Annexe A

Liste des centres désignés

Région 1 Bas-St-Laurent	**Centres**	
	1	CSSS - Rimouski-Neigette
	2	CSSS de La Mitis
	3	CSSS de Matane
	4	CSSS de La Matapédia
	5	CSSS des Basques
	6	CSSS de Rivière-du-Loup
	7	CSSS du Témiscouata
	8	CSSS de Kamouraska
	9	CSSS - Rimouski-Neigette - Volet pédiatrique
	10	CSSS de Rivière-du-Loup - Volet pédiatrique
Région 2 Saguenay-Lac-Saint-Jean	**Centres**	
	11	CSSS Domaine-du-Roy
	12	CSSS Maria-Chapdelaine
	13	CSSS de Chicoutimi
	14	CSSS de Lac-Saint-Jean-Est
	15	CSSS de Jonquière
	16	CSSS Cléophas-Claveau
Région 3 Capitale-Nationale	**Centres**	
	17	Centre hospitalier de La Malbaie
	18	Viols-Secours (CALACS de Québec)[1]
	19	Hôpital Saint-François d'Assise - CHUQ
Région 4 Mauricie-Centre-du-Québec	**Centres**	
	20	Hôpital Ste-Croix (CSSS de Drummond)
	21	Hôtel-Dieu d'Arthabaska (CSSS Arthabaska-Érables)
	22	CH du Centre de la Mauricie (CSSS de l'Énergie)
	23	CSSS du Haut St-Maurice
	24	CH Régional de Trois-Rivières
Région 5 Estrie	**Centres**	
	25	CHUS - Hôpital Fleurimont
Région 6 Montréal	**Centres**	
	26	Hôtel-Dieu du CHUM
	27	CHU Ste-Justine
	28	Hôpital de Montréal pour enfants
	29	Centre pour victimes d'agression sexuelle de Montréal

[1] 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

Région 7 Outaouais	**Centres**	
	30	CSSS de Gatineau (Hôpital de Hull et Hôpital de Gatineau)
	31	CSSS de Papineau (Hôpital de Papineau)
	32	CSSS Vallée-de-la-Gatineau (Hôpital de Maniwaki)
	33	CSSS des Collines (Hôpital Mémorial de Wakefield)
	34	CSSS du Pontiac (Hôpital du Pontiac)
Région 8 Abitibi-Témiscamingue	**Centres**	
	35	CSSS Rouyn-Noranda
	36	CSSS de la Vallée-de-l'Or à Val-d'Or
	37	CSSS de la Vallée-de-l'Or à Senneterre
	38	CSSS les Eskers de l'Abitibi
	39	CSSS les Aurores-Boréales
	40	CSSS de Lac Témiscaming
	41	CSSS de Témiscaming et de Kipawa
Région 9 Côte-Nord	**Centres**	
	42	CSSS de la Basse-Côte-Nord
	43	CSSS de la Haute-Côte-Nord
	44	CSSS de Port-Cartier
	45	CSSS de l'Hématite
	46	CPRCN
	47	CSSS de Sept-Îles
	48	CSSS de Manicouagan
	49	CSSS de la Mingani
Région 10 Baie-James	**Centres**	
	50	Centre de santé Lebel (Lebe-sur-Quévillon)
	51	Centre de santé Isle-Dieu (Matagami)
	52	Centre de santé Radisson
	53	Centre de santé de Chibougamau
Région 11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	**Centres**	
	54	CSSS Baie-des-Chaleurs
	55	CLSC de Pasbébiac
	56	CSSS de la Haute-Gaspésie
	57	CSSS du Rocher-Percé
	58	CSSS des Iles-de-la-Madeleine
	59	CSSS La-Côte-de-Gaspé
	60	CLSC de Murdochville
	61	CLSC de Grande-Vallée
Région 12 Chaudière-Appalaches	**Centres**	
	62	CSSS du Grand Littoral

Région 13 Laval	**Centres**	
	63	Clinique socio-juridique au CLSC des Mille-Îles
	64	CLSC du Marigot
Région 14 Lanaudière	**Centres**	
	65	Hôpital Pierre Le Gardeur
	66	Hôpital Pierre Le Gardeur
	67	Centre hospitalier régional de Lanaudière
Région 15 Laurentides	**Centres**	
	68	Hôpital de Rivière-Rouge
	69	CH Mont-Laurier
	70	CH St-Jérôme
Région 16 Montérégie	**Centres**	
	71	CSSS Jardins-Roussillon (Hôpital Anna-Laberge)
	72	CSSS Haut-Richelieu-Rouville (Hôpital du Haut-Richelieu)
	73	CSSS Richelieu-Yamaska (Hôpital Honoré-Mercier)
	74	CSSS du Suroît (Hôpital du Suroît)
	75	CSSS Pierre-Boucher (Hôpital Pierre-Boucher)
	76	CSSS Pierre-Boucher (CLSC Longueuil-Ouest Carrefour socio-médical jeunesse du Grand Longueuil)
	77	CSSS de la Haute-Yamaska (Hôpital de Granby)
	78	Hôpital Charles LeMoyne (Hôpital Charles LeMoyne)
Région 17 Nunavik (en implantation)	**Centres**	
	79	Centre de santé de Tulattavik (Kuujjuaq)
	80	Centre de santé Inuulitsivik (Puvirnituq)

Annexe B

Tableau comparatif entre le modèle SANE (*sexual assault nurse examiners*) et celui des centres désignés, et recension des études portant sur le modèle SANE

	SANE	**Centre Désignés**
Composition de l'équipe	Les infirmières SANE, (*sexual assault nurse examiners*), sont accompagnées d'infirmières non-SANEs et sont l'équipe principale de service. Dans certains cas des médecins peuvent également être requis.	Les médecins et les infirmières font partie de l'équipe principale de service. Dans certains cas, des intervenants psychosociaux peuvent aussi être impliqués.
Population visée	Hommes, femmes et enfants. La littérature porte spécifiquement sur les femmes de 18 ans et plus ayant subi une agression sexuelle récente.	Hommes, femmes et enfants. Les victimes peuvent avoir vécu un abus par le passé ou récemment.
Emplacement des services	De façon générale, les infirmières SANE complètent les examens des victimes dans des salles d'urgence d'hôpitaux. Dans de rares situations, les services sont offerts dans des endroits indépendants.	Hôpital ou CLSC (régi par les CSSS)
Période d'attente pour recevoir des services	Le temps de réponse des infirmières SANE est d'environ une heure.	Quelques heures.
Équipe sur appel vs Équipe sur place	Les infirmières SANE sont sur appel et se déplacent directement à l'établissement où se trouve la victime.	Les infirmières sont sur place dans le centre de santé. Les médecins et les intervenants psychosociaux sont sur appel. La victime peut être dirigée vers un autre centre désigné si le professionnel n'est pas disponible.
Salle spécifique pour l'examen.	Le modèle SANE préconise qu'il y ait un espace désigné dans chaque établissement servant à compléter l'examen.	Le modèle Centre Désigné préconise, lui aussi, qu'il y ait un espace désigné dans chaque établissement. Toutefois, cela dépend des ressources et de l'achalandage, donc l'implantation des pièces désignées est incertaine.
Équipe responsable pour l'examen.	Aux États-Unis les examens sont complétés par les infirmières SANE qui elles, sont accompagnées d'une infirmière non-SANE. Les médecins ont tendance à compléter les examens lorsqu'il y a plusieurs traumatismes (blessures physiques extrêmes, viol anal, etc.) Dans le contexte canadien, les infirmières SANE et les médecins partagent tous les deux les responsabilités d'examiner les victimes et les plages horaires sur	Les examens sont complétés par les médecins (seulement présents lors des examens pour compléter les trousses médicales). Une infirmière est présente durant l'ensemble du processus. Dans certaines circonstances, un intervenant psychosocial est également présent. Dans certaines régions éloignées des grands centres, les infirmières complètent les examens si les médecins ne sont pas disponibles. Dans tous autres cas, si un médecin est disponible,

	appel. Dans les deux cas, ils seraient accompagnés d'une infirmière non-SANE.	c'est lui qui complètera l'examen de la victime.
Formation nécessaire pour compléter les examens.	La formation des infirmières SANE varie de 40 à 96 heures, dépendant du domaine. 40 de ces heures sont en classe avec des formations formelles et le reste des heures sont consacrées à la pratique. Une formation supplémentaire doit être complétée par les infirmières SANE qui souhaitent faire des examens sur les enfants.	Tout dépend de la région, et du statut professionnel.
Éducation continue.	Offert par certains programmes. Représente un certain nombre d'heures par année.	Varie d'un Centre Désigné à l'autre. Offert sous forme de discussion avec des professionnels de la même région. Ces rencontres ne se font pas à des fréquences régulières.
Expérience de travail requise.	Varie, dépendant de la région. Certains exigent de l'expérience de travail avec des victimes d'agression sexuelle.	Aucune information. Habituellement, ils prennent des professionnels déjà établis au CSSS.
Examen légal et preuve.	Examen physique et pelvien complet afin d'amasser des preuves et spécimens.	Si l'agression sexuelle s'est déroulée dans les 5 jours précédents, un examen médicolégal. Au-delà de 5 jours, un examen médicosocial.
Entreposage de la preuve	Varie selon l'emplacement. Certains emplacements n'offrent pas d'entreposage de preuve si le crime n'est pas rapporté, d'autres peuvent entreposer la preuve jusqu'à concurrence d'un an.	La preuve peut être entreposée ou remise à la police (la preuve peut être gardée jusqu'à 14 jours).
Test de VIH-IST	Pas dans tous les cas. Les tests sont complétés de façon sélective.	Pas dans tous les cas. Seulement si le risque est présent. Selon le protocole, les examens IST ne sont pas recommandés sans la présence de signes ou de symptômes. Ils sont donc seulement demandés lorsqu'il y a une raison de croire que le risque est présent. Les examens VIH sont très rarement complétés.
Prévention de la grossesse.	De façon générale, les infirmières SANE discutent de la prise de la contraception d'urgence avec la victime avant de la lui prescrire. Par contre, dans les hôpitaux catholiques, aucune information n'est fournie et la	N'est pas fait de façon systématique.

	médication n'est pas prescrite.	
Dépistage des drogues.	Aucune information.	Oui, si l'ingestion involontaire de drogue est soupçonnée.
Partenaires professionnels impliqués	Partenaires disponibles selon les cas, inclus : police, techniciens de laboratoire de crime, procureurs, travailleurs en centre de crise, et avocats. Cette approche multidisciplinaire est basée sur le modèle SART (*Sexual assault response team*). Les infirmières SANE pratiquant dans une région plus rurale ont tendance à être isolées et peuvent ne pas avoir beaucoup de contacts avec d'autres professionnels.	Partenaires disponibles selon les cas, inclus : Centre Jeunesse, organismes communautaires, CALACS, police, infosanté, et les professionnels du CSSS.
Intervention psychosociale et services thérapeutiques.	Les infirmières SANE offrent du support émotionnel tout au long de l'examen. Des services psychosociaux spécifiques ne sont pas disponibles via le programme SANE. Par contre, les programmes SANE sont souvent liés aux centres d'aide et de lutte pour les victimes d'agression sexuelle.	Souvent, les infirmières offrent un support émotionnel. Lorsque les victimes sont des mineurs, un signalement peut-être fait au Centre Jeunesse ce qui pourrait mener éventuellement à des services. Un intervenant psychosocial sera présent si la victime se présente durant les heures régulières. Un soutien psychosocial sera offert sous forme de référence (CLSC, CALACS).
Témoignage à la Cour, et statut d'expert.	Les infirmières SANE témoignent souvent à la Cour, et considèrent que ceci fait partie de leurs tâches. Leur formation professionnelle et leur éducation leur confèrent de façon générale un statut d'expert (par contre, ceci dépend de chaque juge).	Les trousses sont utilisées comme preuve par le procureur. Les médecins peuvent se présenter à la cour pour des raisons de clarifications.
Suivi et références.	Un suivi téléphonique dans les 48 heures suivant l'examen.	Un suivi et des ressources sont suggérés (suivi médical et psychosocial, quelques organismes communautaires).
Roulement des employés.	Grand roulement d'employés et épuisement professionnel relié à un environnement de travail stressant.	Grand roulement d'employés, manque de professionnels.
Financement	Grands organismes de charité, des fonds d'assistance aux victimes, des subventions locales d'églises ou d'hôpitaux, et collectes de fonds. Occasionne du stress pour le coordonnateur du programme car les	Gouvernement provincial. Perception de manque de ressources.

	fonds ne sont pas garantis.	

Introduction

Création et évolution du Programme SANE

Depuis quelques dizaines d'années aux États-Unis, les services offerts aux victimes de viol et d'agression sexuelle subissent une profonde transformation. Ces services ont commencé à évoluer durant les années 1970, lorsque les infirmières et autres professionnels médicaux ont perçu le besoin d'améliorer la qualité des services prodigués aux victimes à l'urgence (Girardin, 2005; Logan, Cole et Capillo, 2006). En effet, d'après Hutson (2002), l'existence de lacunes importantes dans la prestation des services pose des problèmes et entraîne des préjudices potentiels pour les victimes d'agression sexuelle. Cet auteur souligne que les victimes devaient attendre longtemps avant de recevoir des services, ces derniers étant d'ailleurs fournis par des personnes inexpérimentées; ces facteurs, s'ajoutant à l'agression en tant que telle, risquaient donc d'aggraver la victimisation. De même, Taylor (2002) constate que les victimes devaient également endurer des attitudes laissant entendre qu'elles étaient à blâmer, outre que leurs blessures n'étaient pas suffisamment documentées à l'urgence. C'est donc en réponse aux incohérences et difficultés auxquelles les victimes d'agression sexuelle devaient faire face au moment d'avoir accès aux services que le Programme SANE (« Sexual Assault Nurse Examiner » - examen des victimes d'agression sexuelle par des infirmières examinatrices) a été créé (Campbell, Patterson et Lichty, 2005). Le Programme SANE a été mis sur pied à Memphis en 1976, avant d'être offert dans le Minnesota dès 1977 et au Texas à partir de 1979. Sa diffusion s'est poursuivie pendant les années 1990 (Ledray et Simmelink, 1997; Lewis-O'Connor, 2009; Little, 2001). Ce programme avait pour but de répondre aux multiples besoins des victimes, car les services reçus à l'urgence étaient incohérents et manquaient de protocoles adéquats. L'une des idées les plus importantes consistait à dispenser des soins standardisés aux victimes, peu importe l'endroit où elles se trouvaient (Ahrens et coll., 2000; Campbell et coll., 2006). D'après Patterson, Campbell et Townsend (2006), l'objectif du Programme SANE est de fournir promptement des soins et attentionnés, de préserver la dignité des victimes, de réduire les traumatismes psychologiques et d'améliorer la collecte de preuves pour que l'enquête et les poursuites soient plus efficaces (p. 180). La création du Programme SANE, dans les années 1970, s'est accompagnée d'une meilleure sensibilisation aux besoins des victimes d'agression sexuelle et a

également mené à la création de centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle un peu partout aux États-Unis (Decker et Naugle, 2009).

Rôle des infirmières examinatrices

À part le traitement médical, les infirmières examinatrices ont des fonctions complexes à remplir auprès des victimes. En effet, il s'agit aussi de répondre à leurs besoins émotionnels, sociaux, psychologiques et médicolégaux (Campbell et coll., 2006;. Cole et Logan, 2008; Du Mont et Parnis, 2002). Selon Lewis-O'Connor (2009), le Programme SANE permet de constituer une équipe de première intervention qui répond aux besoins émotionnels et physiques des victimes tout en recueillant des preuves médicolégales pouvant conduire à la mise en accusation de l'agresseur. Les infirmières examinatrices procèdent à un examen physique complet ainsi qu'à un examen pelvien des victimes afin d'enregistrer les blessures et de recueillir des preuves médicolégales (Campbell, Patterson et Lichty, 2005). Avant la création du Programme SANE, la collecte des preuves médicolégales était menée à l'urgence par des médecins qui n'avaient reçu aucune formation en ce sens et qui ne disposaient que de très peu de temps (Campbell et coll., 2007). Selon Campbell, Patterson et Lichty (2005), les médecins étaient souvent incapables de comprendre comment agir correctement auprès de victimes qui ne présentaient pas de signes visibles de traumatisme urgent. Aussi, ces dernières devaient parfois attendre des heures avant d'être examinées. Puisque les services aux victimes d'agression sexuelle sont essentiels pour prévenir d'autres traumatismes ainsi que la victimisation secondaire (Campbell et coll., 2001), la prestation de soins axés sur les patients est très importante; or, c'est justement cela que font les infirmières examinatrices. L'examen qu'elles effectuent est approfondi et peut faire appel à plusieurs outils afin de documenter les blessures vaginales subies par les victimes. La coloscopie par exemple, est maintenant couramment employée pour prendre des photos de lésions qui peuvent ensuite être agrandies et utilisées dans le cadre d'un procès (Ledray, 2000).

Structure du Programme SANE

Formation et accréditation des infirmières examinatrices

Pour participer aux programmes SANE, les infirmières doivent suivre une formation et satisfaire à des critères de certification. Ce sont des infirmières praticiennes ou autorisées (Derhammer, Lucente, Reed et Young, 2000). Les exigences en matière de formation varient légèrement d'une province ou d'un État à l'autre, mais il est généralement convenu que les

infirmières doivent recevoir entre 40 et 96 heures de formation, dont 40 heures de cours théoriques, et le reste consacré à une expérience pratique dont les modalités varient (Ahrens, C. et coll., 2000; Du Mont et Parnis, 2003; Girardin, 2005; Hutson, 2002; Ledray 1997; Logan, Cole et Capillo, 2006; Taylor, 2002; Siever, Murphy et Miller, 2003). La formation reçue par les futures infirmières examinatrices aborde un large éventail de sujets tels que les théories de la violence, le rôle de l'intervenant médical, l'éducation communautaire et les actions en justice (McLaren, Henson et Stone, 2009). Les questions entourant le témoignage d'experts, les exigences relatives à la chaîne de preuves, l'examen médicolégal et la collecte de preuves sont également soulevées pendant la formation (Lamont, 2006; Campbell, Patterson et Fehler-Cabral, 2010). Une formation supplémentaire et l'éducation continue sont souvent nécessaires pour conserver l'accréditation au titre du Programme SANE (Campbell, Patterson et Lichty, 2005). Dans certains États, les candidates doivent avoir au moins un an d'expérience comme infirmières autorisées et s'engager à travailler au moins deux ans dans le Programme SANE (Hatmaker, Pinholster et Saye, 2002). Ailleurs, il faut au moins deux ans d'expérience comme infirmière avant de pouvoir faire partie d'une équipe d'infirmières examinatrices (McLaren, Henson et Stone, 2009). Dans leur aperçu, Logan, Cole et Capillo (2007b) ont examiné 243 programmes SANE aux États-Unis et constaté que les équipes SANE jouaient un rôle particulièrement important, car les autres professions médicales n'ont pas la formation nécessaire en matière d'agressions sexuelles et de services aux victimes. De même, Little (2001) a souligné le fait que, contrairement aux infirmières examinatrices, les médecins n'ont pas été spécialement formés pour recueillir des preuves médicolégales ou utiliser les trousses de prélèvement pour agressions sexuelles, et ils ne se sentent donc pas capables de témoigner si le besoin s'en présentait.

Approche multidisciplinaire

Le Programme SANE fonctionne souvent en collaboration avec les équipes d'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle afin d'offrir une approche multidisciplinaire par rapport aux services. Les équipes d'intervention sont formées de membres de différentes professions pouvant répondre à différents besoins des victimes. Ce peut être des agents d'application des lois, des techniciens de laboratoire du crime, des procureurs ou des travailleurs de centres de crise qui sont appelés à intervenir dans les cas d'agression sexuelle (Campbell, Patterson et Lichty, 2005; Cole et Logan, 2008; Huston, 2002; Little, 2001). Selon McLaren, Henson et Stone (2009), les équipes sont formées d'une équipe d'intervention primaire et une autre secondaire pour les

victimes d'agression sexuelle. La création de ces équipes a contribué à l'amélioration des services pour les victimes d'agression sexuelle, car elle facilite les communications entre les professionnels et mène à un travail plus productif pour les services (Girardin, 2005). En outre, d'après Campbell, Patterson et Fehler-Cabral (2010), les membres des équipes d'intervention travaillent en étroite collaboration, ce qui qui crée une interdépendance et entraîne de bonnes relations de travail. Cependant, les infirmières examinatrices n'ont pas toujours l'avantage d'être en contact avec une équipe d'intervention, car certaines sont géographiquement éloignées des autres professionnels (Seng, Sanubol et Johnson County SANE Team, 2004). Dans une étude empirique Cole et Logan (2008) ont exploré les difficultés d'une approche multidisciplinaire par rapport aux victimes d'agression sexuelle. Les auteurs ont administré un sondage auprès des intervenants de 231 programmes SANE aux États-Unis afin d'examiner les rapports qu'ils entretiennent avec les groupes de défense des victimes. Ils ont constaté que malgré l'apparition de conflits au moment de l'introduction des programmes, ceux-ci ont tendance à se dissiper avec le temps une fois les rôles et responsabilités bien établis (Cole et Logan, 2008). Les rapports entre infirmières examinatrices et les intervenants auprès des victimes sont d'importance capitale, car après le premier examen, les victimes se voient souvent offrir des services de suivi pour veiller à leur bien-être (Ciancone, Wilson, Collette et Gerson, 2000;. Ericksen et coll., 2002). Même si les infirmières examinatrices répondent aux besoins immédiats des victimes sur le plan émotionnel et physique, les centres d'aide ont un rôle important à jouer dans la prestation des services et des traitements subséquents (Decker et Naugle, 2009). Dans le contexte d'une approche multidisciplinaire par rapport aux agression sexuelles, des professionnels médicaux autres que les infirmières examinatrices ont également un rôle à jouer auprès des victimes, et les infirmières spécialisées en agressions sexuelles et les médecins sont donc encore très présents dans la prestation des services (Taylor, 2002). Dans une étude empirique sur les expériences des victimes qui utilisent les services spécialisés en agression sexuelle, Ericksen et coll. (2002) font remarquer que la présence d'une infirmière spécialisée en la matière était essentielle pour mettre les victimes à l'aise pendant à l'examen, et ils ont démontré que plusieurs professionnels différents avaient la possibilité d'exercer un effet positif sur la prestation des services. Même si les infirmières examinatrices peuvent effectuer tous les examens nécessaires en l'absence d'un médecin (Du Mont et Parnis, 2002), l'intervention de ce dernier demeure nécessaire dans les cas d'agressions sexuelles ayant donné lieu à de graves traumatismes physiques nécessitant un

traitement qui dépasse le cadre de l'examen traditionnel fourni par les infirmières examinatrices (Aiken et Speck, 1995). D'après Stermac, Dunlap et Bainbridge (2005), les examens des victimes de viol anal étaient souvent effectués par des médecins plutôt que par des infirmières examinatrices en raison des niveaux généralement plus élevés de traumatismes qui accompagnent ce type d'agression. Par conséquent, même si les infirmières examinatrices sont considérées comme essentielles dans le traitement des victimes d'agression sexuelle, les médecins conservent un rôle dans ce processus. Cependant, dans certains cas, on constate que les médecins ont de la difficulté à céder leur autorité à des tiers et à changer de mentalité. En effet, Ledray (2000) fait remarquer que des médecins en Arizona et au Kentucky ont exprimé des doutes et intenté des poursuites contre des infirmières examinatrices en alléguant que certains aspects de leur protocole d'examen dépassaient le cadre de la pratique des soins infirmiers de base. Ces incidents semblaient représentatifs de certaines des tensions qui existent dans les milieux médicaux quant aux responsabilités à conférer aux infirmières examinatrices.

Les infirmières examinatrices en tant que témoins experts

L'aspect médicolégal du rôle des infirmières examinatrices est critique pour les victimes qui souhaitent porter plainte et poursuivre leur agresseur. Avec l'expansion des programmes SANE, on accorde une attention accrue à la preuve médicolégale recueillie lors de l'examen (Campbell, Patterson et Lichty, 2005). Une relation étroite entre les infirmières examinatrices et le système judiciaire a donc été créée, puisque la preuve recueillie a un impact direct sur la poursuite de l'affaire (Lawson et Rowe, 2009; Logan, Cole et Capillo, 2007b). L'une des principales fonctions des infirmières examinatrices consiste à envisager le corps de la victime comme une scène de crime et à recueillir des preuves médicolégales au moment d'effectuer l'examen (Campbell, Patterson et Fehler-Cabral, 2010; Girardin, 2005). Autrement dit, la fonction principale des infirmières examinatrices consiste à fournir une évaluation médicolégale objective des victimes d'agression sexuelle (Little, 2001, p. 3). Une fois l'examen terminé et les preuves médicolégales telles que les cheveux et le sperme recueillies, les victimes ont la possibilité de les mettre de côté en attendant de décider de porter plainte (Ahrens et coll., 2000). Les périodes d'entreposage des preuves varient considérablement d'un programme à l'autre et vont de six mois (Stermac, Dunlap et Bainbridge, 2005) à un an (Griffiths, 2003). Toutefois, d'après Logan, Cole et Capillo (2006), certains établissements n'étaient pas en mesure d'offrir ce service si les victimes ne portaient pas plainte immédiatement. Plichta, Clements et Houseman

(2007) ont examiné les différents modèles de programmes SANE et constaté que les services des urgences offrant des services complets d'infirmières examinatrices étaient plus susceptibles d'effectuer l'examen médicolégal et donnaient de meilleurs résultats en ce qui concerne les services dispensés en général. Dans une analyse documentaire concernant l'efficacité des programmes SANE, Campbell, Patterson et Lichty (2005) font remarquer que les infirmières examinatrices étaient considérées comme très compétentes lorsqu'il s'agissait de recueillir des preuves et d'effectuer un examen. Plusieurs auteurs mentionnent également que les trousses de prélèvement remplies par les infirmières examinatrices se comparaient favorablement à celles d'autres professionnels, et qu'elles étaient en fait plus complètes et mieux documentées (Campbell, Patterson et Lichty, 2005; Ledray et Simmelink, 1997; McLaren, Henson et Stone, 2009). De même, dans une étude empirique de la précision des infirmières examinatrices dans la collecte de preuves, Siever, Murphy et Miller (2003) ont conclu que les trousses remplies par celles-ci satisfaisaient aux exigences imposées par les autorités de l'État plus souvent que celles des médecins. Les auteurs en outre noté que les infirmières examinatrices respectaient les instructions en ce qui concerne le nombre d'échantillons devant être prélevés et étaient plus attentives aux conditions entourant la chaîne de conservation. Selon Kent (2000), les médecins étaient souvent mécontents à l'idée de procéder à un examen complet et à la collecte de preuves médicolégales, car cela prend beaucoup de temps, et les victimes qui se présentent à l'urgence n'ont que très rarement d'autres blessures physiques à traiter. Alors que les médecins sont souvent réticents à témoigner en cour, car ils trouvent que cela prend trop de temps, les infirmières examinatrices le font volontiers et considèrent cela comme faisant partie de leur rôle (Ledray et Simmelink, 1997). Par ailleurs, Ledray et Simmelink (1997) font remarquer que le témoignage des infirmières examinatrices est reconnu et confirmé au tribunal. Lorsque les infirmières examinatrices témoignent en cour, elles sont censées fournir une description précise de leurs interactions avec la victime, mais si elles sont nommées témoins experts par le tribunal, elles peuvent aussi donner leur opinion professionnelle ainsi que la conclusion qu'elles tirent de leur examen (Campbell et coll., 2007). Même si la décision d'admettre ou non une infirmière examinatrice comme témoin expert se fait plus ou moins au cas par cas, ce statut dépend généralement des connaissances, des études, des compétences, de l'expérience et de la formation de la personne (Campbell et coll., 2007). Historiquement, le statut d'expert dans les cas d'agression sexuelle était réservé aux médecins, mais McLaren, Henson et Stone (2009) montrent

que les témoins experts doivent posséder des connaissances spéciales obtenues grâce à des études, l'exercice professionnel, la publication, ou l'expérience supérieure, par rapport à une personne non initiée. Selon ces auteurs, de par leur éducation et leur formation professionnelle, les infirmières examinatrices sont généralement considérées comme des témoins experts, ce qui les rend beaucoup plus importantes pour la poursuite (p. 144). Il semble que les preuves recueillies et les témoignages fournis par les infirmières examinatrices augmentent la probabilité que des poursuites seront intentées et qu'un verdict de culpabilité sera prononcé (Aiken et Speck, 1995; Ledray et Simmelink, 1997; Lewis-O ' Connor, 2009; McLaren, Henson et Stone, 2009). Dans une étude empirique qualitative sur l'efficacité des infirmières examinatrices, Campbell, Patterson et Fehler-Cabral (2010) ont interviewé neuf policiers et six procureurs. Selon ces auteurs, à la suite de leur examen des victimes, les infirmières examinatrices fournissent les documents nécessaires et les remplissent correctement, ce qui est plus utile aux enquêteurs et aux procureurs. Malgré leur empressement à témoigner et à fournir des preuves médicolégales, les infirmières examinatrices sont confrontées à de nombreuses remises en question au tribunal, faisant du processus une source de stress pour les nouvelles recrues (Seng, Sanubol et Johnson County SANE Team, 2004). Campbell et coll. (2007) ont interviewé les infirmières examinatrices de 110 programmes aux États-Unis et constaté que plusieurs éléments importants leur causaient des problèmes lorsqu'elles témoignent. Ce qui était particulièrement difficile, c'était de témoigner, faire face au contre-interrogatoire, voir des victimes se faire blâmer et assister à l'acquittement de certains agresseurs.

Le Programme SANE dans le contexte canadien

L'évolution des services aux victimes d'agression sexuelle au Canada a suivi une trajectoire sensiblement parallèle à celle connue aux États-Unis. Dans les années 1970, une prise de conscience au sujet des droits des femmes en ce qui concerne le viol et l'agression sexuelle a été stimulée par les mouvements anti-violence et pro-féministes et a mené à la création de nombreux centres d'aide aux victimes (Beres, Crow et Gotell, 2009). L'insuffisance des services pour les victimes a également conduit à l'élaboration de programmes SANE dans diverses régions du Canada durant la même période (Du Mont et Parnis, 2002; Stermac, Dunlap et Bainbridge, 2005). Au cours des années 1990, un grand nombre de programmes SANE ont commencé à être mis en œuvre, et les infirmières examinatrices faisaient plus souvent partie de

l'équipe chargée d'intervenir en cas d'agression sexuelle (Griffiths, 2003; Stermac et Stripe, 2002). Parallèlement à ce qui se passait aux États-Unis, on a constaté que les programmes canadiens offraient un éventail complet de soins qui répondent aux besoins médicolégaux, émotionnels et psychologiques des victimes d'agression sexuelle (Stermac, Dunlap et Bainbridge, 2005). Même si des programmes SANE existent au Canada depuis plus de 30 ans, plusieurs provinces ne semblent pas avoir mis sur pied de tels programmes. Les programmes actifs sont situés en Ontario (Du Mont et Parnis, 2003; Stermac et Stripe, 2002), en Alberta (Lamont, 2006) et en Colombie-Britannique (Griffiths, 2003). Dans le contexte canadien, la prestation de services est assez similaire à ce qu'on a vu aux États-Unis, car une équipe multidisciplinaire est souvent mise à la disposition des victimes (Du Mont et Parnis, 2002; Lamont, 2006). Comme pour les programmes SANE aux États-Unis, les équipes pluridisciplinaires signifient un partenariat avec la police, les centres d'aide aux victimes, les services de protection de l'enfance et d'autres organismes communautaires (Du Mont et Parnis, 2002). La formation qui est nécessaire au Canada est comparable aux exigences américaines : un minimum de 40 heures de formation théorique, suivie d'une période d'observation pratique (Du Mont et Parnis, 2002). Après la formation, les infirmières examinatrices canadiennes sont considérées comme entièrement capables d'effectuer des examens médicaux, de recueillir des preuves médicolégales et de remplir des documents juridiques (Griffiths, 2003). Stermac et Stripe (2002) ont mené une étude empirique dans un hôpital de Toronto, en Ontario, sur la rigueur des examens effectués par des infirmières examinatrices par rapport à ceux des médecins. Les auteurs ont recueilli et examiné les données tirées des dossiers de 515 victimes qui avaient été traitées à la suite d'une agression sexuelle au cours d'une période de deux ans. À l'instar leurs collègues aux État-Unis, les infirmières examinatrices au Canada semblent constituer des trousses de prélèvement qui contiennent un moindre nombre d'erreurs et sont de meilleure qualité générale que celles d'autres professionnels médicaux. Par ailleurs, les auteurs ont également noté que les victimes canadiennes avaient déclaré des niveaux plus élevés de satisfaction au sujet des services prodigués par les infirmières examinatrices. Bien que le traitement offert par les médecins et par les infirmières examinatrices soit médicalement similaire, Stermac et Stripe (2002) font remarquer que la différence majeure réside dans le fait que les médecins faisaient attendre les victimes plus longtemps avant et pendant l'examen. Malgré le niveau élevé de participation des infirmières examinatrices, on constate que les médecins sont loin d'être exclus

de la communauté de traitement des victimes d'agression sexuelle, car ils continuent à jouer un rôle crucial dans la prestation de services aux victimes au Canada et ont effectué un certain nombre d'examens. Ayant étudié un hôpital en Colombie-Britannique qui offre des services d'infirmières examinatrices, Griffiths (2003) a découvert que les examens et la collecte des preuves médicolégales étaient effectués, avec l'aide de personnel infirmier spécialisé en agressions sexuelles, soit par une infirmière examinatrice, soit par un médecin. De même, Du Mont et Parnis (2003) font état d'un hôpital en Ontario où les médecins continuent de participer à la prestation des services et d'effectuer des examens. Il semble donc possible de noter qu'au Canada et ailleurs, les infirmières examinatrices n'ont pas pour fonction de remplacer les médecins, mais plutôt d'améliorer la prestation des services aux victimes d'agression sexuelle.

