamme de services en CD). Certains participants rapportent des expériences satisfaisantes en lien avec les services reçus, notamment l'accessibilité et l'expertise des professionnels, alors que d'autres ont exprimé de l'insatisfaction par rapport à certains aspects, notamment en lien avec des délais pour recevoir des services ou une durée d'intervention jugée trop brève pour répondre à l'ensemble des besoins.

Section E : PISTES DE RECHERCHE

La présente recherche a mis en lumière les plus grands enjeux vécus par les CD dans l'offre de services aux victimes d'AS, ce qui a permis de générer des pistes d'action à privilégier pour optimiser la structure et l'organisation des services. Il nous apparaît toutefois que certains aspects n'ont pu être documentés aussi

exhaustivement que souhaités et, en ce sens, nous suggérons les pistes suivantes pour les études futures :

- 1- Poursuivre la documentation des caractéristiques de la clientèle et des services reçus, sur la base des données colligées de façon systématique avec la fiche uniforme (annexe C).
- 2- Explorer les différentes trajectoires de service en favorisant des études conjointes entre les différents organismes impliqués dans l'offre de services aux victimes, notamment les corps policiers, les Centres jeunesse et les organismes communautaires, en prenant en considération l'âge de la victime d'AS et le temps écoulé depuis l'abus. Le recrutement des participants pourrait se faire à travers les différents organismes plutôt qu'uniquement dans les CD, où les victimes sont face à une situation de crise et sont possiblement moins disposées à collaborer à un projet de recherche.
- 3- Mener une étude évaluative dont le mandat sera de mesurer la qualité des interventions, et plus particulièrement dans les CD où les services sont bien implantés.
- 4- Mener des études ciblées sur les outils utilisés en CD, notamment les trousse médicolégale et médicosociale, afin de :
 - a. connaître la vision des professionnels à leur égard et leurs attitudes vis-à-vis l'aide offerte aux victimes (par ex. : sentiment d'expertise et d'efficacité, niveau de confort).
 - b. mieux comprendre l'utilité des outils, notamment la trousse médicolégale, dans la trajectoire socio-judiciaire des victimes d'AS
- 5- Privilégier des recherches-action régionales en partenariat avec les Agences de santé et de services sociaux et les personnes impliquées dans les Tables de concertation en AS, afin que chaque région détermine leurs enjeux prioritaires et se dote d'un plan concerté pour améliorer les services et faire face aux défis spécifiques à leur territoire.

Section F : RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec, QC: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
2. Ministère de la Culture des Communications et de la Condition Féminine Secrétariat à la condition féminine (2008). *Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle 2008-2013*. Québec, QC: Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition Féminine.
3. Groupe de travail sur l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle, & Sheel, J. (2004). *Protocole d'intervention médicosociale: Organisation des services et grandes lignes d'intervention*. Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
4. Baltzer, F., De Brouwer, C., & Wagner, J. (2008). Les centres désignés pour les victimes d'agression sexuelle en Montérégie: 6 ans plus tard. *Forum "Libérez les mots" de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie*. Saint-Hyacinthe, QC.
5. Collin-Vézina, D., Hélie, S. et Roy, C. (2011). Augmentation récente de l'incidence des agressions sexuelles au Québec. In M. Tardif (Ed.), *L'Aggression sexuelle : Transformations et paradoxes, Cifas 2009 Textes choisis*. Montreal, QC: Cifas-Institut Philippe Pinel de Montréal.
<http://www.cifas.ca/> & <http://www.psychiatrieviolence.ca/>
6. Gouvernement du Québec. (2009). *Agressions sexuelles*.
<http://www.agressionssexuelles.gouv.qc.ca/fr/>
7. Secrétariat à la condition féminine. (2007). *Rapport sur la mise en œuvre des engagements gouvernementaux 2001-2006*. Québec, QC: Secrétariat du Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle.
8. Ahrens, C. E., Campbell, R., Wasco, S. M., Aponte, G., Grubstein, G., & Davidson, W. S., II. (2000). Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) programs: Alternative systems for service delivery for sexual assault victims. *Journal of Interpersonal Violence, 15*, 921-943.
9. Clark, M. R., Nackerud, L., Larrison, C. R., & Neiderman, R. (1998). Assessing the congruence between conceptualization and implementation of the collaborative objective in a child sexual abuse response team. *Journal of Child Sexual Abuse, 7*, 47-63.
10. de Brouwer, C. (2008). Centres désignés pour les victimes d'agression sexuelle: six ans plus tard. *2^e colloque sur les centres désignés du Québec*. Québec, QC.
11. Dagenais, C., Nault-Brière, F., Dupont, D. et 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.
12. Kimberley, J. et Cook, J. M. (2008). Organizational measurement and the implementation of innovations in mental health services. *Administration and Policy in Mental Health, 35*, 11-20.
13. Campbell, R. (2008). The psychological impact of rape victims. *American Psychologist, 63*, 702-717.

14. Campbell, R., Adams, A. E. et Patterson, D. (2008). Methodological challenges of collecting evaluation data from traumatized clients/consumers: A comparison of three methods. *American Journal of Evaluation*, 29, 369-381.
15. Campbell, R., Patterson, D. et Lichty, L. F. (2005). The effectiveness of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) programs: A review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma, Violence & Abuse*, 6, 313-329.
16. Wasco, S. M., Campbell, R., Howard, A., Mason, G. E., Staggs, S. L., Schewe, P. A., et al. (2004). A statewide evaluation of services provided to rape survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 252-263.
17. Hazelwood, R. R. et Burgess, A. W. (Eds.). (2008). *Practical Aspects of Rape Investigation: A Multidisciplinary Approach* (4^e éd.). Boca Raton, FL: CRC Press - Taylor & Francis Group.
18. Hasson, F., Keeney, S. et McKenna. H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1008-1015.