

GUIDE D'INTERVENTION MÉDICOSOCIALE



Pour répondre aux besoins des
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE
enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes

*Intervenons
ensemble*



Les agressions sexuelles
STOP

Québec

GUIDE D'INTERVENTION MÉDICOSOCIALE

AUPRÈS DES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes

COMMENT UTILISER CE GUIDE :

PREMIÈRE PARTIE : PROTOCOLE D'INTERVENTION MÉDICOSOCIALE

DEUXIÈME PARTIE : GÉNÉRALITÉS

AGRESSION SEXUELLE

LOIS, INTERVENTIONS POLICIÈRES, PROCÉDURES JUDICIAIRES ET SOCIALES

TROISIÈME PARTIE : INTERVENTION MÉDICOSOCIALE

ÉTAPE 1 : ACCUEIL ET SOUTIEN ÉMOTIONNEL

ÉTAPE 2 : ORIENTATION DE L'INTERVENTION

ÉTAPE 3 : HISTOIRE MÉDICOSOCIALE

ÉTAPE 4 : EXAMENS MÉDICAL ET MÉDICOLÉGAL, TESTS ET PRÉLÈVEMENTS

ÉTAPE 5 : SOINS ET TRAITEMENTS

ÉTAPE 6 : INFORMATION ET SOUTIEN, SIGNALEMENT AU DPJ, DÉCLARATION À LA POLICE ET RÉFÉRENCES

ÉTAPE 7 : SUIVI MÉDICAL

ÉTAPE 8 : SUIVI PSYCHOSOCIAL

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Avant-propos

En 1996, le gouvernement du Québec confie au Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale et familiale, le mandat d'assurer le suivi des recommandations du rapport *Les agressions sexuelles : STOP*. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) prend l'engagement de coordonner l'élaboration des orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle.

Le Groupe de travail sur l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle a été constitué au printemps 1997. Ce groupe a été mis sur pied à la suite d'une demande formulée par la Table de concertation en matière d'agression à caractère sexuel de la région de Montréal auprès du Comité de travail interministériel sur les orientations en matière d'agression à caractère sexuel. Deux objectifs étaient poursuivis, soit la mise à jour de la trousse médicolégale et la conception d'un protocole d'intervention médical global pour toutes les victimes d'agression sexuelle : enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes. Le protocole servirait à uniformiser les soins et les traitements qui doivent être offerts aux victimes d'agression sexuelle au cours des examens médical et médicolégal.

En nous basant sur la vaste expérience des membres du groupe de travail et compte tenu des difficultés liées à l'accessibilité des services médicosociaux pour les victimes d'agression sexuelle, nous avons choisi d'élargir nos objectifs. En effet, la mise à jour de la trousse médicolégale ainsi que la création d'un protocole médical global s'imposaient, mais cela n'améliorerait pas nécessairement l'accessibilité aux services médicosociaux offerts aux victimes d'agression sexuelle dans toutes les régions du Québec. S'inspirant d'expériences et de modèles d'organisation de services médicosociaux opérationnels, notamment de ceux de Montréal, de Québec et de Sherbrooke, le groupe de travail a donc conçu l'organisation d'un réseau de *centres désignés* à travers le Québec pour l'intervention médicosociale auprès de toutes les victimes d'agression sexuelle.

Dans les années 80, à l'occasion du lancement des premières versions de la trousse médicolégale, le thème retenu était : COMPRENDRE. Comprendre la problématique des agressions sexuelles, les mythes et les préjugés qui l'entourent, les conséquences de la victimisation, la réticence des victimes à demander de l'aide et à porter plainte. Cette fois, le groupe de travail cherche à faire un pas de plus, bien qu'il désire poursuivre sur ce thème en améliorant la compréhension sociale de la problématique en cause. Nous souhaitons encourager l'action et promouvoir l'intervention multidisciplinaire et intersectorielle de manière à mieux répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle. Le thème retenu est donc :

INTERVENONS ENSEMBLE !

Lorsque le *Guide d'intervention médicosociale* fut initialement conçu, les membres du groupe de travail souhaitaient créer un outil de référence et d'information qui pouvait être facilement mis à jour. Sachant que nos pratiques évoluent sur une base régulière, le comité espérait que cette approche aiderait à maintenir une intervention de qualité, factuelle, et qu'elle faciliterait aussi la formation subséquente des nouvelles intervenantes et des nouveaux intervenants. Cette préoccupation pour la mise à jour des connaissances provient du désir de vouloir offrir les meilleurs services possible à toutes les victimes d'agression sexuelle qui s'adressent aux centres désignés à travers le Québec

Le *Guide d'intervention médicosociale* a donc été revu exhaustivement et donne lieu à une édition 2004 plus complète. Dans l'avenir, nous espérons produire des mises à jour plus régulièrement afin de remplacer les sections désuètes du présent document.

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir d'autres exemplaires de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
Bibliothèque nationale du Canada, 2001
ISBN 2-550-35687-X
Révision avril 2004

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

Les agressions sexuelles
STOP

Remerciements

Nous tenons à exprimer nos remerciements les plus chaleureux à toutes les personnes des différents réseaux et des différentes régions du Québec qui ont collaboré à la réalisation du présent guide. Ces personnes ont enrichi ce document par leurs commentaires, leurs discussions et leur expertise. Merci à toutes et à tous.

Nous remercions aussi M^{me} Jocelyne Charest, de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour son soutien à la création et à la diffusion de ce document.

Auteurs, collaborateurs et collaboratrices

Le présent document a été réalisé par le *Groupe de travail sur l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle*. Ce groupe est issu de la Table de concertation en matière d'agression à caractère sexuel du territoire de la Communauté urbaine de Montréal.

Membres du groupe de travail/ Conception et rédaction

Docteure Franziska Baltzer

Pédiatre

Centre hospitalier universitaire McGill – Hôpital de Montréal pour enfants

Programme de médecine de l'adolescence et de gynécologie

Madame Diane Deschamps

Sexologue

Clinique pour victimes d'agression sexuelle de l'Hôpital Hôtel-Dieu – Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Docteur Jean-Yves Frappier

Pédiatre

Centre hospitalier universitaire

Mère-enfants – Hôpital Sainte-Justine

Médecine de l'adolescence

Maître Esthel Gravel

Substitut du procureur général

Palais de justice de Montréal

Monsieur Raymond Matte

Biologiste judiciaire

Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale

Madame Deborah Trent

Travailleuse sociale et coordonnatrice

Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal

Maître Marie-Andrée Trudeau

Substitut en chef adjoint du procureur général

Palais de justice de Montréal

Madame Venise Vignola

Sergent détective

Division des agressions sexuelles

Service de police de la Communauté urbaine de Montréal

Rédaction et recherche

Madame Julia Sheel

Criminologue

Travail réalisé grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Personnes ayant contribué à la rédaction de sections particulières du guide

D^{re} Claire Allard-Dansereau

M^{me} Reine Gagné

M. Paul-André Arsenault

M^{me} Nancy Haley

M^{me} Louise Bélanger

D^{re} Danielle Rousseau

M^{me} Natalie Brault

M. Alain Perron

Nous tenons à remercier de leur collaboration M. Ghislain Madore et toute l'équipe de la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour la mise en page, la révision linguistique et la conception graphique de ce guide, ainsi que pour les suggestions relatives à sa réalisation.

Membres du comité de lecture du guide d'intervention médicosociale

D^{re} Claire Allard-Dansereau Centre hospitalier universitaire mère-enfants – Hôpital Sainte-Justine

M^{me} Nathalie Brault Centre hospitalier de l'Université de Montréal – Hôpital Hôtel-Dieu

D^{re} Evelynne Desaulniers CSSS de la Côte-de-Gaspé

M^{me} Margaret Douek Centre jeunesse de Laval

M^{me} Reine Gagné Centre hospitalier universitaire mère-enfants – Hôpital Sainte-Justine

D^r. Allan Jarjour Centre hospitalier de Dolbeau

M^e Richard Laflamme Palais de justice de Rouyn-Noranda

M^{me} Odette Ouellet Association des centres jeunesse du Québec

M^{me} Michèle Roy Regroupement québécois des CALACS

M^{me} Sylvie Tardif CAVAC de Longueuil

M^{me} Sylvie Tousignant Service de police de la Ville de Québec

M^{me} Carole Tremblay Regroupement québécois des CALACS

Validation des formulaires de la trousse médicolégale et de la trousse médicosociale sans prélèvements médicolégaux

Les intervenantes et les intervenants suivants nous ont grandement aidés à adapter la trousse médicolégale et la trousse médicosociale sans prélèvements médicolégaux aux différents groupes visés : enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes. Nous tenons à remercier sincèrement M. Yves Ste-Marie et tout le personnel du Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

D^{re} Claire Allard-Dansereau Centre hospitalier universitaire mère-enfants – Hôpital Sainte-Justine

M^{me} Deborah Allman Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal

D^r. Maurice Arbour Centre hospitalier de l'Université de Montréal – Hôpital Hôtel-Dieu

D^r. Gilles Berthelot Centre médical des Cantons unis

M^{me} Nathalie Brault Centre hospitalier de l'Université de Montréal – Hôpital Hôtel-Dieu

M^{me} Joanna Broadhurst Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal

D^r. Pierre Desaulniers Centre hospitalier de l'Université de Montréal – Hôpital Hôtel-Dieu

D^r. Jan De Smet Centre hospitalier de l'Université de Montréal – Hôpital Hôtel-Dieu

D^r. Julius Erdstein Centre hospitalier universitaire McGill – Hôpital de Montréal pour enfants

M^{me} Reine Gagné Centre hospitalier universitaire mère-enfants – Hôpital Sainte-Justine

D^r. Jean-Pierre Guay Centre hospitalier de l'Université de Montréal – Hôpital Hôtel-Dieu

D^{re} Suzanne Jean Centre hospitalier de l'Université de Montréal – Hôpital Hôtel-Dieu

M ^{me} Christiane Khouzam	Centre hospitalier de l'Université de Montréal – Hôpital Hôtel-Dieu
M ^{me} Elizabeth Laliberté	Viol Secours
M ^{me} Jacynthe Lambert	CALACS de Sherbrooke
D ^{re} Francine Léger	Collège québécois des médecins de famille
D ^{re} Geneviève Lévesque	CSSS de Rimouski-Neigette
M ^{me} Andrée Maltais	Centre universitaire de santé de l'Estrie
D ^r Hugo Massé	Centre hospitalier de l'Université de Montréal – Hôpital Hôtel-Dieu
D ^r Robert Primavesi	Centre hospitalier universitaire McGill – Hôpital de Montréal pour enfants
D ^{re} Danielle Rousseau	Direction de la santé publique de la Montérégie
D ^r Alain Sirard	Centre hospitalier universitaire mère-enfants – Hôpital Sainte-Justine
D ^{re} Christina Smeja	CSSS de Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension
M ^{me} Carole Tremblay	Regroupement québécois des CALACS
D ^{re} Francine Vézina	Centre hospitalier de Gaspé

Groupe de travail pour la révision des diverses sections des formulaires en fonction des situations touchant des enfants

M ^e Jean-Simon Gosselin	Centre jeunesse de Québec
M ^{me} Annick de Laperrière	Centres jeunesse de Montréal
M ^e Josée Mayo	Centre jeunesse de Laval
M ^{me} Odette Ouellet	Association des centres jeunesse du Québec
M ^{me} Linda See	Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw

Consultations sur le concept des *centres désignés* pour l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle

De nombreuses personnes de plusieurs régions du Québec ont participé aux consultations sur le concept des *centres désignés* pour l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle. Leurs commentaires et leurs suggestions ont permis d'orienter la rédaction du *Protocole d'intervention médicosociale*. Voici les organismes qui ont été consultés :

- Table de concertation en matière d'agression à caractère sexuel de la région de Montréal;
- Table de concertation sur la violence et autres représentants de la région de Sherbrooke;
- Table des porteurs régionaux du dossier violence de l'Association des CLSC et CHSLD du Québec;
- représentants de la région de l'Outaouais engagés dans l'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle;
- Table provinciale des porteurs du dossier violence, agences de développement;
- représentantes du Regroupement québécois des CALACS;
- membres de l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes;
- Table des DPJ du Québec;
- Table de réflexion clinique sur les abus sexuels et Groupe de travail régional sur les crimes à caractère sexuel de la région de Québec;
- membres de la Table de concertation sur la violence et autres représentants de la région de la Gaspésie;
- Collège québécois des médecins de famille.

Révision avril 2004

Auteurs, collaborateurs et collaboratrices

Le présent document a été révisé et mis à jour par le comité des centres désignés de Montréal.

Membres du comité des centres désignés

Docteure Franziska Baltzer

Pédiatre

Centre hospitalier universitaire McGill – Hôpital de Montréal pour enfants
Programme de médecine de l'adolescence et de gynécologie

Madame Diane Deschamps

Sexologue

Clinique pour victimes d'agression sexuelle de l'Hôpital Hôtel-Dieu – Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Docteur Jean-Yves Frappier

Pédiatre

Centre hospitalier universitaire
Mère-enfants – Hôpital Sainte-Justine
Médecine de l'adolescence

Madame France Gingras

Biologiste judiciaire

Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale

Madame Deborah Trent

Travailleuse sociale et coordonnatrice

Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal

Membres invités du comité des centres désignés

Madame Céline Leblond

Conseillère aux dossiers agression sexuelle et violence conjugale

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Madame Christiane Ouellet

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Personnes ayant contribué à la révision et à la mise à jour de sections particulières du guide

M ^e Marlène Archer	Chambre de la jeunesse
M ^e Rachel Boivin	Ministère de la Justice
M ^e Anne-Andrée Charrette	Palais de justice de Montréal
M ^e Marie-Josée Dilalo	Palais de justice de Montréal
D ^{re} Claire Allard-Dansereau	Centre hospitalier universitaire Mère-enfants – Hôpital Sainte-Justine
M ^e Jean-Simon Gosselin	Centre jeunesse de Québec
M ^e Ana-Marina Ionesco	Ministère de la Justice
M ^e Jean-François Lacoursière	Legriz Michaud Lacoursière avocats s.e.n.c.
M ^e Joanne Marceau	Ministère de la Justice
M ^e Josée Mayo	Centre jeunesse de Laval
M ^{me} Micheline Mongrain	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
M ^e Nancy Moreau	Chambre de la jeunesse
M ^{me} Odette Ouellet	Association des centres jeunesse du Québec
M ^{me} Marie-Josée Paquet	Direction de l'IVAC

Les agressions sexuelles
STOP



COMMENT UTILISER CE GUIDE...

Pour répondre aux besoins des
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE
enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes

*Intervenons
ensemble*

Comment utiliser ce guide

Le *Guide d'intervention médicosociale* est un outil de référence pour les personnes appelées à travailler auprès des victimes d'agression sexuelle dont l'état nécessite une intervention médicosociale.

Les divisions du guide

Le guide est divisé en trois parties :

- Première partie : Protocole d'intervention médicosociale
- Deuxième partie : Généralités
- Troisième partie : Intervention médicosociale

Au début du guide, un sommaire énumère les titres des grands chapitres de l'ouvrage. Le lecteur trouvera au début de chaque chapitre une table des matières détaillée.

Ainsi, si l'intervenante ou l'intervenant désire savoir comment remplir le formulaire 2, le sommaire lui indique où chercher, c'est-à-dire dans l'étape 3 « Histoire médicosociale » de la troisième partie (Intervention médicosociale). La table des matières de cette étape indique les pages où il est question du formulaire 2.

Lorsqu'on prend connaissance du guide, il est bon de lire brièvement les tables des matières des différents chapitres, de manière à avoir un aperçu de leur contenu.

7

a) Première partie : Protocole d'intervention médicosociale

Le *Protocole d'intervention médicosociale* s'adresse principalement aux agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en tant que responsables de l'organisation des services ainsi qu'aux divers partenaires qui travaillent auprès des victimes d'agression sexuelle. Le protocole est inséré dans le guide en format lié. Il peut donc en être extrait pour une présentation indépendante ou pour être utilisé au cours d'une discussion sur l'organisation des *centres désignés* et des services. De ce fait, on y trouvera une liste de remerciements et quelques détails déjà présentés dans cette introduction.

Le protocole est divisé en deux sections :

- Organisation des services ;
- Grandes lignes de l'intervention.

La première section décrit ce qu'est un *centre désigné* pour l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle et discute du fonctionnement d'un tel centre.

La deuxième section donne un aperçu de l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle. Il s'agit d'un résumé de la troisième partie du guide.

b) Deuxième partie : généralités

La deuxième partie est divisée en deux chapitres :

- Agression sexuelle ;
- Lois, interventions policières, procédures judiciaires et sociales.

Le premier chapitre traite de la définition de l'agression sexuelle, de l'ampleur du problème, du dépistage, des obstacles au dévoilement, des conséquences de l'agression et de l'attitude des intervenantes et des intervenants.

Le chapitre suivant présente les lois, la déclaration à la police et les procédures judiciaires. Il traite aussi du signalement au DPJ pour les enfants, les adolescentes et les adolescents ainsi que du processus mis en branle par ce signalement.

c) Troisième partie : intervention médicosociale

La troisième partie est la plus volumineuse. On y trouve l'essentiel de l'intervention médicosociale, divisée en étapes.

Chaque étape est intitulée assez clairement pour indiquer son contenu au lecteur (par exemple, étape 4 : Examens médical et médico-légal, tests et prélèvements).

Dans la première étape, « Accueil et soutien émotionnel », on traite de l'accueil, mais aussi des attitudes et du soutien émotionnel des intervenantes et des intervenants tout au long de l'intervention.

8

Dans la deuxième étape, « Orientation de l'intervention », on discute de l'orientation à donner à l'intervention en fonction de paramètres établis dès le départ, après avoir accueilli la victime : recours à la trousse médico-légale ou à la trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux. On y traite aussi des consentements à obtenir, selon l'orientation choisie.

Les titres des autres étapes indiquent clairement leur contenu :

Étape 3: Histoire médicosociale

- Formulaires ;
- compléments d'histoire médicosociale nécessaires pour les adultes ou les mineurs.

Étape 4: Examens médical et médico-légal, tests et prélèvements

- Aspects de l'examen, particulièrement chez l'enfant ;
- prélèvements pour les ITS ;
- prélèvements médico-légaux.

Étape 5: Soins et traitements

- Prévention des ITS et de l'hépatite B ;
- prévention de la grossesse ;
- traitement pharmacologique de l'état de choc, si nécessaire.

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

Liste des DPJ, des CALACS, des ressources d'hébergement pour adultes, etc.

Étape 7: Suivi médical**Étape 8: Suivi psychosocial****Certains termes utilisés dans ce guide**

Nous avons choisi de nommer les féminins et masculins dans ce guide: par exemple, des intervenantes et intervenants ou des adolescentes et adolescents.

Le mot *victime*, souvent utilisé, est féminin, ce qui reflète la réalité, mais il n'exclut pas pour autant les garçons, les adolescents et les hommes adultes victimes d'une agression sexuelle.

Le terme *agression sexuelle*, privilégié dans ce guide, est synonyme de plusieurs termes aussi fréquemment utilisés, comme abus sexuel (pour les enfants), viol, inceste, etc.

L'*intervention médicosociale* inclut à la fois les aspects psychosociaux, médicaux, médicolégaux et sociaux de l'intervention.

Pour tout autre renseignement, veuillez vous adresser à:

D^r Franziska Baltzer

Pédiatre
Centre hospitalier universitaire
McGill-Hôpital de Montréal pour enfants
Programme de médecine
de l'adolescence et de gynécologie
Tél.: (514) 412-4481
Téléc.: (514) 412-4319
Courrier électronique:
franziska.baltzer@muhc.mcgill.ca

M^{me} Diane Deschamps

La clinique pour victimes d'agression
sexuelle du Centre hospitalier
universitaire de Montréal –
Hôpital Hôtel-Dieu
Tél.: (514) 890-8100
Téléc.: (514) 412-7114
Courrier électronique:
diane.deschamps.chum@ssss.gouv.qc.ca

D^r Jean-Yves Frappier

Centre hospitalier universitaire
mère-enfants
Hôpital Sainte-Justine
Médecine de l'adolescence
Tél.: (514) 345-4722
Téléc.: (514) 345-4778
Courrier électronique:
acsacaah@globetrotter.net

M^{me} France Gingras

Laboratoire de sciences judiciaires
et de médecine légale
Direction des expertises judiciaires –
Section biologie
Tél.: (514) 873-3301, poste 504
Téléc.: (514) 873-4847
Courrier électronique:
france.gingras@msp.gouv.qc.ca

M^{me} Deborah Trent

Centre pour les victimes d'agression sexuelle
de Montréal
Tél.: (514) 934-0354, poste 450
Téléc.: (514) 934-3776
Courrier électronique: trentcvasm@videotron.ca



PREMIÈRE PARTIE : PROTOCOLE

Pour répondre aux besoins des
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE
enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes

*Intervenons
ensemble*



DEUXIÈME PARTIE : GÉNÉRALITÉS

Pour répondre aux besoins des
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE
enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes

*Intervenons
ensemble*

DEUXIÈME PARTIE:

GÉNÉRALITÉS

Cette deuxième partie du *Guide d'intervention médicosociale* est divisée en deux chapitres :

- Agression sexuelle ;
- Lois, interventions policières, procédures judiciaires et sociales.

Le premier chapitre traite de la définition de l'agression sexuelle, de l'ampleur du problème, du dépistage chez les enfants, les adolescentes et les adolescents, des obstacles au dévoilement et à la déclaration à la police, des conséquences de l'agression et des enjeux auxquels doivent faire face les intervenantes et les intervenants.

Le chapitre suivant présente les lois, la déclaration à la police et les procédures judiciaires. Il traite aussi du signalement au DPJ pour les enfants, les adolescentes et les adolescents ainsi que du processus mis en branle par ce signalement.

Il est important que les intervenantes et les intervenants prennent connaissance de ces chapitres afin de mieux comprendre la problématique de l'agression sexuelle et de répondre aux besoins d'information de la victime sur les procédures judiciaires et sociales.



AGRESSION SEXUELLE

Pour répondre aux besoins des
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE
enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes

*Intervenons
ensemble*

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Agression sexuelle: une définition	5
Clarification de certains termes	5
Gestes et activités à caractère sexuel	6
Types d'agresseurs (par rapport aux enfants, aux adolescentes et aux adolescents)	7
Fréquence des actes sexuels et délai entre l'examen et le dernier épisode d'agression sexuelle	7
Ampleur du phénomène	8
Mythes et réalités	9
Mythes à propos des femmes	9
Mythes à propos des agresseurs	10
Mythes à propos des enfants, des adolescentes et des adolescents	10
Pourquoi les agressions sexuelles ne sont-elles pas toujours dévoilées ou déclarées?	11
Pourquoi est-ce difficile pour les victimes de dévoiler l'agression sexuelle ou d'en parler?	11
Pourquoi les victimes ne déclarent-elles pas toujours l'agression sexuelle à la police?	12
Indices et dépistage chez les enfants, les adolescentes et les adolescents	13
Les indices et leur utilisation	13
Conséquences: réactions et séquelles	15
Facteurs déterminant la gravité ou la durée des conséquences	16
a) Le contexte de l'agression	16
b) Les caractéristiques personnelles de la victime	16
c) Les réactions et les capacités du milieu familial et de l'entourage	17
d) Les problèmes concomitants	17
e) Les problèmes de santé et la peur des ITS	17
f) La concertation entre les instances en cause	17
L'état de stress aigu et l'état de stress post-traumatique	18
Conséquences d'un inceste	20

Conséquences d'une agression sexuelle autre que l'inceste	22
a) Période d'état de choc	22
b) Période de réajustement	24
c) Période d'intégration	25
Quelques aspects particuliers des conséquences d'une agression sexuelle chez les hommes	25
Réactions et difficultés vécues par les parents et les proches de la victime	26
Les parents et les proches des enfants, des adolescentes et des adolescents	26
Les proches de l'adulte	27
L'intervenante ou l'intervenant face à l'agression sexuelle	28
Conclusion	30
Annexe 1	
Liste sommaire d'indices d'agression sexuelle chez les enfants, les adolescentes et les adolescents	31

Introduction

L'agression sexuelle est un problème important sur les plans personnel, familial, social, légal et médical.

Le temps où parler de viol provoquait les rires gênés et les farces déplacées n'est pas totalement révolu. En effet, même après plus de 20 ans de sensibilisation et de lutte, le sujet demeure tabou et provoque encore des préjugés et un malaise. Les manifestations de ce malaise sont nombreuses et diverses.

Le fait que les femmes et les enfants, filles et garçons, soient le plus souvent les victimes des agressions sexuelles et que les agresseurs soient très majoritairement des hommes doit nous inciter à réfléchir. Les agressions sexuelles s'inscrivent au cœur d'une société qui, par l'entremise de son histoire, de ses traditions, de ses mythes et de ses croyances, maintient des rapports inégaux entre les hommes et les femmes et néglige les droits des plus vulnérables, dont les enfants et les personnes souffrant d'un handicap. Nos sociétés, par leur processus de socialisation et d'éducation, malgré les progrès accomplis, conditionnent encore les hommes à adopter des attitudes de domination et les femmes, des attitudes de soumission, entretenant les rapports inégaux entre les sexes et par rapport aux plus vulnérables.

L'agression sexuelle est avant tout un acte de violence; l'humiliation de la victime et la domination de l'agresseur sont des traits caractéristiques de ce type d'acte. C'est une expérience déshumanisante, une violation profonde de l'être dans sa totalité. Les victimes disent que l'agression les a changées, qu'on leur a pris quelque chose. Au lieu de la considérer comme une personne, avec respect, l'agresseur a réduit le statut de la victime au statut d'un objet, en particulier d'un objet sexuel: il l'a utilisée comme sa chose.

Il importe de comprendre que l'agression sexuelle porte atteinte à l'intégrité physique et psychologique de la victime, à sa perception d'elle-même et de son environnement, et qu'elle l'oblige à reconstruire son univers. L'agression sexuelle, particulièrement si elle se répète à plusieurs reprises, entrave souvent les processus fondamentaux du développement normal et du maintien de l'équilibre mental: l'identité, l'autonomie, la compréhension lucide du monde environnant, la confiance en soi et envers les autres, l'estime de soi.

Ce chapitre présente un survol de cette problématique: définition, ampleur du phénomène, mythes et croyances, indices qui facilitent le dépistage chez les enfants, les adolescentes et les adolescents, réactions et conséquences à la suite d'une agression sexuelle, enjeux auxquels doivent faire face les intervenantes et les intervenants.

Agression sexuelle: une définition

Il existe plusieurs définitions de l'agression sexuelle, selon le point de vue considéré, soit légal, social ou médical.

Le terme *agression sexuelle* utilisé dans ce guide regroupe les notions de viol, d'inceste, d'abus sexuel (terme utilisé surtout par rapport aux enfants, aux adolescentes et aux adolescents), de violence sexuelle, de sévice sexuel, etc.

Agression sexuelle

Agresser sexuellement une personne, c'est lui imposer des attitudes, des paroles ou des gestes à caractère sexuel contre sa volonté ou sans son consentement. L'agresseur peut avoir recours aux comportements suivants :

- la manipulation affective,
- la manipulation matérielle (argent, cadeaux, faveurs, etc.),
- l'intimidation,
- la menace, le chantage,
- la violence verbale, physique ou psychologique.

L'agresseur peut être un étranger, mais le plus souvent c'est une personne connue. Il y a agression sexuelle, que l'agresseur soit connu ou non et peu importe le sexe et l'âge des personnes agressées et des agresseurs. L'agresseur se comporte parfois de manière subtile dans ses façons de faire pression sur la victime. Il n'y a pas toujours évidence de blessure ou de traumatisme physique ou émotionnel chez la victime. On utilise parfois d'autres termes pour désigner une agression sexuelle: abus sexuel, viol, harcèlement sexuel, etc.

5

Cette définition est large; pourtant, elle constitue la base de toute intervention en matière d'agression sexuelle. À elle seule, cette définition pourrait susciter tout un débat où l'on constaterait combien la résistance et le malaise face aux agressions sexuelles sont grands et combien la problématique est complexe.

On remarquera que cette définition ne fait pas appel à la notion de gravité des gestes commis; en effet, ce ne sont pas tant les gestes posés qui déterminent la gravité de l'agression que les conséquences qu'ils ont chez la victime.

Clarification de certains termes

Particulièrement en ce qui concerne les enfants, les adolescentes et les adolescents, mais également en ce qui a trait aux adultes, il est utile de connaître un certain nombre de termes et de notions afin de mieux utiliser ce guide. Ces termes et notions renvoient aux gestes et aux activités à caractère sexuel, aux différents types d'agresseurs et, enfin, à la fréquence des agressions et au délai entre l'agression et la visite médicale. Ils permettent de considérer la victime en fonction d'actions précises à envisager dans l'intervention médicosociale.

Gestes et activités à caractère sexuel

Une liste des gestes et des activités à caractère sexuel qui peuvent être imposés permettra aux intervenantes et aux intervenants :

- de se remémorer certains termes ;
- de mieux comprendre le formulaire 3 des trousseaux où sont énumérées les zones anatomiques qui peuvent être en contact au cours de l'agression sexuelle ;
- de préciser certains gestes sexuels plus particuliers aux agressions sexuelles contre les enfants.

Activités et gestes sexuels possibles :

- **baisers** à caractère sexuel ;
- **attouchements** : seins, cuisses, fesses, organes génitaux, anus ;
- **masturbation** de la victime par l'agresseur, et vice-versa ;
- **contact oral-génital** :
 - fellation : intromission du pénis de l'agresseur dans la bouche de la victime ou du pénis de la victime dans la bouche de l'agresseur ;
 - cunnilingus : contact, avec la bouche, des organes génitaux de la fille ou de la femme agressée.
- **pénétration** :
 - pénétration vaginale par le pénis (coït vaginal) ;
 - sodomie : pénétration anale par le pénis ;
 - pénétration de l'anus ou du vagin avec les doigts ou avec des objets.
- **frottement ou masturbation du pénis avec éjaculation** :
 - contre les fesses, les cuisses, l'abdomen, etc. ;
 - contre la vulve (coït vulvaire) ;
 - contre l'anus (coït périanal).
- **frottement du pénis sans éjaculation** :
 - contre la vulve (coït vulvaire sec) ;
 - contre l'anus (coït périanal sec) ;
 - contre les fesses, les cuisses, l'abdomen, etc.
- **autres activités de nature sexuelle** :
 - production de matériel pornographique ;
 - visionnement de matériel pornographique ;

- harcèlement sexuel;
- exhibitionnisme;
- voyeurisme.

Types d'agresseurs (par rapport aux enfants, aux adolescentes et aux adolescents)

- **Incest**

- Père, mère, grands-parents, fratrie (incluant demi-frère, demi-sœur).

- **Autre agression sexuelle intrafamiliale**

- Parent de famille reconstituée, parent d’une famille d’accueil.
- Famille élargie.

- **Agression sexuelle par un tiers ou agression extrafamiliale**

- Personne en autorité (professeur, professionnel, entraîneur, etc.).
- Ami ou amie de la famille, gardien ou gardienne, voisin ou voisine, connaissance, ami ou amie proche.
- Personne inconnue.

La distinction entre les types d'agresseurs est importante, particulièrement lorsqu'on évalue dans quelle mesure la sécurité de l'enfant, de l'adolescente ou de l'adolescent est compromise. On craindra moins pour la sécurité d'un enfant qui quitte le centre désigné avec ses parents à la suite d'une agression sexuelle par un voisin, particulièrement si les parents se promettent bien d'assurer sa sécurité et déclarent la situation aux autorités policières. Par contre, ce sera différent si l'agresseur est le père de la famille d'accueil. Toutefois, le type d'agresseur n'est pas le seul critère d'évaluation pour juger si un enfant agressé sexuellement est en sécurité.

Dans le cas des enfants, des adolescentes et des adolescents, on utilisera souvent les termes *inceste* et *agression sexuelle par un tiers*.

Fréquence des actes sexuels et délai entre l'examen et le dernier épisode d'agression sexuelle

Agression sexuelle unique : épisode récent

épisode ancien

Agression sexuelle chronique ou répétée: dernier épisode: récent
dernier épisode: ancien

L'agression sexuelle chronique ou répétée est une agression sexuelle à répétition, donc comportant plusieurs épisodes mettant en cause le même agresseur. L'exemple typique de ce type d'agression est l'inceste qui se prolonge durant plusieurs années. Mais l'inceste peut aussi être une agression sexuelle

unique (par exemple, une adolescente dont les parents sont divorcés revoit son père après une longue séparation, est agressée sexuellement à ce moment et dévoile rapidement la situation à sa mère).

Ces notions d'agressions sexuelles unique et chronique ou répétée sont utiles lorsqu'il est question de délai relatif aux prélèvements pour les ITS (voir 3^e partie, étape 4). Elles sont aussi utiles, dans le cas des mineurs, au moment du signalement au DPJ.

Les notions d'épisode récent et d'épisode ancien sont particulièrement importantes pour déterminer l'urgence d'un examen médical. Même s'il s'agit d'un inceste qui a débuté il y a 2 ans, il peut être indiqué de faire rapidement un examen si la dernière agression sexuelle est survenue dans les 5 derniers jours.

Ampleur du phénomène

Le terme *agression sexuelle* évoque généralement le viol ou l'image classique d'une pénétration vaginale commise par un inconnu dans un contexte de violence extrême. Ce type d'agression sexuelle n'est pas le plus fréquent. En général, l'agresseur est connu et souvent il n'y a pas de violence apparente comportant coups et blessures. Mais très souvent, l'agresseur aura recours à la violence verbale ou psychologique, aux menaces et aux injures méprisantes. Les victimes, dans tout type d'agression, paralysent souvent devant l'agresseur, sous le coup de la peur et de la honte. L'agresseur leur fait comprendre qu'il vaut mieux garder le silence, pendant et après.

L'ampleur réelle des agressions sexuelles demeure encore difficilement évaluable. Les définitions sont imprécises et variables et la qualité des données varie également selon les sources (services de police, palais de justice, services sociaux, données de recherche sur des populations données, etc.). En outre, l'ampleur de ce problème ne peut uniquement se mesurer à partir de données quantitatives; des données qualitatives seraient aussi importantes, mais elles sont assez rares. Les statistiques présentent un portrait parfois assez sommaire de la réalité.

Depuis plus de 20 ans, on constate dans toutes les études que l'agression sexuelle est un problème dont la prévalence est élevée et dont la réalité n'est livrée que partiellement au grand jour. Jusqu'à maintenant, les données québécoises demeurent toutefois parcellaires.

Cependant, des données tirées d'études importantes donnent un aperçu du phénomène (enquêtes nationales; rapport Badgley, 1984). Les chiffres peuvent étonner; ils n'ont d'égal que la résistance de nos sociétés à reconnaître l'ampleur du phénomène.

- Environ 34 % des Québécoises ont été victimes d'au moins une agression sexuelle depuis l'âge de 16 ans. Cette proportion est plus élevée chez les femmes handicapées et chez celles de certaines communautés autochtones (Statistique Canada, *Enquête sur la violence envers les femmes*, 1993).
- D'après des études de plus en plus nombreuses, dans plusieurs pays et au Québec, de 7 à 20 % des adolescentes et jusqu'à 11 % des adolescents de 17 ans ou moins auraient subi une agression sexuelle dans leur vie.
- La très grande majorité des agresseurs sont des hommes. Au Québec, 17 % des personnes accusées d'agression sexuelle sont des adolescents.

- Dans plus de 50 % des cas, les agressions sexuelles sont perpétrées dans un domicile. Dans au moins 40 % des cas, il n'y a pas usage de la force ni recours à des menaces évidentes (Badgley, 1984).
 - Moins de 28 % des femmes et moins de 10 % des hommes qui ont vécu une agression sexuelle ont demandé une aide quelconque (Badgley, 1984).
 - Au Québec, selon l'enquête de Statistique Canada (1993) et les statistiques de la police, on estime que 5 % des agressions sexuelles chez les 16 ans et plus sont déclarées à la police.
 - Il y a de plus en plus de déclarations de garçons, d'adolescents et d'hommes victimes d'agression sexuelle.
 - Une femme sur 7 est agressée sexuellement au moins une fois par son conjoint (Santé Canada, 1993).
-

Mythes et réalités

Les mythes et les croyances à propos des victimes d'agression sexuelle sont nombreux et tenaces.

Mythes à propos des femmes

Les mythes les plus fréquents à propos des femmes véhiculent, entre autres :

- qu'il est pratiquement impossible d'agresser sexuellement une femme non consentante ;
- que les femmes portent de fausses accusations ;
- que seules les « femmes faciles » sont victimes de violence sexuelle.

Aucune femme ne cherche à être agressée, humiliée ni bafouée, dans son intimité comme dans son intégrité.

Ces mythes imputent à la femme la responsabilité d'avoir été agressée, alors que les agresseurs utilisent la violence ou la menace, et même dans certains cas des médicaments ou des drogues pour contraindre leur victime. Plusieurs femmes chercheront à éviter d'être blessées davantage en demeurant passives. Il est donc évident qu'il est possible d'agresser sexuellement une femme non consentante et qu'il n'est pas nécessaire qu'il y ait des marques physiques pour prouver une agression sexuelle.

Par ailleurs, les statistiques démontrent qu'il n'y a pas plus de fausses accusations d'agressions sexuelles qu'il n'y en a pour d'autres crimes.

Le plus pernicieux de tous les mythes laisse entendre que les victimes provoquent les agressions sexuelles ou leur agresseur, que ce soit par leur comportement, leur attitude ou encore leur apparence. En réalité, toutes les manifestations de cette soi-disant provocation ne peuvent être interprétées, en tout bon sens, comme une invitation à une agression sexuelle et ne constituent en rien des provocations, que ce soit le fait de faire de l'auto-stop, de sortir tard le soir, de consommer de l'alcool ou des drogues, de s'habiller d'une manière séduisante, de vouloir établir une relation avec un homme ou d'accompagner un homme à son domicile.

De toute évidence, les mythes sur les victimes d'agression sexuelle ont pour but de rendre celles-ci responsables de l'événement et de limiter leur liberté d'être et d'agir.

Mythes à propos des agresseurs

Comme pour les victimes, plusieurs mythes entourent les agresseurs à propos :

- des motivations qui les poussent à agresser ;
- de leur profil psychologique et sexuel ;
- de la croyance voulant que les hommes qui agressent des garçons soient des homosexuels.

Contrairement à ce que laissent croire les idées admises, les agressions sexuelles ne sont généralement pas le fait d'hommes inconnus de la victime, poussés par des pulsions sexuelles incontrôlables, ou encore de psychopathes ou de sociopathes.

L'agression sexuelle est un acte de violence et non de sexualité impulsive. Tout adulte est capable de contrôler ses désirs sexuels ou d'avoir des activités sexuelles sans violence ni contrainte.

Dans les faits, l'agresseur est habituellement une personne connue de la victime, qui profite de sa relation de confiance ou d'autorité avec cette dernière pour l'agresser sexuellement. C'est une personne qui partage généralement sa vie avec un partenaire lui permettant d'exprimer activement et régulièrement sa sexualité ; c'est un homme qui, dans la grande majorité des cas, semble normal. Quelques recherches nous indiquent aussi que les personnes en situation d'autorité forment une proportion importante des agresseurs sexuels. Depuis quelques années, les professionnels (thérapeutes, médecins, psychiatres, entraîneurs sportifs, professeurs, etc.) sont également de plus en plus nombreux à s'asseoir au banc des accusés pour des « fautes » à caractère sexuel.

Certaines données nous révèlent que les agresseurs sexuels présentent un taux de récidive parmi les plus élevés de tous les groupes de criminels.

Quant aux hommes qui agressent de jeunes garçons, ils n'ont pas obligatoirement une orientation homosexuelle, pas plus que les hommes qui abusent des jeunes filles ont forcément une orientation hétérosexuelle. Bien qu'il existe des agresseurs qui ont des préférences quant au sexe et à l'âge de leurs victimes, plusieurs hommes qui agressent des garçons sont d'orientation hétérosexuelle et non homosexuelle.

Mythes à propos des enfants, des adolescentes et des adolescents

Plusieurs mythes entourent les agressions sexuelles des enfants, des adolescentes et des adolescents, dont les suivants :

- les victimes doivent détester leur agresseur ;
- les enfants, les adolescentes et les adolescents qui éprouvent une excitation sexuelle et même un orgasme pendant l'agression sexuelle sont consentants puisqu'ils y ont pris plaisir ;
- un garçon agressé sexuellement deviendra homosexuel ou a été agressé parce qu'il avait des traits féminins.

C'est à tort que l'on prétend que la victime déteste toujours son agresseur. Par exemple, dans les situations d'inceste, une des grandes difficultés provient souvent du fait que la victime est coincée entre le sentiment d'avoir été trahie par l'agresseur et l'amour qu'elle lui porte. Si une adolescente est agressée par un ami avec qui une relation amoureuse s'établissait, elle pourra éprouver des sentiments ambivalents pendant un certain temps.

Quant à l'excitation sexuelle, il est possible, pour un garçon ou un adolescent, par exemple d'avoir une érection à la suite de la stimulation de ses parties génitales, même dans une situation d'agression sexuelle. C'est d'ailleurs ce qui amènera l'agresseur à dire que l'enfant a souhaité et aimé la relation sexuelle ; il l'enfermera ainsi dans le silence. Beaucoup d'enfants, d'adolescentes et d'adolescents agressés sexuellement ressentent culpabilité et honte parce qu'ils croient avoir participé de plein gré à l'agression à cause de leur réaction physique. Peu importe la stimulation sexuelle ressentie, elle ne signifie pas que la victime était consentante au moment de l'agression sexuelle.

En ce qui a trait à l'orientation sexuelle et aux attrait de la victime, plusieurs théories tentent d'expliquer le développement des diverses orientations sexuelles, mais les experts en sexualité humaine ne croient pas qu'une expérience sexuelle prématurée puisse toujours jouer un rôle significatif dans la détermination de l'orientation sexuelle future de l'adolescent ou de l'adulte, particulièrement s'il s'agit d'une agression sexuelle à épisode unique. L'orientation sexuelle d'une personne est une réalité complexe et aucune théorie ne parvient à expliquer de manière satisfaisante ce qui amène une personne à se définir comme homosexuelle, hétérosexuelle ou bisexuelle. Cependant, l'expérience sexuelle prématurée et répétée, imposée par un homme, entraîne une certaine confusion dans l'identité et l'orientation sexuelles de l'enfant qui la subit. Enfin, plusieurs garçons qui ont été victimes d'agression sexuelle croient à tort qu'ils ont quelque chose en eux qui attire les hommes et qu'ils doivent donc être homosexuels ou efféminés. Cela est faux. Les agresseurs qui sont attirés par les garçons affirment que certaines caractéristiques du corps des enfants en général (absence des poils et des attributs sexuels adultes) les excitent. En fait, ces agresseurs se révèlent incapables de s'engager et de maintenir une relation sexuelle saine avec un autre adulte ; en cela réside le problème, et non dans les caractéristiques du corps du garçon.

Pourquoi les agressions sexuelles ne sont-elles pas toujours dévoilées ou déclarées ?

Pourquoi est-ce difficile pour les victimes de dévoiler l'agression sexuelle ou d'en parler ?

Les victimes d'agression sexuelle, peu importe leur âge, ne dévoilent pas et ne racontent pas souvent ce qui leur est arrivé. Si elles dévoilent une agression sexuelle, c'est parfois à mots couverts, après un certain temps ou progressivement. Parfois, les enfants, les adolescentes et les adolescents, ne dévoilent pas la situation à leurs parents ou au parent non agresseur, mais plutôt à une tierce personne. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces comportements.

a) Toutes les victimes, peu importe leur âge :

- craignent l'agresseur et ont peur des représailles ;
- ont l'impression d'être seules à vivre une telle situation ;

- se sentent coupables;
- ont honte de ce qui leur arrive;
- craignent les commentaires désobligeants ou ont peur de ne pas être crues;
- ont l'impression d'être responsables de ce qui leur arrive;
- ont parfois des sentiments confus à l'égard de l'agresseur; elles peuvent l'aimer et le détester tout à la fois (sauf dans les cas d'agression sexuelle par des étrangers);
- craignent les démarches judiciaires;
- craignent de perturber la vie de leurs proches;
- craignent les réactions ou les remarques de leur entourage.

b) Les enfants, les adolescentes et les adolescents :

- ne veulent pas, dans les situations d'inceste, être responsables de l'éclatement de la famille en dévoilant leur secret;
- ont peur de la réaction de leurs parents, particulièrement les adolescentes et les adolescents, parce qu'ils craignent de perdre l'autonomie acquise (par exemple, ils ont désobéi à une consigne, comme ne pas fréquenter tel groupe ou tels amis);
- ont peur de décevoir leurs parents;
- n'ont pas été écoutés ou ont été découragés dans leurs tentatives de dévoiler l'agression sexuelle;
- ne sont pas certains que ce qui se passe est anormal.

12

L'adulte qui agresse sexuellement un enfant abuse aussi de sa confiance. Il utilise sa position d'autorité pour le tromper, le piéger, l'exploiter sexuellement. L'adulte agresseur réduit l'enfant au silence et lui impose le secret pour éliminer la possibilité d'être tenu responsable de ses gestes et en même temps pour se permettre de les répéter. L'enfant peut garder le secret pendant des années en raison de la manipulation, des pressions morales, du chantage, des menaces et parfois de la violence physique dont il est l'objet.

Pourquoi les victimes ne déclarent-elles pas toujours l'agression sexuelle à la police ?

Il n'y a pas qu'une manière de voir les choses après une agression sexuelle. Il en est de même lorsque vient le temps de considérer la possibilité de dénoncer le crime. La conviction d'obtenir justice ou que l'agresseur sera puni adéquatement par le système judiciaire varie d'une victime à l'autre. Plusieurs facteurs peuvent influencer la décision de la victime, entre autres :

- le degré de violence subie au cours de l'agression;
- l'identité de l'agresseur et son lien avec la victime;
- la peur des représailles;
- la situation sociale de la victime;

- le sentiment de culpabilité ;
- sa perception du système judiciaire ;
- la réaction de son entourage ;
- les agressions sexuelles qu'elle a déjà subies ;
- le délai entre le crime et le moment choisi pour porter plainte.

Les procédures criminelles ou civiles sont longues et souvent difficiles. La connaissance du système judiciaire varie grandement d'une victime à l'autre. Plusieurs victimes (ou leurs parents, chez les moins de 14 ans) choisissent de ne pas porter plainte à la police parce qu'elles craignent de rencontrer des gens qui ont des préjugés ou tout simplement parce qu'elles ne croient pas au système judiciaire. Pour d'autres, au contraire, il s'agit là d'un moyen d'obtenir justice, de faire reconnaître la gravité de leur agression sexuelle et de protéger d'autres personnes qui pourraient aussi être victimes de leur agresseur.

Indices et dépistage chez les enfants, les adolescentes et les adolescents

Les moyens que prennent les enfants, les adolescentes et les adolescents pour faire savoir aux adultes qu'ils sont victimes d'agressions sexuelles sont particulières, multiples et ne sont pas réservées au seul domaine des agressions sexuelles. Par contre, plus que dans d'autres domaines, ils parlent de l'agression sexuelle par le biais de ses conséquences et laissent à l'adulte le soin d'appeler les choses par leur nom.

Le dépistage des agressions sexuelles chez les enfants, les adolescentes et les adolescents repose d'abord et avant tout sur un état d'esprit. L'intervenante ou l'intervenant qui ne veut pas voir, ne verra pas ; celui ou celle qui doute trop ne peut dépister. La réalité sera toujours bien différente de nos perceptions rationnelles d'adulte et d'intervenante ou d'intervenant. **Il faut donc questionner les enfants, les adolescentes et les adolescents.**

Les enfants, les adolescentes et les adolescents réagissent parfois à l'agression par des comportements conflictuels, délictuels ou marginaux. De ce fait, la réaction des intervenantes ou des intervenants au dévoilement d'une agression sexuelle est souvent l'incrédulité, la mise en cause de la victime ou l'indifférence. La jeune victime est déçue, se sent jugée ou a l'impression qu'on ne la croit pas. Cela explique que souvent un dévoilement est fait à plusieurs personnes avant qu'un processus d'aide soit déclenché.

Le rôle de l'intervenante ou de l'intervenant consiste à être à l'écoute des différents indices comportementaux, symptômes et signes physiques afin d'améliorer le dépistage des agressions sexuelles chez les enfants, les adolescentes et les adolescents.

Les indices et leur utilisation

Les intervenantes et les intervenants doivent connaître les signes qui permettent de soupçonner une agression sexuelle. On trouvera à l'annexe 1 une liste sommaire de ces indices. Ces derniers peuvent être divisés en quatre grandes catégories :

- **indices liés au comportement général et sexuel :** fugue, dépression, pseudo-maturité, méfiance envers certains adultes, comportements agressifs, délinquance, jeux sexuels déplacés, compréhension de détails

sexuels incompatible avec l'âge, agression sexuelle commise par un adolescent, comportements de séduction inappropriés ;

- **indices liés à la dynamique familiale et aux caractéristiques des parents :** rôles adulte-enfant inversés, père autoritaire et jaloux de sa fille, antécédents d'agression sexuelle, de mauvais traitements physiques ou de négligence ;
- **indices liés au comportement scolaire :** chute du rendement, agressivité envers les professeurs, isolement, difficultés de concentration, réaction différente à un cours sur la prévention des agressions sexuelles ou sur la sexualité ;
- **symptômes et signes médicaux :** ITS, saignement, etc.

Ces catégories ne sont pas étanches. **Une autre série d'indices mérite une attention particulière ; ils ont trait à l'intégrité corporelle.** Ils recoupent toutefois les autres catégories. Il s'agit de manifestations qui touchent au corps, à la pudeur, à l'image du corps, particulièrement sur le plan sexuel. On note ici :

- des craintes inexplicables ou injustifiées d'une grossesse ou d'une ITS ;
- une peur excessive de subir un examen des organes génitaux, ou, au contraire, un sans-gêne excessif ;
- une pudeur anormale dans le quotidien ;
- un contrôle contraceptif excessif, un désir de contraception sans raison ;
- la crainte de tout contact physique ;
- l'automutilation ;
- la tentative de suicide ;
- la masturbation excessive ;
- le dévoilement de l'agression sexuelle après la ménarche ou au début d'une première relation amoureuse.

Les indices d'agression sexuelle peuvent être observés aussi chez ceux et celles qui n'ont pas été agressés. **Par conséquent, la façon de les utiliser ou de les interpréter a plus d'importance que les indices eux-mêmes.** Il faut donc qualifier ces indices.

- **La plupart des indices ne sont ni très sensibles ni très spécifiques.** La présence d'indice ne signifie donc pas d'emblée l'existence d'une agression sexuelle ; l'absence de cet indice ne signifie pas non plus qu'il n'y a pas eu d'agression sexuelle.
- **Certains indices sont plus importants que d'autres.** Par exemple, le refus d'une adolescente de subir un examen gynécologique ou la présence d'une gonorrhée chez une fillette de 8 ans.
- **Le cumul d'indices est important,** et, souvent, il y a synergie de ceux-ci.
- **Parfois, il n'y a pas d'indices ou encore ceux-ci ne sont pas apparents au premier abord.** Voici un exemple : une adolescente victime d'inceste réussit bien à l'école, vit dans une famille plutôt isolée, donc n'éveille aucun soupçon dans son entourage, si ce n'est qu'on peut la trouver isolée : cette adolescente n'a pas vraiment d'amis ; l'école et l'entourage la perçoivent comme une adolescente normale, quelque peu réservée. L'absence de socialisation de l'adolescente et de sa famille, souvent contrôlée par le père, constitue un indice.

La façon dont sont dévoilés les indices et l'histoire d'agression sexuelle revêt aussi de l'importance.

- L'hésitation, l'imprécision et le mystère n'enlèvent rien, bien au contraire, au fait que l'on soupçonne une agression sexuelle, particulièrement au début du dévoilement.
- Il faut se rappeler que la certitude n'existe pas d'emblée. Un doute suffit pour aller plus loin et questionner l'enfant, l'adolescente ou l'adolescent ou signaler la situation au directeur de la protection de la jeunesse.
- Le dévoilement d'une agression sexuelle par la victime prend parfois un certain temps, et peut s'échelonner sur plusieurs jours, semaines ou mois. En effet, la jeune victime peut tester la réaction de l'entourage adulte en livrant son secret à petit pas, le sentiment de culpabilité et la gêne aidant. Il faut donc laisser du temps au dévoilement, ce qui ne veut pas dire rester inactif; il faut, au contraire, bien montrer qu'on est à l'écoute.
- Il importe de chercher à savoir si l'entourage est prêt à recevoir un dévoilement d'agression sexuelle. L'enfant ne dévoilera l'agression que s'il sent que les personnes qui lui sont proches sont prêtes à recevoir cette déclaration.
- Il faut se rappeler que dans certaines situations, bien que peu fréquentes, l'enfant, l'adolescente ou l'adolescent est sexualisé ou vit dans un climat incestueux, sans qu'il y ait de geste sexuel. Par contre, on peut déceler chez lui ou chez elle les mêmes indices et les mêmes réactions que dans les cas où des gestes sexuels sont posés.

Conséquences : réactions et séquelles

Les indices qui font soupçonner une agression sexuelle ne sont que le reflet des conséquences de cette agression. Les conséquences d'une agression sexuelle peuvent se manifester de plusieurs façons. Il peut s'agir :

- de problèmes physiques : malaises, céphalées, fatigue, infections transmises sexuellement, grossesse non désirée, coups et blessures, etc. ;
- de problèmes psychologiques et sexuels : tristesse, dépression, tentatives de suicide, peurs, faible estime de soi, dysfonctions sexuelles, difficultés relationnelles, etc. ;
- de frustrations ou d'anxiété, chez la victime ou sa famille causées par les procédures judiciaires, le procès, les témoignages, l'intervention des instances sociojudiciaires dans la vie de la famille (dans les situations d'inceste), etc. ;
- de problèmes sur les plans économique, social ou familial : difficultés au travail, à l'école, rejet du milieu scolaire, rejet par les amis ou amies, rupture des parents, placement de la jeune victime, abandon du foyer conjugal pour un centre d'hébergement, perte de revenu, etc.

Les conséquences d'une agression sexuelle comprennent les réactions et les séquelles. Il est important que les intervenantes et les intervenants de première ligne distinguent ces deux notions.

Les **réactions, en général**, sont immédiates (état de stress aigu, moins d'un mois), souvent prévisibles et limitées dans le temps, par exemple, une perte d'appétit et de l'insomnie dans les semaines qui suivent une agression sexuelle. On pourrait dire que les réactions sont « normales dans le contexte ». Par exemple, il est normal de pleurer à la suite d'un choc comme une agression sexuelle, et cette réaction n'est pas

complètement contrôlable et n'a pas à être contrôlée. Ces réactions correspondent à celles décrites plus loin dans les périodes d'état de choc et de réajustement à la suite d'une agression sexuelle et une fois qu'elles sont passées, en général, la victime redevient fonctionnelle. Ces réactions dites normales sont variables en intensité et peuvent tout de même entraîner des **difficultés et des dysfonctionnements temporaires (si plus d'un mois, état de stress post-traumatique)**: par exemple, la peur peut empêcher une victime de sortir dans la semaine suivant l'agression et lui faire perdre des revenus.

Les **séquelles** sont plus profondes, moins limitées dans le temps, moins prévisibles, plus dépendantes de la personnalité de la victime. Elles ne sont pas souvent immédiates; quand les réactions initiales et les difficultés qu'elles entraînent se prolongent, particulièrement au-delà de 3 mois (état de stress post-traumatique chronique), on peut envisager qu'il s'agit de séquelles. **Les difficultés qu'entraînent les séquelles se prolongent** au-delà des mois qui suivent l'agression et nécessitent souvent une aide psychothérapeutique ou spécialisée. Ces séquelles entravent souvent le fonctionnement quotidien à moyen et à long terme.

Il faut savoir que la déclaration d'une agression sexuelle survenue plusieurs mois et même plusieurs années auparavant risque de provoquer les mêmes réactions à court terme que l'agression sexuelle déclarée peu après qu'elle se soit produite.

Enfin, le dévoilement d'une agression sexuelle, particulièrement d'un inceste chez les enfants, les adolescentes et les adolescents, entraîne parfois une réaction aiguë avec recrudescence de comportements perturbateurs, mais passagers, liés à l'anxiété.

Facteurs déterminant la gravité ou la durée des conséquences

16

Les réactions et les séquelles vont varier qualitativement et quantitativement, d'un individu à l'autre, même si certaines constantes peuvent être dégagées. Il ne s'agit pas de les minimiser ni de les dramatiser, mais de les individualiser. Et c'est là un élément très important, si l'on veut bien évaluer et aider les victimes d'agression sexuelle.

Les réactions et les séquelles sont déterminées par des facteurs multiples d'ordre personnel, psychologique, social ou environnemental. Ces facteurs sont parfois interdépendants.

a) Le contexte de l'agression

Le contexte est défini par les gestes posés, le degré de violence, la connaissance ou non de l'agresseur, le lieu de l'agression (au domicile ou dans un lieu public), l'utilisation d'une arme, les menaces de l'agresseur, etc.

Dans l'analyse des conséquences, la fréquence des gestes imposés est déterminante. On doit également penser qu'il peut s'agir parfois d'une deuxième agression, par un agresseur différent. Enfin, il se peut que la victime ne se souvienne pas des événements si elle a été intoxiquée: ce facteur peut contribuer à atténuer les conséquences ou, à l'inverse, à inquiéter davantage la victime.

b) Les caractéristiques personnelles de la victime

Les conséquences de l'agression sexuelle peuvent varier en fonction de l'âge de la victime au moment de l'événement.

La personnalité et la vulnérabilité de la victime sont des facteurs à considérer : son degré de maturité, ses capacités personnelles (par exemple, une personne qui se donne peu de pouvoir personnel), ses ressources intellectuelles, des problèmes antérieurs de santé mentale, une personnalité fragile, le fait d'être agressée de nouveau, le nombre d'agressions vécues dans le passé.

c) Les réactions et les capacités du milieu familial et de l'entourage

Les réactions des personnes proches (famille, amies, amis, entourage), au moment de la divulgation de l'agression sexuelle, sont importantes pour la compréhension des conséquences. Ces personnes ont-elles offert ou non du soutien et du réconfort à la victime, l'ont-elles crue, ont-elles manifesté de l'intérêt, ont-elles gardé le contrôle de la situation tout en laissant du pouvoir à la victime (pour les parents en particulier) ? Si la victime est un enfant, une adolescente ou un adolescent, la réaction des parents est déterminante.

Si un parent a lui-même été agressé sexuellement dans le passé, son attitude peut influencer les réactions de son enfant ou, encore, il peut éprouver de la difficulté à le soutenir. À l'inverse, le fait pour un parent d'avoir déjà vécu une agression sexuelle peut l'aider à comprendre et à soutenir son enfant.

d) Les problèmes concomitants

Tous les autres problèmes qui peuvent exister, tels des conflits conjugaux, une perte de travail, des difficultés scolaires ou de socialisation, une situation financière précaire, des problèmes de santé, etc., peuvent aussi influencer les conséquences de l'agression. Parfois, certaines des difficultés consécutives à une agression sexuelle sont plutôt liées au cumul de différents problèmes : par exemple, le suicide d'un ami, un emploi précaire, puis l'agression sexuelle.

17

e) Les problèmes de santé et la peur des ITS

Dans certaines situations d'agression, il faut parfois tenir compte de problèmes médicaux qui peuvent accentuer les conséquences chez la victime. Par exemple, elle a pu subir des blessures graves, permanentes ou non ; elle a pu devenir enceinte, si bien qu'elle aura à vivre une interruption de grossesse ou devra même mener à terme cette grossesse ; elle a pu contracter un herpès génital qui compromettra ses relations sexuelles futures, etc.

La peur d'être atteinte du VIH ou d'une ITS est parfois extrême et peut avoir des conséquences importantes chez la victime, même si cette peur est temporaire (symptômes dépressifs, anxiété paralysante, etc.).

f) La concertation entre les instances en cause

En dernier lieu, il est important d'ajouter qu'une communication et une coordination efficaces entre les différentes instances d'intervention sont primordiales pour ne pas aggraver les difficultés vécues par la victime : c'est-à-dire entre le centre désigné pour l'intervention médicosociale, la police, le DPJ, la Cour du Québec et les ressources d'aide (CALACS, CAVAC, etc.).

L'état de stress aigu et l'état de stress post-traumatique

L'état de stress aigu et l'état de stress post-traumatique sont constitués de l'ensemble des symptômes et des comportements qui peuvent apparaître à la suite d'un événement traumatisant. Il n'est pas étonnant de voir apparaître ces problèmes chez les victimes d'agression sexuelle. Toutefois, toutes les victimes ne présenteront pas obligatoirement le tableau complet des symptômes.