Difficultés associées aux programmes SANE

Les difficultés rencontrées par infirmières examinatrices et par les programmes dont elles relèvent ne sont pas limitées aux témoignages et aux comparutions devant les tribunaux. Malgré les nombreuses retombées positives des programmes SANE, des questions et des problèmes continuent de se poser. D'un programme SANE à l'autre, on constate des divergences en ce qui concerne la prévention des grossesses; en outre, la contraception d'urgence n'est pas systématiquement offerte aux victimes (Campbell et coll., 2001; Campbell et coll., 2006). Dans une étude empirique de 58 hôpitaux urbains qui traitent les victimes d'agression sexuelle, Smuger, Spina et Mertz (2000) ont examiné les variations dans le traitement concernant la fourniture de la contraception d'urgence dans les hôpitaux catholiques et non catholiques. Les auteurs ont constaté qu'il n'existait aucun consensus parmi les hôpitaux catholiques quant à la question de la prévention de la grossesse après une agression sexuelle. Il semble que près de la moitié des hôpitaux catholiques de l'étude avaient des politiques interdisant la moindre discussion sur la contraception d'urgence, et que dans le tiers environ, des politiques explicites empêchaient les médecins de prescrire des contraceptifs d'urgence. Des divergences dans les services fournis par les infirmières examinatrices sont également perceptibles en ce qui concerne les tests de dépistage du VIH et des ITS, car il ressort du travail de plusieurs auteurs que ces services étaient offerts de façon sélective (Campbell et coll., 2006; Campbell et coll., 2001; Ciancone, Wilson, Collette et Gerson, 2000). Campbell et coll. (2006) ont mené une étude empirique sur les besoins des victimes d'agression sexuelle et interrogé 110 infirmières

examinatrices de différents programmes à travers les États-Unis. Les auteurs ont trouvé une explication possible pour les incohérences qui apparaissent en ce qui concerne les tests de dépistage du VIH et des ITS, en notant que certaines infirmières examinatrices avaient déclaré lors de l'entrevue que ces tests n'étaient pas toujours faits parce que les résultats étaient souvent été utilisés contre les victimes devant le tribunal. D'autres divergences dans les services ont également été identifiées, notamment parce que les victimes d'agresseurs inconnus semblent recevoir de meilleurs services et soins que les victimes de leur conjoint ou d'une connaissance (Campbell et coll., 2001; Campbell et coll., 1999). Patterson, Campbell et Townsend (2006) ont noté que lorsque des poursuites étaient considérées comme critiques, les autres besoins des victimes étaient souvent relégués à l'arrière-plan. Les auteurs ont également constaté que des besoins essentiels tels l'éducation, l'information et les analyses étaient souvent négligés lorsque les poursuites étaient l'objectif visé. Même si tous ces problèmes ne se produisent pas dans tous les programmes SANE, il semble qu'une mauvaise prestation de services peut entraîner une expérience très négative pour les victimes et augmenter leur traumatisme, menant alors à une forme de victimisation secondaire (Campbell et coll., 1999; Lewis-O'Connor, 2009). Le manque de services appropriés a également le potentiel d'avoir des conséquences futures graves pour les victimes, comme le TSPT, les ITS ou une grossesse (Patterson, Campbell et Townsend, 2006).

Certains aspects structurels ont également été jugés problématiques dans le milieu de travail des infirmières examinatrices. Les exigences liées à leur fonction peuvent mener à des difficultés supplémentaires pour les intervenants et à un impact négatif sur leur traitement des victimes. Hatmaker, Pinholster et Saye (2002) ont examiné un programme SANE communautaire de l'État de Géorgie, en soulignant les forces et les faiblesses de l'organisme. Les auteurs ont noté que le roulement du personnel était un problème majeur dans ce programme particulier, et que le niveau élevé de stress entraînait l'épuisement professionnel de nombreuses infirmières examinatrices. Le niveau de stress élevé des programmes SANE a également été noté par Seng, Sanubol et Johnson County SANE Team (2004), qui ont expliqué que les infirmières qui travaillent au sein des programmes SANE étaient exposées à des histoires traumatiques ayant le potentiel de mener au TSPT et à un traumatisme indirect. Les auteurs expliquent que les infirmières examinatrices ont du mal à trouver un équilibre entre leurs responsabilités familiales et le fait qu'elles doivent travailler sur demande. En plus des niveaux élevés de stress, il a été noté que infirmières examinatrices devaient souvent d'avoir un autre emploi à temps plein pour

gagner leur vie, puisque le programme SANE ne suffisait pas à leur garantir un revenu régulier (Du Mont et Parnis, 2002; Ledray, 1997; Seng, Sanubol et Johnson County SANE Team, 2004). Le nombre exact des programmes SANE en activité est difficile à déterminer. Ledray (2005) affirme que cette situation est plutôt problématique, car un certain nombre de programmes ne font l'objet d'aucune évaluation. De plus, elle fait remarquer que si les praticiens n'arrivent pas à localiser un programme SANE, c'est d'autant plus vrai pour les victimes. Cependant, l'auteur a constaté que 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). Le financement est également un enjeu difficile pour les programmes SANE, car il faut faire appel à plusieurs sources différentes afin de répondre à leurs besoins financiers. Les bailleurs de fonds comprennent de grandes organisations caritatives, des fonds d'aide aux victimes, des subventions locales d'églises ou d'hôpitaux ainsi que des événements de collecte de fonds. Toutefois, la nécessité constante de chercher des sources de financement a été difficile pour la direction des programmes (Hatmaker, Pinholster et Saye, 2002; Petit , 2001).

Atouts des programmes SANE

Malgré certaines difficultés, les programmes SANE présentent de nombreux attributs positifs qui produisent des soins centrés sur les victimes. Dans la littérature se rapportant aux programmes SANE, il a été constaté à plusieurs reprises que les victimes étaient très satisfaites des services (Campbell, R. et coll., 2008;. Ledray et Simmelink, 1997; Stermac et Stripe, 2002), car elles recevaient des soins standardisés et avaient moins de temps à attendre avant d'être examinées (Plichta, Clements et Houseman, 2007). Le soutien émotionnel et les explications prodigués par les infirmières examinatrices pendant l'examen sont également des caractéristiques de la profession (Campbell, R. et coll., 2006). Dans une étude empirique qualitative de l'expérience des victimes lors de l'accès des services spécialisés en agression sexuelle, Ericksen et coll. (2002) ont interrogé huit femmes et découvert un certain nombre d'éléments qui étaient importants pour les victimes. Plusieurs répondantes ont signalé que les contacts physiques, tels que tenir la main pendant l'examen, ont été vécus comme très positifs et ont aidé à contrer les expériences négatives de la victimisation. Les auteurs ont également constaté que le fait de se sentir respectée en tant que personne à part entière, rassurée tout au long de l'examen et dotée

d'un contrôle sur la situation, tout cela était associé à une expérience plus positive du traitement. De même, Fehler-Cabral, Campbell et Patterson (2011) ont mené une étude qualitative sur les besoins émotionnels des victimes d'agression sexuelle et leurs expériences d'accès aux services des infirmières examinatrices. Pendant leurs entretiens avec 20 femmes, les auteurs ont découvert que la plupart avaient eu des rencontres positives avec des infirmières examinatrices. Les participantes ont noté que trois éléments avaient été particulièrement appréciés : des explications claires concernant le processus d'examen et la collecte de preuves, l'attitude attentionnée et compréhensive des infirmières examinatrices, le fait d'avoir le choix tout au long du processus. Après leur examen, les victimes disent se sentir de nouveau des « êtres humains »; les auteurs en tirent la conclusion que les infirmières examinatrices ont la possibilité de restaurer l'humanité dont les victimes ont été privées durant l'agression, une expérience « humanisante » qui semble aider les victimes à surmonter l'épreuve (Fehler-Cabral, Campbell et Patterson, 2011, p. 11). Campbell et coll. (2008) ont également souligné que le modèle de responsabilisation est essentiel aux programmes SANE, car ils fondent leurs services sur le traitement respectueux des personnes, en leur laissant la liberté de prendre leurs propres décisions afin de retrouver un certain sentiment de contrôle sur leur vie. Griffiths (2003) décrit plus en détail comment les victimes devraient aussi être habilitées à faire leurs propres choix en ce qui concerne le traitement et doivent être encouragées à recueillir des informations et à réfléchir aux différentes options qui leur sont présentées. L'auteur fait remarquer que quand on offre un choix aux patients et qu'on le respecte, l'obtention du consentement a une valeur aussi juridique que thérapeutique (p. 17). Logan, Cole et Capillo (2006) expliquent également qu'il est très important pour les victimes d'avoir le choix de refuser tout ou partie des services qui leur sont offerts, qu'il s'agisse de l'examen et de la collecte des preuves médicolégales, ou de l'accusation et de la poursuite de leur agresseur devant les tribunaux. Les victimes pouvaient aussi refuser des éléments clés de l'examen tels que le dépistage du VIH et des ITS ou les tests de grossesse (Derhammer, Lucente, Reed et Young, 2000). L'éducation est un autre attribut positif associé aux programmes SANE. Campbell, Patterson et Fehler-Cabral (2010) ont expliqué que dans le cadre d'une approche multidisciplinaire, de nombreux programmes SANE prévoient la diffusion d'information auprès des autres professionnels concernant le rôle des infirmières examinatrices et l'importance de la collecte de preuves dans les poursuites pour agression sexuelle. De même, il a été constaté qu'en

plus de fournir une formation aux policiers et aux procureurs, les services d'information étaient souvent offerts aux étudiants et aux groupes communautaires (Du Mont et Parnis, 2002).

Recherche sur le programme SANE

Des recherches en nombre considérable ont été menées au sujet des programmes SANE, mais la plupart du temps, elles concernaient l'efficacité des infirmières examinatrices en ce qui concerne la collecte des preuves médicolégales et les taux de poursuites contre les agresseurs (Campbell, Patterson et Fehler-Cabral, 2010; Campbell et coll., 2008). Bien que la recherche soit abondante aux États-Unis, il n'en existe que très peu au sujet des programmes SANE et de leur mise en œuvre au Canada (Stermac et Stripe, 2002). Les recherches qui ont été menées jusqu'à présent ont généralement porté sur le rôle des infirmières examinatrices, la collecte de preuves et l'aspect médicolégal de la profession (Campbell, Patterson et Lichty, 2005). La vaste majorité des recherches sur les infirmières examinatrices utilisaient des méthodes quantitatives similaires de collecte de données et ne tenaient compte que des personnes les plus expérimentées de l'équipe SANE, souvent la direction du programme; la plupart des programmes étudiés ont été choisis au hasard et ceux qui ont accepté de participer ont été interrogés par téléphone à l'aide de sondages (Campbell et coll., 2007; Campbell et coll., 2005;. Cole et Logan, 2008; Sachs, Weinberg et Waddell Wheeler, 2008). La majorité des recherches menées au sujet des programmes SANE ou des expériences des victimes étaient axées sur les femmes adultes et excluaient délibérément les hommes (Logan, Cole et Capillo, 2007a) et les enfants (Campbell et coll., 2005;. Logan, Cole et Capillo, 2007b; Plichta, Clements et Houseman, 2007). Les expériences des victimes ont été examinées moins fréquemment, et ces enquêtes portent généralement sur leur niveau de satisfaction par rapport aux services fournis par les infirmières examinatrices. La taille des échantillons variait entre 8 et 102 victimes et les méthodes d'entrevue allaient de questionnaires quantitatifs à des d'entrevues qualitatives en profondeur, selon les données recherchées (Fehler-Cabral, Campbell et Patterson, 2011; Campbell et coll., 2008; Campbell et coll., 2001; Ericksen et coll., 2002). Dans de futures études sur les programmes SANE, on pourrait peut-être chercher à recueillir davantage d'informations sur les expériences des hommes et des mineurs qui ont besoin des services aux victimes d'agressions sexuelles. Alors que l'accent a généralement été mis sur l'efficacité du programme SANE, les prochaines études pourraient tenter d'examiner la standardisation des services, afin que la formation et le

travail des infirmières examinatrices demeurent comparables dans les différents pays, provinces et États où elles pratiquent.

Conclusion

Les programmes SANE ont pris une ampleur considérable depuis les années 1970 aux États-Unis et au Canada. Les rôles dont doivent s'acquitter les infirmières examinatrices englobent les besoins affectifs, médicolégaux et psychologiques des victimes. Les infirmières examinatrices ont été, à maintes reprises, considérées comme extrêmement efficaces dans la collecte de preuves médicolégales qui deviendront d'excellentes ressources pour l'application des lois et le travail des procureurs. En dépit des incohérences remarquées en matière de dépistage du VIH et des ITS et de la prévention des grossesses, les programmes SANE ont grandement aidé à répondre aux besoins émotionnels des victimes tout au long du processus d'examen, leur donnant ainsi un sentiment d'habilitation. Malgré les recherches déjà menées sur les programmes SANE, il faudrait recueillir encore beaucoup d'informations pour en comprendre véritablement toutes les facettes.

Bibliographie

Aiken, M., & Speck, P. (1995). Sexual assault and multiple trauma: A Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) challenge. *Journal of Emergency Nursing*, *21*, 466-468.

Ahrens, C., Campbell, R, Wasco, S.M., Aponte, G., Grubstein, L., & 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.

Beres, M., Crow, B., & Gotell, L. (2009). The perils of institutionalization in neoliberal times: Results of a national survey of Canadian sexual assault and rape crisis centres. *Canadian Journal of Sociology, 33*, 135-163.

Campbell, R., Patterson, D., & Fehler-Cabral, G. (2010). Using ecological theory to evaluate the effectiveness of an Indigenous community intervention: A study of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) programs. *American Journal of Community Psychology, 46*, 263-276.

Campbell, R., Patterson, D., Adams, A.E., Diegle, 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., Long, S.M., Townsend, S.M., Kinnison, K.E., Pulley, E.M., Adames, S.B., & Wasco, S.M. (2007). Sexual assault nurse examiners' experiences providing expert witness court testimony. *Journal of Forensic Nursing*, *3*, 7-14.

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., Townsend, S.M., Long, S.M., Kinnison, K.E., Pulley, E.M., Adames, S.B., & Wasco, S.M. (2005). Organizational characteristics of sexual assault nurse examiner programs: Results from the National Survey Project. *Journal of Forensic Nursing*, *1*, 57-88.

Campbell, R., Patterson, D., & Lichty, L. (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.

Campbell, R., Wasco, S.M., Ahrens, C.E., Sefl, T., Barnes, H.E. (2001). Preventing the "second rape": Rape survivors' experiences with community service providers. *Journal of Interpersonal Violence*, *16*, 1239-1259.

Campbell, R., Sefl, T., Barnes, H.E., Ahrens, C.E., Wasco, S.M. Zaragoza-Diesfield, Y. (1999). Community services for rape survivors: Enhancing psychological well-being or increasing trauma? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 847-858.

Ciancone, A.C., Wilson, C., Collette, R., & Gerson, L. (2000). Sexual Assault Nurse Examiner programs in the United States. *Annals of Emergency Medicine*, *35*, 353-357.

Cole, J., & Logan, TK. (2008). Negotiating the challenges of multidisciplinary responses to sexual assault victims: Sexual Assault Nurse Examiner and Victim Advocacy programs. *Research in Nursing & Health, 31*, 76-85.

Decker, S., & Naugle, A. (2009). Immediate intervention for sexual assault: A review with recommendations and implications for practitioners. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *18*, 419-441.

Derhammer, F., Lucente, V., Reed, J., & Young, M. (2000). Using a SANE interdisciplinary approach to care of sexual assault victims. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, *Journal on Quality Improvement*, *26,* 488-496.

Du Mont, J., & Parnis, D. (2003). Forensic nursing in the context of sexual assault: Comparing the opinion and practices of nurse examiners and nurses. *Applied Nursing Research*, *16*, 173-183.

Du Mont, J., & Parnis, D. (2002). An overview of the sexual assault care and treatment centres of Ontario. Written for the *World Health Organization*, Geneva, Switzerland, 1-36. Retrieved June 5, 2011, from: http://womensresearch.ca.c1.previewmysite.com/PDF/programs/whoapr2003.pdf.

Ericksen, J., Dudley, C., McIntosh, G., Ritch, L., Shumay, S., & Simpson, M. (2002). Clients' experiences with a Specialized Sexual Assault Service. *Journal of Emergency Nursing*, 28, pp. 86-90.

Fehler-Cabral, G., Campbell, R., & Patterson, D. (2011). Adult sexual assault survivors' experiences with Sexual Assault Nurse Examiners (SANEs). *Journal of Interpersonal Violence*, *26*, 1-22.

Girardin, B. (2005). The sexual assault nurse examiner: A win-win solution. *Emergency Nursing Journal*, *27*, 124-131.

Griffiths, H. (2003). Caring for sexual assault survivors: The value of choice. *Nursing*, *35*, 14-18.

Hatmaker, D., Pinholster, L., & Saye, J. (2002). A community-based approach to sexual assault. *Public Health Nursing*, *19*, 124-127.

Hutson, L. (2002). Development of Sexual Assault Nurse Examiner programs. *Journal of Emergency Nursing*, *37*, 79-88.

Kent, H. (2000). SANE nurses staff Alberta's sexual assault response team. *Canadian Medical Association Journal*, *162*, 683.

Lamont, W. (2006). Sexual assault services in Alberta: A framework of service delivery for sexual assault survivors living in rural, remote and northern communities. *AASAC Special Project, Written for the Alberta Association of Sexual Assault Centers*, 1-129.

Lawson, L., & Rowe, S. (2009). The scientific foundation of SANE education. *Journal of Forensic Nursing*, *5*, 115-118.

Ledray, L. (2005). Data on SANE programs crucial to refining the specialty, improving care. *Journal of Forensic Nursing*, *1*, 187-188.

Ledray, L. (2000). Is the SANE role within the scope of nursing practice? On "pelvics", "coloscopy" and "dispensing of medications". *Journal of Emergency Nursing*, *26*, 79-81.

Ledray, L. (1997). SANE program staff: Selection, training, and salaries. *Journal of Emergency Nursing*, 23, 491-495.

Ledray, L., & Simmelink, K. (1997). Efficacy of SANE evidence collection: A Minnesota Study. *Journal of Emergency Nursing*, *23,* 75-77.

Lewis-O'Connor, A. (2009). The Evolution of SANE/SART- Are there differences? *Journal of Forensic Nursing*, 5, 220-225.

Littel, K. (2001). Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) programs: Improving the community response to sexual assault victims. *Office of Victims of Crime Bulletin*, 1-19.

Logan, TK., Cole, J., & Capillo, A. (2007a). Differential characteristics of intimate partner, acquaintance, and stranger rape survivors examined by a Sexual Assault Nurse Examiner (SANE). *Journal of Interpersonal Violence*, *22*, 1066-1076.

Logan, TK., Cole, J., & Capillo, A. (2007b). Sexual Assault Nurse Examiner program characteristics, barriers, and lessons learned. *Journal of Forensic Nursing*, *3*, 24-34.

Logan, TK., Cole, J., & Capillo, A. (2006). Program and sexual assault survivor characteristics for one SANE program. *Journal of Forensic Nursing*, *2*, 66-74.

McLaren, J., Henson, V., & Stone, W. (2009). The Sexual Assault Nurse Examiner and the successful sexual assault prosecution. *Women & Criminal Justice*, *19*, 137-152.

Patterson, D, Campbell, R., & Townsend, S. (2006). Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) program goals and patient care practices. *Journal of Nursing Scholarship*, *38*, 180-186.

Plichta, S., Clements, P., & Houseman, C. (2007). Why SANEs matter: Models of care for sexual violence victims in the emergency department. *Journal of Forensic Nursing, 3*, 15-23.

Sachs, C., Weinberg, E., & Waddell Wheeler, M. (2008). Sexual Assault Nurse Examiners' application of statutory rape reporting laws. *Journal of Emergency Nursing*, *34*, 410- 413.

Seng, J., Sanubol, M., & Johnson County SANE Team (2004). The first year as Sexual Assault Nurse Examiner: Role transition and role-related stress within a new SANE team. *Journal of Emergency Nursing*, *30*, 126-133.

Siever, V., Murphy, S., & Miller, J. (2003). Sexual assault evidence collection more accurate when completed by Sexual Assault Nurse Examiners: Colorado's experience. *Journal of Emergency Nursing*, *29*, 511-514.

Smuger, S., Spina, B., & Mertz, J. (2000). Informed consent for emergency contraception: Variability in hospital care of rape victims. *American Journal of Public Health*, *90*, 1372-1376.

Stermac, L., Dunlap, H., & Bainbridge, D. (2005). Sexual assault services delivered by SANEs. *Journal of Forensic Nursing*, *1*, 124-128.

Stermac, L., & Stripe, T. (2002). Efficacy of a 2-year old Sexual Assault Nurse Examiner program in a Canadian hospital. *Journal of Emergency Nursing*, *28*, 18-23.

Taylor, W.K. (2002). Collecting evidence for sexual assault: The role of the Sexual Assault Nurse Examiner (SANE). *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *78*, 91-94.

Annexe C

Fiche de collecte uniforme de données (proposition)

Fiche synthèse d'intervention auprès de victimes d'agression sexuelle

Nom du Centre Désigné (CD):
Région :

Complété par : _____

Intervenant : Date *(JJ-MM-AA)* et heure de l'appel (*00:01-24:00*): _____
Date *(JJ-MM-AA)* et heure d'arrivée (*00:01-24:00*): _____
Infirmière : Date *(JJ-MM-AA)* et heure de l'appel (*00:01-24:00*): _____
Date *(JJ-MM-AA)* et heure d'arrivée (*00:01-24:00*): _____
Médecin: Date *(JJ-MM-AA)* et heure de l'appel (*00:01-24:00*): _____
Date *(JJ-MM-AA)* et heure d'arrivée (*00:01-24:00*): _____

Étape 1 : Accueil et Soutien émotionnel

Date d'arrivée *(JJ-MM-AA)*: _____ Heure d'arrivée (*00:01-24:00*): _____
Référent : ❑ Sécurité publique ❑ Info Santé/CLSC ❑ Victime ❑ Centre Jeunesse
❑ Aucun ❑ Autre : _____
Accompagnateur (*lien avec la victime*): ❑ Professionnel ❑ Famille ❑ Ami
❑ Autre : _____
❑ Aucun accompagnateur

Données sur la victime :

Code postal de l'usager (3 premiers caractères): _____ Genre : ❑ F ❑ M
Âge : _____ Langue parlée : ❑ Français ❑ Anglais ❑ Autre : _____
Origine : ❑ Caucasien ❑ Minorité visible ❑ Autochtone

Données sur l'agression:

Date de l'agression (la plus récente) (*JJ-MM-AA*): _____ ❑ Ne sait pas
❑ 5 jours ou moins ❑ Plus de 5 jours ❑ Jour ❑ Soir ❑ Nuit ❑ Ne sait pas

Nombre d'agresseurs : _____ ❑ Ne sait pas
Lieu de l'agression : _____
Nombre d'épisodes : ❑ 1 épisode ❑ 2-3 épisodes ❑ > 3 épisodes

❑ Intoxication involontaire : ❑ Alcool ❑ Drogue – *Précisez* : _____ ❑ Ne sait pas

Âge de l'agresseur (1): ❑ - de 12 ans ❑ 12-17 ans ❑ 18 ans et + ❑ Ne sait pas
Lien avec la victime (1) :
❑ Famille immédiate (père, mère, beau-père, belle-mère)
❑ Fratrie (frère, sœur, demi-frère, demi-sœur)
❑ Famille élargie (grand-père, grand-mère, oncle, tante, etc.)
❑ Conjoint(e), partenaire, copain/copine
❑ Personne connue (ami(e) de la famille, voisin(e), colocataire, etc.)
❑ Milieu de travail (patron, client, collègue, etc.)
❑ Milieu scolaire (professeur, élève, etc.)
❑ Loisir (entraîneur, etc.)
❑ Inconnue
❑ Ne sait pas
❑ Autre – *Précisez* :

Âge de l'agresseur (2): ❑ - de 12 ans ❑ 12-17 ans ❑ 18 ans et + ❑ Ne sait pas
Lien avec la victime (2) :
❑ Famille immédiate (père, mère, beau-père, belle-mère)
❑ Fratrie (frère, sœur, demi-frère, demi-sœur)
❑ Famille élargie (grand-père, grand-mère, oncle, tante, etc.)
❑ Conjoint(e), partenaire, copain/copine
❑ Personne connue (ami(e) de la famille, voisin(e), colocataire, etc.)
❑ Milieu de travail (patron, client, collègue, etc.)
❑ Milieu scolaire (professeur, élève, etc.)
❑ Loisir (entraîneur, etc.)
❑ Inconnue
❑ Ne sait pas
❑ Autre – *Précisez* :

Autre agresseur: _____

La présente grille est largement inspirée de celle utilisée par les centres désignés 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 les responsables et DSP des centres désignés de la Montérégie.

McGill **Centre for Research on Children and Families (CRCF)/Centre de Recherche sur l'Enfance et la Famille (CREF)**
3506 rue University, Suite 106, Montréal, Québec, Canada, H3A 2A7. Tél.: (514) 398-5286, Tél.: (514) 398-5387.

V. 3.0, Janvier 2014.

Étape 2 : Orientation de l'intervention

Consentement (Cochez une case dans chaque colonne) :

❑ La victime consent à (âgé de 14 ans et plus) : ❑ Un parent consent à (âgée de moins de 14 ans) : ❑ Par DPJ	❑ Trousse médicolégale ❑ Trousse médicosociale ❑ Visite médicale (sans trousse) ❑ Pas d'examen médical	❑ Refuse de porter plainte sans ambiguïté ❑ Désire se prévaloir de 14 jours de réflexion (TML) ❑ Désire porter plainte ❑ En réflexion

❑ Trousse remise aux policiers (*JJ-MM-AA*): _____
❑ Trousse détruite par le CD (*JJ-MM-AA*): _____
❑ Décision à venir

Étapes 3 et 4 : Histoire médicosociale / Examen médical – Examen médicolégal

❑ Lésions (peau, organique, os) – *Précisez* : _____
❑ Agression avec pénétration phallique: ❑ Orale ❑ Vaginale ❑ Anale
❑ Agression avec pénétration digitale ou avec objet: ❑ Orale ❑ Vaginale ❑ Anale
❑ Agression sans pénétration
❑ Agression armée

Étape 5 : Soins et traitements

❑ Médecin spécialiste autre que pédiatre – *Précisez* : _____
❑ Hospitalisation

Tests complétés: ❑ Examen gynécologique ou génital ❑ Test de grossesse ❑ ITSS
Soins complétés: ❑ Soin blessures physiques ❑ Contraception d'urgence ❑ ITSS

Étape 6 : Information et soutien, signalement au DPJ, déclaration à la police et références

❑ Situation déjà signalée au DPJ – *Précisez CJ* : _____
❑ Signalement DPJ (Toute personne de moins de 18 ans) – *Précisez CJ* : _____
❑ Retenu ❑ Non retenu ❑ Décision en attente
❑ Dépliant d'information remis
❑ Besoin de transport sécuritaire pour le retour – *Précisez* : _____
❑ Hébergement sécuritaire organisé – *Précisez* : _____
❑ L'incident avait été signalé à la police

Étape 7 : Suivi médical

Suivi psychosocial prévu : ❑ Oui Date, si connue : _____

Lieu du suivi :
❑ CLSC : _____
❑ Clinique privée: _____
❑ Centre Désigné : _____
❑ Autre : _____

Étape 8 : Suivi psychosocial

Suivi psychosocial prévu : ❑ Oui Date, si connue (*JJ-MM-AA*): _____

❑ CLSC ❑ CALACS ❑ CAVAC ❑ Intervenant privé ❑ Centre Désigné
❑ Organisme communautaire – *Précisez* : _____

Données administratives :

Fin de l'intervention (*JJ-MM-AA*): _____ Heure de départ (00:01-24:00) : _____

***Indiquez la durée de l'intervention par* :**

Md : _____ Md spécialiste autre que pédiatre : _____

Infirmière : _____ Intervenant(e) psychosocial(e) : _____

Annexe D

Bilan des démarches éthiques

Résumé des démarches éthiques

Le présent document a pour objectif de présenter la chronologie de nos démarches éthiques, effectuées dans le cadre des deux dernières phases du projet « Organisation des services pour les victimes d'agression sexuelle au Québec : Portrait et pistes d'action ». Ces deux phases du projet concernent des sondages auprès des divers professionnels œuvrant auprès des victimes d'agression sexuelle dans les 80 centres désignés (CD) du Québec (Phase II), ainsi que des entrevues auprès des victimes d'agression sexuelle ou de leur parent (Phase III).

En novembre 2011, l'équipe de recherche a consulté Madame Émilie Rochette afin d'élaborer un plan d'action dans le but d'entamer les démarches éthiques pour les deux phases du projet. Madame Rochette nous a suggéré de contacter Madame Diane Laflamme, Conseillère en éthique et professeure associée à l'Université du Québec à Montréal, afin de nous guider dans nos démarches.

Phase II : Sondages auprès des professionnels

Le 1er décembre 2011, l'équipe de recherche a contacté Madame Laflamme, afin de la consulter sur les démarches à suivre dans le but de distribuer les sondages auprès des professionnels des CD.

Madame Laflamme nous a indiqué que les sondages auprès de professionnels pouvaient ne pas être considérés comme une recherche mais plutôt comme une étape « d'évaluation de la qualité des services offerts » si les questions ne sollicitaient pas les opinions des participants, mais cherchaient plutôt à évaluer les services. Dans ce contexte, une demande d'évaluation éthique ne serait pas nécessaire. Par contre, dans l'éventualité où des questions du sondage solliciteraient les *opinions* des professionnels, cette phase du projet serait alors considérée une « étape de recherche » et nécessiterait une approbation éthique de chaque centre.

Après avoir évalué les deux options, et prévoyant des complications suite à l'évaluation éthique à mener auprès des 80 CD, l'équipe de recherche a pris la décision de retirer les questions du sondage qui sollicitaient les opinions des participants. Nous avons informé Mme Laflamme de notre décision, et celle-ci nous a suggéré de faire une demande auprès d'un Comité d'Éthique de Recherche (CÉR) reconnu, afin de leur demander de confirmer qu'il ne s'agit pas, en effet, d'une étape de recherche mais bien d'une évaluation de la qualité des services offerts. Par la suite, ce CÉR pourrait nous fournir une lettre confirmant cette conclusion, et l'équipe de recherche pourrait joindre cette lettre aux CÉR de chaque centre recruté ou à défaut, à la Direction générale (DG) des établissements, afin de demander leur autorisation pour distribuer les sondages auprès des intervenants de leur centre.

Le 5 février 2012, nous avons contacté et envoyé par courriel une demande à Madame Nicole Dontigny du CÉR du CHU Sainte-Justine afin de confirmer qu'il ne s'agit pas d'une étape de recherche, et de lui demander une lettre confirmant leur décision.

Le 24 février 2012, nous avons reçu une confirmation par écrit du CHU Sainte-Justine qu'il ne s'agissait pas d'une étape de recherche.

La semaine du 2 avril, nous avons contacté les CÉR ou DG de chaque centre, leur informant de notre intention d'envoyer les demandes concernant les deux phases du projet, dont celui concernant les intervenants. Le 10 avril 2012, nous avons envoyé les deux demandes par courriel à ceux qui nous en avaient fait la demande, et par poste régulière aux établissements que nous n'avons pas pu rejoindre par téléphone ou qui nous en avaient fait la demande. La demande pour les sondages exigeait une réponse avant le 1er mai 2012. Certains centres nous ont répondu moins d'une semaine plus tard, alors que d'autres ont nécessité une approche insistante de notre part pour donner suite à notre demande. Entre autres, de multiples appels ont été effectués aux DG de chaque CD par le coordonnateur de la recherche.

En date du 2 novembre 2012, cinquante-sept (57) centres sur 80 se sont prononcés, dont quarante-neuf ont accepté et sept (7) ont refusé de participer à l'étape des sondages. Vingt-trois (23) centres ne se sont pas prononcés ou n'ont pas encore pris de décision. À noter que quatre (4) des trente (30) centres qui ne se sont pas prononcés possèdent un CÉR, dont deux ont clarifié que puisqu'il ne s'agit pas d'une « étape de recherche », il revient à la DG de donner l'autorisation.

Or, la majorité des autorisations que nous avons reçues ne parvient pas directement de la DG. Il semble que dans la majorité des cas, la DG retransmet la demande à une autre personne, sans toutefois s'assurer que cette personne en fera un suivi. Dans certains cas, l'équipe de recherche a appris que la demande a été retransmise à plusieurs personnes avant d'arriver à la personne qui en fera le suivi. Par ailleurs, comme mentionnée plus haut, deux CÉR nous ont indiqué que, puisqu'il ne s'agit pas d'une étape de recherche, il revient à la DG de donner l'autorisation, et la demande a dû être réacheminée.

De plus, dans deux centres, une représentante a indiqué que la demande devait être évaluée par un comité à l'interne et que ce comité se rencontre rarement et exige beaucoup de travail pour la personne ressource qui doit présenter le projet aux membres du comité.

Finalement, lorsque la DG donne l'autorisation à l'équipe de recherche de distribuer les sondages dans leur centre, le coordonnateur de recherche doit demander à la personne ressource de chaque centre le nombre total et par catégorie des professionnels qui offrent des services aux victimes d'agression sexuelle afin de savoir le nombre de sondages à leur envoyer. Cette étape exige un délai additionnel puisque plusieurs personnes ressources ont changé ou tarde à répondre à la demande. En date du 7 décembre, sur les quarante-neuf (49) centres qui ont accepté de participer, neuf (9) n'ont pas encore fourni le nombre de professionnels œuvrant dans leur centre.

Phase III : Entrevues auprès des victimes ou parents de victimes d'agression sexuelle/ Mécanisme Multicentrique

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 éthique 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.

Le 13 février, l'équipe de recherche a été informée des prix élevés de publications dans les journaux, un prix se chiffrant à plus de 40,000$. Nous avons décidé de changer les plans et de choisir au hasard un quart des CD pour participer à cette étape de la recherche, afin d'obtenir un échantillon représentatif en termes de contextes géographiques (urbain, semi-rural, rural). Un total de 19 CD a été identifié.

Conséquemment, le 28 février, nous avons recontacté Madame Laflamme afin d'obtenir plus d'information sur les mécanismes pour soumettre un projet à différents centres, et plus particulièrement le Mécanisme Multicentrique (MM) de recherche. Celle-ci nous a offert un aperçu général du processus, et nous a suggéré d'effectuer la lecture du document « Mécanisme encadrant l'examen éthique et le suivi continu des projets multicentriques ». Suite à la lecture du document, nous avons recontacté Madame Laflamme qui a su répondre à toutes nos questions additionnelles. Madame Laflamme nous a informés que le CÉR principal serait le Centre Universitaire de Santé McGill (CUSM). La formulaire a été complété et envoyé au début avril 2012.

Le 22 mai 2012, soit six (6) semaines suivant notre envoi, la demande multicentrique a été évaluée par la plénière du CÉR PSY du CUSM, et le lendemain, nous avons reçu des questions et/ou commentaires que certains centres avaient communiqués au CÉR principal. À noter que, selon les règles du MM, cette étape aurait dû prendre trois (3) semaines au lieu de six (6) semaines. La majorité des centres n'avaient alors pas donné suite à la demande.

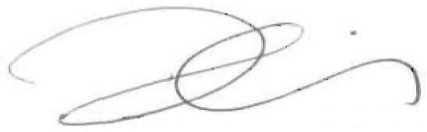
Les commentaires et suggestions du CER principal et des quelques centres ayant évalué la demande étant substantiels, nous avons effectué les changements et, le 30 juillet 2012, nous avons envoyé les documents modifiés au CÉR principal.

Le 5 septembre 2012, soit un peu plus de cinq (5) semaines plus tard, le CÉR principal nous a fait parvenir de nouveaux commentaires et questions. Le 24 septembre 2012, l'équipe de recherche a envoyé au CÉR principal les changements demandés. Le lendemain, le CÉR principal nous a informés que nos documents étaient approuvés et qu'une lettre d'acceptation du projet serait rédigée sous peu. Le 9 octobre 2012, l'équipe de recherche a reçu la lettre d'acceptation préliminaire du projet selon le MM.

Malgré cela, en date du 2 novembre 2012, soit au-delà de quatre (4) semaines suivant la réception de la lettre d'acceptation préliminaire du CUSM, l'équipe de recherche n'avait reçu aucune approbation finale des CD concernés. À noter que cette étape aurait dû prendre deux (2) semaines. La lettre d'acceptation finale du CUSM a été reçue le 29 novembre 2012. Bien qu'au long du processus, onze (11) centres ont démontré une volonté de participer au projet seulement quatre (4) centres avaient confirmé leur participation en date du 7 décembre 2012, soit neuf (9) semaines suivant la réception de la lettre d'acceptation préliminaire du CUSM. Cinq (5) CD ont refusé de participer et sept (3) ne se sont pas prononcés. Le coordonnateur du CUSM, Monsieur Sheldon Levy nous a informés qu'il n'a reçu que peu de réponses des divers établissements. M. Levy a contacté les divers

centres par courriel seulement.

Un des CÉR nous a expliqué qu'une entente informelle existe dans leur région, reliant celui-ci à d'autres centres qui ne possèdent pas de CÉR. Selon cette entente, le CÉR doit se prononcer sur le projet, et la DG des autres établissements accepte ou refuse de participer au projet selon la décision du CÉR. Par contre, la DG de chaque établissement doit tout de même émettre une lettre d'acceptation. Ce CÉR a récemment contacté le coordonnateur de projet afin de l'informer qu'ils attendent encore les lettres d'acceptation d'un deux établissements associés. Il est à noter que selon le MM, la tâche de contacter les CÉR et DG de chaque établissement revient au CÉR principal, et non à l'équipe de recherche.



Delphine Collin-Vézina, chercheure principale

Annexe E

Procédures de collecte : données administratives

Monsieur, Madame,

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 identifiée en tant que 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 trousses 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 **25 novembre 2010** à mon attention (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 me contacter (514-398-6783 ou david.silva1@mail.mcgill.ca), ou à contacter la chercheure principale, Dre Delphine Collin-Vézina (514-398-7058 ou delphine.collin-vezina@mcgill.ca).

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

Annexe F

Sondage auprès des professionnels

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

À qui de droit,

C'est avec grand plaisir que nous vous convions à participer à ce volet de l'évaluation de programme portant sur le niveau d'implantation des services offerts aux victimes d'agression sexuelle dans les centres désignés. Cette évaluation de programme s'inscrit dans le mandat du Centre de recherche sur l'enfance et la famille (CREF) de l'Université McGill et est dirigée par Delphine Collin-Vézina (PhD) et coréalisée par Jacinthe Dion (PhD) et Martine Hébert (PhD).

Les centres désignés du Québec offrent des services aux victimes d'agression sexuelle à travers la province. Selon le protocole d'intervention médicosociale en huit étapes, différents professionnels sont appelés à intervenir auprès des victimes d'agression sexuelle. Bien qu'il se peut que votre travail auprès des victimes d'agression sexuelle ne soit pas votre tâche principale, nous vous contactons, car vous avez été identifié(e) en tant que professionnel(le) œuvrant dans un centre désigné du Québec à titre d'infirmier(ère), d'intervenant(e) psychosocial(e), ou de médecin. Le succès de ce projet d'évaluation repose sur votre participation et votre intérêt en tant que professionnel travaillant auprès des victimes d'agression sexuelle à contribuer à une compréhension plus complète du niveau d'implantation des services dans les centres désignés.

Cette étape de la présente évaluation de programme tente de documenter les activités professionnelles que vous exercez en centre désigné. Nous sollicitons donc quelques minutes de votre temps afin de remplir un questionnaire qui vise à atteindre ces objectifs.

Nous sommes conscients du temps requis pour collaborer avec nous à la réussite de cette évaluation de programme. De ce fait, un cadre numérique d'une valeur approximative de 125 $ sera tiré au sort parmi les participants des sondages. Seul le gagnant sera contacté, afin de préserver la confidentialité des participants.

Toute question ou tout commentaire sur le projet d'évaluation peuvent être adressés à Stéphanie Pelletier (514 398-8810 ou stephanie.pelletier2@mail.mcgill.ca) ou encore à la chercheure principale, Delphine Collin-Vézina (514 398-7058 ou delphine.collin-vezina@mcgill.ca).

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

Delphine Collin-Vézina, PhD

McGill
Centre for Research on Children and Families (CRCF)/Centre de Recherche sur l'Enfance et la Famille (CREF)
3506 rue University, Suite 106, Montréal, Québec, Canada, H3A 2A7. Tél.: (514) 398-5286, Tél.: (514) 398-5387.

Questionnaire pour les intervenants des centres désignés du Québec

Les questions ci-dessous réfèrent à votre expérience en tant que professionnel œuvrant en centre désigné. Nous vous invitons à y répondre au meilleur de vos connaissances.

L'appellation « CD » utilisée dans ce questionnaire signifie « centre désigné ». L'appellation « VAS » signifie « victimes d'agression sexuelle ». Le terme « intervenant » réfère à toutes les catégories d'intervenants des centres désignés (soins infirmiers, intervention psychosociale, médecine).

Le masculin est utilisé pour alléger le texte.

Informations sociodémographiques

Veuillez compléter les catégories sociodémographiques ci-dessous. Pour chacune des questions, choisissez une seule réponse.

1- Âge : |__|__|

2- Sexe :
- ☐ Masculin
- ☐ Féminin

3- Langue d'usage principal :
- ☐ Français
- ☐ Anglais
- ☐ Autre (précisez) : _____

4- Origine ethnique :
- ☐ Caucasien
- ☐ Autochtone
- ☐ Minorité visible

Éducation

Cette section du sondage vise à documenter la formation que vous avez reçue afin d'exercer votre profession.

5- Quelle est votre formation principale ?
- ☐ Soins infirmiers
- ☐ Intervention psychosociale (par exemple, travail social, criminologie, psychologie, sexologie)
- ☐ Médecine
- ☐ Autre (précisez) : _____

6- Indiquez le niveau de scolarité du dernier diplôme que vous avez obtenu et qui est en lien avec la profession présentement exercée.

☐ Diplôme d'études professionnelles
☐ Diplôme d'études collégiales
☐ Certificat universitaire de premier cycle
☐ Baccalauréat
☐ Maîtrise
☐ Doctorat de premier cycle
☐ Doctorat de troisième cycle

7- Quelle est l'année de graduation du dernier diplôme obtenu en lien avec la profession que vous exercez présentement ? |__|__|__|__|

Formation continue

Cette section du sondage vise à documenter la formation que vous avez reçue en tant qu'intervenant en CD.

8- Certains milieux de travail offrent différents types de formation à leurs professionnels afin de les soutenir dans leurs fonctions. Pour les deux catégories proposées ci-dessous, cochez tous les types de formation que vous avez reçue dans le cadre de vos fonctions en CD.

Au moment de votre entrée en poste :

☐ Formation formelle (journée d'orientation dans le département, activité de formation à l'interne ou à l'externe).

Nombre d'heures totales : _____

☐ Supervision clinique individuelle ou de groupe avec un superviseur attitré

☐ Consultation avec des collègues, un mentor ou un supérieur immédiat

☐ Formation autodidacte (ex. : lecture d'ouvrages scientifiques, de livres, d'information sur Internet)

☐ Autres (précisez) : _____

Depuis votre entrée en poste :

☐ Formation formelle (journée d'orientation dans le département, activité de formation continue à l'interne ou à l'externe).

Nombre d'heures totales : _____ *Dans les 12 derniers mois :* _____

☐ Supervision clinique individuelle ou de groupe avec un superviseur attitré

☐ Consultation avec des collègues, un mentor ou un supérieur immédiat

☐ Formation autodidacte (ex. : lecture d'ouvrages scientifiques, de livres, d'information sur Internet)

☐ Autres (précisez) : _____

Parcours de carrière et expérience en CD

Les questions suivantes visent à connaître votre parcours de carrière en tant que professionnel en CD. Pour chaque question, veuillez choisir une seule réponse.

9- En tant qu'intervenant en CD, quel est le titre de votre emploi ?

☐ Infirmier
☐ Intervenant psychosocial
☐ Médecin
☐ Gestionnaire
☐ Autre (précisez) : _____

10- Combien d'années de pratique avez-vous auprès des VAS ?

☐ 0 à 1 an
☐ 2 à 3 ans
☐ 4 à 7 ans
☐ 8 ans et plus

11- Depuis combien d'années œuvrez-vous pour le CD actuel en tant que professionnel qui intervient auprès des VAS ?

☐ 0 à 1 an
☐ 2 à 3 ans
☐ 4 à 7 ans
☐ 8 ans et plus

12- En moyenne, combien d'heures travaillez-vous par semaine pour l'établissement dans lequel vous œuvrez présentement ?

_____

13- En moyenne, combien d'heures par semaine sont consacrées à votre rôle de professionnel qui intervient auprès des VAS ?

_____

14- ***Depuis votre embauche***, sur quels quarts de travail avez-vous habituellement travaillé en tant que professionnel en CD ? Cochez toutes les situations applicables.

☐ Jour
☐ Soir
☐ Nuit
☐ Semaine
☐ Fin de semaine
☐ Jours fériés

15- ***Depuis les six derniers mois***, sur quels quarts travaillez-vous le plus fréquemment en tant que professionnel en CD? Cochez toutes les situations applicables.

☐ Jour
☐ Soir
☐ Nuit
☐ Semaine
☐ Fin de semaine
☐ Jours fériés

16- En moyenne, au cours des six derniers mois, avec combien de VAS avez-vous eu un contact professionnel ?

☐ Aucune
☐ 1 à 4
☐ 5 à 15
☐ 16 à 35
☐ 36 et plus

17- Dans le cadre de vos tâches, en moyenne, combien de temps prend une intervention auprès d'une VAS ? (exemples : 20 minutes, 75 minutes, deux heures)

_____

18- Indiquez la région du CD pour lequel vous œuvrez présentement.

☐ Région 01 : Bas St-Laurent
☐ Région 02 : Saguenay Lac St-Jean
☐ Région 03 : Capitale-Nationale
☐ Région 04 : Mauricie-et-Centre-du-Québec
☐ Région 05 : Estrie
☐ Région 06 : Montréal
☐ Région 07 : Outaouais
☐ Région 08 : Abitibi-Témiscamingue
☐ Région 09 : Côte-Nord
☐ Région 10 : Nord-du-Québec
☐ Région 11 : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
☐ Région 12 : Chaudière-Appalaches
☐ Région 13 : Laval
☐ Région 14 : Lanaudière
☐ Région 15 : Laurentides
☐ Région 16 : Montérégie
☐ Région 17 : Nunavik

19- Dans quelle(s) langue(s) êtes-vous en mesure d'offrir les services dispensés par votre CD ? Cochez toutes les options applicables.

☐ Français
☐ Anglais
☐ Autre(s) (précisez) : _____

Application du protocole d'intervention médicosociale en huit étapes

Cette section du sondage vise à documenter l'application de chacune des huit étapes prévues dans le protocole d'intervention médicosociale. Ces étapes s'appliquent différemment selon les divers intervenants (infirmier, médecin, intervenant psychosocial). Pour chaque énoncé, veuillez cocher une seule réponse.

20- Le protocole d'intervention médicosociale prévoit que l'intervention auprès des VAS en CD soit réalisée par une équipe de professionnels, ce qui, dans la réalité, peut parfois présenter des défis. Dans votre milieu, à quelle fréquence les interventions sont-elles menées conjointement entre les différentes professions ?

Équipe d'intervention / Fréquence	Jamais	Rarement	Quelques fois	La plupart du temps	Toujours
Infirmier, médecin, intervenant psychosocial					
Infirmier et médecin					
Infirmier et intervenant psychosocial					
Médecin et intervenant psychosocial					
Seulement l'infirmier					
Seulement le médecin					
Seulement l'intervenant psychosocial					

21- Dans votre milieu, quel professionnel est le plus fréquemment impliqué dans l'application des étapes du protocole d'intervention médicosociale ?

Étapes / Professionnel	Infirmier	Médecin	Intervenant psychosocial
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 au DPJ, déclaration à la police et références			
7- Suivi médical			
8- Suivi psychosocial			

22- Dans le cadre de vos fonctions en CD, dans quelle proportion du temps êtes-vous impliqué dans les activités professionnelles suivantes :

Étapes / Fréquence	Jamais	Rarement	Quelques fois	La plupart du temps	Toujours
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 au DPJ, déclaration à la police et références					
7- Suivi médical					
8- Suivi psychosocial					

Caractéristiques de la clientèle et des interventions

Cette dernière section du sondage vise à documenter les caractéristiques de la clientèle et les interventions réalisées auprès de celle-ci lors de leur visite au CD.

23- Les questions suivantes visent à documenter la disponibilité des ressources matérielles lors de l'application du protocole d'intervention médicosociale. Pour chaque question, veuillez choisir une seule réponse. Lors de vos interventions en CD, dans quelle mesure avez-vous accès à…

Questions / Fréquence	Jamais	Rarement	Quelques fois	La plupart du temps	Toujours
une salle spécifique attribuée en tout temps aux VAS ?					
les instruments médicaux nécessaires à la réalisation de la trousse ?					
un aide-mémoire pour compléter le protocole d'intervention ?					
les documents administratifs à compléter (grille synthèse de cas, notes d'évolution, formulaires de référence, etc.) ?					
une place de rangement pour les documents et échantillons recueillis après l'examen ?					

24- Dans le cadre de vos activités professionnelles en centre désigné, estimez la fréquence où les affirmations suivantes sont vraies.

Questions / Fréquence	Jamais	Rarement	Quelques fois	La plupart du temps	Toujours
La victime se présente au CD sur le quart de jour.					
La victime se présente au CD pendant la semaine (lundi au vendredi).					
La victime est de sexe féminin.					
La victime est âgée de moins de 12 ans.					
La victime est âgée de 12 et 17 ans.					
La victime est âgée de plus de 18 ans.					
L'agression remonte à 5 jours ou moins.					
La victime a été intoxiquée involontairement.					
La victime s'est intoxiquée volontairement.					
L'agresseur est connu de la victime.					
Un professionnel du CD invite la victime à raconter les circonstances de l'agression.					
Une trousse médicolégale est réalisée.					
Une trousse médicosociale est réalisée.					
La victime porte plainte à la police.					
La victime veut attendre 14 jours avant de porter plainte à la police.					
Un signalement à la DPJ est fait.					
Une référence interne pour un suivi médical est réalisée.					
Une référence externe pour un suivi médical est réalisée.					
Une référence interne pour un suivi psychosocial est réalisée.					
Une référence externe pour un suivi psychosocial est réalisée.					

Section commentaires

Nous vous invitons à ajouter tout commentaire pouvant être pertinent à l'évaluation des services offerts aux VAS en CD.

Merci pour votre participation !

McGill

Centre for Research on Children and Families (CRCF)/Centre de Recherche sur l'Enfance et la Famille (CREF)
3506 rue University, Suite 106, Montréal, Québec, Canada, H3A 2A7. Tél.: (514) 398-5286, Tél.: (514) 398-5387.

Annexe G

Procédures de recrutement : sondages auprès des professionnels

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

Montréal, 5 avril 2012

Madame, Monsieur,

Le présent projet d'évaluation de programme regroupe trois chercheures, Delphine Collin-Vézina (service social, McGill), Martine Hébert (sexologie, UQAM) et Jacinthe Dion (psychologie, UQAC). Le projet a pour objectif d'effectuer l'évaluation de l'implantation des services pour les victimes d'agression sexuelle (AS) dans les 77 centres désignés (CD) de 17 régions du Québec depuis 2002.

Selon le modèle développé en 2002, les équipes médicosociales des CD doivent être composées d'intervenantes et d'intervenants psychosociaux, de personnel infirmier et de médecins formés pour aider les victimes d'AS. Ces équipes doivent également collaborer avec d'autres personnes-clés, telles que policiers, intervenants en protection de la jeunesse, et procureurs. Bien qu'un modèle unique d'intervention des CD ait été proposé pour l'ensemble de la province, il est possible que certains CD aient rencontré des difficultés particulières dans la mise en place des services, en fonction de la diversité de la clientèle desservie (langues parlées, appartenance ethnique et culturelle) et du contexte géographique.

La présente demande concerne l'étape de sondages menés auprès des professionnels de la santé et des services sociaux de votre établissement. Cette étape du projet vise à répondre à des questions qui dresseront un portrait plus complet de l'implantation des CD en colligeant des données de sondages qui ne seraient autrement pas accessibles. Ainsi, nous tenterons de documenter l'expérience des professionnels en CD en regard notamment à la formation dispensée, aux profils de la clientèle desservie, aux outils cliniques développés pour les CD, et à l'organisation des services. L'ensemble de ces facteurs doit être pris en considération pour comprendre le degré varié d'implantation des services dans les 17 régions du Québec.

Cette étape du projet d'évaluation de programme requiert la participation de différents professionnels à travers les 77 CD du Québec, soit des médecins, infirmiers/infirmières et intervenant(e)s psychosociaux. Des répondants pour les CD ont été nommés par le MSSS pour chacune des 17 régions du Québec. Ceux-ci seront sollicités par courriel pour distribuer les sondages aux différents professionnels de leur région respective. Les sondages seront accompagnés d'une lettre de présentation et d'une enveloppe-réponse timbrée (Annexe A). Les professionnels pourront remplir les questionnaires à leur convenance. À la fin du questionnaire, les participants seront invités à indiquer leurs coordonnées afin de participer à un tirage sous forme d'un cadre numérique d'une valeur de 125 $, et à envoyer les questionnaires remplis par la poste dans les enveloppes-réponses timbrées.

McGill
Centre for Research on Children and Families (CRCF)/Centre de Recherche sur l'Enfance et la Famille (CREF)
3506 rue University, Suite 106, Montréal, Québec, Canada, H3A 2A7. Tél.: (514) 398-5286, Tél.: (514) 398-5387.

Les résultats colligés permettront de dresser un portrait global des utilisateurs et des services offerts dans les CD du Québec. À la lumière de ces résultats, les pratiques et les politiques pourraient être revues afin d'augmenter l'accessibilité et la qualité des services et des interventions offerts aux victimes à travers le territoire québécois, en fonction de la diversité et des besoins de chaque région.

Grâce à un plan de diffusion à grande échelle, ce projet aspire à mieux faire connaître les CD à la population générale et aux intervenants, décideurs et administrateurs, et ce, afin d'accroître l'utilisation de cette ressource à travers le Québec et de bonifier les mécanismes de concertation et de coordination entre les différents partenaires impliqués dans l'intervention en soutien aux victimes d'AS.

Suite à l'évaluation du présent dossier, le Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine nous a confirmé que cette étape du projet est un sondage et n'est pas considéré par leur Comité d'Éthique de Recherche comme une activité de recherche. Nous vous envoyons leur confirmation afin de vous guider dans votre évaluation du présent dossier et vous demandons votre accord afin de réaliser cette étape du projet.

Nous vous demandons donc de faire suite à la présente demande en envoyant votre réponse au coordonnateur du projet, David Silva, **avant le 1er mai 2012**, soit par courriel (david.silva1@mail.mcgill.ca), soit par la poste à l'adresse suivante :

Centre de recherche sur l'enfance et la famille (CREF)
McGill University, Wilson Hall
3506 University St., 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 le coordonnateur du projet, David Silva (514-398-8810 ou david.silva1@mail.mcgill.ca), ou à me contacter directement, Delphine Collin-Vézina (514-398-7058 ou delphine.collin-vezina@mcgill.ca).

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

Delphine Collin-Vézina
Chercheure principale coordonnatrice
Chaire de recherche du Canada en aide sociale à l'enfance
Professeur adjoint, Université McGill

Annexe A

À qui de droit,

C'est avec grand plaisir que nous vous convions à participer à ce volet de l'évaluation de programme portant sur le niveau d'implantation des services offerts aux victimes d'agression sexuelle dans les centres désignés. Cette évaluation de programme s'inscrit dans le mandat du Centre de recherche sur l'enfance et la famille (CREF) de l'Université McGill et est dirigée par Delphine Collin-Vézina (PhD) et coréalisée par Jacinthe Dion (PhD) et Martine Hébert (PhD).

Les centres désignés du Québec offrent des services aux victimes d'agression sexuelle à travers la province. Selon le protocole d'intervention médicosociale en huit étapes, différents professionnels sont appelés à intervenir auprès des victimes d'agression sexuelle. Bien qu'il se peut que votre travail auprès des victimes d'agression sexuelle ne soit pas votre tâche principale, nous vous contactons, car vous avez été identifié(e) en tant que professionnel(le) œuvrant dans un centre désigné du Québec à titre d'infirmier(ère), d'intervenant(e) psychosocial(e), ou de médecin. Le succès de ce projet d'évaluation repose sur votre participation et votre intérêt en tant que professionnel travaillant auprès des victimes d'agression sexuelle à contribuer à une compréhension plus complète du niveau d'implantation des services dans les centres désignés.

Cette étape de la présente évaluation de programme tente de documenter les activités professionnelles que vous exercez en centre désigné. Nous sollicitons donc quelques minutes de votre temps afin de remplir un questionnaire qui vise à atteindre ces objectifs.

Nous sommes conscients du temps requis pour collaborer avec nous à la réussite de cette évaluation de programme. De ce fait, un cadre numérique d'une valeur de 125$ sera tiré au sort parmi les participants des sondages. Seul le gagnant sera contacté, afin de préserver la confidentialité des participants.

Toute question ou tout commentaire sur le projet d'évaluation peuvent être adressés à Stéphanie Pelletier (514 398-8810 ou stephanie.pelletier2@mail.mcgill.ca) ou encore à la chercheure principale, Delphine Collin-Vézina (514 398-7058 ou delphine.collin-vezina@mcgill.ca).

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

Delphine Collin-Vézina, PhD

Questionnaire pour les intervenants des centres désignés du Québec

Les questions ci-dessous réfèrent à votre expérience en tant que professionnel œuvrant en centre désigné. Nous vous invitons à y répondre au meilleur de vos connaissances.

L'appellation « CD » utilisée dans ce questionnaire signifie « centre désigné ». L'appellation « VAS » signifie « victimes d'agression sexuelle ». Le terme « intervenant » réfère à toutes les catégories d'intervenants des centres désignés (soins infirmiers, intervention psychosociale, médecine).

Le masculin est utilisé pour alléger le texte.

Informations sociodémographiques

Veuillez compléter les catégories sociodémographiques ci-dessous. Pour chacune des questions, choisissez une seule réponse.

1- Âge : |__|__|

2- Sexe :
- ☐ Masculin
- ☐ Féminin

3- Langue d'usage principal :
- ☐ Français
- ☐ Anglais
- ☐ Autre (précisez) : _____

4- Origine ethnique :
- ☐ Caucasien
- ☐ Autochtone
- ☐ Minorité visible

Éducation

Cette section du sondage vise à documenter la formation que vous avez reçue afin d'exercer votre profession.

5- Quelle est votre formation principale ?
- ☐ Soins infirmiers
- ☐ Intervention psychosociale (par exemple, travail social, criminologie, psychologie, sexologie)
- ☐ Médecine
- ☐ Autre (précisez) : _____

6- Indiquez le niveau de scolarité du dernier diplôme que vous avez obtenu et qui est en lien avec la profession présentement exercée.

☐ Diplôme d'études professionnelles
☐ Diplôme d'études collégiales
☐ Certificat universitaire de premier cycle
☐ Baccalauréat
☐ Maîtrise
☐ Doctorat de premier cycle
☐ Doctorat de troisième cycle

7- Quelle est l'année de graduation du dernier diplôme obtenu en lien avec la profession que vous exercez présentement ? |__|__|__|__|

Formation continue

Cette section du sondage vise à documenter la formation que vous avez reçue en tant qu'intervenant en CD.

8- Certains milieux de travail offrent différents types de formation à leurs professionnels afin de les soutenir dans leurs fonctions. Pour les deux catégories proposées ci-dessous, cochez tous les types de formation que vous avez reçue dans le cadre de vos fonctions en CD.

Au moment de votre entrée en poste :

☐ Formation formelle (journée d'orientation dans le département, activité de formation à l'interne ou à l'externe).

Nombre d'heures totales : _____

☐ Formation autodidacte (ex. : lecture d'ouvrages scientifiques, de livres, d'information sur Internet)

☐ Consultation avec des collègues, un mentor ou un supérieur immédiat

☐ Supervision clinique individuelle ou de groupe avec un superviseur attitré

☐ Autres (précisez) : _____

Depuis votre entrée en poste :

☐ Formation formelle (journée d'orientation dans le département, activité de formation continue à l'interne ou à l'externe).

Nombre d'heures totales : _____ *Dans les 12 derniers mois :* _____

☐ Formation autodidacte (ex. : lecture d'ouvrages scientifiques, de livres, d'information sur Internet)

☐ Consultation avec des collègues, un mentor ou un supérieur immédiat

☐ Supervision clinique individuelle ou de groupe avec un superviseur attitré

☐ Autres (précisez) : _____

Parcours de carrière et expérience en CD

Les questions suivantes visent à connaître votre parcours de carrière en tant que professionnel en CD. Pour chaque question, veuillez choisir une seule réponse.

9- En tant qu'intervenant en CD, quel est le titre de votre emploi ?

☐ Infirmier
☐ Intervenant psychosocial
☐ Médecin
☐ Gestionnaire
☐ Autre (précisez) : _____

10- Combien d'années de pratique avez-vous auprès des VAS ?

☐ 0 à 1 an
☐ 1 à 3 ans
☐ 3 à 7 ans
☐ 7 ans et plus

11- Depuis combien d'années œuvrez-vous pour le CD actuel en tant que professionnel qui intervient auprès des VAS ?

☐ 0 à 1 an
☐ 1 à 3 ans
☐ 3 à 7 ans
☐ 7 ans et plus

12- En moyenne, combien d'heures travaillez-vous par semaine pour l'établissement dans lequel vous œuvrez présentement ?

_____

13- En moyenne, combien d'heures par semaine sont consacrées à votre rôle de professionnel qui intervient auprès des VAS ?

_____

14- ***Depuis votre embauche***, sur quels quarts de travail avez-vous habituellement travaillé en tant que professionnel en CD ? Cochez toutes les options applicables.

☐ Jour
☐ Soir
☐ Nuit
☐ Semaine
☐ Fin de semaine
☐ Jours fériés

15- ***Depuis les six derniers mois***, sur quels quarts travaillez-vous le plus fréquemment en tant que professionnel en CD? Cochez toutes les situations applicables.

☐ Jour
☐ Soir
☐ Nuit
☐ Semaine
☐ Fin de semaine
☐ Jours fériés

16- En moyenne, au cours des six derniers mois, avec combien de VAS avez-vous eu un contact professionnel ?

☐ Aucune
☐ 1 à 4
☐ 5 à 15
☐ 16 à 35
☐ 36 et plus

17- En moyenne, combien de temps prend votre intervention auprès d'une VAS ? (exemples : 20 minutes, 75 minutes, deux heures)

_____

18- Indiquez la région du CD pour lequel vous œuvrez présentement.

☐ Région 01 : Bas St-Laurent
☐ Région 02 : Saguenay Lac St-Jean
☐ Région 03 : Capitale-Nationale
☐ Région 04 : Mauricie-et-Centre-du-Québec
☐ Région 05 : Estrie
☐ Région 06 : Montréal
☐ Région 07 : Outaouais
☐ Région 08 : Abitibi-Témiscamingue
☐ Région 09 : Côte-Nord
☐ Région 10 : Nord-du-Québec
☐ Région 11 : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
☐ Région 12 : Chaudière-Appalaches
☐ Région 13 : Laval
☐ Région 14 : Lanaudière
☐ Région 15 : Laurentides
☐ Région 16 : Montérégie
☐ Région 17 : Nunavik

19- Dans quelle(s) langue(s) êtes-vous en mesure d'offrir les services dispensés par votre CD ? Cochez toutes les options applicables.

☐ Français
☐ Anglais
☐ Autre(s) (précisez) : _____

Application du protocole d'intervention médicosociale en huit étapes

Cette section du sondage vise à documenter l'application de chacune des huit étapes prévues dans le protocole d'intervention médicosociale. Ces étapes s'appliquent différemment selon les divers intervenants (infirmier, médecin, intervenant psychosocial). Pour chaque énoncé, veuillez cocher une seule réponse.

20- Le protocole d'intervention médicosociale prévoit que l'intervention auprès des VAS en CD soit réalisée par une équipe de professionnels, ce qui, dans la réalité, peut parfois présenter des défis. Dans votre milieu, à quelle fréquence les interventions sont-elles menées conjointement entre les différentes professions ?

Équipe d'intervention / Fréquence	Jamais	Rarement	Quelques fois	La plupart du temps	Toujours
Infirmier, médecin, intervenant psychosocial					
Infirmier et médecin					
Infirmier et intervenant psychosocial					
Médecin et intervenant psychosocial					
Seulement l'infirmier					
Seulement le médecin					
Seulement l'intervenant psychosocial					

21- Dans votre milieu, quel professionnel est le plus fréquemment impliqué dans l'application des étapes du protocole d'intervention médicosociale ?

Étapes / Professionnel	Infirmier	Médecin	Intervenant psychosocial
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 au DPJ, déclaration à la police et références			
7- Suivi médical			
8- Suivi psychosocial			

22- Dans le cadre de vos fonctions en CD, dans quelle proportion du temps êtes-vous impliqué dans les activités professionnelles suivantes :

Étapes / Fréquence	Jamais	Rarement	Quelques fois	La plupart du temps	Toujours
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 au DPJ, déclaration à la police et références					
7- Suivi médical					
8- Suivi psychosocial					

Caractéristiques de la clientèle et des interventions

Cette dernière section du sondage vise à documenter les caractéristiques de la clientèle et les interventions réalisées auprès de celle-ci lors de leur visite au CD.

23- Les questions suivantes visent à documenter la disponibilité des ressources matérielles lors de l'application du protocole d'intervention médicosociale. Pour chaque question, veuillez choisir une seule réponse. Lors de vos interventions en CD, dans quelle mesure avez-vous accès à…

Questions / Fréquence	Jamais	Rarement	Quelques fois	La plupart du temps	Toujours
une salle spécifique attribuée en tout temps aux VAS ?					
les instruments médicaux nécessaires à la réalisation de la trousse ?					
un aide-mémoire pour compléter le protocole d'intervention ?					
les documents administratifs à compléter (grille synthèse de cas, notes d'évolution, formulaires de référence, etc.) ?					
une place de rangement des documents et échantillons recueillis après l'examen ?					

24- Dans le cadre de vos activités professionnelles en centre désigné, estimez la fréquence où les affirmations suivantes sont vraies.

Questions / Fréquence	Jamais	Rarement	Quelques fois	La plupart du temps	Toujours
La victime se présente au CD sur le quart de jour.					
La victime se présente au CD pendant la semaine (lundi au vendredi).					
La victime est de sexe féminin.					
La victime est âgée de moins de 12 ans.					
La victime est âgée de 12 et 17 ans.					
L'agression remonte à 5 jours ou moins.					
La victime a été intoxiquée involontairement.					
La victime s'est intoxiquée volontairement.					
L'agresseur est connu de la victime.					
Un professionnel du CD invite la victime à raconter les circonstances de l'agression.					
Une trousse médicolégale est réalisée.					
Une trousse médicosociale est réalisée.					
La victime porte plainte à la police.					
La victime veut attendre 14 jours avant de porter plainte à la police.					
Un signalement à la DPJ est fait.					
Une référence interne pour un suivi médical est réalisée.					
Une référence externe pour un suivi médical est réalisée.					
Une référence interne pour un suivi psychosocial est réalisée.					
Une référence externe pour un suivi psychosocial est réalisée.					

Section commentaires

Nous vous invitons à ajouter tout commentaire pouvant être pertinent à l'évaluation des services offerts aux VAS en CD.

Merci pour votre participation !

Le 24 février 2012

CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université de Montréal

M. David Silva, MSW
Coordonnateur de recherche
Centre de recherche sur l'enfance et la famille (CREF)
3506 rue University
Montréal H3A 2A7

Objet : Évaluation d'un programme

Cher Monsieur,

Suite à l'évaluation des documents que vous nous avez fait parvenir par courriel, nous désirons confirmer que ce type de projet est un sondage et n'est pas considéré par notre CÉR comme une activité de recherche (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."

Si les données produites par ce rapport étaient utilisées pour de la recherche, il faudrait alors resoumettre le projet afin de réévaluer si cela concerne le CÉR.

Nous vous souhaitons bonne chance dans la réalisation de votre projet et nous vous prions de recevoir nos meilleures salutations.

Jean-Marie Therrien, éthicien, Ph.D.
Président du comité d'éthique de la recherche

JMT/nd

3175, Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec)
H3T 1C5

Annexe H

Procédures de recrutement : procédure Delphi avec les répondants régionaux

PAR COURRIEL

Monsieur, Madame,

C'est avec grand plaisir que nous entamons ce volet de recherche portant sur le niveau d'implantation des services offerts aux victimes d'agression sexuelle dans les centres désignés. Cette recherche s'inscrit dans le mandat du Centre de recherche sur l'enfance et la famille (CREF) de l'Université McGill et est dirigée par Delphine Collin-Vézina (PhD) et coréalisée par Jacinthe Dion (PhD) et Martine Hébert (PhD).

Nous avons récemment obtenu l'autorisation du Comité d'Éthique de Recherche (CÉR) de l'Université McGill et du CÉR de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal **afin de solliciter la participation des répondants et répondantes régionales des dossiers d'agression sexuelle** à une entrevue téléphonique d'une durée approximative d'une heure, suivi de quelques contacts par courriel. Cette entrevue portera sur le fonctionnement des centres désignés dans votre région, par exemple, les défis particuliers que les répondants vivent au sujet de la clientèle, la collaboration avec les organismes partenaires, et les pistes de solution pour l'amélioration des services. Les questions leur seront acheminées à l'avance afin qu'ils puissent vous préparer et consulter leurs collègues le cas échéant.

Nous vous demandons, à titre de Directrice de l'organisation des services, de nous donner l'autorisation de contacter la répondante des dossiers d'agression sexuelle de votre région afin de solliciter sa participation à cette étape de la recherche. Afin de faciliter la démarche, nous joignons à la présente demande une lettre modèle d'autorisation.

Cette recherche contribuera à l'avancement des connaissances et pourrait être utilisée pour améliorer les services fournis aux victimes. Les résultats de cette recherche seront présentés au Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, accompagné d'une liste de recommandations visant à modifier les politiques ainsi que les services actuels.

Nous sommes à votre disposition pour répondre à toute question ou tout commentaire que cette démarche susciterait. N'hésitez pas à me contacter (514-398-8810 ou david.silva1@mail.mcgill.ca), ou à contacter la chercheure principale, Delphine Collin-Vézina (514-398-7058 ou delphine.collin-vezina@mcgill.ca).