L'état de stress aigu est un tableau clinique lié à la reviviscence d'événements traumatisants. Les symptômes durent au moins 2 jours et au plus 4 semaines. Voici les critères du *Manuel des diagnostics et statistiques des troubles mentaux* (DSM-IV).

■ F43.0 [308.3] État de stress aigu

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- (1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure, ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;
- (2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. **NB.** Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté 3 (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :

- (1) un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle ;
- (2) une réduction de la conscience de son environnement (p. ex. « être dans le brouillard ») ;
- (3) une impression de déréalisation ;
- (4) une dépersonnalisation ;
- (5) une amnésie dissociative (p. ex. incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme).

C. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, sentiment de revivre l'expérience, souffrance au moment de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.

D. Évitement persistant des stimulus qui éveillent la mémoire du traumatisme (p. ex. pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).

E. Présence de symptômes anxieux persistants ou manifestation d'une activation neurovégétative (p. ex. troubles du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).

F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social et professionnel, affecte d'autres aspects de la vie ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique.

G. La perturbation dure au minimum 2 jours et au maximum 4 semaines et survient dans les 4 semaines suivant l'événement traumatique.

- H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou à une affection médicale générale; elle ne s'explique pas non plus par un trouble psychotique bref et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.

Si les symptômes persistent au moins 4 semaines, on parle alors d'**état de stress post-traumatique**. Voici la définition et les critères de l'état de stress post-traumatique tels qu'ils apparaissent dans le *Manuel des diagnostics et statistiques des troubles mentaux* (DSM-IV).

■ F43.1 [309.81] État de stress post-traumatique

- A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents:
- (1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée;
 - (2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. NB. Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.
- B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes:
- (1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées et des perceptions. NB. Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme;
 - (2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. NB. Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable;
 - (3) impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent ou au cours d'une intoxication) NB. Chez les jeunes enfants des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir;
 - (4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause;
 - (5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.
- C. Évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes:
- (1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme;
 - (2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme;
 - (3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme;

- (4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités;
 - (5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres;
 - (6) restriction des affects (p. ex. incapacité à éprouver des sentiments tendres);
 - (7) sentiment d'avenir « bouché » (p. ex. pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).
- D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes:
- (1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu;
 - (2) irritabilité ou accès de colère;
 - (3) difficultés de concentration;
 - (4) hypervigilance;
 - (5) réaction de sursaut exagérée.
- E. La perturbation (symptômes des critères B, C, D) dure plus d'un mois.
- F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

20

L'état de stress post-traumatique est « chronique » si la durée des symptômes est de 3 mois ou plus. Il est « à survenue différée » si l'apparition des symptômes survient au moins 6 mois après le facteur de stress.

Conséquences d'un inceste

Parfois, il ne s'agit pas d'un inceste mais d'une agression sexuelle à répétition par un agresseur qui n'est pas apparenté, par exemple un ami de la famille, un voisin, etc.

Depuis plusieurs années, on assiste au dévoilement de situations d'inceste par des adultes, surtout par des femmes qui ont été victimes de relations incestueuses lorsqu'elles étaient enfants ou adolescentes. On les nomme « survivantes »: de celles-ci, nous avons appris que les séquelles sont variables, souvent prolongées et profondes. Toutes les réactions et toutes les séquelles observées à la suite d'une agression sexuelle à épisode unique par un tiers agresseur se retrouvent dans les situations d'inceste. Mais la plupart du temps, dans les cas d'inceste, au moment du dévoilement, les séquelles sont déjà en place et sont souvent plus importantes et plus graves.

« Lorsque l'inceste survient chez une adolescente pubère, où le sens de la responsabilité morale est établi et où l'adolescente dispose, dans une mesure à préciser, de normes qui lui permettent de juger les gestes posés comme une agression sexuelle, les conséquences s'imposent, mais de façon moins envahissantes que chez la prépubère. Chez cette dernière, l'absence de balises morales claires et internalisées, donc indépendantes de l'adulte qui les véhicule, rend possible un envahissement de son intégrité tel que tous ses points de référence se trouvent bousculés et il lui devient alors relativement impossible d'échapper facilement aux conséquences qui découlent de l'agression sexuelle prolongée.

L'inceste impose une abolition de fait de la distance intergénérationnelle, c'est la rupture d'un tabou universel. L'abolition de la distance, la violation de l'interdit prend inévitablement dans l'esprit de celui qui le vit, le sens d'une attaque au fondement même de la vie humaine en ce qu'il met en cause le processus même du développement de l'enfant. En sortant l'enfant de son statut d'enfant et en l'amenant à vivre comme un adulte, des expériences d'adultes, des pensées, des émotions, des sentiments, des sensations d'adultes, l'agresseur lui enlève concrètement le besoin, le désir, le dynamisme et la tendance qui le pousseraient à grandir et à chercher, pour lui-même, à sa façon, une forme de réponse à son processus de croissance et de développement.

En violant le caractère infantile de l'enfant, l'agresseur brise le mouvement délicat que la nature met en chaque enfant et qui l'incite, au fil des jours, à découvrir petit à petit qu'au-delà de ce qu'il vit, il y a plus, et qu'il a avantage à grandir, à se développer. Pour résumer en une phrase, au-delà du viol de son intégrité physique et de sa sécurité que l'agresseur met en cause, c'est tout le processus de son développement que l'agression sexuelle vient arrêter. En lui fournissant trop tôt des réponses à des questions qu'il ne se pose pas, l'agression sexuelle enlève à l'enfant le besoin même de se les poser et d'y trouver réponse pour lui-même. Son développement est ainsi compromis.

Les conséquences se résument en une phrase pour la victime : tout pour ne pas comprendre le sens de ce que j'ai vécu ; ne pas comprendre ce que les gens qui, pour moi, ont la responsabilité de me conduire à l'âge adulte ont fait contre moi. » (Tiré de Pierre Foucault, *Formation en abus sexuel*, 1995.)

La victime d'un inceste éprouve souvent une culpabilité irrationnelle mais néanmoins réelle, envahissante face aux gestes dont elle a été l'objet. Elle développe aussi une agressivité envahissante et une ambivalence face à ses parents : désir de rapprochement ou agressivité et désir d'éloignement.

Confrontée à la réalité de l'inceste, la victime pourra manifester diverses réactions et séquelles dont les plus sévères sont : actes délictuels, automutilation, tentatives de suicide, abus de drogues ou de médicaments, prostitution, grossesse précoce, dépression majeure, troubles de la personnalité, syndrome de dissociation ou de personnalités multiples, troubles du comportement alimentaire, etc.

Les conséquences évoluent avec le temps et sont en partie dépendantes de l'adaptation familiale et des interventions extérieures. On sait qu'un certain nombre de garçons victimes d'inceste deviennent à leur tour agresseurs et qu'un certain nombre de jeunes filles victimes d'inceste, une fois adolescentes ou adultes, fondent des familles où l'on retrouve de l'inceste. Toutefois, il ne s'agit que d'un faible pourcentage des victimes.

Voici d'autres séquelles possibles de l'inceste :

- une faible estime de soi ;
- une forme de vulnérabilité face à de nouvelles agressions possibles (sexuelles ou autres) ;
- des difficultés relationnelles ;
- un sentiment d'impuissance, de perte de contrôle de sa vie ;
- l'absence de sexualité ou des difficultés sexuelles.

Conséquences d'une agression sexuelle autre que l'inceste

Il s'agit ici le plus souvent d'agressions sexuelles à épisode unique. Dans ces situations non plus, il n'y a pas de réponse uniforme.

Parmi les sentiments vécus par la victime, on retrouve de l'anxiété, de la peur, de l'insécurité, une baisse de la confiance en soi ou de l'estime de soi, de la culpabilité, de la colère, de la tristesse, un sentiment de perte de contrôle, de la méfiance, du dégoût, de la honte, du désespoir, un vide intérieur, de la confusion, de la difficulté à être en contact avec ses émotions, etc.

En ce qui concerne le comportement, on peut observer un isolement, de l'apathie, de l'agressivité, des sauts d'humeur, de l'hyperactivité de même que la peur de sortir, de dormir seul ou dans le noir, etc.

Des symptômes physiques peuvent également se manifester : problèmes de sommeil accompagnés de rêves violents, fatigue, brûlements d'estomac, étourdissements, céphalées, problèmes de concentration à l'école ou au travail, etc.

Les réactions sont souvent plus intérieures que perceptibles. Il peut toutefois y avoir des réactions visibles, bien qu'en général les victimes demeurent socialement fonctionnelles (travail, école, loisirs, etc.). On remarque parfois chez les victimes une attitude de déni visant à cacher leurs réactions.

En général, la réaction initiale à l'agression sexuelle est plus intense dans les premières semaines suivant celle-ci, et s'estompe sur une période variant de 3 à 6 mois, si d'autres incidents ne viennent pas perturber le processus normal de récupération (procès, difficultés au travail, difficultés scolaires, familiales ou conjugales, etc.). Cette réaction initiale est plus ou moins intense et prolongée.

22

Pour faciliter la compréhension des conséquences d'une agression sexuelle, on peut les répartir en 3 étapes :

- la période d'état de choc ;
- la période de réajustement ;
- la période d'intégration.

À chacune de ces périodes sont associés des réactions physiques, psychologiques et des comportements particuliers.

Ces étapes, telles qu'elles sont décrites ci-dessous, correspondent surtout à ce que vivent les adolescentes, les adolescents et les adultes.

a) Période d'état de choc

La période d'état de choc correspond généralement à la phase la plus intense, celle des premiers jours après l'agression. La vie quotidienne est bouleversée. Les émotions sont intenses, même si la victime peut sembler se comporter normalement. Ce qui se passera durant cette période s'avérera déterminant pour les périodes suivantes.

Dans les heures qui suivent l'agression sexuelle, la victime peut ressentir diverses émotions, parfois contradictoires ou changeantes, passant d'un état d'euphorie (soulagement d'avoir évité la mort) à un état dépressif marquée. En général, dans les premiers jours, on observera les réactions et les sentiments suivants :

- colère et agressivité souvent manifestées envers l'entourage pour des choses banales;
- peurs intenses;
- honte et humiliation;
- dépression, état de déprime;
- tristesse, apitoiement de la victime sur son sort;
- sautes d'humeur fréquentes;
- impression d'être incomprise et seule avec son problème;
- diminution du seuil de tolérance dans les situations perçues comme étant une menace à sa sécurité et son intégrité physique (ex.: ne pas aimer se faire toucher, figer en présence d'un inconnu qui lui demande l'heure, etc.);
- sentiment de culpabilité pour ce qu'elle n'a pas fait (ex.: ne pas avoir crié, ne pas s'être débattue) ou pour ce qu'elle a fait (ex.: avoir accepté une invitation, avoir ouvert sa porte à un inconnu);
- sentiments liés à la perte d'intégrité (se sentir morte à l'intérieur, ressentir la perte d'une certaine pureté, se sentir salie, avoir l'impression que quelque chose s'est brisé en soi-même);
- désorganisation, anxiété;
- euphorie: « Je suis en vie ».

La victime peut aussi présenter des symptômes physiques:

- sensation de douleurs généralisées ou spécifiques: seins, cuisses, jambes, bras, cou. La victime peut aussi manifester des symptômes spécifiques correspondant aux gestes sexuels commis:
 - contact oral: maux de gorge, douleur dans la bouche,
 - contact vaginal: pertes vaginales, démangeaisons, sensation de brûlure au moment de la miction,
 - contact anal: douleurs, saignements durant les jours qui suivent l'agression sexuelle;
- troubles du sommeil et cauchemars;
- perte d'appétit, douleurs à l'estomac; nausées ou malaises causés par la pilule du lendemain.

Le comportement de la victime comme ses pensées peuvent être altérés. Elle tente en général de repousser, sans succès, les pensées envahissantes et omniprésentes autour de l'agression sexuelle. Elle revoit sans cesse le scénario: ce qu'elle aurait dû faire, ce qu'elle aurait dû dire, pourquoi on s'en est pris à elle, etc.

Certaines victimes ne se reconnaissent plus; elles ont des sautes d'humeur, réagissent de façon excessive. D'autres perdent le contact avec la réalité et n'ont plus conscience de ce qui se passe autour d'elles. D'autres encore pleurent par intermittence.

Certaines victimes veulent fuir la société pendant un certain temps. Elles ne veulent pas aller travailler, ni voir d'autres gens. Elles désirent se cacher, rester au lit. Elles se sentent mal à l'aise en présence d'un groupe de personnes. Elles peuvent avoir une forte réaction émotive en voyant des personnes qui ressemblent à l'agresseur.

Au contraire, d'autres victimes semblent calmes, en situation de contrôle, et préfèrent dissimuler leurs émotions. Certaines n'ont pas envie de rester seules et veulent reprendre vite leurs activités.

La peur subsiste chez toutes les victimes. Elles ont peur de sortir seules. Elles ont même peur lorsqu'elles se trouvent en présence d'autres personnes.

Durant cette période, en plus de supporter une charge émotive importante, la victime doit faire face à des problèmes pratiques : subir un examen médical, décider si elle déclare l'agression à la police, soigner ses lésions physiques, justifier son absence au travail ou à l'école, s'assurer d'un lieu sécuritaire, etc.

b) Période de réajustement

La victime émerge peu à peu de la période d'état de choc et désire reprendre une vie normale. Le processus de réorganisation de la vie quotidienne commence alors. Cette phase débute en général la semaine qui suit l'agression sexuelle et se poursuit durant quelques semaines.

La victime se sent prête à reprendre ses activités quotidiennes. Elle désire oublier l'agression et se concentrer sur des aspects de sa vie qu'elle a négligés depuis un certain temps. Elle se sent soulagée d'être moins obsédée par ce qui lui est arrivé. Elle peut maintenant s'occuper d'elle-même en retrouvant l'énergie qu'elle avait utilisée auparavant pour maîtriser ses émotions, pour parler ou lutter émotivement contre l'agresseur. La victime parle moins de l'agression sexuelle et de ce qu'elle ressent. Elle peut même avoir tendance à nier que l'agression sexuelle la préoccupe encore.

Souvent, durant cette période, la victime continue à faire des cauchemars ou des rêves violents : ceux-ci ont souvent pour thème une situation similaire à celle de l'agression sexuelle ; les tentatives de la victime d'échapper à l'agression aboutissent à l'échec. Le contenu du rêve peut se modifier avec le temps ; le rêve demeure violent, mais renvoie à la victime une image violente d'elle-même. Par exemple, elle va se défendre, riposter devant l'agresseur. Cette représentation d'elle-même peut la rendre mal à l'aise.

Aussi, elle peut sursauter lorsque quelqu'un entre dans la pièce où elle se trouve ou la touche soudainement.

L'élément-clé de cette période est « l'activité ». La victime tente de se refaire une vie où elle se sentira de nouveau bien dans sa peau. Elle peut déménager, changer d'emploi ou de numéro de téléphone. Elle peut ressentir le besoin de partir, de s'éloigner. Elle peut aussi se dédier pleinement à ses activités usuelles.

Certaines victimes peuvent développer des peurs ou des phobies, qui ont d'ailleurs pu apparaître durant la phase d'état de choc :

- peur de rester à l'intérieur ;
- peur de la foule ;
- peur d'être seule ;
- peur des individus qui ressemblent à l'agresseur ;
- peur de certaines odeurs qui évoquent l'agresseur ;
- peur des relations sexuelles.

Durant cette période, certaines victimes ne reviennent qu'à un niveau minimal de fonctionnement normal. Chez certaines, il peut y avoir des idéations suicidaires.

c) Période d'intégration

La victime peut maintenant mener à bien ses activités quotidiennes. Elle a en grande partie retrouvé son calme. Elle éprouve peut-être le besoin de repenser à l'agression afin d'éclaircir certaines questions ou émotions qui la troublent encore. La période d'intégration peut se prolonger quelques mois.

Durant cette période, la victime essaie de se réconcilier avec les pensées et les émotions liées à l'agression sexuelle. La frustration, la colère, la culpabilité peuvent refaire surface lorsqu'elle repense à l'agression. Elle peut avoir résolu rationnellement certains aspects de l'agression, mais certaines émotions peuvent être toujours présentes.

C'est une phase d'introspection durant laquelle la victime peut se sentir loin des autres, surtout de ceux qui ont une attitude ambiguë envers elle. Elle ressent parfois le besoin de regarder seule la réalité en face et d'y réfléchir. La victime éprouvera peut-être de la colère envers ceux et celles qui ont fait preuve d'incompréhension, d'indifférence ou d'injustice à son égard. Elle peut aussi éprouver le besoin de parler à quelqu'un qui pourrait l'aider à faire la lumière sur certains points litigieux.

La victime peut ressentir du découragement si, après un certain temps, les cauchemars ou les peurs persistent, telle la peur d'être seule, ou si elle est incapable d'avoir des relations sexuelles. Durant cette période, certains des progrès accomplis peuvent sembler précaires.

C'est aussi une période où la colère contre l'agresseur peut être exprimée ou peut être projetée sur les proches. Il peut y avoir une remise en question de certaines décisions prises au moment de la recherche de sécurité (ex. : déménager chez ses parents). Cette remise en question provient d'un besoin de se sentir de nouveau libre. C'est en effet la période du retour vers l'autonomie.

Quelques aspects particuliers des conséquences d'une agression sexuelle chez les hommes

Même si les conséquences que nous avons décrites se retrouvent aussi bien chez les hommes que chez les femmes, il est bon de spécifier quelques aspects plus particuliers aux hommes agressés sexuellement, qu'ils soient enfants, adolescents ou adultes.

Peu d'hommes dévoilent les agressions sexuelles dont ils sont victimes. Par conséquent, on connaît peu leurs réactions et les séquelles qu'ils subissent, bien que des études récentes s'y soient attardées, particulièrement dans les cas d'inceste ou d'agressions sexuelles à répétition. Les mêmes raisons qui freinent le dévoilement chez l'homme victime d'agression sexuelle influencent par ailleurs ses réactions et ses problèmes à la suite du dévoilement.

En effet, la question de l'orientation sexuelle se pose souvent chez l'homme agressé sexuellement par un homme, particulièrement chez les enfants et les adolescents. C'est une réalité incontournable. L'homme victime aura l'impression que toutes et tous pensent qu'il est homosexuel. Chez l'adolescent qui se pose normalement, à un moment ou l'autre, la question de son orientation sexuelle, l'agression sexuelle viendra aviver son questionnement, particulièrement si cette étape de son développement n'est pas résolue.

En outre, l'homme devrait se défendre, il n'est pas facile à maîtriser ; du moins telle est la croyance commune, surtout s'il s'agit d'un adolescent ou d'un adulte. Mais les hommes victimes ne se sont pas défendus. Les hommes, comme les femmes, peuvent figer devant la menace, l'imprévu et l'inconnu. Toutefois, cette absence de riposte peut laisser croire que l'homme victime n'est pas un « vrai homme », qu'il a peut-être désiré cet acte sexuel, donc qu'il est probablement homosexuel.

Le sentiment de honte est donc très fort chez l'homme agressé sexuellement: ce dernier porte à la fois le malaise de l'agression sexuelle et celui de l'homosexualité. La culpabilité est également très forte: il aurait dû se défendre, comme toute victime, mais plus encore parce qu'il est un homme. L'homme victime peut se sentir très isolé. Il peut se demander pourquoi lui, parmi d'autres, a été agressé sexuellement: il y a toutes sortes de réponses aussi valables les unes que les autres, mais le hasard a joué. Il se demande aussi, et surtout, si c'est parce qu'il a pu « paraître homosexuel ».

Les parents et les proches ont la plupart du temps en tête ce questionnement sur son orientation sexuelle, et la victime le sait. L'homme, particulièrement l'adolescent, peut donc difficilement reparler de l'agression sans risquer de susciter ce questionnement. Avec les amis de l'école, le sujet devient tabou. Les adolescents ne peuvent donc pas souvent bénéficier du soutien des amis. Les parents de l'adolescent craindront également que leur fils devienne homosexuel à la suite de l'agression sexuelle et ils consulteront souvent en manifestant ces craintes directement devant lui, augmentant d'autant son malaise et son anxiété.

Réactions et difficultés vécues par les parents et les proches de la victime

Les proches ont un rôle important à jouer auprès de la victime. Ils peuvent grandement l'aider à composer avec les conséquences d'une agression sexuelle, tout comme ils peuvent amplifier son sentiment de culpabilité et de honte. En effet, les réactions de l'entourage de la victime influent sur le processus de récupération.

Les parents et les proches des enfants, des adolescentes et des adolescents

26

Un dévoilement d'agression sexuelle par un tiers agresseur provoque une réaction au sein de la famille. Cette réaction est déterminante pour la jeune victime. Ses parents peuvent douter de la véracité des faits, ils peuvent la blâmer, tout comme ils peuvent l'appuyer, faire preuve de compréhension, ou encore la surprotéger. Si des difficultés latentes existaient déjà dans la famille, un tel événement peut provoquer un déséquilibre familial important et entraîner l'éclosion de ces difficultés au grand jour. En général, à moins d'un problème familial préexistant, la famille vit, à l'instar de la jeune victime, une crise plus temporaire que permanente. Si les parents connaissent bien leur enfant, ils savent habituellement comment agir, même si parfois le doute les envahit.

Le dévoilement de l'inceste provoque aussi une crise au sein de la famille. Il vient rompre le silence qui existait. Aussitôt, un certain nombre de manœuvres seront entreprises par les membres de la famille pour contrer la menace et réinstaurer la situation antérieure. Ainsi, fréquemment, les membres de la famille nieront tout simplement les faits dévoilés. Par ailleurs, si le parent agresseur reconnaît les faits, ce ne sera habituellement pas sans tenter de les justifier. Par exemple, le père alléguera l'indifférence de sa femme ou ses absences prolongées, ou même accusera sa fille d'avoir été provocante et consentante. Souvent, il niera les actes ou minimisera sa responsabilité.

Le dévoilement de l'inceste est une étape très difficile pour tous les membres de la famille et un **moment crucial de l'intervention**. D'un seul coup, ce dévoilement dénonce l'agresseur sexuel, sur lequel plane la menace de l'emprisonnement, et couvre de honte les membres de la famille. Bien souvent, s'il n'y a pas de réponse immédiate et adéquate du réseau social, le dévoilement peut se retourner contre la victime et de la victimiser davantage. Elle peut être ainsi forcée de se rétracter à cause des pressions sociales et familiales. Le dévoilement est aussi une phase très critique et accablante pour l'intervenante ou l'intervenant. Celle-ci ou celui-ci doit faire face à la colère de la famille ainsi qu'aux différents mécanismes de défense utilisés,

telles la négation, la projection, l'intellectualisation, etc. Le système familial ainsi menacé a tendance à se refermer sur lui-même. Les parents, en colère, peuvent agir violemment et même accuser leur enfant de les avoir trahis. La négation est très forte, de même que les sentiments de culpabilité et de honte. L'intervenante ou l'intervenant doit garder le contrôle de la situation tout en offrant aux personnes le soutien dont elles ont grand besoin (*Extraits: Marie Giard, Une approche socio-judiciaire intégrée pour le traitement des enfants abusés sexuellement et de leurs parents* 1990). La mère peut réagir positivement, croire son enfant et prendre les moyens pour le protéger. Évidemment, tout dépend de la personnalité et des ressources de chacun des membres de la famille et de la dynamique familiale. Il peut y avoir une séparation, si ce n'est déjà fait, comme il peut y avoir un rejet de la victime; les parents peuvent également accepter les plans d'intervention familiale et personnelle qui tentent de mieux protéger la victime.

Qu'il s'agisse d'un inceste ou d'une agression sexuelle par un tiers agresseur, **la fratrie joue un rôle non négligeable**. On y observe selon les cas: compassion, empathie, soutien, accusation, culpabilisation, peur, jalousie, moquerie, etc.

Le soutien que ses camarades peuvent apporter à l'adolescente ou à l'adolescent est important. Les amis sont proches et empathiques en général, ils expriment de la colère contre l'agresseur; certaines adolescentes découvrent que leur meilleure amie a aussi été agressée sexuellement. Les amis et amies ne reparlent pas nécessairement beaucoup de l'agression, ils s'occupent de distraire la victime. La socialisation, les sorties, la quête d'autonomie sont des éléments importants du développement à cet âge, et les amis peuvent aider la victime à maintenir ses acquis. Par contre, on verra quelquefois des amitiés se rompre, ce qui ajoute au fardeau de la victime. **Toutefois, malgré leur place prépondérante, le soutien des amis ne remplace pas celui des parents.**

Les proches de l'adulte

Le soutien des amis ou du conjoint, tout comme leurs réactions et leurs attitudes, constituent des éléments importants du processus de récupération de la victime adulte.

Durant la phase aiguë, certaines victimes disent recevoir de leur entourage soutien, aide et compréhension. Parfois, l'attitude du partenaire et de l'entourage sera la surprotection de la victime, ce qui, dans un premier temps, peut convenir à certaines victimes, puisque cette dépendance les rassure et leur permet de poursuivre leurs occupations; mais d'autres peuvent en être incommodées. Certaines victimes, au contraire, ne reçoivent aucun soutien de leur entourage, sont plutôt blâmées ou se sentent rejetées.

Durant cette période, la victime est sensible à l'attitude des autres à son égard. Aux prises avec ses propres valeurs et sa conception de l'agression, préoccupée par l'ampleur de ses émotions et s'interrogeant sur les moyens qu'elle aurait pu prendre pour éviter l'agression, elle devient extrêmement sensible aux jugements ou aux propos que peuvent tenir les autres sur ce qu'elle a fait ou aurait dû faire, ou sur les réactions qu'elle manifeste. Elle hésite donc parfois à parler de l'agression et de ses conséquences.

Des victimes qui ont un lien de compréhension mutuelle avec leur partenaire reconnaissent les bienfaits du dialogue avec celui-ci. D'autres préfèrent se taire et tenter d'oublier l'événement. Se sentant souvent impuissant devant la détresse de sa partenaire, le conjoint peut être d'accord avec le fait qu'elle tente d'oublier. Il évite donc autant que possible de la questionner sur son état. Cette situation peut rompre la communication et isoler la victime parce qu'elle l'empêche de verbaliser ses sentiments.

Lorsque les symptômes persistent au-delà de quelques semaines, le conjoint ou les membres de la famille peuvent perdre patience et devenir plus exigeants envers la victime, ce qui ne l'aide pas.

L'intervenante ou l'intervenant face à l'agression sexuelle

Parler d'agressions sexuelles, c'est entrer dans un monde d'interdits, de silences, de tabous, d'isolement et de sentiments qu'on préfère généralement éviter, comme la honte et la culpabilité, la tristesse, la colère, l'impuissance, la terreur, l'ambivalence, l'abandon et la trahison.

L'agression provoque un malaise. Encore aujourd'hui, il n'est pas rare de constater à quel point des intervenantes et des intervenants expérimentés et formés à la relation d'aide se sentent complètement démunis devant une victime d'agression sexuelle, ce qui provoque diverses réactions : on dirige la victime vers des spécialistes qui, pense-t-on, sont les seuls à pouvoir l'aider ; on banalise la situation en prenant un peu à la légère le récit de la victime ; ou encore on reste bouche bée et on ne sait pas quoi dire. Le refus de travailler avec les victimes, la peur de devoir témoigner à la cour, l'accent mis sur la notion de consentement plutôt que sur les agissements de l'agresseur, l'incrédulité face aux statistiques sont d'autres manifestations de ce malaise.

En général, on est peu à l'aise de parler de sexualité, sujet qui est du domaine de l'intime et du privé. La violence aussi demeure souvent secrète et n'est pas dénoncée. Quant aux agressions sexuelles, qui sont au confluent de la sexualité et de la violence, on est presque dans l'innommable. La problématique de l'agression sexuelle est également tout en paradoxes : incrédulité-dramatisation, secret-scandale. Pourtant, ce serait bien de pouvoir parler ouvertement et simplement de cette dure réalité.

Le phénomène des agressions sexuelles nous fait réfléchir sur la nature humaine. Comment comprendre, quand celui qui devrait aimer et protéger un enfant l'agresse en posant des gestes qu'on associe à de l'amour. Les victimes d'agression sexuelle durant l'enfance arrivent difficilement à intégrer ce paradoxe : « je t'aime – je t'exploite ». Elles vivent souvent dans une confusion qui atténue leur douleur de ne pas être aimées. Il est donc primordial, pour l'intervenante et l'intervenant, de clarifier ces notions d'amour et de violence, de sexualité saine et de relations abusives.

Il y a un ensemble de facteurs, dont nous sommes plus ou moins conscients, qui contribuent aussi à entretenir le malaise et la peur face aux agressions sexuelles : le manque d'information, qui est aussi un magnifique prétexte pour ne pas agir (« on manque de formation ») ; le déni de la réalité, qui déforme les faits ; les tabous et les préjugés ; nos propres expériences.

Enfin, le fait de reconnaître que les rapports de force et de pouvoir, notamment les rapports homme/femme et adulte/enfant, peuvent conduire à des mauvais traitements physiques et à des agressions sexuelles amène à réfléchir au duo agresseur (violence, contrôle) / victime (peur, impuissance) et à déceler ce type de rapport dans la société ainsi que dans nos relations présentes et passées avec les autres et avec les victimes.

Le travail auprès des victimes d'agression sexuelle ne convient donc pas à toutes et à tous. Celles et ceux qui ne s'en sentent pas la capacité doivent s'abstenir de suivre ces personnes et les diriger vers des collègues intéressés et compétents, en exprimant clairement à la victime que ce sont leurs propres limites d'intervenante ou d'intervenant qui sont en cause et non pas la victime elle-même. Il faut toutefois que les intervenantes et intervenants se laissent un peu de temps pour développer leurs compétences dans ce domaine, et entre-temps, un certain malaise est normal, compréhensible et salutaire.

L'intervenante ou l'intervenant qui se trouve en présence d'une victime doit donc prendre conscience qu'elle ou il sera touché par les propos, l'histoire et la détresse de cette dernière. Inévitablement, la problématique

de l'agression sexuelle et le travail auprès des victimes provoquent des réactions chez l'intervenante ou l'intervenant et influencent la relation d'aide qu'elle ou il tente d'établir.

L'intervenante ou l'intervenant réagira et agira de diverses manières. D'abord, il peut y avoir un épuisement émotif, le sentiment d'être vidé à la suite d'un entretien avec une victime.

Ensuite, le fait d'être à l'écoute d'une personne victime d'un crime, d'une violation de ses droits, qui a souvent eu peur de mourir, peut éveiller, chez l'intervenante ou l'intervenant, ses propres inquiétudes face à sa vulnérabilité et à l'éventualité d'être agressé elle-même ou lui-même. L'intervenante ou l'intervenant pourrait avoir tendance à adopter des réactions et des sentiments semblables à ceux des victimes : peur, méfiance, colère, et surtout se forger la vision d'un monde menaçant. Pour se protéger et se sentir en sécurité, l'intervenante ou l'intervenant peut aussi s'interroger sur le rôle joué par la victime dans le crime et avoir tendance à rechercher, dans l'histoire de celle-ci, une raison, une provocation, qui pourrait expliquer l'événement. Elle ou il pourrait alors croire qu'en évitant d'adopter les mêmes comportements que ceux de la victime, un sort similaire lui sera épargné. Bien que le sentiment d'insécurité puisse être normal, il est essentiel que l'intervenante ou l'intervenant prenne conscience de l'effet de ces craintes sur l'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle. Si elle ou il n'est pas conscient de son propre sentiment d'insécurité et de ses craintes ou n'est pas capable de les assumer, l'intervenante ou l'intervenant peut se détacher des besoins de la victime, minimiser l'impact de l'agression, en le niant ou en reportant subtilement la responsabilité sur la victime ; ses paroles seront alors probablement empreintes de préjugés. Elle ou il peut aussi transférer à la victime ses propres peurs, diminuant les chances de récupération de cette dernière.

L'intervenante ou l'intervenant peut également avoir tendance à prendre très à cœur les problèmes vécus par la victime à la suite de l'agression, qu'ils soient d'ordre psychologique, physique, social ou financier. Il serait difficile de demeurer objectif et de vivre un certain bouleversement intérieur ressemblant à celui de la victime.

L'intervenante ou l'intervenant peut aussi se sentir impuissant face aux sentiments, aux réactions et aux problèmes exprimés par la victime. Ce sentiment d'impuissance peut être amplifié par le manque de ressources ou l'incompréhension de certains intervenantes et intervenants des réseaux sociaux, de la santé ou de la justice. Motivés par le désir d'intervenir adéquatement et de calmer les inquiétudes de la victime, l'intervenante ou l'intervenant pourrait alors prendre le contrôle et trop en faire. Il est important de prendre conscience que le rôle de l'intervenante ou de l'intervenant consiste à aider la victime, à la suivre dans son cheminement, et non à agir et à vivre la situation pour elle. Lorsqu'on établit une relation d'aide et qu'on demeure en contact avec soi-même, il est évident qu'on ne peut éviter d'être touché par la souffrance qui habite l'autre. Lorsqu'on accueille objectivement et avec compassion ces émotions, au lieu de chercher à s'en protéger ou de s'en laisser envahir, un processus de guérison de la souffrance peut commencer et on peut y contribuer.

Trop souvent, l'intervenante ou l'intervenant dit ne pas connaître la problématique de l'agression sexuelle et qu'il lui est par conséquent difficile de s'engager. Il ne faut pas attendre de tout savoir pour s'engager. C'est l'engagement qui précède la naissance d'un service d'aide, rarement l'inverse. En fait, il s'agit d'une relation d'aide : qui est la victime, que veut-elle, que vit-elle ? En faisant avec elle le tour de la situation, on définit ses besoins et elle voit poindre des éléments de solution.

Celle ou celui qui intervient auprès des victimes d'agression sexuelle se sent parfois seul, isolé, préoccupé par les problèmes et les malaises des victimes qu'elle ou il côtoie. Afin d'éviter l'essoufflement professionnel, l'intervenante ou l'intervenant doit être attentif à ses besoins. Elle ou il a lui aussi besoin de ventiler ses

émotions et ses idées, mais au bon moment et avec les bonnes personnes, c'est-à-dire avec des collègues de travail, avec des personnes de confiance ou avec un professionnel en pratique privée.

L'intervenante ou l'intervenant doit aussi prendre conscience de la multidisciplinarité indispensable et incontournable dans la problématique de l'agression sexuelle. La victime aura rarement autour d'elle une seule intervenante ou un seul intervenant. La coordination des interventions et des intervenantes et intervenants est essentielle au mieux-être de la victime.

Une bonne évaluation est indispensable et est souvent la clé d'une bonne intervention. Plusieurs malentendus découlent tout simplement d'une évaluation trop sommaire. Cette évaluation se fait avec la victime; malgré cette évidence, il arrive souvent que les intervenantes et les intervenants évaluent ces situations en fonction de leurs besoins, de leurs malaises ou contraintes, et non en fonction de la victime.

Enfin, ce que les victimes attendent de nous est souvent fort simple. Elles veulent qu'on les accueille et qu'on leur fasse une place, qu'on les écoute sans invalider leurs propos, qu'on comprenne leur détresse (qui souvent s'exprime par des plaintes au sujet de leur santé), qu'on les traite avec respect, et fasse preuve d'empathie et qu'on s'acquitte de notre travail consciencieusement afin de leur venir en aide.

Conclusion

Les agressions sexuelles constituent un phénomène prévalent dont les conséquences sont coûteuses pour les victimes et pour la société tout entière.

30

Il faut encourager le dévoilement des agressions sexuelles à tous les âges et particulièrement chez les enfants, de manière à en réduire les séquelles. Le dépistage des agressions sexuelles chez les enfants, les adolescentes et les adolescents doit être un processus actif. L'agression sexuelle est un crime et la déclaration à la police doit être considérée, quoique la décision revienne entièrement à la victime.

Comme l'intervenante ou l'intervenant est sans cesse confronté aux problèmes et au vécu des victimes, il est important qu'elle ou il analyse et comprenne ses propres réactions et attitudes par rapport à la problématique des agressions sexuelles de manière à être disponible pour répondre aux besoins des victimes.

La victime est une personne avant tout. Si l'on considérait de cette façon les enfants, les adolescentes, les adolescents, les femmes et les hommes qui ont eu le malheur de se trouver sur le chemin d'un agresseur sexuel, on aurait sans doute plus de facilité à les aider.

Annexe 1

Liste sommaire d'indices d'agression sexuelle chez les enfants, les adolescentes et les adolescents

Certains indices de cette liste, qui n'est pas exhaustive, s'appliquent parfois davantage à l'enfant qu'à l'adolescente ou à l'adolescent.

Comportement général et sexuel

a) Comportement général :

Il s'agit de problèmes ou de manifestations plus ou moins importants et intenses liés au comportement général, à la socialisation et à la faculté d'adaptation. Parfois l'indice consiste en un changement de comportement, soit brusque, soit relativement progressif :

- comportement excessivement docile, servile, soumis, dépendant ;
- comportement agressif, provocateur, contestataire ;
- pseudo-maturité : enfant qui assume un rôle d'adulte (par exemple, un rôle de mère ou d'épouse) ;
- sautes d'humeur, pleurs sans motif ;
- dépression, « dépressivité » (tristesse) ;
- idées suicidaires, tentatives de suicide ;
- confiance en soi et estime de soi déficientes ;
- hyperactivité ;
- peurs, phobies ;
- isolement social, repli sur soi (peu d'amies ou d'amis) ;
- rivalité avec les pairs, sentiment de différence vis-à-vis des pairs ;
- méfiance envers les adultes proches, refus de fréquenter certains adultes (oncle, voisin, amie ou ami, famille) ;
- consommation abusive ou importante de drogues ou de médicaments ;
- refus, de la part de l'adolescente ou de l'adolescent de garder, ou refus, de la part de l'enfant, de se faire garder par une personne qui lui est familière ;
- relations avec des inconnus : enfant qui arrive avec des jouets ou des bonbons ; enfant, adolescente ou adolescent qui a de l'argent dont on ignore la provenance.

b) Comportement, manifestations sexuelles :

- propos sexuels fréquents, langage sexualisé pour l'âge ;
- allusions à une activité sexuelle inappropriées pour l'âge ;
- jeux sexuels persistants ou déplacés pour l'âge ; reproduction de comportements sexuels avec des poupées, des camarades ou des adultes ;
- comportements sexuels agressifs ;
- compréhension de comportements sexuels et de détails inappropriée pour l'âge ;
- dessins à caractère sexuel inappropriés pour l'âge ;
- comportement étrange au moment des changements de couche (craintes, pleurs, repli constant des membres inférieurs, etc.) ;
- masturbation excessive ;
- caresses repoussées d'adultes connus ;
- comportement de séduction exagéré ;
- prostitution, promiscuité sexuelle ;
- agression sexuelle (commis par l'enfant, l'adolescente ou l'adolescent).

32**Parents, dynamique familiale**

Certains indices proviennent de la dynamique familiale et des caractéristiques et comportements des parents :

- rôle inversé (enfant, adolescente ou adolescent qui assume un rôle d'adulte) ;
- père autoritaire, jaloux de sa fille, possessif (interdisant les contacts avec les garçons et contrôlant les sorties de façon exagérée) ;
- famille isolée ;
- fugues ;
- carence de la vie sexuelle chez les parents ;
- père connu comme abuseur sexuel ;
- famille reconstituée ;
- carence affective chez les parents ;
- violence physique ;
- puritanisme excessif ;
- antécédents d'abus sexuel (inceste surtout) chez les parents ou dans leur famille ;
- alcoolisme, toxicomanie.

Comportements scolaires

Quelques indices, outre le comportement général et sexuel de l'enfant, de l'adolescente ou de l'adolescent à l'école, peuvent retenir l'attention comme étant plus spécifiques :

- refus de l'autorité à l'école (agressivité envers les professeurs);
- arrivée à l'école avant l'heure et départ tardif;
- non-participation aux activités scolaires et parascolaires (isolement dans la classe);
- incapacité de se concentrer, distraction, absence de motivation, chute soudaine ou progressive des résultats;
- sommeil durant les cours;
- absentéisme;
- refus de participer aux cours d'éducation physique sans motif valable ou par pudeur;
- réaction différente de celles des autres étudiantes et étudiants pendant un cours sur la sexualité ou sur les agressions sexuelles et leur prévention.

Indices médicaux et de santé

a) Histoire médicale – plaintes et antécédents :

- brûlements urinaires répétitifs;
- énurésie (incontinence d'urine, diurne ou nocturne);
- démangeaison vaginale ou vulvaire à répétition;
- pertes vaginales (leucorrhée) chez l'enfant;
- saignement vaginal chez la prépubère : culotte tachée;
- constipation, diarrhée, encoprésie (incontinence des selles), douleur ou démangeaison anales, saignement anal, fissures chroniques;
- rêves violents, cauchemars (avec morts, agressions, etc.);
- maux de tête, étourdissements, hyperventilation;
- maux de ventre, nausées, vomissements;
- manque d'appétit, anorexie nerveuse;
- fatigue.

Cette liste n'est pas exhaustive. Certaines plaintes sont parfois exprimées sans qu'il y ait de signes physiques ni de maladies évidents.

b) Signes physiques ou maladies :

- lésions, irritations vulvaires;
- lésions, irritations anales;
- ITS (gonorrhée, chlamydia, herpès, condylomes, *molluscum contagiosum*, hépatite B, etc.);
- infections urinaires (souvent récurrentes à la suite de manipulations de la zone génito-urinaire), énurésie, encoprésie;
- lésions (pénis, fesses, cuisses, anus, vulve, hymen);
- corps étranger (vagin, anus);
- saignement vaginal ou anal inexplicable;
- dilatation anormale (hymen, anus);
- grossesse inexplicable ou d'origine imprécise;
- anorexie nerveuse.

c) Intégrité corporelle :

Bien qu'ils ne constituent pas une catégorie distincte des précédentes, on peut regrouper un ensemble d'indices qui touchent au corps, à son intégrité, à son image et à la sexualité :

34

- craintes inexplicables et non justifiées de grossesse ou de ITS;
(exemples : un enfant de 8 ans pense avoir une ITS ou en parle beaucoup; une adolescente est menstruée le jour de sa visite chez le médecin et craint une grossesse, malgré ses connaissances sur le sujet);
- peur injustifiée d'anomalie des organes génitaux;
- peur exagérée ou refus de subir un examen génital;
- désinhibition (sans-gêne) excessive au cours de l'examen génital;
- pudeur excessive dans le quotidien (demande de dispense des cours d'éducation physique);
- promiscuité sexuelle, prostitution;
- contrôle contraceptif : utilisation de la contraception sans besoin apparent, « au cas où », pendant des mois;
- dévoilement après le début de la ménarche ou à l'occasion de la fréquentation du premier ami, chez l'adolescente;
- propreté exagérée ou gestes répétitifs (s'essuyer sans cesse la bouche, par exemple);
- masturbation excessive;
- automutilation;
- tentative de suicide.



LOIS, INTERVENTIONS POLICIÈRES, PROCÉDURES JUDICIAIRES ET SOCIALES

Pour répondre aux besoins des
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE
enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes

*Intervenons
ensemble*

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Principes de base du droit criminel canadien	3
Crime contre la société	3
Présomption d'innocence	4
Fardeau de la preuve	4
Preuve hors de tout doute raisonnable	4
Prescription	4
Gratuité	4
Lois touchant les agressions sexuelles en général, l'inceste et l'exploitation sexuelle des enfants, des adolescentes et des adolescents	5
Chefs d'accusation	5
<i>Loi sur la protection de la jeunesse</i>	6
<i>Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents</i>	7
Procédures de la poursuite au criminel	8
Dépôt de la plainte à la police	8
Enquête policière	9
Accusation	9
Arrestation	10
Comparution	10
Enquête sur la remise en liberté	11
Communication de la preuve	11
Enquête préliminaire	11
Procès	12
Peine	13
Temps écoulé depuis la plainte à la police jusqu'à la peine	14
Modalités judiciaires pour le témoignage des mineurs	14
Enregistrement magnétoscopique de la déclaration de la victime à la police	14
Assermentation et promesse de dire la vérité	15
Crédibilité des enfants	15

Écran et témoignage à l'extérieur de la salle d'audience	16
Procédure à huis clos	16
Présence d'une personne de confiance	16
Interdiction pour l'accusé de contre-interroger	16
Poursuite au civil	16
Procédures sociales et sociojudiciaires chez les mineurs	17
Procédures sociales liées à la <i>Loi sur la protection de la jeunesse</i>	17
a) Signalement	17
b) Évaluation et orientation	19
c) Application des mesures	20
Procédures judiciaires à la Chambre de la jeunesse	20
Procédures sociojudiciaires chez les mineurs	21
Étape 1: Le signalement	21
Étape 2: La liaison et la planification	22
Étape 3: L'enquête et l'évaluation	23
Étape 4: La prise de décision	24
Étape 5: Action et rétro-information	24
Indemnisation des victimes d'actes criminels	25
Témoignage des intervenantes et des intervenants	25
Assignation à comparaître	26
Contact avec le substitut du procureur général ou l'avocat au dossier	26
Expertise	27
Témoignage	27
Conclusion	29
ANNEXE 1	
Chefs d'accusation et peines maximales prévus par le <i>Code criminel</i>	30
ANNEXE 2	
<i>Loi sur la protection de la jeunesse</i>	33
ANNEXE 3	
Schéma illustrant la procédure de la poursuite au criminel	38
ANNEXE 4	
Banque nationale de données génétiques	39

Introduction

Dans les situations d'agression sexuelle, des procédures sociales et judiciaires peuvent être engagées. Selon les circonstances, il pourra y avoir une intervention soit sociale (*Loi sur la protection de la jeunesse* – Chambre de la jeunesse), soit judiciaire (accusation en vertu du *Code criminel*), soit les deux, de façon concertée ou indépendante, et ce, pour les victimes de moins de 18 ans.

De ce fait, plusieurs victimes d'agression sexuelle auront des contacts avec le système judiciaire et l'intervention auprès de ces victimes doit tenir compte de ce système. Dans le cas des enfants, des adolescentes et des adolescents, le système social sera toujours en cause, à tout le moins par le biais du signalement obligatoire au directeur de la protection de la jeunesse.

Le système judiciaire est peu ou mal connu. Les victimes connaissent peu leurs droits, leur rôle, les procédures judiciaires, le mandat des policiers, des substituts du procureur général, du juge, etc. Il en est de même du système social et de protection de la jeunesse; les parents des enfants et les adolescentes et adolescents connaissent peu les mandats et le processus d'évaluation, de décision et de prise en charge du DPJ et des centres jeunesse. Les victimes et leurs proches ont donc besoin d'information. Les intervenantes et les intervenants de première ligne ou du *centre désigné* sont parfois les premières personnes disponibles pour répondre à leurs questions. Il est donc important pour eux de connaître le fonctionnement de l'appareil judiciaire et du système de protection de la jeunesse.

Dans les textes de loi et le *Code criminel* canadien, les termes « plaignant » ou « plaignante » réfèrent souvent à la personne victime. Dans ce chapitre, nous utiliserons de façon systématique le mot victime, même quand nous reproduisons un texte de loi.

Par ailleurs, l'expression *abus sexuel*, plutôt qu'*agression sexuelle*, est souvent utilisée dans ce chapitre parce que les documents du DPJ et la *Loi sur la protection de la jeunesse* font référence à ce terme d'usage courant dans le milieu. Le terme *enfant* inclut les adolescentes et les adolescents.

3

Principes de base du droit criminel canadien

Connaître les principes de base du droit criminel canadien permet de mieux comprendre le processus qui s'enclenche lorsqu'une personne décide de porter plainte à la police à la suite d'une agression sexuelle. Cela permet aussi de préciser les attentes que l'on peut entretenir à l'endroit du système judiciaire.

Crime contre la société

Le droit canadien régit les comportements jugés inacceptables par l'ensemble de la société. Le *Code criminel* regroupe l'ensemble des délits et il établit les règles et les procédures applicables aux accusés.

Tout acte criminel est considéré comme un crime contre la société. Lorsqu'un crime est commis, c'est l'État qui prend en charge la plainte et poursuit l'accusé.

Un substitut du procureur général, communément appelé procureur de la Couronne ou de la poursuite, est responsable de la poursuite; il représente l'État. Le substitut du procureur général n'est pas l'avocat de la victime. Cette dernière est généralement le témoin principal de la poursuite. La victime n'a donc pas besoin d'être représentée par un avocat, car elle n'est pas une partie à la procédure judiciaire.

Présomption d'innocence

La présomption d'innocence est un principe de base de notre droit criminel. Ce principe veut que toute personne accusée d'un crime soit considérée comme innocente jusqu'à preuve du contraire. Il appartient à la poursuite, en l'occurrence l'État, de prouver qu'un crime a bel et bien été commis par cette personne. Ce principe vise à protéger les individus contre de fausses accusations.

Fardeau de la preuve

Le fardeau de la preuve incombe à la poursuite. Cette dernière doit prouver hors de tout doute raisonnable qu'un acte criminel a été commis et que c'est l'accusé qui l'a commis.

L'accusé est présumé innocent. De plus, il a le droit de garder le silence pendant l'interrogatoire policier. Il ne peut être contraint à témoigner et son avocat n'a qu'à soulever un doute dans l'esprit du juge ou du jury pour qu'il soit acquitté.

Preuve hors de tout doute raisonnable

Pour trouver une personne coupable, le juge ou le jury doit être convaincu hors de tout doute raisonnable qu'un crime a été commis et que c'est l'accusé qui l'a commis. Si un doute subsiste dans l'esprit du juge ou des jurés, ils doivent acquitter l'accusé.

Prescription

4

La prescription est le délai maximal, après la commission d'une infraction au *Code criminel*, pour porter des accusations contre une personne. Il n'existe pas de prescription, dans le *Code criminel*, pour porter des accusations dans le cas d'un acte criminel (mais il y a une prescription de six mois pour porter des accusations dans le cas d'infractions où des poursuites sont intentées par voie de procédure sommaire – voir *Chefs d'accusation*). Cela signifie qu'il est possible d'accuser une personne d'un crime grave commis il y a plusieurs années.

Les accusations seront portées en fonction des articles du *Code criminel* qui étaient en vigueur au moment de la commission du crime. Cela veut dire, par exemple, qu'une plainte pour une agression sexuelle commise avant 1983 sera considérée comme une plainte de viol, de tentative de viol ou d'attentat à la pudeur, selon la nature du crime, alors que ces chefs d'accusation ont cessé d'être utilisés après 1983.

Gratuité

Comme c'est l'État qui prend en charge la poursuite, il en assume les frais. Il n'y a donc aucun coût financier relié à cette poursuite pour les personnes qui portent plainte à la police à la suite d'un crime.

Lois touchant les agressions sexuelles en général, l'inceste et l'exploitation sexuelle des enfants, des adolescentes et des adolescents

Selon l'âge de l'accusé et de la présumée victime, plusieurs lois peuvent être appliquées.

Les victimes d'une agression sexuelle, quel que soit leur âge, ont accès au système judiciaire en application du *Code criminel*.

Parallèlement aux dispositions du *Code criminel*, les situations d'agression sexuelle chez les mineurs font intervenir le directeur de la protection de la jeunesse en application de la *Loi sur la protection de la jeunesse*.

Lorsque les accusations impliquent un contrevenant de moins de 18 ans, le traitement du dossier sera fait en application de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*.

Application des lois selon l'âge de l'accusé et de la victime

		Accusé	
		18 ans et plus	moins de 18 ans
Victime	18 ans et plus	• <i>Code criminel</i>	• <i>Code criminel</i> • <i>Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents</i>
	moins de 18 ans	• <i>Code criminel</i> • <i>Loi sur la protection de la jeunesse</i>	• <i>Code criminel</i> • <i>Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents</i> • <i>Loi sur la protection de la jeunesse</i>

Chefs d'accusation

Lorsqu'une agression sexuelle est commise et que les procédures criminelles sont enclenchées, divers chefs d'accusation peuvent être portés contre l'accusé par le substitut du procureur général. Au sens du *Code criminel*, les infractions peuvent être qualifiées d'actes criminels seulement (par exemple, l'agression sexuelle grave ou armée, l'inceste, etc.), d'infractions mixtes (par exemple, l'agression sexuelle par acte criminel ou par voie sommaire, l'incitation à des contacts sexuels chez les moins de 14 ans, etc.) ou d'autres infractions à caractère sexuel (par exemple, l'exhibitionnisme, l'action indécente, etc.).

Le substitut du procureur général peut poursuivre par voie de procédure sommaire ou par acte criminel. Certaines infractions ne peuvent être poursuivies que par voie de procédure sommaire. Lorsqu'une infraction est qualifiée de mixte, le substitut du procureur général a le choix de poursuivre par voie de procédure sommaire ou par acte criminel. Les infractions qualifiées d'actes criminels ne peuvent être poursuivies que par acte criminel.

Comparée à la poursuite par acte criminel, la poursuite par voie de procédure sommaire est plus courte, comporte moins d'étapes et la peine maximale est moins élevée; la prescription est de 6 mois pour avoir recours à cette procédure (dépôt des accusations moins de 6 mois après l'agression sexuelle).

Les accusations les plus fréquentes et les peines maximales prévues par le *Code criminel* sont énumérées à l'annexe 1.

Loi sur la protection de la jeunesse

Une loi particulière existe pour protéger les enfants et leur venir en aide lorsqu'ils sont en difficulté. Il s'agit de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, en vigueur au Québec depuis 1979. Cette loi concerne uniquement les jeunes personnes âgées de moins de 18 ans qui vivent des situations qui compromettent ou peuvent compromettre leur sécurité ou leur développement. Il s'agit d'enfants que l'on considère en difficulté, soit les enfants abandonnés, maltraités, exploités, victimes de mauvais traitements physiques ou d'agressions sexuelles ou qui présentent des troubles de comportement sérieux, tant à la maison qu'à l'école.

La *Loi sur la protection de la jeunesse* confirme que la protection de l'enfant est une responsabilité collective, elle vise tout le monde, mais plus particulièrement les adultes qui travaillent auprès des enfants, des adolescentes et des adolescents.

Cette loi précise, entre autres, l'obligation de signaler une agression sexuelle, aussi appelée abus sexuel, survenue chez un enfant, une adolescente ou un adolescent de moins de 18 ans.

Article 38.

6

Aux fins de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis :

- a) si ses parents ne vivent plus ou n'en assument pas de fait le soin, l'entretien ou l'éducation;
- b) si son développement mental ou affectif est menacé par l'absence de soins appropriés ou par l'isolement dans lequel il est maintenu ou par un rejet affectif grave et continu de la part de ses parents;
- c) si sa santé physique est menacée par l'absence de soins appropriés;
- d) s'il est privé de conditions matérielles d'existence appropriées à ses besoins et aux ressources de ses parents ou de ceux qui en ont la garde;
- e) s'il est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique;
- f) s'il est forcé ou incité à mendier, à faire un travail disproportionné à ses capacités ou à se produire en spectacle de façon inacceptable eu égard à son âge;
- g) **s'il est victime d'abus sexuels ou est soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence;**
- h) s'il manifeste des troubles de comportement sérieux et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de leur enfant ou n'y parviennent pas.

Article 39.

Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout enseignant ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de ces dispositions.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis au sens du paragraphe g) de l'article 38 est tenue de signaler sans délai la situation au directeur.

Les premier et deuxième alinéas s'appliquent même à ceux liés par le secret professionnel, sauf à l'avocat qui, dans l'exercice de sa profession, reçoit des informations concernant une situation visée à l'article 38 ou 38.1.

Article 42.

Un adulte est tenu d'apporter l'aide nécessaire à un enfant qui désire saisir les autorités compétentes d'une situation compromettant sa sécurité ou son développement, ceux de ses frères et sœurs ou ceux de tout autre enfant.

Article 43.

Une personne ne peut être poursuivie en justice pour des actes accomplis de bonne foi en vertu des articles 39 ou 42.

Article 44.

Nul ne peut dévoiler ou être contraint de dévoiler l'identité d'une personne qui a agi conformément aux articles 39 ou 42, sans son consentement.

Les articles de cette loi qui concernent l'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle sont reproduits à l'annexe 2.

Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

La *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* s'applique aux personnes qui ont commis une infraction alors qu'elles étaient âgées de 12 à 17 ans inclusivement. Cette loi qui remplace la *Loi sur les jeunes contrevenants* est en vigueur depuis le 1^{er} avril 2003. Elle énonce les principes, les règles de procédure et les mesures de protection applicables dans le cadre des poursuites pénales intentées contre les adolescents en vertu des lois fédérales, notamment le *Code criminel*.

La *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* établit que les adolescents et les adolescentes devraient être tenus responsables de leurs actes criminels mais en tenant compte particulièrement de leur degré de maturité.

La Cour du Québec (Chambre de la jeunesse) est le tribunal qui a juridiction pour entendre les accusations d'agression sexuelle portées contre un adolescent ou une adolescente.

Dans le cas d'infractions graves ou d'infractions à répétition, le substitut du procureur général peut demander l'assujettissement de l'adolescent ou de l'adolescente à une peine adulte. Dans ce cas, l'adolescent ou l'adolescente pourrait choisir d'opter pour un procès devant juge sans jury après une enquête préliminaire ou devant juge et jury après une enquête préliminaire. C'est au stade de la détermination de la peine que le tribunal décidera de la peine applicable.

Procédures de la poursuite au criminel

Les sections qui suivent détaillent les grandes étapes de la procédure de la poursuite au criminel et le rôle attribué à la victime à chacune de ces étapes. **Un schéma illustrant cette procédure se trouve à l'annexe 3.**

Dépôt de la plainte à la police

Lorsqu'une personne demande l'aide d'un service policier et désire porter plainte au criminel à la suite d'une agression sexuelle, **le poste de police à contacter est celui de la localité ou du quartier où a eu lieu l'agression.** La victime peut se rendre directement au poste de police en question ou contacter le 911.

Généralement, les premiers renseignements seront pris par un policier patrouilleur. Pour ne pas faire répéter inutilement la victime sa version complète des faits, cette information devrait être réduite au strict minimum. Si la victime désire des soins médicaux immédiats, c'est habituellement ce policier patrouilleur qui l'accompagne au *centre désigné* pour l'intervention médicosociale. Selon la situation, le policier peut conserver des vêtements ou des objets pouvant contribuer à la preuve, et prendre des photos ou des empreintes. Le policier patrouilleur ouvre le dossier, y consigne les premiers renseignements sur la plainte, sur l'auteur du délit, etc. Il remettra le dossier dans un bref délai à un policier enquêteur.

Il est important de prendre en note le nom du policier patrouilleur ainsi que le numéro d'événement. Ces données pourront faciliter les communications futures.

La plainte à la police met en branle le processus judiciaire, pouvant déboucher sur une poursuite criminelle.

La victime à cette étape

La victime répond le plus clairement et justement possible aux questions du policier patrouilleur. Tout ce que la victime dit au policier, même à cette étape de l'enquête, sera remis à la défense si une poursuite criminelle est intentée.

Si la victime craint pour sa sécurité, à ce moment ou dans les jours ou semaines qui suivent, elle en avise immédiatement le policier.

Il se peut que la décision de contacter les policiers n'ait pas été le choix de la victime : les parents d'une adolescente, par exemple, ont pu les contacter eux-mêmes, le conjoint d'une victime adulte a pu décider de le faire à la place de celle-ci, etc. Si la victime a des réticences à ce stade, il est préférable qu'elle en fasse part au policier. Après discussion avec ce dernier, la démarche peut être interrompue, sauf exception.

Enquête policière

L'enquêteur qui prend en charge le dossier, à la suite d'une plainte, rencontre la victime et prend sa déclaration par écrit ainsi que celles des autres témoins, s'il y a lieu. Il demande à la victime de raconter ce qui s'est passé, de détailler les gestes posés, de décrire l'agresseur, ou tout autre renseignement jugé pertinent. Cette information est consignée dans une déclaration signée par la victime. Ce document fera partie du dossier et l'accusé y aura accès.

Le suspect devra être identifié; s'il n'est pas connu, on procédera par parade-photo ou par portrait robot. S'il est impossible d'identifier le suspect, le dossier reste ouvert et des accusations pourraient être portées ultérieurement. Si le suspect est connu mais ne peut être localisé, un mandat d'arrestation est émis. L'enquêteur décidera, selon la nature du dossier et la preuve disponible, de procéder ou non à l'arrestation immédiate du suspect, s'il est connu.

Il est important de prendre en note le nom de l'enquêteur ainsi que le numéro d'événement. Ces données pourront faciliter les communications futures.

La victime à cette étape

L'enquêteur est le lien entre la victime et le substitut du procureur général. La victime ne doit pas hésiter à le contacter si elle veut des renseignements sur le déroulement de l'enquête ou pour ajouter une information au dossier. De même, **si la victime reçoit des menaces de l'agresseur** ou de l'entourage de ce dernier, elle devrait en aviser l'enquêteur ou le poste de police du quartier, si l'enquêteur ne peut être rejoint.