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

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

À qui de droit,

C'est avec grand plaisir que nous vous convions à participer à ce volet de recherche portant sur le niveau d'implantation des services offerts aux victimes d'agression sexuelle dans les centres désignés. Cette recherche s'inscrit dans le mandat du Centre de recherche sur l'enfance et la famille (CREF) de l'Université McGill et est dirigée par Delphine Collin-Vézina (PhD) et coréalisée par Jacinthe Dion (PhD) et Martine Hébert (PhD).

Nous avons récemment obtenu l'autorisation du Comité d'Éthique de Recherche (CÉR) de l'Université McGill et du CÉR de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal, ainsi que l'autorisation la Direction de l'Agence de Santé et de Services sociaux de l'endroit où vous œuvrez pour que vous puissiez participer à une entrevue téléphonique d'une durée approximative d'une heure, suivi de quelques contacts par courriel. Cette entrevue portera sur le fonctionnement des centres désignés dans votre région, par exemple, les défis particuliers que vous vivez au sujet de la clientèle, la collaboration avec les organismes partenaires, et les pistes de solution pour l'amélioration des services. Les questions vous seront acheminées à l'avance afin que vous puissiez vous préparer et consulter vos collègues le cas échéant.

Votre participation à cette étape de la recherche est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également refuser de répondre à certaines questions, de prendre part à des éléments spécifiques du processus de recherche ou de vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheure responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affecté au projet.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Les informations, incluant les enregistrements, seront conservées dans un bureau verrouillé de l'Université McGill pendant cinq (5) ans. Les seules personnes qui auront accès aux données colligées seront les membres de l'équipe de recherche.

Il n'y a aucun risque associé à ce projet. Nous vous encouragerons à faire savoir à l'équipe de recherche si vous vous sentez inconfortable à n'importe quel moment de ce projet de recherche.

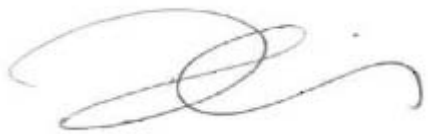
Il se peut que vous ne retiriez aucun avantage direct suite à votre participation. En collaborant à cette étude, vous aiderez l'équipe de recherche à apprendre davantage sur les expériences concernant les services pour les victimes d'agression sexuelle. Cette recherche contribuera à l'avancement des connaissances et pourrait être utilisée pour améliorer les services fournis aux victimes. Les résultats de cette recherche seront présentés au Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, accompagné d'une liste de recommandations visant à modifier les politiques ainsi que les services actuels.

Vous recevrez par la poste dans les prochains jours deux copies du formulaire d'information et de consentement. Nous vous prions d'en prendre connaissance. Si vous désirez participer à ce projet de recherche, nous vous prions de nous envoyer une copie signée du formulaire dans l'enveloppe-réponse timbrée.

Si vous acceptez, veuillez s'il vous plaît me faire part par courriel de vos disponibilités dans les plus brefs délais afin que nous puissions compléter une entrevue d'une durée d'une heure.

Nous sommes à votre disposition pour répondre à toute question ou tout commentaire que cette démarche susciterait. N'hésitez pas à contacter le coordonnateur du projet, David Silva (514-398-8810 ou david.silva1@mail.mcgill.ca), ou à me contacter directement, Delphine Collin-Vézina (514-398-7058 ou delphine.collin-vezina@mcgill.ca).

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.



Delphine Collin-Vézina
Chercheure principale coordonnatrice
Chaire de recherche du Canada en aide sociale à l'enfance
Professeure agrégée, Université McGill

Formulaire d'information et de consentement

Titre du projet :	**Organisation des services pour les victimes d'agression sexuelle au Québec: Portrait et pistes d'action**
Chercheure responsable :	**Delphine Collin-Vézina, Université McGill**
Cochercheures :	**Martine Hébert, cochercheure, département de sexologie à l'Université du Québec à Montréal**
	Jacinthe Dion, cochercheure, département de psychologie à l'Université du Québec à Chicoutimi
Organisme subventionnaire :	**Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC)**

Préambule : Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

But de l'étude : Le projet de recherche a pour objectif d'effectuer l'évaluation de l'implantation des services pour les victimes d'agression sexuelle (AS) dans les centres désignés (CD) des régions du Québec depuis 2002.

L'étape de sondages menés en 2012-2013 auprès des professionnels de la santé et des services sociaux des différents établissements visait à dresser un portrait de l'implantation des CD. Ainsi, nous avons documenté l'expérience des professionnels en CD en regard notamment à la formation dispensée, aux profils de la clientèle desservie, aux outils cliniques développés pour les CD, et à l'organisation des services.

Le but de l'étape d'entrevues auprès des seize répondantes et répondants régionaux est de valider et de contextualiser les résultats obtenus, ainsi que d'obtenir des renseignements spécifiques à chacune des régions qui ont pu échapper aux questions du sondage.

Cette entrevue portera sur les thèmes suivants : description générale des professionnels, description de la pratique, ainsi que la description de la clientèle. Pour chacune des questions, les participants seront amenés à réfléchir aux différences qui existent entre les centres de leur région, aux changements qui ont eu lieu au fil du temps, ainsi qu'aux points forts et aux points faibles du fonctionnement des CD dans leur région.

Déroulement de l'étude : En tant que participant, vous serez interviewé au téléphone, durant votre période de travail, par un membre de l'équipe de recherche sur une ligne confidentielle. L'entrevue devrait durer environ une (1) heure et abordera des thèmes, tels que vos perceptions des services offerts, les défis spécifiques à votre région, ainsi que vos suggestions afin d'améliorer les services offerts. À des fins d'analyse de données et afin d'assurer une bonne compréhension des informations discutées, l'entrevue sera enregistrée, ce qui permettra aux chercheurs de retranscrire et de coder les données. À la suite des entrevues menées à travers la province, les thèmes les plus prévalents vous seront communiqués par courriel à deux reprises et nous vous inviterons à donner à nouveau votre opinion.

Compensation : Vous ne recevrez aucune compensation suite à votre participation.

Avantages : Il se peut que vous ne retiriez aucun avantage direct suite à votre participation. En collaborant à cette étude, vous aiderez l'équipe de recherche à apprendre davantage sur les expériences concernant les services pour les victimes d'agression sexuelle. Cette recherche contribuera à l'avancement des connaissances et pourrait être utilisée pour améliorer les services fournis aux victimes. Les résultats de cette recherche seront présentés au Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, accompagné d'une liste de recommandations visant à modifier les politiques ainsi que les services actuels.

Risques et inconvénients potentiels : Il y a un faible risque associé à ce projet. Bien que peu probable, comme toute communication par courriel, les informations véhiculées par courrier électronique pourraient être interceptées par une tierce partie. Nous vous encourageons à faire savoir à l'équipe de recherche si vous vous sentez inconfortable à n'importe quel moment de ce projet de recherche.

L'inconvénient à votre participation concerne le temps nécessaire à l'entrevue.

Participation volontaire et possibilité de retrait : Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également refuser de répondre à certaines questions, de prendre part à des éléments spécifiques du processus de recherche ou de vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheure responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affecté au projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour rencontrer les exigences réglementaires.

Confidentialité : Tous les renseignements recueillis, y compris les enregistrements audio et les transcriptions, seront traités de manière confidentielle dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos renseignements, on vous attribuera un numéro de code reliant votre nom à votre dossier de recherche et seuls la chercheure responsable et le coordonnateur auront la liste correspondante. Les renseignements seront conservés dans un bureau verrouillé de l'Université McGill pendant cinq (5) ans après la fin du projet de recherche. Les seules personnes qui auront accès aux données colligées seront les membres de l'équipe de recherche.

Les données du projet seront utilisées pour répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Les résultats généraux de la recherche pourront être diffusés par le biais de documents, publications, conférences, ainsi que dans le cadre de présentations. Aucune information permettant de vous identifier ne sera diffusée.

À des fins de surveillance ou de contrôle de la recherche, il est possible que les chercheurs doivent permettre l'accès à votre dossier de recherche à une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université McGill ou de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, par l'établissement ou par les organismes subventionnaires de la recherche. Ces personnes et ces organismes adhèrent tous à une politique de stricte confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront également conservés pendant un (1) an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par la chercheure responsable.

Vous pouvez, en tout temps, demander au chercheur de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillies et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver

l'intégrité scientifique du projet, il est possible que vous n'ayez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation à la recherche terminée.

Utilisation secondaire des données : Avec votre permission, il se peut que les renseignements que vous fournirez soient utilisés, avant la date prévue de destruction, dans le cadre de quelques projets de recherche qui porteront sur les différentes facettes du thème pour lequel vous êtes approché aujourd'hui. Ces projets éventuels seront sous la responsabilité de la chercheure principale et seront autorisés par un comité d'éthique de la recherche. L'équipe de recherche s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité de vos données aux mêmes conditions que pour le présent projet.

Identification des personnes-ressources : Toutes questions ou préoccupations sur le projet peuvent être adressées à David Silva, coordonnateur de recherche (514-398-8810 ou david.silva1@mail.mcgill.ca), ou encore à Delphine Collin-Vézina, chercheure principale (514-398-7058 ou delphine.collin-vezina@mcgill.ca).

Cette recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'Université McGill et du Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal. Pour toute question ou préoccupation sur vos droits ou bien-être en tant que participant à cette étude, veuillez contacter le Bureau de l'éthique de la recherche de l'Université McGill (514-398-6831 ou lynda.mcneil@mcgill.ca) ou de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal (514-528-2400 ou éthique@santepub-mtl.qc.ca) qui sont indépendant de l'équipe de recherche et travaille à la protection des droits des participants.

Consentement du participant : J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

Nom et signature du participant Date

Utilisation secondaire des données du projet : J'accepte que les renseignements que je fournis soient utilisés dans le cadre de projets de recherche ultérieurs visant à approfondir l'organisation des services pour les victimes d'agressions sexuelles.

Oui ☐ Non ☐

Déclaration du chercheur responsable du projet de recherche : Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu à ses questions et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

9 Octobre 2013

Nom et signature de la chercheure responsable de l'Université McGill Date

Approuvé CÉR
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Annexe I

Prcédures de recrutement : Entrevues avec les victimes et parents de victimes

OBJET : Projet de recherche concernant l'évaluation de l'implantation des services offerts aux victimes d'agression sexuelle.

Comité d'Éthique de Recherche (CÉR) principal:

MUHC Psychiatry/Psychology REB
Centre universitaire de Santé McGill (CUSM)
687, Avenue des Pins Ouest, bur. S11-10
Montréal (Québec)
H3A 1A1
PR: M. Sheldon Levy (sheldon.levy@muhc.mcgill.ca)
514-934-1934, 36077

Montréal, 12 avril 2012

Madame, Monsieur,

C'est avec grand plaisir que nous mettons sur pied la deuxième 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).

Cette étape de la recherche vise à documenter l'expérience des victimes d'agression sexuelle ou de leurs parents, en lien avec les services qui leur ont été offerts dans un des 77 centres désignés du Québec. Un échantillon de 19 centres désignés (installations) a donc été choisi, et nous vous informons de notre décision d'entreprendre le mécanisme multicentrique afin de recruter environ 110 bénéficiaires de services qui ont fréquenté un de vos établissements.

La présente demande porte sur l'examen préliminaire du projet, et nous vous informons que le Comité d'Éthique de Recherche (CÉR) principal est le Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Nous vous soumettons également, en pièce jointe, le nom et les coordonnées des présidents des CÉR locaux ou, en l'absence de CÉR, le nom et les coordonnées des établissements en cause.

Nous sommes à votre disposition pour répondre à toute question ou commentaire que cette démarche susciterait. N'hésitez pas à contacter le coordonnateur du projet, David Silva (514-398-8810 ou david.silva1@mail.mcgill.ca), ou à me contacter directement, Delphine Collin-Vézina (514-398-7058 ou delphine.collin-vezina@mcgill.ca).

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

Delphine Collin-Vézina
Chercheure principale coordonnatrice
Chaire de recherche du Canada en aide sociale à l'enfance
Professeur adjoint, Université McGill

Le nom et les coordonnées des présidents des CÉR locaux ou, en l'absence de CÉR, le nom et les coordonnées des établissements en cause

Région	Centre Désigné (Installation)	Établissment	Comité d'Éthique de la Recherche
02 – Saguenay Lac-Saint-Jean	**CSSS Domaine-Du-Roy**	**CSSS Domaine-Du-Roy** Att : M. Jacques Dubois 450, Rue Brassard Roberval (Québec) G8H 1B9 418-275-0110 jacques.dubois@ssss.gouv.qc.ca	
	CSSS Maria-Chapdelaine	**CSSS Maria-Chapdelaine** Att : M. Normand Brassard 2000, Boulevard Sacre-Coeur Dolbeau-Mistassini (Québec) G8L 2R5 418-276-1234	
	CSSS de Chicoutimi	**CSSS de Chicoutimi** Att : Gilles Gagnon 205, Rue Saint-Vallier Case Postale 5006 Chicoutimi (Québec) G7H 5H6 418-541-1000	**CÉR du CSSS de Chicoutimi** 205, Rue Saint-Vallier Chicoutimi (Québec) G7H 5H6 PR: Mme Christine Gagnon 418-541-1234, 3294 Christine.gagnon@ssss.gouv.qc.ca
	CSSS de Lac-Saint-Jean-Est	**CSSS de Lac-Saint-Jean-Est** Att : M. Camil Dion 300, Boulevard Champlain Sud Case Postale 1300 Alma (Québec) G8B 5W3 418-669-2000	
	CSSS de Jonquière	**CSSS de Jonquière** Att : M. Régis Harvey 2230, Rue de l'Hôpital Jonquière (Québec) G7V 7X2 418-695-7700 régis.harvey.jonq@ssss.gouv.qc.ca	
	CSSS Cléophas-Claveau	**CSSS Cleophas-Claveau** Att : Mme Martine Nepton 1000, Rue du Docteur-Desgagne La Baie (Québec) G7B 2Y6 418-544-3381	

04 – Mauricie-Centre-du-Québec	**Hôpital Sainte-Croix (CSSS de Drummond)**	**CSSS Drummond** Att : Yves Martin 570, Rue Heriot Drummondville (Québec) J2B 1C1 819-478-6464 Yves_martin@ssss.gouv.qc.ca	
	Hôtel-Dieu d'Arthabaska (CSSS Arthabaska-Érables)	**CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable** Att : M. Claude Charland 5, Rue des Hospitalières Victoriaville (Québec) G6P 6N2 819-357-2030	
	CH du Centre de la Mauricie (CSSS de l'Énergie)	**CSSS de l'Énergie** Att : Martine Rioux 1705, avenue Georges Shawinigan (Québec) G9N 2N1 819-536-7500	**CÉR du CSSS de l'Énergie** 1705, Avenue de l'Énergie Shawinigan (Québec) G9P 2N1 PR : Mme Johanne Lupien 819-536-7500 Johanne_lupien@ssss.gouv.qc.ca
	CSSS du Haut St-Maurice	**CSSS du Haut-Saint-Maurice** Att : M. Rémy Beaudoin 885, Boulevard Ducharme La Tuque (Québec) G9X 3C1 819-523-4581 remy_beaudoin@ssss.gouv.qc.ca	
	CH régional de Trois-Rivières (*Pavillon Sainte-Marie et Pavillon Saint-Joseph)**	**CSSS de Trois-Rivières** Att : Mme Lucie Letendre 731, Rue Sainte-Julie Trois-Rivières (Québec) G9A 1Y1 819-370-2100	**CÉR du Centre hospitalier Régional de Trois-Rivières** 1991, boulevard du Carmel, bur. U2-213 Trois-Rivières (Québec) G8Z 3R9 PR : Mme Julie Gélinas 819-697-3333, 64399 04chrtr_recherche@ssss.gouv.qc.ca

05 – Estrie	**CHUS – Hôpital Fleurimont**	**Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke** Att : Mme Patricia Gauthier 555, Rue Murray Sherbrooke (Québec) J1G 2K8 819-346-1110	**CÉR du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke et de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke** 3001, 12ième avenue nord, bur. Z5-3014 Fleurimont (Québec) J1H 5N4 PR: Mme Sonia Bachand (819) 346-1110, 13861 sbachand.chus@ssss.gouv.qc.ca

06 – Montréal	**Hôpital de Montréal pour enfants**	**Centre Universitaire de Santé McGill** Att : M. Normand Rinfret 1650, Avenue Cedar, E6-140 Montréal (Québec) H3G 1A4 514-934-1934	**MUHC Psychiatry/Psychology REB** Centre universitaire de Santé McGill 687, Avenue des Pins Ouest, bur. S11-10 Montréal (Québec) H3A 1A1 PR: M. Sheldon Levy 514-934-1934, 36077 sheldon.levy@muhc.mcgill.ca
	Centre pour victimes d'agression sexuelle de Montréal	**CSSS de la Montagne** Att : M. Marc Sougavinski 5700, Chemin de la Côte-des-Neiges Montréal (Québec) H3T 2A8 514-731-8531	**CÉR du CSSS de la Montagne** 1801, Boul. De Maisonneuve Ouest, bur. 600 Montréal (Québec) H3H 1J9 PR: Mme Josée Peat 514-934-0505, 7512 joseepeat@ssss.gouv.qc.ca

07 – Outaouais	**CSSS de Gatineau (Hôpital de Hull et Hôpital de Gatineau)**	**CSSS de Gatineau** Att : M. Denis Beaudoin 777, Boulevard de la Gappe Gatineau (Québec) J8T 8R2 819-966-6560	**CÉR du CSSS de Gatineau** 116, Boul. Lionel-Émond, bur. F-011 Gatineau (Québec) J8Y 1W7 PR: Mme Christiane Leblanc 819-966-6144 07_csssg_cer@ssss.gouv.qc.ca
	CSSS de Papineau (Hôpital de Papineau)	**CSSS de Papineau** Att : M. Pierre Gagnon 578, Rue Maclaren Est Gatineau (Québec) J8L 2W1 819-986-3359 pierre_gagnon@ssss.gouv.qc.ca	
	CSSS Vallée-de-la-Gatineau (Hôpital de Maniwaki)	**CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau** Att : Mme Sylvie Martin 309, Boulevard Desjardins Maniwaki (Québec) J9E 2E7 819-449-2300	
	CSSS des Collines (Hôpital Mémorial de Wakefield)	**CSSS des Collines** Att : M. André Désilets 101, Chemin Burnside Case Postale 160, Wakefield La Pêche (Québec) J0X 3G0 819-459-3080	
	CSSS du Pontiac (Hôpital du Pontiac)	**CSSS du Pontiac** Att : M. Richard Grimard 160, Chemin de la Chute Case Postale 430 Mansfield-et-Pontefract (Québec) J0X 1V0 819-647-2211 richard_grimard@ssss.gouv.qc.ca	
**PR: Personne Ressource			

Script en français

Accueillir la victime et le remercier de participer à l'étude.

Texte d'introduction:
_____ (*nom de la personne*) je veux vous rappeler que l'appel est enregistré. Je vais prendre quelques petites notes pour m'assurer de ne pas manquer de détails, ne soyez donc pas surpris s'il y a des petits moments de silence à l'occasion.

L'entrevue va consister de trois thèmes qui visent à comprendre la trajectoire que vous avez suivie pour recevoir des services en matière d'agression sexuelle. Je vais principalement vous poser des questions concernant votre expérience face aux services que vous avez reçus.

Pour des fins de statistique, je dois vous poser quelques questions démographiques. Je veux vous rappeler que vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelles des questions, dans cette section ou dans une autre.

Questions démographiques sur les parents et la famille :

- Âge de la personne interviewé;
  - **Quel âge avez-vous?**
- Ethnicité;
  - **Êtes-vous de nationalité Canadienne? Si *non*, quel est votre statu le légale au Canada?**
  - **Est-ce qu'il y a un groupe culturel, autre que Québécois ou Canadien auquel vous vous sentez un sentiment d'appartenance?**
- Langue première;
  - **Quelle est votre première langue?**
  - **Est-ce que c'est la langue que vous parlez le plus souvent?**
  - **Quelle est la langue que vous parlez le plus souvent?**

Questions démographiques et géographique :

- Région de résidence;
  - **Dans quelle région du Québec habitez-vous?**

Trajectoire des services parcourus et professionnel impliqués:

Les prochaines questions porteront sur la trajectoire que vous avez suivie pour recevoir des services. En gros, le but des questions est de comprendre le chemin que vous avez suivi.

- Étapes depuis le dévoilement pour accéder aux services;
  - **Qui a été la première personne à qui vous avez parlé de l'abus (amis, famille, professionnel)?**
  - **Où exactement êtes vous allez pour recevoir des services?**
  - **Lorsque vous avez débuté les démarches pour avoir des services, étiez-vous accompagné par une autre personne?**

- Point d'entrée vers les services et ordre chronologique dans lequel les services ont été accédés (*ces questions devraient être posées sous le style d'une conversation et peuvent servir simplement à **guider** la discussion*);
    - **Pouvez-vous m'expliquer le processus que vous avez suivi pour obtenir des services, étape par étape, depuis le début?**
        - *(question pour guider)* Quelles ont été les premiers actions que vous avez prise pour obtenir des services?
        - Pourquoi avez-vous contacté cette ressource en premier spécifiquement?
        - Qui a été le premier professionnel avec qui vous avez eu un contact?
        - Combien de professionnels avez-vous eu besoin de rencontrer à travers le processus d'obtention de service?
        - Combien de place (lieux physique) différents avez-vous eu besoin de consulter afin de recevoir tous les services appropriés?
        - Dans quelle langue les services vous ont-ils été offerts?
        - (*Si la langue est différente de celle mentionné plus haut*) Êtes-vous à l'aise dans cette langue?
        - Combien de temps s'est écoulé entre l'abus et le moment où vous avez reçu des services?

- Services connus ou inconnus préalablement à la demande;
    - **Étiez-vous au courant que ces services existaient avant d'y faire appel?**
    - (*Si les services ont été offerts par un CLSC ou un hôpital*) **Saviez-vous que l'endroit ou vous avez reçu des services se nomme aussi Centre Désigné?**
        - Les CDs sont des hôpitaux ou des CLSC à travers le Québec qui spécialise en abuse sexuel.
        - Pour le reste de l'entrevue je vais référer au centre comme étant un CD.
- Accueil et orientation (CD):
    - **À votre arrivée au CD est-ce que vous avez été accueilli?**
    - **Est-ce que vous avez été orientés vers les services appropriés?**
- Temps d'attente et endroit d'attente avant que les services soient fournis (CD);
    - **Où avez-vous dû attendre avant d'obtenir des services (lieux)?**
    - **Est-ce que ce lieu était privé?**
    - **Combien de temps avez-vous dû attendre avant de parler à un professionnel?**
    - **Combien de temps avez-vous dû passer au total au CD?**
- Type d'examen (CD);
    - **Est-ce qu'un médecin vous a examiné?**
    - (*Si un examen à été fait*) **Est-ce qu'il s'agissait d'un examen médical complet incluant des prélèvements?**
    - **Savez-vous si des prélèvements ont été collectés à titre de preuve?**

- (*Si un examen N'A PAS été fait*) **Est-ce qu'on vous a donné une explication concernant la raison pour laquelle un examen n'a pas été fait?**

- Signalement et déclaration (CD);
  - **Vous m'avez expliqué que vous avez été en contact avec _____ et _____, mais est-ce que vous savez votre dossier a été signalé à d'autres organismes ou d'autres professionnels tels que la police ou des organismes communautaire?**
- Types de suivi et références ayant été offerts à l'enfant (CD);
  - **Est-ce qu'un appel de suivi a eu lieu suite à votre visite initial au CD?**
  - **Si oui, qui à placé l'appel?**
  - **Est-ce qu'un suivi médical ou psychosocial a été offert par CD?**
  - **Est-ce que des références internes vous ont été offertes au CD, tel que dans un autre département?**
  - **Est-ce que des références externes vous ont été offertes telles que dans des organismes communautaires?**
    - **Si oui, lesquelles?**
  - **Est-ce que vous avez fait suite aux références offertes?**

L'expérience des victimes face au processus d'obtention des services d'aide en matière d'agression sexuelle prodigués par les professionnels:

Style conversation. Les questions qui suivent traitent de votre expérience personnelle, par rapport au processus d'obtention de services. Donc, si je résume, vous avez mentionné avoir été en contact avec _____, _____ et _____. Je vais maintenant vous poser une série de questions pour m'aider à comprendre exactement quelle a été votre expérience lorsque vous avez obtenu des services.

Chaque question doit être posée individuellement pour chaque professionnel avec qui les victimes ont été en contact. Ainsi, chaque question sera posée à de multiples occasions pour connaître leur expérience avec chaque professionnel.

- Niveau d'explications données à la victime par rapport aux services et au processus s'y rattachant;
  - **Est-ce que les services et les étapes qui devaient être suivies vous ont clairement été expliqués par _____ (X professionnel)?**
  - **Trouviez-vous que ces explications étaient claires et appropriées (est-ce que vous compreniez les expressions utilisées)?**
- Degré de professionnalisme et de compétence des travailleurs impliqués dans la distribution des services;
  - **Trouviez-vous que _____ (X professionnels) qui était en contact avec vous travaillait de manière compétente?**
  - **Trouvez-vous que _____ (X professionnels) qui a offert des services démontrait du respect et de l'empathie?**
  - **Est-ce qu'à un moment, vous vous êtes senti blâmé ou jugé par _____(X professionnel)?**
- Niveau de soutien fourni à la victime par les professionnels;

    - **Est-ce que vous vous êtes senti soutenu par _____ (X professionnel) à travers le processus d'obtention de services?**
    - **Est-ce que vous vous êtes senti comme si vos besoins étaient importants pour _____ (X professionnel), impliqué?**
- Questionnement des professionnels aux parents par rapport aux moyens utilisés afin de faire face à l'agression sexuelle;
    - **Est-ce que vous avez été questionné par _____ (X professionnel) à propos de votre façon de faire face aux difficultés émotionnelles lié à l'agression?**

***** POSER CES QUESTION UNE SEULE FOIS À LA FIN *****

- Services et références offert à la victime;
    - **Est-ce que vous avez été référé à des services, spécifiquement pour vos besoins?**
    - **Si oui, qui à fait la référence?**
    - **Si oui, lesquels?**
    - **Avez-vous fait suite aux services référés?**
- Aspect des services le plus difficile pour la victime;
    - **Quel a été l'aspect le plus difficile, pour vous, dans l'obtention de services? Pourquoi?**
- Aspect des services le plus utile pour la victime;
    - **Quel a été l'aspect le plus important (indispensable), pour vous, à travers les services? Pourquoi?**
- Interaction avec les partenaires;
    - **Comment est-ce que les autres professionnels impliqué dans votre dossier (police, organisme communautaire) ont pris vos besoins en considération?**
- Nivaux de satisfaction en ce qui concerne les services reçus;
    - **Quel est votre niveau de satisfaction générale face aux services que vous avez reçu? Sur une échelle de 1 à 10 – 10 étant le plus haut niveau de satisfaction et 1 étant le plus bas niveau de satisfaction.**

Section finale et suggestions afin d'améliorer les services en matière d'agression sexuelle pour les victimes:

Les questions qui suivent sont les dernières de l'entrevue et porte sur les suggestions que vous pourriez avoir pour améliorer les services d'aide en matière d'agression sexuelle au Québec pour les victimes.

- **Après avoir vécu l'expérience et avoir accédé aux services d'aide en matière d'agression sexuelle, y a-t-il des éléments que vous auriez souhaité voir arriver différemment?**
- **Qu'est-ce qui aurait pu vous aider à travers le processus?**
- **Avant que nous mettions fin à l'interview, est-ce qu'il y a des sujets que nous n'avons pas abordés et dont vous voudriez discuter par rapport aux services?**

English Script

Welcome and thank the person for participating in the study.

Introduction:
_____ (*Name of person*) I want to remind you that this call is recorded so that we can transcribe the interview and review it. I will also take some notes to make sure I don't miss any important information, so don't be worried if there are a few moments of silence.

The interview is going to focus on three themes that seek to understand the path that you have followed in order to receive sexual abuse services. I will mainly address your experience, in regards to the process of obtaining services.

For statistical purposes, I first have to ask you some demographic information. I want to remind you that you may refuse to answer any question at any time throughout the interview process.

Demographics - Parents and Family:

- Age of person being interviewed;
  - **How old are you?**
- Ethnicity;
  - **Are you of a Canadian citizen? *If not*, what is your legal status in Canada?**
  - **Is there a cultural group other than Canadian or Québecois to which you feel that you belong?**
- First language;
  - **What is your first language?**
  - **Is that the language you speak at home?**
  - **What language do you speak most often?**

Demographics - Geographic:

- Region of residence;
  - **In which region of Quebec do you live?**

Trajectory and professionals involved in dispensing services:

The following questions are going to focus on the trajectory that you took to access the sexual abuse services. In other words, with these questions my goal is to understand the path that you took.

- Steps followed to obtain services;
  - **Who was the first person you spoke to about the abuse (friend, relative, professional)?**
  - **When you went to get services were you accompanied by another person (friends, relative, other)?**

- **Where exactly did you go to get the services (location)?**

- Point of entry to services and **chronological** order in which services were accessed (*these questions should be a guided conversation to understand the trajectory victim took and may be used simply to direct the discussion*);
  - **Please describe the process of obtaining services following the sexual abuse, step by step, from the moment you first decided to reach out for services?**
    - (*Guidelines\pointers*...) What were the first actions you took to find the right services?
    - Why did you specifically go to this place first?
    - Who was the first professional you were in contact with?
    - How many professionals were you in contact with?
    - How many different service points (locations) did you have to access in order to receive the appropriate services?
    - In which language were the services received?
    - (*If language differs from above mentioned language*) To what extent are you comfortable in this language?
    - How much time has went by between when you received services and when you were assaulted?

- Services known or unknown prior to the demand;
  - **Were you aware that these services existed before you accessed them?**
  - **Did you know that the location where you accessed services is also called a designated center?**
    - DCs are hospitals or CLSCs throughout Québec specializing in sexual abuse situations.
    - For the remainder of the interview, I will refer to the centre as "designated centre"
- Evaluation, intake and orientation (DC);
  - **At your arrival at the DC were you welcomed by staff?**
  - **Were you guided to the proper services?**
- Location and wait period before services were offered (DC);
  - **Where did you have to wait before you received services (location)?**
  - **Was this location private?**
  - **How long did you have to wait before you were able to speak to a professional?**
  - **How much time in total would you say you had to stay at the DC to receive the services?**
- Type of exam (DC);
  - **Did a doctor examine you?**
  - (*If an exam was performed*) **Was it a complete medical exam including lab test and full body work up?**
  - **Are you aware if evidence was collected during the examination?**
  - (*If and exam was NOT performed on your child*) **Were you given an explanation regarding why it was not done?**
- Report, divulgation and roles of collaborators (DC):

    - **Now you explained to me that you had been in contact with _____, and _____, but do you know if your case was ever reported to another organization or to other professionals, such as the police?**
- Type of follow-up and referral offered for and made available for the child (DC);
    - **Was a follow-up call made after your first visit at the DC?**
    - **If yes, by whom?**
    - **Was a medical or psychosocial follow-up scheduled by the staff at the DC?**
    - **Were there any referrals made to internal services such as another department?**
    - **Were there any referrals made to external services outside of the DC, such as other organizations or community groups?**
        - **If yes, which external services?**
    - **Did you follow through with any of the references offered?**
- Collaborators and Partners (DC);
    - **You mentioned that you received services from (a doctor, a nurse, etc.). Can you list all the professionals you had contact with?**
    - **(If interacted with outside collaborators) How were your interactions with other professionals (police, community worker, etc.)?**

Experience with the process of obtaining sexual abuse services (in which ways did service providers account for the needs of parents):

Conversation format. The following questions are going to look at your own experience of when you accessed sexual abuse services.

If I am correct you mentioned you were in contact with _____, _____ and _____. I am now going to ask you a series of questions in order to help me understand exactly how you experienced the services you received. I have to ask you each question individually for each professional you have been in contact with, so at time it might seem repetitive.

Each question will be asked separately for each professional that the victim was in contact with and will be repeated subsequently for all the other professionals that interacted with them.

- Degree to which the services and the process were explained;
    - **Were the services and the steps that were going to be taken explained and outlined to you by _____ (X professional) before you received the services?**
    - **Did you find that the explanations were clear and appropriate (did you understand the language being used)?**
- Degree of competency and sensitivity of the professionals involved in dispensing the services;
    - **Did you find that the _____ (X professional) that interacted with you did so in a competent manner?**
    - **Would you say you were treated with respect by the _____ (X professional) that interacted with you throughout the process of obtaining services?**

    - **At any point during the provision of services did you feel judged or blamed by the _____ (X professional)?**
- Level of support offered by professionals;
    - **Did you feel that you were supported by _____ (X professional) throughout the process of receiving services?**
    - **Did you feel that your needs were important to the _____ (X professional) you interacted with throughout?**
- Were victims asked by professionals how they were coping/dealing with the sexual abuse?
    - **Were you questioned by the _____ (X professional) regarding the ways you were coping emotionally?**

***** ASK THE FOLLOWING QUESTIONS ONLY ONCE*****

- Follow-up and referrals;
    - **Were you referred to any external services specifically for your needs?**
    - **If yes, who (which professional) made the referral?**
    - **If yes, which ones?**
    - **Did you follow through with the referrals?**
- Most difficult aspect of the services;
    - **What did you find to be the most difficult or challenging aspect of accessing services? Why?**
- Most helpful aspect of the services;
    - **What did you find to be the most important aspect of accessing services? Why?**
- Experience working with the collaborators:
    - **How did other professionals involved in your *case* (police, community worker, etc) take your needs into consideration?**
- Level of satisfaction with the services given;
    - **What is your general satisfaction level with the services you received? On a scale from 1 to 10 – 10 being the level at which you are the most satisfied and 1 being the level you are the least satisfied.**

Closing the interview and taking down victims' suggestions for ameliorating sexual abuse services for others:

The following questions are part of the last section of the interview and focus on suggestions you might have in regards to ways in which sexual abuse services could be ameliorated for others in the future.

- **After having gone through the experience of accessing sexual abuse services, are there any aspects that you would have preferred handled differently?**
- **What could have helped you through the process?**
- **What suggestions would you ask us to consider when we write our final report?**

- **Before we end the interview, are there any topics that we did not address that you would like us to talk about regarding the services you received?**

Script en français

Accueillir le parent et le remercier de participer à l'étude.

Texte d'introduction:
_____ (*nom du participant*), avant de commencer, je veux vous rappeler que l'appel va être enregistré pour qu'on puisse le transcrire. Je veux aussi vous laisser savoir que je vais prendre des petites notes pour m'assurer de ne pas oublier de détails importants, donc ne soyez pas surpris s'il y a des petits moments de silence à l'occasion.

L'entrevue va inclure quatre thèmes afin de comprendre la trajectoire que vous et votre enfant avez suivie pour recevoir des services suite à son abus sexuel. Je vais vous poser des questions concernant votre perception par rapport aux services qui ont été offerts à votre enfant; ainsi que des questions à propos de votre propre expérience, en tant que parent, lorsque vous avez accompagné votre enfant à travers le processus.

À des fins de statistiques, je dois vous poser quelques questions d'ordre général comme votre âge, la région dans laquelle vous habitez, etc. Je veux vous rappeler que vous pouvez refuser de répondre à n'importe lesquelles des questions pendant l'entrevue. Afin d'éviter la confusion, vous pouvez utiliser le prénom des membres de votre famille ou bien si vous vous sentez plus à l'aise vous pouvez dire 'mon fils', 'ma fille', 'mon conjoint', 'mon ami'. Je veux aussi vous rappelez qu'aucun nom va être utilisé, donc ça va être impossible d'identifier les personnes dont vous me parlez dans le document final.

Questions démographiques sur les parents et la famille :

- Relation entre le parent interviewé et l'enfant (sexe du parent);
  - **Qui êtes vous en relation à l'enfant (mère, père, …)?**
  - **Êtes-vous le parent légal de votre enfant?**
- Âge du parent interviewé;
  - **Quel âge avez-vous?**
- Composition de la famille?
  - **Quelle est la composition de votre famille?**
  - **Qui vit avec votre enfant à la maison?**
- Ethnicité;
  - **Êtes-vous de citoyen canadien? *Sinon*, quel est votre statut légal au Canada?**
  - **Est-ce qu'il y a un groupe culturel, autre que Québécois ou Canadien auquel vous sentez un sentiment d'appartenance?**
- Langue première de la famille :
  - **Quelle est votre première langue?**
  - **Est-ce que c'est la langue que vous utilisez à la maison?**
  - **Est-ce que c'est la langue que vous parlez le plus souvent?**

Questions démographiques et géographiques :

- Région de résidence de la famille;
  - **Dans quelle région du Québec habitez-vous?**

Questions démographiques sur l'enfant :

- Âge de l'enfant ayant reçu des services;
    - **Présentement, votre enfant à quel âge?**
- Sexe de l'enfant ayant reçu des services;
    - **Est-ce que votre enfant est un garçon ou une fille?**

Trajectoire des services parcourus et professionnels impliqués:

Les prochaines questions vont regarder la trajectoire que vous et votre enfant avez suivie afin de recevoir des services. Le but de ces questions, c'est de comprendre le cheminement que vous avez suivi.

- Étapes depuis le dévoilement pour accéder aux services;
    - **Comment avez-vous appris que votre enfant avait été abusé sexuellement?**
    - **Qui a été la première personne à qui vous avez parlé de l'abus (amis, famille, professionnel)?**
    - **Où exactement êtes-vous aller pour chercher des services pour votre enfant?**
    - **Étiez-vous accompagné par une autre personne, mis à part votre enfant, lorsque vous êtes allé chercher des services?**
- Point d'entrée vers les services et ordre **chronologique** dans lequel les services ont été reçus (*ces questions devraient être posées sous le style d'une conversation et peuvent servir simplement à* ***guider*** *la discussion*);
    - **Pouvez-vous m'expliquer le processus que vous avez suivi pour avoir des services pour votre enfant, étape par étape, depuis le début?**
        - *(Question pour guider*) Qu'avez-vous fait en premier lieu pour trouver les services pour votre enfant?
        - Pourquoi avez-vous contacté cette ressource en premier spécifiquement?
        - Qui a été le premier professionnel avec qui vous avez eu un contact?
        - Combien de professionnels avez-vous eu besoin de rencontrer au total pour recevoir des services pour votre enfant?
        - Est-ce que vous avez eu besoin de vous rendre à plus d'un endroit pour recevoir tous les services que votre enfant avait de besoin?
        - Dans quelle langue les services ont-ils été offerts à vous et votre enfant?
        - (*si c'est une langue différente de celles mentionnées plus haut*) Êtes-vous à l'aise dans cette langue?
        - À votre connaissance, combien de temps s'est écoulé entre la période ou votre enfant **vous a dévoilé (ou parlé) de** l'abus et le moment où il a reçu des services?
        - Environ combien de temps s'est écoulé entre la période où votre enfant **a été abusé** et le moment où il a reçu des services?

- Services connus ou inconnus préalablement à la demande; (*avoir la liste des CDs pour identifier l'établissement*)
    - **Étiez-vous au courant que ces services existaient avant d'y aller avec votre enfant?**
    - (*Si les services ont été offerts par un CLSC ou un hôpital*) **Saviez-vous que l'endroit où vous avez reçu des services est considéré comme étant un Centre Désigné?**
        - Les CDs sont des hôpitaux ou des CLSC à travers le Québec qui se spécialise dans les cas d'agression sexuelle.
        - Pour le reste de l'entrevue je vais utiliser le terme 'centre désigné' pour parler de l'hôpital (ou CLSC) où vous êtes allé.
- Services fournis de manière **volontaire** ou **obligatoire**;
    - **Est-ce qu'on vous êtes senti forcé par les professionnels d'aller chercher des services avec votre enfant?**
    - (*Si les services ont été fournis de façon obligatoire*) : **Croyez-vous que vous seriez allé chercher des services pour votre enfant s'ils n'avaient pas été obligatoires?**
- Accueil et orientation (CD):
    - **À votre arrivée au** CD **est-ce que vous avez été accueilli?**
    - **Est-ce que vous et votre enfant avez été dirigés vers les services appropriés?**
- Temps d'attente et endroit d'attente avant que les services soient fournis (CD);
    - **À quel endroit avez-vous dû attendre avec votre enfant avant d'obtenir des services (lieu)?**
    - **Est-ce que ce lieu était privé?**
    - **Combien de temps avez-vous eu à attendre avant de parler à un professionnel?**
    - **Combien de temps au total avez-vous dû être au CD?**
- Type d'examen (CD);
    - **Est-ce qu'un médecin a examiné votre enfant?**
    - (*Si oui*)**, combien de temps avez-vous dû attendre avec votre enfant avant de voir un médecin?**
    - (*Si oui*) **Est-ce que ça vous semblait comme un examen médical complet?**
    - **Savez-vous si des prélèvements ont été collectés à titre de preuve?**
    - (*Si un examen **N'A PAS** été fait*) **Est-ce qu'on vous a expliqué pourquoi un examen n'a pas été fait?**
- Signalement et déclaration (CD);
    - **Vous m'avez expliqué que votre enfant a été en contact avec _____ et _____, mais est-ce que vous savez si le dossier de votre enfant a été signalé à d'autres organismes ou d'autres professionnels comme la police ou la DPJ?**
- Types de suivi et références ayant été offerts à l'enfant (CD);
    - **Est-ce qu'on vous à téléphoner pour faire un suivi après votre visite au CD?**
    - (*Si oui*)**, qui a placé l'appel?**

    - **Est-ce qu'un suivi médical ou psychosocial a été offert par le CD?**
    - **Est-ce qu'une référence vous a été offerte à l'interne, comme dans un autre département?**
    - **Est-ce qu'une référence externe vous a été offerte, dans des organismes communautaires par exemple?**
        - **Si oui, lesquelles?**
    - **Est-ce que vous avez fait suite aux références offertes?**
- Collaborateurs et partenaires:
    - **Vous avez donc mentionné que vous avez rencontré un _____ (médecin, infirmière, etc). Pourriez-vous me faire une liste de tous les autres professionnels que vous avez rencontrés?**
    - (*S'il y a eu des interactions avec des collaborateurs*) **Comment était vos interactions avec _____ et _____ (police, protection de la jeunesse)?**

La perception des parents envers les services d'aide en matière d'agression sexuelle offerts à eux et à leur enfant:

Style conversation. Les prochaines questions vont regarder les services qui ont été donnés à vous et votre enfant. Donc si j'ai bien compris vous avez dit que vous avez eu contact avec _____, _____ et _____. Maintenant je vais vous poser une série de questions pour m'aider à comprendre comment vous avez perçu les services qui vous ont été offerts à vous et votre enfant. Je vais vous poser chaque question pour chaque intervenant avec qui vous avez eu un contact, je m'excuse si des fois ça peut sembler un peu répétitif.

Chaque question doit être posée individuellement pour chaque professionnel avec qui les parents et les enfants ont été en contact. Ainsi, chaque question sera posée à de multiples occasions pour connaître leur expérience avec chaque professionnel.

- Explications claires du processus de services offerts ou non lors de leur entrée dans les services des centres désignés;
    - **Est-ce les services et les étapes qui allaient suivre pour traiter votre enfant vous ont été expliquées par _____ (X professionnel)?**
    - **Est-ce que le _____ (X professionnel) à aussi donner des explications à votre enfant?**
    - **Trouviez-vous que ces explications étaient claires et appropriées pour vous et votre enfant (est-ce que vous compreniez les expressions utilisées)?**
- Degré de professionnalisme et de compétence des travailleurs impliqués dans la distribution des services;
    - **Trouviez-vous que _____ (X professionnels) qui était en contact avec vous et votre enfant travaillait de manière compétente?**
    - **Trouvez-vous que _____ (X professionnels) qui a offert des services démontrait du respect et de l'empathie?**
    - **Est-ce qu'à un moment, vous vous êtes senti blâmé ou jugé par _____(X professionnel)?**
- Niveau de soutien fourni aux parents par les professionnels;
    - **Est-ce que vous vous êtes senti soutenu par _____ (X professionnel) à travers le processus?**

- **Est-ce que vous vous êtes senti comme si vos besoins étaient importants pour _____ (X professionnel), impliqué dans le traitement de votre enfant?**

- Questionnement des professionnels aux parents par rapport aux moyens utilisés afin de faire face à l'agression sexuelle faite à leur enfant;
  - **Est-ce que le _____ (X professionnel) vous à demandé comment vous alliez prendre soin de vous et de vos besoins à vous en tant que parent (stress, émotion, anxiété)?**

***** POSER CES QUESTION UNE SEULE FOIS À LA FIN *****

- Services et références offert au(x) parent(s);
  - **Est-ce que vous avez été référé à des services, spécifiquement pour vos besoins?**
  - **Si oui, qui a fait la référence?**
  - **Quels services vous ont été référés?**
  - **Avez-vous fait suite aux services?**
- Aspect des services le plus difficile pour les parents;
  - **Quel a été l'aspect le plus difficile, pour vous, dans l'obtention de services pour votre enfant? Pourquoi?**
  - **Quels éléments des services offerts vous ont paru comme étant les plus difficiles pour votre enfant? Pourquoi?**
- Aspect des services le plus utile pour les parents;
  - **Quel a été l'aspect le plus important, pour vous, lorsque vous avez accompagné votre enfant à travers les services? Pourquoi?**
  - **Au moment où les services ont été offerts à votre enfant, quels sont les éléments qui vous ont paru comme étant les plus importants pour votre enfant? Pourquoi?**
- Interaction avec les partenaires;
  - **Comment est-ce que les autres professionnels avec qui vous avez eu contact (policier, employé de la DPJ, etc.) ont pris votre présence et vos besoins en considération?**
- Nivaux de satisfaction en ce qui concerne les services donnés à leur enfant;
  - **Quel est votre niveau de satisfaction générale face aux services donnés à vous et votre enfant? Sur une échelle de 1 à 10 – 10 étant le plus haut niveau de satisfaction et 1 étant le plus bas niveau de satisfaction.**

Section finale et suggestions des parents afin d'améliorer les services en matière d'agression sexuelle offerts aux victimes mineures et à leurs parents:

Les questions qui suivent sont les dernières de l'entrevue et portent sur les suggestions que vous pourriez avoir afin d'améliorer les services d'aide en matière d'agression sexuelle pour les parents et les enfants en général.

- **Après avoir vécu l'expérience et avoir accédé aux services d'aide en matière d'agression sexuelle avec votre enfant, y a-t-il des éléments que vous auriez souhaité voir arriver différemment?**

- **Qu'est-ce qui aurait pu aider votre enfant davantage à travers le processus?**
- **Qu'est-ce qui aurait pu vous aider davantage à travers le processus?**
- **Avant que nous mettions fin à l'interview, est-ce qu'il y a des sujets que nous n'avons pas abordés et dont vous voudriez discuter par rapport aux services?**

English Script

Welcome and thank the parent for participating in the study.

Introduction:
_____ (*Name of person*) I want to remind you that this call is recorded so that we may transcribe the interview and review it. I will also take some notes to make sure I don't miss any important information, so don't be woried if there are a few moments of silence.

The interview is going to focus on three themes to try to understand the path that you and your child have followed to receive services following your child's sexual abuse. I'm going to address your perception of the services that were given to your child; as well as your own experience, as a parent, with the process of obtaining services for your child.

For statistical purposes, I first have to ask you some demographic information. I want to remind you that you can refuse to answer any questions at any time throughout the interview. To avoid confusion and to help me follow what you are saying, you can use either your family member's name or if you feel more comfortable you can say my "son", "my daughter", "my partner", "my friend" throughout the interview.

Demographics - Parents and Family:

- Relationship between the parent being interviewed and the child (gender);
  - **Who are you in relation to the child (mother, father)?**
  - **Are you the child's legal guardian?**
- Age of parent being interviewed;
  - **How old are you?**
- Family composition:
  - **What is your family composition?**
  - **Who currently lives with your child at home?**
- Ethnicity;
  - **Are you of a Canadian citizen? *If not*, what is your legal status in Canada?**
  - **Is there a cultural group other than Canadian or Québecois to which you feel that you belong?**
- Family's first language;
  - **What is your first language?**
  - **Is that the language you speak at home?**
  - **What language do you speak most often?**

Demographics - Geographic:

- Family's region of residence;
  - **In which region of Quebec do you live?**

Demographics - Child:

- Age of child who received services;
    - **How old is your child?**
- Gender of child who received services;
    - **Is your child a boy or a girl?**

Trajectory and professionals involved in dispensing services:

The following questions focus on the trajectory that you and your child have taken to access the sexual abuse services. Basically, the goal of these questions is to understand the path that you and your child have taken.

- Steps followed to obtain services since parents became aware of abuse;
    - **How did you first come to learn that your child had been sexually abused?**
    - **Who was the first person you spoke to about the abuse (friend, family, professional)?**
    - **Where exactly did you go to get services for your child?**
    - **Were you accompanied by another person when you went to get services with your child?**
- Point of entry to services and **chronological** order in which services were accessed (*these questions should be a guided conversation to understand the trajectory parents and their children took and may be used simply to direct the discussion*);
    - **Can you describe the process of obtaining services for your child step by step, from the moment you first decided to reach out for services?**
        - (*Guidelines\pointers...*) What were the first actions you took to find services for your child?
        - Why did you specifically go to this place first?
        - Who was the first professional you were in contact with?
        - How many professionals were you and your child in contact with?
        - Did you have to go to more than one location to receive the services?
        - In which language were the services received?
        - (*If language differs from above mentioned language*) To what extent are you comfortable in this language?
        - To your knowledge, how much time has elapsed between the period when **you became aware of the abuse and when your child received services**?
        - To your knowledge, how much time has elapsed between the period **when your child was abused and when your child received services**?

- Services known or unknown prior to the demand;
    - **Were you aware that these services existed before you accessed them?**
    - **Did you know that the location where you accessed services is also called a designated center?**

        - DCs are hospitals or CLSCs throughout Québec specializing in sexual abuse situations.
        - For the remainder of the interview, I will refer to the centre as "designated centre"
- Services provided on a **voluntary or mandatory** basis;
    - **Were you pressured by a professional to access services for your child?**
    - *(If the services were offered in mandatory fashion):* **Do you think you would have gotten services if they had not been mandatory?**
- Evaluation, intake and orientation
    - **At your arrival at the DC were you welcomed by staff?**
    - **Were you and your child guided to the proper services?**
- Location and wait period before services were offered
    - **Where did you have to wait before your child received services (location)?**
    - **Was this room private?**
    - **How long did you have to wait before you were able to talk with a professional?**
    - **How much time in total did you have to wait at the DC?**
- Type of exam
    - **Did a doctor examine your child?**
    - (*If yes*) **How long did you have to wait before your child saw a doctor?**
    - (*If an exam was performed*) **Did it seem like a complete medical exam including lab test and full body work up?**
    - **Do you know if evidence was collected during the examination?**
    - (*If an exam was NOT performed on your child*) **Were you given an explanation regarding why it was not done?**
- Report, police divulgation and roles of collaborators
    - **You explained to me that your child had been in contact with _____, and _____, but do you know if your child's situation was ever reported to or discussed with another organization or to other professionals, such as Youth Protection or the police?**
- Type of follow-up and referral offered for and made available for the child
    - **Was a follow-up call made after your first visit to the DC?**
    - (*If yes*)**, by whom?**
    - **Was a medical or psychosocial follow-up scheduled by the staff at the DC?**
    - **Were there any referrals made to internal services such as in another department?**
    - **Were there any referrals made to external services, such as other organizations or community groups?**
        - **If yes, which external services?**
    - **Did you follow through with any of the references offered?**
- Collaborators and Partners:

- **You said that your child received services from (a doctor, nurse, etc.). Can you list all the professionals you and your child were in contact with?**
- (*If interacted with outside collaborators*) **How were your interactions with _____, and _____ (Police, Youth Protection)**

Parents' perception of the sexual abuse services offered to them and their children:

Conversation format. The following section focuses on your perception, as a parent, of the services that were given to you and your child. If I understood correctly you said that you had contact with _____, _____ and _____. I am going to ask you a series of questions in order to help me understand exactly how you perceived the sexual abuse services given to you and your child by each of the professionals you interacted with. I am going ask you each question individually for each professional you have been in contact with. I'm sorry if it starts sounding a little repetitive.

Each question will be asked separately for every professional that the parent and child were in contact with, and will be repeated subsequently for all the other professionals that interacted with them

- Did the child and parent have a clear understanding of the service process when they entered (were the services clearly explained?);
  - **Were the services and the steps that were going to be taken to attend to your child's needs clearly explained to you by the _____ (X professional)?**
  - **Did the _____ (X professional) also give some explanations to your child?**
  - **Did you find that the explanations were clear and appropriate for you and your child (did you understand the language being used; were the explanations age appropriate for your child)?**
- Degree of competency and sensitivity of the professionals involved in dispensing the services;
  - **Did you find that the _____ (X professional) that interacted with you and your child did so in a competent manner?**
  - **Did you find that the _____ (X professional) that interacted with you and your child showed respect and empathy?**
  - **At any time did you feel judged or blamed by _____ (X professional)?**
- Level of support offered to parents by professionals;
  - **Did you feel that you were supported by _____ (X professional) throughout the process of getting services for your child?**
  - **Did you feel that your own needs were important to the _____ (X professional) you interacted with throughout your child's treatment?**
- Were parents asked by professionals how they were coping/dealing with the sexual abuse of their child?
  - **Did the _____ (X professional) ask you how you were coping with the difficulties brought on by your child's sexual abuse?**

***** ASK THE FOLLOWING QUESTIONS ONLY ONCE *****

- Follow-up and referrals offered to parents;
  - **Were you referred to any internal or external services specifically for your needs?**
  - **If yes, who (which professional) made the referral?**
  - **If yes, which services?**
  - **Did you follow through with the referrals?**
- Most difficult aspect of the services;
  - **What did you find to be the most difficult or challenging aspect(s) of accessing services? Why?**
  - **Which elements of the services seemed to be the most difficult for your child? Why?**
- Most helpful aspect of the services;
  - **What did you find to be the most important aspect of accessing services? Why?**
  - **Which elements of the services seemed to be the most helpful for your child? Why?**
- Experience working with the collaborators:
  - **How did the other professionals involved (police, youth protection, etc.) take your presence and needs as a parent into consideration?**
- Level of satisfaction with the services given to their child;
  - **What is your general satisfaction level with the services given to your child by _____ (X professional)? On a scale from 1 to 10 – 10 being the level at which you are the most satisfied and 1 being the level you are the least satisfied.**

Closing the interview and gathering parents' suggestions for ameliorating sexual abuse services for children and their parents:

The following series of questions are part of the last section of the interview and focus on suggestions you might have in regards to ways in which sexual abuse services could be ameliorated for children and their parents.

- **After having gone through the experience of accessing sexual abuse services for your child, are there any aspects that you would have preferred handled differently?**
- **What could have better helped your child through the process?**
- **What could have better helped you through the process?**
- **Before we end the interview, are there any topics that we did not address that you would like us to talk about regarding the services?**

Annexe J

Analyse des données administratives des centres désignés 2002-2010

Les données suivantes, accompagnées du nombre de centres ayant fourni l'information à cet effet, sont analysées dans la présente section:

Données	Nombre de centres ayant fourni l'information
Nombre d'années de services depuis 2002	62
Nombre de personnes ayant reçu des services	62
Sexe de la victime	42
Âge de la victime (adulte ou mineure)	42
Distinction des victimes mineures: moins de 12 ans et entre 12 et 17 ans	28
Soupçons d'intoxication involontaire	17
Nombre d'agresseurs	13
Âge de l'agresseur (adulte ou mineur)	4
Lien entre la victime et l'agresseur	16
Trousses : non spécifiées	52
Trousses : médicolégales	46
Trousses : médicosociales	36
Plaintes aux autorités policières : victimes portent plainte	34
Plaintes aux autorités policières : refus de la part des victimes de porter plainte	21
Plaintes aux autorités policières : victimes prévalent d'un temps de réflexion	17
Signalements à la DPJ	22
Source de référence	17
Lien entre la victime et son accompagnateur	10
Référence vers des services médicaux	22
Quart de travail : jour versus soir et nuit	19
Quart de travail : jours de semaine versus les fins de semaine et jours fériés	4

Nombre d'années de services depuis 2002, nombre de personnes ayant reçu des services

Les données quant au nombre de victimes vues selon un certain nombre d'années sont disponibles pour 62 centres. Il est à noter toutefois que plusieurs centres n'avaient pas, en date du mois de juillet 2011, compilé les données pour l'année 2010. L'année la plus récente et la plus complète est donc celle de 2009. Pour cette raison, lorsque des données annuelles sont présentées, l'année 2009 est utilisée à titre d'année de référence.

En moyenne, selon les informations disponibles, les centres désignés offrent des services depuis 5,1 années, ce chiffre variant de 1 à 9 années (entre 2002 et 2010). En 2002, seuls 13 centres ont rapporté des données quant au nombre de victimes ayant reçu des services, alors que ce chiffre quadruple pour l'année 2009.

Sur la base des informations fournies, le nombre total de victimes ayant reçu des services des centres désignés entre 2002 et 2010 est de 11 069 individus. La moyenne est de 179 victimes par centre, ce chiffre variant de zéro à 2087. Cette moyenne élevée s'explique par la présence de trois centres qui ont offert des services à plus de 1000 individus. En fait, la moitié des centres ont offert des services à moins de 30 personnes durant la période couverte par la présente recherche, le quart entre 32 et 183 personnes, et le dernier quart à 190 personnes et plus.

Le nombre annuel d'individus qui ont reçu des services est plus difficile à calculer puisque certaines régions ne font pas de distinction précise d'une année à l'autre dans leurs statistiques. Les résultats suivants sont donc approximatifs, car certaines données agrégées ont été simplement divisées par le nombre d'années total (par exemple : 12 cas de 2007 à 2010 correspondrait à trois cas par année). Entre 2002 et 2009, le nombre de victimes ayant reçu des services dans les centres désignés a augmenté de plus de trois fois passant de 439 à 1369. L'année la plus importante est celle de 2006 avec 1726 personnes ayant eu recours aux services des centres désignés. On remarque que le nombre de personnes ayant reçu des services est plus élevé dans les années 2004 à 2006, bien que l'implantation de certains centres ait eu lieu après.

Années en service	Nombres de centres ayant rapporté des cas	Nombres de victimes ayant reçu des services
2002	13	439
2003	23	757
2004	29	1534
2005	28	1622
2006	33	1726
2007	33	1114
2008	44	1586
2009	56	1369
2010 (données incomplètes)	48	810

Caractéristiques des victimes

Nous disposons d'informations quant au sexe et à l'âge de la victime pour 42 centres. Entre 2002 et 2010, 3 133 individus de sexe féminin et 290 individus de sexe masculin ont reçu des services des centres désignés. Le ratio fille/femme : garçon/homme est donc de 10,8 : 1. Les victimes de sexe féminin représentent 91,5% de la clientèle des centres désignés et, par conséquent, 8,5% des garçons ou des hommes.

Un nombre total de 4 096 individus d'âge mineur a été enregistré selon les données fournies, en comparaison à un nombre total de 1 905 individus d'âge majeur. Le ratio victime mineure : victime majeure est donc de 2,2 victimes mineures : 1 victime majeure. En d'autres termes, les victimes mineures représentent 68,3% des cas.

Plus précisément, vingt-huit (28) centres ont détaillé l'âge des victimes mineures en deux groupes : moins de 12 ans et entre 12 et 17 ans. Selon l'information fournie, alors que 1813 victimes avaient moins de 12 ans, 908 étaient âgées entre 12 et 17 ans. Par conséquent, parmi les victimes mineures, on retrouve deux fois plus d'enfants de 12 ans et moins que d'adolescents, soit 66,9%.

Dix-sept (17) centres ont fait mention de soupçons d'intoxication involontaire impliquée dans l'agression. Au total, 353 cas d'intoxication involontaire ont été rapportés entre 2002 et 2010. La majorité des centres rapporte quatre cas ou moins. Il est toutefois à noter que quatre centres en répertorient entre 48 et 96. Comme cette variable ne semble pas comptabilisée de façon systématique, ces données peuvent représenter une sous-estimation de la problématique.

Identité de l'agresseur

Seuls 13 centres ont fait état du nombre d'agresseurs impliqués. Alors que 210 agressions ont été commises par une seule personne, 51 cas impliquaient plus d'un agresseur. Le ratio agresseur unique : agresseur multiple est donc de 4,1 : 1. Les agressions commises par un seul individu représentent 80,5% des cas.

Les données concernant l'âge de l'agresseur sont disponibles pour une minorité des centres (n = 4). Selon ces données très partielles, 46 agressions ont été commises par une personne majeure, contre six par une personne mineure. Ainsi, selon ces quelques données, les agresseurs adultes représentent 88,5% des dossiers. Le ratio agresseur majeur : agresseur mineur est de 7,7 : 1

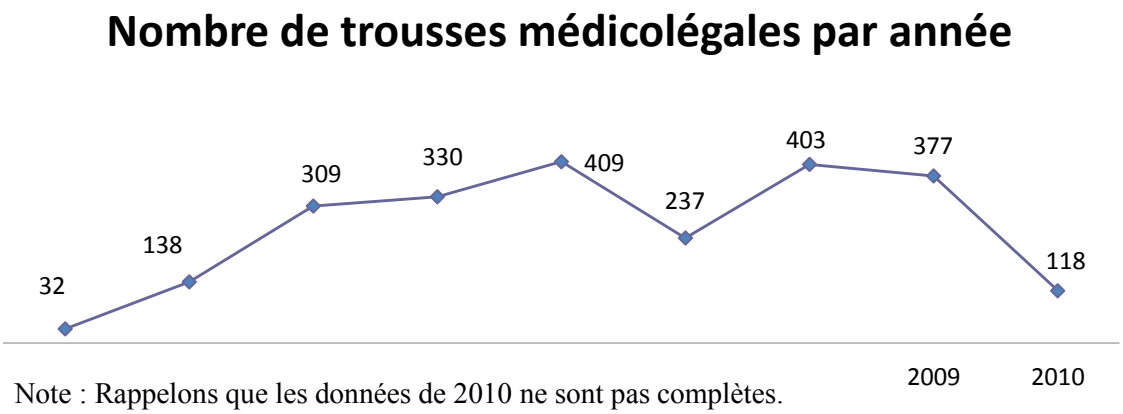
Seize (16) centres ont pu détailler l'information quant au lien entre la victime et l'agresseur. Quatre catégories ont été établies : l'agresseur est un membre de la famille, l'agresseur est un ami ou une connaissance, l'agresseur a un lien professionnel avec la victime, ou encore, l'agresseur n'a aucun lien avec la victime. Parmi les 1422 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.

Utilisation des trousses

Dans une majorité de centres (52), lorsqu'une trousse était utilisée on ne précisait pas de quel type de trousse il s'agissait (médicolégale ou médicosociale). Le nombre total de trousses non spécifiées s'étend de 0 à 2087 trousses, pour un total de 7753 trousses. Bien que ce chiffre soit

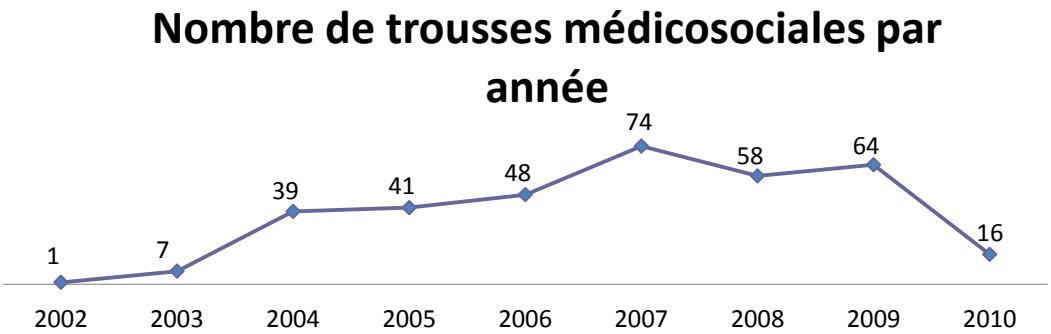
élevé, la moitié de ces centres n'ont en fait complété que sept trousses non spécifiées ou moins entre 2002 et 2010.

Quarante-six centres ont fourni des informations quant au nombre de trousses médicolégales administrées. Le nombre total de ces trousses s'étend de 0 à 316 pour un total de 2407 trousses entre 2002 et 2010. La moitié des centres désignés a administré 26 trousses ou moins durant cette période de neuf ans. L'utilisation de ces trousses a augmenté de plus de 10 fois entre 2002 et 2009. C'est à partir de 2004 que son utilisation a été plus répandue.



Note : Rappelons que les données de 2010 ne sont pas complètes.

Trente-six (36) centres ont fourni des informations concernant la trousse médicosociale. Le nombre total de trousses médicosociales, à l'échelle provinciale, s'étend de 0 à 65 trousses, pour un total de 348 trousses. La moitié des centres désignés a administré trois de ces trousses ou moins entre 2002 et 2009. L'utilisation de cette trousse semble avoir été presque inexistante avant l'année 2004. Toutefois, puisqu'un nombre important de trousses sont non spécifiées, il est impossible de conclure que moins de trousses médicosociales ont été menées ou qu'elles n'étaient pas en place dans certains centres avant 2004.



Note : Rappelons que les données de 2010 ne sont pas complètes.

Collaborations avec les partenaires du réseau

Trente-quatre (34) centres ont rapporté le nombre de plaintes qui ont été formulées aux autorités policières. Au total, 1292 plaintes auraient été portées. La moitié de ces centres en ont rapporté 11 ou moins entre 2002 et 2010.

Vingt et un centres (21) ont fait état du nombre de refus de la part des victimes de porter plainte à la police, pour un total de 350. La moitié de ces centres ont répertorié deux refus ou moins.

Seulement dix-sept (17) centres ont fourni de l'information quant aux victimes qui se prévalent d'un temps de réflexion. Ce nombre s'élève à 351. La moitié des centres en rapporte trois ou moins, alors que l'autre moitié en déclare 15 ou plus.

Les informations quant au nombre de signalements à la DPJ effectués par les intervenants des centres désignés sont disponibles pour 22 centres. Au total, selon l'information transmise, 267 signalements auraient été faits. La moitié de ces centres n'ont eu que deux signalements ou moins à effectuer durant la période couverte. Deux centres, spécialisés dans les services pédiatriques, en ont effectué plus de 50.

Références et accompagnateurs

Dix-sept (17) centres ont répertorié la source de référence vers les centres désignés. Sur un total de 1141 dossiers, 48,1% des victimes étaient dirigées aux centres par un professionnel, 35,7% par la DPJ ou la police, 7,0% par de multiples référents ou une personne de l'entourage, et 9,2% par aucune personne autre que la victime elle-même.

Seuls 10 centres ont fait état du lien entre la victime et son accompagnateur. En majorité, cette personne est un membre de la famille (39,7%), un professionnel (29,5%), un ami (8,3%) ou plusieurs personnes parmi ces catégories (8,0%). Un nombre important de victimes se présente seul aux centres désignés (14,5%).

Vingt-deux (22) centres ont rapporté le nombre de références médicales. Celles-ci se chiffrent à 332 pour la période de 2002 à 2010. La moitié des centres n'en ont effectué que trois ou moins. En ce qui concerne les références à des services psychosociaux, 16 centres les ont répertoriées pour un total de 246. La moitié des centres en ont effectué quatre ou moins.

Quart de travail

Dix-neuf (19) centres désignés ont fourni de l'information quant au moment de la journée où les victimes se présentent. Sur un total de 2087 dossiers, la moitié des cas ont été traités le jour (48,9%) et l'autre moitié le soir ou la nuit (51,1%). Quatre (4) centres ont spécifié si les dossiers étaient traités pendant les jours de semaine ou les fins de semaine et jours fériés. Selon ces quelques données, alors que 148 dossiers ont été vus en semaine, 326 dossiers l'ont été les fins de semaine et jours fériés, soit 2,2 fois plus souvent.

Annexe K

Services médicaux rémunérés à l’acte publié par la

Régie de l’assurance maladie (RAMQ)

Régie de l'assurance maladie Québec

2013-12-12

Statistiques sur le nombre de services médicaux rémunérés à l'acte[1]
Examen médical[2] pour patient présumément victime d'assaut sexuel[3] entre le 1er janvier 2000 et le 30 juin 2013

Région du lieu de résidence de la personne assurée[4]	Années[5]														
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
01 Bas-Saint-Laurent	9	17	13	19	21	18	35	19	21	17	31	21	27	10	278
02 Saguenay - Lac-Saint-Jean	17	17	16	21	22	30	42	36	31	25	21	27	29	13	347
03 Capitale-Nationale	37	33	46	52	57	67	96	65	60	79	64	86	88	37	867
04 Mauricie et Centre-du-Québec	38	32	70	29	59	93	64	63	60	46	79	58	74	40	805
05 Estrie	21	43	27	26	32	55	63	36	35	26	39	32	37	13	485
06 Montréal	472	509	454	410	480	448	446	412	328	331	349	347	350	156	5 492
07 Outaouais	21	32	40	86	48	51	35	47	41	39	37	44	46	14	581
08 Abitibi-Témiscamingue	22	22	24	29	36	23	30	28	21	23	30	26	30	7	351
09 Côte-Nord	8	12	12	12	17	14	16	19	18	15	12	6	8	13	182
10 Nord du Québec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	7
11 Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	0	6	7	10	17	14	9	11	12	21	10	13	18	5	153
12 Chaudière-Appalaches	14	16	21	11	14	23	42	25	29	16	23	20	32	19	305
13 Laval	49	60	46	67	58	75	74	63	71	68	61	67	57	27	843
14 Lanaudière	47	59	44	45	58	65	73	80	87	70	69	60	73	33	863
15 Laurentides	75	89	68	79	108	116	111	92	89	94	79	96	91	32	1 219
16 Montérégie	232	253	215	236	244	295	281	282	281	253	282	289	284	105	3 532
17 Nunavik	0	6	0	0	11	9	0	0	5	0	5	5	11	0	52
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0	0	0	0	0	5	12	5	0	7	5	0	0	34
99 Indéterminée	35	28	39	41	49	38	44	52	42	38	40	36	40	16	538
Total	1 097	1 234	1 142	1 173	1 331	1 434	1 466	1 342	1 236	1 161	1 238	1 245	1 295	540	16 934

Notes:

1: À partir des données sur les services médicaux rémunérés à l'acte, donc les demandes de paiement transmises par les professionnels de la santé.