Une fois la plainte portée et l'enquête entreprise, si la victime se désiste ou nie les faits, ou si l'enquêteur juge qu'il y a insuffisance de preuves, **la procédure pourrait s'arrêter à ce stade. Cela ne signifie pas pour autant qu'il n'y a pas eu d'agression sexuelle.**

Accusation

Si la preuve est suffisante, le policier-enquêteur présente au substitut du procureur général une demande d'intenter des procédures accompagnée de son dossier d'enquête. Le substitut du procureur général en prend connaissance, décide si la preuve permet de porter des accusations et détermine ces dernières. Sauf circonstances exceptionnelles, le substitut rencontre la victime avant d'autoriser une dénonciation.

Le substitut du procureur général peut décider de ne pas porter d'accusation s'il juge qu'il n'y a pas suffisamment de preuve. Cela ne signifie pas pour autant qu'il n'y a pas eu d'agression sexuelle. Dans cette situation, la victime a le droit de porter une plainte privée directement à un juge de paix. Il s'agit là d'une démarche difficile, et qui peut aussi impliquer les coûts d'un avocat pour représenter la victime. (voir la section Poursuite au civil). Une victime pourrait également faire part de son désir de ne plus poursuivre les procédures ou refuser de témoigner advenant un procès, ce qui pourrait conduire le substitut du procureur général à décider de ne pas porter d'accusation.

La majorité des palais de justice ont mis en place un programme INFOVAC pour informer la victime, par la poste, du nom de l'accusé et des accusations portées contre lui. Si elle veut plus d'information sur le dossier, la victime doit communiquer avec l'enquêteur ou avec la personne dont le numéro de téléphone est inscrit sur la lettre INFOVAC, et ce, à toute étape des procédures.

Arrestation

Si le dépôt d'accusation est autorisé par le substitut du procureur général, la comparution du suspect pourra se faire de différentes façons :

- Il est arrêté (avec ou sans mandat d'arrestation) et gardé en détention jusqu'à sa comparution devant un juge. Dans ce cas, la comparution doit avoir lieu dans les 24 heures suivant l'arrestation. Il est très rare, cependant, que l'accusé soit gardé en détention jusqu'au procès.
- Il est arrêté et conduit au poste de police (avec ou sans mandat d'arrestation) pour être avisé des accusations portées contre lui et reçoit une promesse de comparaître (avec conditions) devant un juge, à une date ultérieure.
- Il est avisé des accusations portées contre lui par sommation à comparaître devant un juge.

Comparution

La comparution est l'étape où l'accusé est amené devant un juge pour entendre formellement les accusations portées contre lui.

S'il est poursuivi par voie de procédure sommaire, l'accusé doit alors plaider coupable ou non coupable. S'il plaide non coupable, il est envoyé à son procès, devant un juge seul.

S'il est poursuivi par acte criminel, l'accusé choisit le type de procès qu'il désire ; il a le choix d'un procès devant un juge seul ou devant un juge et un jury. La plupart du temps, les accusés dans les causes d'agression sexuelle subissent leur procès devant un juge seul. Ce n'est qu'au moment du procès qu'on demandera à l'accusé s'il plaide coupable ou non coupable, même si son avocat peut dire au stade de la comparution qu'il plaide non coupable.

L'accusé pourra plaider coupable ultérieurement à toutes les étapes des procédures, peu importe s'il est poursuivi par voie de procédure sommaire ou par acte criminel.

Si l'accusé **plaide coupable**, le juge peut immédiatement donner la sentence ou la reporter à une date ultérieure pour permettre la préparation d'un rapport présentenciel ou l'audition de témoins.

Au moment de la comparution, si l'accusé est détenu, le substitut du procureur général peut s'objecter à sa remise en liberté. Le juge devra à ce moment fixer une date pour tenir l'enquête sur la remise en liberté, et ce, dans un délai maximum de 3 jours francs. Le juge peut ordonner à l'accusé de s'abstenir de communiquer avec la victime pendant ce délai. Le substitut du procureur général peut aussi ne pas s'objecter à la remise en liberté sous certaines conditions. Le juge peut imposer les conditions suggérées par la poursuite ou en imposer d'autres. Les conditions les plus fréquentes sont une ordonnance de non-communication avec la victime et l'interdiction d'approcher les lieux de résidence et de travail de cette dernière. Le droit applicable au Canada prévoit la remise en liberté de l'accusé en attendant le procès. La détention jusqu'à la fin des procédures est l'exception. En effet, tout accusé est considéré comme innocent jusqu'à preuve du contraire.

La victime à cette étape

À cette étape, la victime n'est pas présente. Si l'accusé plaide coupable, le substitut du procureur général peut demander à la victime de témoigner à l'audience de la détermination de la peine.

Si la victime craint pour sa sécurité et veut savoir ce qui s'est passé durant la comparution, elle peut contacter l'enquêteur ou la personne dont le numéro de téléphone est inscrit sur la lettre INFOVAC.

Enquête sur la remise en liberté

L'enquête sur la remise en liberté, aussi appelée enquête sur cautionnement, sert à évaluer la pertinence de détenir l'accusé. Si le substitut du procureur général s'est objecté à la remise en liberté de l'accusé, cette enquête aura lieu dans un délai maximum de 3 jours francs après la comparution.

Pour rendre sa décision, le juge évalue la gravité des accusations, le casier judiciaire de l'accusé, le danger que celui-ci peut représenter pour le public ou la victime et la possibilité qu'il ne se présente pas aux prochaines étapes judiciaires.

Si le juge décide de remettre l'accusé en liberté, il impose des conditions que celui-ci doit respecter jusqu'à la décision finale (par exemple, ne pas communiquer avec la victime, ou être à son domicile de 23 h à 7 h).

Si le juge refuse de remettre l'accusé en liberté, il sera détenu durant toute la durée des procédures, sauf exception. De plus, le juge pourra imposer à l'accusé la condition de ne pas communiquer avec la victime. Le délai entre les différentes étapes sera alors plus court. Par exemple, l'enquête préliminaire ou le procès (si le suspect est accusé par voie sommaire) sera entendu plus rapidement.

Comme il a été mentionné plus haut, l'accusé est généralement remis en liberté après la comparution. La remise en liberté est cependant assortie de conditions. Encore une fois, si la victime craint pour sa sécurité et voudrait voir imposées des conditions de remise en liberté particulières, elle doit en parler avec l'enquêteur ou avec le substitut du procureur général.

Sauf dans les cas exceptionnels où elle est convoquée par l'une des parties, **la victime n'a pas à être présente à cette étape**. L'enquêteur lui fait part de la décision rendue.

Communication de la preuve

La poursuite est légalement tenue de dévoiler à la défense l'ensemble de la preuve dont elle dispose dans le dossier. Elle remet donc à la défense une copie de la déclaration de la victime et de celles des autres témoins, les résultats de l'analyse de la trousse médico-légale, les formulaires de la trousse médicosociale, etc. C'est à cette étape qu'est fixée une date pour l'audition de l'enquête préliminaire ou le procès.

Contrairement à la poursuite, la défense n'a pas l'obligation de dévoiler ses preuves. Comme à toute étape des procédures, l'accusé peut plaider coupable à l'accusation.

Les coordonnées de la victime ne sont pas communiquées. **La victime n'a pas à être présente à cette étape des procédures.**

Enquête préliminaire

Si l'accusé est poursuivi par voie de procédure sommaire, il n'y a pas d'enquête préliminaire, mais directement un procès devant un juge seul. Autrement, il y aura toujours une enquête préliminaire, sauf si l'accusé y renonce, ce qui est rare.

Durant l'enquête préliminaire, le juge doit déterminer s'il y a suffisamment de preuves pour citer l'accusé à son procès. **Dans la plupart des cas, la victime est appelée à témoigner la première** et sera contre-interrogée par le procureur de la défense. Les policiers ainsi que les autres témoins de la poursuite peuvent également être appelés à témoigner. Il est très rare que la défense fasse entendre des témoins à cette étape ou que l'accusé témoigne, préférant attendre le procès pour présenter sa preuve. Après avoir pris connaissance de la preuve de la poursuite, le juge rend sa décision : il cite le prévenu à son procès ou il le libère le prévenu des accusations portées contre lui.

Généralement, à l'enquête préliminaire, on demande l'exclusion des témoins, et, en conséquence, ceux-ci restent à l'extérieur de la salle d'audience jusqu'à leur témoignage. Par contre, l'accusé demeure présent dans la salle tout au long des procédures.

La victime à cette étape

À cette étape, la victime est présente et tient souvent le rôle de témoin principal de la poursuite. Elle répond aux questions posées par les procureurs ou le juge. Il est important pour elle de bien se préparer, en relisant la déclaration faite à la police ou des notes personnelles, afin de répondre de façon précise.

Selon les circonstances, la victime peut rencontrer le substitut du procureur général ou l'enquêteur pour préparer l'enquête préliminaire. Un centre d'aide aux victimes (CALACS, CAVAC) peut aussi apporter le soutien nécessaire et accompagner la victime dans les procédures judiciaires.

Si la victime désire la présence de personnes de son entourage, il est recommandé de choisir des personnes de confiance qui seront là pour la soutenir et non pour affronter l'accusé ou exprimer leur colère.

Durant son témoignage, il est utile que la victime prenne le temps nécessaire pour répondre, demande des éclaircissements si nécessaire, regarde le juge plutôt que le procureur de la défense lorsque ce dernier pose des questions, et diminue sa tension en n'oubliant pas de bien respirer. Il existe également un code vestimentaire pour la cour. Il est interdit de porter un vêtement sans manches ou des culottes courtes. Il est préférable d'avoir une tenue sobre.

Le projet de loi C-15 est entré en vigueur le 1^{er} décembre 2003. Les enquêtes préliminaires ne seront plus automatiques. La partie qui désire la tenue d'une telle enquête devra en faire la demande et convaincre le juge qu'elle est nécessaire.

12

Procès

Le procès est la principale étape du processus judiciaire. C'est à cette étape que le juge détermine la culpabilité ou la non-culpabilité de l'accusé.

Comme pour l'enquête préliminaire, la poursuite présente sa preuve en premier. La victime est appelée à témoigner et est contre-interrogée, comme tous les témoins de la poursuite, par le procureur de la défense. Ce dernier tente de la mettre en contradiction avec le témoignage qu'elle a rendu à l'enquête préliminaire.

Lorsque la poursuite a présenté l'ensemble de sa preuve (preuves matérielles et témoignages), la défense présente la sienne, mais elle n'est pas obligée de le faire. L'accusé n'est jamais obligé de témoigner, mais s'il choisit de le faire, il sera interrogé par son procureur et contre-interrogé par le substitut du procureur général.

Comme pour l'enquête préliminaire, les témoins doivent attendre à l'extérieur de la salle avant de témoigner. Par la suite, ils peuvent rester dans la salle s'ils le désirent. L'accusé reste présent dans la salle tout au long du procès.

Au cours de l'interrogatoire des témoins, le substitut du procureur général doit respecter certaines règles. Il doit interroger les témoins sur des faits pertinents à la cause; il ne peut poser de questions suggestives. Le témoin est tenu de rapporter uniquement les faits dont il a eu connaissance entourant l'accusation; il ne doit ni donner son opinion ni relater les paroles ou les faits qu'une autre personne que l'accusé lui aurait fait connaître.

Durant le contre-interrogatoire par le procureur de la défense, les questions suggestives sont permises. Elles doivent cependant être pertinentes à la cause, et peuvent porter sur les habiletés du témoin, ses connaissances, sa faculté de mémorisation, ses antécédents judiciaires, ses problèmes médicaux, etc. La défense essaiera de semer le doute dans l'esprit du juge ou du jury en attaquant la crédibilité de la victime. Le genre de questions dépend, en partie, du type de défense choisi par l'accusé. Le substitut du procureur général ou le juge interviendront si les questions sont abusives. Le juge doit alors déterminer si la question est permise. Si le juge décide qu'elle l'est, la victime doit répondre.

Après avoir entendu les témoins de la poursuite et de la défense, pris connaissance de l'ensemble de la preuve et entendu les plaidoiries des procureurs, le juge rend son jugement et, si l'accusé est reconnu coupable, il impose la peine. Il peut aussi reporter son jugement ou la peine à une date ultérieure. Si l'accusé a choisi un procès devant jury, le juge donne ses directives au jury et les jurés se retirent pour délibérer à huis clos. Le jury doit rendre un jugement unanime, soit un verdict de culpabilité ou de non-culpabilité, et c'est le juge qui détermine par la suite la peine si l'accusé est trouvé coupable.

La victime à cette étape

La victime est le témoin principal de la poursuite. L'enquêteur et le substitut du procureur général peuvent demander de rencontrer la victime afin de préparer le procès. Ainsi, elle sera appelée à lire les notes sténographiques de l'enquête préliminaire ainsi que la déclaration qu'elle a faite à la police.

À la fin du procès, si l'accusé est acquitté, comme il a déjà été précisé, cela ne signifie pas pour autant qu'il n'y a pas eu d'agression sexuelle. En effet, la culpabilité est établie sur une preuve hors de tout doute raisonnable; il n'est pas toujours simple d'établir cette preuve, même si les faits allégués sont réels.

Peine

Le *Code criminel* ne prévoit pas de peine minimum pour l'agression sexuelle, mais prévoit des peines maximales qui ne seront imposées que lorsque les circonstances le justifient.

Critères pour déterminer la peine

Lorsque l'accusé est trouvé coupable ou lorsqu'il plaide coupable, le substitut du procureur général et l'avocat de la défense peuvent faire des recommandations quant à la peine. Souvent, la peine est reportée pour permettre la présentation d'un rapport présentenciel. Ce rapport est préparé par un agent de probation et donne au juge plus d'information sur l'accusé, les circonstances entourant le crime ou tout autre renseignement jugé pertinent. La victime pourra remplir un formulaire intitulé « Déclaration de la victime sur les conséquences du crime » et faire état des dommages corporels ou autres ainsi que des pertes subies. De plus, si elle en fait la demande, la victime pourra témoigner à cette étape.

Pour déterminer la peine, le juge tient compte des éléments suivants :

- la gravité du crime ;
- l'exemplarité de la peine (l'effet dissuasif de la peine sur l'accusé et sur les autres personnes susceptibles de commettre un crime semblable) ;
- les circonstances atténuantes (le milieu familial, le remords, l'âge de l'accusé, etc.) ou aggravantes (les antécédents criminels de même nature, la préméditation, le traumatisme et l'âge de la victime, le contexte d'abus de confiance et d'autorité, etc.) ;

- la réhabilitation possible de l'accusé;
- les peines habituelles pour un crime semblable;
- les recommandations de l'agent de probation (si une demande de rapport présentenciel a été faite);
- tous les éléments de preuve qui concernent la victime: les conséquences de l'agression sur la victime (déterminées, entre autres, par le dépôt de la déclaration de la victime, par le témoignage de la victime au moment de l'audition sur la détermination de la peine).

Temps écoulé depuis la plainte à la police jusqu'à la peine

Les victimes et leurs proches se demandent souvent si les procédures judiciaires seront longues. Tout dépend des circonstances.

Il peut y avoir un délai de quelques heures à quelques semaines avant la rencontre avec les enquêteurs. L'enquête policière peut s'étendre sur quelques jours à quelques mois. Il faut ensuite compter un certain temps avant la rencontre avec le substitut du procureur général, puis avant l'enquête préliminaire, puis un autre délai avant le procès. Il peut y avoir des remises pour cause de maladie ou autres inconvénients. La durée du procès varie selon le nombre de témoins et la complexité des points de droit soulevés. Finalement, à l'issue du procès, il peut y avoir un autre délai avant le prononcé de la peine.

Il faut compter de quelques mois à deux années à partir du dépôt d'une plainte à la police jusqu'au prononcé de la peine, en général plus de 12 mois, mais un délai de 18 mois est plus réaliste.

14

Modalités judiciaires pour le témoignage des mineurs

Plusieurs enfants, adolescentes et adolescents sont assignés devant les tribunaux comme témoin-victime. La majorité d'entre eux y sont appelés à la suite d'une dénonciation d'agression sexuelle.

Au fil des ans, le *Code criminel* et la *Loi sur la preuve* ont été amendés pour faciliter la protection des mineurs. Les règles concernant l'assermentation ont été modifiées, la corroboration a été abolie et des règles de procédure spéciale pour faciliter le témoignage des plaignants et des témoins de moins de 18 ans ont été instaurées. La corroboration consistait à obtenir une preuve indépendante confirmant les dires de la victime.

On a ainsi:

- assuré une plus grande protection des enfants victimes et témoins d'agression sexuelle;
- amélioré leur expérience devant les tribunaux;
- facilité les poursuites dans les cas d'exploitation sexuelle des mineurs.

Enregistrement magnétoscopique de la déclaration de la victime à la police

Article 715.1 du Code criminel

L'enregistrement magnétoscopique d'une victime ou d'un témoin âgés de moins de 18 ans, décrivant les faits à l'origine de l'accusation, doit, pour être admissible en cour, avoir été réalisé dans un « délai raisonnable » après la perpétration de l'offense, et son contenu doit être confirmé au moment du témoignage de la victime.

Des règles de prudence s'imposent pour ne pas altérer le récit de l'enfant, entre autres par des questions suggestives.

L'utilisation à la cour de l'enregistrement magnétoscopique ne remplace pas le témoignage du mineur. Cependant, cet enregistrement, fait dans de bonnes conditions peut diminuer de beaucoup la durée du témoignage de l'enfant et même lui éviter, dans certains cas, de reprendre le récit détaillé des gestes sexuels dont il a été victime.

L'utilisation hors cour d'un enregistrement où l'enfant raconte dans ses propres mots l'agression peut aider à obtenir une admission de culpabilité.

Assermentation et promesse de dire la vérité

Article 16, Loi sur la preuve au Canada

Avant de permettre à un enfant de moins de 14 ans de témoigner, le tribunal doit procéder à une enquête **pour déterminer: 1) s'il comprend la nature du serment ou de l'affirmation solennelle; 2) s'il est capable de communiquer les faits dans son témoignage.** Certains juges procèdent eux-mêmes à cette enquête et offre ensuite aux avocats la possibilité de poser des questions, d'autres laissent le soin à la Couronne de mener l'interrogatoire.

Si l'enfant répond à ces deux conditions, il peut rendre témoignage sous serment ou après avoir fait une affirmation solennelle. Le serment consiste à jurer sur la Bible. L'affirmation solennelle signifie que l'enfant s'engage moralement à dire la vérité. S'il ne comprend pas la nature du serment ou de l'affirmation solennelle mais que son développement est suffisant pour lui permettre de communiquer les faits dans son témoignage, il peut témoigner sur simple promesse de dire la vérité; ces dispositions s'appliquent aux enfants de moins de 14 ans et aux personnes atteintes d'une déficience intellectuelle.

15

Les tribunaux doivent adopter une approche personnalisée et faire preuve d'ouverture dans leur évaluation de la capacité d'un enfant à témoigner.

L'enquête sur la capacité de témoigner doit être répétée à l'occasion de chacune des procédures où l'enfant doit témoigner, soit à l'enquête préliminaire et au procès.

N.B. L'article 16 de la *Loi sur la preuve* s'applique aussi dans le cas d'une victime dont les capacités mentales sont remises en question, quel que soit son âge.

L'une des modifications proposées au projet de loi C-20 est l'abolition de l'enquête sur la capacité de témoigner des personnes âgées de moins de 14 ans.

Crédibilité des enfants

Les règles applicables aux témoignages d'enfants ont évolué, et il est maintenant reconnu qu'il ne faut pas appliquer à ces témoignages la norme stricte d'évaluation de la crédibilité basée sur « l'adulte raisonnable », mais plutôt établir des critères pertinents qui tiennent compte, entre autres, de l'âge, du développement, de la compréhension et de la capacité de communiquer du témoin.

Écran et témoignage à l'extérieur de la salle d'audience

Article 486 (2.1 et 2.2) du Code criminel

Il peut être plus difficile pour un enfant victime ou témoin d'une agression sexuelle de témoigner en présence de l'accusé. Ces difficultés ont été reconnues dans les dispositions qui permettent à une victime ou à un témoin d'un crime sexuel ou de sévices physiques, âgés de moins de 18 ans, de témoigner derrière un écran ou à l'extérieur de la salle d'audience, lui évitant ainsi la vue de l'accusé. Un équipement de télévision en circuit fermé conforme aux prescriptions du *Code criminel* est disponible dans tous les palais de justice du Québec (télétémoignage). Avant d'autoriser de telles dispositions, le juge doit être d'avis qu'elles sont nécessaires pour obtenir de l'enfant un récit complet et franc des faits à l'origine des accusations. Pour faire la preuve de la « nécessité » d'utiliser l'écran ou le télétémoignage, des parents, psychologues, travailleurs sociaux, policiers ou médecins peuvent être appelés à témoigner.

Dans le projet de loi C-20, l'une des modifications proposées est d'élargir l'application des règles de procédure spéciales pour faciliter le témoignage aux victimes et aux témoins de 18 ans ou plus.

Procédure à huis clos

Le *Code criminel* prévoit que si un juge considère comme nécessaire, entre autres pour la bonne administration de la justice, qu'une personne âgée de moins de 18 ans témoigne à huis clos, il peut décider que son témoignage ait lieu sans la présence du public ou de quiconque dans la salle, à l'exception des procureurs, de l'accusé et du personnel indispensable. Le huis clos peut être total, avec ou sans la présence d'une personne de confiance, ou partiel.

16

Présence d'une personne de confiance

Sur permission de la cour, une personne âgée de moins de 14 ans ou qui souffre d'une déficience intellectuelle ou physique peut se faire accompagner pendant son témoignage, c'est-à-dire avoir « à ses côtés », une personne de confiance. Cette personne ne doit toutefois pas être un témoin assigné ou une personne susceptible de rendre témoignage.

Interdiction pour l'accusé de contre-interroger

Comme le stipule le *Code criminel*, l'accusé ne peut contre-interroger une victime ou un témoin âgés de moins de 18 ans, sauf si le juge en décide autrement. Lorsque des circonstances exceptionnelles l'exigent, cette même interdiction peut s'appliquer dans les cas de victimes adultes, si le juge est d'avis que cela est nécessaire afin d'obtenir un récit franc et complet des faits à l'origine de l'accusation.

Poursuite au civil

Le droit civil régit les relations entre les individus dans divers domaines. Les tribunaux civils peuvent régler des litiges entre des individus ou entre un individu et une compagnie. Ces litiges peuvent concerner des biens matériels, des dommages corporels ou moraux ou des questions de droit familial.

La victime d'une agression sexuelle peut ainsi réclamer de l'agresseur des dommages et intérêts pour les torts subis. Ce recours est possible, que l'on ait porté plainte au criminel ou non. Il s'agit d'un recours encore peu utilisé par les victimes d'agression sexuelle.

Contrairement au droit criminel, le droit civil laisse la responsabilité de l'action au demandeur. Cela veut dire que la victime qui intente une poursuite peut engager un avocat ou se représenter elle-même, ce qui est rare.

Le nouveau Code civil, entré en vigueur en janvier 1994, a instauré une prescription de trois ans pour les poursuites au civil. Une exception est cependant faite pour les dommages physiques ou moraux. Dans ces causes, la prescription de 3 ans se calcule à partir du moment où les dommages se manifestent.

Dans un premier temps, la victime doit contacter un avocat qui pratique le droit civil et faire rédiger une requête introductive d'instance qui ordonne au défendeur (la personne qui est poursuivie) de comparaître en cour, alors que la déclaration décrit les faits reprochés. Ces documents doivent être remis au défendeur par un huissier.

Après avoir reçu copie du bref d'assignation et de la déclaration, le défendeur a dix jours pour réagir. Il devra fournir un document appelé « acte de comparution » et se défendre, à défaut de quoi la poursuite procédera sans lui.

Par la suite, une audition des parties a lieu devant un juge seul. La victime doit alors faire la preuve de ce qu'elle avance à l'aide de documents ou de témoins. Son propre témoignage sera très important puisque le juge évaluera la crédibilité de chacune des parties pour tirer ses conclusions. **Il est à noter que, même si l'accusé n'a pas été condamné au criminel, la victime peut avoir gain de cause dans son action en dommages étant donné que pour ce type de réclamation la preuve n'a pas à être faite hors de tout doute, mais seulement par prépondérance.**

De façon générale, les délais des procédures au civil sont plus longs qu'au criminel. Les audiences des tribunaux civils sont généralement publiques.

La victime assumera le coût des services de son avocat. Dans la plupart des situations, la partie qui perd devra payer les frais de cour (sténographie, huissier, experts, honoraires judiciaires, etc.), mais chacune des parties assume les coûts de son avocat. Il n'est pas possible d'avoir recours à l'aide juridique pour une poursuite en dommages et intérêts, même si la victime est défavorisée économiquement. Certains avocats acceptent de prendre un pourcentage du montant du règlement, s'il y a lieu, plutôt qu'un tarif horaire. Il est important que la victime s'entende au préalable avec son avocat sur le coût de ses services.

Si une victime a obtenu une indemnisation par la *Loi sur l'indemnisation d'acte criminel* (IVAC) qui ne couvre pas entièrement la perte réellement subie, celle-ci peut intenter un recours civil pour obtenir la différence.

Procédures sociales et sociojudiciaires chez les mineurs

Procédures sociales liées à la *Loi sur la protection de la jeunesse*

La *Loi sur la protection de la jeunesse* oblige les intervenantes et les intervenants à signaler au directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) toute situation où l'on soupçonne une agression sexuelle subie par un enfant, une adolescente ou un adolescent.

a) Signalement

Il y a un directeur de la protection de la jeunesse dans chacun des centres jeunesse du Québec (parfois, on entendra l'appellation CPEJ, ou centre de protection de l'enfance et de la jeunesse). Chaque région sociosanitaire du Québec a un centre jeunesse. Le signalement doit être fait au DPJ de la région où habite

la victime, peu importe l'heure du jour ou le jour de la semaine. Les directeurs de la protection de la jeunesse reçoivent les signalements 24 heures par jour, sept jours par semaine.

Le signalement est reçu par un intervenant d'un des services du DPJ, soit la «**réception, traitement des signalements – RTS**», aussi appelé «**l'accueil ou urgence sociale**». La personne qui fait le signalement n'est pas obligée de s'identifier, mais il est préférable qu'elle le fasse, de manière à favoriser la communication entre le centre désigné et le DPJ et pour être avisée des suites du signalement reçu. Son nom ne sera jamais dévoilé, mais certains renseignements donnés au moment du signalement peuvent être dévoilés aux parents. Il n'y a aucune obligation de dire à la victime ou à ses parents qu'un signalement sera fait. D'ailleurs, dans une situation d'inceste ou d'abus sexuel par un conjoint, il est parfois préférable de faire le signalement sans en aviser les parents; autrement, il se pourrait que l'agresseur soit mis au courant et que, sous la pression du milieu familial, la victime se rétracte.

Les raisons qui font hésiter une intervenante ou un intervenant à signaler au DPJ une situation d'agression sexuelle sont multiples. Parfois, il sera évident, même s'il est fait anonymement, que le signalement vient d'une personne en particulier, surtout dans une petite ville. Il est toutefois étonnant de constater qu'une intervenante ou un intervenant peut avoir la certitude que son nom sera lié au signalement, alors que la victime et ses parents vont croire que le signalement vient d'une tout autre personne; il faut se rappeler que, dans les situations d'agression sexuelle, l'intervenante ou l'intervenant est rarement seul, ou rarement seul longtemps, à connaître les faits. Évidemment, l'hésitation peut être liée à l'éventualité de témoigner devant le tribunal. Parfois aussi, on hésite parce que, lors de signalements antérieurs, on a eu l'impression que le DPJ n'a pas agi dans le sens souhaité; on doit se rappeler qu'on ne possède qu'une partie de l'information dans une situation d'agression sexuelle; c'est au DPJ à évaluer l'ensemble de la situation. De plus, le DPJ doit s'assurer que la sécurité ou le développement de l'enfant ne sont pas compromis; c'est son mandat premier. Si l'enfant n'est pas en danger, mais que la famille a tout de même besoin d'aide et de soutien, le DPJ, plutôt que de retenir le signalement, pourrait les diriger vers des ressources locales comme le Centre de santé et de services sociaux (CSSS). D'autres motifs d'hésiter à faire un signalement ont trait à des situations où une adolescente ou un adolescent vit déjà une tension familiale et où on présume que le fait que les parents soient au courant risque d'augmenter cette tension. Ce peut être aussi une question culturelle, lorsqu'on suspecte que mettre les parents au fait de l'événement risque de créer des problèmes graves (l'adolescente ou l'adolescent serait retourné dans son pays, par exemple). Ce type d'hésitation révèle un problème potentiel majeur dans ces familles, et c'est une raison de plus pour faire intervenir le DPJ. Il se pourrait que le signalement soit fait ultérieurement pour d'autres motifs et que l'agression sexuelle resurgisse, avec le nom des personnes rencontrées à ce moment. C'est au DPJ de décider de la portée de ses actions et des conséquences sur la relation de la victime avec ses parents, non à l'intervenante ou à l'intervenant.

Toutes ces raisons ne doivent pas empêcher un signalement. **Le signalement est une obligation légale, mais également un devoir social devant la priorité que constitue la protection des enfants, des adolescentes et des adolescents.**

Le signalement peut être non retenu ou retenu pour évaluation. Il se peut que la personne qui reçoit le signalement décide sur-le-champ ou après quelques démarches simples, de ne pas retenir le signalement. Ainsi, le DPJ peut s'assurer, souvent par téléphone, que les parents sont en mesure de faire face à la situation, contacter le policier ou se fier à votre évaluation et, d'emblée, ne pas retenir le signalement. La personne qui a fait le signalement sera avisée de la décision, par lettre ou par un autre moyen de communication, si elle s'est identifiée.

Au total, une partie seulement des signalements seront retenus en vue d'une évaluation plus poussée. Par exemple, le signalement d'une agression sexuelle par un tiers non apparenté à la victime et qui n'est pas en autorité (une personne hors de la famille élargie, hors du milieu scolaire, etc.) n'est pas en général retenue si les parents prennent les mesures nécessaires pour protéger la victime, assurer son développement et que l'agression sexuelle a été déclarée à la police.

b) Évaluation et orientation

Si le signalement est retenu, on lui accorde un code de priorité. Cela se fait le jour même. Le dossier est alors transmis pour évaluation. La loi prévoit que le DPJ peut, lorsqu'il a retenu un signalement pour un abus sexuel, pénétrer, à toute heure raisonnable ou en tout temps dans les cas d'urgence, dans une installation maintenue par un établissement afin de consulter sur place le dossier constitué sur cet enfant et tirer des copies de ce dossier.

L'évaluation du signalement est faite par une personne relevant du service «évaluation et orientation» de la Direction de la protection de la jeunesse (c'est donc une personne différente de celle qui a retenu le signalement). Selon les circonstances, cette évaluation débutera immédiatement, quelques jours ou quelques semaines après le signalement, selon le degré d'urgence (code de priorité). Par exemple, le signalement de l'agression sexuelle d'une adolescente ou d'un adolescent par un ami, s'il y a eu plainte à la police et qu'une certaine tension familiale de longue date est mise au jour, n'aura peut-être pas la priorité sur un signalement d'inceste à l'intérieur d'une famille dont tous les membres vivent encore sous le même toit. Une fois amorcée, cette évaluation peut s'étendre sur une période de 2 ou 3 mois, incluant les démarches requises au tribunal.

L'évaluation consiste en des rencontres avec la victime, ses parents, d'autres intervenantes ou intervenants, ou des personnes de l'entourage (professeurs, parenté, etc.). Il peut y avoir également demande d'une évaluation médicale, si ce n'est déjà fait, ou d'une évaluation psychologique.

En fait, l'intervenante sociale ou l'intervenant social recueille des indices et évalue les dynamiques individuelle et familiale. **C'est l'étape où on évalue si les faits allégués sont fondés (confirmation des allégations).** Différents éléments sont pris en considération: les dires de la victime, les indices comportementaux, les différentes évaluations (sociales, familiales, médicales, psychologiques), l'enquête policière et le témoignage des personnes de l'entourage. Il y a évaluation de la capacité parentale et évaluation de la vulnérabilité de l'enfant, de l'adolescente ou de l'adolescent.

Au cours de cette évaluation, il se peut qu'on demande au père, dans une situation d'inceste, d'aller vivre ailleurs temporairement. On devra éventuellement trouver un foyer transitoire pour la victime si on présume qu'elle n'a pas la protection nécessaire dans sa famille; cela se fait parfois sur ordonnance du tribunal (Chambre de la jeunesse).

À la fin de l'évaluation, on se retrouve devant l'une des situations suivantes:

- **les allégations d'agression sexuelle ne sont pas fondées. Le dossier est fermé;**
- **les allégations d'agression sexuelle sont fondées, mais les parents ont pris les mesures nécessaires pour protéger leur enfant et le dossier est fermé;**
- **les allégations d'agression sexuelle sont fondées. La sécurité et le développement de l'enfant sont précaires et on détermine les mesures de protection nécessaires;**

- **les allégations d'agression sexuelle ne sont pas vraiment fondées, mais des soupçons demeurent, et on note des difficultés qui relèvent d'autres dispositions de l'article 38 (négligence, troubles de comportement, etc.) dont les faits sont fondés.** On détermine alors les mesures de protection en relation avec les faits fondés. Cette dernière situation peut se produire quand la preuve de l'agression sexuelle n'est pas suffisante malgré les soupçons qui demeurent. On peut imaginer la situation de l'adolescente qui fugue, et qui à son retour parle d'inceste; elle se rétracte par la suite, mais on maintient le signalement sous un autre motif, celui-là lié à sa fugue et au problème de relation parents-adolescente.

Le DPJ et les parents pourraient signer des **mesures volontaires** dans lesquelles sont stipulés les engagements mutuels en vue de la protection de l'enfant, de l'adolescente ou de l'adolescent, du soutien à la famille et de l'aide à apporter à ses membres. Cette procédure est inhabituelle dans les situations d'inceste.

Dans le cas où les protagonistes ne sont pas d'accord pour reconnaître la situation d'agression ou ne s'entendent pas sur les mesures à prendre, le DPJ doit s'adresser au tribunal (Cour du Québec, Chambre de la jeunesse) qui décidera si la situation est compromise et des mesures à ordonner après avoir entendu toutes les parties en cause.

c) Application des mesures

Lorsque les allégations d'agression sexuelle sont fondées ou que l'évaluation conclut à un problème quelconque nécessitant une intervention, l'application des mesures volontaires ou ordonnées relève, selon leurs attributions respectives, du DPJ, du centre jeunesse ou de tout autre établissement selon leurs mandats respectifs stipulés dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. La prise en charge se fait donc par un ou des intervenantes ou intervenants, principalement du centre jeunesse, mais également d'autres institutions ou services publics (CSSS ou autres organismes) qui peuvent être appelés à contribuer au plan d'intervention requis.

Parmi les attributions du DPJ, mentionnons celle de réviser la situation à l'aide d'un service appelé « révision ». Cette révision périodique de la situation a pour objectif de vérifier que les mesures mises en place donnent les résultats attendus et que la protection de l'enfant est assurée.

Procédures judiciaires à la Chambre de la jeunesse

Selon l'article 38 de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, **pour la protection de la victime, il se peut que la Cour du Québec (Chambre de la jeunesse) soit saisie d'une requête.** La plupart du temps, ce sera dans une situation d'inceste, mais ce pourrait être aussi pour une agression sexuelle par un tiers lorsque les parents ne prennent pas les mesures de protection nécessaires, ou encore dans le cas d'une longue discorde parents-adolescent découverte à la suite d'une agression sexuelle.

Les actions recherchées sont multiples, selon les circonstances, et visent particulièrement la protection du mineur ou encore l'arrêt d'agir chez une adolescente ou un adolescent difficile. Ainsi, on peut: retirer le mineur de son milieu; interdire les visites chez l'agresseur (père divorcé, par exemple) ou les modifier (visites sous supervision); faire imposer un suivi; demander des évaluations ou un placement en foyer de groupe, etc.

Il s'agit d'un procès où interviennent un procureur du DPJ (contentieux du centre jeunesse), un avocat de la défense représentant le présumé agresseur, un avocat représentant l'enfant et parfois, dans une cause d'inceste, un avocat représentant la mère si celle-ci se dissocie de son époux ou ex-époux.

Le verdict est basé sur la prépondérance de la preuve, et non sur une preuve hors de tout doute raisonnable, qu'il a pu y avoir agression sexuelle ou compromission du développement ou de la sécurité de l'enfant, donc qu'il existe un danger pour celui-ci et que des mesures de protection sont nécessaires. Le procès peut s'échelonner sur plusieurs semaines avec des remises de comparution. Entre-temps, le tribunal voit à protéger la victime, si nécessaire.

Procédures sociojudiciaires chez les mineurs

Au début des années 80, est devenue évidente la nécessité d'une concertation et d'un protocole d'entente entre le domaine juridique, la sécurité publique et le DPJ pour mieux protéger la preuve, s'assurer de la poursuite de personnes identifiées comme agresseurs potentiels et éviter la répétition du témoignage de la victime. Il s'agissait de mettre en place une action concertée entre les services de la police, de la protection de la jeunesse et du substitut du procureur général. Cette action visait, entre autres, à amener l'agresseur à reconnaître ses gestes répréhensibles, à recevoir des soins, tout en sanctionnant les gestes criminels posés par des accusations portées devant la Chambre criminelle et pénale ou la Cour supérieure.

Ce protocole a évolué avec le temps et est devenu l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique. Cette entente engage, outre le DPJ, les services de police et les substituts du procureur général, ainsi que tous les établissements ou organismes qui œuvrent auprès des enfants, des adolescentes ou des adolescents. Le but de l'entente est de garantir une meilleure protection et l'aide nécessaire aux enfants victimes en assurant une concertation efficace des interventions.

La section suivante reprend des extraits de *l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique*.

21

L'entente décrit, entre autres, une procédure d'intervention sociojudiciaire. Elle devient le guide à privilégier lorsqu'une situation requiert une intervention conjointe du directeur de la protection de la jeunesse, de la police, du substitut du procureur général ou d'autres établissements ou organismes liés par l'entente. Dans plusieurs situations d'agression sexuelle, la procédure d'intervention sociojudiciaire peut être enclenchée.

La procédure d'intervention sociojudiciaire comporte cinq étapes :

1. Le signalement de la situation au directeur de la protection de la jeunesse.
2. La liaison et la planification en vue d'obtenir la collaboration et l'assistance de tous les partenaires afin de répondre adéquatement aux besoins d'aide et de protection de l'enfant et des membres de la famille.
3. L'enquête et l'évaluation afin de vérifier le bien-fondé des faits allégués et de recueillir les éléments de preuve requis.
4. La prise de décision quant aux suites à donner à partir de la mise en commun des renseignements obtenus.
5. L'action et la rétro-information avec les partenaires.

Étape 1: Le signalement

La première étape de la procédure d'intervention sociojudiciaire repose sur le signalement de la situation au directeur de la protection de la jeunesse.

La police est souvent l'organisme auquel les citoyens s'adressent lorsqu'un enfant est victime d'une infraction à caractère sexuel ou d'un acte de violence. Lorsque la police reçoit une telle plainte, elle doit signaler la situation de l'enfant sans délai au directeur de la protection de la jeunesse.

Le directeur de la protection de la jeunesse doit alors déterminer si le signalement est recevable et si des mesures d'urgence s'imposent.

Si une plainte policière n'a pas été effectuée par un citoyen concernant la situation de l'enfant, le directeur de la protection de la jeunesse pourra le faire selon les critères apparaissant au *Guide relatif à la divulgation de renseignements par le DPJ à la police et au substitut du procureur général*.

Lorsqu'une plainte est faite aux policiers par un citoyen ou que le directeur de la protection de la jeunesse a fait une divulgation de renseignements aux policiers, l'étape liaison planification suivra.

Étape 2: La liaison et la planification

Le but de cette étape est de rassembler les principaux partenaires en vue d'assurer une coordination efficace des vérifications à effectuer en ayant comme préoccupations:

- la protection de l'enfant ou des enfants en cause ainsi que l'aide ou le soutien dont il a ou dont ils ont besoin;
- la vérification des faits allégués en évitant de multiplier les entrevues auprès des enfants et en préservant le bon déroulement des enquêtes ou des évaluations.

Coordonnée par le directeur de la protection de la jeunesse, cette étape consiste à :

22

- constituer l'équipe de base (DPJ, policier et substitut du procureur général);
- dresser l'état de la situation à partir de l'information déjà disponible;
- convenir dans le respect des responsabilités respectives:
 - du degré d'urgence de la situation;
 - de l'application en tout ou en partie de la procédure d'intervention sociojudiciaire. Il est à noter, toutefois, que dans les situations impliquant des adultes en autorité des établissements ou organismes liés par la présente entente, toutes les étapes de la procédure doivent être suivies (école, centre de loisirs, club sportif, etc.);
 - de la nécessité d'une évaluation médicale;
 - des mesures à prendre pour protéger et aider l'enfant et, au besoin, du soutien à apporter aux membres de sa famille ou aux personnes de son entourage le cas échéant;
 - des mesures à prendre pour préserver les droits des personnes en cause;
 - de la contribution pouvant être apportée par d'autres organismes (par exemple, un CSSS, un service de garde, un centre hospitalier, un organisme communautaire du milieu) ou par une personne-ressource à l'externe, notamment un médecin;
 - de la stratégie quant au déroulement des actions à venir (qui fait quoi, quand, comment, où);
 - du plan de communication avec les médias, le cas échéant, lorsque la situation risque de devenir du domaine public.

Dans une situation urgente requérant l'intervention de la police ou du directeur de la protection de la jeunesse, l'intervention doit être effectuée sur-le-champ.

Cette étape peut s'effectuer dès la première communication téléphonique ou peut nécessiter une rencontre en raison des circonstances ou de la complexité de la situation.

Note

Le Guide relatif à la divulgation de renseignements par le DPJ à la police et au substitut du procureur général stipule que :

- le refus d'un parent ne doit pas empêcher le DPJ d'assumer ses responsabilités à l'égard de la protection d'un enfant dont la situation a été signalée ou d'un autre enfant lorsque la situation l'exige, et cela peu importe l'étape de la procédure d'intervention ;
- le DPJ peut procéder sans l'autorisation de la personne en cause ou du tribunal à la divulgation de renseignements à la police ou au substitut du procureur général, en vue d'assurer la protection de l'enfant ou celle d'un autre enfant lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement de l'un des deux enfants, est compromis pour motifs de mauvais traitements physiques ou d'abus sexuels ou d'absence de soins menaçant sa santé physique. Cette autorisation est accordée par la *Loi sur la protection de la jeunesse* ou par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.

Étape 3: L'enquête et l'évaluation

L'enquête consiste à déterminer si les faits allégués sont fondés et peuvent être prouvés dans le cadre de l'application du *Code criminel* ou en droit du travail. Lorsqu'il s'agit d'un adulte en autorité dans un établissement ou un organisme lié par l'entente, une enquête administrative peut être tenue. Dans le cas d'un service de garde, il peut s'agir d'une inspection au sens de la loi régissant ce type de service.

L'évaluation consiste à déterminer si les faits sont fondés, si la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis et doivent faire l'objet d'une intervention dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse*.

Comme la situation alléguée peut faire à la fois l'objet d'une enquête policière, d'une évaluation par le directeur de la protection de la jeunesse et, éventuellement, d'une enquête administrative (ou d'une inspection dans les cas des services de garde) lorsqu'un établissement ou un organisme est en cause, il est donc essentiel de procéder selon la stratégie qui a été planifiée à l'étape précédente afin d'éviter tout risque de confusion dans la recherche de la vérité. Selon la stratégie d'enquête et d'évaluation arrêtée à l'étape 2, chaque personne assume ses responsabilités selon son secteur de compétence. L'ensemble des partenaires se partagent les renseignements pertinents. Pour assumer son rôle de coordonnateur et faciliter la communication entre les différents partenaires, le directeur de la protection de la jeunesse doit nécessairement être tenu informé d'une façon continue.

À moins qu'il n'en ait été convenu autrement à l'étape 2, un établissement ou un organisme ne doit pas prendre une mesure administrative ou disciplinaire contre une personne à son service avant que celle-ci n'ait été rencontrée par la police. Afin d'assurer le bon déroulement de l'enquête et de l'évaluation et pour garantir la validité maximale des éléments d'information pouvant être recueillis, les précautions suivantes sont requises :

- La planification et les modalités de l'entrevue avec l'enfant ou les enfants victimes sont effectuées selon ce qui a été convenu entre le service de police, le directeur de la protection de la jeunesse et, dans les

situations d'abus mettant en cause un établissement ou un organisme, avec la personne responsable de l'établissement ou de l'organisme.

- L'entrevue avec la ou les personnes faisant l'objet de soupçons est effectuée par la police. Le DPJ, ultérieurement, devra par ailleurs s'entretenir avec celle(s)-ci, s'il s'agit de parent(s), concernant la situation de protection de l'enfant.
- La collecte et la préservation des éléments de preuve sont de la responsabilité de la police en matière criminelle et du directeur de la protection de la jeunesse en matière de protection.
- La détermination des mesures de protection, d'aide et de soutien à l'enfant et aux membres de sa famille relève de la responsabilité du directeur de la protection de la jeunesse, en complémentarité avec les établissements ou organismes concernés. Les parents et les enfants doivent prendre part à la détermination des différentes mesures.

Étape 4: La prise de décision

À ce stade-ci du déroulement de la procédure d'intervention sociojudiciaire, il peut arriver que, en raison de l'urgence de la situation ou d'autres circonstances particulières, des actions ont déjà dû être prises par le directeur de la protection de la jeunesse (application de mesures d'urgence ou introduction d'une procédure judiciaire), par la police (arrestation et détention du prévenu) ou par le substitut du procureur général (autorisation de la dénonciation et comparution du prévenu). Si tel est le cas, les autres partenaires doivent en être informés sans délai. Le fait que de telles mesures aient dû être prises n'empêche pas l'application de l'étape 4, qui s'avère encore essentielle pour les actions en cours ou pour d'autres actions à venir.

24

À moins d'une urgence ou de circonstances particulières, l'application de l'étape 4 est nécessaire avant d'entreprendre une action. L'objectif de cette étape est de dégager préalablement, dans la mesure du possible, un consensus sur les actions à entreprendre avant que celles-ci ne soient entreprises. Cependant, chacun conserve l'entière responsabilité eu égard à son champ d'expertise.

Étape 5: Action et rétro-information

La coordination d'ensemble de cette étape est assurée par l'intervenant désigné par les membres de l'équipe. En regard de son champ propre de responsabilités, chacun de ceux-ci assure la coordination qui y est requise :

- le substitut du procureur général, en ce qui a trait au déroulement de la procédure au criminel ;
- le directeur de la protection de la jeunesse, en ce qui a trait aux mesures de protection et à leur application ;
- la personne désignée, l'établissement ou l'organisme, en ce qui a trait aux mesures d'aide ou de soutien destinées à l'enfant et à sa famille ;
- le cas échéant, l'établissement ou l'organisme, en ce qui a trait aux actions disciplinaires ou administratives.

Une personne sera choisie par le directeur de la protection de la jeunesse, sinon par les partenaires, pour accompagner l'enfant et les membres de sa famille, leur transmettre une information adéquate et leur offrir le soutien nécessaire tout au long de la procédure d'intervention sociojudiciaire et des actions prises.

Une attention toute particulière doit être accordée à la rétro-information sur les actions et à leur suivi pour s'assurer de la cohérence de l'intervention. De plus, lorsque des procédures judiciaires sont en cours, à la

fois devant la Chambre criminelle et en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, le substitut du procureur général ainsi que le procureur du directeur de la protection de la jeunesse doivent s'informer mutuellement du déroulement des étapes à venir et du résultat des actions entreprises.

Indemnisation des victimes d'actes criminels

La Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) gère un programme gouvernemental d'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC). Les agressions sexuelles en font partie. Les victimes et leurs parents (si la victime est mineure) peuvent faire une demande d'indemnisation. Des frais divers peuvent être remboursés si la demande est acceptée et après une évaluation des besoins : transport et perte de journées de travail, vêtements, cours d'autodéfense, etc. Une indemnité pour séquelles permanentes (physiques ou psychiques) peut également être allouée à la suite des traitements recommandés. De plus, des frais de consultations psychologiques peuvent être assumés par l'IVAC (CSST). On donne à l'étape 6 l'adresse de l'IVAC ainsi que des différents bureaux de la CSST au Québec.

Le médecin qui a procédé à l'examen de la victime peut être appelé à remplir un court feuillet précisant trois ou quatre renseignements (date de l'agression, date de la visite, diagnostics, référence, etc.). Ce feuillet est envoyé à la victime avec la demande à l'IVAC. Une intervenante ou un intervenant peut aussi être appelé à écrire une lettre recommandant une psychothérapie, un déménagement, etc.

Critères d'admissibilité

- **L'acte criminel** (crime contre la personne) doit être commis **au Québec** et être prévu à l'annexe de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels*.
- **La blessure** (lésion corporelle, grossesse consécutive à l'agression sexuelle, choc mental ou nerveux) doit résulter directement de l'acte criminel.
- La demande doit être présentée **une année ou moins après** l'agression sexuelle. Pour les enfants, **le jour du dévoilement** de l'agression sexuelle est retenu comme date de départ dans le calcul du délai d'un an. Ainsi, un adulte peut présenter une demande au nom d'un enfant dans l'année du dévoilement de l'acte criminel. **Pour les personnes survivantes d'abus sexuels, d'inceste et d'agression sexuelle, il demeure possible de présenter une demande d'indemnisation à l'IVAC même si l'acte criminel en question remonte à plus d'un an.**

Témoignage des intervenantes et des intervenants

Les intervenantes et les intervenants qui ont offert des services à une victime d'agression sexuelle peuvent être appelés à témoigner au moment de l'enquête préliminaire ou du procès. Étant donné que les résultats de l'examen médical peuvent être d'intérêt dans une cause d'agression sexuelle, les médecins risquent d'être appelés plus souvent que les autres (mis à part les intervenantes ou les intervenants du DPJ) à témoigner, particulièrement lorsque la victime est un enfant. C'est pour cette raison que nous parlerons surtout du médecin dans cette section, bien que l'information donnée s'applique à toutes les personnes qui interviennent auprès des victimes d'agression sexuelle.

Il est toutefois peu fréquent qu'un médecin doive témoigner à l'occasion d'un procès. Par exemple, dans le cas des victimes adolescentes à l'hôpital Sainte-Justine, de 2 à 5 assignations à comparaître sont acheminées aux médecins par année, avec à peine une comparution annuelle dans les faits, soit pour moins

de 1 % des victimes rencontrées. Il en est de même pour les victimes adultes. Dans le cas des enfants, on dénombre plus d'assignations à comparaître, particulièrement à la Chambre de la jeunesse. En moyenne, les médecins comparaîtront pour 2 à 5 % des victimes examinées.

Le médecin peut être appelé à témoigner devant l'une des cours suivantes :

- **La Cour du Québec (Chambre criminelle et pénale).** C'est devant cette cour que sont portées des accusations criminelles contre un présumé agresseur.
- **La Cour du Québec (Chambre de la jeunesse, ancien Tribunal de la jeunesse).** Ce tribunal est d'abord chargé de la protection des mineurs. Il est également chargé d'entendre les accusations d'agression sexuelle portées contre des mineurs de 12 à 18 ans.
- **La Cour supérieure.** Cette cour est chargée de statuer dans les situations de garde légale, et une situation d'agression sexuelle par un parent peut influencer la décision du juge. La Cour supérieure peut également être saisie d'une accusation criminelle d'agression sexuelle contre un agresseur, si ce dernier a choisi un procès devant juge et jurés.
- **La Cour du Québec (Chambre civile).** Ce tribunal est chargé d'entendre les causes portant sur les dommages et intérêts. Une victime ou son tuteur peut demander une réparation monétaire par l'intermédiaire de ce tribunal, ce qui est rare présentement.

Assignation à comparaître

Le médecin reçoit un *subpœna* l'appelant à comparaître. On y spécifie la date, l'heure, l'endroit, le nom de la cour, le nom de l'accusé ou de la victime, le numéro de la cause et sa provenance (poursuite ou défense). On y inscrit parfois ce que le médecin doit apporter à la cour, soit le dossier médical généralement.

26

Contact avec le substitut du procureur général ou l'avocat au dossier

Le médecin assigné à comparaître devrait communiquer, soit avec l'avocat du contentieux du centre jeunesse, si la comparution doit se faire devant la Chambre de la jeunesse (protection de l'enfant), soit avec le substitut du procureur général, si la comparution doit se faire devant la Chambre de la jeunesse (adolescente ou adolescent accusés), devant la Chambre criminelle et pénale ou avec l'avocat de la partie qui le convoque à la Cour supérieure. Quand il s'agit d'une convocation devant la Chambre de la jeunesse, le nom de l'avocat du contentieux et son numéro de téléphone figurent sur le *subpœna* ou assignation à comparaître. S'il s'agit d'une convocation devant une autre cour, on peut obtenir le nom du substitut du procureur en téléphonant au greffe du palais de justice de la région et en donnant le numéro de la cause.

Même si le médecin et les procureurs disposent de peu de temps, **il est mieux de préparer la comparution** et de s'entendre sur certains points. D'abord, il arrive fréquemment que la date inscrite sur le *subpœna* soit reportée. Deuxièmement, l'heure inscrite est la même pour tous les témoins dans une cause. Le procureur peut assigner une heure plus précise. Enfin, s'il est à proximité du tribunal, le médecin peut s'y rendre sur appel. Si la cause est reportée, il ne se déplacera pas inutilement. Si le procès a lieu, il s'y présentera, par exemple, à 14 h pour livrer son témoignage au lieu de 9 h, l'heure indiquée le plus souvent sur l'assignation.

Ces arrangements préalables sont importants et évitent beaucoup de frustrations.

Outre l'horaire, les discussions doivent porter sur le contenu afin que le procureur sache ce que le médecin a à dire, et que le médecin puisse discuter avec celui-ci de l'utilité ou de la nécessité de sa présence à la cour. **Le médecin, si ce n'est déjà fait, peut faire parvenir un rapport médical ou faire un rapport**

supplémentaire à la suite de ses discussions avec le substitut du procureur général. Un membre du service des archives médicales d'un centre hospitalier ou d'un CSSS peut déposer le dossier se rapportant à la visite médicale d'une victime (formulaires). Ces documents, si la poursuite et la défense sont d'accord, sont acceptés en preuve. Par contre, certains motifs amènent l'une ou l'autre partie à assigner le médecin au tribunal.

En voici quelques-uns :

- on veut obtenir des précisions et des explications sur les constatations faites au cours de la visite médicale ;
- on veut mettre en doute la crédibilité du médecin ;
- on veut renforcer la preuve.

Il est donc possible, et c'est même souvent le cas, que le substitut du procureur général s'aperçoive, après discussion, que le témoignage du médecin ne sera pas nécessaire. Il est donc très important pour le médecin du *centre désigné* de communiquer avec le substitut du procureur général et d'y mettre les efforts nécessaires. Enfin, si le médecin doit témoigner, ce contact préalable servira aussi à établir son degré d'expertise.

De même, le médecin assigné à comparaître par la défense, ce qui est plus rare, communiquera avec l'avocat de la défense pour discuter des points mentionnés précédemment.

Expertise

Le médecin peut être appelé à comparaître à plusieurs titres. Il est témoin, c'est-à-dire qu'il décrit les renseignements obtenus et les constatations faites au cours de la visite médicale. **Il est témoin-expert** : il décrit, explique, émet des hypothèses, etc.

Pour établir son expertise, les avocats posent au médecin des questions sur ses études et son expérience. Le juge décide si le médecin est expert et évalue son degré d'expertise. **En général, le médecin est déclaré témoin-expert s'il a une expérience clinique suffisante et s'il démontre qu'il possède certaines connaissances dans le domaine des agressions sexuelles (cours, stages pratiques, lectures, conférences, etc.).**

Il est essentiel pour le médecin, s'il est appelé à comparaître quelques fois en cour, qu'il rédige son *curriculum vitæ* et le fasse parvenir au procureur, ou encore qu'il l'apporte au tribunal. Ce *curriculum vitæ*, outre les renseignements habituels, comprend : les titres et les études ; le pourcentage approximatif d'enfants, d'adolescentes et d'adolescents dans la clientèle du médecin et le nombre de victimes d'agression sexuelle examinées ; la formation continue dans le domaine (congrès, conférences, lectures, stages pratiques) ; les propres conférences et publications du médecin sur ce sujet ; sa participation à des comités sur ce sujet ; le nombre de comparutions devant différentes cours pour témoigner dans des causes d'agression sexuelle.

Témoignage

Devant le tribunal, le médecin s'identifie. Il donne l'adresse de son bureau, puis il est assermenté. On établit si le médecin est témoin ou témoin-expert. Comme nous l'avons déjà mentionné, si le médecin est témoin, il décrit ses constatations. En principe, il n'explique pas. Toutes les analyses, explications ou hypothèses

relatives aux constatations risquent de soulever une objection de la part de la défense. S'il est témoin-expert, **il ne dit pas si l'accusé a commis ou non une infraction mais il mentionne qu'à divers degrés ses constatations sont telles qu'elles peuvent être reliées à un diagnostic d'agression sexuelle** (« compatibles avec »). En fait, le témoin-expert émet et commente des hypothèses. Des questions lui sont posées sur les causes des lésions ou les éléments constatés. On peut par exemple le questionner sur la constipation au regard des observations anales-rectales qu'il a faites, sur la masturbation ou sur un traumatisme au regard de l'examen génital effectué. Il faut se rappeler que les connaissances en matière d'agression sexuelle chez les enfants évoluent. Un médecin témoin-expert n'est pas infallible : il livre son opinion à un moment précis. Il peut exister un certain flou, pendant un certain temps, au sujet de données scientifiques, et ce flou peut mener à des divergences apparentes entre experts.

Par la suite, le substitut du procureur ou l'avocat du contentieux du centre jeunesse demande au médecin de décrire ses constatations ; des questions lui sont posées. Le médecin adresse ses réponses au juge, ou au juge et aux jurés. Il se peut que l'avocat de la défense soulève une objection à une question posée par le procureur. Cette intervention interrompt le témoignage du médecin, et cette procédure peut se répéter fréquemment. Le médecin n'intervient pas dans ces objections qui constituent des points de droit. Lorsque le procureur de la poursuite a terminé son interrogatoire du médecin, l'avocat de la défense contre-interroge ce dernier. Il lui demande des précisions ou des éclaircissements à propos de ses constatations. Si le médecin est témoin-expert, l'avocat de la défense lui soumet parfois des hypothèses différentes de celles du procureur. De plus, devant la Chambre de la jeunesse, il se peut que le médecin soit contre-interrogé par les autres avocats présents.

Le médecin doit se rappeler que le tribunal est composé de spécialistes sur le plan légal, mais qu'il s'agit de profanes sur le plan médical. Il exprime et explique donc simplement les constatations de façon à être bien compris et, au besoin, il fait ou utilise des dessins ou des schémas et se réfère aux normes établies. Si le médecin ne comprend pas une question, il la fait répéter ou préciser. Ajoutons que s'il n'a pas été interrogé ou s'il a oublié un élément important de son examen, il peut le mentionner en tout temps ; avocats et juge décideront s'il peut livrer cet élément.

Durant son témoignage, le médecin peut voir soulever une objection à propos du ouï-dire. En fait, tout propos rapporté par une victime, une intervenante ou un intervenant au médecin, et que ce dernier répète au tribunal, s'appelle du ouï-dire. En général, le ouï-dire n'est pas admissible pour prouver les faits allégués ; le ouï-dire peut servir à expliquer pourquoi le témoin a procédé d'une manière plutôt que d'une autre ; par exemple, « la victime a dit qu'il n'y a pas eu pénétration vaginale, je n'ai donc pas fait l'examen vaginal avec un spéculum ». Le ouï-dire est toutefois plus souvent accepté devant la Chambre de la jeunesse que devant les autres cours, sauf exception (par exemple, si un très jeune enfant révèle à sa mère une agression sexuelle dans un délai très court, mais n'en parle plus clairement par la suite, selon certains critères, la révélation à la mère pourrait être recevable comme témoignage au tribunal, même si c'est du ouï-dire).

Évidemment, personne n'aime témoigner devant un tribunal, et le médecin, ordinairement à l'aise dans son bureau ou à l'hôpital, le sera peut-être moins au banc des témoins. Le médecin, malgré le lieu, l'atmosphère et la procédure judiciaire qui lui sont peu familiers, doit se rappeler qu'il a « une connaissance, une science » qu'il vient livrer en toute bonne foi au tribunal, et que son témoignage s'ajoute à d'autres éléments de preuve et aux plaidoiries, sur lesquels le juge, ou le juge et les jurés, fonderont leur verdict.

Aussi, à l'instar du système médical, le système judiciaire est à la fois objectif et subjectif ; on n'y sera pas surpris de certaines remarques, questions, objections ou procédures. Les protagonistes, parfois, ne connaissent pas bien la problématique des agressions sexuelles.