2 : La classe du dispensateur = '1' (médecins du Québec)

3: Codes d'acte ciblés par le demandeur :

00089 : examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire (établissement)

00090 : examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire (établissement)

00091 : examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire (cabinet)

00092 : examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire (cabinet)

09067: examen médical d'un patient présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal le cas échéant, et rédaction du formulaire - sans déplacement

Régie de l'assurance maladie Québec

2013-11-26

Statistiques sur le nombre de services médicaux rémunérés à l'acte[1]
Examen médical[2] pour patient présumément victime d'assaut sexuel[3] entre le 1er janvier 2000 et le 30 juin 2013

Région du lieu de dispensation des services médicaux	Années[4]														
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
01 Bas-Saint-Laurent	8	14	15	18	27	19	35	20	22	16	29	23	29	11	286
02 Saguenay - Lac-Saint-Jean	21	16	17	22	23	37	41	35	39	31	26	33	34	15	390
03 Capitale-Nationale	42	46	58	59	59	72	111	76	62	77	77	93	94	41	967
04 Mauricie et Centre-du-Québec	37	28	67	31	53	76	60	66	46	46	72	49	69	34	734
05 Estrie	19	41	26	27	34	49	64	39	41	28	36	37	40	18	499
06 Montréal	793	878	681	608	703	690	648	614	501	494	506	501	518	216	8 351
07 Outaouais	22	32	38	93	50	60	40	46	40	38	42	45	44	16	606
08 Abitibi-Témiscamingue	20	22	24	28	31	19	31	28	24	22	27	22	34	7	339
09 Côte-Nord	7	10	13	7	12	15	16	16	15	14	11	6	5	12	159
10 Nord du Québec	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	11	7	0	0	23
11 Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	0	0	0	11	18	13	9	11	10	17	10	16	16	6	137
12 Chaudière-Appalaches	8	12	12	8	10	22	31	19	25	13	19	17	30	15	241
13 Laval	16	29	48	36	40	51	56	48	51	55	59	45	39	16	589
14 Lanaudière	9	18	15	20	42	37	48	53	62	51	43	42	52	26	518
15 Laurentides	24	22	30	37	67	77	71	71	73	78	61	79	74	30	794
16 Montérégie	74	65	100	169	165	198	209	198	224	185	212	230	221	82	2 332
Total	1 100	1 233	1 144	1 174	1 334	1 435	1 470	1 340	1 240	1 165	1 241	1 245	1 299	545	16 965

Notes:

1: À partir des données sur les services médicaux rémunérés à l'acte, donc les demandes de paiement transmises par les professionnels de la santé.

2 : La classe du dispensateur = '1' (médecins du Québec)

3: Codes d'acte ciblés par le demandeur :

00089 : examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire (établissement)

00090 : examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire (établissement)

00091 : examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire (cabinet)

00092 : examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire (cabinet)

09067: examen médical d'un patient présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal le cas échéant, et rédaction du formulaire - sans déplacement

15967 : examen médical d'un patient présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal le cas échéant, et rédaction du formulaire - d'urgence avec déplacement

4: Année 2013: du 1er janvier au 30 juin , **autres années** : 1er janvier au 31 décembre

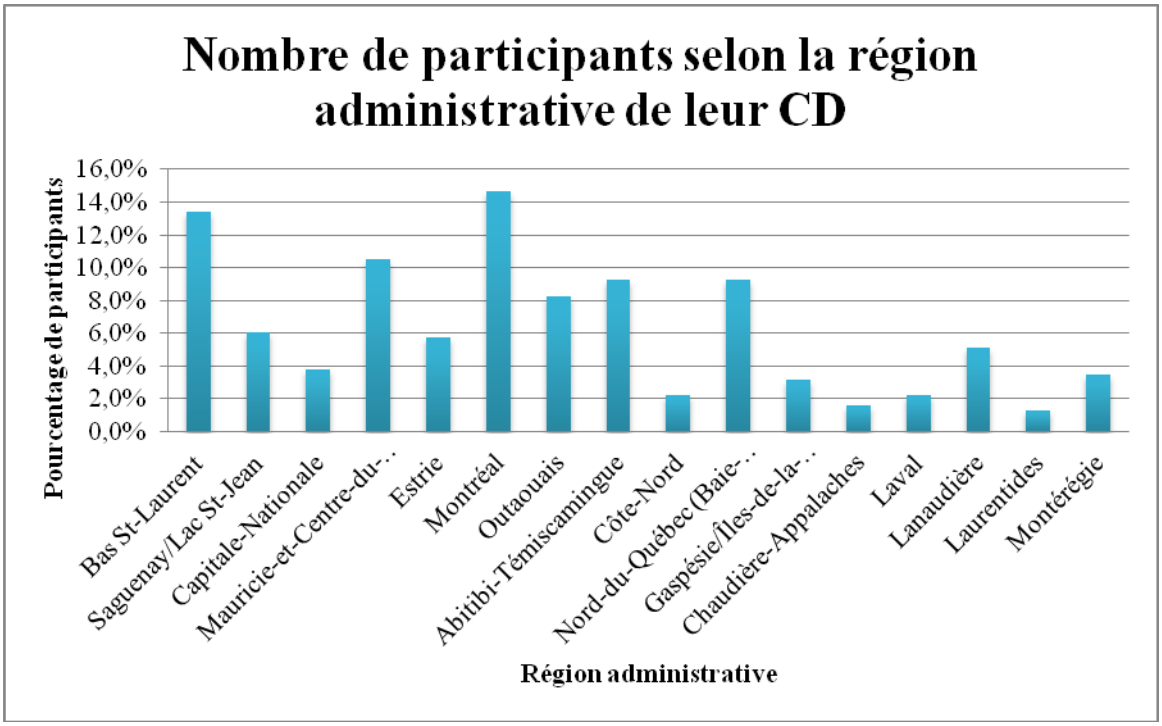
Annexe L

Résultats des sondages auprès des professionnels

Portrait des participants du sondage

Au total, 315 participants ont répondu au sondage portant sur l'organisation des services offerts en centre désigné. 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. Tous ont indiqué que le français est leur langue d'usage principal, à l'exception de 10 participants qui se sont abstenu de répondre à la question. Par ailleurs, en plus de tous maîtriser le français, à l'exception d'un participant n'ayant pas fourni d'information à cette question, 147 participants ont indiqué être capables d'offrir les services dispensés par leur CD en anglais, 11 en espagnol et cinq dans une autre langue. Sur les 279 participants ayant indiqué leur origine ethnique, 267 ont affirmé être caucasien, soit près de 96% d'entre eux. Les minorités visibles et les autochtones représentent un peu plus de 4%.

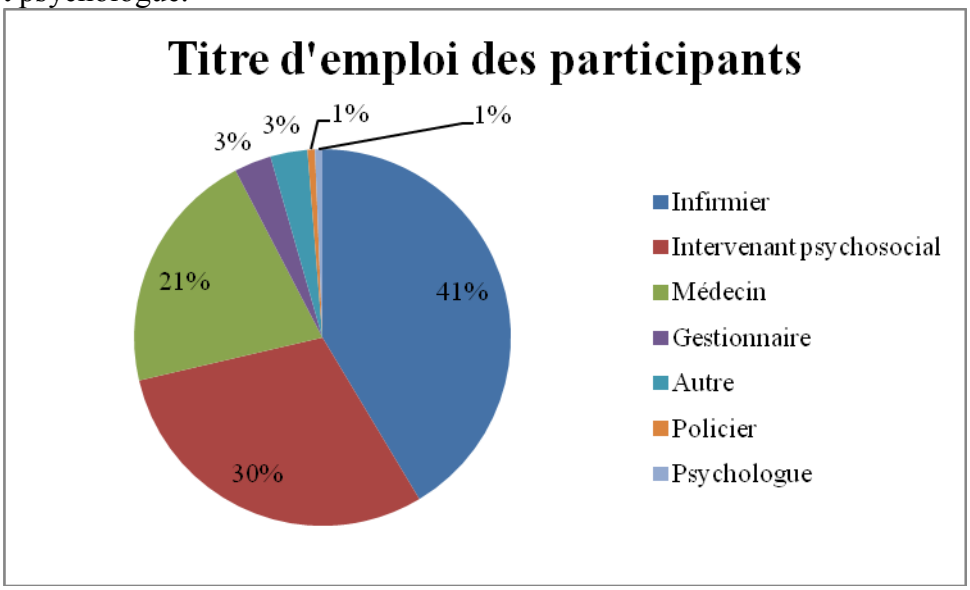
Des intervenants provenant de toutes les régions du Québec ont participé à cette étape du projet (à l'exception du Nunavik). C'est dans les régions administratives du Bas St-Laurent et de Montréal que nous avons enregistré la plus forte participation, représentant respectivement 13,4% et 14,6% de notre bassin de participants.



Titre d'emploi et scolarité

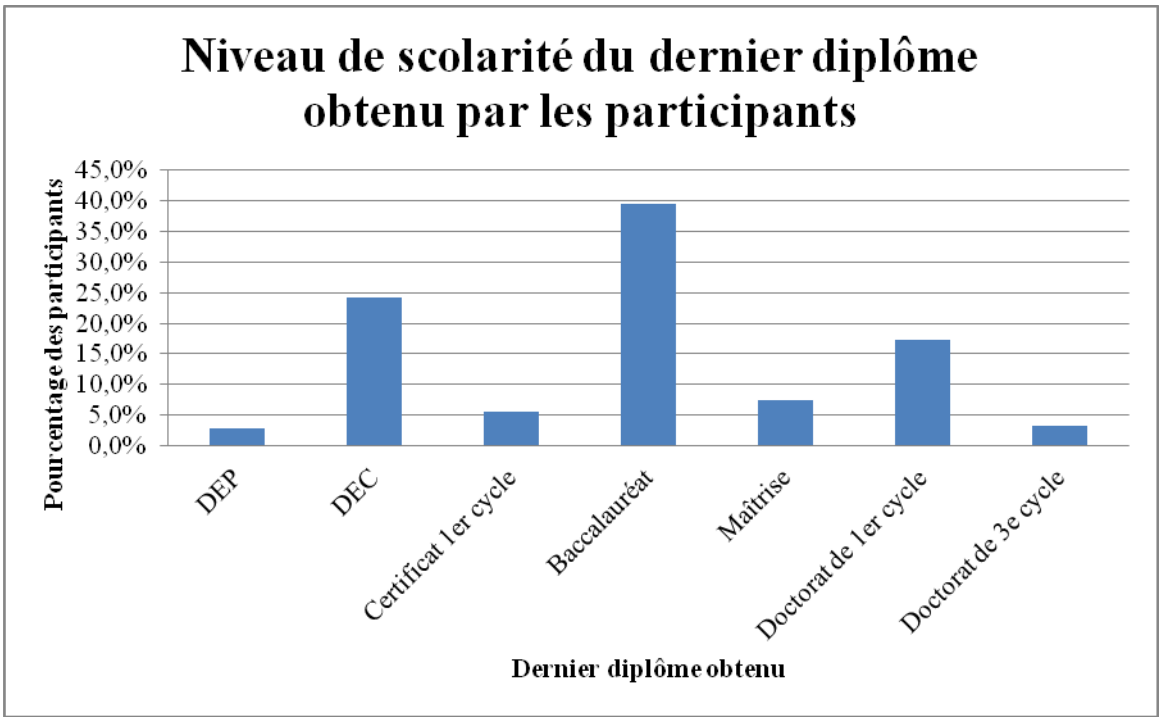
Les infirmières et infirmiers sont celles et ceux qui ont répondu dans une plus forte proportion au sondage avec un taux de 41%. Les participants pratiquant l'intervention psychosociale représentent 30% et les médecins, 21%. Finalement, dix gestionnaires ont

répondu au sondage et 14 participants ont indiqué occuper un autre titre d'emploi, notamment policier et psychologue.



Néanmoins, la discipline de la formation principale des participants diffère avec leur titre d'emploi. On notera notamment une différence en soins infirmiers, où 142 participants affirment avoir fait des études dans ce domaine, alors que 130 participants ont affirmé être infirmiers. On observe une différence similaire chez les intervenants psychosociaux puisque 103 participants ont indiqué détenir une formation dans ce domaine, tandis que 94 personnes occupent un titre d'emploi relié à l'intervention sociale. Cette différence s'explique notamment par le fait que plusieurs participants (9) ayant étudié en soins infirmiers occupent un poste de gestionnaire.

Par ailleurs, 73% des 309 participants ayant répondu à la question concernant leur niveau de scolarité détiennent une formation universitaire. On dénombre 75 participants qui ont un diplôme d'études collégiales, soit 24%, et neuf (3%), un diplôme d'études professionnelles. En moyenne, les participants ont gradué en 1998 et leur année de graduation se situe entre 1978 et 2013.

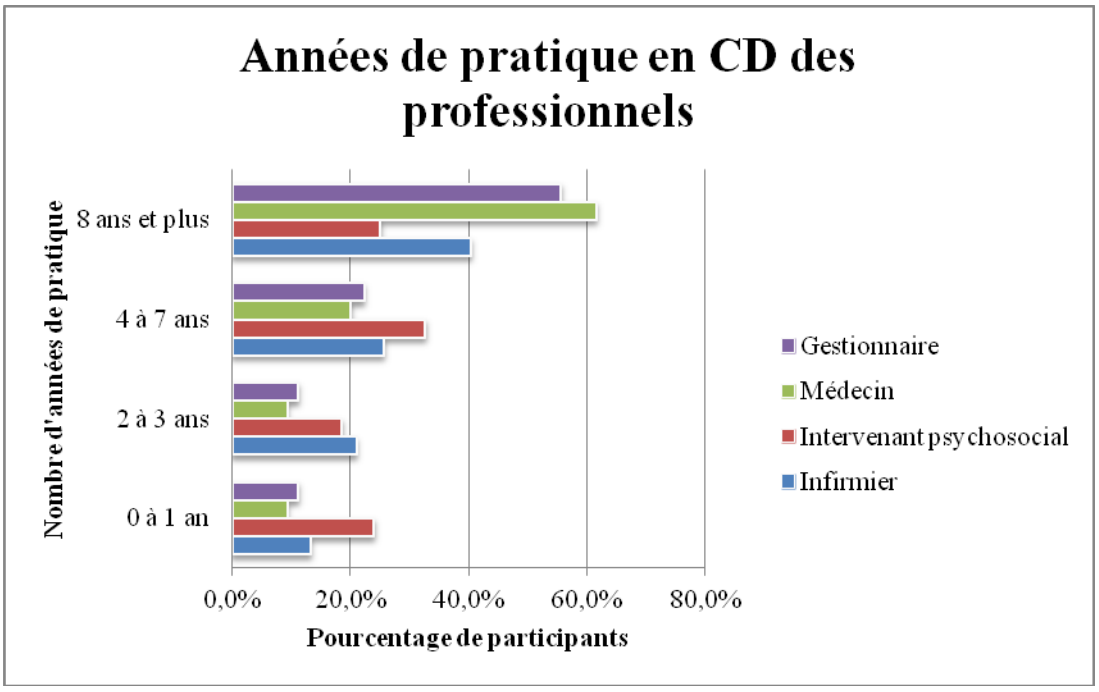


Expérience professionnelle

Les participants possèdent en moyenne de deux à trois années de pratique avec les victimes d'agression sexuelle ainsi qu'en centre désigné. Cette statistique doit toute fois être analysée avec précaution, puisque la moyenne se situe très près du choix de réponse subséquent, soit de quatre à sept années de pratique. Sur les 312 participants ayant répondu à cette question, près de la moitié (44,6%) possèdent huit ans et plus d'expérience auprès des victimes d'agression sexuelle, tandis que 33% ont trois ans ou moins d'expérience.

Les données sont similaires en ce qui a trait à l'expérience des participants au sein d'un CD. En effet, ce sont 41% des participants qui ont huit années de pratique et plus en CD. Les participants qui ont trois ans et moins d'expérience en CD représentent 32%.

On constate que ce sont les médecins qui ont le plus d'années de pratique en CD en termes de proportion. En effet, 62% d'entre eux ont déclaré détenir huit ans et plus de pratique en CD. Cette proportion est moins élevée chez les infirmières (40%) et chez les intervenants psychosociaux (25%). Les infirmières détenant un an et moins de pratique en CD représentent 13% du bassin d'infirmières et les intervenants psychosociaux, 24%.

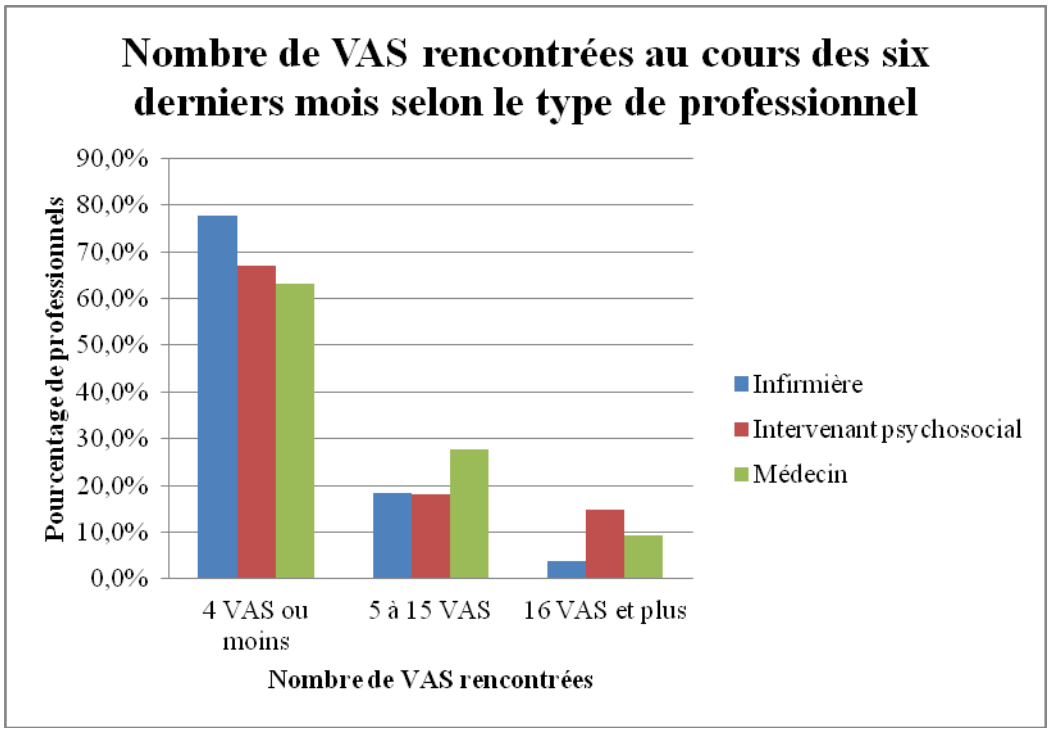


Néanmoins, bien que les participants affirment détenir plusieurs années d'expérience en CD ainsi qu'avec les victimes d'agression sexuelle, on constate que la majorité d'entre eux ont été en contact avec 15 VAS ou moins au cours des six derniers mois. Le nombre de participants ayant été en contact avec plus de 15 VAS est faible; à peine 8% d'entre eux. Un nombre important de participants indiquent avoir été en contact avec quatre VAS ou moins au cours des six derniers mois, soit 41% d'entre eux. Chez les participants plus expérimentés (huit ans et plus d'années de pratique en CD), ce sont 38% d'entre eux qui ont rencontré entre une et quatre VAS, tandis que 24% n'en ont rencontré aucune au cours des six derniers mois.

NOMBRE DE VAS RENCONTRÉES SELON LE NOMBRE D'ANNÉES DE PRATIQUE EN CD

		Aucune	1 à 4 VAS	5 à 15 VAS	16 à 35 VAS	36 VAS et plus
Nombre d'années de pratique	0 à 1 an	41,3%	39,1%	13,0%	4,3%	2,2%
	2 à 3 ans	22,6%	56,6%	13,2%	7,5%	0%
	4 à 7 ans	37,3%	37,3%	24,1%	0%	1,2%
	8 ans et plus	23,6%	37,8%	24,4%	7,9%	6,3%

Par ailleurs, il semblerait que ce soit les intervenants psychosociaux qui aient rencontré le plus de VAS au cours des six derniers mois. En effet, les données recueillies démontrent que 15% des intervenants psychosociaux ont vu 16 VAS 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 VAS au cours des six derniers mois; 78% d'entre elles ont été en contact avec quatre VAS ou moins.



Finalement, en ce qui a trait à la durée de l'intervention auprès d'une VAS, la moyenne est de 112 minutes, soit près de deux heures (écart-type : 64,793). Le temps d'intervention varie d'aucune minute à 330 minutes (cinq heures et demies), selon ce qu'ont rapporté les participants du questionnaire.

Formation continue

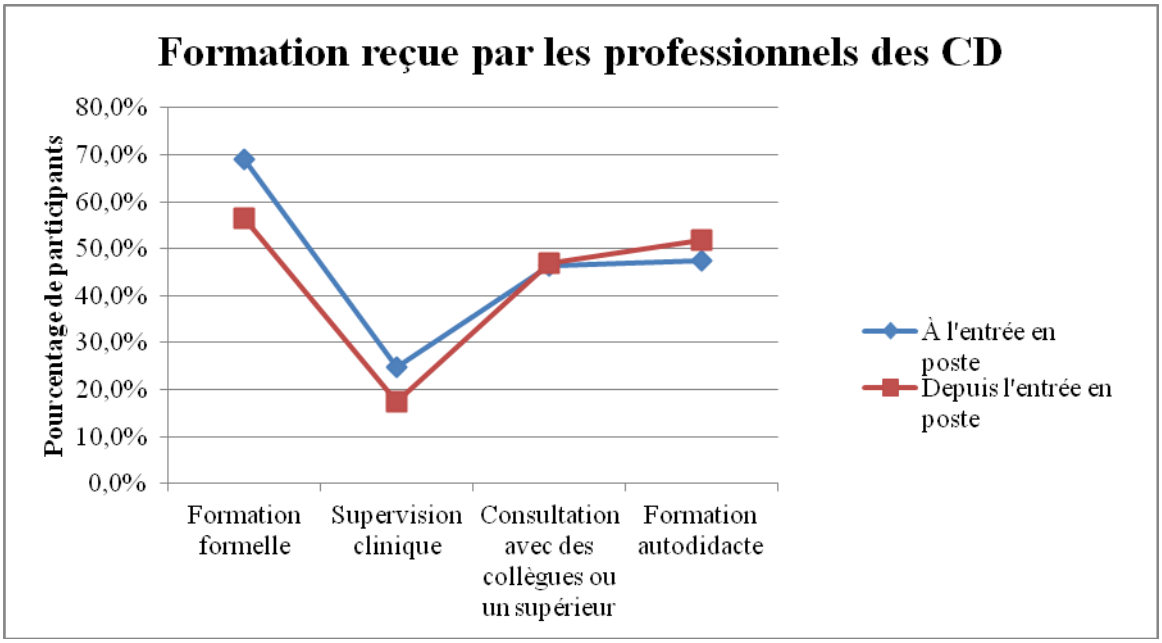
Selon les données recueillies, on constate que de la formation est offerte aux professionnels au moment de leur entrée en poste en tant qu'intervenant en CD. En effet, sur les 313 participants ayant répondu à la question, 69% ont soutenu avoir reçu une formation formelle, telle qu'une journée d'orientation dans le département ou une activité formation à l'interne ou à l'externe.

Le nombre d'heures moyen de formation ne peut être établi tant il varie considérablement selon les participants (de zéro à plus de 400 heures).

En comparaison, on constate que le nombre de participants qui affirment avoir reçu de la formation formelle ou de la supervision clinique depuis leur entrée en poste a diminué. Sur les 312 participants qui ont répondu à cette partie du questionnaire, on constate que la proportion d'entre eux ayant reçu de la formation formelle depuis leur entrée en poste est passée de 69% à 56%. Par ailleurs, la proportion de participants ayant eu recours à la formation autodidacte, c'est-à-dire les participants ayant décidé d'accroître leurs connaissances par eux-mêmes (par exemple en lisant des ouvrages scientifiques), apparaît avoir augmenté; à l'entrée en poste, c'était 48% des participants qui déclaraient avoir utilisé ce type de formation, tandis que depuis qu'ils sont en poste, ce sont 52% des participants qui indiquent utiliser la formation autodidacte.

Le nombre d'heures moyen de formation depuis l'embauche ne peut être établi tant il varie considérablement selon les participants (de zéro à 4000 heures). Il en va de même pour le nombre d'heures moyen de formation reçue au cours des douze mois précédents ce questionnaire qui varie d'aucune heure à 84 heures.

Le graphique qui suit compare la formation reçue par les professionnels œuvrant en CD lors de leur embauche ainsi que depuis leur entrée en fonction.



Ce tableau donne de l'information quant au type de formation qui a été reçue au moment de l'entrée en poste en CD selon la profession du participant.

Type de formation reçue au moment de l'entrée en poste en CD selon la profession

	Formation formelle	Supervision clinique	Consultation avec des collègues ou un supérieur	Formation autodidacte
Infirmières	79,2%	28,5%	40,0%	36,9%
Intervenants psychosociaux	73,4%	33,0%	64,9%	64,9%
Médecins	47,7%	7,7%	33,8%	44,6%
Policiers	50,0%	0%	0%	0%
Gestionnaires	30,0%	0%	40,0%	50,0%

Le total n'équivaut pas à 100%, puisque les participants étaient appelés à choisir plusieurs réponses.

À titre comparatif avec le tableau précédent, celui-ci donne de l'information quant au type de formation qui a été reçue depuis l'entrée en poste en CD selon la profession du participant.

Type de formation reçue depuis l'entrée en poste en CD selon la profession				
	Formation formelle	**Supervision clinique**	**Consultation avec des collègues ou un supérieur**	**Formation autodidacte**
Infirmières	58,5%	13,8%	36,2%	42,3%
Intervenants psychosociaux	67,0%	35,1%	67,0%	63,8%
Médecins	33,8%	0%	40,0%	55,4%
Policiers	100,0%	0%	0%	0%
Gestionnaires	44,4%	0%	44,4%	55,6%

Le total n'équivaut pas à 100%, puisque les participants étaient appelés à choisir plusieurs réponses.

Absence de formation formelle

Parmi les médecins, infirmiers, et intervenants psychosociaux (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 infirmiers et intervenants psychosociaux n'ont pas reçu de formation, ce chiffre s'élève à 40% chez les médecins.

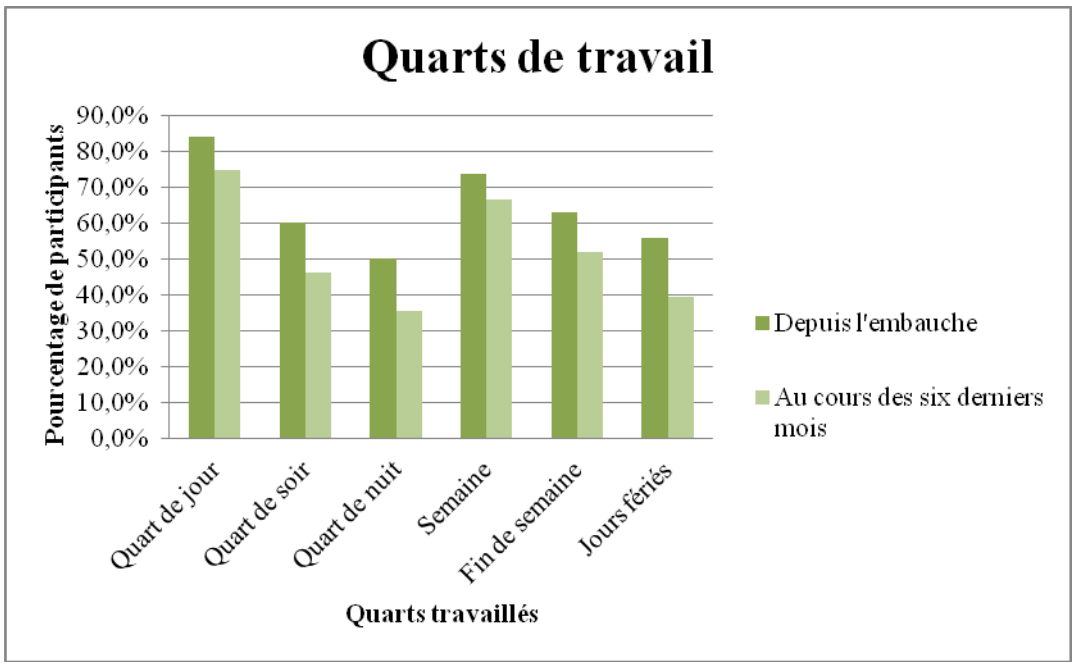
Professionnels	Nombre de professionnels qui n'ont reçu AUCUNE formation formelle	Proportion selon le type de profession
Infirmières (130)	22	16,9%
Intervenants psychosociaux (94)	13	13,8%
Médecins (65)	26	40%

Horaire de travail

Cinquante-deux participants (52) ont mentionné qu'ils travaillaient sur des horaires de garde, c'est-à-dire qu'ils se doivent d'être disponibles selon l'horaire établi par leur établissement et ainsi répondre à la demande au besoin. Nous constatons également que bien que les participants indiquent travailler en moyenne près de 35h par semaine, ce sont sept heures et demies (7,56h) par semaine qui sont consacrées à leur rôle de professionnel en CD.

Depuis leur embauche, les 313 professionnels des CD ayant répondu à cette question du questionnaire ont indiqué à 84% avoir travaillé sur le quart de jour. Pour les questions subséquentes, ce sont 312 participants qui y ont répondu. Ce sont 60% d'entre eux qui ont indiqué avoir travaillé sur le quart de soir, et 50%, sur le quart de nuit. Près des trois quarts des participants ont indiqué avoir travaillé la semaine (74%), tandis que 63% ont travaillé la fin de semaine et 56% les jours fériés.

Au cours des six mois précédents leur participation à cette étape du projet, 73% des 306 participants ayant répondu à cette question ont indiqué avoir travaillé sur le quart de jour. De plus, 45% des participants ont indiqué avoir travaillé sur le quart de soir, tandis que 35%, sur le quart de nuit. La moitié des participants a également travaillé la fin de semaine, 65% la semaine et 38% les jours fériés. Il apparaît donc que les professionnels en CD font face à des horaires de travail changeants.



Protocole en centre désigné

Le protocole d'intervention en centre désigné prévoit huit étapes distinctes. Chacune de ses étapes peut être réalisée par un ou plusieurs professionnels œuvrant en centre désigné. Dans le cadre de ce projet, les participants ont été invités, dans un premier temps, à spécifier la fréquence selon laquelle les interventions sont menées conjointement par les différents professionnels du CD, et dans un deuxième temps, à indiquer le ou les professionnels responsables d'accomplir chacune des étapes du protocole.

Ce tableau répond à la question suivante : Le protocole d'intervention médicosociale prévoit que l'intervention auprès des VAS en CD soit réalisée par une équipe de professionnels, ce qui, dans la réalité, peut parfois présenter des défis. Dans votre milieu, à quelle fréquence les interventions sont-elles menées conjointement entre les différentes professions ?

ÉQUIPE D'INTERVENTION	FRÉQUENCE D'INTERVENTION		
	Jamais ou rarement	**Quelques fois**	**La plupart du temps ou toujours**
Infirmier, médecin, intervenant psychosocial	12,9%	14,3%	**72,8%**
Infirmier et médecin	30,7%	15,1%	**54,1%**
Infirmier et intervenant psychosocial	51,3%	21,5%	27,2%
Médecin et intervenant psychosocial	53,1%	22,2%	24,7%
Seulement l'infirmier	87,5%	9,2%	3,3%
Seulement le médecin	84%	12,4%	3,6%
Seulement l'intervenant psychosocial	74,6%	17,5%	7,9%

Selon les participants au sondage, les interventions sont le plus souvent menées en collaboration entre le médecin, l'infirmier, et l'intervenant psychosocial, ou entre le médecin et l'infirmier. Les interventions sont rarement ou jamais menées par un seul professionnel.

Le tableau et les graphiques qui suivent répondent à la question suivante : Dans votre milieu, quel professionnel est le plus fréquemment impliqué dans l'application des étapes du protocole d'intervention médicosociale ?

Implication de chaque professionnel lors des différentes étapes de l'intervention médicosociale

ÉQUIPE D'INTERVENTION	1. Accueil et soutien émotionnel	2. Orientation de l'intervention	3. Histoire médicosociale	4.Examens
Infirmier	**35,3%**	**35,4%**	22,4%	3,7%
Intervenant psychosocial	**40,3%**	8,6%	23,8%	1,7%
Médecin	0%	**39,5%**	29%	**45,4%**
Infirmier et médecin	2,0%	3,4%	8,7%	**41,4%**

ÉQUIPE D'INTERVENTION	5. Soins et traitements	6. Soutien, références, police et DPJ	7. Suivi médical	8. Suivi psychosocial
Infirmier	27,4%	13,7%	4,5%	1,7%
Intervenant psychosocial	1,0%	**53,1%**	2,4%	**90,0%**
Médecin	**33,7%**	6,8%	**77,7%**	0,7%
Infirmier et médecin	30,6%	2,7%	9,3%	0,7%

* Les différentes catégories ne totalisent pas 100% car les équipes d'intervention impliquées minimalement dans chacune des étapes n'apparaissent pas dans le tableau.

Selon les répondants au sondage, les infirmiers 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'infirmier. En ce qui concerne les soins et traitement, les réponses au sondage laissent supposer que les médecins seuls, les infirmiers seuls, 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'intervenant psychosocial semble en charge 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, ne fait pas consensus, c'est-à-dire que les répondants ont identifié dans une proportion similaire qu'il s'agit du rôle de l'infirmier, du médecin ou de l'intervenant psychosocial.

Nous avons demandé aux participants d'indiquer la fréquence à laquelle les ressources matérielles sont disponibles pour réaliser l'intervention médicosociale.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES MATÉRIELLES NÉCESSAIRES À L'INTERVENTION MÉDICOSOCIALE

		Fréquence d'intervention		
		Jamais ou rarement	**Quelques fois**	**La plupart du temps ou toujours**
Ressources matérielles	**Une salle spécifique attribuée aux victimes**	26,5%	3,4%	**70,1%**
	Les instruments médicaux	9,5%	2,1%	**88,4%**
	L'aide-mémoire du protocole	12,0%	5,3%	**82,7%**
	Les documents administratifs	8,8%	2,1%	**89,1%**
	Une place de rangement pour les documents et échantillons	9,5%	1,8%	**88,8%**

Bien qu'une forte majorité de répondants au sondage rapporte que les ressources matérielles sont la plupart du temps ou toujours disponibles, un quart d'entre eux mentionne qu'il n'y a jamais ou rarement une salle spécifique attribuée aux victimes d'AS dans leur CD.