Le jugement rendu par la cour est similaire au diagnostic médical ; chaque élément est analysé et placé dans son contexte. **Le témoignage du médecin est un des éléments dont le juge (ou le juge et les jurés) dispose pour rendre son verdict.** Chaque élément est aussi placé dans un contexte plus large, comme le fait le médecin.

Conclusion

Durant l'intervention médicosociale, les victimes d'agression sexuelle ont souvent besoin d'information sur les systèmes judiciaire et de protection de la jeunesse. Les victimes sont parfois indécises quant à la déclaration de l'agression sexuelle à la police. Dans les cas où il y a un signalement au directeur de la protection de la jeunesse, les victimes et leurs proches soulèvent plusieurs questions. Il est donc important pour l'intervenante ou l'intervenant de connaître le fonctionnement des appareils judiciaire et de protection de la jeunesse afin de répondre aux interrogations des victimes et de les accompagner dans leurs démarches.

ANNEXE 1

Chefs d'accusation et peines maximales prévus par le *Code criminel*

Plusieurs dispositions du *Code criminel* peuvent être appliquées à des situations d'agression ou d'exploitation sexuelle telles les infractions relatives à la pornographie ou à la prostitution juvénile. Sans être exhaustive, la présente liste fait état des infractions les plus courantes.

Article 271 AGRESSION SEXUELLE (infraction mixte)

Définition : Application intentionnelle de la force contre une autre personne sans son consentement, commise dans des circonstances de nature sexuelle, ou de manière à porter atteinte à l'intégrité sexuelle de la victime.

Peine maximale : **si poursuivi par procédure sommaire**, la peine maximale est une amende de 2 000 dollars, 18 mois d'emprisonnement ou les deux ; **si poursuivi par acte criminel**, la peine maximale est un emprisonnement de 10 ans.

Article 272 AGRESSION SEXUELLE ARMÉE, AVEC MENACES À UNE TIERCE PERSONNE, LÉSIONS CORPORELLES OU AVEC PLUS D'UN AGRESSEUR (acte criminel)

Définition : Le fait de commettre une agression sexuelle en portant, en utilisant ou en menaçant d'utiliser une arme ou une imitation d'arme ; en menaçant d'infliger des lésions corporelles à une autre personne que la victime ; en infligeant des lésions corporelles à la victime ou le fait de commettre l'infraction avec la complicité d'une autre personne.

Peine maximale : **poursuivi par acte criminel**, avec comme peine maximale un emprisonnement de 14 ans.

Article 273 AGRESSION SEXUELLE GRAVE (acte criminel)

Définition : Le fait de blesser, de mutiler ou de défigurer la victime, ou de mettre sa vie en danger en commettant une agression sexuelle.

Peine maximale : **poursuivi par acte criminel**, avec comme peine maximale l'emprisonnement à perpétuité.

Consentement

Article 265(3) Ne constitue pas un consentement le fait pour le plaignant de se soumettre ou de ne pas résister en raison :

- a) Soit de l'emploi de la force envers le plaignant ou une autre personne ;
- b) Soit des menaces d'emploi de la force ou de la crainte de cet emploi envers le plaignant ou une autre personne ;
- c) Soit de la fraude ;
- d) Soit de l'exercice de l'autorité.

- Article 273.1**
- (1) Sous réserve du paragraphe (2) et du paragraphe 265(3), le consentement consiste, pour l'application des articles 271, 272 et 273, en l'accord volontaire du plaignant à l'activité sexuelle.
 - (2) Le consentement du plaignant ne se déduit pas, pour l'application des articles 271, 272 et 273, des cas où :
 - a) l'accord est manifesté par des paroles ou par le comportement d'un tiers ;
 - b) il est incapable de le former ;
 - c) l'accusé l'incite à l'activité par abus de confiance ou de pouvoir ;
 - d) il manifeste, par ses paroles ou son comportement, l'absence d'accord à l'activité ;
 - e) après avoir consenti à l'activité, il manifeste, par ses paroles ou son comportement, l'absence d'accord à la poursuite de celle-ci.
 - (3) Le paragraphe (2) n'a pas pour effet de limiter les circonstances dans lesquelles le consentement ne peut se déduire.

Article 155 INCESTE (acte criminel)

Définition : Commet un inceste quiconque, sachant qu'une autre personne est, par les liens du sang, son père ou sa mère, son enfant, son frère, sa sœur, son demi-frère, sa demi-sœur, son grand-père, sa grand-mère, son petit-fils ou sa petite-fille, selon le cas, a des rapports sexuels avec cette personne.

Peine maximale : **poursuivi par acte criminel**, passible d'un emprisonnement maximal de 14 ans.

Article 151 CONTACTS SEXUELS (infraction mixte)

Définition : Toute personne qui, à des fins d'ordre sexuel, touche directement ou indirectement, avec une partie de son corps ou avec un objet, une partie du corps d'un enfant âgé de moins de 14 ans.

Peine maximale : **si poursuivi par procédure sommaire**, la peine maximale est une amende de 2 000 dollars, 6 mois d'emprisonnement ou les deux ; **si poursuivi par acte criminel**, la peine maximale est un emprisonnement de 10 ans.

Article 152 INCITATION À DES CONTACTS SEXUELS (infraction mixte)

Définition : Toute personne qui, à des fins d'ordre sexuel, invite, engage ou incite un enfant de moins de 14 ans à la toucher, à se toucher ou à toucher un tiers, directement ou indirectement avec une partie du corps ou un objet.

Peine maximale : **si poursuivi par procédure sommaire**, la peine maximale est une amende de 2 000 dollars, 6 mois d'emprisonnement ou les deux ; **si poursuivi par acte criminel**, la peine maximale est un emprisonnement de 10 ans.

Article 153 EXPLOITATION SEXUELLE D'UNE ADOLESCENTE OU D'UN ADOLESCENT (infraction mixte)

Définition : Toute personne en situation d'autorité ou de confiance vis-à-vis une adolescente qui a 14 ans ou plus mais moins de 18 ans, ou à l'égard de laquelle l'adolescente est en situation de dépendance, et qui, à des fins d'ordre sexuel, touche une partie du corps de celle-ci ou l'invite, l'engage ou l'incite à la toucher, à se toucher ou à toucher un tiers, directement ou indirectement, avec une partie du corps ou un objet.

Peine maximale : **si poursuivi par procédure sommaire**, la peine maximale est une amende de 2 000 dollars, 6 mois d'emprisonnement ou les deux; **si poursuivi par acte criminel**, la peine maximale est un emprisonnement de 5 ans.

Article 153.1 EXPLOITATION SEXUELLE D'UNE PERSONNE AYANT UNE DÉFICIENCE MENTALE OU PHYSIQUE

Définition : Toute personne en situation d'autorité ou de confiance vis-à-vis d'une personne ayant une déficience mentale ou physique ou à l'égard de laquelle celle-ci est en situation de dépendance et qui, à des fins d'ordre sexuel, engage ou incite la personne handicapée à la toucher, à se toucher ou à toucher un tiers, sans son consentement, directement ou indirectement, avec une partie du corps ou avec un objet.

Peine maximale : **si poursuivi par procédure sommaire**, la peine maximale est une amende de 2 000 dollars, 6 mois d'emprisonnement ou les deux; **si poursuivi par acte criminel**, la peine maximale est un emprisonnement de 5 ans.

ANNEXE 2

Loi sur la protection de la jeunesse

Les extraits suivants sont tirés de la Loi sur la protection de la jeunesse (Québec). Les articles de cette loi pertinents à l'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle sont reproduits ici.

Sécurité et développement d'un enfant

Sécurité ou développement compromis

38. Aux fins de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis :

- a) si ses parents ne vivent plus ou n'en assument pas de fait le soin, l'entretien ou l'éducation ;
- b) si son développement mental ou affectif est menacé par l'absence de soins appropriés ou par l'isolement dans lequel il est maintenu ou par un rejet affectif grave et continu de la part de ses parents ;
- c) si sa santé physique est menacée par l'absence de soins appropriés ;
- d) s'il est privé de conditions matérielles d'existence appropriées à ses besoins et aux ressources de ses parents ou de ceux qui en ont la garde ;
- e) s'il est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique ;
- f) s'il est forcé ou incité à mendier, à faire un travail disproportionné à ses capacités ou à se produire en spectacle de façon inacceptable eu égard à son âge ;
- g) s'il est victime d'abus sexuels ou est soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence ;**
- h) s'il manifeste des troubles de comportement sérieux et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de leur enfant ou n'y parviennent pas.

Santé et sécurité

Toutefois, la sécurité ou le développement d'un enfant n'est pas considéré comme compromis bien que ses parents ne vivent plus, si une personne qui en tient lieu assume de fait le soin, l'entretien et l'éducation de cet enfant, compte tenu de ses besoins.

1977, c. 20, art. 38; 1981, c. 2, art. 8; 1984, c. 4, art. 18; 1994, c. 35, art. 23.

38.1 La sécurité ou le développement d'un enfant peut être considéré comme compromis :

- 38.2
- a) s'il quitte sans autorisation son propre foyer, une famille d'accueil ou une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre de réadaptation ou un centre hospitalier alors que sa situation n'est pas prise en charge par le directeur de la protection de la jeunesse ;
 - b) s'il est d'âge scolaire et ne fréquente pas l'école ou s'en absente fréquemment sans raison ;

- c) si ses parents ne s'acquittent pas des obligations de soin, d'entretien et d'éducation qu'ils ont à l'égard de leur enfant ou ne s'en occupent pas d'une façon stable, alors qu'il est confié à un établissement ou à une famille d'accueil depuis un an.

1984, c. 4, art. 18; 1992, c. 21, art. 221; 1994, c. 35, art. 24.

Signalement obligatoire

39. Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout enseignant ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de ces dispositions.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis au sens du paragraphe g) de l'article 38 est tenue de signaler sans délai la situation au directeur.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens des paragraphes a), b), c), d), e), f) ou h) de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, peut signaler la situation au directeur.

34

Les premier et deuxième alinéas s'appliquent même à ceux liés par le secret professionnel, sauf à l'avocat qui, dans l'exercice de sa profession, reçoit des informations concernant une situation visée à l'article 38 ou 38.1.

1977, c. 20, art. 39; 1981, c. 2, art. 9; 1984, c. 4, art. 19; 1994, c. 35, art. 25.

Obligation d'un adulte d'aider un enfant

42. Un adulte est tenu d'apporter l'aide nécessaire à un enfant qui désire saisir les autorités compétentes d'une situation compromettant sa sécurité ou son développement, ceux de ses frères et sœurs ou ceux de tout autre enfant.

1977, c. 20, art. 42.

Immunité

43. Une personne ne peut être poursuivie en justice pour des actes accomplis de bonne foi en vertu des articles 39 ou 42.

1977, c. 20, art. 43.

Divulgence d'identité

44. Nul ne peut dévoiler ou être contraint de dévoiler l'identité d'une personne qui a agi conformément aux articles 39 ou 42, sans son consentement.

1977, c. 20, art. 44.

Mesures d'urgence

Signalement transmis au directeur

45. Tout signalement à l'effet que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis est transmis au directeur. Celui-ci détermine s'il est recevable et si des mesures d'urgence s'imposent.

1977, c. 20, art. 45; 1984, c. 4, art. 21.

Mesures d'urgence

46. À titre de mesures d'urgence, le directeur peut :
- a) retirer immédiatement l'enfant du lieu où il se trouve ;
 - b) confier l'enfant sans délai à un établissement qui exploite un centre de réadaptation ou un centre hospitalier, à une famille d'accueil, à un organisme approprié ou à toute autre personne.

Accueil obligatoire

Lorsque la mesure retenue est de confier l'enfant à un établissement visé au paragraphe b) du premier alinéa, le directeur doit préciser si la mesure comporte un hébergement. L'établissement désigné est tenu de recevoir l'enfant.

1977, c. 20, art. 46; 1981, c. 2, art. 11; 1984, c. 4, art. 22; 1992, c. 21, art. 222; 1994, c.35, art. 26.

Consultation sur les mesures d'urgence

47. L'enfant doit être consulté sur l'application des mesures d'urgence ; ses parents doivent l'être également dans toute la mesure du possible. Si les parents ou l'enfant s'opposent à l'application des mesures d'urgence, le directeur peut les y contraindre. Il doit toutefois soumettre le cas au tribunal dans les plus brefs délais. Le directeur ne peut jamais appliquer des mesures d'urgence pendant plus de 24 heures, sans obtenir une ordonnance du tribunal qui en constate la nécessité. Une telle ordonnance peut être rendue par le greffier lorsque le juge est absent ou empêché d'agir et qu'un retard risquerait de causer un dommage sérieux à l'enfant. La décision du tribunal ou du greffier ne peut avoir d'effet pour une durée supérieure à cinq jours ouvrables.

Prolongation de l'application des mesures d'urgence

Lorsque le délai de 24 heures se termine un samedi ou un jour non juridique, que le juge et le greffier sont absents ou empêchés d'agir et que leur interruption risque de causer un dommage sérieux à l'enfant, le directeur peut, sans ordonnance, prolonger l'application des mesures d'urgence qui se terminent alors le premier jour juridique qui suit.

1977, c. 20, art. 47; 1979, c. 42, art. 12; 1984, c. 4, art. 23; 1988, c. 21, art. 119; 1989, c. 53, art. 11; 1994, c. 35, art. 27.

Frais de transport, gîte et couvert

48. Les frais de transport, gîte ou couvert d'un enfant confié à titre provisoire à une famille d'accueil ou à une institution autre qu'un établissement sont à la charge de l'établissement qui exploite le centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de qui relève le directeur qui a pris charge de la situation de l'enfant.

Soins médicaux et autres soins en cas d'urgence

Durant la période où des mesures d'urgence sont appliquées, le directeur peut autoriser, en cas d'urgence, la prestation des services médicaux et d'autres soins qu'il juge nécessaires sans le consentement des parents ni ordonnance du tribunal. Tout établissement qui exploite un centre hospitalier est alors tenu de recevoir l'enfant que le directeur lui confie.

1977, c. 20, art. 48; 1984, c. 4, a. 24; 1988, c. 21, art. 119; 1989, c. 53, art. 11; 1992, c. 21, art. 223; 1994, c. 35, art. 28.

Avis de congé

- 48.1 Aux fins de la présente section, un établissement qui exploite un centre hospitalier à qui le directeur a confié un enfant doit aviser le directeur avant que l'enfant n'obtienne son congé conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) ou à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (chapitre S-5).

1984, c. 4, art. 25; 1992, c. 21, art. 224; 1994, c. 23, art. 23.

Évaluation de la situation et orientation de l'enfant

Accès au dossier

Malgré l'article 19 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) ou malgré l'article 7 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (chapitre S-5), lorsque le directeur retient le signalement d'un enfant victime d'abus sexuel ou soumis à des mauvais traitements physiques ou dont la santé physique est menacée par l'absence de soins appropriés, il peut, de même que toute personne qui agit en vertu des articles 32 et 33, pénétrer, à toute heure raisonnable ou en tout temps dans les cas d'urgence, dans une installation maintenue par un établissement afin de consulter sur place le dossier constitué sur cet enfant et tirer des copies de ce dossier.

Sur demande, l'établissement doit transmettre au directeur une copie de ce dossier

En outre, lorsque le signalement de la situation d'un enfant est retenu dans un des cas visés au premier alinéa, le tribunal peut, sur demande, autoriser par écrit le directeur ou toute autre personne qui agit en vertu de l'article 32 à requérir, du directeur des services professionnels d'un établissement ou de la personne désignée par le directeur général de l'établissement, la communication de tout renseignement de nature médicale ou sociale consigné au dossier d'une personne, autre que l'enfant, mise en cause par le signalement et qui est nécessaire aux fins de l'évaluation de la situation de l'enfant. Le tribunal peut accorder

cette autorisation, aux conditions qu'il y indique, s'il est convaincu sur la foi d'une déclaration sous serment du directeur ou d'une personne qui agit en vertu de l'article 32 qu'il existe un motif raisonnable de croire que les conditions suivantes sont réunies :

- 1) un danger menace la vie ou la sécurité de l'enfant concerné par le signalement ou celle d'un autre enfant;
- 2) il est nécessaire, aux fins de l'évaluation de la situation de l'enfant, d'avoir accès aux renseignements consignés au dossier de cette personne.

1977, c. 20, a. 36; 1984, c. 4, a. 16; 1986, c. 95, a. 250; 1992, c. 21, a. 219; 1994, c. 23, a. 23; 2001, c. 78, a. 10.

Décision du directeur

49. Si le directeur juge recevable le signalement à l'effet que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis, il procède à une évaluation de sa situation et de ses conditions de vie. Il décide si sa sécurité ou son développement est compromis.

1977, c. 20, a. 49; 1984, c. 4, a. 26.

Avis aux parties intéressées

50. Si le directeur constate que la sécurité ou le développement de l'enfant n'est pas compromis, il doit en informer l'enfant et ses parents et en faire part à la personne qui avait signalé la situation.

Ressources disponibles

Le directeur doit, en outre, informer l'enfant et ses parents des services et des ressources disponibles dans leur milieu ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources. Il peut, s'ils y consentent, les diriger vers les établissements, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. À cette fin, il peut, le cas échéant, les conseiller sur le choix des personnes ou des organismes pouvant les accompagner et les assister dans leur démarche.

1977, c. 20, art. 50; 1994, c. 35, art. 30.

Orientation de l'enfant

51. Lorsque le directeur est d'avis que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis, il prend la situation de l'enfant en charge et décide de son orientation. À cette fin, le directeur propose l'application de mesures volontaires ou saisit le tribunal de la situation.

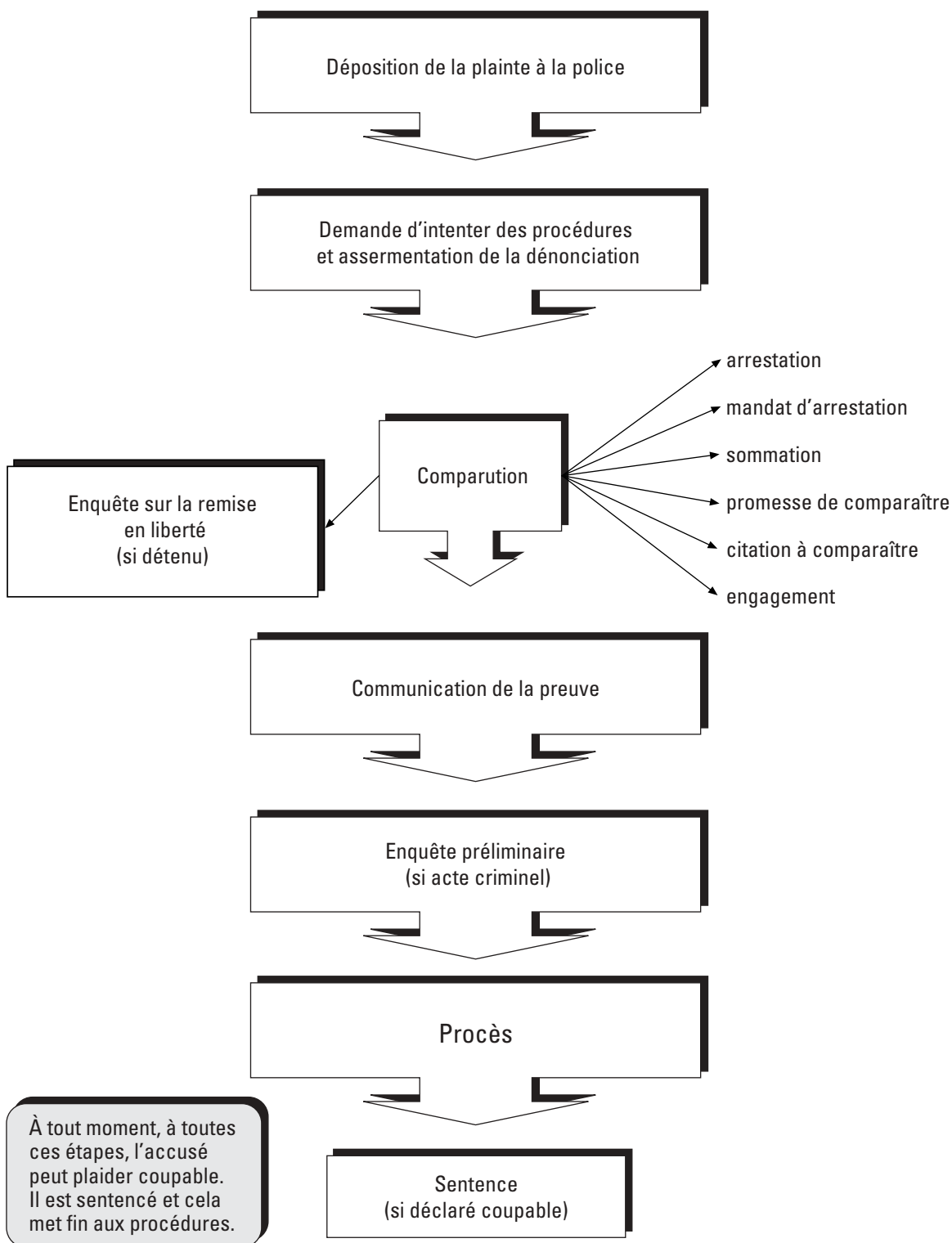
Prise en charge

Le directeur, s'il l'estime à propos, informe la personne visée au premier alinéa de l'article 39 qui avait signalé la situation de l'enfant que celle-ci est prise en charge.

1977, c. 20, art. 51; 1981, c. 2, art. 12; 1984, c. 4, art. 27; 1988, c. 21, art. 119; 1989, c. 53, art. 11; 1994, c. 35, art. 31.

ANNEXE 3

Schéma illustrant la procédure de la poursuite au criminel



ANNEXE 4

Banque nationale de données génétiques

Les prélèvements de substances corporelles aux fins d'analyse génétique

Il est maintenant possible d'effectuer des correspondances de profil génétique (ADN) aux fins d'identification. Le prélèvement de substances corporelles aux fins d'analyse génétique favorise la résolution d'enquêtes criminelles, par l'identification d'un suspect ou par son exonération, ce qui permet un meilleur contrôle des crimes graves.

Le fonctionnement de la banque nationale de données génétiques

La *Loi sur l'identification par les empreintes génétiques* crée une banque nationale de données génétiques composée d'un fichier criminalistique et d'un fichier des condamnés. Cette banque établie par le solliciteur général du Canada et administrée par la Gendarmerie royale du Canada contient des informations d'accès restreint. Le fichier criminalistique contient des données génétiques établies par l'analyse de substances corporelles suspectes retrouvées sur les scènes de crime à travers le Canada. Les informations obtenues à partir des substances corporelles de la victime ne sont pas conservées dans ce fichier.

Le fichier des condamnés rassemble des données génétiques obtenues à partir de substances corporelles prélevées sur des personnes déclarées coupables faisant l'objet d'une **ordonnance de prélèvement pour analyse génétique**. Lorsqu'un profil est inscrit dans le fichier des condamnés, il est comparé à ceux figurant dans le fichier criminalistique. Dans le cas d'un recoupement, les renseignements pertinents sont communiqués aux enquêteurs et permettent, dans certains cas, l'émission d'un **mandat autorisant le prélèvement pour analyse génétique**.

39

Le mandat autorisant le prélèvement pour analyse génétique

Sur demande *ex parte*, un juge peut émettre un mandat autorisant un agent de la paix à procéder (ou à faire procéder sous son autorité) au prélèvement d'un échantillon d'une substance corporelle pour analyse génétique d'un suspect. Le juge doit être convaincu, à la suite d'une dénonciation faite sous serment, que la délivrance du mandat servirait au mieux l'administration de la justice et qu'il existe des motifs raisonnables de croire :

- qu'une infraction désignée définie à l'article 487.04a) *C.cr.* a été commise ;
- qu'une substance corporelle a été trouvée :
 - sur les lieux de l'infraction ;
 - sur la victime ou à l'intérieur du corps de celle-ci ;
 - sur ce que la personne portait ou transportait ;
 - sur une personne ou à l'intérieur du corps d'une personne, sur une chose ou à l'intérieur d'une chose ou en des lieux liés à la perpétration de l'infraction ;
- que la personne a participé à l'infraction ;
- que l'analyse génétique de la substance corporelle prélevée apportera des preuves selon lesquelles la substance corporelle trouvée provient ou non de cette personne.

Le mandat autorise l'agent de la paix (ou toute personne agissant sous son autorité) à obtenir et à saisir un échantillon d'une substance corporelle du suspect par prélèvement. Cette substance ne peut être constituée que de cheveux ou de poils comportant la gaine épithéliale, de cellules épithéliales par écouvillonnage des lèvres, de la langue ou de l'intérieur des joues ou d'un échantillon de sang au moyen d'une piqûre à la surface de la peau avec une lancette stérilisée.

L'agent de la paix doit, avant de procéder à l'exécution du mandat, informer l'intéressé :

- de la teneur du mandat;
- de la nature du prélèvement;
- du but du prélèvement;
- de la possibilité que les résultats de l'analyse génétique soient présentés en preuve;
- de son pouvoir d'employer la force nécessaire pour l'exécution du mandat;
- du droit de l'intéressé de consulter un avocat.

Celui qui subit le prélèvement peut être contraint d'accompagner l'agent de la paix et il peut être détenu aux fins du prélèvement pour la période que justifient les circonstances.

L'ordonnance de prélèvement pour analyse génétique

Lorsqu'une personne est déclarée coupable de certaines infractions désignées, le juge rend une ordonnance de prélèvement de substances corporelles aux fins d'analyse génétique si cela sert au mieux l'administration de la justice. Dans le cas d'infractions plus graves, il doit l'ordonner à moins que l'intéressé n'établisse que cela aurait sur sa vie privée et la sécurité de sa personne un effet nettement démesuré par rapport à l'intérêt public en ce qui touche la protection de la société et la bonne administration de la justice. Dans le cas des autres infractions désignées, le juge doit aussi tenir compte du casier judiciaire de l'accusé, de la nature de l'infraction et des circonstances de sa perpétration, de même que de l'effet sur la vie privée de l'intéressé et sur la sécurité de sa personne.

Certains criminels plus dangereux font aussi l'objet de prélèvement même s'ils ont été condamnés avant l'entrée en vigueur de cette loi, notamment les délinquants dangereux ou les personnes déclarées coupables de plusieurs meurtres commis à différents moments ou de certaines infractions de nature sexuelle.

Le prélèvement s'effectue au moment où l'accusé est déclaré coupable ou absous ou le plus tôt possible après, même lorsqu'un appel est interjeté. L'agent de la paix qui exécute une ordonnance de prélèvement doit prendre les empreintes digitales de la personne visée pour bien s'assurer qu'il n'y a pas erreur quant à l'identité de cette personne.

La destruction des échantillons

En principe, les renseignements et les échantillons utiles de substances corporelles sont conservés dans le fichier des condamnés pour une période indéterminée, sauf dans le cas d'un acquittement ou d'une absolution. Les échantillons et l'information sur l'ADN seront tous deux détruits si l'analyse génétique montre que le suspect n'était pas impliqué ou si l'accusé est définitivement acquitté de l'infraction désignée ou encore lorsqu'il n'y a pas reprise des procédures un an après une libération, un rejet de la dénonciation ou une suspension des procédures. La *Loi sur l'identification par les empreintes génétiques* prévoit la destruction des échantillons en cas d'annulation de la déclaration de culpabilité et, après un certain temps, dans les cas d'absolution inconditionnelle et d'absolution sous condition.



TROISIÈME PARTIE : 3 INTERVENTION MÉDICOSOCIALE

Pour répondre aux besoins des
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE
enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes

*Intervenons
ensemble*

TROISIÈME PARTIE :

INTERVENTION MÉDICOSOCIALE

Une intervention médicosociale doit être accessible et offerte à toutes les victimes d'agression sexuelle, peu importe leur sexe et leur âge. Parfois, cette intervention médicosociale constitue la première demande d'aide formulée par la victime après l'agression sexuelle. Ce premier contact est donc souvent déterminant pour les interventions futures et pour le bien-être de la victime et de ses proches.

1

Les centres qui accueillent les victimes d'agression sexuelle pour l'intervention médicosociale doivent mettre en place des procédures claires, favorisant une intervention adéquate et de qualité. Ces procédures ont trait :

- aux locaux et à l'équipement utilisés pour cette intervention ;
- au nombre d'intervenantes ou intervenants en cause ;
- au partage des tâches entre ces derniers ;
- aux voies de communication à l'intérieur du *centre désigné* ;
- aux voies de communication avec les partenaires du réseau.

L'intervention médicosociale auprès des enfants, des adolescentes, des adolescents, des femmes et des hommes requiert des connaissances, un savoir-faire et un savoir être particuliers. Il faut connaître et comprendre ce qu'on doit rechercher, comment le rechercher et comment agir pour offrir les meilleurs soins et soutenir la victime et ses proches dans ce moment de crise et par la suite. Une démarche clinique cohérente conduit à une intervention efficace. L'intervention en matière d'agression sexuelle tient plus aux attitudes des intervenantes et des intervenants qu'à des gestes spectaculaires. Une attitude ouverte, courtoise, chaleureuse et respectueuse assure une meilleure qualité des soins.

Il est également important de suivre l'évolution des connaissances dans ce domaine. En fait, il faut savoir pourquoi on intervient, pour qui on intervient et sur quoi on intervient.

Les victimes d'agression sexuelle constituent un groupe hétérogène. De plus, les clientèles du CSSS, du DPJ, du service de police, de l'hôpital, du bureau privé et du centre d'aide ont des caractéristiques distinctes les unes des autres. Chaque situation se révèle donc unique et particulière. **Il faut s'adapter et offrir une intervention personnalisée.** Rien n'est vrai toujours et pour toutes les victimes. Certes, nous avons tous à tenir compte du cadre légal, médical et social, mais il y a place pour le jugement, l'intuition, la créativité, la souplesse et l'humilité. Et la spécificité professionnelle de chacun doit s'enrichir de l'interdisciplinarité, de la concertation et du partenariat.

L'intervention médicosociale, sans être complexe, commande une certaine attention, du temps et de la concentration de la part des intervenantes et des intervenants. **Il est donc préférable qu'une autre personne soit associée au médecin dans cette intervention, de manière à ce que les tâches soient partagées et que la victime reçoive toute l'attention nécessaire.**

En général, on a tendance à favoriser une intervention par une personne du même sexe pour les femmes agressées sexuellement. Ce peut être aussi le désir de la victime et il faut le respecter. Toutefois, le sexe de celles et ceux qui procèdent à l'intervention médicosociale a moins d'importance que leur expérience, leur motivation ou leur prédisposition à intervenir dans cette problématique. Mais il demeure qu'il doit y avoir une présence féminine durant l'examen. Quant aux hommes, il faut également s'enquérir de leur préférence.

Objectifs de l'intervention médicosociale

2

Les objectifs de l'intervention médicosociale sont les suivants :

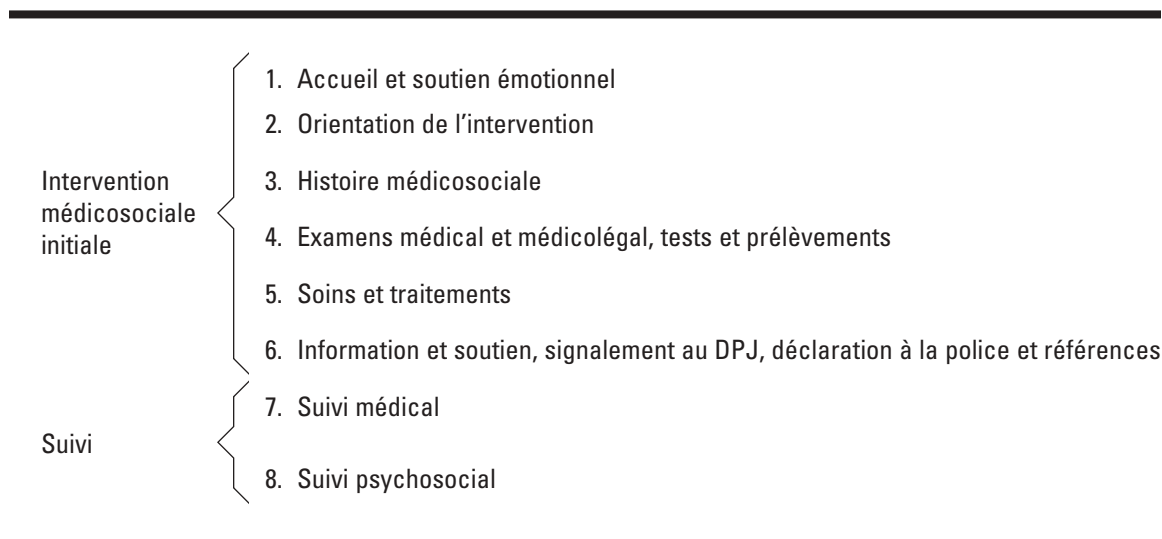
- évaluer et satisfaire les besoins de la victime afin d'atténuer l'impact de l'agression ;
- informer et soutenir la victime et ses proches ;
- déceler et traiter les lésions corporelles, en particulier les lésions génitales ;
- prévenir une grossesse ;
- déceler, traiter ou prévenir les ITS ;
- recueillir des éléments de preuve : certains faits autour de l'agression, les signes et les symptômes physiques, les prélèvements médico-légaux ;
- rassurer la victime sur son intégrité physique et psychologique, si nécessaire ;
- s'assurer que la victime est en sécurité.

En fonction du délai entre l'agression sexuelle et l'intervention, certains des objectifs seront plus ou moins pertinents ou importants.

La victime est unique et son histoire est unique. Sur le plan clinique, par contre, l'objectif poursuivi et l'approche privilégiée revêtent une constance : la victime doit poursuivre un développement corporel et spirituel harmonieux.

Les étapes de l'intervention médicosociale

Cette troisième partie du guide décrit les 8 étapes de l'intervention médicosociale. Il est certain que quelques étapes se chevauchent, comme l'histoire médicosociale qui, en partie, débute avec l'orientation de l'intervention et le soutien émotionnel qui se poursuit tout au long de l'intervention. Voici ces 8 étapes :



L'intervention médicosociale initiale comprend les 6 premières étapes. Le suivi médical se fait généralement quelques semaines après la première rencontre. Le suivi psychosocial est offert dans un délai raisonnable et selon les besoins définis.

Un résumé de l'intervention médicosociale est donné dans la deuxième section du *Protocole d'intervention médicosociale*, « Grandes lignes de l'intervention ».

Nous décrivons maintenant ces 8 étapes.



ÉTAPE 1 :

ACCUEIL ET SOUTIEN ÉMOTIONNEL

Pour répondre aux besoins des
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE
enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes

*Intervenons
ensemble*

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Accueil	3
Les proches	4
Attitudes	5
Empathie	5
Respect	5
Engagement sans identification à la victime ou avec une certaine distance	5
Aide vs contrôle	6
Croire la victime	6
Aider la victime à définir ses besoins	6
Besoin de protection	6
Besoins médicaux et de santé	7
Besoin d'information générale	7
Besoin d'une indemnité	8
Conclusion	8

Introduction

Les personnes qui ont vécu une agression sexuelle ont subi des actes violent leur intégrité physique, sans leur consentement et de façon brutale parfois. La première étape de l'intervention médicosociale consiste à les accueillir. La qualité de cet accueil est importante et déterminante pour la suite de l'intervention, le bien-être des victimes et leur récupération psychologique. Quant au soutien émotionnel, il commence avec l'accueil et se poursuit tout au long de l'intervention jusqu'au départ de la victime et au moment de la relance. Soutenir émotionnellement la victime, c'est d'abord l'accueillir, en plus de l'aider à préciser ses besoins et d'y répondre.

Mais le soutien aux victimes est d'abord et avant tout une question d'attitude. Il faut d'abord être présent et à l'écoute de la victime, tenter de la rassurer, préciser avec elle ce qui lui ferait du bien, la reconforter, lui donner le temps de s'exprimer, de préciser ses besoins et de faire des choix, l'aider à reprendre le contrôle d'elle-même, tenter de répondre ou l'aider à répondre elle-même à certains besoins immédiats et la soutenir dans ses démarches. Il faut aussi soutenir les proches qui accompagnent la victime.

Pour une majorité des demandes qui leur sont adressées, particulièrement par les victimes adultes, l'accueil et le soutien émotionnel que doivent offrir les *centres désignés* sont destinés à des personnes en situation de crise. La victime est bien souvent en état de choc, le sentiment de danger est encore très présent chez elle, la confusion s'installe parfois dans son esprit et la tension est facilement perceptible. L'accueil et le soutien émotionnel doivent être adaptés à cette réalité.

Accueil

Une fois dans le *centre désigné* qui offre les services aux victimes d'agression sexuelle, ces dernières doivent être considérées comme ayant besoin d'une attention prioritaire. Elles doivent donc être vues dans des délais brefs et ne pas attendre avant de recevoir les services appropriés.

Cette étape de l'intervention se déroule dans une salle fermée afin de préserver la confidentialité et l'intimité et pour que la victime se sente en sécurité.

Il est important que l'intervenante ou l'intervenant instaure, dès le premier contact, un certain climat de confiance et clarifie son rôle : cette attitude favorise la communication et influera sur la qualité de la démarche elle-même et de l'information recherchée. Il importe aussi de créer une atmosphère paisible et rassurante, même si parfois l'endroit s'y prête peu, à l'urgence, par exemple. De plus, même s'il s'installe parfois une atmosphère de drame, l'intervenante ou l'intervenant doit demeurer calme et apaisant.

Le **langage** utilisé par l'intervenante ou l'intervenant sera adapté au langage et au niveau de compréhension de la victime, peu importe l'âge de celle-ci. Il est important de respecter la victime et de se faire bien comprendre, comme il est important de bien comprendre ses réponses.

Aussi, il faut savoir lire au-delà de la réaction apparente, de la réaction immédiate des victimes. En situation de choc ou de stress, la victime peut être soumise, vindicative, incohérente, trop raisonnable, etc. Il faut aussi savoir lire la réaction de la victime tout au long de la rencontre et dans ses tentatives, gauches parfois, de reprendre le contrôle de sa vie ou d'exprimer sa colère. Ainsi, on révise nos attentes envers la réaction de la victime, car si sa réaction n'est pas conforme à nos attentes, la victime en a conscience. Il n'y a pas une bonne et une mauvaise façon de réagir. Dans les situations mettant en cause un enfant, une adolescente ou un adolescent, la réaction des parents est souvent plus évidente et envahissante que celle de leur enfant.

Étant donné la nature même du problème, l'intervention médicosociale peut susciter un certain malaise chez la victime comme chez l'intervenante ou l'intervenant. Imaginez-vous devant une personne étrangère qui nous demande de lui raconter notre vie sexuelle dans les détails. C'est en quelque sorte la situation dans laquelle se retrouve la victime. De plus, l'intervenante ou l'intervenant qui procède à l'intervention médicosociale n'est parfois pas la première personne étrangère à l'interroger. On peut exprimer ce malaise que l'on partage avec la victime à la victime ; il est plus facile de composer avec ce qui est nommé.

Accueillir la victime, c'est aussi l'écouter, si elle veut parler de l'agression. Le fait d'en parler aide à prendre un certain recul et à normaliser les sentiments et les réactions. On peut l'aider à comprendre qu'elle n'est pas la seule à avoir ces sentiments et que sa réaction est normale. Si cela est approprié, on invite la victime à exprimer ce qu'elle ressent : émotions, doutes, culpabilité et colère. La verbalisation de ce qu'elle vit fait partie de son évolution vers le mieux-être.

Les proches

La victime d'agression sexuelle est souvent accompagnée d'un membre de la famille ou d'une connaissance. Ces personnes ont également des besoins dont il faut tenir compte, mais toutefois pas au détriment de la victime elle-même.

À partir de 14 ans, les règles de confidentialité s'appliquent, même pour les personnes très intimes avec la victime. En effet, les personnes qui accompagnent la victime ne sont pas toujours au fait de tous les éléments de l'histoire, et l'intervenante ou l'intervenant doit demeurer prudent en ce qui concerne l'information qui leur est communiquée ou qu'on présume qu'elles possèdent déjà.

4

Parfois, les proches qui accompagnent la victime voudront assister à l'entrevue. On s'assure d'abord, seul avec la victime au début de la visite, qu'elle ait choisi librement d'être accompagnée ; on s'assure aussi qu'elle est consciente de la portée de certaines questions qui lui seront posées devant ses proches. Au besoin, on lui donne quelques exemples. On s'entend avec la victime pour que, à sa demande verbale ou par un moyen discret convenu d'avance, on fasse sortir ses proches, si elle juge que leur présence n'est plus souhaitable. L'intervenante ou l'intervenant fait part aussi de ses propres craintes ou limites en ce qui concerne leur présence et dans quelles circonstances il ou elle pourrait avoir à leur demander de se retirer (par exemple, s'ils répondent à la place de la victime ou créent une tension qui rend difficile le bon déroulement de l'entrevue). Une fois cette entente établie, l'intervenante ou l'intervenant doit respecter le désir de la victime.

Dans le cas d'un enfant, d'une adolescente ou d'un adolescent, la présence d'un parent durant la visite médicale et durant l'examen permet d'obtenir des renseignements utiles et peut rassurer la jeune victime, mais elle peut aussi nuire au déroulement de la visite. Si les parents connaissent des éléments de l'histoire, il est préférable qu'ils les transmettent en l'absence de l'enfant. Pour l'examen d'un très jeune enfant, la présence d'un parent est souvent nécessaire. Dans le cas d'une adolescente ou d'un adolescent, il faut l'accord de celle-ci ou de celui-ci pour qu'un parent soit présent. Dans les cas d'inceste ou dans les situations de mésentente parentale, il est préférable, si on a recours à un tiers, que ce ne soit ni la mère ni le père.

Par contre, il faut bien départager ce qui appartient à l'enfant, à l'adolescente ou à l'adolescent, à ses parents et aux intervenantes ou intervenants. Une étude réalisée auprès d'adolescentes victimes d'agression sexuelle, de leurs parents et des professionnels en cause, a démontré comment les réactions des parents sont plus visibles que celles des adolescentes et comment les craintes et les réactions des

adolescentes diffèrent de la perception qu'en ont leurs parents et les professionnels. Il en ressort aussi que les perceptions des intervenantes et des intervenants rejoignent davantage celles des parents que celles des victimes.

Donc, la réaction de la jeune victime doit être recueillie auprès de celle-ci et c'est elle qui doit faire part de ses besoins. Il faut au moins lui accorder un moment privilégié durant l'intervention, hors la présence de ses parents.

Attitudes

Il faut reconnaître que l'agression sexuelle est une situation difficile qui ne laisse personne indifférent, à cause notamment de la problématique, du choc, du stress, et des aspects multiples faisant intervenir la famille et plusieurs personnes de différents secteurs : justice, santé, services sociaux. L'agression sexuelle amène l'intervenante et l'intervenant à s'interroger comme individu, comme personne en autorité, comme parent et comme être humain. L'agression sexuelle est un acte violent qui est commis contre une personne souvent vulnérable. L'agression sexuelle est souvent perpétrée par une personne connue de la victime. Dans le cas de l'enfant, l'agresseur est souvent une personne qui aurait dû le protéger. La réaction de l'intervenante ou de l'intervenant peut être la colère ou le désir de vengeance, ou encore le retrait ou la réticence à travailler avec la victime. On verra même des réactions d'incrédulité. Par ailleurs, en présence d'hommes agressés sexuellement, les intervenantes et les intervenants sont souvent dépourvus, comme si les repères habituels étaient plus flous.

Nos attitudes sont importantes dans toute intervention, en particulier dans l'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle. C'est pourquoi l'intervention doit être faite par une personne sensibilisée à la problématique, prête à y travailler et apte à le faire.

5

Empathie

L'intervenante ou l'intervenant doit faire preuve d'empathie, c'est-à-dire tenter de percevoir l'état émotif de la victime et de communiquer sa compréhension de l'expérience vécue et des émotions exprimées par celle-ci. Cette attitude crée un climat sécurisant qui permet à la victime de s'exprimer et la rassure sur le fait qu'elle est entendue et comprise.

Respect

L'intervenante ou l'intervenant doit faire preuve de respect et s'abstenir de tout jugement. Le respect se définit par la reconnaissance de la valeur, des forces et des capacités de la victime. Il oblige à considérer la victime comme un individu distinct et autonome. La victime a besoin qu'on reconnaisse sa crédibilité et ses capacités. Elle a le droit de prendre elle-même les décisions qui la concernent, que l'intervenante ou l'intervenant soit d'accord ou non avec la décision prise.

Engagement sans identification à la victime ou avec une certaine distance

L'intervenante ou l'intervenant ne doit pas préjuger des émotions de la victime, car la réaction de celle-ci peut être bien différente de la sienne. La victime ressent parfois de l'ambivalence envers son agresseur, surtout si ce dernier était une personne de confiance. Aussi certains enfants ont-ils plus de difficulté à reconnaître qu'il s'agit d'une agression sexuelle ou ont des sentiments ambivalents à l'endroit du parent agresseur dans les cas d'inceste.

Il est possible que l'intervenante ou l'intervenant éprouve un sentiment de colère, de mépris, un désir de vengeance, un parti pris contre l'agresseur. Ces réactions et ces émotions sont normales. Mais l'intervenante ou l'intervenant doit garder une certaine réserve face à la victime, demeurer conscient et critique face à ses propres perceptions et émotions afin de mieux se concentrer sur les besoins de la victime et de lui offrir le meilleur soutien possible. L'intervenante ou l'intervenant peut tout de même prendre position contre les gestes qui ont été posés en exprimant sa tristesse pour ce que la victime a subi. C'est bien différent que d'imposer ses vues. Il ne sert à rien de simuler; les victimes, même en état de choc, sont sensibles aux fausses attitudes.

Aide vs contrôle

Pour contrer son impuissance, l'intervenante ou l'intervenant a parfois tendance à prendre le contrôle et à trop agir. Son rôle consiste à aider la victime, à la suivre dans son cheminement et non pas à agir et à vivre la situation à sa place. L'agression sexuelle a enlevé à la victime le contrôle d'elle-même; il est essentiel qu'elle le retrouve, en particulier dans la relation d'aide. Il faut garder à l'esprit que la victime possède des forces, qu'elle a son propre rythme, et qu'il faut lui faire confiance. Souvent, les victimes savent nous guider dans nos interventions si nous sommes à l'écoute.

Croire la victime

L'intervenante ou l'intervenant n'a pas à faire la preuve qu'il y a eu agression sexuelle. Elle ou il peut y contribuer tout au plus. Il faut donc recueillir le récit de l'agression sexuelle tel qu'il se présente: avec les flous et les silences inévitables, sans jugement, et ce, même si la victime semble avoir pris des risques ou si elle fait usage de drogues ou d'alcool, et sans égard à son passé sexuel.

6

Chez les enfants, les adolescentes et les adolescents, si l'histoire d'agression sexuelle est niée dans un deuxième temps, cela ne signifie pas qu'il n'y a pas eu d'agression sexuelle. Peu importe que l'histoire ait changé, les victimes et leur famille ont de toute manière besoin d'aide.

Aider la victime à définir ses besoins

Les besoins des victimes sont variés et multiples. Ils diffèrent selon la personnalité de la victime, le type d'agression et le moment où la victime demande de l'aide, par exemple immédiatement après le crime ou trois mois plus tard. Les ressources de la personne (revenu, soutien offert par l'entourage) influencent aussi les besoins exprimés.

La définition des besoins de la victime est donc primordiale et constitue une composante du soutien émotionnel. Mais certaines victimes auront de la difficulté à exprimer clairement ce qu'elles désirent. En conséquence, on doit connaître les besoins caractéristiques dans ces situations afin d'amener ces victimes à définir leurs propres besoins. Les besoins les plus souvent exprimés par les victimes au cours de l'intervention médicosociale sont discutés ci-dessous.

Besoin de protection

Les victimes désirent être protégées contre les représailles, les menaces et le harcèlement de leur agresseur. Elles veulent se sentir en sécurité et à l'abri d'une nouvelle agression sexuelle. Cependant, il n'est

pas toujours possible d'assurer le niveau de protection souhaité par la victime. Pour être protégée et se sentir en sécurité, la victime peut avoir besoin :

- d'être orientée vers une maison d'hébergement;
- de déménager;
- d'être entourée de personnes de confiance;
- d'être protégée par la police;
- d'être prise en charge par le directeur de la protection de la jeunesse;
- que son agresseur soit contrôlé (arrestation, interdiction de contacter ou approcher la victime).

L'intervenante ou l'intervenant explore avec la victime divers moyens pour qu'elle se sente en sécurité, par exemple, habiter temporairement chez des personnes de confiance, changer de numéro de téléphone, etc.

Besoins médicaux et de santé

Les victimes ont parfois besoin de soins et de traitements pour leurs blessures, les ITS, la grossesse, ou pour diminuer leur anxiété ou leur insomnie. Elles ont surtout besoin d'information sur la santé, en particulier sur :

- leur intégrité physique;
- les conséquences de leurs blessures physiques;
- le VIH;
- les ITS;
- une grossesse possible;
- les effets secondaires des médicaments prescrits;
- les malaises physiques.

7

Besoin d'information générale

L'information est sûrement le besoin le plus souvent exprimé par les victimes. À part l'information dont elles ont besoin sur les possibles problèmes de santé liés à l'agression sexuelle, elles s'interrogent sur leurs droits, les recours possibles, leurs obligations. Elles s'interrogent aussi sur leurs réactions, leur vie dans les semaines à venir, etc.

Le volet information prend une grande place dans l'intervention médicosociale. Être bien informée augmente chez la victime son sentiment de contrôler ce qui lui arrive, et c'est particulièrement important pour elle, qui vient de subir une perte de contrôle.

La demande d'information porte donc sur :

- les réactions habituelles des victimes et l'évolution de ces réactions (il faut leur montrer qu'elles ne sont pas les seules à réagir de cette façon);
- les recours possibles et les services existants;

- les systèmes judiciaire et de protection de la jeunesse ;
- les moyens de prévention.

Besoin d'une indemnité

L'agression sexuelle est un acte criminel dont les conséquences sont multiples et variées chez les personnes qui en sont victimes. C'est pourquoi ces dernières peuvent être dédommagées. Cette réparation vise à réduire certaines conséquences du crime et à reconnaître le tort subi. Rien ne peut faire oublier le crime, et les indemnisations accordées ne compensent pas toutes les pertes financières encourues.

Conclusion

Il est important d'accorder à la victime le temps nécessaire pour s'exprimer et définir ses besoins. La victime doit se sentir écoutée et comprise. Ce climat de confiance facilitera l'échange d'information au cours des prochaines étapes de l'intervention médicosociale, mais il permettra surtout à la victime de récupérer et de poursuivre son cheminement vers l'autonomie.

Les victimes d'agression sexuelle ne constituent pas un groupe homogène. **L'accueil et le soutien émotionnel tout au long de l'intervention seront adaptés aux particularités de chacune.**



ÉTAPE 2 :

ORIENTATION DE L'INTERVENTION

Pour répondre aux besoins des
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE
enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes

*Intervenons
ensemble*

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Paramètres qui orientent l'intervention	3
Temps écoulé depuis l'agression sexuelle	3
a) Délai de 5 jours ou moins	3
b) Délai de 6 jours ou plus	4
Désir de la victime de porter plainte à la police	5
Indications d'effectuer des prélèvements médico-légaux	6
Interventions médicosociales possibles	6
Conditions d'utilisation des 2 trousses	7
a) Utilisation de la trousse médico-légale	7
b) Utilisation de la trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux	8
Interventions appropriées selon les circonstances	8
Consentement	9
Consentement: circonstances particulières	10
a) Intoxication contre sa volonté ou état d'ébriété avancé	10
b) Blessures graves: coma, vie en danger, etc.	10
c) Mineur: 13 ans ou moins	11
d) Mineur: 14 à 18 ans	11
e) Déficience intellectuelle	11
Conclusion	12
Annexe 1	
Avis juridique sur le consentement par le Directeur de la protection de la jeunesse à l'utilisation de la trousse médicosociale ou de la trousse médico-légale auprès d'un enfant de moins de 14 ans	13

Introduction

Il est important de préciser l'orientation que prendra l'intervention médicosociale. Nos actions et l'utilisation de certains instruments sont fonction de quelques paramètres importants à connaître et à préciser assez tôt durant la visite. L'orientation de l'intervention nécessite une bonne compréhension des enjeux par les intervenantes et les intervenants, mais appelle aussi au plus grand respect de la victime et de ses désirs, qu'ils soient exprimés clairement ou non.

Paramètres qui orientent l'intervention

Après avoir accueilli la victime d'une agression sexuelle, on l'avise que quelques questions lui seront d'abord posées pour déterminer quels services sont appropriés à sa situation. Parfois, dans le cas d'un enfant, d'une adolescente ou d'un adolescent, les policiers, des intervenantes ou des intervenants qui accompagnent la victime ou encore les parents, ont déjà des renseignements de nature à orienter l'intervention médicosociale. L'intervenante ou l'intervenant se soucie de les confirmer auprès de la victime.

Pour déterminer les interventions possibles, on tient compte :

- 1) **du temps écoulé depuis l'agression sexuelle ;**
- 2) **du désir de la victime (ou de ses parents si elle a moins de 14 ans) de porter plainte auprès des policiers ;**
- 3) **de l'indication d'effectuer des prélèvements médico-légaux.**

Temps écoulé depuis l'agression sexuelle

a) Délai de 5 jours ou moins

Les victimes de tous âges agressées sexuellement il y a 5 jours ou moins et ayant besoin d'une intervention médicosociale doivent être reçues **en urgence**, qu'il s'agisse d'une agression unique ou d'une agression chronique dont le dernier épisode remonte à 5 jours ou moins. Cette visite d'urgence a pour but :

- de soutenir la victime, de déterminer quels sont ses besoins urgents, de l'informer et, parfois de la diriger vers un autre service (psychiatrie, hospitalisation, hébergement d'urgence) ;
- de déceler les lésions et de traiter les blessures ;
- d'effectuer les prélèvements de la trousse médico-légale, si cela est pertinent. Ceux-ci incluent les prélèvements pour vérifier la présence de drogues et d'alcool, qui doivent être effectués le plus tôt possible ; les tests de dépistage de certaines drogues peuvent tout de même être positifs jusqu'à 5 jours après l'ingestion de ces drogues ;
- de prévenir la grossesse, si cela est indiqué ;
- de traiter ou de prévenir les infections transmissibles sexuellement, si cela est indiqué (rarement).

Si l'agression sexuelle remonte à 5 jours ou moins, on peut encore **déceler des lésions** importantes ou subtiles, et **faire une prophylaxie de grossesse**, si nécessaire.

On peut aussi effectuer des prélèvements médico-légaux : il s'agit de recueillir certains éléments supplémentaires tout au long de l'examen, tels des vêtements souillés, des débris ou des échantillons de sang ou de sécrétions. Les prélèvements médico-légaux peuvent apporter des éléments de preuve quant à la nature de l'offense (ex. : sperme dans le vagin) et aussi quant à l'identité de l'agresseur. En effet, le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale peut procéder à la recherche du profil génétique (ADN). Pour ce faire, on analyse tout prélèvement effectué sur la victime (peau, vêtement, sécrétions buccales, vaginales ou anales) qui peut contenir des cellules de l'agresseur (spermatozoïdes, sang, cellules épithéliales buccales). On pourra ainsi différencier le profil génétique de l'agresseur de celui de la victime.

De manière exceptionnelle et sans dépasser le délai de 5 jours, un délai supplémentaire de quelques heures pour l'examen d'une victime peut être justifié, entre autres raisons, si elle refuse l'examen ou semble trop traumatisée émotionnellement. On offre de reporter de quelques heures cet examen en misant sur le fait que le choc initial peut s'estomper (il s'agit de situations peu fréquentes). Si on retarde l'examen, on procède toutefois à une courte histoire médicosociale et on avise la victime de certaines précautions. Ainsi, sur place ou au téléphone :

- on s'assure qu'il n'y a ni malaise ni douleur révélant une lésion qui mériterait une attention immédiate (saignement, brûlement urinaire ou douleur à l'abdomen, au crâne, etc.);
- on s'assure, si la victime désire porter plainte, qu'il n'y a pas de spécimens ni d'éléments de preuve facilement récupérables qui pourraient disparaître dans les heures suivantes : taches de terre sur les vêtements, de sperme sur la peau, taches de salive de l'agresseur sur la peau, traces de sperme dans la bouche, corps étrangers appartenant à l'agresseur (cheveux, poils), vêtements souillés; un examen sommaire pourrait être utile en attendant de procéder à un examen plus complet (prélever, conserver et noter, s'il y a lieu);
- on avise la victime, si elle désire porter plainte, qu'il est préférable de ne pas se laver ni de prendre de douche vaginale avant l'examen. S'il y a eu fellation, elle ne doit pas manger ni boire. Elle conserve ses vêtements non lavés dans un sac de papier. S'il y a eu possibilité d'administration de drogues, il faut prélever rapidement des échantillons d'urine et de sang.

Certaines lésions génitales-anales, telles des ecchymoses légères ou des petites lacérations par des ongles, peuvent n'apparaître qu'après 12 heures. Si la victime est vue moins de 12 heures après l'agression sexuelle, ces lésions peuvent passer inaperçues. Un nouvel examen **externe** peut être souhaitable 24 heures après le premier examen, si celui-ci s'est révélé négatif **et** si le récit de l'événement ou certains signes indiquent la probabilité de tels traumatismes (gestes ou douleur sans lésion visible). **Ces situations demeurent peu fréquentes.**

b) Délai de 6 jours ou plus

Les victimes d'agression sexuelle unique ou chronique, dont le dernier épisode remonte à 6 jours ou plus, nécessitent un examen dans un délai raisonnable et dans un contexte favorable, et après vérification de certains éléments du récit de la victime.

Dans cette situation, les prélèvements médico-légaux ne sont plus indiqués; par exemple, la recherche de spermatozoïdes n'est plus utile puisque ceux-ci ne sont plus décelables.

Dans certaines situations, particulièrement à l'intérieur d'un délai de 6 à 15 jours, ou si certains symptômes sont présents, il faudra donner rendez-vous dans des délais brefs, sinon en urgence. On évalue ces situations ou ces symptômes et leur degré de gravité sur place ou par téléphone. Par exemple, un rendez-vous sera donné en urgence :

- si on note la présence de symptômes indiquant qu'il peut y avoir un problème : saignement, perte vaginale, éruption vulvaire, douleur génitale ou anale, incontinence anale, constipation, brûlement urinaire ou dysurie, douleurs, etc.;
- si la victime présente une détresse psychologique marquée;
- dans certaines situations d'agression avec pénétration ou tentative de pénétration vaginale ou anale, chez tous les enfants, de même que chez les adolescentes et les adultes qui n'ont pas déjà eu de relations sexuelles complètes (on peut encore retrouver des traces de lacérations récentes).

Au-delà d'un délai de 6 mois, les victimes adultes d'agression sexuelle ne seront pas nécessairement vues dans un *centre désigné*. Elles peuvent toutefois avoir besoin de services médicaux telle la recherche d'une ITS, ou d'être rassurées sur leur intégrité physique. Les cliniques médicales et plusieurs médecins en cabinet privé peuvent répondre à ces besoins. Les victimes qui désirent des services psychosociaux peuvent être rencontrées par les groupes communautaires d'aide aux victimes d'agression sexuelle ou par les services publics de santé mentale.

Chez les enfants et les adolescents, peu importe le délai depuis l'agression sexuelle, les victimes seront vues de préférence par le *centre désigné* étant donné que l'examen médical nécessite une expertise particulière. Cette expertise pourrait aussi être développée par tout médecin collaborant avec un *centre désigné* et intéressé par la problématique. Les constatations de l'examen d'une victime de cet âge peuvent être utiles aux instances judiciaires ou au DPJ, même si l'examen est effectué après un long délai, particulièrement chez les adolescentes plus jeunes et chez les enfants, qui n'ont généralement pas eu d'activités sexuelles autres que l'agression sexuelle subie.

En résumé, après une agression sexuelle, les délais sont établis comme suit :

- **dernier épisode : 5 jours ou moins**
examen immédiat, sauf dans des circonstances exceptionnelles;
- **dernier épisode : 6 jours ou plus**
examen après la prise d'un rendez-vous dans un délai acceptable, délai court en présence de symptômes inquiétants, de détresse psychologique ou d'un récit présentant des possibilités de manipulations pouvant causer des lésions.

Désir de la victime de porter plainte à la police

Le désir de porter plainte ou non à la police est également un des facteurs qui déterminent l'orientation de l'intervention. La victime d'une agression sexuelle (ou ses parents, si elle a moins de 14 ans) a le choix de porter plainte ou non. Elle doit être soutenue dans sa démarche par les intervenantes et les intervenants.