FRÉQUENCE DES AFFIRMATIONS RELATIVES AU PROTOCOLE D'INTERVENTION MÉDICOSOCIALE

Affirmations relatives au protocole d'interventionmédicosociale	Jamais, rarement ou quelquefois	La plupart du temps ou toujours
La victime se présente au CD sur le quart de jour.	79,1%	20,9%
La victime se présente au CD pendant la semaine (lundi au vendredi).	73,2%	26,8%
L'agression remonte à 5 jours ou moins.	35,1%	64,9%
La victime a été intoxiquée involontairement.	87,4%	12,6%
La victime s'est intoxiquée volontairement.	93,7%	6,3%
Une trousse médicolégale est réalisée.	24,9%	75,1%
Une trousse médicosociale est réalisée.	40,3%	59,7%
La victime porte plainte à la police.	68,4%	31,6%
La victime veut attendre 14 jours avant de porter plainte à la police.	79,4%	20,6%
Une référence interne pour un suivi médical est réalisée.	43,0%	57,0%
Une référence externe pour un suivi médical est réalisée.	53,8%	46,2%
Une référence interne pour un suivi psychosocial est réalisée.	37,8%	62,2%
Une référence externe pour un suivi psychosocial est réalisée.	41,5%	58,5%

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 répondants au sondage mentionne cette situation comme étant moins fréquente. La victime n'est pas fréquemment intoxiquée, de façon volontaire ou involontaire. La victime connaît son agresseur dans une légère majorité des cas. Les participants 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 plaintes à la police, et il sont encore plus nombreux à affirmer que les victimes attendent peu souvent 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.

Annexe M

Documentation et résultats: méthode Delphi

Guide d'entrevue auprès des Répondant(e)s régionaux

Phase 4 - Guide d'entrevue avec les répondantes

Rôle et fonctions des répondantes

1. Depuis quand occupez-vous votre poste actuel?
2. Décrivez-moi votre parcours professionnel.
3. Quel est votre titre professionnel?
4. Quels sont votre rôle et vos fonctions en tant que répondante régionale dans les dossiers en agression sexuelle?
5. Quelle proportion de votre temps de travail est consacrée aux dossiers d'agression sexuelle?

Description des CD dans la région

1. Énumérez (nom) et décrivez (rôle/difficultés) les différents CDs de votre région?
    a. Adultes vs Personne mineure
2. Avez-vous des ententes avec les différents partenaires dans la communauté?
    a. Énumérez et décrivez ces organismes et les ententes?
    b. *Si la répondante n'a pas mentionné ces organismes, demander quels types de contacts il y a avec:*
        i. DPJ
        ii. CALACS
        iii. Police
        iv. Ambulanciers

Description des Professionnels et de la clientèle des CDs de la région

1. Quels types et fréquences de contacts avez-vous avec les divers professionnels dans les CD?
2. Qui sont les professionnels œuvrant dans les CDs?
3. Combien d'années de pratique les professionnels des CD de votre région, par profession, ont-ils auprès des victimes d'agression sexuelle (VAS)?
    a. Infirmiers

    b. Intervenants psychosociaux

    c. Médecins

4. Au cours des six derniers mois, avec combien de VAS les professionnels des CD de votre région ont eu un contact professionnel?

5. Heures de travail :

a. En moyenne, combien d'heures les professionnels des CD de votre région travaillent-ils par semaine pour l'établissement dans lequel ils œuvrent présentement?

b. En moyenne, combien d'heures par semaine sont consacrées à leur rôle de professionnel qui intervient auprès des VAS?

6. Formation en tant qu'intervenant en CD :
   a. **Avant leur entrée en poste :** Les professionnels ont-ils eu une formation formelle, c'est-à-dire des journées d'orientation dans le département, activité de formation à l'interne ou à l'externe?

7. Formation en tant qu'intervenant en CD :
   a. **Après leur entrée en poste :** Les professionnels reçoivent-ils une formation formelle?

8. **Les résultats des sondages révèlent que 17% des infirmiers, 14% des IPS, et 40% des Médecins n'ont pas reçu de formation formelle avant et après leur entrée en poste.** Avez-vous été confronté à cette situation dans les CDs de votre région?

9. En moyenne, combien de temps prend leur intervention auprès d'une VAS? (exemple : 20 minutes, 75 minutes, deux heures)

10. Le protocole d'intervention médicosociale prévoit que l'intervention auprès des VAS en CD soit réalisée par une équipe de professionnels, ce qui, dans la réalité, peut parfois présenter des défis. Dans leur milieu, à quelle fréquence les interventions sont-elles menées conjointement entre les différentes professions? (Infirmier, intervenant psychosocial, médecin)

11. Application de chacune des huit étapes prévues dans le protocole d'intervention médicosociale.
    a. Pour l'étape de _____, quel professionnel est le plus actif ou central.
       Les résultats des sondages révèlent que :
       i. Accueil et soutien émotionnel
       ii. Orientation de l'intervention
       iii. Histoire médicosociale
       iv. Examens médical et médicolégal, tests et prélèvements
       v. Soins et traitements
       vi. Information et soutien, signalement au DPJ, déclaration à la police et références
       vii. Suivi médical
       viii. Suivi psychosocial

12. Lors de leurs interventions en CD, dans quelle mesure ont-ils accès à une salle spécifique attribuée en tout temps aux VAS?

13. Dans le cadre de leurs activités professionnelles en centre désigné, estimez la fréquence (de rarement à toujours) où les affirmations suivantes sont vraies :

    a. La victime est : (**Si aucun, où vont-ils?)
        i. Mineure
        ii. Majeure

    b. L'agression remonte à 5 jours ou moins

        i. Une trousse médicolégale est réalisée

        ii. Une trousse médicosociale est réalisée

    c. La victime :
        i. Porte plainte à la police

        ii. Veut attendre 14 jours avant de porter plainte à la police

    d. Une référence interne/externe pour un suivi médical est réalisée

    e. Une référence interne/externe pour un suivi psychosocial est réalisée

        i. Quelle est cette référence?
        ii. Est-ce qu'il y a un suivi de ces références?
        iii. À quelle fréquence est-ce que la victime suit ces recommandations de suivi?

Point fort et difficultés rencontrées

1. Quels sont les points forts des différents CDs de la région?
2. Avez-vous rencontré des difficultés en lien avec les CDs?
    a. Décrivez-moi ces difficultés?
    b. Quelles solutions ont été envisagées pour améliorer la situation?
    c. Quelles solutions **ont** amélioré la situation?

Suggestions pour améliorer les services

1. En général, quelles suggestions avez-vous afin d'améliorer les services offerts aux victimes d'agression sexuelle?

Avant que nous mettions fin à l'entrevue, est-ce qu'il y a des sujets que nous n'avons pas abordés et dont vous voudriez discuter par rapport aux CD dans votre région?

School of Social Work
Wilson Hall
McGill University

Postal address:
3506 University Street
Montreal, QC, H3A 2A7

Tel: (514) 398-7070
Fax: (514) 398-4760

Aux répondants et répondantes régionaux en agression sexuelle,

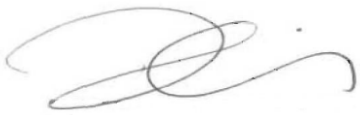
Dans le cadre de l'évaluation de l'implantation des services dans les centres désignés (CD) en agression sexuelle du Québec, nous vous avons sollicité pour participer à des entrevues menées selon la méthode de recherche Delphi. Nous sommes heureux de vous annoncer que 13 des 16 répondants et répondantes régionaux en agression sexuelle ont pu participer à cette étape de la recherche et nous en profitons pour vous remercier du temps que vous nous avez consacré.

Nous tenons également à mentionner que plusieurs d'entre vous avez souligné le travail important qui a été accompli depuis les 10 dernières années et tout le chemin parcouru jusqu'à présent pour offrir des services de qualité aux victimes d'agression sexuelle (VAS) à travers les CD de la province. Vous avez été nombreux à souligner l'importance de placer les besoins des victimes au cœur de nos réflexions et, en ce sens, la présente démarche de recherche vise à porter un regard critique, mais porteur de changements positifs, sur l'état de l'implantation des services dans les CD.

Nous vous rappelons que 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 ». 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. Au dernier tour, les experts se prononcent sur des solutions potentielles pour pallier les enjeux principaux identifiés par le groupe. Nous sommes présentement au premier tour de cette étape.

Vous trouverez ci-dessous la liste des énoncés pour lesquels nous aimerions connaître votre niveau d'accord. Ces énoncés sont des difficultés et barrières rencontrées dans l'implantation des services. **Vous pouvez identifier tous les problèmes qui vous semblent importants. Vous n'avez que deux choix de réponses pour chacun des énoncés : Oui c'est un problème ou Non ce n'est pas un problème. Nous vous demandons de vous prononcer sur l'<u>ensemble</u> des énoncés.** Cette étape devrait prendre environ 15 minutes à compléter.

Nous vous remercions pour le temps accordé à cette étape de la recherche. Votre contribution est très éclairante et permettra de dégager des pistes de réflexion fort pertinentes pour l'amélioration des services offerts aux VAS. **Merci de nous retourner vos réponses d'ici jeudi, le 16 janvier 2014.**



Delphine Collin-Vézina, chercheure principale

Difficultés et barrières

Cette étape de la recherche, tout comme les autres phases menées dans le cadre de cette étude, nous a amenés à conclure que l'organisation des services n'est pas uniforme à travers les différentes régions, ou même d'un CD à un autre à l'intérieur d'une région, en raison de plusieurs difficultés ou barrières rencontrées.

Nous vous demandons dans cette section de nous indiquer si les énoncés suivants constituent, selon vous, **des barrières importantes à l'implantation optimale des services dans les CD**. Vous devez vous prononcer sur l'ensemble des énoncés sur la base de votre expérience en tant que répondant ou répondante régionale en agression sexuelle.

Selon votre expérience, concernant **le rôle des répondants et répondantes régionaux et des personnes ressources en agression sexuelle**, les éléments suivants sont-ils des barrières à l'implantation optimale des services dans les CD?

	OUI C'est un problème	NON Ce n'est pas un problème
Les répondant(e)s ont trop de dossiers différents à gérer.	☐	☐
Le temps consacré par les répondant(e)s au dossier agression sexuelle est trop faible.	☐	☐
Les répondant(e)s ont peu de contact avec les personnes ressources dans les CD.	☐	☐
Les répondant(e)s ont peu de contact avec les professionnels dans les CD.	☐	☐
Il y a un fort roulement de personnel chez les répondant(e)s.	☐	☐
Les personnes ressources des CD ont beaucoup de dossiers à gérer et s'impliquent peu dans celui des VAS.	☐	☐
Il y a un fort roulement de personnel chez les personnes ressources.	☐	☐
Le volet agression sexuelle n'est pas reconnu en tant que programme par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).	☐	☐
Il n'existe pas de réseau des CD.	☐	☐
La table en agression sexuelle n'est pas en place ou n'inclut pas la participation de tous les partenaires liés aux services aux VAS.	☐	☐

À votre avis, concernant **le rôle des professionnels en CD**, les éléments suivants sont-ils des barrières à l'implantation optimale des services dans les CD? Autrement dit, est-ce que les éléments suivants posent problème dans les CD :

	OUI C'est un problème	NON Ce n'est pas un problème
Le guide/protocole d'intervention provincial n'établit pas clairement les rôles et responsabilités de chacun des professionnels.	☐	☐
Le professionnel responsable de l'intervention avec la victime (pivot) est le médecin.	☐	☐
Le professionnel responsable de l'intervention avec la victime (pivot) est l'infirmière.	☐	☐
Le professionnel responsable de l'intervention avec la victime (pivot) est l'intervenant psychosocial.	☐	☐
Il manque de communication entre les professionnels qui interviennent auprès des VAS à l'intérieur du CD.	☐	☐
Le rôle de chacun des professionnels qui interviennent auprès des VAS n'est pas valorisé et reconnu.	☐	☐
Il n'y a pas de liste de garde pour les infirmières.		
Il n'y a pas de liste de garde pour les intervenants psychosociaux.	☐	☐
L'intervention est menée sans une infirmière.	☐	☐
L'intervention est menée sans un intervenant psychosocial.	☐	☐
L'intervention est menée sans un médecin.	☐	☐
Certaines équipes de CD font appel à des intervenants psychosociaux du milieu communautaire parce que ce poste n'existe pas dans leur établissement.	☐	☐

À votre avis, concernant **les services offerts à travers les huit étapes du modèle des CD**, les éléments suivants sont-ils des barrières à l'implantation optimale des services dans les CD? Autrement dit, est-ce que les éléments suivants posent problème dans les CD :

	OUI C'est un problème	NON Ce n'est pas un problème
Suite au triage, le temps pour qu'une victime soit accueillie (étape 1 du modèle CD) varie selon la disponibilité des professionnels en place.	☐	☐
Des médecins recueillent les informations concernant l'historique médicosociale (étape 3 du modèle CD).	☐	☐

	OUI C'est un problème	NON Ce n'est pas un problème
Les infirmières recueillent les informations concernant l'historique médicosociale.	☐	☐
Les intervenants psychosociaux recueillent les informations concernant l'historique médicosociale.	☐	☐
Seuls les médecins, et non les infirmières, peuvent compléter la trousse médicolégale.	☐	☐
Aucun suivi des références n'est fait auprès des VAS (étapes 7 et 8 du modèle CD).	☐	☐
Il est difficile de trouver une référence médicale à l'interne.	☐	☐
Il est difficile de trouver une référence médicale à l'externe.	☐	☐
Il est difficile de trouver une référence psychosociale à l'interne.	☐	☐
Il est difficile de trouver une référence psychosociale à l'externe.	☐	☐
Les professionnels ne comprennent pas bien le rôle de la trousse médicosociale.	☐	☐
Il n'y a pas de grille à compléter systématiquement pour compiler les informations des huit étapes.	☐	☐
Lorsqu'une victime mineure se présente au CD, le Centre jeunesse n'est pas systématiquement contacté à la première étape de l'intervention afin d'en assurer le suivi.	☐	☐

À votre avis, concernant **la formation des professionnels**, les éléments suivants sont-ils des barrières à l'implantation optimale des services dans les CD? Autrement dit, est-ce que les éléments suivants posent problème dans les CD :

	OUI C'est un problème	NON Ce n'est pas un problème
Les formations au moment de l'embauche ne sont pas offertes assez régulièrement.	☐	☐
Les formations de mise à niveau ne sont pas offertes assez régulièrement.	☐	☐
La formation concernant les services aux VAS n'est pas obligatoire.	☐	☐
Le roulement de personnel rend difficile la formation de tous les professionnels au moment de l'embauche.	☐	☐
Les gestionnaires et chefs de département des CD collaborent peu pour permettre la formation des professionnels.	☐	☐
Il est difficile de coordonner le temps et les ressources pour donner la formation à tous les professionnels.	☐	☐

	OUI C'est un problème	NON Ce n'est pas un problème
Les formations sont trop générales, car elles s'adressent aux médecins, infirmières et intervenants psychosociaux.	☐	☐
Les formations ne permettent pas de développer une expertise pour intervenir auprès des victimes mineures.	☐	☐
Des formations liées à des clientèles spécifiques ne sont pas offertes dans les CD.	☐	☐
Des professionnels des CD reçoivent une formation maison plutôt que de participer à des formations standardisées.	☐	☐
Les formations standardisées ne répondent pas aux besoins spécifiques de chaque région.	☐	☐
Des médecins qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation générale sur les agressions sexuelles.	☐	☐
Des médecins qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation spécifique sur la trousse médicolégale.	☐	☐
Des infirmières qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation générale sur les agressions sexuelles.	☐	☐
Des infirmières qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation spécifique sur la trousse médicolégale.	☐	☐
Des intervenants psychosociaux qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation générale sur les agressions sexuelles.	☐	☐
Des intervenants psychosociaux qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation spécifique sur la trousse médicolégale.	☐	☐
Il est difficile pour les médecins de se libérer pour recevoir une formation liée aux services en CD.	☐	☐
Il est difficile pour les infirmières de se libérer pour recevoir une formation liée aux services en CD.	☐	☐
Il est difficile pour les intervenants psychosociaux de se libérer pour recevoir une formation liée aux services en CD.	☐	☐
Les médecins ont peu de motivation à recevoir une formation liée aux services en CD.	☐	☐
Les infirmières ont peu de motivation à recevoir une formation liée aux services en CD.	☐	☐
Les intervenants psychosociaux ont peu de motivation à recevoir une formation liée aux services en CD.	☐	☐
Les médecins ne sont pas rémunérés lors de leur participation aux formations.	☐	☐
Les policiers reçoivent peu ou pas de formation sur les services aux VAS.	☐	☐
Les professionnels n'ont pas accès à des experts afin de valider ou clarifier leur intervention.	☐	☐
Il n'y a pas de suivi ou de rétroaction auprès des professionnels du CD suite à leur intervention auprès d'une VAS.	☐	☐

À votre avis, concernant les enjeux liés aux CD en **milieu urbain ou semi-urbain**, les éléments suivants sont-ils des barrières à l'implantation optimale des services dans les CD? Autrement dit, est-ce que les éléments suivants posent problème dans les CD :

	OUI C'est un problème	NON Ce n'est pas un problème
Il est difficile pour les professionnels de bien référer les VAS en raison de l'étendu et de la complexité des services.	☐	☐
Il y a peu de communication entre les CD et les autres organismes offrant des services aux VAS.	☐	☐

À votre avis, concernant les enjeux liés aux CD en **milieu rural**, les éléments suivants sont-ils des barrières à l'implantation optimale des services dans les CD? Autrement dit, est-ce que les éléments suivants posent problème dans les CD :

	OUI C'est un problème	NON Ce n'est pas un problème
Il y a des difficultés liées au recrutement du personnel.	☐	☐
Il y a des difficultés liées à la rétention de personnel.	☐	☐
Il y a un manque de ressource pour assurer le transport des VAS.	☐	☐
Il y a un manque d'expertise en raison du nombre peu élevé de VAS dans les CD des régions éloignées.	☐	☐
Les services aux VAS mineures ne sont pas offerts par une équipe spécialisée en pédiatrie.	☐	☐

À votre avis, concernant **les collaborations avec les autres partenaires**, les éléments suivants sont-ils des barrières à l'implantation optimale des services dans les CD. Autrement dit, est-ce que les éléments suivants posent problème dans les CD :

	OUI C'est un problème	NON Ce n'est pas un problème
Il n'y a pas d'entente formelle avec les Centres jeunesse.	☐	☐
Il n'y a pas d'entente formelle avec les CALACS et autres ressources communautaires en agression sexuelle.	☐	☐
Il n'y a pas d'entente formelle avec les policiers/Sécurité publique.	☐	☐
Il n'y a pas d'entente formelle avec les ambulanciers.	☐	☐

	OUI C'est un problème	NON Ce n'est pas un problème
Il n'y a pas d'entente formelle avec les centres d'hébergement pour femmes.	☐	☐
Il n'y a pas d'entente avec les autres établissements de santé pour qu'ils réfèrent les VAS à un CD.	☐	☐
La trajectoire de services pour les VAS dans une région, au-delà des CD, n'est pas bien définie.	☐	☐
Il n'y a pas de lien étroit entre les CD et les Agences de Santé et de services sociaux.	☐	☐
Il y a peu ou pas d'implication du MSSS.	☐	☐
Il n'y a pas de lien établi entre les CD et les ressources pour agresseurs sexuels.	☐	☐
Le Ministère de la Justice n'offre aucun suivi (décision au tribunal) auprès du CD suite à une intervention avec d'une VAS.	☐	☐

À votre avis, **concernant la visibilité et la reconnaissance des CD dans notre société**, les éléments suivants sont-ils des barrières à l'implantation optimale des services dans les CD? Autrement dit, est-ce que les éléments suivants posent problème dans les CD :

	OUI C'est un problème	NON Ce n'est pas un problème
La population générale ne connaît pas l'existence des CD.	☐	☐
Des gestionnaires des institutions nommées comme CD ne savent pas qu'ils offrent des services aux VAS.	☐	☐
Les VAS dont l'abus remonte à plus de cinq jours ne penseront pas à aller dans un CD.	☐	☐
Les VAS dont l'abus remonte à plus de cinq jours ne seront pas invités à aller dans un CD.	☐	☐
Les services des CD ne sont pas publicisés.	☐	☐
Les services dans les CD ne sont pas associés à des budgets récurrents au MSSS et dans les institutions.	☐	☐
Le financement du volet CD est laissé à la discrétion des établissements.	☐	☐
Le financement des CD n'est pas sous la responsabilité conjointe du MSSS et du Ministère de la Justice.	☐	☐
Les données liées aux VAS sont difficilement accessibles via la RAMQ.	☐	☐
Le manque de collecte systématique de données au sujet des VAS nuit à la reconnaissance des services offerts dans les CD.	☐	☐

Résultats : Premier tour

12 participants sur 13

Selon votre expérience, concernant **le rôle des répondants et répondantes régionaux et des personnes ressources en agression sexuelle**, les éléments suivants sont-ils des barrières à l'implantation optimale des services dans les CD?

	OUI C'est un problème
1. Les répondant(e)s ont trop de dossiers différents à gérer.	66.7%
Le temps consacré par les répondant(e)s au dossier agression sexuelle est trop faible.	**83.3%**
Les répondant(e)s ont peu de contact avec les personnes ressources dans les CD.	**75.0%**
Les répondant(e)s ont peu de contact avec les professionnels dans les CD.	50.0%
Il y a un fort roulement de personnel chez les répondant(e)s.	58.3%
Les personnes ressources des CD ont beaucoup de dossiers à gérer et s'impliquent peu dans celui des VAS.	58.3%
Il y a un fort roulement de personnel chez les personnes ressources.	58.3%
Le volet agression sexuelle n'est pas reconnu en tant que programme par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).	66.7%
Il n'existe pas de réseau des CD.	**75.0%**
La table en agression sexuelle n'est pas en place ou n'inclut pas la participation de tous les partenaires liés aux services aux VAS.	33.3%

À votre avis, concernant **le rôle des professionnels en CD**, les éléments suivants sont-ils des barrières à l'implantation optimale des services dans les CD? Autrement dit, est-ce que les éléments suivants posent problème dans les CD :

	OUI C'est un problème
11.Le guide/protocole d'intervention provincial n'établit pas clairement les rôles et responsabilités de chacun des professionnels.	33.3%
Le professionnel responsable de l'intervention avec la victime (pivot) est le médecin.	58.3%
Le professionnel responsable de l'intervention avec la victime (pivot) est l'infirmière.	25.0%
Le professionnel responsable de l'intervention avec la victime (pivot) est l'intervenant psychosocial.	16.7%
Il manque de communication entre les professionnels qui interviennent auprès des VAS à l'intérieur du CD.	**75.0%**
Le rôle de chacun des professionnels qui interviennent auprès des VAS n'est pas valorisé et reconnu.	**75.0%**
Il n'y a pas de liste de garde pour les infirmières.	50.0%
Il n'y a pas de liste de garde pour les intervenants psychosociaux.	50.0%
L'intervention est menée sans une infirmière.	33.3%
L'intervention est menée sans un intervenant psychosocial.	50.0%
L'intervention est menée sans un médecin.	58.3%
Certaines équipes de CD font appel à des intervenants psychosociaux du milieu communautaire parce que ce poste n'existe pas dans leur établissement.	25.0%

À votre avis, concernant **les services offerts à travers les huit étapes du modèle des CD**, les éléments suivants sont-ils des barrières à l'implantation optimale des services dans les CD? Autrement dit, est-ce que les éléments suivants posent problème dans les CD :

	OUI C'est un problème
23.Suite au triage, le temps pour qu'une victime soit accueillie (étape 1 du modèle CD) varie selon la disponibilité des professionnels en place.	66.7%
Des médecins recueillent les informations concernant l'historique médicosociale (étape 3 du modèle CD).	25.0%
Les infirmières recueillent les informations concernant l'historique médicosociale.	16.7%
Les intervenants psychosociaux recueillent les informations concernant l'historique médicosociale.	16.7%
Seuls les médecins, et non les infirmières, peuvent compléter la trousse médicolégale.	50.0%
Aucun suivi des références n'est fait auprès des VAS (étapes 7 et 8 du modèle CD).	**75.0%**
Il est difficile de trouver une référence médicale à l'interne.	41.7%
Il est difficile de trouver une référence médicale à l'externe.	66.7%
Il est difficile de trouver une référence psychosociale à l'interne.	50.0%
Il est difficile de trouver une référence psychosociale à l'externe.	41.7%
Les professionnels ne comprennent pas bien le rôle de la trousse médicosociale.	**75.0%**
Il n'y a pas de grille à compléter systématiquement pour compiler les informations des huit étapes.	**75.0%**
Lorsqu'une victime mineure se présente au CD, le Centre jeunesse n'est pas systématiquement contacté à la première étape de l'intervention afin d'en assurer le suivi.	33.3%

À votre avis, concernant **la formation des professionnels**, les éléments suivants sont-ils des barrières à l'implantation optimale des services dans les CD? Autrement dit, est-ce que les éléments suivants posent problème dans les CD :

	OUI C'est un problème
36.Les formations au moment de l'embauche ne sont pas offertes assez régulièrement.	**83.3%**
Les formations de mise à niveau ne sont pas offertes assez régulièrement.	**83.3%**
La formation concernant les services aux VAS n'est pas obligatoire.	**83.3%**
Le roulement de personnel rend difficile la formation de tous les professionnels au moment de l'embauche.	**75.0%**
Les gestionnaires et chefs de département des CD collaborent peu pour permettre la formation des professionnels.	**75.0%**
Il est difficile de coordonner le temps et les ressources pour donner la formation à tous les professionnels.	66.7%
42.Les formations sont trop générales, car elles s'adressent aux médecins, infirmières et intervenants psychosociaux.	33.3%
Les formations ne permettent pas de développer une expertise pour intervenir auprès des victimes mineures.	58.3%
Des formations liées à des clientèles spécifiques ne sont pas offertes dans les CD.	58.3%
Des professionnels des CD reçoivent une formation maison plutôt que de participer à des formations standardisées.	25.0%
Les formations standardisées ne répondent pas aux besoins spécifiques de chaque région.	41.7%
Des médecins qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation générale sur les agressions sexuelles.	66.7%
Des médecins qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation spécifique sur la trousse médicolégale.	**75.0%**
Des infirmières qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation générale sur les agressions sexuelles.	66.7%
Des infirmières qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation spécifique sur la trousse médicolégale.	**83.3%**

	OUI C'est un problème
51Des intervenants psychosociaux qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation générale sur les agressions sexuelles.	**83.3%**
Des intervenants psychosociaux qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation spécifique sur la trousse médicolégale.	**91.7%**
Il est difficile pour les médecins de se libérer pour recevoir une formation liée aux services en CD.	**83.3%**
Il est difficile pour les infirmières de se libérer pour recevoir une formation liée aux services en CD.	66.7%
Il est difficile pour les intervenants psychosociaux de se libérer pour recevoir une formation liée aux services en CD.	58.3%
Les médecins ont peu de motivation à recevoir une formation liée aux services en CD.	66.7%
Les infirmières ont peu de motivation à recevoir une formation liée aux services en CD.	33.3%
Les intervenants psychosociaux ont peu de motivation à recevoir une formation liée aux services en CD.	25.0%
Les médecins ne sont pas rémunérés lors de leur participation aux formations.	25.0%
Les policiers reçoivent peu ou pas de formation sur les services aux VAS.	66.7%
Les professionnels n'ont pas accès à des experts afin de valider ou clarifier leur intervention.	66.7%
Il n'y a pas de suivi ou de rétroaction auprès des professionnels du CD suite à leur intervention auprès d'une VAS.	**91.7%**

À votre avis, concernant les enjeux liés aux CD en **milieu urbain ou semi-urbain**, les éléments suivants sont-ils des barrières à l'implantation optimale des services dans les CD? Autrement dit, est-ce que les éléments suivants posent problème dans les CD :

	OUI C'est un problème
63Il est difficile pour les professionnels de bien référer les VAS en raison de l'étendu et de la complexité des services.	58.3%
Il y a peu de communication entre les CD et les autres organismes offrant des services aux VAS.	**75.0%**

À votre avis, concernant les enjeux liés aux CD en **milieu rural**, les éléments suivants sont-ils des barrières à l'implantation optimale des services dans les CD? Autrement dit, est-ce que les éléments suivants posent problème dans les CD :

	OUI C'est un problème
Il y a des difficultés liées au recrutement du personnel.	**75.0%**
Il y a des difficultés liées à la rétention de personnel.	**75.0%**
Il y a un manque de ressource pour assurer le transport des VAS.	41.7%
Il y a un manque d'expertise en raison du nombre peu élevé de VAS dans les CD des régions éloignées.	66.7%
Les services aux VAS mineures ne sont pas offerts par une équipe spécialisée en pédiatrie.	50.0%

À votre avis, concernant **les collaborations avec les autres partenaires**, les éléments suivants sont-ils des barrières à l'implantation optimale des services dans les CD. Autrement dit, est-ce que les éléments suivants posent problème dans les CD :

	OUI C'est un problème
70Il n'y a pas d'entente formelle avec les Centres jeunesse.	50.0%
Il n'y a pas d'entente formelle avec les CALACS et autres ressources communautaires en agression sexuelle.	**75.0%**
Il n'y a pas d'entente formelle avec les policiers/Sécurité publique.	66.7%
Il n'y a pas d'entente formelle avec les ambulanciers.	58.3%

	OUI C'est un problème
74Il n'y a pas d'entente formelle avec les centres d'hébergement pour femmes.	41.7%
Il n'y a pas d'entente avec les autres établissements de santé pour qu'ils réfèrent les VAS à un CD.	50.0%
La trajectoire de services pour les VAS dans une région, au-delà des CD, n'est pas bien définie.	**75.0%**
Il n'y a pas de lien étroit entre les CD et les Agences de Santé et de services sociaux.	50.0%
Il y a peu ou pas d'implication du MSSS.	58.3%
Il n'y a pas de lien établi entre les CD et les ressources pour agresseurs sexuels.	50.0%
Le Ministère de la Justice n'offre aucun suivi (décision au tribunal) auprès du CD suite à une intervention avec d'une VAS.	66.7%

À votre avis, **concernant la visibilité et la reconnaissance des CD dans notre société**, les éléments suivants sont-ils des barrières à l'implantation optimale des services dans les CD?

	OUI C'est un problème
81La population générale ne connaît pas l'existence des CD.	**91.7%**
Des gestionnaires des institutions nommées comme CD ne savent pas qu'ils offrent des services aux VAS.	50.0
Les VAS dont l'abus remonte à plus de cinq jours ne penseront pas à aller dans un CD.	**83.3%**
Les VAS dont l'abus remonte à plus de cinq jours ne seront pas invités à aller dans un CD.	**83.3%**
Les services des CD ne sont pas publicisés.	**100.0%**
Les services dans les CD ne sont pas associés à des budgets récurrents au MSSS et dans les institutions.	**91.7%**
Le financement du volet CD est laissé à la discrétion des établissements.	**91.7%**
Le financement des CD n'est pas sous la responsabilité conjointe du MSSS et du Ministère de la Justice.	**83.3%**
Les données liées aux VAS sont difficilement accessibles via la RAMQ.	**83.3%**
Le manque de collecte systématique de données au sujet des VAS nuit à la reconnaissance des services offerts dans les CD.	**100%**

School of Social Work
Wilson Hall
McGill University

Postal address:
3506 University Street
Montreal, QC, H3A 2A7

Tel: (514) 398-7070
Fax: (514) 398-4760

Aux répondants et répondantes régionaux en agression sexuelle,

Une liste de 90 énoncés liées aux obstacles vécus dans l'implantation des services dans les centres désignés (CD) vous a été envoyée il y a deux semaines et pour laquelle vous vous êtes prononcés individuellement. Les réponses fournies lors de ce premier tour nous ont permis d'identifier 33 énoncés pour lesquelles au moins 9 répondant(e)s sur 12 (75%) considéraient qu'il s'agissait d'un problème. Nous vous sollicitons à nouveau pour raffiner la liste des énoncés retenus lors du premier tour afin de dégager les éléments qui, selon vous, sont prioritaires pour optimiser l'implantation des services dans les centres désignés.

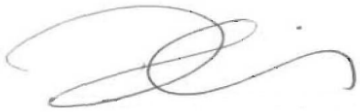
Trois énoncés ne sont pas retenus pour cette seconde étape, car ils font consensus à l'intérieur de la catégorie dont ils sont issus. Ainsi, il y a consensus à l'effet que : dans les centres urbains, il y a peu de communication entre les CD et les autres organismes offrant des services aux victimes d'agression sexuelle (VAS); dans les milieux semi-urbains et ruraux, il y a des difficultés liées au recrutement et à la rétention de personnel.

Deux énoncés liés à la visibilité et à la reconnaissance des CD ne sont pas retenus, car ils sont mentionnés comme une source de problème par tous les participants, sans exception : 'La population générale ne connaît pas l'existence des CD'; 'Il n'y a pas de grille à compléter systématiquement pour compiler les informations des huit étapes'.

Ces cinq énoncés sont donc déjà identifiés comme source de difficultés et seront mis de l'avant dans notre rapport de recherche. Nous vous demandons maintenant de vous prononcer au sujet des 28 énoncés restants afin de cibler les enjeux que vous jugez primordiaux.

Nous vous prions de nous retourner vos réponses d'ici mercredi le 29 janvier. Un dernier et troisième tour qui portera sur votre opinion concernant les solutions envisagées clôturera cette démarche au début du mois de février.

En vous remerciant de votre soutien et de votre implication dans cette démarche.



Delphine Collin-Vézina, chercheure principale

Le **manque de visibilité et de reconnaissance des CD dans notre société** est un problème révélé par tous les répondants. Parmi les huit énoncés suivants, identifiez les **quatre (4) facteurs** qui, selon vous, nuisent le plus à l'implantation des services dans les centres désignés.

1. Les VAS dont l'abus remonte à plus de cinq jours ne penseront pas à aller dans un CD.	☐
2. Les VAS dont l'abus remonte à plus de cinq jours ne seront pas invités à aller dans un CD.	☐
3. Les services des CD ne sont pas publicisés.	☐
4. Les services dans les CD ne sont pas associés à des budgets récurrents au MSSS et dans les institutions.	☐
5. Le financement du volet CD est laissé à la discrétion des établissements.	☐
6. Le financement des CD n'est pas sous la responsabilité conjointe du MSSS et du Ministère de la Justice.	☐
7. Les données liées aux VAS sont difficilement accessibles via la RAMQ.	☐
8. Le manque de collecte systématique de données au sujet des VAS nuit à la reconnaissance des services offerts dans les CD.	☐

Des enjeux liés aux **activités professionnelles et aux rôles et responsabilités des professionnels** impliqués dans les services aux victimes d'agression sexuelle ont été identifiés par les répondant(e)s. Parmi les six énoncés suivants, identifiez les **trois (3) facteurs** qui, selon vous, nuisent le plus à l'implantation des services dans les centres désignés.

9. Le temps consacré par les répondant(e)s au dossier agression sexuelle est trop faible.	☐
10. Les répondant(e)s ont peu de contact avec les personnes ressources dans les CD.	☐
11. Il manque de communication entre les professionnels qui interviennent auprès des VAS à l'intérieur du CD.	☐
12. Le rôle de chacun des professionnels qui interviennent auprès des VAS n'est pas valorisé et reconnu.	☐
13. Aucun suivi des références n'est fait auprès des VAS (étapes 7 et 8 du modèle CD).	☐
14. Les professionnels ne comprennent pas bien le rôle de la trousse médicosociale.	☐

Les **difficultés liées à la formation** sont également mentionnées par l'ensemble des répondants. Parmi les onze énoncés suivants, identifiez les **six (6) facteurs** qui, selon vous, nuisent le plus à l'implantation des services dans les centres désignés.

15. Les formations au moment de l'embauche ne sont pas offertes assez régulièrement.	☐
16. Les formations de mise à niveau ne sont pas offertes assez régulièrement.	☐
17. La formation concernant les services aux VAS n'est pas obligatoire.	☐
18. Le roulement de personnel rend difficile la formation de tous les professionnels au moment de l'embauche.	☐
19. Les gestionnaires et chefs de département des CD collaborent peu pour permettre la formation des professionnels.	☐
20. Des médecins qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation spécifique sur la trousse médicolégale.	☐
21. Des infirmières qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation spécifique sur la trousse médicolégale.	☐
22. Des intervenants psychosociaux qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation générale sur les agressions sexuelles.	☐
23. Des intervenants psychosociaux qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation spécifique sur la trousse médicolégale.	☐
24. Il est difficile pour les médecins de se libérer pour recevoir une formation liée aux services en CD.	☐
25. Il n'y a pas de suivi ou de rétroaction auprès des professionnels du CD suite à leur intervention auprès d'une VAS.	☐

Finalement, parmi les trois **enjeux liés au réseautage et à la collaboration**, quels sont les **deux (2)** qui, selon vous, nuisent le plus à l'implantation des services dans les centres désignés.

26. Il n'existe pas de réseau des CD.	☐
27. Il n'y a pas d'entente formelle avec les CALACS et autres ressources communautaires en agression sexuelle.	☐
28. La trajectoire de services pour les VAS dans une région, au-delà des CD, n'est pas bien définie.	☐

Résultats : Deuxième tour

8 participants sur 13 en date du 29 janvier 2014

Le **manque de visibilité et de reconnaissance des CD dans notre société** est un problème révélé par tous les répondants. Parmi les huit énoncés suivants, identifiez les **quatre (4) facteurs** qui, selon vous, nuisent le plus à l'implantation des services dans les centres désignés.

1. Les VAS dont l'abus remonte à plus de cinq jours ne penseront pas à aller dans un CD.	0.0%
2. Les VAS dont l'abus remonte à plus de cinq jours ne seront pas invités à aller dans un CD.	36.4%
3. Les services des CD ne sont pas publicisés.	**81.8%**
4. Les services dans les CD ne sont pas associés à des budgets récurrents au MSSS et dans les institutions.	**90.9%**
5. Le financement du volet CD est laissé à la discrétion des établissements.	36.4%
6. Le financement des CD n'est pas sous la responsabilité conjointe du MSSS et du Ministère de la Justice.	54.5%
7. Les données liées aux VAS sont difficilement accessibles via la RAMQ.	18.2%
8. Le manque de collecte systématique de données au sujet des VAS nuit à la reconnaissance des services offerts dans les CD.	**81.8%**

Des enjeux liés aux **activités professionnelles et aux rôles et responsabilités des professionnels** impliqués dans les services aux victimes d'agression sexuelle ont été identifiés par les répondant(e)s. Parmi les six énoncés suivants, identifiez les **trois (3) facteurs** qui, selon vous, nuisent le plus à l'implantation des services dans les centres désignés.

9. Le temps consacré par les répondant(e)s au dossier agression sexuelle est trop faible.	54.5%
10. Les répondant(e)s ont peu de contact avec les personnes ressources dans les CD.	18.2%
11. Il manque de communication entre les professionnels qui interviennent auprès des VAS à l'intérieur du CD.	54.5%
12. Le rôle de chacun des professionnels qui interviennent auprès des VAS n'est pas valorisé et reconnu.	**72.7%**
13. Aucun suivi des références n'est fait auprès des VAS (étapes 7 et 8 du modèle CD).	45.5%
14. Les professionnels ne comprennent pas bien le rôle de la trousse médicosociale.	45.5%

Les **difficultés liées à la formation** sont également mentionnées par l'ensemble des répondants. Parmi les onze énoncés suivants, identifiez les **six (6) facteurs** qui, selon vous, nuisent le plus à l'implantation des services dans les centres désignés.

15. Les formations au moment de l'embauche ne sont pas offertes assez régulièrement.	54.5%
16. Les formations de mise à niveau ne sont pas offertes assez régulièrement.	**90.1%**
17. La formation concernant les services aux VAS n'est pas obligatoire.	63.6%
18. Le roulement de personnel rend difficile la formation de tous les professionnels au moment de l'embauche.	**72.7%**
19. Les gestionnaires et chefs de département des CD collaborent peu pour permettre la formation des professionnels.	27.3%
20. Des médecins qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation spécifique sur la trousse médicolégale.	**72.3%**
21. Des infirmières qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation spécifique sur la trousse médicolégale.	54.5%
22. Des intervenants psychosociaux qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation générale sur les agressions sexuelles.	18.2%
23. Des intervenants psychosociaux qui travaillent dans les CD n'ont pas reçu de formation spécifique sur la trousse médicolégale.	18.2%
24. Il est difficile pour les médecins de se libérer pour recevoir une formation liée aux services en CD.	42.5%
25. Il n'y a pas de suivi ou de rétroaction auprès des professionnels du CD suite à leur intervention auprès d'une VAS.	**81.8%**

Finalement, parmi les trois **enjeux liés au réseautage et à la collaboration**, quels sont les **deux (2)** qui, selon vous, nuisent le plus à l'implantation des services dans les centres désignés.

26. Il n'existe pas de réseau des CD.	**72.7%**
27. Il n'y a pas d'entente formelle avec les CALACS et autres ressources communautaires en agression sexuelle.	62.5%
28. La trajectoire de services pour les VAS dans une région, au-delà des CD, n'est pas bien définie.	62.5%

Annexe N

Études de cas: entrevues avec les victimes et les parents de victimes

Participante C01

La participante C01 est une victime d'agression sexuelle de sexe féminin, âgée dans la quarantaine et de nationalité canadienne. Elle est francophone et habite une région rurale/semi-urbaine.

L'agression sexuelle pour laquelle la victime a reçu des services remonte à environ 20 ans. L'élément qui a déclenché la recherche de services est l'émergence de besoins pressant d'aide et de parler, suivant un élément déclencheur non précisé ayant rappelé à la victime l'agression sexuelle. La victime a rapporté qu'elle aurait pu mettre fin à ses jours si elle n'avait pas eu réponse à ses besoins à ce moment. Elle a évoqué également avoir ressenti de la culpabilité à ce moment de la démarche. La victime n'était pas accompagnée lors de la recherche des services. La personne s'est dirigée vers le CLSC en raison de la disponibilité des services et ignorait que les services reçus faisaient partie d'un centre désigné. Elle a su dans d'autres circonstances par le service Infosanté que des services 24h étaient offerts au CLSC, ce qui explique le choix de la victime de s'être dirigée vers cet endroit. Elle avait également déjà utilisé d'autres services de ce même CLSC.

Au CLSC, elle a été accueillie par une réceptionniste. La durée totale des services a été d'environ 45 minutes, soit 15 minutes d'attente dans une salle d'attente commune et 30 minutes avec une travailleuse sociale. Le premier dévoilement de l'agression sexuelle a eu lieu simultanément avec les premiers services reçus chez cette victime à la travailleuse sociale rencontrée. Selon la participante, les services reçus dans le cadre du centre désigné étaient de la discussion et de l'échange d'information, de l'écoute, des explications sur les étapes à venir dans le processus et une référence vers un organisme communautaire (CALACS). La travailleuse sociale a aussi vérifié que la participante n'avait rien d'autre à ajouter avant de terminer la rencontre. La participante a donné suite à la référence fournie. Elle mentionne ne pas avoir eu d'appel ou de rencontre de suivi par la suite par la travailleuse sociale rencontrée, n'a pas reçu de soins médicaux ni de référence à l'interne. Les besoins ressentis par la participante étaient de parler, d'obtenir de l'écoute rapidement et une aide sur le plan émotionnelle. Les attitudes de l'intervenante perçues positivement par la victime étaient l'écoute, la disponibilité (prendre le temps nécessaire), le soutien et une attitude apaisante et calme. Le thème de l'apaisement a également été évoqué chez la victime pour décrire son état une fois les services reçus. Ceux-ci ont été jugés satisfaisant (9/10). Le choix de l'endroit si un nouveau besoin émergerait pour cette victime dépendrait de la situation : «Bien tout dépendamment de l'urgence de mon besoin, je veux dire, si c'est vite vite

vite je retournerais au CLSC mais si ça peut attendre, si c'est juste comme pour me rafraichir la mémoire à ce moment-là j'irais chez CALACS».

En ce qui a trait aux suggestions de la victime quant aux centres désignés, elle mentionne d'accroître la publicité sur les services offerts dans les centres désignés, en mettant l'accent sur la rapidité et la centralisation des services au même endroit : «Euh, bien oui, ce serait une suggestion si tout se passait sous le même toit, peut être que ça mettrait les gens plus à l'aise». D'ailleurs, la participante n'était pas au courant que les services reçus dans le CLSC faisaient partie d'un centre désigné.

Participante D01

La participante D01 est une victime d'agression sexuelle de sexe féminin dans la trentaine et de nationalité canadienne. Elle est francophone et habite une région rurale/semi-urbaine.

La première personne à qui elle a dévoilé l'agression sexuelle est un membre de sa famille. Elle a cherché des services moins de 24 heures après l'agression. L'élément déclencheur ayant amené la victime à rechercher des services était la présence de douleur physique et le besoin de savoir si elle présentait des blessures physiques. La victime connaissait l'existence de certains services pour les victimes d'agression sexuelle, mais ne connaissait pas les centres désignés et les services qui y étaient prodigués. Le premier endroit où elle s'est dirigée pour recevoir des services est l'hôpital. Elle était accompagnée de son conjoint qui a été inclus dans le processus.

À son arrivée, elle a immédiatement rencontré l'infirmière au triage qui a appelé, selon le protocole établi, une intervenante d'un organisme communautaire. Celle-ci a rempli un formulaire avec eux, a fourni des explications concernant les procédures et les droits de la victime et l'a accompagnée tout au long du processus.

Deux policiers de sexe masculin ont également été contactés sans que la victime soit consultée à cet effet; elle ignore qui les a contactés. Elle percevait toutefois positivement que ceux-ci soient appelés d'emblée afin de fournir de l'information et qu'ensuite, la victime ait le choix de poursuivre ou non les démarches. La victime a mentionné que les policiers ont expliqué les démarches judiciaires possibles et lui ont parlé des difficultés (obstacles) qu'elle pourrait rencontrer : «[…]eux sont venus nous expliquer qu'on pouvait porter plainte contre [l'agresseur] et tout ça, mais que que ça serait difficile parce que de toute façon y faudrait comparaître pis y faudrait euh faudrait que ce serait toujours ma notre parole contre la parole [de l'agresseur] pis en mentionnant qui avait toujours de l'alcool à travers ça, fais que ça a été ça juste été ça avec eux autres là».

Ensuite, la victime a rencontré un médecin de sexe masculin en présence de l'intervenante de l'organisme communautaire et d'une infirmière qui a réalisé l'examen physique complet et des prélèvements. La victime a trouvé inapproprié et difficile que l'examen soit réalisé par un médecin de sexe masculin. Selon la perception de la participante, il n'y a pas eu de référence interne, il n'y a pas eu d'appel de suivi, de suivi médical ou de suivi psychosocial de la part du centre désigné. Par contre, la victime a reçu un accompagnement psychosocial dans un centre communautaire. Au cours de son passage dans le centre désigné, la victime s'est déplacée dans différents

lieux privés soit la salle de triage, une salle d'attente, un bureau et une salle d'examen qui se trouvaient tous dans l'hôpital même. L'intervention a duré presque une journée complète, en raison du délai de une à deux heures pour rencontrer les différents professionnels impliqués. Les attitudes perçues positivement par la victime sont la discrétion, le tact, le soutien, le respect et prendre au sérieux l'histoire de la victime. Le fait de fournir des explications et de s'assurer de la compréhension est également perçu aidant. D'autres attitudes ont été perçues négativement par la victime, notamment la minimisation du geste posé par l'agresseur et le jugement de la part de l'un des professionnels impliqués, p. ex. : «Lui, il nous disait plutôt que c'était (…) un manque de jugement de tout le monde parce qu'il y avait de l'alcool». Même si la victime perçoit que certains professionnels ont bien fait leur travail et étaient compétents, leur intervention a été vécue difficilement, car la victime n'a pas perçu d'empathie et s'est sentie jugée: «Elles étaient très claires [les explications fournies], mais sans émotion, c'est des gens qui côtoient ça régulièrement, je le sais pas, je veux dire y'avait pas de chaleur nécessairement dans leurs mots pis disons que par rapport à eux peut être qu'on se sentait jugé aussi».

La victime rapporte avoir vécu de la culpabilité par rapport au contexte de l'agression qui a été amplifiée par ces commentaires. Certains intervenants ont informé la victime de son droit de porter plainte par rapport aux services reçus par cet intervenant et lui ont offert leur soutien dans ce processus, mais la victime a refusé : « (…) quand on nous a offert de porter plainte, on n'a pas voulu parce que je te dirais que dans l'état où on était, c'était le moins de nos soucis ».

Par ailleurs, la satisfaction générale de la victime par rapport aux services reçus est très bonne, mis à part pour un seul intervenant dont elle n'a pas apprécié les services. La victime a apprécié que l'intervenante sociale et le policier soient appelés dès son arrivée au centre désigné ainsi que d'avoir le choix d'utiliser les services ou non. En ce qui a trait aux suggestions, la victime mentionne que les services soient rendus d'emblée par un médecin de sexe féminin ou minimalement d'offrir le choix du sexe du médecin.

Participante C02

La participante C02 est une victime d'agression sexuelle de sexe féminin dans la quarantaine et de nationalité canadienne. Elle est francophone et habite une région rurale/semi-urbaine Les divers services reçus concernent une période totale de 6 ans.

La première personne à qui la victime a révélé l'agression sexuelle est son conjoint, qui l'a accompagnée dans sa recherche d'aide. Elle a d'abord porté plainte à la police avant d'aller chercher des services pour elle. L'organisme CAVAC l'a soutenue pendant les procédures judiciaires, ce qu'elle perçoit comme l'élément le plus important de son processus, mais qui s'est terminé dès la fin des procédures. Le premier endroit choisi par la victime pour obtenir des services, suite aux procédures judiciaires, était un CALACS. Elle connaissait ce service pour y avoir fait appel antérieurement pour un autre membre de sa famille. Elle a téléphoné et a eu un rendez-vous, mais à la dernière minute, l'organisme n'avait plus de disponibilité et n'a pu l'accueillir, ce qui a été vécu difficilement par la victime qui ne voyait alors plus de solutions. Elle a aussi été référée à un psychologue au privé par l'IVAC pendant un an, puis elle a cessé les rencontres, car elle percevait que cela ne l'aidait pas.

La victime ne connaissait pas les centres désignés préalablement. Elle s'est tournée vers son médecin de famille au CLSC pour obtenir de l'aide. La victime vivait à ce moment de l'angoisse, des «flashs-backs» pour lesquels elle a été traitée avec de la médication. Elle n'a pas eu accès à un suivi psychosocial ni à un examen physique ou médico-légal. La victime a demandé un test pour l'hépatite C, mais le médecin lui a dit qu'il n'y avait pas lieu de s'inquiéter, ce qui n'a pas permis de rassurer la victime.

Après plusieurs mois, son médecin de famille l'a téléphoné afin de la diriger vers un autre hôpital pour des services en psychiatrie. Elle s'est présentée accompagnée de son conjoint à la secrétaire qui lui a demandé de s'asseoir dans une salle d'attente commune pour environ 30 minutes. La victime rapporte avoir eu très peur à ce moment. À cet endroit, elle a rencontré une psychiatre de sexe féminin et un plan d'intervention a été réalisé. La victime n'aurait pas été informée des étapes et du fonctionnement des services qu'elle allait recevoir. La psychiatre aurait refusé que le conjoint participe aux rencontres, alors que la victime ressentait le besoin que celui-ci soit présent et soit outillé pour la soutenir et l'aider: «Euh, bien c'est parce que moi je voulais qu'il soit présent à une partie de la séance parce que je croyais que c'était important qu'il sache comment je me sentais vis-à-vis de tout ça. Qu'il puisse avoir au moins les outils pour pouvoir m'aider». Lors de son suivi en

psychiatrie, elle a aussi reçu des services en psychologie pendant quelques semaines, notamment de l'hypnose. Ces derniers n'ont pas été perçus comme aidant par la victime. Elle y a reçu un suivi hebdomadaire sur une période de 2 à 3 ans.

Suite à un moment de détresse, la victime a été hospitalisée dans un second hôpital pendant une semaine. Elle a passé 2 jours en salle d'urgence puis a été déplacée au département de psychiatrie. La victime n'y a pas non plus reçu d'explications sur le déroulement et le fonctionnement des services. Elle a partagé une chambre avec une autre personne de sexe féminin. Les patients de l'étage étaient majoritairement des hommes. Selon la victime, certains patients étaient plus «lourds» et des propos à caractère sexuel tenus par l'un d'eux ont créé un malaise chez elle. La victime a avisé une infirmière, mais son intervention n'a pas eu d'impact sur le comportement de ces hommes. Elle perçoit qu'elle a été traitée à tort comme une personne ayant des troubles de santé mentale, plutôt que pour la problématique d'agression sexuelle : «[Le plus difficile] C'est de ne pas être compris dans ce que je vivais en tant que tel [silence], parce qu'en expliquant ce que j'avais vécu, j'ai été tout de suite cataloguée, médicamentée à forte dose, fait que finalement on endormait le bobo la».

Au moment de quitter ce second hôpital, la victime a reçu de l'information sur des services communautaires dont un organisme pour le conjoint afin de l'aider à comprendre et soutenir la victime. La victime perçoit toutefois que l'organisme n'avait pas l'information et les ressources pour l'aider puisqu'il s'agit d'un organisme fait pour les proches de gens ayant des troubles de santé mentale. Son dossier a été transféré à son nouveau médecin de famille afin, selon elle, d'aider celui-ci à comprendre comment l'aider. Celui-ci lui a également fait passer le test d'hépatite désiré par la victime.

Le niveau de satisfaction de la victime par rapport aux services reçus est de 4/10. Elle n'a pas l'impression d'avoir été traitée en fonction de ses besoins réels. En ce qui a trait aux besoins, la victime mentionne un besoin de soutien pour elle et également pour son conjoint afin qu'il soit mieux outillé pour l'aider. La victime aborde notamment les impacts sur le plan familial. Elle perçoit que sa famille s'est éloignée dans le processus. De plus, l'agression a eu un impact sur la relation avec son enfant et elle aurait aimé recevoir de l'information pour cet aspect.

Participante D02

Description de la participante

Il s'agit d'une participante francophone dans la cinquantaine, de nationalité canadienne et de culture amérindienne, habitant une région rurale/semi-urbaine.

Description de la situation

La participante n'est pas certaine de la première personne à qui elle a divulgué la situation d'agression sexuelle (AS) puisqu'il s'agit d'une agression historique (il y a environ 20 ans) par un membre de la famille, mais croit avoir divulgué à un professionnel en premier il y a plusieurs années. Par contre, ce dévoilement n'a pas été fait dans le but d'accéder à des services. La participante croit que son historique d'AS a des séquelles sur sa santé mentale actuelle, et dit souffrir de dépression et d'idées suicidaires, incluant un historique de tentative suicidaire. Elle décrit un évènement banal de la vie courante, mais qui lui a fait revivre son expérience d'AS, après quoi elle a "tombé dans le vif de tout ce que j'ai pu vivre, pis je suis resté enfermé là-dedans une bonne dizaine d'années".

Description des services

En 2009-2010, la participante s'est rendue au Centre Désigné (CD - CLSC) seule afin de recevoir des services psychologiques en lien avec l'AS qu'elle a subie. L'intervenante à l'accueil du département psychosocial la rencontre immédiatement dans un endroit privé pendant environ deux heures et l'a référé à un psychiatre, et elle a eu une rencontre avec le psychiatre. Celui-ci lui dit qu'une demande serait effectuée afin qu'elle ait un suivi avec un psychologue. Par contre, la référence n'a jamais été effectuée et, à la place, quatre mois plus tard, une intervenante s'est présentée chez elle pour un suivi à domicile avec la participante afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes. Après environ deux ans, une deuxième intervenante (puisque la première est partie en congé de maternité) annonce à la participante qu'elle met fin aux services puisque la participante a de la difficulté à suivre les directives et puisque la durée de son mandat se termine (deux ans). Selon la participante, aucun suivi médical n'a été offert par les divers professionnels rencontrés.

Suite à l'arrêt des services du CLSC, la participante a reçu des services d'un organisme communautaire pour personnes suicidaires. L'organisme l'a référée au CALACS de la région.

En 2010, la participante a reçu des services du CALACS dans sa région. Le

CALACS lui a offert 12 rencontres de groupe, mais ils ont fait une exception et ont offert plus de rencontres. Malheureusement, la participante croit que ces services ne l'ont pas aidée. La participante a raconté n'avoir jamais été recommandée à un centre désigné par le CALACS. Par contre, l'intervenante du CALACS lui a suggéré de signaler la situation à la police, mais la participante refuse puisque l'AS avait été commis il y a plusieurs années et parce que "c'est la famille bin, j'ai préféré me taire". Par contre, les services ont pris fin puisque la participante ne se présentait pas régulièrement ou arrivait en retard aux rencontres.

En 2011, la participante dit avoir été recommandée par son médecin généraliste au CD de sa région afin de rencontrer un psychiatre dans le but d'ajuster sa médication qu'elle prenait pour son diagnostic de dépression. Au CLSC, le psychiatre lui dit qu'il ne croit pas qu'elle ait besoin d'antidépresseurs, mais plutôt des services psychologiques. Une nouvelle référence interne fut effectuée pour rencontrer un psychologue, mais le demande est toujours en attente.

En 2013, la participante a rencontré à nouveau le psychiatre qui fait une nouvelle demande au CD pour voir un psychologue. L'intervenante à l'accueil l'informe que normalement ils référent ces situations à un psychologue à l'externe puisque le dossier pris en charge à l'interne sont normalement "des cas plus graves". La participante attend donc qu'un psychologue soit assigné à son dossier. Par la suite, la participante a eu une crise d'angoisse et a contacté le 811, leur mentionnant qu'elle avait des idées suicidaires. Ceux-ci l'ont référée à l'intervenante à l'accueil du CD; celle-ci a encouragé la participante à recontacter le CALACS elle-même, expliquant que le CLSC ne pouvait pas lui fournir des services adéquats. Par contre, la participante était gênée de contacter le CALACS puisqu'ils avaient annulé les services la dernière fois.

La participante ne savait pas que le CLSC de sa région était un "Centre désigné". L'aspect de l'obtention des services qu'elle a trouvé le plus difficile, c'est l'attente de les recevoir. Ce qu'elle aurait aimé, c'est d'avoir plus d'information sur les services disponibles.

Participante D03

Description de la participante

Il s'agit d'une participante anglophone dans la trentaine, de nationalité canadienne, habitant une région urbaine.

Description de la situation

Au début de 2013, la famille était en vacances à l'extérieur du pays. Durant leurs vacances, un étranger est entré dans le logement et a violé leur fille d'âge scolaire. La famille est restée sur place pour une semaine additionnelle, et a reçu des services là-bas avant leur retour au Québec.

Description des services

Dans le pays où s'est déroulé l'incident, les parents ont contacté la police et le consulat immédiatement. Ils ont reçu beaucoup de services, surtout en lien avec l'aspect criminel de la situation. La victime a donc rencontré plusieurs avocats, un psychologue spécialisé en enfance, et un pédiatre, dans le but de monter un dossier au criminel avant que la famille quitte le pays. Ces services ont été offerts gratuitement. La famille entière a accédé à ces services, et étaient souvent accompagnés par les policiers, et ceux-ci sont même restés de garde à l'extérieur de leur maison pour le reste de leur séjour.

De retour au Canada, le père de la victime a contacté un des professionnels du CD qu'il connaissait déjà. Les parents ont été encouragés à amener leur enfant à la clinique le lendemain, et ils ont suivi cette recommandation. Une travailleuse sociale (TS) leur est assignée immédiatement, et cette TS est devenue leur support à travers le processus d'obtention de services. Avant leur arrivée au CD, la pédiatre avait déjà donné l'information pertinente à la TS afin qu'elle soit préparée à leur visite.

À leur arrivée au CD, l'enfant a rencontré brièvement une infirmière, et presque immédiatement après (seulement quelques minutes dans la salle d'attente générale), elle a rencontré la TS et la pédiatre ensemble. La pédiatre a examiné l'enfant et a complété une trousse Médicolégale avec tests pour les ITS (prises de sang et d'urine). Les parents ont été encouragés à raconter l'histoire en détail. Suite à cette rencontre, la TS a fait plusieurs appels de suivi, mais les divers organismes contactés par celle-ci pour les suivis psychosociaux ont refusé de traiter le dossier puisque l'AS n'a pas eu lieu au Québec.

À travers un autre contact personnel, l'enfant a été rencontré par une

psychiatre spécialisée en enfance à un autre établissement, qui recommande que l'enfant soit suivi par un art-thérapeute. Initialement, le suivi devait durer six semaines, mais l'art-thérapeute recommande par la suite de prolonger l'intervention. Les parents acceptent la prolongation, reconnaissants les bienfaits de l'intervention sur l'enfant.

La participante ne savait pas qu'il s'agissait d'un "Centre désigné" mais a donné une note parfaite aux intervenants qui ont offert un service.

La participante a expliqué qu'elle a beaucoup apprécié que la TS l'encadre tout au long du processus, mais dit avoir vécu beaucoup de frustrations vis-à-vis les systèmes qui ne les supportaient pas. La participante a décrit des sentiments ambivalents quant aux services de suivi, expliquant que d'un côté, elle se sent délaissée par un système qui refusent d'offrir un service parce que l'AS a eu lieu en-dehors de la province; et d'un autre côté, lorsqu'elle a appris le temps pour obtenir accès à ces services (au-delà d'un an), elle avoue qu'elle serait quand même allée chercher des services privés parce qu'elle ne croit pas que l'enfant aurait pu attendre aussi longtemps.

Ce que la participante a trouvé le plus difficile, c'est évidemment que les services ne lui étaient pas disponibles étant donné que l'AS a eu lieu dans un autre pays.

Selon la mère, ce que l'enfant a trouvé le plus difficile dans l'intervention par contre, c'est l'examen physique.

Ce que la participante a le plus apprécié de l'expérience, c'est les services offerts par la TS, puisqu'elle avait de l'expérience avec ce type de situation et offrait beaucoup de support.

Ce que l'enfant a le plus apprécié dans l'obtention des services, c'est le suivi avec l'art-thérapeute (en privé).

La participante fait la recommandation d'offrir de la littérature sur les services disponibles sur le territoire lorsque la victime ou ses parents se présente au CD puisqu'au moment de la visite, "tu n'écoutes pas très bien, je suis certaine qu'elle a dit beaucoup de ces choses, mais je ne portais pas très attention". Par exemple, elle aurait aimé avoir accès à un groupe de soutien pour parents d'enfants victimes d'AS, mais ça ne lui a pas été offert et elle ne sait pas si c'est même disponible.

Participante C03

La participante est une femme anglophone dans la trentaine, originaire des Caraïbes. Elle habite une région urbaine et a reçu des services en CD suite à une AS commise à sa résidence par une connaissance il y a de ça un peu moins de 2 ans.

Le soir même de l'agression elle s'est dirigée à un centre hospitalier pour être traitée pour ses blessures et pour recevoir des soins médicaux préventifs (test pour les ITS, etc.). Puisque cet hôpital n'était pas un CD, elle a dû se rendre le lendemain à un hôpital CD pour recevoir les services en question. Bien qu'elle était supposée se rendre le soir même de l'agression au deuxième hôpital, elle ne se sentait pas en mesure émotionnellement pour conduire seule et c'est pour ça qu'elle a attendu au lendemain.

Au CD en question elle a été en contact avec un médecin pour l'examen médicolégal (elle ne se souvenait pas si une infirmière était présente) et par la suite elle a été en contact avec deux intervenantes. Sa mémoire des évènements au CD n'était pas très bonne dû au choc, et donc il y a plusieurs éléments dont elle ne se souvenait pas (lieu et temps d'attente, les professionnels exacts avec qui elle a eu un contact, etc.). La participante croit que les services au total ont pris 2 heures mais elle n'était pas certaine. Pour l'examen lui-même, elle a été installée dans une grande pièce avec une table et des chaises où elle a pu par la suite parler aux deux intervenantes. Le médecin qui l'a examinée était un homme et bien qu'elle ne se souvenait plus en détails de la qualité des services, elle croit qu'il a été courtois et professionnel. Elle se rappelle par contre que les intervenantes du CD hospitalier étaient empathiques et l'ont fait sentir bien soutenue à travers le processus.

Elle n'a pas eu de rendez-vous ou d'appel pour un suivi médical. Par contre, une des deux intervenantes a fait un appel de suivi pout la référer à un autre CD de Montréal afin de recevoir des services de suivi psychosocial.

La participante a porté plainte pour son agression auprès des policiers qui lui ont démontré de la compassion. Les policiers se sont déplacés au CD et la victime a pu être soutenue par les deux intervenantes de l'hôpital.

Elle a fait une demande d'indemnisation auprès de l'IVAC et a été refusée. Ceci lui cause beaucoup de stress et d'angoisse puisqu'elle cherchait à recevoir une somme d'argent pour couvrir ses frais de déménagement (puisque l'agresseur est en liberté et sait où elle habite). La situation avec l'IVAC a été identifiée par la participante comme étant de loin l'aspect le plus difficile des services pour elle.

La participante a dû attendre environ deux mois avant de rencontrer une nouvelle intervenante pour un suivi psychosocial au deuxième CD. Elle se souvient par contre clairement que les services qu'elle a reçus étaient de qualité, bien qu'elle trouvait que le nombre de rencontres maximales (20) était bien trop peu pour couvrir toutes les émotions liées à l'agression sexuelle. L'intervenante s'est par contre assurée qu'elle avait plusieurs noms d'organismes communautaires pour recevoir des services additionnels. Bien qu'elle ait trouvé le nombre de rencontres insuffisantes, la participante a clairement identifié que le temps passé avec cette intervenante a été l'aspect le plus positif des services : « Je n'ai pas vraiment personne à qui je peux parler et m'exprimer, et (…) donc c'était mon temps pour tout laisser sortir, et si je faisais des cauchemars, je pouvais parler de mes cauchemars et elle (l'intervenante) me laissait les décortiquer, et tu sais, ça m'a vraiment aidée».

Parmi les suggestions émises par la participante, elle a fait mention que bien qu'il y ait plusieurs services dans sa ville pour aider les VAS, ils devraient être plus faciles d'accès (distance, temps de transport, très longue liste d'attente, services seulement disponibles en français, etc.). Elle a aussi mentionné qu'elle souhaiterait que la limite de 20 sessions de suivi psychosocial soit retirée, puisqu'elle croit que ce n'est pas avantageux pour les victimes. Elle a aussi fait la suggestion que le transport pourrait être payé aux VAS aux revenus modiques lorsqu'elles doivent se rendre aux rendez-vous de suivi.

Participante C04

La participante est une femme francophone dans la vingtaine, qui s'identifie comme étant Autochtone, d'une région rurale/semi-urbaine. Elle a vu l'affiche pour le projet dans un hôpital de la région.

Elle a été victime d'AS à l'enfance et elle a été placée en centre jeunesse où elle a reçu un suivi minimal par rapport aux AS vécues. À l'âge adulte, elle a dû trouver des services pour les VAS par elle-même (n'ayant eu aucune référence en sortant du centre jeunesse). Citation représentant ceci : « Y m'ont vraiment dit : «on veut pu continuer avec toi, faut que tu cherches quelque chose d'autre, c'est soit dans le public ou dans le privé», mais y m'ont pas donné une feuille en disant «bin la regarde ça c'est des ressources que tu peux aller voir, ou …» bon, c'est vraiment par moi-même que fallait que je fouille ». La participante est très débrouillarde et a fait des recherches sur Internet et à la bibliothèque pour en savoir le plus possible sur les AS et les services disponibles.

Elle a fait une tentative pour recevoir des services en CLSC auprès d'une travailleuse sociale (passant à travers les services généraux d'un CLSC qui n'est pas dans la liste des CD). Après deux rencontres, elle ne se sentait pas suffisamment soutenue par l'intervenante et a décidé de mettre fin aux rencontres. La travailleuse sociale ne lui a pas donné de références pour d'autres services.

La participante a continué ses recherches sur des forums qui parlent d'agressions sexuelles, elle a trouvé le nom d'une travailleuse sociale dans un CLSC (qui n'était pas dans sa région) qui avait donné des services positifs à d'autres VAS. La participante l'a contactée et elles ont commencé une série de rencontres à domicile. Citation représentant ceci : « Tsé y prenaient le temps, parce que c'est une petite place pis y'a pas beaucoup d'habitants tsé, moi j'ai sorti de mon territoire pour aller vers là-bas, pis j'ai été voir une personne pis ça été vraiment elle qui a fait en sorte, qui m'a aidée… ». Cette travailleuse sociale était du département 'Enfance Famille' du CLSC. La participante s'est sentie extrêmement soutenue par les services et l'information qu'elle a reçus de cette intervenante. Présentement, elle ne reçoit plus de services de cette travailleuse sociale, mais puisqu'elle a mis fin aux rencontres après un bon laps de temps, de façon graduelle et en lui laissant plusieurs ressources d'aide, la participante s'est sentie bien encadrée.

Parmi les suggestions que la participante avait pour améliorer les services, les plus importants pour elle tournent vraiment autour de la publicité. Elle trouve qu'il y a trop peu d'information disponible pour parler des services ou

même pour que les jeunes victimes puissent trouver de l'aide. Elle suggère de mettre des affiches dans les écoles, les centres commerciaux, et de faire des publicités à la radio et à la télévision.