Auparavant, les prélèvements médico-légaux n'étaient pas effectués si la victime ne portait pas plainte immédiatement. Vu l'importance d'une telle décision, la victime qui ne sait pas si elle veut porter plainte a maintenant 14 jours pour consentir à la remise de la trousse médico-légale à la police.

Indications d'effectuer des prélèvements médico-légaux

Il n'est pas toujours indiqué d'effectuer des prélèvements médico-légaux. Par exemple, s'il y a eu attouchements sur un enfant, les prélèvements pourraient ne pas être indiqués. Ce paramètre est parfois connu uniquement après avoir obtenu une histoire plus détaillée.

Il ne faut pas oublier que plusieurs gestes posés durant l'agression sexuelle, outre la pénétration buccale, vaginale ou anale, peuvent laisser des traces qui peuvent faire l'objet de prélèvements en vue de la recherche du profil génétique de l'agresseur et d'autres preuves. Il faut donc examiner, par exemple :

- la peau du pénis de la victime, en cas de fellation (cellules épithéliales buccales de l'agresseur);
- la peau de la victime, si l'agresseur l'a embrassée ou mordue (sucette, cellules épithéliales buccales de l'agresseur sur les seins, etc.);
- le dessous des ongles de la victime, si elle a griffé l'agresseur (sang, peau de l'agresseur);
- les vêtements, si l'agresseur a éjaculé ou pu mettre de la salive sur ceux-ci;
- les vêtements ou la peau, s'il y a eu des substances liés à l'endroit où a eu lieu l'agression, telles que de l'herbe, de la terre, etc.

Interventions médicosociales possibles

6

Dans le cas d'une agression sexuelle, les intervenantes et les intervenants procèdent comme s'il s'agissait d'une visite médicale habituelle, mais adaptée au problème en cause. Dans cette circonstance, on procéderait comme suit: accueil, soutien émotionnel, description du déroulement de la visite, consentement, histoire médicosociale, examen général et génital-anal-gynécologique (si indiqué), analyses pertinentes, évaluation des besoins, explications, traitements et soins, soutien, orientation de la personne vers un autre service (si indiquée) et suivi.

À part la problématique particulière et le stress de la personne qui consulte, **la différence par rapport à une visite médicale habituelle réside**, entre autres :

- dans la possibilité de procéder à un examen médico-légal et non seulement médical;
- dans l'utilisation possible de la **trousse médico-légale** ou de la **trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux**. Ces deux trousse consistent en une enveloppe contenant un aide-mémoire sur les étapes de l'intervention et des formulaires pour y consigner l'histoire médicosociale, les résultats de l'examen et les différents prélèvements effectués. Dans le cas de la *trousse médico-légale*, l'enveloppe est fixée à une boîte qui contient le matériel nécessaire pour effectuer les prélèvements médico-légaux.

Dans le présent guide, **un examen médico-légal signifie un examen médical avec les prélèvements de la trousse médico-légale**. L'examen médico-légal est similaire à un examen général, buccal, gynécologique ou génital-anal, auquel les prélèvements médico-légaux pertinents de la trousse sont ajoutés.

Toutefois, il est très important de noter que, même s'il n'y a pas eu consentement aux prélèvements médico-légaux et à leur transmission aux autorités policières, l'examen médical a une valeur légale s'il y a décision de poursuivre plus tard. Il en est de même dans la situation où les prélèvements médico-légaux ne seraient pas indiqués. Les constatations faites au cours de la visite médicale pourraient être présentées au tribunal. En fait, certains éléments du récit et de l'examen médical sont utiles pour soigner la victime et

constituent en soi des preuves éventuellement utiles (examen cutané, génital-anal, etc.). Les constatations faites durant l'examen sont légalement valables et l'intervenante ou l'intervenant peut être appelé à les décrire ou à les commenter au tribunal.

Il est donc recommandé d'utiliser les formulaires de la *trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux*, même si les prélèvements médico-légaux ne sont pas indiqués ou si la victime ne désire pas porter plainte à la police.

Conditions d'utilisation des 2 trousse

Les renseignements recueillis, soit le temps écoulé depuis l'agression sexuelle, le désir de porter plainte à la police et l'indication d'effectuer des prélèvements médico-légaux déterminent quelle trousse sera utilisée au cours de l'intervention médicosociale. Voici les conditions d'utilisation de la *trousse médico-légale* et de la *trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux*.

a) Utilisation de la trousse médico-légale

Cette trousse est utilisée lorsque toutes les conditions suivantes sont remplies :

- l'agression sexuelle remonte à 5 jours ou moins;
- la victime de l'agression sexuelle a donné son consentement à l'examen médico-légal;
- la victime porte plainte auprès de la police ou est susceptible de le faire dans les 14 jours à venir;
- des prélèvements sont indiqués.

L'examen médical et l'utilisation de la trousse pour les prélèvements médico-légaux permettent, entre autres :

- d'uniformiser les prélèvements effectués au cours de l'examen médico-légal;
- de garantir l'intégrité des prélèvements et la chaîne de possession;
- de disposer de preuves scientifiques objectives pouvant éclairer certains aspects de l'agression sexuelle;
- de soutenir la démarche judiciaire d'une victime d'agression sexuelle qui décide de porter plainte contre son agresseur.

Toutefois, la victime demeure le centre de l'intervention. La trousse médico-légale est un instrument et non une fin en soi. L'examen et les prélèvements sont déterminés par le récit de la victime. **Tous les prélèvements ne sont pas nécessaires ni toujours indiqués.**

Idéalement, les prélèvements sont recueillis dans les 24 heures suivant l'agression sexuelle. Au-delà de cette période, les chances de retrouver des indices valables diminuent rapidement. Au-delà de 5 jours, les prélèvements de la trousse ne sont plus indiqués.

Les prélèvements pour la recherche du profil génétique ne sont utilisés qu'aux fins de l'enquête qui concerne la victime. Le profil génétique de la victime obtenu pour le distinguer d'autres profils ne peut donc être utilisé à d'autres fins.

Lorsque la victime a consenti aux prélèvements médico-légaux et à la transmission immédiate de la trousse à la police, la trousse est remise à un policier ou à un enquêteur qui doit l'acheminer au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale le plus rapidement possible. Lorsque la victime a consenti aux

prélèvements médico-légaux mais n'a pas décidé de porter plainte à la police, la trousse est conservée dans un réfrigérateur à accès contrôlé, pour une durée de 14 jours, par le centre qui a procédé à l'examen médico-légal. Si la victime décide dans les 14 jours suivants de porter plainte à la police, elle doit signer la partie 3 du formulaire 1 (consentement) avant que la trousse médico-légale soit remise aux policiers.

b) Utilisation de la trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux

Il n'est pas toujours nécessaire de faire des prélèvements médico-légaux. **Les formulaires de cette trousse sont utilisés lorsqu'une ou plusieurs des conditions suivantes sont remplies :**

- le délai de 5 jours depuis l'agression sexuelle est dépassé ;
- aucun prélèvement n'est nécessaire compte tenu du récit de la victime ;
- la victime (ou ses parents) ne porte pas plainte auprès des policiers.

Les formulaires sont remplis et conservés dans le dossier médical de la victime car il est possible d'entamer une poursuite judiciaire même si une longue période s'est écoulée depuis l'agression sexuelle. Les copies des formulaires (sauf la blanche) sont remises à un policier si la victime a décidé de porter plainte.

Interventions appropriées selon les circonstances

Après avoir recueilli les quelques renseignements détaillés plus haut, l'intervenante ou l'intervenant doit présenter, selon les circonstances, l'intervention appropriée et son déroulement à la victime ou à ses parents, s'il s'agit d'un enfant.

8

1) L'agression sexuelle remonte à 5 jours ou moins et des prélèvements médico-légaux sont indiqués :

- **La victime désire porter plainte à la police.** La trousse médico-légale est utilisée. Le récit de l'événement, l'examen médical, les tests et les prélèvements pertinents, médicaux et médico-légaux, seront effectués et consignés sur les formulaires de la trousse. La trousse et les copies des formulaires (sauf la blanche) seront remises aux policiers.
- **La victime n'est pas décidée à porter plainte, mais pourrait le faire dans un avenir rapproché (14 jours).** La trousse médico-légale est utilisée. Le récit de l'événement, l'examen médical, les tests et prélèvements pertinents, médicaux et médico-légaux, seront effectués et consignés sur les formulaires de la trousse. Le tout sera conservé, pour une période maximale de 14 jours, au *centre désigné*. Si la victime décide de porter plainte, la trousse et les copies des formulaires (sauf la blanche) seront remises aux policiers.
- **La victime ne désire pas porter plainte et n'a pas l'intention de le faire dans un avenir rapproché.** Seuls le récit de l'agression, l'examen médical et les tests nécessaires pour la santé (dépistage des ITS, par exemple) seront effectués et consignés sur les formulaires de la *trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux*. Le tout sera déposé uniquement dans le dossier médical de la victime. On peut faire, si la victime le désire, le dépistage de drogues et un état frais pour la recherche de spermatozoïdes, et verser les résultats au dossier. Ces deux analyses simples pourraient être utiles s'il y avait poursuite judiciaire plus tard.

2) L'agression sexuelle remonte à 5 jours ou moins et les prélèvements médico-légaux ne sont pas indiqués:

- Seuls le récit de l'événement, l'examen médical et les tests nécessaires pour la santé (dépistage des ITS, par exemple) seront effectués et consignés sur les formulaires de la *trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux*. Les copies des formulaires (sauf la blanche) seront remises aux policiers immédiatement, si la victime décide de porter plainte, ou plus tard, si elle décide de porter plainte ultérieurement.

3) L'agression sexuelle remonte à 6 jours ou plus:

- Les prélèvements médico-légaux ne sont plus indiqués. Seuls le récit de l'événement, l'examen médical et les tests nécessaires pour la santé (dépistage des ITS, par exemple) seront effectués et consignés sur les formulaires de la *trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux*. Les copies des formulaires (sauf la blanche) seront remises aux policiers immédiatement, si la victime décide de porter plainte, ou plus tard, si elle décide de porter plainte ultérieurement.

Consentement

Selon l'intervention privilégiée, différents consentements doivent être obtenus de la victime ou de ses parents, si elle a moins de 14 ans, avant que l'on procède à l'examen médical ou médico-légal.

Donner son consentement à un examen médical, à des prélèvements pour sa santé ou à des prélèvements médico-légaux ne signifie pas que ceux-ci seront faits au complet. **On procédera uniquement aux aspects pertinents de l'examen et aux prélèvements.**

Le consentement est consigné sur le formulaire 1 de la trousse médico-légale et de la trousse médico-sociale sans prélèvements médico-légaux. Toutefois, vu les particularités de l'intervention médicosociale, le consentement est divisé selon les étapes possibles de l'intervention, soit:

- 1) un examen médical incluant, si cela est pertinent, un examen gynécologique et génital, des prélèvements et des traitements;
- 2)
 - a) un examen médico-légal comprenant un examen médical (tel qu'il est décrit au point 1), des prélèvements et une prise de sang, entre autres, pour la recherche du profil génétique (ADN);
 - b) une prise de sang et le prélèvement d'un échantillon d'urine qui seront utilisés pour le dépistage de drogues ou d'alcool, si cela est pertinent;
(voir plus loin, « Intoxication contre sa volonté ou état d'ébriété avancé »)
- 3) la remise aux policiers de la trousse médico-légale ou des formulaires seulement, pour leur utilisation dans le déroulement de l'enquête policière.

Le refus de consentir aux étapes définies aux points 2 et 3 ne modifiera en rien la qualité des soins qui seront donnés à la victime et celle-ci conserve à tout moment, au cours de l'examen, la liberté de revenir sur son consentement en entier ou en partie.

Si la victime est âgée de moins de 14 ans, il faut obtenir le consentement d'un parent ou d'un tuteur. Si le parent ou le tuteur refuse l'examen, le directeur de la protection de la jeunesse peut l'autoriser. La transmission de la *trousse médico-légale* ou de la *trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux* (consentement 3)

ne serait généralement autorisée que dans un deuxième temps, soit par le parent, soit par le directeur de la protection de la jeunesse, après étude de la situation. Cette manière de procéder est issue d'une décision d'un comité d'experts de l'Association des centres jeunesse du Québec.

On ne doit jamais imposer un examen, quel que soit l'âge de la victime. Si l'état de santé de la victime nécessite un examen immédiat, on peut le faire sous anesthésie générale afin d'atténuer le traumatisme associé à l'examen. Cette situation se présente rarement et doit demeurer exceptionnelle.

On se soucie toujours d'obtenir l'accord verbal de l'enfant de moins de 14 ans : il doit sentir qu'il a le contrôle sur la situation. Jamais la contrainte physique ou la force ne sont utilisées pour procéder à un examen. Néanmoins, le médecin tente d'obtenir la collaboration de l'enfant en lui expliquant les buts de l'examen et son déroulement, tout en lui permettant de toucher aux instruments (otoscope, lampe, tiges pour prélèvements). Au besoin, il procède à un examen général et revoit plus tard l'enfant pour l'examen des organes génitaux.

Il faut aussi vérifier la compréhension du consentement chez les victimes de moins de 18 ans. En effet, certaines consentent parce qu'elles pensent ne pas avoir le choix (demande du parent, du policier, du DPJ, etc.). Elles doivent enfin être avisées que l'examen ne sera pas fait si elles ne le veulent pas, à moins que celui-ci ne soit vital.

Consentement : circonstances particulières

Nous donnons ici des indications pour les situations exceptionnelles où les victimes ne sont pas en mesure de donner leur consentement.

10

a) Intoxication contre sa volonté ou état d'ébriété avancé

Plus le délai entre l'ingestion de drogues ou d'alcool et les prélèvements de sang ou d'urine pour drogues ou alcool augmente, moins les résultats des analyses seront concluants. Il est donc important d'effectuer ces prélèvements dans les plus brefs délais possible. Conséquemment, ils peuvent être faits sans le consentement de la victime, si celle-ci n'est pas en état de consentir. Souvent, ces prélèvements sont indiqués médicalement vu l'état de la victime ; il s'agit alors de prélever un échantillon pour le *centre désigné* et un autre pour le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale. Les prélèvements pour ce laboratoire seront conservés jusqu'à ce que la victime puisse décider quelles démarches elle veut entreprendre. Cependant, dans ces circonstances, un examen gynécologique ou génital et les autres prélèvements médico-légaux ne doivent pas être faits sans le consentement de la victime, puisqu'en général, celle-ci sera en état de consentir dans les 6 à 12 heures qui suivent.

b) Blessures graves : coma, vie en danger, etc.

Dans cette situation, la victime ne peut pas consentir, son niveau de conscience étant altéré pour une période pouvant se prolonger. Le délai entre l'agression sexuelle et les prélèvements, s'il est trop long, aurait un effet négatif sur les résultats des analyses. Conséquemment, l'examen médical, l'examen médico-légal ainsi qu'une prise de sang (dépistage drogues/alcool) peuvent être faits sans le consentement de la victime. Les prélèvements seront conservés jusqu'à ce que la victime puisse décider quelles démarches elle veut entreprendre. Cependant, si la victime n'est pas en mesure de donner son consentement dans un délai de 14 jours, un parent ou un tuteur pourra consentir à la remise de la trousse médico-légale aux policiers. Une fois la victime hors du coma ou en état de décider, les décisions reviennent à cette dernière.

c) Mineur : 13 ans ou moins

L'examen physique, l'examen médico-légal ainsi que la prise de sang (dépistage drogues/alcool) ne peuvent être faits sans le consentement d'un des parents ou du tuteur de l'enfant. Si ces derniers ne veulent pas donner leur consentement, le directeur de la protection de la jeunesse peut autoriser cet examen.

Autorisation du DPJ de faire l'examen et les prélèvements

Le DPJ peut autoriser une intervenante ou un intervenant du centre désigné à faire l'examen et les prélèvements si les parents refusent, dans le cas d'un enfant âgé de moins de 14 ans. Ceci ne signifie pas qu'on est obligé de faire l'examen ou que l'on doit utiliser des moyens hors de l'ordinaire pour procéder à cet examen. La force n'est jamais justifiée dans ces circonstances.

Si l'intervenante ou l'intervenant éprouve des problèmes avec son vis-à-vis à la Direction de la protection de la jeunesse, elle ou il pourra télécopier au DPJ l'avis légal ci-joint*, approuvé par le contentieux de l'Association des centres jeunesse du Québec, ce qui facilitera sa décision.

Si le DPJ donne son autorisation, celle-ci peut-être transmise par télécopieur (formulaire 1 signé par le DPJ) ou en présence de deux personnes qui écoutent l'autorisation au téléphone, paraphant le formulaire en spécifiant « ordre verbal du DPJ », y apposant leur signature et notant le nom de la personne qui autorise.

d) Mineur : 14 à 18 ans

Le consentement à l'examen médical, à l'examen médico-légal ainsi qu'à la prise de sang pour le dépistage drogues/alcool donné par les adolescents de 14 ans ou plus est légalement valable. Devant le consentement ou le refus de l'adolescent, les parents ne peuvent pas se prévaloir de leur autorité parentale.

11

e) Déficience intellectuelle

Le consentement à l'examen médical, à l'examen médico-légal ainsi qu'à la prise de sang (dépistage drogues/alcool) peut être donné par une victime qui a une déficience intellectuelle, si la personne qui administre les soins juge que cette dernière est apte à le faire. Dans le cas contraire, le consentement sera donné par le tuteur ou par la curatelle publique. La décision de la victime doit être communiquée, en tout temps, à son tuteur ou à la curatelle publique.

Consentement: attitudes des intervenantes et des intervenants

Il peut être difficile pour les intervenantes et les intervenants d'être confrontés à une victime qui refuse les prélèvements médico-légaux car elle n'a pas l'intention de déclarer l'agression sexuelle aux autorités policières. Plusieurs penseront que la victime est en état de choc et ne peut pas vraiment prendre une telle décision et que par conséquent, il vaudrait mieux faire les prélèvements et rediscuter ultérieurement de la déclaration à la police.

Même si la victime est en état de choc, elle a le droit de décider si elle fait ou non une déclaration à la police. C'est même une manière de reprendre du contrôle sur sa vie. On ne peut pas imposer une décision à une victime d'agression sexuelle sous prétexte que son choix va à l'encontre de nos convictions personnelles.

* En annexe 1.

De plus, la victime a le choix d'accepter les prélèvements médico-légaux et de prendre ensuite le temps nécessaire pour décider de déposer une déclaration aux autorités policières, la trousse étant conservée au centre désigné. Si elle ne se prévaut pas de cette option, on doit respecter son choix.

Il va sans dire que l'intervenante ou l'intervenant doit bien informer la victime des options possibles et s'assurer qu'elle comprend que les prélèvements médico-légaux peuvent être faits sans obligation de sa part de déclarer à la police par la suite.

En général, l'intervenante ou l'intervenant sera confronté à 3 situations :

- 1) La victime désire déclarer aux autorités policières et désire que tous les tests soient effectués. La situation est claire et sans équivoque pour elle.
- 2) La victime ne désire pas porter plainte à la police. C'est un refus très ferme et clair. Elle comprend très bien qu'elle a l'option de reporter sa décision, les prélèvements médico-légaux pouvant être effectués et conservés au centre désigné, mais elle refuse cette option.
- 3) La victime n'est pas certaine de vouloir les prélèvements médico-légaux et demeure confuse quant à une déclaration immédiate ou même future à la police. Il est alors important de bien expliquer les options à la victime, de ne pas brusquer sa décision, de bien saisir les obstacles qu'elle perçoit dans la déclaration à la police et de lui expliquer le processus d'une plainte en justice. Souvent, avec une information adéquate, la victime sera rassurée, pourra choisir d'accepter les prélèvements médico-légaux et décider dans les jours suivants si elle déclare l'agression sexuelle aux autorités policières.

12

Conclusion

Cette étape que constitue l'orientation de l'intervention détermine en partie les actions à venir. Il est crucial de définir dès le départ les paramètres qui guideront la suite de l'intervention. Cette intervention est menée pour la victime, en fonction de ses intérêts et de sa volonté.

À ce stade, les intervenantes et les intervenants auront déjà recueilli une partie de l'histoire médicosociale, mais ils devront la compléter, notamment, à l'aide des formulaires.

Annexe 1

Avis juridique sur le consentement par le Directeur de la protection de la jeunesse à l'utilisation de la trousse médicosociale ou de la trousse médicolégale auprès d'un enfant de moins de 14 ans

Avis juridique

Question

Le Directeur de la protection de la jeunesse peut-il consentir à l'utilisation de la trousse médicolégale auprès d'un enfant de moins de 14 ans pour lequel il applique des mesures d'urgence ?

Les dispositions légales pertinentes

Art. 32 Loi sur la protection de la jeunesse

Le Directeur et les membres de son personnel qu'il autorise à cette fin exercent, en exclusivité, les responsabilités suivantes :

- a) déterminer la recevabilité du signalement de la situation d'un enfant dont la sécurité ou le développement est ou peut être considéré comme compromis ;
- b) décider si la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis ;
- c) décider de la situation d'un enfant ;
- d) réviser la situation d'un enfant ;
- e) décider de fermer le dossier.

Art. 48 Loi sur la protection de la jeunesse

Durant la période où des mesures d'urgence sont appliquées, le Directeur peut autoriser, en cas d'urgence, la prestation des services médicaux et d'autres soins qu'il juge nécessaires sans le consentement des parents ni ordonnance du tribunal. Tout établissement qui exploite un centre hospitalier est alors tenu de recevoir l'enfant que le directeur lui confie.

Art. 11 Code civil

Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

Opinion

Le législateur a confié au Directeur de la protection de la jeunesse la responsabilité d'assurer la protection des enfants dont la sécurité ou le développement est compromis.

Le Directeur de la protection de la jeunesse a la responsabilité de recevoir les signalements, de décider de la recevabilité et, s'il y a lieu, d'évaluer la situation d'un enfant.

* En vertu des dispositions du Code civil, le jeune de 14 ans et plus peut consentir pour lui-même.

Dans le cadre de son rôle, le Directeur de la protection de la jeunesse peut être appelé à proposer une orientation et à choisir un régime soit volontaire, soit judiciaire pour assurer la protection de l'enfant.

Pour exercer ces responsabilités, le Directeur est doté d'un pouvoir d'enquête qui lui permet de procéder à une cueillette d'informations à caractère social, judiciaire et occasionnellement médical.

Le Directeur de la protection de la jeunesse lorsqu'il recourt au régime judiciaire doit d'abord démontrer selon une preuve prépondérante que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis.

Donc, dans le cadre de l'exercice de ses responsabilités, lorsque le Directeur de la protection de la jeunesse procède à sa cueillette d'informations, il doit non seulement assurer la protection de l'enfant mais s'assurer de recueillir les éléments de preuve dont il peut avoir besoin pour mener à terme ses responsabilités.

Le recours à la trousse médicolégale vise essentiellement la cueillette d'éléments de preuve en vue d'une éventuelle judiciarisation soit en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* ou soit en vertu du *Code criminel*.

La trousse médicolégale complète l'intervention médicale requise par l'état de santé de la victime. Ainsi, aucun prélèvement ou examen n'est effectué par le médecin aux fins de la trousse médicolégale si la victime ne requiert pas des soins impliquant un prélèvement ou un examen.

Il demeure du ressort des parents, en premier lieu, d'assurer la garde, la surveillance et l'éducation de leur enfant. Ils sont les premiers concernés dans cette situation et doivent être informés quant aux soins que requiert leur enfant.

Nous sommes d'avis que la loi permet au Directeur de la protection de la jeunesse de consentir à l'utilisation de la trousse médicale auprès d'enfants de moins de 14 ans pour lesquels il applique des mesures d'urgence, pour recueillir les éléments de preuve requis ultérieurement pour protéger l'enfant.

Il ne faut pas limiter les pouvoirs du Directeur de la protection de la jeunesse aux seuls soins médicaux requis de façon urgente au sens purement médical. Il faut interpréter cet article dans le cadre de l'exercice des responsabilités du Directeur.

Il faut de plus distinguer entre la cueillette d'éléments de preuve et l'usage qui pourrait en être fait ultérieurement. En effet, le Directeur de la protection de la jeunesse peut décider de ne pas judiciariser la situation ou de ne pas porter de plaintes criminelles et les éléments de preuve seront détruits après un délai de conservation de quelques mois.



Josée Mayo, avocate

JSG/JM/jb
4 novembre 1998



Jean-Simon Gosselin, avocat



Avis de l'ACJQ signé

Jean-Simon Gosselin
Avocat
Services du contentieux
Centres jeunesse de Québec
2915, av. Bourg Royal
Beauport, Qc G1C 3S2
(418) 661-6951
Fax (418) 661-0499
jean-simon.gosselin@ssss.gouv.ca



ÉTAPE 3 :

HISTOIRE MÉDICOSOCIALE

Pour répondre aux besoins des
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE
enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes

*Intervenons
ensemble*

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Les formulaires	3
Formulaire 1: CONSENTEMENT	19
Formulaire 2: DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICOLÉGAL	19
Formulaire 3: DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICOLÉGAL (SUITE)	20
Formulaire 4: DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICOLÉGAL (SUITE)	20
Formulaire 5: DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICOLÉGAL (SUITE)	21
Formulaire 6: SCHÉMAS ANATOMIQUES	22
Formulaire 7: SCHÉMAS ANATOMIQUES	22
Formulaire 8: SCHÉMAS ANATOMIQUES	22
Formulaire 9: TYPES DE PRÉLÈVEMENTS	22
Formulaire 10: PRÉLÈVEMENTS	22
Formulaire 11: INTERVENTIONS	22
Formulaire 12: REMISE ET CONSERVATION DE LA TROUSSE MÉDICOLÉGALE	23
Formulaire 13: ÉTIQUETTES AUTOCOLLANTES	24
Formulaire 14: SCELLÉS AUTOCOLLANTS	24
Complément à l'histoire médicosociale de l'adulte	24
Quelques aspects du complément à l'histoire médicosociale de l'adulte	24
Histoire et complément à l'histoire médicosociale de l'enfant, de l'adolescente et de l'adolescent	26
Complément à l'histoire médicosociale	26
Histoire médicosociale de l'enfant, de l'adolescente et de l'adolescent	26
a) Situations variées de l'intervention médicosociale auprès de l'enfant, de l'adolescente et de l'adolescent	27
b) Considérations générales	27
c) Histoire obtenue par d'autres intervenantes et intervenants	28
d) L'agression sexuelle	28

e) Revue orientée des systèmes et des antécédents	30
f) Développement-comportement	31
g) Aspects socio-familiaux	31
Conclusion	32
Annexe 1	
Complément à l'histoire médicosociale – Agression sexuelle (adultes : femmes et hommes)	33
Annexe 2	
Complément à l'histoire médicosociale – Agression sexuelle (enfants, adolescentes, adolescents)	36
Annexe 3	
L'entrevue avec un jeune enfant lorsqu'une agression sexuelle est soupçonnée	39
Annexe 4	
Formulaires – version anglaise	49
Annexe 5	
Chaîne de possession	63

Introduction

L'histoire médicosociale vise à évaluer l'ensemble des besoins de la victime et à déterminer les zones à examiner et les prélèvements à effectuer. Le but premier de la visite médicale ne consiste pas à prouver qu'il y a eu agression sexuelle, encore moins pour l'histoire médicosociale. Les questions posées à la victime ont pour seul but d'orienter le travail des intervenantes et des intervenants vers des actions pertinentes sur le plan médical et médicolégal, d'apporter à la victime le soutien nécessaire sur le plan émotionnel et d'assurer sa protection.

En tout temps durant l'entrevue, la victime ne doit pas se sentir jugée: on n'a pas à l'interroger sur le «pourquoi» de l'agression ou de certains de ses comportements. On permet à la victime de s'exprimer sur sa santé globale, on évalue cet état de santé et, au besoin, on la rassure sur son intégrité physique et sur la normalité de ses réactions.

De la part des plus jeunes comme de la part des adultes, on peut s'attendre à des réponses évasives et parfois contradictoires. Aussi, il n'est pas rare d'obtenir de la victime des renseignements différents de ceux obtenus par les autres intervenantes ou intervenants, policières ou policiers, travailleuses sociales ou travailleurs sociaux. L'histoire de la victime peut changer dans les premiers temps en raison de l'état de choc, de la gêne, de la difficulté de comprendre le langage des intervenants ou d'être compris par ceux-ci, du fait que la victime se referme ou s'ouvre davantage, d'un état d'anxiété ou de peur.

Les formulaires

Les formulaires de la *trousse médicolégale* ou de la *trousse médicosociale sans prélèvements médicolégaux* sont utilisés pour consigner une partie de l'information pertinente. Ils comportent surtout des éléments qu'il suffit de cocher et ne couvrent que les aspects de l'agression sexuelle qui permettent d'orienter l'examen et les prélèvements. L'utilisation de ces formulaires n'empêche pas le recours occasionnel à une feuille de dossier médical ordinaire, par exemple, si un malaise découvert fortuitement doit être évalué en même temps que la visite pour l'évaluation médicosociale à la suite d'une agression sexuelle. Aussi, un complément d'information, couvrant les aspects sociaux et émotionnels entre autres, peut être utile et sera consigné sur des feuilles spéciales (voir plus loin, « Complément à l'histoire médicosociale », annexes 1 et 2).

Nous discutons les points particuliers de chacun des formulaires, de même que ceux pouvant poser des problèmes. Ces formulaires sont d'abord présentés dans les pages qui suivent et sont commentés par la suite. Les nombres 1 à 34 inscrits dans la marge gauche des commentaires correspondent aux numéros inscrits dans les sections des formulaires.

La version anglaise des formulaires se trouve à l'annexe 4.

AGRESSION SEXUELLE Examen médico-légal



DT9004

Nom de l'établissement	
Ville	N° de téléphone

DATE DE
L'EXAMEN

Année	Mois	Jour	Heure (00:01 à 24:00)
-------	------	------	-----------------------

Nom		Prénom	
Date de naissance	Sexe	N° de téléphone	
Adresse			
N° du dossier médical			

CONSENTEMENT

Je, _____, consens par la présente à :

Initiales de la victime,
du parent, du tuteur ou du DPJ

1) un examen médical, incluant, si cela est pertinent, un examen gynécologique et génital, des prélèvements et des traitements;

2)

a) un examen médico-légal comprenant un examen médical (tel qu'il est décrit au point 1), des prélèvements et une prise de sang, entre autres pour la recherche du profil génétique (ADN)*;

b) une prise de sang et au prélèvement d'un échantillon d'urine qui seront utilisés pour le dépistage de drogues ou d'alcool, si cela est pertinent;

3) la remise de la trousse médico-légale ou de la trousse médicosociale aux policiers afin qu'elles puissent être utilisées dans le déroulement d'une enquête policière.

Date
(si différente de celle de l'examen)
Année Mois Jour

Le refus de consentir aux articles 2 et 3 susmentionnés ne modifiera en rien la qualité des soins qui me seront prodigués et je conserve à tout moment au cours de l'examen la liberté de revenir sur ce consentement en entier ou en partie.

Signature : _____

Victime, parent, tuteur ou DPJ **

Date : _____

* L'information concernant le profil génétique de la victime sera conservée pour la durée de la poursuite au criminel et uniquement à cette fin.

** Dans les cas où la victime est âgée de moins de 14 ans et que les parents ou le tuteur refusent l'examen, le DPJ peut autoriser les étapes 1 à 2 dans une situation d'urgence.

1

SEXUAL ASSAULT Forensic examination		 DT9016	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Family name</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Given name</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Date of birth</td> <td style="padding: 2px;">Sex</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Telephone No.</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 2px;">Address</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 2px;">Medical file No.</td> </tr> </table>	Family name		Given name		Date of birth	Sex	Telephone No.		Address				Medical file No.			
Family name		Given name																	
Date of birth	Sex	Telephone No.																	
Address																			
Medical file No.																			
Name of institution		Town or City		Telephone No.															
DATE OF EXAMINATION		Year	Month	Day	Time (00:01 to 24:00)														

CONSENT	
I, _____, hereby consent to: 1) a medical examination including, if pertinent, a gynecological and genital examination, samples and treatments; 2) a) a forensic examination which includes a medical examination (as described in point 1), samples and a blood test to determine, among others things a genetic profile (DNA)*; b) a blood test and a urine sample, which will be used to detect drugs or alcohol, if pertinent; 3) transmission to police of the forensic evidence kit or of the medical/social records kit to assist with the police investigation.	Initials of victim, parent, tutor or DYP

Refusal to consent to items 2 and 3 will in no way affect the quality of care provided, and I am free at any time during the examination to modify this consent in whole or in part.	Date (if different from the date of the examination) <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">Year</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">Month</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">Day</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 30px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 30px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 30px;"></td> </tr> </table>	Year	Month	Day			
Year	Month	Day					

Signature: _____ Victim, parent, tutor or DYP **	Date: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">Year</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">Month</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">Day</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 30px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 30px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 30px;"></td> </tr> </table>	Year	Month	Day			
Year	Month	Day					

* Information concerning the victim's genetic profile will be kept for the duration of criminal proceedings and only for the purpose of those proceedings.
 ** If the victim is under 14 years of age and the parents or tutor refuse to consent to the examination, the DYP may provide authorization for steps 1 and 2 if urgently needed.

1

AH-421A (rev. 04-04)	SEXUAL ASSAULT Forensic examination	USER'S RECORD
----------------------	---	----------------------

AGRESSION SEXUELLE Examen médico-légal		 DT9005	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="height: 30px;">Nom</td> <td colspan="2" style="height: 30px;">Prénom</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; height: 30px;">Date de naissance</td> <td style="width: 15%; height: 30px;">Sexe</td> <td colspan="2" style="width: 42%; height: 30px;">N° de téléphone</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 30px;">Adresse</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 30px;">N° du dossier médical</td> </tr> </table>	Nom		Prénom		Date de naissance	Sexe	N° de téléphone		Adresse				N° du dossier médical					
Nom		Prénom																			
Date de naissance	Sexe	N° de téléphone																			
Adresse																					
N° du dossier médical																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="height: 30px;">Nom de l'établissement</td> </tr> <tr> <td style="width: 60%; height: 30px;">Ville</td> <td colspan="3" style="width: 40%; height: 30px;">N° de téléphone</td> </tr> </table>		Nom de l'établissement				Ville	N° de téléphone			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">DATE DE L'EXAMEN</td> <td style="width: 15%;">Année</td> <td style="width: 15%;">Mois</td> <td style="width: 15%;">Jour</td> <td style="width: 35%;">Heure (00:01 à 24:00)</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		DATE DE L'EXAMEN	Année	Mois	Jour	Heure (00:01 à 24:00)					
Nom de l'établissement																					
Ville	N° de téléphone																				
DATE DE L'EXAMEN	Année	Mois	Jour	Heure (00:01 à 24:00)																	
(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)																					
1																					
Les renseignements recueillis viennent de : ☐ la victime ☐ autre personne (préciser) : _____																					
DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICOLÉGAL																					
2 Date et heure de l'agression sexuelle		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Année</td> <td style="width: 15%;">Mois</td> <td style="width: 15%;">Jour</td> <td style="width: 50%;">Heure (00:01 à 24:00)</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Année	Mois	Jour	Heure (00:01 à 24:00)														
Année	Mois	Jour	Heure (00:01 à 24:00)																		
Si, lors des événements, il y a eu plusieurs agressions sexuelles, indiquer la date et l'heure de la dernière.																					
Violence et contraintes physiques																					
La victime a été :																					
☐ attachée ☐ égratignée ☐ mordue ☐ serrée ☐ autre : _____																					
☐ brûlée ☐ étranglée ☐ poussée _____																					
☐ coupée ☐ frappée ☐ retenue _____																					
Avec quel objet : _____																					
Agresseur(s)																					
Nombre : _____ ☐ Ne sait pas																					
Sexe : ☐ M ☐ F Lien avec la victime : _____																					
Blessures infligées à l'agresseur par la victime :																					
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas																					
Si oui, préciser (égratignure, coupure, morsure, etc.) : _____																					
À utiliser dans une situation exceptionnelle seulement. Inscrire mot à mot les paroles dites spontanément par la victime. (Sans faire le récit de l'événement.)																					
Remplir seulement si la victime :		6																			
☐ Est un enfant																					
☐ A une déficience intellectuelle sévère ou profonde																					
☐ A des troubles importants de la mémoire																					
☐ Est blessée très grièvement (danger pour la vie)																					

AGRESSION SEXUELLE

Examen médico-légal



DT9006

Nom de l'établissement
 Ville : _____ N° de téléphone : _____

DATE DE L'EXAMEN : Année _____ Mois _____ Jour _____ Heure (00:01 à 24:00) _____

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance

Sexe

N° de téléphone

Adresse : _____

N° du dossier médical : _____

DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICOLÉGAL (suite)

Pour déterminer le type d'examen médico-légal et les prélèvements nécessaires, cocher les parties anatomiques de l'agresseur qui ont été en contact avec celles de la victime.

Cocher si la description des contacts sexuels N'EST PAS CLAIRE
par ex.: enfant; drogue et alcool; perte de conscience; etc.

7

☐

Victime	Agresseur(s)	Condom
BOUCHE	Bouche ☐ Doigt, main ☐ Vagin ☐ Pénis ☐ Anus ☐ Corps étranger : _____	☐
DOIGT, MAIN	Bouche ☐ Vagin ☐ Pénis ☐ Anus ☐	☐
SEINS	Bouche ☐ Doigt, main ☐ Vagin ☐ Pénis ☐ Anus ☐	☐
VAGIN	Bouche ☐ Doigt, main ☐ Vagin ☐ Pénis ☐ Corps étranger : _____	☐
PÉNIS	Bouche ☐ Doigt, main ☐ Vagin ☐ Pénis ☐ Anus ☐ Corps étranger : _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
ANUS	Bouche ☐ Doigt, main ☐ Pénis ☐ Corps étranger : _____	☐
PEAU	Bouche ☐ Doigt, main ☐ Pénis ☐	

Éjaculation

☐ Oui

☐ Non

☐ Ne sait pas

9

Si oui, à quel endroit (sur le corps) : _____

Lubrifiant

☐ Oui

☐ Non

☐ Ne sait pas

10

3

AH-423 (rév. 04-04)

AGRESSION SEXUELLE
Examen médico-légal

DOSSIER DE L'USAGER

AGRESSION SEXUELLE Examen médico-légal



DT9007

Nom de l'établissement	
Ville	N° de téléphone

DATE DE L'EXAMEN	Année	Mois	Jour	Heure (00:01 à 24:00)
-------------------------	-------	------	------	-----------------------

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom		Prénom	
Date de naissance	Sexe	N° de téléphone	
Adresse			
N° du dossier médical			

DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICOLÉGAL (suite)

Les vêtements portés lors de l'agression sexuelle :

- ☐ sont remis avec la trousse
 ☐ ont déjà été remis aux policiers
 ☐ doivent être récupérés par les policiers
 ☐ ont été lavés
 ☐ ont été réparés

La victime :

- ☐ s'est lavée
 ☐ s'est donné une douche vaginale
 ☐ a eu une miction
 ☐ a eu une défécation

Médicaments

Ingestion, **contre sa volonté**, de drogues ou d'alcool : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Section à remplir seulement s'il y a ingestion, contre sa volonté, de drogues ou d'alcool ou intoxication sévère :

Aux fins de l'analyse des prélèvements de sang et d'urine pour la recherche de drogues et d'alcool : y a-t-il eu prise de médicaments, y compris ceux donnés à l'hôpital, dans les **5 jours précédant l'examen médico-légal**? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, spécifier :

Médicaments

12b

Date
Année Mois Jour Heure (00:01 à 24:00)

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Allergie à certains médicaments : ☐ Oui ☐ Non

Éléments gynécologiques pertinents à l'agression sexuelle

DDM :

Année	Mois	Jour
_____	_____	_____

13

Ménarche chez les moins de 18 ans : _____ ans

Besoin de contraception d'urgence : ☐ Oui ☐ Non

4

AGRESSION SEXUELLE

Examen médico-légal



DT9008

Nom de l'établissement	
Ville	N° de téléphone

DATE DE L'EXAMEN	Année	Mois	Jour	Heure (00:01 à 24:00)
-------------------------	-------	------	------	-----------------------

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom		Prénom	
Date de naissance	Sexe	N° de téléphone	
Adresse			
N° du dossier médical			

DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICO-LÉGAL (suite)

Relation sexuelle dans les 5 jours précédant l'examen médico-légal

Aux fins de l'identification du ou des agresseurs par la recherche de profils génétiques,
la victime a-t-elle eu un rapport sexuel (buccal, vaginal ou anal) avec possibilité d'éjaculation avec
d'autres personnes que le ou les agresseurs dans les **5 jours précédant l'examen médico-légal**?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, dernière date : Année Mois Jour Heure (00:01 à 24:00)

14

Utilisation :

☐ Condom ☐ Lubrifiant ☐ Spermicide ☐ Diaphragme

☐ Autre (préciser) : _____

Symptômes physiques pertinents durant et à la suite de l'agression sexuelle (Si les symptômes sont reliés à des antécédents pertinents, décrire ces antécédents)

15

9

EXAMEN PHYSIQUE

T.A.	Pouls		Taille		Poids	
Observations	Normal		Décrire les lésions et les localiser sur les schémas anatomiques			
	Oui	Non				
Tête et visage						
Bouche et gorge						
Cou						
Seins (pas de palpation de routine)						
Cœur et poumons						
Thorax et dos						
Abdomen						
Membres						
Stade de Tanner :	16	1	2	3	4	5
Pour les enfants, réactions lors de l'examen si cela est pertinent :						
17						

5

**AGRESSION
SEXUELLE****Examen médico-légal**

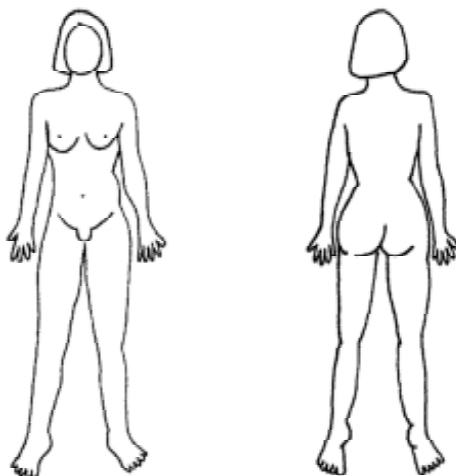
DT9009

Nom de l'établissement	
Ville	N° de téléphone

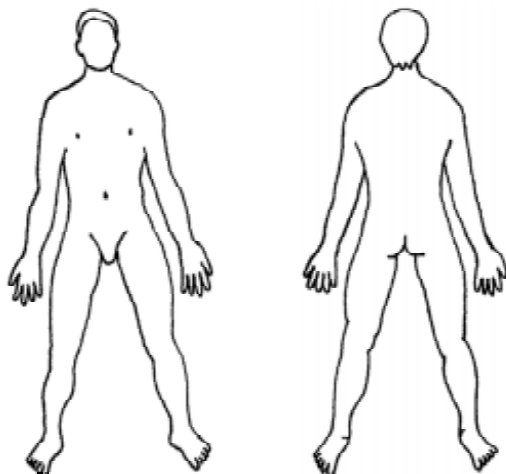
**DATE DE
L'EXAMEN**

Année	Mois	Jour	Heure (00:01 à 24:00)

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

SCHEMAS ANATOMIQUES – Localiser les lésions décrites au formulaire 5**ADOLESCENTE ET FEMME**

18

ENFANT**ADOLESCENT ET HOMME**

6

AH-426 (rév. 04-04)

AGRESSION SEXUELLE
Examen médico-légal**DOSSIER DE L'USAGER**

AGRESSION SEXUELLE Examen médico-légal



DT9010

Nom de l'établissement

Ville N° de téléphone

DATE DE L'EXAMEN

Année Mois Jour Heure (00:01 à 24:00)

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom Prénom

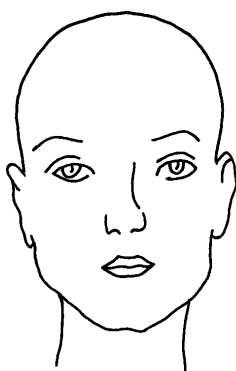
Date de naissance Sexe N° de téléphone

Adresse

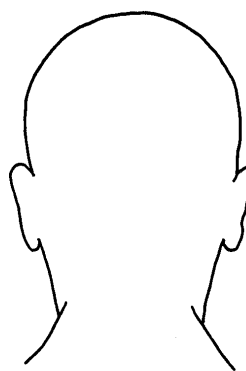
N° du dossier médical

SCHÉMAS ANATOMIQUES – Localiser les lésions décrites au formulaire 5

ENFANT, FEMME ET HOMME

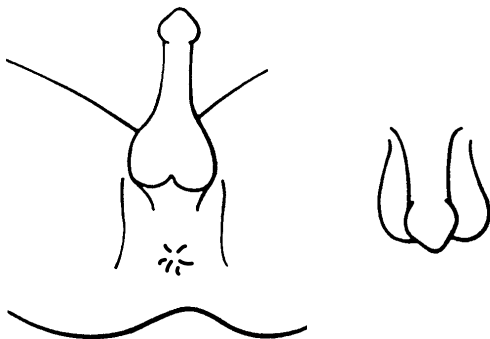


19



11

HOMME ET ENFANT DE SEXE MASCULIN



Positions lors de l'examen

- ☐ Genupectorale ☐ Décubitus latéral
- ☐ Autre : _____

20

	Normal		Décrire les lésions et les localiser sur les schémas anatomiques
	Oui	Non	
Urètre			
Prépuce			
Gland			
Pénis			
Scrotum			
Anus			

7

**AGRESSION
SEXUELLE****Examen médico-légal**

DT9011

Nom de l'établissement

Ville

N° de téléphone

**DATE DE
L'EXAMEN**

Année

Mois

Jour

Heure (00:01 à 24:00)

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom

Prénom

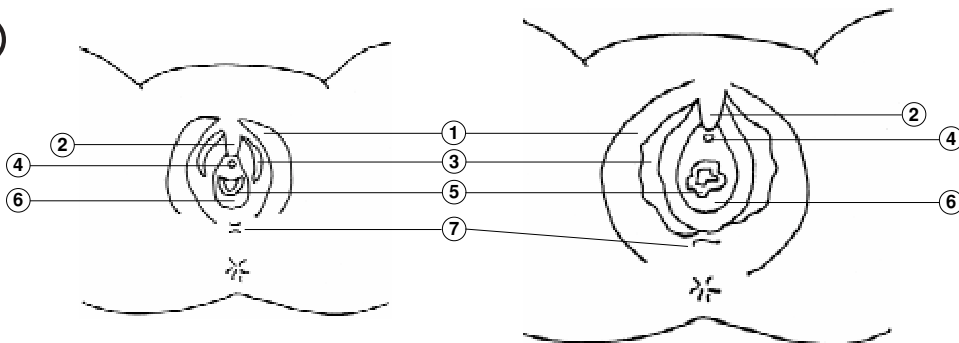
Date de naissance

Sexe

N° de téléphone

Adresse

N° du dossier médical

SCHÉMAS ANATOMIQUES**FILLE PRÉPUBÈRE, ADOLESCENTE ET FEMME ADULTE****Positions lors de l'examen**☐ Gynécologique☐ Grenouille☐ Genupecturale☐ Décubitus latéral☐ Autre : _____**PRÉPUBÈRE****ADOLESCENTE ET ADULTE****21**

	Normal		Décrire les lésions et les localiser sur le schéma anatomique approprié
	Oui	Non	
① Grandes lèvres			
② Clitoris			
③ Petites lèvres			
④ Urètre			
⑤ Hymen			
⑥ Fourchette postérieure			
⑦ Périnée			
Anus			
Adolescente et adulte si pénétration			
Vagin			
Col utérin			
Utérus et annexes (pas d'examen de routine)			

8

AGRESSION SEXUELLE

Examen médico-légal



DT9012

Nom de l'établissement

Ville N° de téléphone

DATE DE L'EXAMEN

Année Mois Jour Heure (00:01 à 24:00)

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

◆ NE FAIRE QUE LES PRÉLÈVEMENTS NÉCESSAIRES

22

TYPES DE PRÉLÈVEMENTS (cocher ceux qui ont été faits)

Site	Circonstances	Examen médico-légal	
		Laboratoire de l'établissement	Laboratoire de sciences judiciaires
BUCCAL	Pas de fellation		1A ☐ Prélèvement buccal (pour analyse d'ADN) : prélever deux écouvillons, un pour chaque joue, en frottant pendant environ 15 secondes pour chacun des écouvillons; laisser sécher.
	Si fellation	☐ Chlamydia ☐ Gonorrhée ☐ Culture générale (si symptômes)	2A ☐ Recherche de sperme et analyse d'ADN : rinçage buccal avec un volume de 5 à 10 ml de sérum physiologique. Récupérer dans le petit contenant à bouchon bleu inclus dans la trousse. 2B ☐ Après 2 ou 3 rinçages de la bouche, effectuer un nouveau prélèvement buccal sur écouvillons, tel que décrit au point 1A.
VAGINAL ET COL UTÉRIN	Si pénétration	☐ Chlamydia (PCR, LCR) ☐ Gonorrhée ☐ Culture générale ☐ Test Pap ☐ État frais (avant 1D) Spermatozoïdes : ☐ mobiles ☐ non mobiles ☐ non visualisés Trichomonas ☐	1B ☐ 2 écouvillons (voir 1C) : laisser sécher. 1C ☐ 1 lame à bordure bleue (une goutte de sérum physiologique et des sécrétions vaginales provenant d'un des écouvillons de 1B) : laisser sécher sans fixation. 1D ☐ Lavage vaginal : introduire 10 ml de sérum physiologique et retirer par aspiration la quantité maximum.
PÉNIS ET URÈTRE		☐ Chlamydia ☐ Gonorrhée	2Ci ☐ Morsure, salive ou sperme de l'agresseur au niveau du pénis : essuyer avec un écouvillon humide, essuyer ensuite avec un écouvillon sec : garder les deux. N.B. : Inscrire au formulaire 10, sperme ou salive.
ANAL	(avant VAGINAL) Si pénétration	☐ Chlamydia ☐ Gonorrhée ☐ Culture générale (si symptômes)	2E, 2F ☐ Recherche de sperme : prélever avec un écouvillon, l'étaler sur une lame. Laisser sécher le tout avant de remettre dans l'enveloppe.
CUTANÉ	Si tache de salive, de sperme, ou morsure		2Ci ☐ et 2Cii ☐ Morsure, salive ou sperme au niveau de la vulve, de l'anus ou autres : essuyer avec un écouvillon humide, essuyer ensuite avec un écouvillon sec : garder les deux. N.B. : Inscrire au formulaire 10, sperme ou salive.
CORPS ÉTRANGERS, SERVIETTES HYGIÉNIQUES OU TAMPONS			Fibre, poil, rognures d'ongles s'il y a lieu, etc. : placer le prélèvement dans l'enveloppe incluse dans la trousse. 2D ☐ Placer les serviettes ou les tampons dans le sac blanc identifié à cette fin.
SANGUIN		☐ Alcool ou drogues ☐ HCG ☐ Syphilis ☐ VIH Hépatite : ☐ A ☐ B (Ac/Ag) ☐ C	1E ☐ Profil génétique (ADN), recherche d'alcool et de drogues. Prélever de 5 à 10 ml de sang.
URINAIRE		☐ Alcool ou drogues ☐ HCG ☐ Chlamydia ☐ Gonorrhée	2G ☐ Recherche d'alcool et de drogues. 20 à 50 ml d'urine.
VESTIMENTAIRE (incluant les couches)			3A ☐ B, C, D, E Vêtements tachés ou déchirés : mettre dans des sacs de papier séparés; identifier le contenu sur la requête.

13

9

AH-429 (rév. 04-04)

 AGRESSION SEXUELLE
Examen médico-légal

DOSSIER DE L'USAGER

**AGRESSION
SEXUELLE****Examen médico-légal**

DT9013

Nom de l'établissement	
Ville	N° de téléphone

**DATE DE
L'EXAMEN**

Année	Mois	Jour	Heure (00:01 à 24:00)
-------	------	------	-----------------------

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom		Prénom	
Date de naissance	Sexe	N° de téléphone	
Adresse			
N° du dossier médical			

IMPORTANT ►

**APPOSER ÉTIQUETTE
AUTOCOLLANTE
AD- PRÉLÈVEMENTS –
(voir formulaire 13)**

NOTEZ BIEN

- Pour éviter toute contamination, replacer le contenant d'urine et le contenant de rinçage buccal dans le sac de polythène identifié à cette fin.
- Identifier les prélèvements en utilisant les étiquettes autocollantes incluses dans la trousse.
- Mettre vos initiales sur chacune des étiquettes utilisées.
- Replacer tout le matériel non utilisé et intact dans la trousse.
- Replacer les prélèvements dans la trousse et les vêtements dans les sacs de papier et ensuite dans le sac de polythène. Sceller la trousse et mettre vos initiales sur le scellé.

14

PRÉLÈVEMENTS			
Trousse médico-légale de base		Matériel complémentaire (à prélever au besoin)	
	Fait	Non fait	
1A Buccal	☐	☐	2A, 2B Buccal (si fellation)
1B, 1C Sécrétions vaginales	☐	☐	2CI Cutané, si recherche de : ☐ sperme ☐ salive Site _____
1D Lavage vaginal	☐	☐	2CII Cutané, si recherche de : ☐ sperme ☐ salive Site _____
1E Sang	☐	☐	2D Corps étrangers
Analyse toxicologique			
Recherche de drogue ou d'alcool ☐ Oui ☐ Non		2E, 2F Anal et rectal	
		2G Urine	
3 VÊTEMENTS	3A	3B	3C
	3D	3E	4 Autres

10

**AGRESSION
SEXUELLE****Examen médico-légal**

DT9014

Nom de l'établissement	
Ville	N° de téléphone

**DATE DE
L'EXAMEN**

Année Mois Jour Heure (00:01 à 24:00)

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

INTERVENTIONS MÉDICOLÉGALES**Mettre vos initiales dans les cases appropriées**

Interventions	Médecin(s)	Infirmière(s)	Intervenant(s) psycho- social(aux)	Autre(s)
Faire l'examen médical				
Faire les prélèvements médicolégaux				
Manipuler, identifier et observer l'état frais				
Manipuler et identifier le prélèvement sanguin				
Manipuler et identifier l'échantillon d'urine				
Manipuler et identifier les autres prélèvements				
Sceller la trousse				
Manipuler et identifier les vêtements				

INTERVENTIONS, TRAITEMENTS ET SOINS**Autres interventions, tests, prélèvements ou examens**

- ☐ • Imagerie médicale
- ☐ • Sutures
- ☐ • Consultation : _____
- ☐ • Autres : _____

Traitements et soins

- ☐ • Contraception d'urgence
- ☐ • Vaccin hépatite B
- ☐ • Vaccin tétanos
- ☐ • Immunoglobuline hépatite B
- ☐ • Anxiolytique _____
- ☐ • Autres : _____
- ☐ IVAC ☐ CSST

SIGNALEMENT OBLIGATOIRE AU DIRECTEUR DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE POUR LES MOINS DE 18 ANS

Nom de l'intervenant(e) ayant reçu le signalement :

IDENTIFICATION DES INTERVENANTS**Médecin**

Nom (en lettres moulées)	Signature	Initiales	N° de permis	N° de téléphone
--------------------------	-----------	-----------	--------------	-----------------

Infirmière

Nom (en lettres moulées)	Signature	Initiales	N° de téléphone
--------------------------	-----------	-----------	-----------------

Intervenant(e) psychosocial(e)

Nom (en lettres moulées)	Signature	Initiales	N° de téléphone
--------------------------	-----------	-----------	-----------------

Autre

Inscrire votre fonction	Nom (en lettres moulées)	Signature	Initiales	N° de téléphone
-------------------------	--------------------------	-----------	-----------	-----------------

11

**AGRESSION
SEXUELLE****Examen médico-légal**

DT9015

Nom de l'établissement	
Ville	N° de téléphone

**DATE DE
L'EXAMEN**

Année	Mois	Jour	Heure (00:01 à 24:00)
-------	------	------	-----------------------

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom		Prénom	
Date de naissance	Sexe	N° de téléphone	
Adresse			
N° du dossier médical			

REMISE DE LA TROUSSE MÉDICOLÉGALE OU DE LA TROUSSE MÉDICOSOCIALE

Intervenant(e) qui remet la trousse	Nom (en lettres moulées)		Signature		N° de téléphone	
Policier qui prend possession de la trousse	Nom (en lettres moulées)		Signature		N° de téléphone	
	N° de matricule	N° de dossier du corps policier	Date	Année	Mois	Jour
						Heure (00:01 à 24:00)

CONSERVATION DE LA TROUSSE MÉDICOLÉGALE

Si la personne examinée n'a pas consenti à la remise immédiate de la trousse médico-légale aux policiers, la trousse sera conservée dans un réfrigérateur à accès contrôlé.

À moins d'entente avec la victime, les prélèvements seront détruits après un délai maximal de 14 jours.

Date limite de destruction de la trousse

Année	Mois	Jour
-------	------	------

28

N° du scellé de la trousse

AD-

16

12

AH-432 (rév. 04-04)

**AGRESSION SEXUELLE
Examen médico-légal****DOSSIER DE L'USAGER***Remettre la partie détachable à la personne examinée***INFORMATION CONCERNANT LA CONSERVATION
DE LA TROUSSE MÉDICOLÉGALE**Non applicable ☐

Vous devez contacter l'intervenant(e) pour :

- l'informer de votre décision de remettre la trousse médico-légale aux policiers et prendre un rendez-vous pour signer le consentement de la remise de la trousse.

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Avant le :

--	--	--	--	--	--	--

30

Intervenant(e)
à contacter : _____

N° de téléphone : _____

Après cette date, à moins d'entente avec la victime, les prélèvements de la trousse seront détruits. Toutefois, les formulaires seront conservés dans le dossier médical.

INFORMATION ET SUIVI

Si vous avez des préoccupations ou des questions, vous pouvez contacter :

Nom (en lettres moulées)

N° de téléphone : _____

31

Nom (en lettres moulées)

N° de téléphone : _____

Autres renseignements concernant le suivi médical ou psychosocial :

suivi médical : _____

suivi psychosocial : _____

ÉTIQUETTES AUTOCOLLANTES

SVP : METTRE VOS INITIALES ET COLLER
SUR LES PRÉLÈVEMENTS CORRESPONDANTS

32

1A BUCCAL AD- Initiales	1B SÉCRÉTIONS VAGINALES AD- Initiales	1C FROTTIS VAGINAL AD- Initiales
1D LAVAGE VAGINAL AD- Initiales	1E SANG AD- Initiales	2A RINÇAGE BUCCAL AD- Initiales
2B BUCCAL AD- Initiales	2C CUTANÉ (I) AD- Initiales	2C CUTANÉ (II) AD- Initiales
2D CORPS ÉTRANGER AD- Initiales	2D SERVIETTES HYGIÉNIQUES/TAMPONS AD- Initiales	2E ÉCOUVILLON ANAL/RECTAL AD- Initiales
2F FROTTIS ANAL/RECTAL AD- Initiales	2G URINE AD- Initiales	3A VÊTEMENTS AD- Initiales
3B VÊTEMENTS AD- Initiales	3C VÊTEMENTS AD- Initiales	3D VÊTEMENTS AD- Initiales
3E VÊTEMENTS AD- Initiales	4 AUTRE AD- Initiales	PRÉLÈVEMENTS AD- Initiales
PRÉLÈVEMENTS AD- Initiales	PRÉLÈVEMENTS AD- Initiales	PRÉLÈVEMENTS AD- Initiales

17

↑ (voir formulaire 10)

AH-433 (rév. 04-04)

33

13

SCELLÉS AUTOCOLLANTS

SVP : METTRE VOS INITIALES ET SCELLER
LA TROUSSE ET LE SAC DE POLYTHÈNE (AU BESOIN) 34

LABORATOIRE DE SCIENCES JUDICIAIRES ET DE MÉDECINE LÉGALE SVP PLIER ICI	TROUSSE MÉDICOLÉGALE _____ Initiales AD-
LABORATOIRE DE SCIENCES JUDICIAIRES ET DE MÉDECINE LÉGALE SVP PLIER ICI	TROUSSE MÉDICOLÉGALE _____ Initiales AD-
LABORATOIRE DE SCIENCES JUDICIAIRES ET DE MÉDECINE LÉGALE SVP PLIER ICI	TROUSSE MÉDICOLÉGALE _____ Initiales AD-

Formulaire 1 : CONSENTEMENT

Le formulaire 1 sert aux différents consentements. Il a été discuté à l'étape 2. La victime (ou ses parents) appose ses initiales à chacune des parties auxquelles elle consent et signe au bas du formulaire.

Une version anglaise du formulaire 1 est disponible dans les deux troussees.

L'autorisation peut être donnée par le DPJ si les parents ou le tuteur de la victime ne veulent pas donner leur consentement. Il appose ses initiales et le signe, de la même manière que les parents. Toutefois, pour des raisons pratiques, on pourrait accepter le consentement du DPJ par télécopieur ou en présence de deux intervenantes ou intervenants qui écoutent l'autorisation au téléphone, paraphant le formulaire en spécifiant « ordre verbal du DPJ » et y apposant leur signature.

Formulaire 2 : DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICOLÉGAL

1. **Renseignements.** On demande si les renseignements recueillis proviennent de la victime ou d'une tierce personne, car, particulièrement dans le cas des enfants, ceux-ci ont pu faire aux parents des révélations qu'ils ne répéteront pas durant la visite médicale. Dans le cas d'un adulte, il pourrait s'agir d'une personne présentant une déficience intellectuelle importante, accompagnée d'un parent qui aurait recueilli une déclaration d'agression sexuelle. Cette section est donc remplie après qu'une certaine partie de l'entrevue a eu lieu. Il se peut que l'information provienne à la fois de la victime et d'une autre personne : on cochera alors les deux options.

2. **Date et heure.** Il est parfois difficile pour la victime de répondre à cette question de façon précise. En effet, plusieurs facteurs peuvent influencer sa perception du temps, par exemple, le stade de développement de l'enfant, une intoxication, une déficience intellectuelle, etc. On peut soit ne rien indiquer ou mettre une date approximative suivie d'un point d'interrogation (?).

Chez les mineurs, lorsqu'il s'agit d'une agression sexuelle chronique ou répétée, il importe moins de connaître la date exacte du dernier événement, sauf si celui-ci a pu se produire dans les 5 derniers jours (pour les prélèvements médico-légaux) ou dans les 15 derniers jours, pour des lésions parfois encore observables.

3. **Types de contraintes physiques.** On ne note pas ici si la victime a été menacée. Les policiers consigneront cet élément dans leur dossier. Pour les enfants, les adolescentes et les adolescents, on peut noter cet élément dans le dossier « Complément à l'histoire médicosociale ». On ne décrit que les actes subis par la victime qui ont pu laisser des traces (coups, morsures, etc.).

4. **Lien avec la victime.** Dans certains cas, le lien de l'agresseur avec la victime est plus difficile à établir. On peut utiliser le terme « connaissance » lorsqu'il s'agit de deux personnes qui se sont déjà rencontrées mais qui ne sont pas liées d'amitié.

5. **Blessures infligées à l'agresseur par la victime.** La victime a pu poser un geste contre l'agresseur qui aurait laissé des traces. Cette information peut être pertinente. On pourrait retrouver, par exemple, sous les ongles de la victime, des débris de peau ou du sang de l'agresseur. Certaines victimes peuvent ressentir un sentiment de honte pour ne pas avoir infligé de blessures à l'agresseur ou pour ne pas s'être débattues. Il faut les rassurer et leur expliquer que, sous l'effet du stress, il est tout à fait normal de ne pas avoir réagi.

6. **À utiliser dans une situation exceptionnelle.** Cette section n'est pas l'endroit pour décrire en détail l'agression sexuelle. Ce sont les policiers qui recueillent le récit de l'agression et les détails qui l'entourent. On y consigne l'information à propos de l'agression que la victime pourrait nous donner et oublier par la suite (jeune enfant ou personne présentant une déficience intellectuelle important ou souffrant d'une maladie affectant la mémoire (comme l'Alzheimer) ou étant blessée très grièvement (danger pour la vie). On peut se servir de cette section si un jeune enfant fait une déclaration spontanée durant l'intervention: par exemple, au cours de l'examen génital, il déclare « c'est là que Robert m'a touché ». On noterait cette information entre guillemets en expliquant brièvement le contexte.

Formulaire 3: DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICOLÉGAL (SUITE)

7. **Cocher si la description des contacts sexuels n'est pas claire.** Cette section s'applique particulièrement aux enfants: souvent, il n'y a que des soupçons, ou une tierce personne a surpris des gestes de nature sexuelle entre l'enfant et un adulte, etc. Elle s'applique également aux cas où la victime a été intoxiquée involontairement, est en état d'ébriété avancé ou souffre d'une déficience intellectuelle.
8. **Contact avec les parties anatomiques.** Dans cette section, on désire connaître les parties anatomiques de la victime qui ont été en contact avec les parties anatomiques de l'agresseur, dans le but d'orienter l'examen et les prélèvements. Par contre, on remarquera qu'on ne demande pas de préciser s'il y a eu pénétration complète ou tentative de pénétration. Cette notion peut être imprécise, particulièrement chez les enfants et les adolescentes. Évidemment, cette information sera tout probablement donnée par la victime, sinon on peut essayer de l'obtenir.

20

Chez l'enfant, qu'il y ait eu tentative de pénétration ou pénétration signifie que l'on procédera d'abord à un examen des organes génitaux externes, sans utiliser un spéculum. Dans les cas de lacérations graves, un chirurgien pédiatrique ou un gynécologue devra donner les soins et faire les prélèvements nécessaires, probablement sous anesthésie générale.

Chez l'adolescente et l'adulte, si le médecin sait qu'il y a eu pénétration vaginale et que l'information donnée par la victime est claire, il procédera alors plus aisément à l'examen avec un spéculum; si l'information est plus floue, il évaluera si l'examen au spéculum est possible ou nécessaire.

9. **Éjaculation.** On demande où il y a eu éjaculation de l'agresseur pour orienter la recherche de sperme (vagin, anus, bouche ou autres parties du corps). Souvent, la victime ne sait pas s'il y a eu éjaculation vaginale ou anale. Il faut la rassurer et lui dire que la majorité des personnes ne le savent pas.
10. **Lubrifiant.** Indiquez s'il y a eu utilisation de lubrifiant lors de l'agression. Au cours de l'examen gynécologique, n'utilisez pas un spéculum lubrifié.

Formulaire 4: DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICOLÉGAL (SUITE)

11. **Les vêtements portés.** Certains vêtements peuvent être conservés et remis avec la trousse. Ils seront examinés pour évaluer leur l'état (bris, déchirures, bouton manquant, etc.) et rechercher la présence d'éléments et de taches de nature biologique (cheveux, poils et fibres, taches de sang, taches de sperme, salive, etc.). On coche « récupérés » si les vêtements ont été ou seront remis à la police par une personne autre qu'un intervenant du centre désigné.

- 12a. Ingestion, contre sa volonté, de drogues ou d'alcool.** Certaines victimes sont droguées ou intoxiquées malgré elles. En effet, il existe sur le marché des drogues que l'on suspecte d'être utilisées dans les agressions sexuelles. Il est utile de rechercher la présence de drogues et d'alcool, si indiqué par la clinique, et cela peut aider la victime dans la poursuite judiciaire. Par ailleurs, la présence d'un taux d'alcool très élevé ou de drogues dans le sang ne nuit pas nécessairement à la victime au cours de la poursuite judiciaire : **on ne peut pas consentir à avoir une relation sexuelle si on est en état d'ébriété avancé ou très affecté par une drogue.** Mais il est important que les prélèvements soient effectués tôt, particulièrement pour le dépistage de drogues et d'alcool utilisés dans l'agression sexuelle (voir étape 4, annexe 4, pour des précisions sur les drogues).
- 12b. Médicaments.** On doit indiquer sur le formulaire 4, à la suite de l'information fournie par la personne examinée, si des médicaments ont été administrés à cette personne avant l'examen. Toute information pertinente sur l'administration de drogues ou de médicaments permettra aux spécialistes d'orienter les recherches et les analyses au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.
- 13. Éléments gynécologiques pertinents.** On vérifie l'indication de donner une contraception d'urgence. Il n'est pas indiqué de s'attarder sur le passé sexuel ou le passé gynécologique de la victime.

Formulaire 5: DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICOLÉGAL (SUITE)

- 14. Aux fins de l'identification du ou des agresseurs.** On demande ici si la victime a eu des activités sexuelles (buccales, vaginales ou anales) dans les 5 jours précédant les prélèvements médico-légaux. On inscrit «oui» ou «non» sans préciser le type de rapport sexuel. Cette information permettra de distinguer, chez une femme comme chez un homme, l'ADN du conjoint ou d'un ami de l'ADN de l'agresseur; le laboratoire pourrait demander à ce conjoint ou cet ami un échantillon de sang pour déterminer son profil génétique. Évidemment, on n'a pas à décrire le passé sexuel des victimes, et c'est pour cette raison qu'on ne demande pas d'information au-delà des 5 jours suivant l'agression. Il faut bien préciser à la victime que cette question vise à aider à déterminer le profil génétique de l'agresseur. Toutefois, ce peut être le moment de demander à la victime, s'il s'agit d'une femme, si elle utilise un contraceptif hormonal et de juger de la nécessité de prescrire la contraception d'urgence (pilule du lendemain). Cette information peut aussi être demandée au formulaire 4, à la section «Éléments gynécologiques pertinents».
- 15. Symptômes physiques.** On ne s'intéresse ici qu'aux symptômes apparus durant et suite à l'agression sexuelle. Ce n'est pas l'endroit pour décrire l'agression sexuelle. On énumère des symptômes, on ne précise pas comment ils sont survenus.

Examen physique

- 16. Stade de Tanner.** Voir à l'étape 4: *Examens médical et médico-légal, tests et prélèvements*, «Examen des organes génitaux féminins».
- 17. Les réactions anormales des enfants durant l'examen** peuvent être consignées au bas du formulaire. Il s'agit des réactions décrites à l'étape 4: *Examens médical et médico-légal, tests et prélèvements*, «Réactions à l'examen médical». Tout ce qui touche à la région génitale et anale est consigné dans les formulaires 7 et 8.

Formulaire 6: SCHÉMAS ANATOMIQUES

- 18. Les lésions de la peau.** On inscrit et dessine les lésions sur la peau : rougeur, ecchymose, égratignure, etc.

Formulaire 7: SCHÉMAS ANATOMIQUES

- 19. Les lésions de la peau.** On inscrit et dessine sur les schémas anatomiques les lésions sur la peau de la victime : rougeur, ecchymose, égratignure, etc.
- 20. Positions lors de l'examen.** Pour une description des positions durant l'examen, voir l'étape 4: *Examens médical et médico-légal, tests et prélèvements*, « Examen anal ».

Formulaire 8: SCHÉMAS ANATOMIQUES

- 21. Les lésions.** On inscrit et dessine sur le schéma anatomique approprié à l'âge de la victime les lésions : rougeur, ecchymose, lacération, etc. Pour une définition des lésions, voir l'étape 4: *Examens médical et médico-légal, tests et prélèvements*.

Pour une description des positions durant l'examen, voir l'étape 4: *Examens médical et médico-légal, tests et prélèvements*, « Examen des organes génitaux féminins ». On note séparément les positions utilisées pour l'examen anal et l'examen génital, si elles sont différentes.

Chez les adolescentes, on peut préciser le type de spéculum utilisé, s'il y a lieu.

22

Formulaire 9: TYPES DE PRÉLÈVEMENTS

- 22. Seulement les tests pertinents sont faits; on coche alors la case correspondante.**

Si l'on procède à un prélèvement urétral, on doit l'inscrire au formulaire 11 dans la section « Autres interventions, tests, prélèvements ou examens ».

Si l'on procède à un prélèvement urinaire pour la détection de chlamydia ou de gonorrhée, on doit l'inscrire au formulaire 11 dans la section « Autres interventions, tests, prélèvements ou examens ».

Pour les ITS, voir l'étape 4: *Examens médical et médico-légal, tests et prélèvements*, « Infections transmissibles sexuellement ». Pour les prélèvements médico-légaux, voir l'étape 4: *Examens médical et médico-légal, tests et prélèvements*, « Prélèvements médico-légaux ».

Formulaire 10: PRÉLÈVEMENTS

- 23. Les prélèvements médico-légaux.** Les indications inscrites sur ce formulaire sont importantes pour fins d'identification des prélèvements médico-légaux.

Formulaire 11: INTERVENTIONS

- 24. Interventions.** Pour des raisons légales, chaque personne qui a participé à l'examen et aux prélèvements doit être identifiée. On inscrit ses initiales dans la case *interventions*, si on a fait une des interventions énumérées. On signe dans la case *identification des intervenants*. Le médecin peut aussi inscrire son numéro de licence médicale.

- 25. Autres interventions, tests, prélèvements ou examens.** Il s'agit ici de rayons X, de prélèvements sanguins pour d'autres problèmes ou des problèmes liés (hémoglobine, si on suspecte un traumatisme abdominal avec perte sanguine, par exemple), de consultations en gynécologie, en psychiatrie, etc.
- 26. Traitements et soins.** On inscrit ici, s'il y a lieu, les traitements et soins administrés : contraception d'urgence, anxiolytiques, etc.
- 27. Signalement au DPJ.** Les membres de l'équipe médicosociale doivent signaler au directeur de la protection de la jeunesse tout mineur chez qui on suspecte une agression sexuelle ou un mauvais traitement physique.
- Signaler une situation où l'on suspecte une agression sexuelle ne signifie pas que le directeur de la protection de la jeunesse offrira des services à long terme à la victime.
- Les membres de l'équipe médicosociale, même s'il y a eu signalement au DPJ, doivent s'assurer que la jeune victime est en sécurité au moment de son départ. L'adolescente, si elle est venue seule, doit être accompagnée lorsqu'elle quitte le centre désigné.
- Si la victime, ou ses parents si elle est âgée de moins de 14 ans, désire porter plainte, un membre de l'équipe médicosociale peut l'aider dans cette démarche. On peut communiquer avec le service de police pour qu'un policier se présente au centre désigné pour rencontrer la victime.

Formulaire 12: REMISE ET CONSERVATION DE LA TROUSSE MÉDICOLÉGALE

- 28. Remise de la trousse médico-légale.** La chaîne de possession débute lorsque la trousse est remise au policier par l'intervenante ou l'intervenant. Le policier inscrit alors son nom à l'endos de la trousse médico-légale dans la section « remise par » (voir annexe 5). Par la suite, après le policier, chaque personne qui prendra la trousse signera à l'endroit approprié sur la trousse elle-même.
- 29. Conservation de la trousse médico-légale.** Si la trousse n'est pas remise à un policier immédiatement, elle doit être conservée durant 14 jours, délai alloué à la victime pour porter plainte et demander au policier de prendre possession de la trousse. Si elle ne le fait pas, la trousse est détruite et la date de sa destruction est inscrite à l'endroit indiqué.
- La trousse comporte une partie détachable qui est remise à la victime ou à ses parents.
- 30. Information concernant la conservation de la trousse médico-légale.** Si l'on conserve la trousse médico-légale, on remplit la partie de gauche, de manière à informer la victime, ses parents ou le DPJ de la date limite pour signer le consentement relatif à la remise de la trousse à la police, et de la personne à contacter pour signer ce consentement.
- 31. Nom des personnes-ressources.** La partie de droite est utilisée pour inscrire le nom de personnes-ressources utiles pour la victime, soit dans les jours à venir, soit pour le suivi médical ou psychosocial.

Destinataires des différentes copies des formulaires

La distribution des formulaires devrait se faire de la façon suivante :

- copie blanche : dossier de l'utilisateur
- copie jaune : Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale
- copie rose : police
- copie verte : substitut du procureur général

Formulaire 13: ÉTIQUETTES AUTOCOLLANTES

- 32. Étiquettes autocollantes.** Ce formulaire contient les étiquettes autocollantes qui devront être apposées sur les prélèvements et non sur les enveloppes. C'est le membre de l'équipe médicosociale qui prépare les étiquettes et scelle les prélèvements, qui doit inscrire ses initiales sur les étiquettes utilisées.
- 33. Étiquettes du formulaire 10.** Les étiquettes « prélèvements » doivent être apposées sur les copies du formulaire 10.

Formulaire 14: SCELLÉS AUTOCOLLANTS

- 34. Scellés autocollants.** Ce formulaire contient les 3 gros scellés qui serviront à sceller le ou les sacs en polythène contenant les sacs bruns ayant servi à récupérer les vêtements (3A, 3B, etc.) de la victime. Le troisième scellé est employé pour sceller la trousse après son utilisation. Les scellés doivent être paraphés par le membre de l'équipe médicosociale qui a scellé les vêtements et les prélèvements. Les scellés portent le même numéro de référence AD- que celui des prélèvements.

Complément à l'histoire médicosociale de l'adulte

On a vu que les formulaires de la *trousse médicolégale* ou de la *trousse médicosociale sans prélèvements médicolégaux* ne permettent de recueillir que les renseignements pertinents pour évaluer l'état médical de la victime et pour orienter l'examen physique et les prélèvements médicaux et médicolégaux. Aux fins judiciaires, l'information à recueillir sur ces formulaires est limitée au minimum.

24

Toutefois, en vue du soutien psychologique et émotionnel et du suivi de l'intervention, il est nécessaire d'obtenir plus d'information. Par exemple, l'action sera différente pour une adulte déjà suivie par un psychologue et qui n'aura peut-être pas besoin d'être dirigée vers un autre service ou thérapeute. C'est pourquoi il faut avoir une vision globale pour mieux orienter l'intervention, répondre aux besoins de la victime et assurer sa prise en charge, parfois, par une autre intervenante ou un autre intervenant. L'information recueillie qui n'est pas consignée sur les formulaires sera notée dans un dossier **intitulé « complément à l'histoire médicosociale » (annexes 1 et 2)**. Toutefois, ce complément à l'histoire médicosociale n'a pas pour but de colliger des interprétations ou des commentaires subjectifs des intervenantes et intervenants.

Le complément à l'histoire médicosociale, incorporé au dossier de la victime dans le centre où elle est accueillie, ne doit pas être remis au policier avec les formulaires de la trousse médicolégale ou de la trousse médicosociale sans prélèvements médicolégaux. On doit aviser le service des archives de son établissement que ce complément à l'histoire médicosociale ne fait pas partie des documents à remettre aux autorités judiciaires; seuls les formulaires constituent le dossier à transmettre aux policiers ou aux procureurs.

Quelques aspects du complément à l'histoire médicosociale de l'adulte

Certains aspects du complément à l'histoire médicosociale de l'adulte font partie des questions à poser en vue d'offrir un soutien; il est souhaitable que les réponses soient écrites de manière brève et concise, entre autres en vue d'assurer la continuité des services entre les intervenantes et les intervenants.

Il est important de connaître les tests, les soins ou les traitements que la victime a eus avant de se présenter au centre désigné, afin de ne pas les répéter, si possible.

Il est utile de s'informer sur l'origine de la demande d'intervention médicosociale. On constatera que ce n'est peut-être pas vraiment d'elle-même que la victime s'est présentée au centre désigné. Il faudra peut-être contacter, si la victime le permet, la personne qui a dirigé la victime au centre désigné, par exemple un médecin en bureau privé, pour discuter du suivi.

Il est bon de savoir qui accompagne la victime et quelle est leur relation. L'accompagnateur ou l'accompagnatrice n'est pas toujours présent lorsque les intervenantes ou les intervenants rencontrent la victime. Il faudra s'assurer que cette personne pourra offrir un soutien à la victime, la raccompagner à son foyer, assurer sa sécurité. On expliquera à cette personne ce à quoi la victime peut s'attendre dans les jours qui suivent. Elle sera alors en mesure de mieux la soutenir.

Le lieu de l'agression est spécifié parce que la victime aura peut-être de la difficulté à fréquenter ce lieu à court terme. Une agression à la sortie d'une bouche de métro pourrait constituer un problème majeur pour une victime qui doit emprunter ce moyen de transport pour se rendre au travail. Une agression sexuelle au domicile de la victime peut empêcher celle-ci d'y retourner à court terme ou même l'obliger à déménager si le souvenir de l'agression est trop présent lorsqu'elle y est ou si elle craint que l'agresseur récidive.

Il est rare qu'il y ait des témoins d'une agression sexuelle, mais cette éventualité existe. Ce seront soit des témoins directs, qui étaient avec la victime au moment de l'agression sexuelle, soit des témoins indirects, par exemple les enfants de la victime couchés dans leur chambre au moment de l'agression sexuelle de leur mère, une amie de la victime qui, dans une discothèque, l'a laissée temporairement avec un inconnu et ne l'a plus revue. Certains témoins adultes blâmeront la victime ou nieront les faits, et ainsi ébranleront encore plus la capacité de cette dernière de faire confiance aux autres. À l'inverse, d'autres témoins se sentiront coupables de l'agression sexuelle ou de ne pas avoir agi.

Certaines circonstances de l'agression sont importantes à connaître : si l'agresseur est le conjoint, des mesures sont à envisager immédiatement pour assurer la sécurité de la victime. S'il y a eu séquestration, la victime pourra prendre plus de temps à récupérer, faisant face à la fois à l'agression sexuelle et à un enlèvement. S'il y a plusieurs victimes, il peut s'avérer plus facile de porter plainte à la police, puisqu'il y a des témoins.

Évidemment, il est important de savoir avec qui vit la victime, quelle est sa relation avec ces personnes. Cette information permet d'évaluer, entre autres, le soutien qui lui sera offert et les difficultés qu'elle pourrait rencontrer dans l'avenir immédiat : elle ne veut pas en parler à ses parents, chez qui elle vit ; elle est en instance de séparation d'avec son conjoint ; elle vit avec un conjoint qui n'acceptera pas ou ne comprendra pas qu'il y ait eu agression sexuelle.

Connaître l'occupation de la victime permet d'évaluer le soutien possible ou d'envisager certaines difficultés. La jeune adulte qui doit passer un examen dans quelques jours ou la victime qui travaille auront peut-être besoin d'un billet d'absence ; il peut en résulter de l'anxiété, comme la peur de perdre un nouvel emploi. L'occupation de la victime permet aussi de comprendre son niveau de fonctionnement social.

Il est important de savoir si la victime présente des difficultés particulières personnelles (santé mentale), sociales, conjugales ou familiales, et si elle est suivie pour ces problèmes. Si elle voit déjà un ou une thérapeute, il n'est parfois pas utile de la diriger vers un autre professionnel, il suffit de l'encourager à en parler avec celui-ci ou celle-ci. Les victimes qui présentent de telles difficultés peuvent être dans un état fragile que l'agression sexuelle risque d'aggraver. Il est important pour l'intervenante et l'intervenant de bien évaluer l'impact de l'agression sexuelle chez ces victimes et de voir à ce que soit prise en charge rapidement toute victime dont l'état risquerait de se détériorer gravement.

Certaines caractéristiques de la victime sont évidentes, et l'intervenante ou l'intervenant doit en tenir compte dans son intervention ou sa référence : handicap physique, surdité, etc. Parfois, il faudra s'informer pour savoir si la victime est placée sous la tutelle de la curatelle publique, pour une déficience intellectuelle, par exemple.

Histoire et complément à l'histoire médicosociale de l'enfant, de l'adolescente et de l'adolescent

Complément à l'histoire médicosociale

On a vu que les formulaires de la *trousse médicolégale* ou de la *trousse médicosociale sans prélèvements médicolégaux* ne permettent de recueillir que les renseignements pertinents pour orienter l'examen physique et les prélèvements médicaux et médicolégaux. Pour des raisons m  dicol  gales, l'information à inscrire sur ces formulaires est limitée au minimum.

Toutefois, il est nécessaire, en vue du soutien psychologique et émotionnel et du suivi de l'intervention, de même que pour le signalement au directeur de la protection de la jeunesse, d'obtenir plus d'information. Par exemple, un enfant d  j à suivi par le psychologue scolaire pour anxiété n'aura peut-être pas besoin d'être dirigé vers un autre professionnel. C'est pourquoi il faut avoir une vision globale de l'enfant, de l'adolescente ou de l'adolescent pour mieux orienter l'intervention, répondre à ses besoins et assurer sa prise en charge, parfois par d'autres intervenantes ou intervenants. Parfois, l'enfant dira quelque chose qu'il n'a pas révélé auparavant, et cette information sera utile au DPJ par exemple, même si elle ne l'est pas pour la poursuite en cour criminelle. L'information recueillie qui n'est pas consignée sur les formulaires sera notée sur un dossier intitulé **« complément à l'histoire médicosociale » en annexe 2. Toutefois, ce complément à l'histoire médicosociale de la victime n'a pas pour but de colliger des interprétations ou des commentaires subjectifs des intervenantes et des intervenants.**

Le complément à l'histoire médicosociale, incorporé au dossier de la victime dans le centre où elle est accueillie, ne doit pas être remis à la police avec les formulaires de la *trousse médicolégale* ou de la *trousse médicosociale sans prélèvements médicolégaux*. On doit aviser le service des archives de son établissement que ce complément à l'histoire de la victime ne fait pas partie des documents à remettre aux autorités judiciaires; seuls les formulaires constituent le dossier à transmettre aux policiers ou aux procureurs.

Histoire médicosociale de l'enfant, de l'adolescente et de l'adolescent

Nous décrirons plus en détail l'histoire médicosociale de l'enfant, de l'adolescente et de l'adolescent parce que cette histoire revêt parfois un caractère particulier par rapport à l'histoire médicosociale de l'adulte. Par exemple, il peut y avoir, associée à l'agression sexuelle, une situation de négligence ou de mauvais traitements physiques. Avec les enfants, les adolescentes et les adolescents, entrent en considération les parents, le tuteur ou le DPJ. Par exemple, des éléments de l'histoire socio-familiale seront utiles à ce dernier pour évaluer s'il retient le signalement.

a) Situations variées de l'intervention médicosociale auprès de l'enfant, de l'adolescente et de l'adolescent

Au moment de la visite médicale, plusieurs situations peuvent survenir; elles déterminent le contexte de cette visite et les mesures qui seront prises.

- Ce peut être un médecin qui, au cours d'une visite médicale, pour un motif quelconque, soupçonne une agression sexuelle (annexe 3).
- Un médecin peut être consulté suite à la suite d'une agression sexuelle en vue de recueillir des éléments de preuve (examen médical avec ou sans prélèvements médico-légaux).
- Enfin, un médecin peut être consulté à la suite d'une agression sexuelle afin de simplement s'assurer, par exemple, de l'absence de conséquences physiques traitables (lésions, grossesse, ITS), ou de vérifier s'il n'y a pas d'autres problèmes médicaux.

On comprend donc que ces différents contextes obligent les intervenantes et les intervenants à adapter leur approche, bien que les principes et les attitudes demeurent les mêmes. **Nous discutons dans cette section plus particulièrement de l'histoire d'un enfant, d'une adolescente ou d'un adolescent qui se présente avec une histoire révélée d'agression sexuelle.** (À l'annexe 3 de ce chapitre, nous donnons d'autres précisions sur l'entrevue et la conduite du médecin auprès d'un enfant de moins de 12 ans chez qui il soupçonne un abus sexuel ou dont un parent, au cours d'une visite médicale, avise le médecin qu'il soupçonne un tel abus, sans que parents ni médecin aient connaissance d'une histoire, même limitée, d'agression sexuelle.)

b) Considérations générales

Comme pour toute autre situation médicale, et pour répondre aux besoins à la fois médicaux, médico-légaux, émotionnels et de protection, l'anamnèse chez les jeunes victimes comporte les éléments suivants :

- **l'histoire actuelle de la victime, c'est-à-dire le ou les épisodes d'agression sexuelle;**
- **une revue orientée des systèmes et des antécédents médicaux de la victime;**
- **un aperçu du développement et du comportement ainsi qu'une brève histoire socio-familiale de la victime.**

L'intervenante ou l'intervenant tient compte de certains éléments durant l'entrevue. À part ceux énumérés ici, on peut se référer à l'annexe 3, où sont abordés les aspects de la mémoire, de la perception du temps et de la suggestibilité chez le jeune enfant.

On interroge l'enfant, l'adolescente ou l'adolescent et le parent ou la personne qui accompagne séparément, à moins, dans le cas de l'enfant, qu'il soit trop anxieux en leur absence; autant que possible, on s'adresse directement à l'enfant, à l'adolescente ou à l'adolescent.

On écoute l'enfant, l'adolescente ou l'adolescent et on lui laisse le temps de s'exprimer, même si ses propos ne sont pas en relation directe avec l'objet de la visite; il s'agit de réduire l'anxiété.

On utilise un vocabulaire adapté à l'enfant, sans toutefois le considérer comme inapte à comprendre les notions sexuelles; une terminologie trop technique entraîne l'incompréhension, alors que des propos trop vagues risquent d'accroître la confusion. Avant de recevoir l'enfant, il peut être utile de s'informer, auprès du parent ou de la personne qui accompagne, du vocabulaire utilisé par l'enfant pour désigner ses parties génitales.

On peut aider l'enfant à s'exprimer à l'aide d'autres moyens que la parole ; par exemple, on lui demandera de dessiner ou de montrer sur un dessin les parties de son corps qui ont été touchées.

Il vaut mieux commencer l'entrevue par des généralités (« Où habites-tu ? As-tu des frères, des sœurs ? À quelle école vas-tu ? En quelle année es-tu ? As-tu des amis ?, etc. ») et revenir plus tard à l'agression sexuelle. L'intervenante ou l'intervenant pourra ainsi, au cours de cette partie de l'entrevue, se faire une idée plus juste du niveau de développement de l'enfant, de sa façon de s'exprimer, etc.

On privilégie les questions ouvertes. Si l'enfant a déjà été interrogé, les questions ouvertes peuvent alors être un peu plus précises. On évite de poser des questions tendancieuses ; si l'enfant a affirmé avoir été touché, on demandera, par exemple : « Qu'as-tu senti au moment où il te touchait ? », plutôt que : « Est-ce que tu as eu mal au moment où il te touchait ? », ou « Ça a dû te faire mal ? ».

Si l'enfant donne spontanément des éléments liés à l'agression sexuelle, il est important de les noter au bas du formulaire 2.

Par ailleurs, les mots que nous utilisons n'ont parfois pas de signification ou pas la même signification pour l'enfant, l'adolescente ou l'adolescent. Lorsque nous demandons à la victime s'il y a eu pénétration, il n'est pas certain qu'elle prête à ce mot le même sens que le nôtre : un coït vulvaire peut être une pénétration pour elle. **Outre le sens différent que l'enfant, l'adolescente ou l'adolescent peut donner à notre vocabulaire, sa perception peut aussi n'avoir aucun lien avec la réalité.** L'enfant, l'adolescente ou l'adolescent peut sentir qu'il y a eu pénétration alors que tel n'a pas été le cas. Une étude a démontré que ce problème de perception n'existe pas uniquement chez la victime : ainsi, des agresseurs ont dit avoir eu une pénétration vaginale avec de très jeunes victimes, alors qu'on a constaté aucune lésion chez ces dernières.

c) Histoire obtenue par d'autres intervenantes et intervenants

Les intervenantes et les intervenants du domaine de la santé ne sont habituellement pas les premiers intervenants à rencontrer la victime, surtout si elle est mineure : bien souvent, le policier, la travailleuse sociale ou le travailleur social l'ont déjà interrogée et ont recueilli de l'information sur l'agression sexuelle ainsi que sur l'histoire socio-familiale. Un résumé de cette information doit être disponible au moment de la visite médicale. **Le rôle des intervenantes et intervenants, au cours de l'intervention médicosociale, n'est pas de recueillir de nouveau ces renseignements, mais plutôt de les compléter,** dans une optique plus médicale, afin de comprendre les symptômes, de rechercher les signes physiques en tenant compte des éléments de l'histoire, et de faire les prélèvements nécessaires à des fins médicales ou médico-légales. On évite de poser de nouveau les questions auxquelles la victime a déjà répondu dans les entrevues et les questionnaires relatifs aux détails de l'agression. **On peut dire ce qu'on sait et le faire confirmer par la victime.**

On passe ici en revue tous les éléments de l'histoire médicosociale.

d) L'agression sexuelle

Comme nous l'avons mentionné précédemment, il n'appartient pas toujours au médecin d'interroger la victime sur ce sujet, le policier ou le travailleur social étant parfois intervenus avant lui. Cependant, il peut manquer certains détails, parfois utiles pour évaluer la nécessité de procéder à des examens et à des tests. On tente alors de les obtenir. L'histoire peut évidemment être plus détaillée si l'intervenante ou l'intervenant est la première personne à qui l'agression est révélée. Le questionnaire varie selon l'âge, le sexe de la victime et le type d'abus (c'est-à-dire intrafamilial ou par un tiers, avec pénétration ou non, etc.).

Nous donnons ici un aperçu des éléments qu'on retrouve dans une telle histoire. Le caractère gras indique les éléments qui se retrouvent le moins fréquemment dans l'histoire rédigée par le policier ou la travailleuse sociale ou le travailleur social. On note toujours la source des renseignements obtenus : victime, parent, policier, travailleur social ou autre. Voici les éléments :

- nature des actes : attouchements, tentative de pénétration, pénétration, contact oral-génital, violence, coups, blessures ;
- **signes et symptômes liés aux actes** : douleur, saignement (ces signes et ces symptômes sont peu fréquents) ;
- identité de l'abuseur (inconnu, connu) ;
- **époque ou date de l'agression ou du dernier épisode de l'agression** ;
- si l'agression est chronique, sur quelle période s'est-elle étendue (ex. : épisodes répétés durant 2 ans), à quelle fréquence ;
- lieu de l'agression ;
- circonstances :
 - stratégies utilisées par l'agresseur (menace, promesse, séduction, création d'un sentiment d'obligation, force, etc.) ;
 - lieu où se trouvaient les autres membres de la famille, si l'agression a eu lieu au domicile ;
 - scénario de l'agression ;
 - progression des actes sexuels dans le temps, si l'agression est chronique ;
 - motif pour garder le secret ;
 - personnes informées de l'agression ;
 - circonstances du dévoilement (à une tierce personne, spontanément ou en réponse à des questions des parents, des professeurs, etc.) ;
 - **événements post-agression**, surtout lorsque la victime a été vue rapidement : bain ou douche, changement de vêtements, gargarisme ou brossage des dents (fellation), miction, défécation ; déclaration à la police, déclaration au DPJ.

Faire préciser les gestes posés en vue de déterminer les différents examens ou tests possibles peut s'avérer difficile dans le cas d'un enfant, d'une jeune adolescente ou d'un jeune adolescent. Souvent, la victime sera trop gênée pour décrire ou répéter cette partie de l'histoire. Si elle a déjà fait un récit de l'agression sexuelle, on peut alors lui faciliter la tâche en énumérant, dans un langage compréhensible pour elle, les différentes activités sexuelles possibles et en lui demandant si ces gestes ont été posés à son endroit.

Si l'intervenante ou l'intervenant est la première personne à qui l'agression est révélée, cette partie de l'histoire est consignée au dossier, autant que possible dans les termes mêmes de la victime. On note aussi en présence de qui celle-ci a été interrogée.

e) Revue orientée des systèmes et des antécédents

Notre apport peut être important. On doit mettre l'accent sur les symptômes spécifiques pouvant être reliés à l'agression sexuelle. Parfois, ces symptômes sont des indices d'agression sexuelle. En effet, les enfants, les adolescentes et les adolescents consultent parfois non pas pour une histoire d'agression sexuelle, mais à cause de symptômes ou de problèmes reliés ou consécutifs à celle-ci (cauchemars, problèmes scolaires, pertes vaginales, etc.). Ces symptômes peuvent aussi mettre sur la piste d'autres formes de mauvais traitements ou de négligence.

Évidemment, cette revue des systèmes doit être adaptée aux différentes situations. On peut toutefois couvrir les éléments suivants (le caractère gras indique les éléments plus particuliers ou qu'il est plus important de connaître autour d'une agression sexuelle):

- problèmes de santé, maladies familiales, hospitalisations, médication (**antibiotiques pris récemment ou actuellement**);
- téguments: ecchymoses, lacérations, perte de cheveux;
- système oculaire et ORL:
 - douleur, rougeur, écoulement oculaire (éjaculation sur le visage, les yeux);
 - **douleur aux muqueuses orales, au frein de la langue ou au palais, douleur pharyngée;**
- **système digestif:**
 - **fissures anales;**
 - perte de poids, anorexie, perte d'appétit;
 - douleurs abdominales;
 - **prurit anal, douleur rectale;**
 - **écoulement rectal, saignement;**
 - constipation, **incontinence fécale (encoprésie)**, utilisation de laxatifs;
 - **traumatisme anal antérieur, chirurgie;**
- **système génito-urinaire:**
 - incontinence urinaire diurne ou nocturne (énurésie);
 - dysurie, hématurie, pollakiurie, brûlement;
 - infections urinaires récidivantes;
 - **ITS antérieures**, vaginite, vulvite, urétrite;
 - **pertes vaginales, saignement, prurit vulvaire ou vaginal;**
 - **traumatisme antérieur, chirurgie, traumatisme à califourchon, pénétration accidentelle d'objet dans les organes génitaux;**
 - adolescente: histoire des menstruations, ménarche, DDM; activités sexuelles, type de contraceptifs utilisé, **insertion très douloureuse de tampons dans le passé, avec saignement;**
 - examen gynécologique antérieur;

- système neurologique :
 - céphalées, étourdissements, pertes de conscience ;
 - histoire de problèmes neurologiques (spina-bifida, insensibilité à la douleur, etc.) ;
- allergies ;
- **histoire antérieure d'agression sexuelle.**

On obtient parfois plus facilement une partie de ces renseignements en posant quelques questions directes au moment de l'examen. Aussi, dans l'élaboration de la symptomatologie, on met en relation celle-ci avec le ou les événements liés à l'agression sexuelle, bien que le lien ne soit pas toujours direct, immédiat et évident.

f) Développement-comportement

L'histoire médicosociale doit donner une vue d'ensemble de l'état de l'enfant, de l'adolescente ou de l'adolescent. C'est pourquoi il importe d'avoir une idée de son développement antérieur et actuel, de son comportement et des changements survenus depuis l'agression. **De plus, l'agression sexuelle s'inscrit parfois dans un cadre plus général de violence (mauvais traitements physiques, négligence). Il est alors important de situer l'enfant, l'adolescente ou l'adolescent dans son développement global :**

- problème antérieur de développement (enfant) : âge où l'enfant a commencé à marcher, à parler, etc. ;
- niveau de développement actuel ;
- degré de scolarisation actuel, problèmes scolaires ;
- socialisation ;
- problèmes antérieurs et actuels de comportement, changements récents ;
- consultations ou suivis en santé mentale.

31

g) Aspects socio-familiaux

Enfin, il est souhaitable de connaître le milieu familial et social de la jeune victime, soit les éléments suivants :

- milieu socio-économique ;
- structure familiale : famille monoparentale, famille séparée, reconstituée (présence d'un beau-père, par exemple). Qui a la garde de l'enfant ? Au moment de l'agression, qui en avait la garde ?
- changements dans la structure familiale survenus depuis l'agression (ex. : demande de divorce, enfant placé en famille d'accueil, etc.) ;
- dynamique familiale ;
- antécédents connus de mauvais traitements physiques ou de négligence ;
- fratrie ou autres membres de la parenté impliqués dans une situation d'agression ;
- autres enfants, adolescentes ou adolescents non apparentés, impliqués dans l'agression sexuelle ;
- antécédents d'agression sexuelle ;
- consultations ou prise en charge psychosociale (CSSS, DPJ, etc.) ou familiale.

Conclusion

Les formulaires de la *trousse médicolégale* ou de la *trousse médicosociale sans prélèvements médicolégaux* servent à recueillir l'information pertinente en vue de détecter les problèmes physiques nécessitant une action et à orienter l'examen physique et les prélèvements médicaux et médicolégaux. Ils constituent un outil essentiellement médicolégal, même si, dans un premier temps, il n'y a pas de déclaration à la police.

L'histoire médicosociale déborde la simple utilisation de ces formulaires en vue de définir les besoins globaux des victimes et d'y répondre.

Annexe 1

Complément à l'histoire médicosociale Agression sexuelle (adultes : femmes et hommes)

1. Précisez s'il y a eu d'autres interventions médicales en rapport avec l'agression sexuelle avant que la victime se présente :

- ☐ examen gynécologique
- ☐ dépistage de ITS
- ☐ contraception d'urgence
- ☐ test de grossesse
- ☐ radiographies
- ☐ tests sanguins
- ☐ recherche de drogues ou d'alcool
- ☐ vaccin contre hépatite B
 - dose ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

- ☐ gammaglobulines : hépatite B
- ☐ antibiotiques
- ☐ anxiolytiques
- ☐ traitement de blessures, spécifier : _____

2. Origine de la demande

- ☐ 911
- ☐ police
- ☐ groupe communautaire
- ☐ service de santé
(hôpital, CSSS, cabinet privé, etc.)

- ☐ annuaire téléphonique
- ☐ victime
- ☐ proches de la victime
- ☐ autre

33

3. Lieu de l'agression sexuelle

Spécifier : _____

4. Témoins de l'agression sexuelle (directs ou indirects)

Spécifier : _____

5. Circonstances particulières de l'agression sexuelle :

- ☐ agression sur plusieurs jours
- ☐ plusieurs victimes
- ☐ violence conjugale

6. La victime est accompagnée à l'hôpital par :

- ☐ son ou ses enfants
- ☐ un(e) ami(e) ou des ami(e)s
- ☐ une intervenante ou un intervenant
- ☐ quelqu'un de la parenté
- ☐ un policier
- ☐ son conjoint ou sa conjointe

7. La victime vit :

- | | |
|--|---|
| ☐ seule | ☐ avec son ou ses enfants |
| ☐ avec ses parents | ☐ avec un ou une colocataire |
| ☐ avec son conjoint, sa conjointe | |

8. La victime :

- | | |
|---|--|
| ☐ est étudiante | ☐ travaille à temps partiel |
| ☐ est sans travail | ☐ travaille à temps plein |

9. Caractéristiques particulières de la victime. Elle :

- | | |
|--|--|
| ☐ se déplace en fauteuil roulant | ☐ a une déficience intellectuelle |
| ☐ est atteinte de cécité | ☐ a un autre handicap physique |
| ☐ est atteinte de surdité | ☐ est sous la curatelle publique |
| ☐ est atteinte de paralysie cérébrale | ☐ est sous une curatelle privée |

10. Recours à un interprète :

- | | |
|------------------------------|--|
| ☐ oui | ☐ langue utilisée : _____ |
| ☐ non | ☐ langage par signes |

11. La victime était déjà suivie ailleurs au moment de l'agression (psychologue, psychiatre, travailleuse sociale, etc.)

- ☐ oui
☐ non

34

12. Vaccin de l'hépatite B donné au centre désigné :

- ☐ 1^{re} dose
☐ 2^e dose
☐ 3^e dose

13. Méthode de contraception utilisée par la victime (une contraception d'urgence est-elle indiquée ?)

- | | |
|------------------------------------|--|
| ☐ anovulant | ☐ hystérectomie |
| ☐ ligature | ☐ autre |
| ☐ stérilet | |

14. Références :

- | | |
|---|---|
| ☐ DPJ | ☐ psychothérapeute |
| ☐ CSSS | ☐ psychiatre |
| ☐ IVAC | ☐ psychologue |
| ☐ police | ☐ sexologue |
| ☐ hôpital | ☐ médecin |
| ☐ groupe communautaire | ☐ avocate ou avocat |
| ☐ centre d'hébergement | ☐ autre, spécifier : _____ |
| ☐ travailleuse sociale, travailleur social | |

15. Au moment de son départ, la victime est accompagnée :

- ☐ d'un policier ☐ de proches ☐ d'une intervenante ou d'un intervenant
- ☐ la victime est partie seule en taxi (billet fourni par l'institution)

16. Rendez-vous de suivi :

- ☐ aucun
- ☐ téléphonique date: _____
- ☐ médical date: _____
- ☐ psychosocial date: _____

17. Téléphone de la victime : _____

- ☐ confidentiel

Signature

Date

Annexe 2

Complément à l'histoire médicosociale Agression sexuelle (enfants, adolescentes, adolescents)

Victime accompagnée par : ☐ mère ☐ père ☐ autre personne, préciser : _____

Téléphone : _____

I. HISTOIRE DE L'AGRESSION

Durée de/des agressions :

☐ unique (un épisode : un ou plusieurs agresseurs)

☐ chronique (plusieurs épisodes)

– durée : _____

– fréquence des agressions : _____

– agression cessée : ☐ oui ☐ non ☐ incertain

☐ imprécis

Lieu de l'agression :

☐ domicile de la victime

☐ domicile d'une tierce personne

☐ domicile de l'agresseur

☐ autres lieux (parc, auto, etc.)

Âge de l'agresseur

☐ 11 ans et moins

☐ 18 ans et plus

☐ 12-17 ans

Autres personnes présentes sur les lieux (préciser) :

Menaces verbales (préciser) :

Risques reliés au mode de vie de l'agresseur (drogues IV, VIH, hépatite B, etc.) :

☐ non ☐ oui (préciser) : _____

Circonstances de l'agression et du dévoilement (N. B. : **données brèves et factuelles** sur les circonstances seulement, car les gestes sont notés sur formulaire 3. Ex. : victime agressée en faisant de l'auto-stop ; mère qui pense que son ex-époux abuse de leur enfant, car ce dernier se plaint de douleur vulvaire au retour de week-end chez le père. À qui l'agression a-t-elle été dévoilée en premier ? Quand ? Événement particulier motivant le dévoilement ?)

Pour les adolescentes et les adolescents

Parents informés :

- ☐ oui ☐ père ☐ mère
☐ non

Pénétration vaginale : ☐ non ☐ tentative ☐ complète ☐ imprécis

Pénétration anale : ☐ non ☐ tentative ☐ complète ☐ imprécis

II. HISTOIRE MÉDICALE

Caractéristiques de la victime. La victime :

- | | |
|--|--|
| ☐ est atteinte de cécité | ☐ est atteinte de mutisme |
| ☐ est atteinte de surdité | ☐ a une maladie chronique : |
| ☐ a une déficience intellectuelle | _____ |
| ☐ a un handicap physique | ☐ a un problème de langue (elle ou ses parents) |

37

Antécédents d'agression sexuelle :

- ☐ non ☐ oui (préciser) : _____

Vaccination hépatite B reçue : ☐ oui ☐ non ☐ incomplète ☐ imprécis

Histoire menstruelle (si pubère) :

- ☐ cycle régulier ☐ cycle irrégulier (préciser) : _____

Relation sexuelle antérieure : ☐ non ☐ oui

Contraception : ☐ non ☐ oui, type : _____

III. HISTOIRE FAMILIALE ET DÉVELOPPEMENT

Parents :

- | | |
|--|---|
| ☐ ensemble | ☐ famille reconstituée |
| ☐ séparés, divorcés | ☐ autre |

Demeure avec :

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ ses 2 parents | ☐ sa mère | ☐ son père |
| ☐ en famille d'accueil | ☐ en foyer de groupe | ☐ en centre ☐ autre |

Scolarisation (nom de l'école et niveau): _____

Victime connue ou suivie (nom et n° de téléphone, si possible)

- | | |
|--|---|
| ☐ par les services sociaux | ☐ par un psychologue |
| ☐ par un intervenant scolaire | ☐ par un psychiatre |

IV. NOTES POUR LE SUIVI

Contraception d'urgence: ☐ oui ☐ non

Victime accompagnée au départ par: _____

Téléphone au domicile actuel (famille, famille d'accueil, etc.): _____

Confidentialité à assurer: ☐ oui ☐ non

Policier avisé (plainte portée par la victime ou ses parents):

- ☐ oui ☐ non ☐ à venir

Nom du policier et n° de téléphone: _____

Notes pour l'équipe de suivi:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Sécurité de la victime assurée à court terme: | ☐ oui | ☐ non |
| Soutien disponible dans la famille: | ☐ oui | ☐ non |
| Situation sociofamiliale à évaluer: | ☐ oui | ☐ non |
| Nécessité d'un rendez-vous dans un bref délai: | ☐ oui | ☐ non |

38

N. B.: Écrire le minimum. Au besoin, appeler l'intervenante ou l'intervenant du suivi (si différent) pour donner des détails.

Revue des systèmes (complément des formulaires 4 et 5)

Formulaires 4 et 5: ne pas oublier, entre autres, les éléments suivants:

- **douleur aux muqueuses orales, douleur pharyngée;**
- **système génito-urinaire:** antécédents de trauma ou chirurgie génitale, saignement génital, douleur vulvaire, dysurie, hématurie, pollakiurie, brûlement urinaire;
- **système digestif:** antécédents de trauma ou chirurgie anale, nausées, vomissements, constipation, diarrhée, incontinence, saignement anal, prurit anal, douleur rectale, fissures anales, écoulement rectal, perte de poids, perte d'appétit, douleurs abdominales;
- **problèmes neurologiques** (spina-bifida, insensibilité à la douleur, etc.);
- **histoire de prise de médication ou prise récente d'antibiotiques.**

Signature

date

Annexe 3

L'entrevue avec un jeune enfant lorsqu'une agression sexuelle est soupçonnée

Cette annexe décrit l'entrevue avec un jeune enfant lorsqu'une agression sexuelle est soupçonnée, en l'absence de révélation ou d'évidence à cet effet.

Il est possible qu'un médecin, une infirmière, une travailleuse sociale scolaire, une intervenante ou un intervenant d'un centre d'aide ou d'un centre désigné pour l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle soupçonne une agression sexuelle à l'endroit d'un enfant ou reçoive un parent qui soupçonne que son enfant est agressé sexuellement. Ce peut être le cas d'un médecin qui découvre des condylomes chez un enfant de 5 ans ou qui suit un garçon de 4 ans pour constipation avec comportement agressif.

Obtenir une déclaration d'un jeune enfant lorsqu'une agression sexuelle est soupçonnée représente un défi pour l'ensemble des professionnels qui sont en relation avec ces enfants et qui doivent favoriser le dévoilement de cette agression. Les difficultés sont nombreuses, mais on possède de plus en plus d'information sur celles-ci. En général, ce n'est pas le rôle des professionnels mentionnés ci-dessus d'obtenir une déclaration complète d'un enfant lorsqu'une agression sexuelle est soupçonnée, mais il peut être difficile pour le DPJ d'intervenir si l'information est insuffisante. On ne demande pas à l'intervenante ou à l'intervenant de faire la preuve d'une agression sexuelle, mais d'étayer ses soupçons.

Afin de favoriser une déclaration la plus spontanée possible, ou d'étayer les soupçons, il faut être au fait :

- des étapes du développement de l'enfant;
- de sa façon particulière de rendre un témoignage;
- de son niveau de connaissance;
- des stratégies utilisées pour faciliter un dévoilement.

Les intervenantes et les intervenants médicosociaux, entre autres celles et ceux qui travaillent dans un centre désigné pour l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle, ont un rôle important à jouer dans les multiples interventions qui permettront de mettre fin à des sévices sexuels. Ainsi, ils peuvent être à l'origine d'un soupçon ou même d'une déclaration qui permettra de protéger un enfant. Mais ils ne sont pas seuls et ne doivent pas tout faire. Des interventions par des professionnels du DPJ, d'un service policier, d'un bureau de procureurs ou de consultants en santé mentale seront aussi nécessaires à différents égards : validation de l'information reçue, mesures nécessaires pour assurer la sécurité et le développement de l'enfant, prise en charge thérapeutique, etc.

Le développement des enfants et le dévoilement d'une agression sexuelle

Certaines caractéristiques du témoignage des enfants doivent être connues dans le but d'adapter l'intervention.

Plusieurs **sentiments** habitent les enfants qui ont subi une agression sexuelle. De façon particulière, on observe chez certains un sentiment de **honte devant le fait** d'avoir à décrire une réalité sexuelle qu'ils n'ont pas choisie, ou de devoir décrire des gestes imposés par une personne avec qui ils ont un lien affectif. Ces enfants peuvent également ressentir de la **culpabilité**, car l'adulte qui leur a fait subir ces sévices aura pu faire des menaces ou encore utiliser le chantage affectif pour les empêcher de parler. Alors, transgresser cette entente implicite, ce secret, signifie pour l'enfant briser un contrat, ce qui engendre de la culpabilité et des tensions.

La **peur** est également présente. L'enfant peut avoir peur des séquelles qu'entraînera le dévoilement de l'agression pour lui, sa famille et pour l'agresseur, car souvent ce dernier aura pris soin de révéler à l'enfant un certain nombre de conséquences si jamais il parlait. Ainsi, certains agresseurs diront qu'ils vont aller en prison, que l'enfant sera placé en famille d'accueil, que la famille va éclater. Certains menacent même de mort leur victime ou des personnes qui leur sont chères.

Dans ce contexte, il est facile de comprendre que certains enfants manifestent beaucoup de **confusion et de la difficulté à s'exprimer**. Les silences, les réponses évasives ou encore le refus de répondre sont souvent consécutifs aux pressions exercées par l'adulte sur l'enfant. Par ailleurs, compte tenu de la réalité particulière de l'enfant depuis un certain temps, il pourra avoir de la difficulté à faire confiance à l'intervenante ou à l'intervenant, en tant qu'adulte, ou encore doutera d'être cru par ce dernier ou cette dernière.

40

Une autre dimension importante chez les jeunes enfants, par rapport aux enfants plus vieux de 9 ou 10 ans, est leur **perception différente du temps**. La notion de temps n'est pas linéaire chez eux et ne suit généralement pas un ordre chronologique. De façon particulière, l'enfant va plutôt organiser sa description autour de points de référence significatifs et associés à l'événement, par exemple : la fête de Noël, la proximité de sa fête, la saison, son occupation juste avant l'agression, etc. Il est donc difficile pour des enfants d'âge préscolaire, de première et de deuxième année, entre autres, de se référer à des concepts comme la date, l'heure, et cela devient encore plus difficile pour des enfants qui ne maîtrisent pas les nombres. Il faut donc poser des questions qui permettent d'obtenir une information périphérique sans rechercher de façon compulsive des points de repère permettant à l'enfant de quantifier et de numéroter des événements. Exemples à ne pas suivre : « Combien de fois... », « Parle-moi de la première fois, de la deuxième fois... ». Exemple à suivre : « Parle-moi de la fois de la tempête, de la fois du salon... ». Une stratégie visant à obtenir une énumération chronologique des faits va généralement entraîner une plus grande confusion chez l'enfant, car l'adulte a souvent tendance à organiser l'information en fonction de son mode de compréhension plutôt que de s'adapter à celui de l'enfant.

Il faut donc permettre à l'enfant de s'exprimer pleinement en considérant que les erreurs de perception du temps sont généralement un phénomène normal et que l'inverse pourrait laisser croire que l'enfant a appris une version de l'histoire.

La **mémoire** est une autre dimension importante dans le développement de l'enfant en ce qui concerne un dévoilement d'abus sexuel. Aussi, le rappel d'information chez les enfants procédera également par scénario où des éléments particuliers seront associés, et ce, même s'il y a eu plusieurs incidents. Il y aura donc une perte d'information sur des séquences particulières au profit d'un scénario. L'enfant ne sera pas enclin à

mentir, mais cherchera plutôt à donner une description complète des événements. Souvent, l'enfant donnera moins de détails que l'adulte, mais l'information qu'il livre peut être aussi exacte. Toutefois, selon l'âge ou les facultés cognitives, les enfants auront tendance à donner davantage de détails.

Le niveau de **langage** et la **compréhension** sont aussi des facettes du développement dont il faut tenir compte. Pour bien mesurer les qualités cognitives d'un enfant, on l'encourage à s'exprimer dans ses propres mots et on évalue la quantité de mots qu'il utilise de même que la construction de ses phrases en vue d'adapter les questions à lui poser.

Quand nous parlons d'agression sexuelle, nous parlons aussi de traumatisme, et l'impact émotif subi par l'enfant peut influencer sur sa capacité de décrire les événements, peu importe son niveau de langage. En effet, le rappel d'un événement déplaisant peut entraîner l'émergence d'émotions qui bloqueront le rappel d'information ou tout simplement la capacité d'expression. Il faut alors distinguer entre la capacité de l'enfant à dire et l'incapacité temporaire de l'enfant à décrire une situation qui a été difficile.

Enfin, on a beaucoup parlé de la **suggestibilité** des enfants, et ce point est important quand on valide une déclaration d'abus sexuel. On doit utiliser des phrases ou des questions non suggestives afin d'éviter que l'enfant tente de répondre aux attentes de celle ou de celui qui l'interroge ou encore qu'il s'associe à la suggestion incluse dans la question. La recherche a démontré que le degré de suggestibilité d'un enfant dépend de différents éléments, dont le statut de l'interviewer, la façon dont les questions sont posées, le nombre de questions posées, la répétition de questions et la possibilité ou non pour l'enfant de répondre qu'il ne sait pas. Donc, dans les faits, il semble que la nature même de l'entrevue, la façon dont l'enfant interprète et le comportement de l'interviewer puissent influencer le degré de suggestibilité. Les enfants sont particulièrement vulnérables jusqu'à l'âge de 10 à 11 ans.

Les circonstances de l'entrevue

Il est donc essentiel de prendre le temps de créer un **climat propice** à l'entrevue. Il est préférable de reporter une entrevue plutôt que de la faire dans de mauvaises conditions. Il vaut mieux faire appel à un autre professionnel pour un travail pour lequel on ne se reconnaît pas la compétence voulue. Toutefois, cette compétence s'acquiert avec la pratique clinique.

De façon générale, l'intervenante ou l'intervenant prend les moyens pour diminuer l'anxiété de l'enfant provoquée par le fait de se retrouver avec un étranger dont la fonction particulière est d'examiner son état de santé. Il en est de même dans le cas d'une suspicion d'agression sexuelle.

Une alliance avec l'enfant sera établie si l'intervenante ou l'intervenant prend soin de ne pas aborder cette réalité de façon froide et distante ou trop « stérilisée »; il faut créer une ambiance où l'enfant se sente capable de s'exprimer, en contact avec un adulte qui prend le temps d'écouter et lui offre un contexte engageant: **ni trop surprotecteur, ni trop aseptisé**.

Toutefois, l'approche doit demeurer **neutre et objective** face aux événements (suggestibilité). Il faut s'engager sans être totalement investi de façon émotive.

Il faut également être disposé à **croire l'enfant tout en demeurant prudent**. Dans les faits, certains enfants peuvent faire de fausses déclarations, mais plus de fausses dénégations que de fausses allégations sont généralement retrouvées. On n'a pas à prouver une agression sexuelle, mais à étayer des soupçons, si possible.

Devant la description de faits qui peuvent susciter du dégoût ou de la répulsion à l'égard de l'agresseur, on ne doit **pas porter de jugement** sur ce dernier. Il faut être capable d'entendre la réalité de l'enfant, qui va décrire la relation avec l'abuseur avec ou sans émotion particulière, sans préjuger de ses sentiments véritables, souvent mixtes à ce moment. Le fait de porter un jugement sur cette personne pourrait entraver la déclaration et compromettre, d'une certaine façon, la clarification de cette situation qui lui cause préjudice. De plus, on ne doit pas mentionner des émotions qui n'ont pas été exprimées par l'enfant, car cela peut « contaminer » sa déclaration ; l'ajout de nouvelles données peut cette déclaration par la suite.

De façon générale, il faut demeurer calme, ouvert, à l'écoute, afin que notre propre anxiété n'influence pas l'enfant.

Qui doit être présent à l'entrevue ?

De façon générale, nous recommandons que l'entrevue ait lieu seulement entre l'enfant et le professionnel pour éviter que l'enfant soit influencé par les émotions ou les verbalisations susceptibles d'être provoquées par sa déclaration. Celles-ci pourraient éventuellement l'amener à ne pas donner une version complète des faits. Il est plus difficile, dans le cas d'un très jeune enfant, de reléguer la mère à la salle d'attente. Si elle est présente à l'entrevue, il faut donner des directives précises afin qu'elle demeure objective et soit seulement un appui pour l'enfant.

L'entrevue

De façon générale, il est toujours important de procéder à partir des **aspects généraux et ouverts en allant vers les aspects plus particuliers**.

42

Il faut être patient et laisser à l'enfant la possibilité d'amener l'information qui a trait aux événements. On choisit les questions les plus appropriées de manière que l'information vienne de l'enfant. On doit toujours garder à l'esprit que ce que l'enfant va dire peut s'expliquer par différentes réalités, autrement dit, on doit toujours travailler avec **plusieurs hypothèses**. De plus, il faut **s'adapter aux différents niveaux de développement du langage et aux connaissances de l'enfant**. On ne suppose pas avoir compris avant d'avoir vérifié ce que l'enfant veut dire ; exemple : si l'enfant dit qu'il a fait l'amour, il sera important de lui faire préciser ce qu'il veut dire par cette expression.

Un des éléments les plus importants de l'entrevue reste probablement l'aptitude à établir une **relation de confiance** avec l'enfant. On doit prendre le temps nécessaire pour établir cette relation, qui peut varier d'un enfant à l'autre, selon les besoins de l'enfant. Étant donné la nature de l'intervention et les soupçons d'abus au moment de l'entrevue avec l'enfant, il serait bon de **préciser d'abord les motifs** pour lesquels on désire rencontrer l'enfant et en parler avec lui. Par exemple, on lui dira qu'on désire lui parler parce qu'on s'inquiète de son problème de santé ou de comportement et qu'on a besoin de connaître davantage ce qu'il vit dans sa famille, à l'école, avec ses amis afin de savoir si une situation lui cause des difficultés et de l'aider le cas échéant. Il faut lui faire comprendre, sans menace, qu'on a besoin d'une **information juste**, de savoir ce qu'il vit, comment il se sent. On lui demande de nous parler de ce qu'il vit à l'école, de nous décrire comment cela se passe à la maison, ce qu'il fait dans le voisinage, de nous parler des amis avec lesquels il s'amuse. Il faut donc l'inviter à décrire chacune de ces situations. Cette étape permet à l'enfant de **s'exprimer sur des sujets non conflictuels** (de la vie courante) et nous permet d'évaluer la quantité d'information qu'il livre, la façon dont il s'exprime, le nombre de mots utilisés, la stratégie d'expression et les émotions qui sont présentes. On observera aussi son langage corporel.

Une fois que l'enfant se sera exprimé sur les différents aspects de sa vie, on pourra passer à des **questions ouvertes, générales et plus centrées**, surtout si les soupçons se précisent ou demeurent. Il est alors important de préciser à l'enfant qu'il doit décrire ce qui se passe réellement, qu'il doit bien écouter les questions, ne pas se dépêcher ou encore donner des réponses inexactes. Il est également important de préciser que s'il ne comprend pas une question, il peut demander qu'on la répète ou dire qu'il ne comprend pas. Aussi, si l'enfant ne connaît pas la réponse à une question, il n'aura qu'à dire qu'il ne sait pas; mais s'il connaît la réponse, il doit répondre de la manière la plus complète possible. Une fois ces conseils donnés, on aborde une autre phase de l'entrevue, qui consiste à vérifier avec l'enfant sa connaissance du corps humain: en utilisant un dessin, on demande à l'enfant de nommer chacune des parties du corps. Ce test donnera une idée du niveau de connaissance de l'enfant et du même coup, fournira peut-être des indications qui permettront d'examiner plus à fond certaines hypothèses.

Puis viennent des questions ouvertes et plus centrées, par exemple: « Y a-t-il quelque chose que tu voudrais me dire? Est-ce qu'il y a quelque chose que je pourrais savoir? Est-ce qu'il y a quelque chose qui te préoccupe? » Si l'enfant répond par l'affirmative et qu'il s'agit d'un abus sexuel, on le laisse s'exprimer et on l'invite à préciser les faits mentionnés. On intervient le moins possible, seulement pour demander à l'enfant de nous en dire davantage: « Qu'est-ce qui s'est passé par la suite? » Après que l'enfant a terminé son récit, on peut lui demander de préciser certains éléments, par exemple: « Qui était présent? Qu'est-ce qu'il t'a dit? Qui est au courant? » De plus, il est important de demander à l'enfant des précisions si on n'a pas bien compris des éléments de ses réponses.

Enfin, à ce stade, si on n'a pas obtenu de déclaration spontanée, on pose des questions plus précises. Toutefois, avec les enfants très jeunes, de moins de 5 ans, il est souvent préférable de laisser aux spécialistes en la matière le soin d'obtenir une déclaration par des questions plus précises. Si l'enfant est âgé de 5 ans et plus, il sera possible, si les soupçons persistent et qu'on n'a pas obtenu de déclaration, de poser plus directement la question de l'agression sexuelle: « Est-ce que quelqu'un a touché une partie de ton corps alors que tu ne voulais pas? Est-ce que quelqu'un a touché une partie de ton corps qu'il n'aurait pas dû toucher? » Si la réponse est oui, on fera préciser qui, quand, et on reprendra les questions précédentes.

Il ne s'agit pas, dans l'entrevue, de colliger une foule de détails sur l'agression sexuelle, mais de relever les éléments qui permettront de faire un signalement et d'assurer dans l'immédiat la protection de l'enfant, si nécessaire.

L'entrevue négative

Si l'enfant ne verbalise aucun contenu permettant de conclure à une agression sexuelle ou à de mauvais traitements physiques ou de confirmer les soupçons qu'on a à ce sujet, il serait approprié de le diriger vers des professionnels qui prendraient le temps d'investiguer davantage. Évidemment, notre intervention demeure ponctuelle et limitée dans le temps, alors que le recours à ces professionnels, soit des travailleurs sociaux (particulièrement les intervenants sociaux de la Direction de la protection de la jeunesse) ou des psychologues, permettrait probablement d'étayer les hypothèses.

On peut aussi reprendre, au cours d'une visite subséquente, certains éléments de l'entrevue avec l'enfant; la confiance étant établie, il se peut que ses réponses deviennent plus substantielles ou que les soupçons s'estompent.

Il est, par contre, déconseillé de chercher de manière compulsive à obtenir une déclaration de l'enfant. Ce n'est pas le rôle des intervenantes et intervenants de première ligne ou du centre désigné. Un soupçon suffit, de toute manière, pour faire un signalement au Directeur de la protection de la jeunesse.

Intervention immédiate

Si les soupçons persistent mais qu'ils ne sont pas étayés par aucune déclaration, qu'on ne dispose pas de professionnels qualifiés pour poursuivre dans le sens noté précédemment et qu'on ne croit pas utile de refaire l'entrevue ou que la deuxième entrevue a été négative, on consulte un professionnel de la protection de la jeunesse qui décidera de la marche à suivre.

Si on a obtenu une déclaration de l'enfant, on conclura l'entrevue de façon appropriée en lui expliquant les démarches à venir. On ne prend pas avec l'enfant aucun engagement qu'on ne pourrait tenir, et jamais celui de garder le secret. Au contraire, on assure l'enfant qu'on va prendre les moyens nécessaires pour que les agressions sexuelles cessent le plus rapidement possible. On l'informe qu'on avisera des gens qui seront en mesure de l'aider, lui et sa famille. Il est important de faire savoir à l'enfant qu'on comprend les difficultés que la situation lui crée, qu'on comprend ses craintes. On pourrait également souligner le courage dont il a fait preuve en parlant de cette situation difficile et on pourrait clarifier ses attentes.

En ce qui concerne la mère, il faut prévoir une rencontre avec elle après l'entrevue avec l'enfant, particulièrement si on a reçu des confidences au sujet d'agressions sexuelles, car il faudra faire appel à d'autres professionnels qui auront à valider les faits allégués et à prendre les mesures nécessaires pour protéger l'enfant. Il se peut qu'on ait peu d'information sur la mère et sur sa capacité de protéger son enfant; si on doute de cette capacité ou si l'enfant a livré des renseignements laissant croire qu'elle est au fait des abus, il est préférable, avant de lui parler, d'aviser immédiatement le DPJ qui pourra garantir la sécurité de l'enfant et aider la mère. Sans cette précaution, l'enfant pourrait se rétracter sous la pression de l'entourage. La mère aura besoin d'un soutien direct et rapide pour être en mesure de prendre les décisions appropriées concernant l'intérêt de son enfant et, éventuellement, d'autres enfants.

Si l'enfant est accompagné de son père et que celui-ci est mis en cause par une déclaration de l'enfant, on doit en aviser immédiatement le DPJ afin qu'il mette en place les mesures indiquées. Toutefois, il faut éviter une confrontation entre l'enfant et l'adulte impliqué. En fait, il ne devrait pas y avoir de confrontation.

Détails du déroulement de l'entrevue avec un enfant au centre désigné

Comme nous l'avons mentionné, le déroulement de l'entrevue avec un enfant de moins de 12 ans est particulier. Il est aussi variable selon que l'enfant a révélé ou non un abus sexuel. Nous décrivons une façon pratique de procéder à cette entrevue pour les intervenantes et intervenants du centre désigné.

Accueil

Après les présentations, il sera décidé si l'enfant est rencontré avec ses parents ou si l'on voit les parents seuls d'abord. Dans les situations d'abus sexuel intrafamilial (parents, fratrie, famille élargie, famille d'accueil, etc.), il est préférable de rencontrer d'abord le parent ou l'accompagnant seul. L'intervenante ou l'intervenant demande ensuite aux parents les mots utilisés par l'enfant pour désigner les parties génitales et anales.

Accueil et entrevue pour les enfants de moins de 12 ans qui ont révélé un abus

Accueil des parents seuls ou avec l'enfant

Recueil des données (voir plus loin : Détails des données à recueillir)

- Description de l'événement par les parents (l'enfant peut répondre s'il est présent)
- Revue brève des malaises (parent et enfant)
- Revue brève des antécédents médicaux et des antécédents d'abus (parent)

On consigne les informations sur les formulaires 2, 3, 4 et 5 ainsi que sur la grille d'évaluation complémentaire pour enfant.

Si l'enfant est absent de l'entrevue, ou si le parent donne les réponses, on questionnera ensuite l'enfant à propos de certaines données à inscrire aux formulaires 2, 3, 4 (voir plus loin).

On évalue la protection et le soutien dont bénéficie la victime (voir plus loin).

Accueil et entrevue pour les enfants de moins de 12 ans qui n'ont pas révélé un abus

Accueil des parents seuls

Recueil des données (voir plus loin : Détails des données à recueillir)

- Description de l'événement par les parents
- Revue brève des malaises (parent et enfant)
- Revue brève des antécédents médicaux et des antécédents d'abus (parent)

On questionne l'enfant sur des malaises qu'il pourrait avoir et on l'interroge sur sa vie en général. On lui explique qu'on procédera à un examen pour vérifier si tout est normal ou vérifier les rougeurs dont parle sa mère, par exemple. On observe le comportement de l'enfant et on le note (à l'aise, gêné, volubile, silencieux, etc.).

Si les circonstances et le temps le permettent et selon les habiletés des intervenantes et intervenants du centre désigné, on pourra préciser les faits avec l'enfant en se rapportant à la technique d'entrevue avec un enfant soupçonné d'avoir été abusé sexuellement (voir plus haut).

Détails des données à recueillir

Pour les éléments d'histoire à recueillir, on note :

- EC si les éléments sont à inscrire dans la grille d'évaluation complémentaire
- F si les éléments sont à inscrire sur les formulaires d'une des 2 trousse (F1 si formulaire 1, F2 si formulaire 2, etc.)

Enfant accompagné de... (EC)

Agression

Date et heure de l'agression (F2)

Unique, chronique (fréquence, durée si chronique) (EC)

Date du dernier épisode (information probablement demandée au triage)

Chez les moins de 12 ans, date de la dernière visite chez l'agresseur car la date du dernier épisode peut être plus difficile à situer (EC)

Circonstances, lieux, témoins (EC)

Lien avec l'agresseur, sexe de l'agresseur (F2, EC)

Stratégies pour agresser (manipulation matérielle, menace) (EC)

Violences subies, force utilisée (F2)

Gestes imposés ou subis (F3, EC)

Depuis l'agression, s'est lavé, a uriné, a déféqué, a changé de vêtements (F4)

Symptômes depuis l'agression (voir symptômes de la grille d'évaluation complémentaire) (F5)

Agresseur: sujet possiblement dangereux

sujet qui risque de transmettre le VIH

Santé générale, gynécologique, sexuelle (Tous les éléments sous cette rubrique doivent être inscrits sur la grille EC, sauf un [F4])

Maladie chronique

Chirurgie-trauma génito-anale antérieure

Handicap

Problème de santé récent

Médication actuelle

Allergie aux médicaments (F4)

Agression antérieure

Vaccination hépatite B

Histoire menstruelle

Activité sexuelle, contraception

Chez les moins de 12 ans, histoire de vulvite

Histoire sociale brève (EC)

Structure familiale

Demeure avec...

Scolarisation (nom de l'école et degré scolaire, DPJ contacte parfois école)

Connu des services sociaux, des services de santé mentale ou autres

État émotif (si besoin et si problème majeur, noter sur grille EC)

Soutien disponible dans la famille

Problème antérieur de santé mentale

Sécurité (EC)

Policier avisé (et ses coordonnées s'il y a lieu) (EC)

Téléphone au domicile actuel (où rejoindre dans les jours qui suivent) (EC)

Si l'enfant a dévoilé un abus sexuel

Si l'enfant n'est pas vu avec le parent au début ou s'il n'a pas parlé durant l'entrevue, il faut effectuer le recueil de données avec lui.

On peut apprivoiser l'enfant avec des questions sur l'école, les amis, les loisirs, la température, etc.

Au formulaire 2:

On confirme qui est l'agresseur.

On vérifie les gestes de violence de l'agresseur à l'endroit de la victime (victime poussée, serrée, mordue, égratignée, frappée, etc.).

On vérifie si la victime a infligé des blessures à l'agresseur (a égratigné, serré fort la peau).

Au formulaire 3:

On confirme les gestes mentionnés par les parents.

On demande si l'individu a touché des parties de son corps (à part les détails donnés par les parents).

On demande si l'individu a mis sa bouche sur une partie du corps, a-t-il léché, mis sa langue, sucé une partie de son corps (spécifier pénis chez garçon); où?

Est-ce que l'enfant a senti quelque chose de mouillé sur son corps; quoi, où?

Est-ce que l'individu a mis ses doigts dans son vagin, dans l'anus?

A-t-il mis son pénis dans la bouche de la victime?

A-t-il mis son pénis dans le vagin ou l'anus ou tenté de le faire (ou mis quelque chose d'autre)?

A-t-il utilisé des produits, des objets, de la gelée, etc.?

Au formulaire 4:

Est-ce qu'il a ingéré quelque chose avec l'agresseur (jus, autres)?

Est-ce qu'il a bu, uriné après l'agression?

En général, depuis l'agression, a-t-il des douleurs, échauffements (ça chauffe), prurit (ça pique), des malaises? A-t-il mal à la tête, au ventre, à la bouche, ressent-il des brûlements en faisant pipi, a-t-il mal au bas du corps, à l'anus (utiliser les mots des parents), aux muscles, au dos?

On termine avec des explications simples sur l'examen; on s'assure que l'enfant comprenne ce qu'on fera et on lui demande s'il a des questions. On lui précise qu'on va lui expliquer au fur et à mesure le déroulement de l'examen.

Si l'enfant n'a pas dévoilé un abus sexuel

On peut apprivoiser l'enfant avec des questions sur l'école, les amis, les loisirs, etc. Ensuite, s'il s'agit d'une visite récente chez le père ou chez l'agresseur présumé et que l'autre parent soupçonne qu'il s'est passé quelque chose, on peut demander à l'enfant s'il a apprécié la visite en question, ce qu'il a fait durant le séjour, etc.

Par la suite, des questions médicales générales sont posées: a-t-il des douleurs, échauffements (ça chauffe), prurit (ça pique), des malaises? A-t-il mal à la tête, au ventre, à la bouche, ressent-il des brûlements en faisant pipi, a-t-il mal au bas du corps, à l'anus (utiliser les mots des parents), aux muscles, au dos?

Évaluation de la sécurité et du soutien de la victime

Est-ce que l'agresseur vit sous le même toit ?

Est-ce que les parents peuvent éviter les contacts entre l'enfant et l'agresseur ?

Est-ce que l'agresseur est un membre de la parenté ?

Est-ce que les parents blâment l'enfant ?

Est-ce que les parents ont avisé la police ou ont l'intention de le faire ? Si non, pourquoi ?

Est-ce le premier épisode du genre ?

Est-ce que les parents semblent protéger leur enfant (soucieux de sa sécurité, inquiets) ?

Est-ce qu'il y a des indices de négligence générale ?

Est-ce que l'enfant semble à l'aise avec ses parents ?

Est-ce que les parents ont les ressources nécessaires pour faire face à la situation (gardent un certain contrôle, ne sont pas confus, ont des appuis et du soutien auprès des amis ou de la parenté) ?

Conclusion

L'entrevue avec un enfant victime d'une agression sexuelle est à chaque fois une expérience particulière, car elle place l'intervenante et l'intervenant devant plusieurs inconnues.

Les facteurs de réussite dans ce domaine sont en premier lieu la concertation des différents intervenantes et intervenants, la rapidité de l'intervention, mais aussi le développement d'aptitudes particulières pour mieux comprendre la réalité des enfants qui sont aux prises avec un problème aussi important.

48

Les premières déclarations sont souvent importantes, voir déterminantes, et si on peut les obtenir de l'enfant dans le cadre d'une entrevue qui respecte les standards établis, on assure à ce dernier une prise en charge plus prometteuse et plus sécurisante. L'intervention auprès des autorités responsables constitue souvent la première étape d'une longue série de démarches qui mèneront l'enfant vers d'autres professionnels.

Une intervention adéquate nous permet de mieux protéger l'enfant mais aussi d'espérer pouvoir corriger la trajectoire de vie d'un enfant qui, jusqu'à présent, subissait une réalité qu'il n'avait évidemment pas choisie.

Annexe 4

Formulaires – version anglaise

Ce formulaire est inclus dans la trousse médico-légale et la trousse médico-sociale sans prélèvement médico-légaux

SEXUAL ASSAULT Forensic examination		 DT9016	
Name of institution _____		Family name _____	
Town or City _____		Given name _____	
Telephone No. _____		Date of birth _____	
Telephone No. _____		Sex _____	
Telephone No. _____		Telephone No. _____	
Address _____		Address _____	
Medical file No. _____		Medical file No. _____	

DATE OF EXAMINATION	Year	Month	Day	Time (00:01 to 24:00)

(If different from that entered on Form 1)

CONSENT	
I, _____, hereby consent to:	Initials of victim, parent, tutor or DYP
1) a medical examination including, if pertinent, a gynecological and genital examination, samples and treatments;	
2) a) a forensic examination which includes a medical examination (as described in point 1), samples and a blood test to determine, among others things a genetic profile (DNA)*;	
b) a blood test and a urine sample, which will be used to detect drugs or alcohol, if pertinent;	
3) transmission to police of the forensic evidence kit or of the medical/social records kit to assist with the police investigation.	

Date (if different from the date of the examination) Year Month Day _____	Date (if different from the date of the examination) Year Month Day _____
--	--

Refusal to consent to items 2 and 3 will in no way affect the quality of care provided, and I am free at any time during the examination to modify this consent in whole or in part.

Signature: _____ Victim, parent, tutor or DYP **	Date: _____ Year Month Day
--	--

* Information concerning the victim's genetic profile will be kept for the duration of criminal proceedings and only for the purpose of those proceedings.

** If the victim is under 14 years of age and the parents or tutor refuse to consent to the examination, the DYP may provide authorization for steps 1 and 2 if urgently needed.

1

SEXUAL ASSAULT Forensic examination	USER'S RECORD
--	---------------

SEXUAL ASSAULT Forensic examination		 DT9005	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Family name</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Given name</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Date of birth</td> <td style="padding: 2px;">Sex</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Telephone No.</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 2px;">Address</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 2px;">Medical file No.</td> </tr> </table>	Family name		Given name		Date of birth	Sex	Telephone No.		Address				Medical file No.			
Family name		Given name																	
Date of birth	Sex	Telephone No.																	
Address																			
Medical file No.																			
Name of institution Town or City 		Telephone No. 																	
DATE OF EXAMINATION		Year Month Day Time (00:01 to 24:00)																	
(If different from that entered on Form 1)																			
Information gathered from: (Check more than one box if necessary) ☐ the victim ☐ another person (specify): _____																			
DESCRIPTION OF SEXUAL ASSAULT FOR THE PURPOSES OF FORENSIC EXAMINATION																			
Date and time of sexual assault		Year Month Day Time (00:01 to 24:00)																	
If more than one sexual assault occurred, give the date and time of the last one.		_____																	
Violence and physical constraints																			
The victim was:																			
☐ Tied up ☐ Scratched ☐ Bitten ☐ Squeezed ☐ Other: _____																			
☐ Burned ☐ Strangled ☐ Pushed _____																			
☐ Cut ☐ Hit ☐ Held in place _____																			
Object used: _____																			
Aggressor(s)																			
Number: _____ ☐ Not known Sex: ☐ M ☐ F Relationship to victim: _____																			
Injuries to the aggressor by the victim: ☐ Yes ☐ No ☐ Not known																			
If answer is yes, specify (scratch, cut, bite, etc.): _____																			
For use only in exceptional situations. Write down the exact words spoken spontaneously by the victim. (Do not give a full account of the event).																			
Fill in only if the victim:																			
☐ is a young child																			
☐ has a severe or profound intellectual disability																			
☐ has significant memory problems																			
☐ is very seriously injured (life in danger)																			

SEXUAL ASSAULT

Forensic examination


DT9006

Name of institution

Town or City Telephone No.

DATE OF EXAMINATION
Year Month Day Time (00:01 to 24:00)

(If different from that entered on Form 1)

Family name Given name

Date of birth Sex Telephone No.

Address

Medical file No.

DESCRIPTION OF SEXUAL ASSAULT FOR THE PURPOSES OF FORENSIC EXAMINATION (cont.)

To determine the type of forensic examination and the samples required,
check boxes according to the appropriate description of contact between the aggressor and the victim.

Check here if the description of sexual contact is UNCLEAR ☐

(case involving, for instance: child victim; drug or alcohol; loss of consciousness)

Victim	Aggressor(s)	Condom
MOUTH	Mouth ☐ Finger, hand ☐ Vagina ☐ Penis ☐ Anus ☐ Foreign object: _____	☐
FINGER, HAND	Mouth ☐ Vagin ☐ Penis ☐ Anus ☐	☐
BREASTS	Mouth ☐ Finger, hand ☐ Vagina ☐ Penis ☐ Anus ☐	☐
VAGINA	Mouth ☐ Finger, hand ☐ Vagina ☐ Penis ☐ Foreign object: _____	☐
PENIS	Mouth ☐ Finger, hand ☐ Vagina ☐ Penis ☐ Anus ☐ Foreign object: _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
ANUS	Mouth ☐ Finger, hand ☐ Penis ☐ Foreign object: _____	☐
SKIN	Mouth ☐ Finger, hand ☐ Penis ☐	

Ejaculation
☐ Yes
☐ No
☐ Not known

If the answer is yes, specify where on the body:

Lubricant
☐ Yes
☐ No
☐ Not known

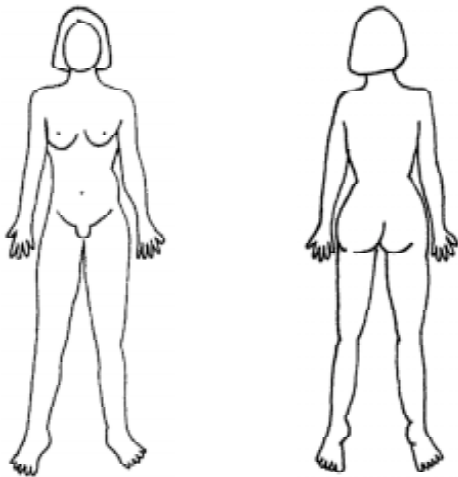
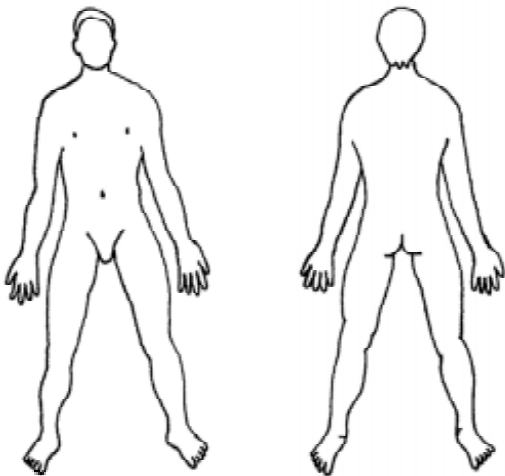
3

AH-423A (rev. 04-04)

SEXUAL ASSAULT
Forensic examination

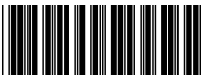
USER'S RECORD

SEXUAL ASSAULT Forensic examination		 DT9007	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Family name</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Given name</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Date of birth</td> <td style="padding: 2px;">Sex</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Telephone No.</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 2px;">Address</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 2px;">Medical file No.</td> </tr> </table>		Family name		Given name		Date of birth	Sex	Telephone No.		Address				Medical file No.			
Family name		Given name																		
Date of birth	Sex	Telephone No.																		
Address																				
Medical file No.																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Name of institution</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Town or City</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Telephone No.</td> </tr> </table>		Name of institution			Town or City	Telephone No.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">DATE OF EXAMINATION</td> <td style="width: 15%; padding: 2px;">Year</td> <td style="width: 15%; padding: 2px;">Month</td> <td style="width: 15%; padding: 2px;">Day</td> <td style="width: 40%; padding: 2px;">Time (00:01 to 24:00)</td> </tr> </table>			DATE OF EXAMINATION	Year	Month	Day	Time (00:01 to 24:00)					
Name of institution																				
Town or City	Telephone No.																			
DATE OF EXAMINATION	Year	Month	Day	Time (00:01 to 24:00)																
(If different from that entered on Form 1)																				
DESCRIPTION OF SEXUAL ASSAULT FOR THE PURPOSES OF FORENSIC EXAMINATION (cont.)																				
The clothes worn at the time of the sexual assault:																				
☐ were handed in with the kit		☐ have been given to the police		☐ must be recovered by the police																
		☐ have been washed		☐ have been repaired																
The victim:																				
☐ washed herself/himself		☐ douched vaginally		☐ urinated																
Medications																				
Ingestion of drugs or alcohol, against the victim's will :																				
☐ Yes		☐ No		☐ Not known																
Fill in this section only in cases of ingestion of drugs or alcohol against the victim's will, or of severe intoxication.																				
For the purposes of analysing blood and urine samples to screen for drugs and alcohol: did the victim take any medications, including any administered at the hospital, within the five-day period preceding the forensic examination ?																				
		☐ Yes		☐ No																
If the answer is yes, specify:																				
Medications		Date		Time																
		Year	Month	Day																
				(00:01 to 24:00)																
Allergies to certain medications:																				
☐ Yes		☐ No																		
Gynecological elements relevant to the sexual assault																				
Year Month Day																				
LMP:		Age of menarche of a victim under 18:																		
Emergency contraception required:																				
☐ Yes		☐ No																		

SEXUAL ASSAULT Forensic examination		 DT9009	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Family name</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Given name</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Date of birth</td> <td style="padding: 2px;">Sex</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Telephone No.</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 2px;">Address</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 2px;">Medical file No.</td> </tr> </table>		Family name		Given name		Date of birth	Sex	Telephone No.		Address				Medical file No.			
Family name		Given name																		
Date of birth	Sex	Telephone No.																		
Address																				
Medical file No.																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="padding: 2px;">Name of institution</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Town or City</td> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Telephone No.</td> </tr> </table>		Name of institution				Town or City	Telephone No.			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">DATE OF EXAMINATION</td> <td style="padding: 2px;">Year</td> <td style="padding: 2px;">Month</td> <td style="padding: 2px;">Day</td> <td style="padding: 2px;">Time (00:01 to 24:00)</td> </tr> </table>			DATE OF EXAMINATION	Year	Month	Day	Time (00:01 to 24:00)			
Name of institution																				
Town or City	Telephone No.																			
DATE OF EXAMINATION	Year	Month	Day	Time (00:01 to 24:00)																
(If different from that entered on Form 1)																				
ANATOMIC DIAGRAMS – Indicate site of injuries described on Form 5																				
ADOLESCENT OR ADULT FEMALE			CHILD																	
																				
ADOLESCENT OR ADULT MALE																				
																				
AH-426A (rev. 04-04)			SEXUAL ASSAULT Forensic examination																	
			6 USER'S RECORD																	

SEXUAL ASSAULT

Forensic examination



DT9010

Name of institution

Town or City Telephone No.

DATE OF EXAMINATION

Year Month Day Time (00:01 to 24:00)

(If different from that entered on Form 1)

Family name Given name

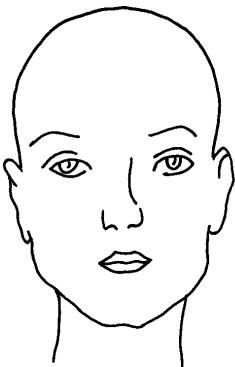
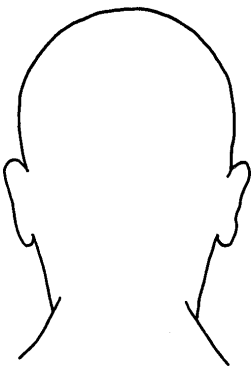
Date of birth Sex Telephone No.

Address

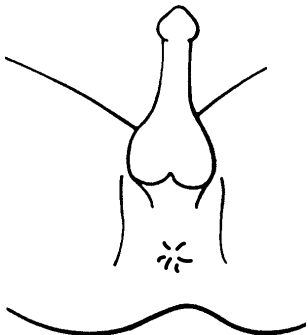
Medical file No.

ANATOMIC DIAGRAMS – Indicate site of injuries described on Form 5

CHILD, WOMAN OR MAN

MAN OR MALE CHILD




Positions during examination

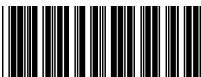
☐ Knee-chest ☐ Lateral decubitus

☐ Other: _____

	Normal		Specify type and site of injuries on anatomic diagrams
	Yes	No	
Urethra			
Prepuce			
Glans			
Penis			
Scrotum			
Anus			

SEXUAL ASSAULT

Forensic examination


DT9011

Name of institution

Town or City Telephone No.

DATE OF EXAMINATION
Year Month Day Time (00:01 to 24:00)

(If different from that entered on Form 1)

Family name Given name

Date of birth Sex Telephone No.

Address

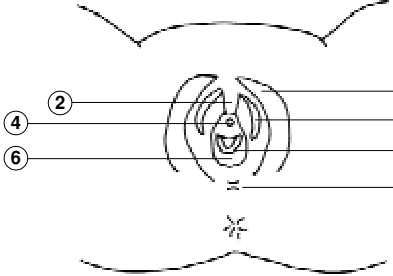
Medical file No.

ANATOMIC DIAGRAMS

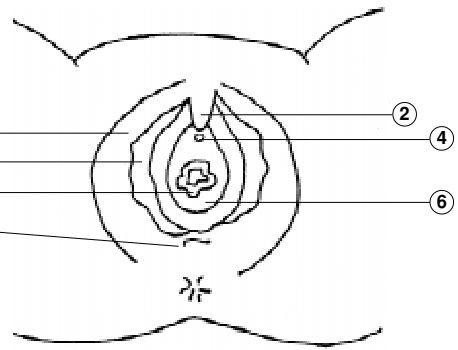
PREPUBESCENT, ADOLESCENT OR ADULT FEMALE

Positions during examination
☐ Supine with stirrups
☐ Frog leg
☐ Knee-chest
☐ Lateral decubitus
☐ Other: _____

PREPUBESCENT



ADOLESCENT OR ADULT FEMALE



	Normal		Specify type and site of injuries on anatomic diagrams
	Yes	No	
① Labia majora			
② Clitoris			
③ Labia minora			
④ Urethra			
⑤ Hymen			
⑥ Fourchette			
⑦ Perineum			
Anus			
Adolescent or adult, if penetration			
Vagina			
Cervix			
Uterus and adnexa (examination is not routine)			

SEXUAL ASSAULT

Forensic examination



DT9012

Name of institution

Town or City

Telephone No.

DATE OF EXAMINATION

Year Month Day Time (00:01 to 24:00)

(If different from that entered on Form 1)

◆ ONLY TAKE THE NECESSARY SAMPLES

Family name

Given name

Date of birth

Sex

Telephone No.

Address

Medical file No.

Site	Circumstances	TYPES OF SPECIMENS (check those taken)	
		Laboratory of institution	Forensic examination
ORAL	No fellatio		1A ☐ Oral specimen (for DNA analysis): use two swabs, one for each check; rub for about 15 seconds for each swab; let dry.
	Fellatio	☐ Chlamydia ☐ Gonorrhea ☐ Routine cultures (if symptoms)	2A ☐ Detection of sperm and DNA analysis: rinse mouth with 5 ml to 10 ml of physiological serum; recover mouth wash in the small bottle with the blue cap in the kit. 2B ☐ After two or three washes, take further specimens with swabs as described at point 1A.
VAGINA AND CERVIX	If penetration	☐ Chlamydia ☐ Gonorrhea ☐ Routine cultures ☐ Pap test ☐ Fresh state (before 1D) Sperm: ☐ motile ☐ non-motile ☐ not visualized Trichomonas ☐	1B ☐ Two swabs (see 1C): let dry. 1C ☐ One slide with a blue edge (one drop of physiological serum and vaginal secretions from one swab at 1B); let dry without fixation. 1D ☐ Vaginal douche: introduce 10 ml of physiological serum and aspirate the greatest quantity possible.
PENIS AND URETHRA		☐ Chlamydia ☐ Gonorrhea	2CI ☐ Bite, saliva or sperm from the aggressor on victim's penis: wipe first with a moist swab, then with a dry swab; keep both. N.B. Indicate sperm or saliva on Form 10.
ANAL	(Before VAGINA) If penetration	☐ Chlamydia ☐ Gonorrhea ☐ Routine cultures (if symptoms)	2E, 2F ☐ Detection of sperm: take sample with a swab and smear on a slide; let dry before enclosing in envelope.
CUTANEOUS	If saliva or sperm stains, or bites		2CI ☐ and 2CII ☐ Bite, saliva or sperm on vulva, anus or elsewhere: wipe first with a moist swab, then with a dry swab; keep both. N.B. Indicate sperm or saliva on Form 10.
FOREIGN OBJECTS	SANITARY NAPKINS OR TAMPONS		2D ☐ Fibre, body hair, nail clippings if relevant, etc.: put sample in the envelope provided in the kit. Put sanitary napkins or tampons in the white bag marked for this purpose.
BLOOD		☐ Alcohol or drugs ☐ HCG ☐ Syphilis ☐ VIH Hepatitis: ☐ A ☐ B (Ab/Ag) ☐ C	1E ☐ Genetic profile (DNA), detection of alcohol or drugs. Take 5 ml to 10 ml of blood.
URINE		☐ Alcohol or drugs ☐ HCG ☐ Chlamydia ☐ Gonorrhea	2G ☐ Detection of alcohol or drugs. Take 20 ml to 50 ml of urine.
CLOTHING (including diapers)			3A ☐ B, C, D, E Stained or torn clothes: place articles in separate paper bags; identify contents on the application.

9

AH-429A (rev. 04-04)

SEXUAL ASSAULT
Forensic examination

USER'S RECORD

SEXUAL ASSAULT

Forensic examination



DT9013

Name of institution
 Town or City
 Telephone No.

DATE OF EXAMINATION

Year
Month
Day
Time (00:01 to 24:00)

(If different from that entered on Form 1)

Family name
 Given name
 Date of birth
 Sex
 Telephone No.

Address
 Medical file No.

IMPORTANT ►

AFFIX SELF-ADHESIVE LABEL "SAMPLES" (see Form 13)

REMEMBER

- To avoid all contamination, put the urine container and the mouth wash container in the polythene bag identified for this purpose.
- Identify specimens using the self-adhesive labels in the kit.
- Write your initials on each label used.
- Put all unused material, in its original condition, back into the kit.
- Put samples in kit. Put clothing in paper bags, then put paper bags in polythene bag. Seal kit and write your initials on seal.

SAMPLES			
Basic forensic evidence kit	Done	Not done	Additional material (as needed)
1A Oral	☐	☐	2A, 2B Oral (if fellatio) ☐ Done ☐ Not done
1B, 1C Vaginal secretions	☐	☐	2CI Cutaneous, if detecting: ☐ sperm ☐ saliva Site _____
1D Vaginal douche	☐	☐	2CII Cutaneous, if detecting: ☐ sperm ☐ saliva Site _____
1E Blood	☐	☐	2D Foreign objects ☐ Done ☐ Not done
Toxicological analysis			2E, 2F Anal and rectal ☐ Done ☐ Not done
Detection of drugs or alcohol ☐ Yes ☐ No			2G Urine ☐ Done ☐ Not done
3 CLOTHING	3A		3B
	3D		3C
			3E
			4 Other

10

AH-430A (rev. 04-04)
SEXUAL ASSAULT
Forensic examination
USER'S RECORD

SEXUAL ASSAULT Forensic examination		DT9014		Family name Given name Date of birth Sex Telephone No. Address Medical file No.	
Name of institution Town or City Telephone No.		DATE OF EXAMINATION Year Month Day Time (00:01 to 24:00)			
(If different from that entered on Form 1)					
FORENSIC INTERVENTIONS			INTERVENTIONS, TREATMENTS AND CARE		
Write your initials in the appropriate boxes			Additional interventions, tests, samples or examinations		
Intervention	Physician(s)	Nurse(s)	Psychosocial worker(s)	Other(s)	☐ • Medical imaging ☐ • Sutures ☐ • Consultation: _____ ☐ • Other: _____ _____
Medical examination					Care and treatment
Taking forensic specimens					
Manipulation, identification and observation of fresh state					
Manipulation and identification of blood sample					
Manipulation and identification of urine sample					
Manipulation and identification of other samples					
Sealing kit					
Manipulation and identification of clothing					☐ • Emergency contraception ☐ • Hepatitis B vaccine ☐ • Tetanus vaccine ☐ • Hepatitis B immunoglobulin ☐ • Anxiolytic _____ ☐ • Other: _____ ☐ CVC (crime victims compensation) ☐ CSST
MANDATORY REPORTING TO THE DIRECTOR OF YOUTH PROTECTION FOR YOUTH UNDER 18					
Name of person who took the report:					
IDENTIFICATION OF CASE WORKERS					
Physician					
Name (in block letters)		Signature		Initials	Permit No. Telephone No.
Nurse					
Name (in block letters)		Signature		Initials	Telephone No.
Psychosocial worker					
Name (in block letters)		Signature		Initials	Telephone No.
Other					
Specify your occupation	Name (in block letters)		Signature		Initials Telephone No.

SEXUAL ASSAULT

Forensic examination



DT9015

Name of institution	
Town or City	Telephone No.

DATE OF EXAMINATION	Year	Month	Day	Time (00:01 to 24:00)
----------------------------	------	-------	-----	-----------------------

(If different from that entered on Form 1)

Family name		Given name	
Date of birth	Sex	Telephone No.	
Address			
Medical file No.			

HANDING IN OF FORENSIC EVIDENCE KIT OR OF THE MEDICAL/SOCIAL RECORDS KIT					
Case worker handing in kit	Name (in block letters)		Signature		Telephone No.
	Name (in block letters)		Signature		Telephone No.
Police officer receiving kit	Badge No.	Police force file No.	Date	Year	Month
				Day	Time (00:01 to 24:00)

PRESERVATION OF FORENSIC EVIDENCE KIT									
If the person examined did not consent to having the forensic evidence kit given immediately to the police, it will be preserved in a refrigerator to which access is controlled. Unless otherwise agreed with the victim, the samples will be destroyed after a maximum period of 14 days.									
Deadline for destruction of kit <table border="1"> <tr> <td>Year</td> <td>Month</td> <td>Day</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Year	Month	Day				Kit seal No. <table border="1"> <tr> <td>AD-</td> <td></td> </tr> </table>	AD-	
Year	Month	Day							
AD-									

60

12

AH-432A (rev. 04-04)	SEXUAL ASSAULT Forensic examination	USER'S RECORD
----------------------	---	----------------------

Give detachable portion to the person examined

INFORMATION CONCERNING THE PRESERVATION OF THE FORENSIC EVIDENCE KIT					
Not applicable ☐ You must contact the social worker to: inform her or him of your decision to have the forensic evidence kit given to the police and make an appointment to sign the consent form for that purpose. Year Month Day Before: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Name of the person to contact: _____ Telephone No.: _____ After the above date, the samples in the forensic evidence kit will be destroyed unless otherwise agreed with the victim. The forms will remain in the medical file, however.					

INFORMATION AND FOLLOW-UP
If you have any questions or concerns, you can contact: _____ Name (in block letters) Telephone No.: _____ _____ Name (in block letters) Telephone No.: _____ Additional information concerning medical or psychosocial follow-up: medical follow-up: _____ psychosocial follow-up: _____

Cette section est incluse au verso du formulaire 12 dans les deux trousseaux.

SELF-ADHESIVE LABELS

PLEASE WRITE YOUR INITIALS ON LABELS AND STICK THEM TO CORRESPONDING SAMPLES

1A ORAL AD- _____ Initials	1B VAGINAL SECRETIONS AD- _____ Initials	1C VAGINAL SMEAR AD- _____ Initials
1D VAGINAL DOUCHE AD- _____ Initials	1E BLOOD AD- _____ Initials	2A MOUTH WASH AD- _____ Initials
2B ORAL AD- _____ Initials	2C CUTANEOUS (I) AD- _____ Initials	2C CUTANEOUS (II) AD- _____ Initials
2D FOREIGN OBJECT AD- _____ Initials	2D SANITARY NAPKINS/TAMPONS AD- _____ Initials	2E ANAL/RECTAL SWAB AD- _____ Initials
2F ANAL/RECTAL SMEAR AD- _____ Initials	2G URINE AD- _____ Initials	3A CLOTHING AD- _____ Initials
3B CLOTHING AD- _____ Initials	3C CLOTHING AD- _____ Initials	3D CLOTHING AD- _____ Initials
3E CLOTHING AD- _____ Initials	4 OTHER AD- _____ Initials	AD- SAMPLES Initials
AD- SAMPLES Initials	AD- SAMPLES Initials	AD- SAMPLES Initials

61

↑ (see Form 10)

SELF-ADHESIVE SEALS

PLEASE WRITE YOUR INITIALS AND SEAL
THE KIT AND POLY BAG (AS NEEDED).

LABORATOIRE DE SCIENCES JUDICIAIRES ET DE MÉDECINE LÉGALE FOLD HERE	FORENSIC EVIDENCE KIT Initials _____ AD-
LABORATOIRE DE SCIENCES JUDICIAIRES ET DE MÉDECINE LÉGALE FOLD HERE	FORENSIC EVIDENCE KIT Initials _____ AD-
LABORATOIRE DE SCIENCES JUDICIAIRES ET DE MÉDECINE LÉGALE FOLD HERE	FORENSIC EVIDENCE KIT Initials _____ AD-

AH-434A (rév. 04-05)

14

Annexe 5

Chaîne de possession

**LABORATOIRE
DE SCIENCES JUDICIAIRES
ET DE MÉDECINE LÉGALE**

NUMÉRO D'ÉVÉNEMENT

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHAÎNE DE POSSESSION

Le policier qui a pris possession de la trousse médico-légale au centre désigné commence cette chaîne de possession en y inscrivant son nom dans la case «Remise par».

ENDROIT OÙ LA (LES) PIÈCE(S) À CONVICTION A(ONT) ÉTÉ REÇUE(S):

DESCRIPTION DE(DES) PIÈCE(S) À CONVICTION:

A (trousse #) _____

B (sac vert #) _____

C (autre #) _____

* Compléter en lettres capitales

REMISE PAR:		REMISE À:	DATE:	HEURE:	PIÈCE:
nom * :	nom * :	A M J			
signature	signature				
fonction	fonction				
exempt	exempt				
nom * :	nom * :	A M J			
signature	signature				
fonction	fonction				
exempt	exempt				
nom * :	nom * :	A M J			
signature	signature				
fonction	fonction				
exempt	exempt				
nom * :	nom * :	A M J			
signature	signature				
fonction	fonction				
exempt	exempt				
nom * :	nom * :	A M J			
signature	signature				
fonction	fonction				
exempt	exempt				
nom * :	nom * :	A M J			
signature	signature				
fonction	fonction				
exempt	exempt				

Date de révision : avril 2004



ÉTAPE 4 :

EXAMENS MÉDICAL ET MÉDICOLÉGAL, TESTS ET PRÉLÈVEMENTS

Pour répondre aux besoins des
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE
enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes

*Intervenons
ensemble*

TABLE DES MATIÈRES

Examen médical	5
Introduction	5
Réactions à l'examen médical	5
Chez l'enfant, l'adolescente ou l'adolescent	5
Chez l'adulte	6
Examen général	6
Âge des ecchymoses	7
Définition des lésions	7
Classification des lésions selon Adams	7
Examen des organes génitaux féminins	8
Position durant l'examen	8
a) L'enfant prépubère	8
b) L'adolescente et l'adulte	8
Anatomie normale, repères, stades de Tanner et techniques d'examen	8
a) Anatomie normale	8
b) Techniques d'examen	9
c) Stades de Tanner	9
Cuisses, pubis, grandes et petites lèvres, clitoris, urètre	11
a) Normal, variantes de la normale, anomalies congénitales, observations non spécifiques, maladies	11
b) Observations suspectes ou diagnostiques	11
Introitus vaginal, fourchette postérieure et raphé médian	12
a) Normal, variantes de la normale, anomalies congénitales, observations non spécifiques, maladies	12
b) Observations suspectes ou diagnostiques	12
Hymen	13
a) Normal, variantes de la normale, anomalies congénitales, observations non spécifiques	13
b) Observations suspectes ou diagnostiques	14
Hymen et vagin : autres aspects particuliers de l'examen de la fille prépubère	15
a) Le diamètre de l'orifice hyménal	15

Hymen et vagin : autres aspects particuliers de l'examen de l'adolescente et de l'adulte	15
Contraction musculaire et ouverture hyménale étroite	16
Traumatisme accidentel et agression sexuelle	16
Colposcopie	17
Examen des organes génitaux masculins	17
Stades de Tanner chez le garçon	17
Examen anal	18
Position durant l'examen	19
Anatomie de la région périanale et anale	19
Examen, observations et anomalies	19
a) Normal, variantes de la normale, anomalies congénitales, observations non spécifiques, maladies	20
b) Observations spécifiques ou diagnostiques	21
Toucher rectal, tonus anal	21
Apports et limites de l'examen et des tests	22
Concordance histoire-examen	22
Interprétation de l'examen	22
Rapport médical	22
Tests et prélèvements	23
Tests et prélèvements médicaux	23
Grossesse	23
Problèmes médicaux divers	23
État frais	24
Infections transmissibles sexuellement	24
Valeur des tests de dépistage pour ITS selon le délai	25
Transmission sexuelle ou périnatale d'un organisme pathogène (enfants)	26
Indications pour le dépistage des ITS	26
Le dépistage des ITS et le délai entre l'agression sexuelle et la visite médicale	27
Micro-organismes recherchés, types d'échantillons et diagnostic en laboratoire	27
a) <i>C. trachomatis</i>	27
b) <i>N. gonorrhoeæ</i>	28

c) Herpes simplex	29
d) Condylomes génitaux	29
e) Sérologies : les hépatites, le VIH, la syphilis	29
Comment prélever	30
a) Prélèvement urinaire pour <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeæ</i>	30
b) Prélèvement urétral : jeune garçon	30
c) Prélèvement vaginal : enfant et jeune adolescente	30
d) Prélèvement urétral : adolescent et adulte	30
e) Prélèvement cervical et vaginal : adolescente et adulte	31
f) Prélèvement anal	31
g) Prélèvement dans le pharynx	31
h) Ulcères génitaux	31
i) Sérologies	31
Sites de prélèvements et échantillons à prélever	31
a) Urine (victimes de sexe masculin et féminin)	32
b) Urètre (sexe masculin ou sexe féminin si indication)	32
c) Vagin (chez la prépubère et avant Tanner II) et région endocervicale (adolescente et adulte seulement)	32
d) Peau, particulièrement de la région génitale-anale	32
e) Pharynx	33
f) Anus	33
g) Échantillons de sérum	33
Prélèvements médico-légaux	34
Introduction	34
Historique	34
Généralités	35
Recommandations générales pour l'utilisation de la trousse médico-légale	35
Précautions	36
Enveloppe et formulaires	36
Contenu de la boîte de la trousse médico-légale	38
a) Une grande enveloppe désignée « Trousse médico-légale de base »	38
b) Une grande enveloppe désignée « Matériel complémentaire »	38
c) Autres matériaux	39

Prélèvements	40
a) Prélèvement buccal (1A)	40
b) Sécrétions vaginales (1B, 1C)	40
c) Lavage vaginal (1D)	41
d) Sang (1E)	41
e) Prélèvement buccal (si fellation avec ou sans éjaculation) (2A, 2B)	42
f) Cutané (2C)	43
g) Corps étrangers, serviettes hygiéniques ou tampons (2D)	44
h) Prélèvement anal et rectal (2E, 2F)	44
i) Urine (2G)	44
j) Vêtements (3A, 3B, 3C, etc.)	45
Remise de la trousse médico-légale ou des formulaires de la trousse médicosociale à la police	46
Conservation de la trousse médico-légale	46
Commande de trousses médico-légales et de trousses médicosociales sans prélèvements médico-légaux	47
Conclusion	47
4 ANNEXE 1	
Classification des signes physiques observés à l'examen anal ou génital et des tests de laboratoire chez des enfants ou des adolescentes et des adolescents chez qui on soupçonne une agression sexuelle	48
ANNEXE 2	
Figures des organes génitaux	52
ANNEXE 3	
Analyse des prélèvements médico-légaux	66
ANNEXE 4	
Principaux amnésiants, sédatifs ou hypnotiques	67
ANNEXE 5	
Schéma des spermatozoïdes et des <i>trichomonas</i>	68
ANNEXE 6	
Points à surveiller	70

Examen médical

Introduction

Le médecin connaît assez bien l'examen génital-anal chez l'adulte. Par contre, ce type d'examen chez l'enfant, l'adolescente ou l'adolescent victime d'une agression sexuelle constitue un champ de connaissances relativement récent de la médecine. Il s'agit d'un domaine en évolution, et le médecin qui s'y intéresse doit se familiariser avec les éléments de l'examen génital-anal normal et anormal et se tenir au fait des développements dans ce domaine.

Ce chapitre présente l'état des connaissances à ce jour dans le domaine des agressions sexuelles et il n'a pas la prétention d'être le reflet définitif et figé de ces connaissances. Il constitue le produit combiné de l'expérience des auteurs et de leurs consultants, de la revue critique des publications sur le sujet ainsi que d'une réflexion et d'une intégration progressive de tous ces éléments, le tout adapté au contexte québécois. Les auteurs ont constaté l'évolution des connaissances dans ce domaine et espèrent **motiver certains médecins à maintenir à jour leurs connaissances ainsi qu'à développer leur expertise.**

Après avoir recueilli l'histoire médicosociale, l'intervenante ou l'intervenant prépare la victime pour l'examen, explique son déroulement et précise que l'examen sera interrompu sur sa demande. On mentionne que l'examen peut être incommodant, mais pas nécessairement douloureux. Si ce n'est déjà fait, il est préférable que le médecin soit assisté par une autre personne, à la fois pour l'aider dans les prélèvements et s'occuper de la victime. Si cette dernière est une femme, une intervenante devrait accompagner le médecin de sexe masculin, à ce stade au moins.

Réactions à l'examen médical

Chez l'enfant, l'adolescente ou l'adolescent

Il faut prendre bien soin de noter la réaction de l'enfant, de l'adolescente ou de l'adolescent à l'examen. Normalement, chez un enfant de plus de 3 ans, on s'attend à une attitude plutôt constante durant l'histoire médicosociale tout comme durant l'examen : à moins d'avoir subi antérieurement des examens traumatisants, un enfant timide durant l'entrevue l'est aussi durant l'examen, de même qu'un enfant excité ou très nerveux durant l'entrevue le sera durant l'examen. Habituellement, l'examen des organes génitaux ne provoque pas de réactions excessives ou d'attitudes particulières chez l'enfant non agressé.

Toutefois, la jeune victime d'agression sexuelle peut avoir des réactions moins prévisibles, inconstantes et anormales. Ces réactions peuvent aussi évoluer avec le temps, de l'enfance à l'âge adulte. Si on les interroge à ce sujet, **on constate que les adolescentes qui s'opposent ou réagissent très mal à un examen gynécologique, sans motif précis, sont très souvent d'anciennes victimes d'agression sexuelle.**

Il faut donc observer l'attitude et la réaction de la victime, sa constance ou son inconstance, ainsi que les variations importantes par rapport à la norme, particulièrement dans les manifestations de gêne, de tristesse, de colère, de peur, d'agressivité ou de passivité. Si quelqu'un accompagne la victime, on note l'interaction entre la victime et cette personne.

Durant l'examen, on peut distinguer deux groupes opposés de réactions et d'attitudes, avec parfois un passage d'un extrême à l'autre :

- gêne excessive, peur, longues hésitations avant de se soumettre à l'examen, refus de subir l'examen, douleur avant tout toucher, douleur excessive par rapport aux gestes posés, contrôle excessif des gestes ;
- sans-gêne excessif, position d'examen adoptée facilement, spontanéité des commentaires au sujet de l'examen.

Ces attitudes et ces réactions ou des changements importants d'un extrême à l'autre peuvent constituer des indices d'agression sexuelle chez une victime présentant un développement normal par ailleurs. Toutefois, certaines victimes ne laissent paraître aucune attitude particulière et n'ont pas de réaction spéciale, malgré une histoire d'agression sexuelle où le présumé accusé a admis sa culpabilité. Chez les enfants, les réactions et les attitudes anormales seront notées au bas du formulaire 5.

De plus, tout comme durant l'histoire médicosociale, **on note, pendant l'examen, les dires spontanés de l'enfant** liés à l'agression sexuelle. On peut également l'interroger, particulièrement si l'histoire d'agression est imprécise, mais il faut le faire avec tact, sans insister ni insinuer quoi que ce soit. **C'est là le paradoxe de l'examen : on préférerait que la victime en soit épargnée, mais et en même temps,** il constitue un moment privilégié pour demander à la victime pourquoi elle a peur, pourquoi elle a mal alors qu'on ne la touche pas, si elle a déjà eu mal, à quel moment, ce qui a causé ce mal, si on l'a déjà touchée là où on la touche (la vulve, par exemple), qui l'a touchée, comment cela s'est passé, etc.

Chez l'adulte

6

L'examen gynécologique peut susciter plusieurs réactions chez l'adulte victime d'une agression sexuelle, tels des *flashbacks* de l'agression, des pleurs, une douleur excessive par rapport aux gestes posés, de la peur, etc.

Il est important de rassurer la victime et de l'aviser qu'elle peut arrêter l'examen en tout temps. La victime doit sentir qu'elle garde le contrôle tout au long de l'examen.

Toutefois, les réactions de l'adulte à l'examen ne sont pas notées dans les formulaires de la trousse médicolégale ou médicosociale.

Examen général

L'examen des victimes d'agression sexuelle ne se limite pas à la zone génitale et anale. Il importe de procéder à un examen physique complet dans le but :

- **de relever la présence de signes d'agression sexuelle ailleurs que dans la région génitale ou anale.** Plus particulièrement, on note la présence de lésions ou de traumatismes dans la bouche : par exemple, dans certains cas de contact oral-génital, on trouve des pétéchies au palais, des ecchymoses ou encore des déchirures du frein lingual. Aussi, on recherche des lésions infectieuses telles que herpès, pharyngite à gonocoque, etc., ou la présence de morsures dans le cou (ou sucettes) ou de traits d'étranglement, ou encore des pétéchies, des ecchymoses, des lacérations, des traits linéaires sur les seins et ailleurs sur le corps. Dans les cas d'agression récente, on recherche sur la peau la présence de corps étrangers tels que cheveux, herbe, sperme, etc. ;

- **d'évaluer l'état de santé global et relever d'autres anomalies.** Parfois, particulièrement chez les enfants, l'agression sexuelle est reliée à une situation plus générale de mauvais traitements physiques ou de négligence, et il faut indiquer, entre autres, la présence d'un retard de croissance, d'une hygiène corporelle et dentaire déficiente, d'ecchymoses, de contusions, etc.;
- **d'atténuer l'effet que produirait l'examen isolé des organes génitaux.**

Âge des ecchymoses

Des recherches récentes montrent qu'il est difficile d'évaluer l'âge d'une ecchymose en fonction de sa coloration. Malgré des tables détaillées à cet effet, il semble que trop de facteurs soient en jeu pour permettre une évaluation précise. **Un seul élément demeure valable: la couleur jaune signifie que l'ecchymose a plus de 18 heures.**

Définition des lésions

Plusieurs termes seront utilisés pour décrire les lésions observées à la suite d'une agression sexuelle. Nous définissons ces termes d'emblée.

- **Érosion:** perte de la partie la plus superficielle de la peau, consécutive à un frottement, à un arrachement ou à un pincement (synonymes: abrasion, égratignure, éraflure, écorchure).
- **Contusion:** ensemble de lésions produites par un choc brutal sur la peau avec lésion des tissus, sans déchirure ni lacération de la peau.
- **Lacération:** déchirure de la peau ou d'un tissu.
- **Ecchymose:** infiltration de sang dans les tissus.

Classification des lésions selon Adams

Le docteur Joyce Adams a classifié les différentes observations cliniques ou de laboratoire que l'on peut relever dans la région génitale et anale (**voir annexe 1**). Sa classification, qui a évolué depuis sa première publication en 1992, n'est pas utilisée par tous. Le docteur Adams a d'ailleurs invité les professionnels du domaine à commenter son travail. Il demeure que cette classification est fondée sur des recherches et des expertises solides. Elle a été conçue d'abord pour les enfants, mais s'applique presque aussi bien aux adolescentes, aux adolescents et même aux adultes.

Les observations cliniques au niveau anal ou génital sont classées en quatre catégories:

- Classe 1: normal, variantes de la normale ou variantes congénitales;
- Classe 2: observations non spécifiques;
- Classe 3: observations compatibles avec l'agression sexuelle (signes qu'on peut noter chez les enfants abusés sexuellement, mais dont l'abus sexuel n'est pas la seule cause);
- Classe 4: observations diagnostiques de lésions causées par la pénétration ou un contact sexuel.

Une observation non spécifique peut aussi être compatible avec une agression sexuelle, mais parmi plusieurs autres conditions; la probabilité qu'elle soit le résultat d'une agression sexuelle est plus faible. Toutefois, appuyée par une histoire concordante, cette observation n'est pas sans signification.

Une observation compatible (classe 3) a une probabilité plus élevée d'être reliée à une agression sexuelle, mais dans ce cas aussi, une histoire concordante renforcera cette probabilité.

Les lésions situées sous la ligne de 3 heures à 9 heures (en prenant comme point de comparaison les aiguilles d'une horloge) sont en général plus spécifiques d'une agression sexuelle.

Nous utiliserons la classification d'Adams en tout ou en partie pour discuter des observations possibles sur les structures génitales et anales.

Examen des organes génitaux féminins

Le lecteur trouvera, en annexe 2, les figures énumérées ci-dessous, qui sont en fait des schémas et des photographies des organes génitaux.

Position durant l'examen

a) L'enfant prépubère

On utilise les positions suivantes :

- **la position de décubitus dorsal, position dite « de la grenouille » :** l'enfant est étendue sur le dos, les jambes pliées et les genoux écartés vers l'extérieur, les talons joints près des fesses. C'est la position la moins inconfortable et **avec laquelle on commence l'examen** (figure 1);
- **la position gènepectrale :** la figure appuyée contre la table d'examen, les jambes pliées, le siège élevé, les genoux sur la table, écartés de 15 cm. Cette position est plus gênante. Elle ne fait pas partie de la routine : elle est indiquée lorsque la position de décubitus dorsal, chez l'enfant, ne permet pas une relaxation-ouverture de l'hymen ou pour confirmer des anomalies vues dans l'autre position (figures 2, 3, 4).

Si l'enfant est très jeune (3 ans ou moins), elle peut être examinée assise ou couchée sur les genoux de la personne qui l'accompagne ou de l'infirmière, lui tournant le dos, les jambes écartées.

b) L'adolescente et l'adulte

On procède comme pour un examen gynécologique ; toutefois, chez la toute jeune adolescente n'ayant pas eu sa ménarche, on peut aussi utiliser la position « de la grenouille ».

Anatomie normale, repères, stades de Tanner et techniques d'examen

a) Anatomie normale

En position de décubitus dorsal, le médecin, faisant face à la zone génitale, observe de haut en bas :

- le pubis ;
- le capuchon du clitoris, le clitoris ;
- le méat urétral ;
- la fosse naviculaire, ou vestibule, dans laquelle se trouvent l'hymen et l'ouverture vaginale ;

- la fourchette postérieure en forme de V;
- la zone périnéale avec le raphé médian reliant la fourchette postérieure et l'anus;
- l'anus.

Les petites lèvres partent du capuchon du clitoris où elles se séparent pour entourer ensuite la fosse naviculaire et se rejoindre pour former la fourchette postérieure. Les grandes lèvres sont extérieures à ces structures. Il faut noter que chez l'enfant prépubère les grandes lèvres sont peu développées; les petites lèvres sont aussi moins développées que chez l'adolescente ou l'adulte, surtout dans leur partie inférieure. Elles sont plus en évidence du capuchon du clitoris jusque sous une ligne horizontale traversant le centre de l'hymen, où elles forment une structure en V inversé, et moins en évidence de là jusqu'à la fourchette postérieure. **Le médecin inexpérimenté peut confondre les petites lèvres avec le contour de l'hymen chez les enfants**: c'est là une des différences majeures entre la jeune fille prépubère et les adolescentes/adultes. Lorsqu'on connaît cette différence, il est aisé de distinguer l'hymen des petites lèvres (figure 5).

En position de décubitus dorsal, le médecin, faisant face à la zone génitale, situe les structures et les traces de traumatisme, toujours selon la disposition des aiguilles d'une horloge: le pubis pointé vers 12 heures, le coccyx vers 6 heures, une ligne traversant le centre de l'hymen de 3 heures à 9 heures. En position gèneupectorale, par contre, l'anus est situé à 12 heures et le pubis à 6 heures.

b) Techniques d'examen

Abordons maintenant certains détails de l'examen: **quel que soit l'âge de la victime, l'examen est d'abord et avant tout un examen externe. Surtout chez l'enfant prépubère, la majorité des lésions sont observées sans que l'on ait à procéder à un examen gynécologique traditionnel.**

On observe d'abord sans toucher: pubis, cuisses, grandes lèvres, capuchon du clitoris, fourchette postérieure et raphé médian. Puis on procède à l'observation des structures plus cachées: petites lèvres, clitoris, urètre, fosse naviculaire et hymen. Pour ce faire, en position de décubitus dorsal, on peut procéder de deux manières, en évitant d'étirer les structures de manière indue:

- **technique de séparation**: on sépare les grandes lèvres en y appliquant le pouce et l'index de chaque main et en exerçant une pression latérale (vers les cuisses) et postérieure (vers le bas); **c'est la technique utilisée le plus souvent chez l'adulte**;
- **technique de traction**: en plus de la technique de séparation, **chez l'enfant et l'adolescente**, on peut utiliser la technique de traction: à l'aide du pouce et de l'index de chaque main, on pince légèrement les deux grandes lèvres à la hauteur de l'hymen et on les tire vers soi. Cette technique favorise l'ouverture de l'orifice hyménal, permettant de visualiser son contour (figure 6).

c) Stades de Tanner

Les stades de Tanner sont les étapes du développement pubertaire. Ils permettent de comprendre la présence ou l'absence de certaines lésions ou la difficulté de les observer, indépendamment de l'âge. Une adolescente de 12 ans peut être très avancée dans sa puberté ou ne pas l'avoir commencée. Il est donc important de noter le stade de Tanner, l'œstrogénisation des muqueuses à un stade plus avancé rendant parfois plus difficile l'observation de lésions à l'hymen.

Il existe 5 stades de Tanner :

I Enfant

II Premiers signes extérieurs, début de changements pubertaires

III
↓
IV

V Adulte

On estime qu'il faut environ 2 ans pour passer du stade II au stade IV, et 2 autres années pour atteindre le stade V. En moyenne, on calcule de 4 à 6 ans pour franchir les étapes, du stade I au stade V.

Filles : étapes du développement pubertaire

- Développement des seins (bourgeon mammaire), accompagné de l'augmentation du volume des ovaires.
- Apparition des poils pubiens.
- Première menstruation (ménarche). La vitesse de croissance est alors maximale et décroît rapidement en une année.
- Postménarche : croissance minime (2-5 cm)
- Établissement en 0-5 ans des cycles ovulatoires.

10

STADES DE TANNER (filles)

Stade	Poils pubiens	Seins
I	Préadolescence	Préadolescence
II	Quelques-uns, non frisés	Seins un peu surélevés, aréoles plus larges
III	Plus foncés, frisés, plus abondants	Grossissement des seins et des aréoles
IV	Poils rudes, un peu moins abondants que chez l'adulte	Les aréoles et les mamelons forment chacun une surélévation sur le sein. Seins presque adultes
V	Adulte	Mamelons projetés ; l'aréole se fond avec le contour du sein

Stade I : préadolescence

Stade IV : presque adulte ; la jeune fille a cependant un peu moins de poils que l'adulte et ses organes sont un peu moins gros

La ménarche survient en moyenne à 12,5 ans, en général au stade IV.

Cuisses, pubis, grandes et petites lèvres, clitoris, urètre

La présentation des observations possibles sur les différentes structures anatomiques suit la classification d'Adams.

a) Normal, variantes de la normale, anomalies congénitales, observations non spécifiques, maladies

Dans cette catégorie, sur les cuisses, le pubis, les grandes et les petites lèvres, le clitoris et l'urètre, on peut relever les observations suivantes :

- des bandelettes périurétrales: des bandelettes de tissu normal, de la même texture et de la même coloration que le tissu adjacent, peuvent relier l'urètre aux tissus adjacents (figure 7) (classe 1 – normal);
- une certaine dilatation urétrale (observée chez l'enfant avec la méthode de traction et chez l'adolescente ou l'adulte, peu importe la méthode), qui est souvent une variante de la normale;
- de l'érythème (classe 2 – non spécifique);
- des **fusions labiales ou adhérences des petites lèvres**: elles ont été décrites depuis longtemps et sont plus fréquentes qu'on ne le croyait auparavant; chez près de 38 % (35/90) des enfants examinés, on a observé une fusion partielle des petites lèvres. Toutefois, la majorité de ces adhérences (19/35) mesuraient moins de 2 mm de longueur. On n'en connaît pas exactement la cause, mais on croit généralement qu'elles résultent d'inflammations aux petites lèvres et à la fourchette postérieure, liées parfois à l'hygiène, surtout si la fusion ne touche que la partie postérieure. En général, on observe une fine membrane lisse plus ou moins translucide réunissant de façon superficielle les surfaces internes des deux petites lèvres. La présence de tissu plus épais, nettement cicatriciel, dans les couches tissulaires plus profondes, surtout chez une fillette plus âgée (4 à 10 ans), constitue un indice d'une manipulation possible dans cette zone. **Cependant, la seule présence d'adhérences des petites lèvres n'est pas un indice suffisant d'agression sexuelle, sauf si les adhérences ne sont pas typiques ou si l'on a relevé d'autres indices dans l'histoire médicosociale ou durant l'examen.** L'agression sexuelle peut causer une fusion labiale par manipulation provoquant suffisamment d'inflammation pour que les tissus adhèrent de nouveau ensemble (classe 2 – non spécifique);
- des **anomalies sans lien avec l'agression sexuelle**, telle la présence d'un prolapsus urétral, d'un caroncule urétral, d'un urétérocèle ectopique, etc.

b) Observations suspectes ou diagnostiques

On recherche des **traces de traumatismes récents**: abrasions, ecchymoses, pétéchies, hématomes, lacérations, etc.

On note la présence de **lésions évoquant la possibilité de ITS**: herpès, chancre, condylome (après l'âge de 2 ans).

On cherche aussi des **cicatrices d'anciens traumatismes** sur les grandes ou les petites lèvres, avec déformation.

Introitus vaginal, fourchette postérieure et raphé médian

Un petit pourcentage des victimes de coït vulvaire, de pénétration digitale (particulièrement chez une enfant très jeune), de tentative de coït vaginal et de coït vaginal présentent des lésions dans cette zone. **La grande majorité de ces lésions sont externes et sont localisées soit sur la fosse naviculaire ou sur le vestibule, soit sur l'hymen, soit sur la fourchette postérieure ou sur le raphé médian.** On observe plus rarement des déchirures ou des lacérations du vagin, mais de telles lésions, si elles sont récentes, sont toujours sanguinolentes mais pas nécessairement douloureuses.

a) Normal, variantes de la normale, anomalies congénitales, observations non spécifiques, maladies

Dans cette catégorie on peut observer :

- des bandelettes hyménales périvestibulaires (bandelettes liant la fosse naviculaire au contour de l'hymen (classe 1 – normal);
- une anomalie de fusion de la ligne médiane périnéale, avec creux sous-cutané (anomalie congénitale) (classe 2 – variante de la normale);
- une zone avasculaire dans la fourchette postérieure : la ligne vestibulaire (*linea vestibularis*). Il s'agit d'une ligne médiane, blanchâtre, non surélevée, non cicatricielle, située dans la fourchette postérieure (classe 2 – variante de la normale);
- un érythème de la fourchette postérieure et du raphé médian, avec œdème, ou encore un raphé médian présentant des replis cutanés verticaux proéminents (classe 2 – non spécifique);
- une vascularité augmentée (classe 2 – non spécifique);
- une friabilité de la fourchette postérieure, ou de petites fissures ou abrasions à cet endroit. Chez l'enfant, cette friabilité s'accompagne parfois d'adhérences (classe 2 – non spécifique).

12

Le lichen scléreux et atrophique est une inflammation chronique de la peau des grandes lèvres, des petites lèvres, du clitoris, du périnée et de l'anus. Il épouse souvent la forme d'un 8 avec une zone plus étroite sur le raphé médian. Il doit être distingué d'un érythème marqué consécutif à des manipulations génitales. On peut l'observer chez les filles à partir de 2 ans. La peau est atrophique, blanchâtre (après un certain temps), et a l'aspect du papier de soie. Cette peau est peu résistante, peut se surinfecter et, par conséquent, devenir érythémateuse ou lacérée avec saignement. Les symptômes typiques sont le prurit, des brûlements et des pertes jaunâtres ou verdâtres (figure 8).

b) Observations suspectes ou diagnostiques

Les lacérations récentes de la fourchette postérieure et du raphé médian sont faciles à reconnaître (classe 3). Elles sont la plupart du temps verticales. Par contre, il s'agit parfois de fissures plus ou moins fines, plus difficiles à discerner.

On cherche aussi des cicatrices d'anciens traumatismes dans la fourchette postérieure et sur le raphé médian. On observe des cicatrices dans la fosse naviculaire, une fourchette postérieure déformée ou un trait blanc vertical sur le raphé médian, prononcé, surélevé ou non linéaire.

Hymen

Par définition, l'hymen est une membrane perforée séparant les organes génitaux externes du vagin. C'est un tissu qui a une certaine élasticité. Toutes les femmes sont dotées d'une telle structure : l'absence congénitale de cette membrane est très rare.

Quel que soit l'âge, **l'examen de l'hymen consiste d'abord en une observation** à l'aide de la technique de séparation et, chez les enfants et les adolescentes, de la technique de traction.

Particulièrement chez les enfants et les adolescentes, on observe le plus adéquatement possible le **contour** de cette membrane, surtout chez l'enfant prépubère. Pour ce faire, il faut tenter d'obtenir la meilleure relaxation possible, en utilisant la technique de traction ou encore la position gèneupectorale (enfant prépubère). On peut également demander à l'enfant d'exécuter certaines manœuvres de Valsalva, par exemple tousser, ou encore respirer « comme un petit chien ». On peut aussi faire diversion en lui demandant de serrer les doigts de l'intervenante qui accompagne le médecin, de replier les doigts d'une main sur ceux de l'autre main et de tirer, etc.

a) Normal, variantes de la normale, anomalies congénitales, observations non spécifiques

On décrit plusieurs variations anatomiques normales de cette structure comme il existe des variations selon l'âge. Les trois types suivants sont les plus fréquemment observés chez les enfants et les jeunes adolescentes :

- **hymen annulaire** avec ouverture centrale ovale ou ronde (*circumferential*) (figure 9);
- **hymen semi-lunaire** ou en forme de croissant (*posterior rim*); en général, on observe un tissu translucide de 2 mm ou plus en situation postérieure et une absence de tissu sous l'urètre, avec parfois, entre 10 heures et 2 heures, des creux prononcés ou des clivages à ne pas confondre avec des lacérations (figure 10);
- **hymen denticulé**, avec rebords irréguliers mais lisses, ressemblant à des pétales de fleur (en forme de rosette; *fimbriated* ou *redundant*). Cet hymen est difficile à évaluer, car les lésions traumatiques sont souvent confondues avec ses rebords irréguliers (figure 11).

L'hymen denticulé est celui qui présente le plus de tissu, suivi de l'hymen annulaire puis du semi-lunaire, dont les rebords sont plus minces. Avant l'âge de 3 ans, l'influence hormonale maternelle, surtout œstrogénique, se fait encore sentir, ce qui explique la prévalence plus grande de l'hymen denticulé, aux rebords plus épais. Vers l'âge de 3 ou 4 ans, les tissus s'amincissent et on observe plus fréquemment des hymens sous forme de croissant ou des hymens annulaires. Au début de la puberté, avant même parfois que les changements physiques aux seins ou à la pilosité pubienne deviennent apparents, les rebords de l'hymen redeviennent plus épais. **La forme denticulée est alors prédominante et constitue également celle de l'hymen adulte.**

On observe plus rarement des variantes de la normale ou des anomalies congénitales :

- un hymen avec ouverture punctiforme, appelé aussi hymen microperforé (rare);
- un hymen en forme de « manchon » (*sleeve-like*) avec une ouverture petite et très antérieure. Ce type d'hymen a surtout été décrit chez les nouveau-nés, mais rarement chez des enfants de plus de 12 mois. Certains auteurs l'identifient à un hymen microperforé (rare);
- un hymen non perforé (rare, incidence entre 0,14 et 0,24 %);

- un hymen cribriforme (plusieurs ouvertures punctiformes). Il est aussi très rare ;
- un septum ou bride divisant l'hymen en deux à la verticale, plus rarement à l'horizontale. Il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un vagin bifide, associé à d'autres anomalies du système génito-urinaire ;
- une asymétrie de la fosse naviculaire (hymen non centré) ;
- la présence de « **tag** » de l'hymen, ou tissu hyménal plus abondant, en certains endroits : 3 % de 211 filles prépubères normales examinées présentaient des « tags » de l'hymen (classe 1 – normal) ;
- la présence de petites « **bosses** » (tissu arrondi, épaissi, sur le bord de l'hymen ; aussi nommées « caroncules ») ou « **projections** » (tissu triangulaire faisant protrusion dans l'orifice hyménal à partir du bord de l'hymen). On croyait auparavant que ces « bosses » et « projections » représentaient des indices d'agression sexuelle, mais des études menées chez des enfants normaux ont démontré qu'elles étaient fréquentes, puisqu'elles ont été observées chez 7 à 33 % des filles examinées. Certaines de ces « bosses ou « projections » sont associées à la présence d'une **crête ou d'un repli vaginal longitudinal** plus marqué. D'autres, surtout près de la ligne médiane, à 6 heures, représentent des **vestiges de septum hyménal**. On sait que les structures génitales embryonnaires sont divisées et que le septum se résorbe. Toutefois, il se peut qu'un petit morceau de tissu ne se soit pas résorbé et forme une bosse-caroncule à cet endroit de l'hymen (classe 2 – non spécifique) (figure 12).

L'érythème est une observation non spécifique (classe 2).

b) Observations suspectes ou diagnostiques

14

Quel que soit l'âge de la victime, on note, selon la position des aiguilles d'une horloge, la présence de certaines anomalies sur le contour de l'hymen, par exemple :

- **des ecchymoses, des abrasions, des hématomes**, du tissu de granulation, etc. (classe 4) ;
- la présence d'**échancrures ou encoches**. Elles peuvent être observées chez des enfants normaux (6 % à 8 %), mais beaucoup plus rarement que les « bosses ou les projections » de l'hymen. De plus, elles sont situées dans la partie supérieure ou latérale de l'hymen. Les études sur les enfants normaux n'ont pas relevé de telles encoches dans la région inférieure de l'hymen, entre 4 et 8 heures. **La présence d'une encoche entre 4 heures et 8 heures représente donc un indice important d'agression (classe 3)**. On décrit également des **transections** de l'hymen, entailles plus profondes touchant le tissu hyménal de son contour jusqu'à la fosse naviculaire ; ce sont de véritables **lacérations**, et donc des **indices diagnostiques (classe 4)** (figures 13, 14, 15, 16) ;
- un **contour atténué** de l'hymen, mesurant moins de 1 à 2 mm ; l'hymen a donc perdu son tissu ou son rebord, de façon focale, et a subi des modifications. Celles-ci peuvent représenter un indice d'agression sexuelle, surtout lorsqu'elles sont situées entre 4 heures et 8 heures, mais il vaut mieux confirmer la présence de ces modifications par un examen dans la position gènupectorale. Il arrive en effet qu'un hymen puisse paraître avoir très peu de tissu en position de décubitus dorsal, mais se révéler tout à fait normal en position gènupectorale (classe 4) (figure 17) ;
- la présence de **cicatrices ou synéchies**, attachant l'hymen à la paroi vaginale ou à la fosse naviculaire. Il faut se garder de les confondre avec des bandelettes hyménales périvestibulaires normales ou avec des crêtes vaginales normales. Le tissu cicatriciel est plus blanchâtre et d'aspect remanié par rapport au tissu adjacent (figure 18).

Hymen et vagin : autres aspects particuliers de l'examen de la fille prépubère

Chez la fille prépubère, l'examen est en général limité à l'observation externe, tel que nous l'avons décrit ci-dessus. L'examen gynécologique habituel n'est pas indiqué, sauf en présence de lacérations vaginales évidentes, de saignement, ou si l'on suspecte fortement la présence d'un corps étranger. On dirige alors l'enfant vers le gynécologue ou le chirurgien pédiatrique qui va procéder à un examen sous anesthésie générale ou sous sédation profonde. Hormis ces cas de lacérations, il est toutefois rare de devoir recourir à l'anesthésie générale.

a) Le diamètre de l'orifice hyménal

La mesure de l'orifice hyménal à l'aide « d'un ou deux doigts » n'est pas indiquée. Le diamètre normal de l'orifice hyménal au stade prépubère peut varier selon la position de l'enfant, son âge, la technique d'examen utilisée et la relaxation obtenue. À ce sujet, il existe une certaine controverse dans les travaux traitant des agressions sexuelles chez l'enfant. Certaines études recensent des données au sein d'une population normale. Mais ce ne sont là que des points de repère. En général, le diamètre ne dépasse pas 10 mm avant la puberté soit avant 10 ans.

En soi, un orifice hyménal avec un diamètre large ne constitue pas une preuve d'agression sexuelle ; il faut alors rechercher d'autres indices tels qu'une **atténuation du contour**, une lacération, etc. **Il est à noter qu'un hymen lacéré par une pénétration complète ou incomplète, en guérissant, aura un diamètre plus petit qu'immédiatement après l'agression sexuelle.** De plus, l'hymen peut n'être qu'étiré, et, à cause de son élasticité, revenir avec le temps à son diamètre initial.

Chez le jeune enfant, une ouverture de plus d'un centimètre dans toutes les positions d'examen serait une observation suspecte. Une ouverture marquée, avec d'autres lésions associées (hymen atténué, échancrure, etc.), serait une observation diagnostique (**classe 4**).

15

Hymen et vagin : autres aspects particuliers de l'examen de l'adolescente et de l'adulte

Au tout début de la puberté, l'hymen s'épaissit et prend le plus souvent la forme denticulée : ainsi les formes annulaire et semi-lunaire présentes chez la prépubère sont plus rarement observées à ce stade. Par ailleurs, avec l'âge, le diamètre de l'orifice hyménal s'agrandit, mais de façon variable ; avec la méthode de traction, on peut observer tout aussi bien un hymen dont l'orifice est étroit qu'un hymen dont l'orifice est de 1,5 cm, surtout après la ménarche. Il est aussi plus difficile, au cours d'un simple examen, d'observer une ouverture spontanée de l'orifice hyménal et d'en mesurer le diamètre. **Les valeurs normales de ces diamètres sont encore moins précises qu'au stade prépubère ; ces valeurs varient selon les groupes ethniques et sont donc presque inutiles (sauf chez l'adolescente si l'ouverture est très importante).**

Aussi, il faut considérer qu'il peut y avoir eu une première pénétration vaginale au cours de l'agression sexuelle sans qu'il y ait eu déchirure ou lacération de l'hymen. La virginité ne se mesure pas en fonction du diamètre de l'orifice hyménal ou de l'absence de lacération. Dans certaines circonstances, la victime aura subi des pénétrations digitales répétées au niveau du vagin ; l'ouverture hyménale, un tissu élastique, pourra alors être plus grande.

Pour procéder à l'évaluation de l'hymen et du vagin chez l'adolescente, on observe d'abord l'orifice hyménal et son contour, comme on le fait chez la fille prépubère, avec les méthodes de séparation et de traction. Si l'on soupçonne qu'il y a eu tentative de pénétration, coït vulvaire ou pénétration vaginale (pénienne

ou digitale), avant de décider de procéder aux prélèvements vaginaux et cervicaux à l'aide d'un spéculum, on peut estimer l'ouverture de l'orifice avec un doigt, puis deux doigts; cette estimation permettra de déterminer si un spéculum peut être utilisé et lequel (vierge, Peterson, en plastique petit, etc.). Il se peut que ce simple examen ne soit pas tolérable pour la victime, auquel cas l'insertion d'un spéculum est hors de question. En effet, la tension provoquée par un tel examen, la peur de la douleur, la sensation de revivre quelque chose de désagréable peuvent faire en sorte que tout toucher de l'hymen soit perçu comme très douloureux, parfois même avant le toucher. Il se peut aussi que l'orifice hyménal soit plutôt restreint.

Chez l'adolescente, le fait de pouvoir faire un examen avec un spéculum régulier (plastique petit) ne signifie pas qu'il y a automatiquement eu pénétration vaginale et qu'elle n'est plus vierge: des variations anatomiques, la masturbation (particulièrement chez les déficientes intellectuelles) et d'autres causes peuvent expliquer le niveau d'ouverture de l'hymen.

Chez l'adulte, on observe l'orifice hyménal et son contour avec la méthode de séparation. Pour l'utilisation d'un spéculum, on procédera de la même manière que pour l'adolescente, et il se peut que les obstacles à l'utilisation d'un spéculum soient les mêmes.

À tout âge, s'il y a une déchirure très récente de l'hymen, l'insertion d'un spéculum pour effectuer les prélèvements n'est pas recommandée.

Le spéculum utilisé peut être mouillé pour faciliter son insertion. **Toutefois, il ne faut pas utiliser un spéculum lubrifié, ni de lubrifiant pour insérer le spéculum.** Le lubrifiant du spéculum interférerait avec la recherche, par le Laboratoire de sciences judiciaires, de lubrifiant que l'agresseur aurait pu utiliser et que l'on trouverait sur les lieux de l'agression. Les lubrifiants faussent aussi certains tests effectués sur les prélèvements.

16

Contraction musculaire et ouverture hyménale étroite

L'hymen et la fosse naviculaire ne sont pas constitués de muscles, mais ils sont tout de même entourés de tissus musculaires.

Chez l'enfant et la jeune adolescente, si ces muscles sont contractés durant l'examen, il sera difficile d'obtenir une ouverture spontanée de l'orifice hyménal. Avec la méthode de traction ou en position gèneupectorale, on obtient plus facilement cette ouverture. En général, ces muscles sont plutôt contractés et prennent plusieurs secondes pour se détendre, si l'enfant ou l'adolescente peut relaxer.

Chez l'adolescente et l'adulte, l'évaluation de l'orifice hyménal avec le doigt, en vue de décider d'utiliser ou non un spéculum, révèle parfois une résistance qui peut laisser croire au médecin inexpérimenté qu'il n'y a pas eu de pénétration. Précisons que ce sont ces muscles qui sont responsables du vaginisme chez l'adulte. On note donc le degré de contraction ou de relaxation de ces muscles.

Traumatisme accidentel et agression sexuelle

Un traumatisme résultant d'une chute sur un objet tel qu'une barre de fer, appelé traumatisme à califourchon, peut aussi causer des lésions. Mais celles-ci sont en général unilatérales et plutôt externes, surtout situées sur le pubis, les grandes et les petites lèvres, autour du clitoris et rarement sur la fourchette postérieure. L'hymen demeure intact. Les lésions sont situées la plupart du temps au-dessus de la ligne de 3 heures à 9 heures, car c'est la pression des tissus mous supérieurs contre l'os de la symphyse pubienne qui les provoque. **Des lésions de la fourchette postérieure uniquement ou des lésions très inférieures sans lésions supérieures ne correspondent pas à un traumatisme à califourchon.**

D'autres traumatismes accidentels se présentent parfois : par exemple, ils peuvent résulter de la pénétration d'un objet aigu dans l'anus ou le vagin à la suite d'une chute, du fait que l'enfant s'est laissée glisser sur une barre verticale ou une rampe d'escalier plus ou moins lisse, etc. Ces traumatismes sont peu fréquents et ne touchent que très rarement l'hymen ou les tissus postérieurs uniquement.

L'autostimulation, la masturbation et l'insertion de tampons ne produisent généralement pas de lacérations ni de contusions. L'automutilation est rare et est en général associée à un retard mental important ou à une maladie mentale grave.

Chez l'adolescente, la première utilisation d'un tampon au cours d'une menstruation peut causer de petites lacérations, mais une douleur marquée au moment de l'insertion du tampon sera révélée par l'adolescente (situation peu fréquente).

Colposcopie

Certains signes sont plus facilement détectés par la colposcopie : néovascularisation, microcicatrices, atténuation du contour, etc. Le colposcope, instrument spécialisé muni d'un système binoculaire avec pouvoir d'agrandissement de 30X, a d'abord été utile en gynécologie, surtout pour étudier les pathologies du col utérin et aider au diagnostic des cancers. Plus récemment, principalement en raison de son pouvoir d'agrandissement et de la possibilité de photographier les lésions, cet instrument a été utilisé en médecine légale pour l'examen des cas d'agression sexuelle. Cependant, son utilisation dans de telles circonstances demande au préalable une certaine expertise. La très grande majorité des lésions aux organes génitaux et à l'anus se révèlent à l'examen simple avec une bonne source lumineuse, sans l'aide d'un tel instrument.

À défaut d'un colposcope, on peut utiliser une lampe munie d'une loupe d'environ 6 pouces de diamètre.

17

Examen des organes génitaux masculins

Les testicules et le pénis ne sont pas souvent le site de lésions majeures chez les garçons et les hommes victimes d'agression sexuelle. Parfois, on observe des abrasions sur la peau, des ecchymoses ou de l'érythème à la base du pénis chez le jeune garçon, des déchirures du frein du prépuce qui peuvent être douloureuses, ou encore la présence d'érythème ou de lacérations du méat, un écoulement urétral, des contusions ou lacérations du scrotum et des lésions typiques de ITS. Il ne faut pas oublier d'indiquer s'il y a ou non circoncision et de noter à quel stade de Tanner se trouve la victime.

Stades de Tanner chez le garçon

Il existe 5 stades de Tanner :

- I Enfant
- II Premiers signes extérieurs, début de changements pubertaires
- III ↓
- IV ↓
- V Adulte

On estime qu'il faut environ 2 ans pour passer du stade II au stade IV, et 2 autres années pour atteindre le stade V. En moyenne, on calcule de 4 à 6 ans pour franchir les étapes, du stade I au stade V.

Garçon : étapes du développement pubertaire

- Croissance testiculaire et scrotale.
- Apparition des poils pubiens.
- Croissance du pénis.
- Vitesse de croissance maximale : la voix mue.
- Premières éjaculations.
- Apparition des poils axillaires, de la barbe.

STADES DE TANNER (garçons)

Stade	Poils pubiens	Pénis	Testicules
I	Aucun	Petit (prépubère)	Petits (prépubère)
II	Quelques-uns, longs	Plus gros, allure infantile encore	Scrotum plus gros (rosé)
III	Plus abondants, frisés	Plus gros	Testicules plus gros
IV	Comme ceux de l'adulte mais moins abondants	Pénis et gland plus gros	Scrotum foncé ; testicules plus larges
V	Adulte	Adulte	Adulte

Stade I : préadolescence.

Stade IV : presque adulte, le garçon a cependant un peu moins de poils que l'adulte et ses organes sont un peu moins gros.

La vitesse de croissance est maximale en moyenne à 14 ans.

Examen anal

L'agression sexuelle peut impliquer des actes de sodomie ou des tentatives de pénétration anale. Cependant, il semble que ces actes ne soient pas fréquemment dévoilés par les victimes, soit par gêne, timidité, ou encore, chez la jeune fille, à cause d'une certaine confusion entre les deux orifices anatomiques (vagin et anus). **On procède donc toujours à un examen de la région anale et périanale chez les victimes d'agression sexuelle.**

Les types d'actes qui peuvent avoir été posés dans la région anale consistent en des attouchements, en une manipulation linguale ou digitale, ou en une pénétration digitale, pénienne ou avec un objet. Les signes physiques révélés par l'examen varient selon l'âge, le type d'abus, la force utilisée, la fréquence des actes et le temps écoulé depuis le dernier épisode. Les signes sont souvent assez peu évidents, surtout lorsqu'il y a eu usage de lubrifiant (salive, gelée, vaseline, etc.).

La majorité des examens de la région anale ou rectale sont normaux, même s'il y a eu pénétration unique ou chronique. Parfois, il ne subsiste qu'une douleur anale. De plus, une fois l'épisode d'agression passée, certaines lésions se résorbent assez rapidement, parfois en quelques jours ou en quelques semaines.

Position durant l'examen

Il faut, si possible, choisir la position la plus confortable et la moins embarrassante, et s'assurer d'avoir une bonne source lumineuse (utiliser une lampe d'examen gynécologique pour les deux sexes).

- **Le décubitus dorsal** (position «de la grenouille» ou gynécologique): chez l'enfant, on peut utiliser une variante en lui faisant plier les genoux de sorte que les cuisses touchent l'abdomen; l'anus est alors bien visible.
- **La position genupectorale: elle permet une meilleure observation de la région anale**, mais elle peut parfois évoquer certaines angoisses chez une victime ayant déjà été sodomisée dans cette position.
- **Le décubitus latéral, genoux repliés (tous âges).**
- Un enfant très jeune peut être placé dans les bras de la personne qui l'accompagne, le dos tourné vers le médecin, les jambes autour de la taille de cette personne.

Anatomie de la région périanale et anale

Si on décrit l'anatomie normale, on observe successivement, de l'extérieur vers l'intérieur, la région périanale, les replis cutanés anaux, la marge anale proprement dite, le sphincter anal externe et le sphincter anal interne. Le canal anal est situé entre ces deux sphincters et l'ampoule rectale. Il mesure généralement 1 cm chez l'enfant et jusqu'à 3 cm chez l'adulte. En haut du canal anal se trouve la ligne pectinée. Une fois passé le canal anal, on entre dans l'ampoule rectale. Comme pour la zone vulvaire, en prenant comme point de comparaison les aiguilles d'une horloge, on situe les lésions en précisant la position de la victime.

19

Examen, observations et anomalies

Durant l'examen, on exerce une très légère pression latérale sur les fesses (mais pas à proximité de l'anus). On observe immédiatement la région périanale.

C'est parfois durant l'examen que l'enfant, l'adolescent ou l'adolescente donne spontanément des détails sur l'agression. On observera :

- **l'hygiène de la région périanale;**
- **la position de l'anus:** elle est variable par rapport au coccyx. Un anus antérieur peut parfois, chez la fille ou chez la jeune adolescente, augmenter la confusion entre l'orifice anal et vaginal et, par conséquent, la confusion quant à la nature des actes qui ont été commis. Il est donc important de noter au dossier la position de l'anus si antérieure. En général, l'anus est à mi-distance de la fourchette postérieure et du coccyx;
- **le réflexe cutané anal.** On obtient le réflexe cutané anal en touchant la peau autour de l'anus, avec un coton-tige par exemple; cela provoque habituellement une contraction du sphincter anal externe (*wink reflex*). Ce réflexe peut être absent chez des personnes présentant des lésions neurologiques (ex.: spina-bifida). Il peut également être absent immédiatement après une tentative de sodomie ou une pénétration anale (une laxité réflexe peut durer jusqu'à 4 heures après la pénétration).

a) Normal, variantes de la normale, anomalies congénitales, observations non spécifiques, maladies

Dans cette catégorie, on peut observer les particularités suivantes :

- parfois, de façon normale, une marge anale proéminente, plutôt projetée vers l'extérieur, sans œdème ;
- un **érythème** de la région périanale. L'érythème peut être normal sur le pourtour de l'anus, comme il peut résulter d'actes sexuels dans la région anale. Les enfants qui portent des couches présentent plus souvent de l'érythème (classe 2 – non spécifique) ;
- une **hyperpigmentation** qui pourrait être reliée à une friction répétée dans la région anale. Normalement, la pigmentation est parfois légèrement accentuée chez les enfants caucasiens, mais elle est plus prononcée chez ceux de race noire, chez les peuples hispaniques ou chez les autochtones du Canada (classe 2 – variante normale) ;
- des **fissures anales ou des cicatrices** dues à la constipation, surtout à 6 heures et 12 heures, et plus particulièrement à 12 heures en position de décubitus dorsal (classe 2 – non spécifique) ;
- des **skin tags**, ou petites cicatrices d'environ 3 à 4 mm, sous forme d'excroissances de tissu cutané résultant de la guérison d'anciennes fissures, peuvent être observés de façon normale, surtout à 6 heures et 12 heures en position de décubitus dorsal, soit à l'endroit où l'on retrouve le plus souvent les fissures (classe 2 – variante normale) ;
- une **congestion veineuse** (ou dilatation veineuse) : il s'agit d'un phénomène normal chez certains enfants, particulièrement après une observation prolongée (plus de 30 secondes) en position gènepectorale ou pendant des manœuvres de Valsalva ; elle est observée surtout à 5, 7 et 12 heures. Quant aux hémorroïdes ou aux thromboses de ces veines, elles sont très rares chez les enfants et se situent aux mêmes endroits, soit à 5, 7 et 12 heures (classe 2 – non spécifique) ;
- **un anus dont la peau semble épaissie ou œdématisée** dans la marge anale (classe 2 – non spécifique) ;
- **une accentuation ou une réduction de replis cutanés de la marge anale**. Les enfants qui portent des couches présentent parfois des replis accentués (classe 2 – non spécifique) ;
- un **diastasis ani** : de façon normale, on observe parfois, en position de décubitus dorsal, à 6 heures ou à 12 heures, une petite dépression de la marge anale en forme de fossette, avec une zone verticale plus lisse. On peut aussi observer une « **crevasse périnéale** » due au défaut de fusion de la ligne médiane (classe 1 – variante normale) ;
- une **dilatation anale spontanée**. Cette dilatation se produit normalement, chez un certain pourcentage d'enfants, après 30 à 60 secondes d'observation. Toutefois, en position gènepectorale, la dilatation ne dépasse pas 15 à 20 mm ; la **marge anale est régulière**, et souvent on peut apercevoir des selles dans l'ampoule rectale ou dans le canal anal. On peut aussi observer de multiples épisodes courts de dilatation anale, mais avec ouverture de 15 mm ou moins ;
- une **infection à streptococque du groupe A**, qui peut provoquer des rougeurs et des écoulements avec lésions satellites, sans être liée à une agression sexuelle.

b) Observations spécifiques ou diagnostiques

Voici les principales observations spécifiques ou diagnostiques qui peuvent être faites durant l'examen :

- la présence de **pétéchies** ou **d'ecchymoses** dans la région périanale ;
- une lacération ou une cicatrice périanale ;
- **une dilatation anale**. En position gèneupectorale, une dilatation de 20 mm ou plus, sans traction induite sur les fesses et sans selles visibles, surtout lorsqu'elle se produit très rapidement, soit entre 15 à 30 secondes après que l'enfant est installé en position gèneupectorale, constitue un indice d'agression sexuelle, de même qu'un contour anal irrégulier au moment de la dilatation. En position de décubitus latéral et de décubitus dorsal, si les genoux ne sont pas repliés sur l'abdomen, une dilatation de plus de 15 mm est suspecte (classe 3) ;
- les **fissures anales** ou des cicatrices habituellement attribuées à la constipation sont observées surtout à 6 et 12 heures et plus particulièrement à 12 heures en position de décubitus dorsal. Les fissures associées à une sodomie peuvent se situer n'importe où, sont souvent plus nombreuses, surtout dans le cas d'une agression chronique, et guérissent difficilement (Figure 19) ;
- des lésions d'**herpès**, de **chancre**, de **condylome acuminé**, etc.

Toucher rectal, tonus anal

Il n'est pas toujours nécessaire de procéder à un toucher rectal. Au contraire, il peut même être contre-indiqué dans certains cas ; par exemple, après un épisode aigu d'agression sexuelle, s'il y a présence d'œdème ou de fissures, le toucher rectal peut être très douloureux. Le tonus anal est alors non concluant. De plus, le toucher rectal lui-même provoque certaines angoisses chez la victime sodomisée, et il faut une fois de plus expliquer dans quel but on fait cet examen et obtenir son assentiment.

Par contre, une fois la période aiguë écoulée, **si on est en présence de certains signes ou symptômes tels qu'écoulement rectal, incontinence, douleur, asymétrie de l'anus à l'observation, on s'assure que le sphincter est intact**. Une rupture partielle du sphincter peut entraîner une certaine laxité de l'anus avec un tonus diminué à l'examen rectal.

Si l'on procède au toucher rectal, on s'efforce de le rendre le moins traumatisant possible. Pour ce faire, on utilise plutôt la face antérieure de l'index (« paume » de l'index) pointée vers le coccyx, et on exerce une légère pression sur la marge anale jusqu'à ce qu'on obtienne une certaine relaxation du sphincter, si possible. On introduit le doigt lubrifié et on évalue alors le tonus anal ainsi que le volume de l'ampoule rectale.

Une personne constipée ou un enfant encoprétique présentent une certaine hypertonie du sphincter externe, et le volume de l'ampoule rectale est normal ou le plus souvent augmenté par les selles. **Chez la victime sodomisée** qu'on examine après un épisode aigu, on peut noter, dans les 4 premières heures, une laxité des sphincters, et par la suite un spasme sphinctérien plus intense jusqu'à 72 heures après l'agression. Par contre, chez l'enfant sodomisé de façon chronique, le tonus anal peut être diminué, mais l'ampoule rectale a habituellement un volume normal.

Apports et limites de l'examen et des tests

Concordance histoire-examen

Enfin, en terminant cette section sur l'examen anal-génital, il faut garder en mémoire qu'on peut parfois relier des éléments obtenus grâce à l'histoire médicosociale aux signes observés au cours de l'examen.

Prenons comme exemple l'adolescente qui se plaint de douleur durant une tentative de pénétration et dont l'examen révèle un orifice hyménal serré, accompagné d'un inconfort au moment de l'évaluation de l'ouverture. On peut aussi prendre comme exemple celui du jeune garçon qui se plaint de douleur pendant des gestes masturbatoires et chez lequel on observe des adhérences entre le prépuce et le gland qui provoqueraient une douleur si le prépuce était rétracté rapidement et avec force. Il est important de noter ces concordances dans les conclusions de l'examen.

Interprétation de l'examen

Il importe de noter que la très grande majorité des examens de la région génitale ou anale chez les victimes d'agression sexuelle seront normaux ou « non spécifiques », particulièrement chez les adultes, mais aussi chez les adolescentes, les adolescents et même chez les enfants.

Chez les enfants, cette proportion peut s'élever à près de 80 %, voire à 90 %, pour la région génitale, et plus encore pour la région anale, soit près de 99 %, et ce même si l'agresseur est reconnu coupable par le système judiciaire. Après quelques jours, les chances de trouver des lésions diminuent, sauf les lésions importantes qui auraient pu laisser des cicatrices, particulièrement à la suite de pénétrations chez l'enfant plus jeune (Figures 20, 21).

22

On peut même affirmer que l'examen d'une victime d'agression sexuelle est généralement un examen normal. Il faut donc se garder de conclure que l'absence de preuve à l'examen signifie que l'enfant, l'adolescente, l'adolescent ou l'adulte n'a pas été victime d'une agression sexuelle.

Adams, outre sa classification des observations, propose une classification de l'agression sexuelle où l'indice de suspicion est divisé en quatre paliers en fonction de l'histoire, des examens et des tests (annexe 1).

Rapport médical

Les formulaires sont suffisants pour indiquer les lésions, les observations et les diagnostics consécutifs à une agression sexuelle; il n'y a habituellement pas de rapport médical supplémentaire à produire. Il se peut toutefois, particulièrement pour les enfants, les adolescentes et les adolescents, qu'un complément de rapport soit demandé par les procureurs, particulièrement à la Chambre de la jeunesse.

Si l'examen ne révèle rien, une phrase du type « un examen normal ou des observations non spécifiques peuvent être compatibles avec une histoire d'agression sexuelle » ou encore « un examen normal n'élimine pas la possibilité d'une agression sexuelle » devrait être utilisée si un rapport est demandé.

Tests et prélèvements

Les analyses, les tests et les prélèvements sont déterminés en fonction de l'âge, du sexe, des actes sexuels auxquels la victime a été soumise, des caractéristiques de l'agresseur, de l'histoire médicosociale, de l'examen et du temps écoulé entre le dernier épisode d'agression sexuelle et l'examen. Ces analyses sont de deux ordres, mais consistent surtout en des prélèvements à l'aide de tiges ouatées :

- prélèvements médicaux (état frais, ITS, test de grossesse, etc.);
- prélèvements médico-légaux (discutés dans la section « Prélèvements médico-légaux »).

Avant de procéder à des analyses, à des tests ou à des prélèvements chez une victime d'agression sexuelle, il convient de lui expliquer les méthodes utilisées, particulièrement s'il s'agit d'un enfant.

Pour éviter de traumatiser la victime, les prélèvements doivent être faits avec délicatesse. **L'intromission de tiges ouatées dans l'anus, le vagin et l'urètre n'est pas chose facile chez l'enfant prépubère et même chez l'adolescente ou l'adolescent.** Elle suscite parfois des réactions désagréables : ces zones sont très sensibles, et les tiges ouatées sont plutôt conçues pour les orifices des adultes que pour ceux des enfants prépubères. Dans chaque cas, on évalue donc la pertinence de ces tests, selon l'histoire médicosociale et l'examen. Toutefois, le médecin ne doit pas se dérober devant cette difficulté, car il pourrait sous-diagnostiquer la présence de ITS et ne pas se prévaloir d'éléments de preuve éventuellement utiles. Le prélèvement des échantillons dépend de l'expertise du médecin, mais surtout des soins et du temps qu'il y consacre.

Le travail du médecin sera facilité s'il explique clairement et dans un langage simple la raison et le déroulement de ces tests. **Pour l'enfant, on utilisera des tiges ouatées plus petites (Culturette minitip).** Il est parfois plus facile d'effectuer les prélèvements si l'enfant touche à une tige ouatée d'abord. On peut lui montrer la sensation que procure une ouate en la frottant sur sa joue ou sur sa langue. Si l'enfant a peur, la sensation de picotement ou de chatouillement produite peut être interprétée comme de la douleur. Il faut alors lui faire comprendre la différence. Le médecin peut aussi lui demander tout simplement de regarder ; il peut aussi lui suggérer de l'aider, soit en écartant ses grandes lèvres, soit en retirant son prépuce, soit en insérant parfois lui-même les tiges. Si la victime, jeune ou adulte, est trop réticente, on reporte les tests et les prélèvements en tenant compte du délai de 5 jours nécessaire pour les prélèvements médico-légaux. Si la victime présente des symptômes inquiétants, un examen et des tests peuvent exceptionnellement être faits sous sédation profonde ou sous anesthésie générale.

23

Tests et prélèvements médicaux

Grossesse

Chez toute adolescente ou adulte victime d'agression sexuelle ayant eu sa ménarche, on effectue un premier test de grossesse au moment de l'évaluation initiale. Ce test est répété plus tard selon les circonstances.

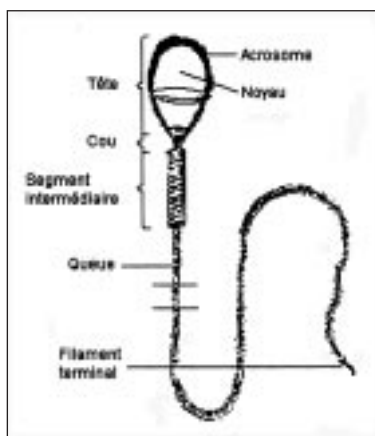
Problèmes médicaux divers

L'histoire médicosociale et l'examen peuvent avoir révélé au médecin d'autres problèmes cliniques qui méritent une investigation (par exemple : dysurie, diarrhée ou constipation, trauma, etc.). Le cas échéant, il décide des investigations nécessaires.

État frais

Le but de l'observation à l'état frais est de vérifier la présence et la mobilité des spermatozoïdes. Le résultat de cette observation peut permettre au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale d'évaluer approximativement le laps de temps écoulé entre la relation sexuelle et le prélèvement. Même si cette analyse est plutôt médico-légale, elle est discutée ici pour deux raisons : d'abord, ce n'est pas un test qui sera remis dans la trousse, mais inscrit par le médecin sur les formulaires. Ensuite, il est utile pour le médecin de vérifier la présence de spermatozoïdes puisque la victime, en particulier l'adolescente, est parfois imprécise sur les actes sexuels qu'elle a subis, mais désire savoir s'il y a eu pénétration. La présence de spermatozoïdes peut également faciliter certaines décisions concernant les ITS ou une grossesse.

Représentation schématique d'un spermatozoïde



Dimensions

Tête : 5 μ
 Segment intermédiaire : 6 μ
 Queue : 40 μ
 Longueur totale : 51 μ ou 0.05 mm

24

Voici la procédure à suivre :

- utiliser la lame prévue à cet effet dans les trousses ;
- déposer une goutte de liquide vaginal sur cette dernière ;
- recouvrir d'une lamelle et faire un examen au microscope dans un bref délai ;
- après l'examen microscopique de la lame (objectif suggéré de 40X sur un microscope binoculaire ordinaire), laisser sécher cette dernière, la placer dans un porte-lame, et conserver le tout au centre désigné dans un endroit sécurisé (armoire barrée, etc.). Identifier et sceller avec une étiquette de votre établissement (nom, numéro de dossier, etc.).

Infections transmissibles sexuellement

Chez toute victime d'agression sexuelle, le médecin doit envisager le dépistage des infections transmissibles sexuellement. Le risque de transmission d'une ITS chez les victimes d'agression sexuelle dépend de la prévalence des ITS dans la collectivité, des facteurs de risque associés aux ITS auxquels s'est exposé l'agresseur et de la nature des sévices subis par la victime.

La prévalence de ces infections chez les victimes d'agression sexuelle demeure peu élevée au Québec. Il ne faut donc pas insister outre mesure si la victime est réticente à se soumettre aux prélèvements ni justifier ces prélèvements en soulevant trop de crainte.

Les infections transmissibles sexuellement ne sont pas automatiquement transmises. Aussi, la probabilité qu'un individu porteur d'une ITS la transmette est plus élevée s'il y a contacts sexuels répétés. La probabilité qu'une ITS ait été transmise à la suite de rapports génitaux, oraux-génitaux ou anaux-génitaux varie également selon les organismes pathogènes.

L'équipe médicale du *centre désigné* devrait réviser toutes les procédures avec le laboratoire, à savoir :

- les différents prélèvements à effectuer ;
- les techniques de prélèvement ;
- l'étiquetage des prélèvements ;
- la façon de signaler, sur les requêtes de laboratoire, qu'il s'agit de prélèvements faits à la suite d'une agression sexuelle ;
- l'acheminement des prélèvements ;
- les analyses pour la recherche des ITS (dont les techniques d'amplification des acides nucléiques effectuées sur des prélèvements urinaires pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeæ*) ;
- la conservation des prélèvements pour analyses ultérieures, incluant les sérologies.

Il faut s'assurer que toutes les procédures sont adéquates et conformes aux normes médicales et légales.

Le Laboratoire de santé publique du Québec peut aider les laboratoires locaux

(tél. : (514) 457-2070) :

- pour confirmer un résultat positif de *C. trachomatis* ou de *N. gonorrhoeæ*, obtenu par une méthode d'amplification des acides nucléiques (PCR, LCR, etc.) ;
- pour procéder au typage de HPV.

25

En outre, dans le *centre désigné*, il peut s'avérer très utile de préparer une petite trousse ITS. Cette trousse consiste en une grande enveloppe dans laquelle sont insérées 5 petites enveloppes pour 5 sites de prélèvements : 1) pharynx, 2) anus, 3) vagin chez l'enfant, 4) site vaginal-cervical chez l'adolescente et la femme adulte, 5) urètre chez le garçon, l'adolescent et l'homme adulte. Chaque petite enveloppe contient le matériel nécessaire aux prélèvements les plus communs. Évidemment, certains prélèvements plus rarement effectués n'y sont pas inclus (par exemple, matériel pour gram), de même que du matériel qui doit être conservé dans des conditions spéciales (par exemple, milieu congelé pour la culture de *C. trachomatis*). La grande enveloppe contient aussi les requêtes de laboratoire où déjà il est fait mention qu'il s'agit d'une agression sexuelle (pour la confidentialité, on peut l'indiquer de plusieurs façons, après entente avec le laboratoire : « médicolégal », A.G., etc.).

Valeur des tests de dépistage pour ITS selon le délai

Si l'agression sexuelle est survenue dans les 7 jours précédant l'intervention médicosociale, les résultats des tests microbiologiques pour la recherche des ITS pourraient se révéler faussement négatifs ; c'est une possibilité. Toutefois, le délai idéal pour le dépistage des ITS après une agression sexuelle ne fait pas l'unanimité (si l'on exclut les dépistages par sérologie).

Pour la victime active sexuellement et qui consulte moins de 7 jours après l'agression sexuelle, les prélèvements pour ITS ne sont pas inutiles. D'abord, ils servent de tests de base : par exemple, de négatif au départ, le test de dépistage pour *C. trachomatis* pourrait s'avérer positif au dépistage effectué à la visite de relance deux semaines plus tard. Par ailleurs, ces prélèvements pour ITS pourraient s'avérer d'emblée positifs : on ne saurait dire alors s'il s'agit d'une infection acquise avant l'agression sexuelle ou au moment de l'agression sexuelle ; cela est d'autant plus vrai au fur et à mesure que le délai entre l'agression sexuelle et la visite médicale augmente.

Transmission sexuelle ou périnatale d'un organisme pathogène (enfants)

La persistance des ITS transmises par voie périnatale varie selon l'organisme pathogène. On ne dispose d'aucune donnée certaine à ce sujet, pour aucun organisme pathogène. La probabilité qu'une infection observée chez un nourrisson ou un jeune enfant soit due à une agression sexuelle plutôt qu'à la persistance d'une infection périnatale devrait être sérieusement envisagée dans les cas suivants :

- infection à *N. gonorrhoeæ* chez un enfant âgé de plus de un mois (particulièrement s'il est âgé de plus de 6 mois) ;
- infection génitale ou rectale à *C. trachomatis* chez un enfant de plus de 6 mois, bien que ce genre d'infection transmise durant la période périnatale puisse coloniser le nourrisson pour une période pouvant atteindre 3 ans ;
- condylomes génitaux ou périanaux chez un enfant de plus de 18 mois (particulièrement plus de 2 ou 3 ans), bien que l'âge le plus avancé auquel les premiers symptômes d'une infection périnatale par le virus du papillome humain puissent se manifester ne soit pas bien connu ;
- infection génitale ou périnéale par le virus *Herpes simplex* chez les enfants de plus de 3 mois, bien que d'autres voies de transmission doivent également être considérées ;
- infection génitale à *Trichomonas vaginalis* chez les enfants de plus de 6 mois, bien que la transmission puisse se faire par voie non sexuelle ;
- toute ulcération génitale de type bactérien (syphilis, chancre mou, lymphogranulome vénérien, granulome inguinal) au-delà de la période néonatale (particulièrement si l'enfant a plus de 6 mois), bien que la transmission puisse également se faire par voie non sexuelle.

N.B. : La présence d'une vaginose bactérienne ne peut pas être reliée à un diagnostic d'agression sexuelle. La mesure du pH n'est pas une indication de vaginose bactérienne avant la puberté.

Indications pour le dépistage des ITS

Chez les enfants victimes d'agression sexuelle, on ne devrait procéder à des prélèvements pour ITS que si l'histoire médicosociale ou les signes physiques portent à croire que l'enfant a subi des rapports sexuels oraux, génitaux ou anaux et non seulement des attouchements, et qu'on a lieu de penser qu'il y a un risque d'infection. Étant donné l'inconfort des prélèvements urétraux et vaginaux et la faible prévalence des ITS, il faut limiter la recherche des ITS aux victimes les plus à risque. **Pour éviter cet inconfort, les tests urinaux doivent être privilégiés ; s'ils sont disponibles, ils pourraient alors permettre un dépistage étendu à plus de victimes**, autant chez les garçons que chez les filles.

Chez les adolescentes, les adolescents et les adultes, on devrait procéder à des tests de dépistage des ITS si l'histoire médicosociale porte à croire que la victime a subi des rapports sexuels oraux, génitaux ou anaux.

Lorsqu'une ITS a été diagnostiquée chez un enfant, une adolescente ou un adolescent agressé sexuellement, **les proches** (les frères, les sœurs, etc.) devraient également faire l'objet d'une évaluation en vue de vérifier s'ils ont été victimes d'une agression sexuelle et, dans le doute, de rechercher une ITS.

Le dépistage des ITS et le délai entre l'agression sexuelle et la visite médicale

Si la visite médicale a lieu 5 jours ou moins après l'agression sexuelle (agression sexuelle à épisode unique) et qu'il y a des prélèvements médico-légaux à effectuer dans la région vaginale, urétrale ou anale, on peut aussi procéder aux prélèvements pour ITS à ces endroits, en sachant qu'il pourra y avoir des faux négatifs et qu'il faudra offrir de répéter le dépistage pour ITS ultérieurement.

Dans une situation où les prélèvements de la trousse médico-légale sont refusés, si l'agression sexuelle est survenue 7 jours ou moins avant la visite médicale, idéalement, on devrait procéder à un examen des structures génitales-anales externes pour s'assurer de leur intégrité et reporter à la visite de relance le dépistage des ITS.

Par contre, dans les situations d'inceste ou d'agressions sexuelles répétées ou chroniques par le même agresseur, dont le dernier épisode est survenu 7 jours ou moins avant la visite médicale, des prélèvements pourraient être effectués, si cela est indiqué, au moment de l'examen physique initial et les résultats seraient fiables (à moins que l'agresseur ne se soit infecté très récemment, ce qui est peu probable). Une telle situation se rencontre plus particulièrement chez les enfants, les adolescentes et les adolescents ou dans les cas d'enlèvement et de séquestration.

27

Micro-organismes recherchés, types d'échantillons et diagnostic en laboratoire

Les différentes techniques d'analyses de laboratoire sont discutées ici, particulièrement en fonction de leur fiabilité et de leur validité.

Tous les échantillons doivent être munis d'une étiquette portant le nom de la victime et indiquant le site de prélèvement pour qu'il n'y ait aucune confusion quant à l'origine de l'échantillon.

Il faut spécifier, sur les requêtes de laboratoire, que les échantillons proviennent d'un cas où l'on suspecte qu'il y a eu une agression sexuelle afin que tout soit mis en œuvre pour qu'ils soient traités de façon optimale. Pour des raisons d'ordre médico-légal, les méthodes de laboratoire utilisées pour la détection des micro-organismes et les résultats obtenus doivent être soigneusement consignés. **Tous les échantillons doivent être conservés de façon à pouvoir être utilisés de nouveau si d'autres tests s'avéraient nécessaires.**

a) *C. trachomatis*

Prélèvement d'urine :

Beaucoup d'experts estiment que **les techniques d'amplification des acides nucléiques (PCR, LCR, etc.) à partir d'un échantillon d'urine sont les plus indiquées** pour la détection de *C. trachomatis*, à cause de leur grande sensibilité (données recueillies auprès de sujets adultes) et du fait que le prélèvement urinaire est mieux accepté par les victimes que le prélèvement vaginal ou urétral, **particulièrement chez les enfants, les jeunes adolescentes et les adolescents.**

Autres prélèvements (tous âges):

Les techniques d'amplification des acides nucléiques (PCR, LCR, etc.) sont plus sensibles que les cultures; elles sont en outre très spécifiques et acceptées aux fins médico-légales.

Il existe peu de données sur l'efficacité de l'amplification des acides nucléiques effectuée à partir d'échantillons prélevés dans la **région anale**. Il est cependant établi que la culture de *C. trachomatis* donne de bons résultats à partir d'échantillons anaux.

L'Élisa et l'immunofluorescence ne sont PAS des méthodes acceptables, peu importe la provenance de l'échantillon, parce qu'elles ont une sensibilité moindre et donnent un taux élevé de faux positifs dans des populations où l'on observe une faible prévalence de *C. trachomatis*.

Quant au pharynx, l'infection à *C. trachomatis* peut y demeurer de 4 à 6 mois après la naissance. On peut utiliser les techniques d'amplification des acides nucléiques ou la culture pour l'identifier. Toutefois, *C. trachomatis* ne figure pas dans la liste des pathogènes du pharynx et la pharyngite ne fait pas partie des syndromes causés par *C. trachomatis*. Ce prélèvement n'est probablement plus nécessaire.

N. B.: Peu importe la provenance de l'échantillon, si on a recours aux techniques d'amplification, particulièrement aux fins médico-légales, il faut procéder à une deuxième analyse (confirmation) à l'aide d'amorces différentes (PCR, LCR, autres ligands, etc.). Le Laboratoire de santé publique du Québec peut procéder à ces tests de confirmation, si le laboratoire local ne peut le faire.

b) *N. gonorrhoeae*

28

Prélèvement d'urine :

Dans le cas où la victime refuse les prélèvements génitaux ou dans le cas où ces prélèvements sont difficilement envisageables en raison de son jeune âge, on estime que les techniques d'amplification des acides nucléiques (PCR, LCR, etc.) à partir d'un échantillon d'urine peuvent être utilisées pour la détection de *N. gonorrhoeae*, du fait que le prélèvement urinaire est mieux accepté par les victimes que le prélèvement vaginal ou urétral, **particulièrement chez les enfants, les jeunes adolescentes et les adolescents**. La sensibilité des tests urinaires pour *N. gonorrhoeae* est très bonne, mais la spécificité serait moindre. La valeur médico-légale de ces tests pour *N. gonorrhoeae* n'est pas certaine et cette technique n'est pas très répandue au Québec.

Autres prélèvements (tous âges):

Pour des raisons d'ordre médico-légal, c'est la culture de *N. gonorrhoeae* qui est la méthode privilégiée de diagnostic; les techniques d'amplification des acides nucléiques (PCR, LCR, etc.) seraient aussi acceptables, mais la valeur médico-légale de ces tests pour *N. gonorrhoeae* n'est pas certaine. Les autres épreuves ne sont pas recommandées.

On doit faire un antibiogramme sur les isolats par culture de *N. gonorrhoeae*.

N. B.: Même si, à des fins médico-légales, la valeur des techniques d'amplification des acides nucléique pour *N. gonorrhoeae* n'est pas certaine, si on a recours à ces techniques d'amplification, il faut procéder à une deuxième analyse (confirmation) à l'aide d'amorces différentes (PCR, LCR, autres ligands, etc.). Le Laboratoire de santé publique du Québec peut procéder à ces tests de confirmation, si le laboratoire local ne peut le faire.

c) *Herpes simplex*

Des cultures du VHS (*Herpes simplex*) doivent être effectuées lorsqu'il y a ulcérations, vésicules ou pustules.

d) Condylomes génitaux

Le typage du VPH peut être effectué au Laboratoire de santé publique du Québec.

e) Sérologies : les hépatites, le VIH, la syphilis

Les sérologies pour l'hépatite B (HBsAg et anti HBs) sont prélevées d'emblée.

Si le laboratoire de l'établissement peut conserver un échantillon de sérum au congélateur, il n'est pas nécessaire de procéder d'emblée aux autres dépistages, soit de la syphilis, du VIH et de l'hépatite C. Ils pourront être faits ultérieurement selon les indications.

Si le laboratoire ne peut pas conserver un échantillon de sérum, il faut évaluer la pertinence de dépister ces infections en fonction des circonstances de l'agression sexuelle, de la prévalence de l'infection dans la collectivité et des facteurs de risque associés aux ITS auxquels s'est exposé l'agresseur. La syphilis demeure rare au Québec. L'hépatite C se transmet rarement par contact sexuel.

Pour l'hépatite A, on ne recommande pas de prélèvement. Le risque de transmission de l'hépatite A est surtout associé à l'agression sexuelle d'une victime par un homme qui serait d'orientation homosexuelle ou bisexuelle. On n'envisage pas de prophylaxie au moment de la visite initiale et la maladie est la plupart du temps bénigne. En présence de symptômes durant le suivi, la sérologie serait alors indiquée.

Ce n'est toutefois que 12 semaines après l'agression sexuelle que les résultats de ces tests sont définitifs (si négatifs au départ).

Les facteurs de risque d'une ITS chez l'agresseur sont plus élevés s'il s'agit :

- d'un homme homosexuel ou bisexuel ;
- d'un usager de drogue injectable ;
- d'un détenu ou d'un ex-détenu ;
- d'un porteur du VIH ou de l'hépatite B, ou d'une personne ayant eu un contact sexuel avec ce porteur ou ayant été en contact avec son sang ;
- d'un individu issu d'une communauté où l'hépatite B est endémique ;
- d'un voyageur ayant eu des contacts sexuels ou ayant été en contact avec du sang dans des régions où l'hépatite B ou le VIH sont endémiques ;
- d'un agresseur inconnu.

Comment prélever

a) Prélèvement urinaire pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeæ*

Il est préférable que la victime n'ait pas uriné depuis 2 heures. On ne recueille que les 15 premiers millilitres d'urine.

b) Prélèvement urétral : jeune garçon

Il est difficile de faire un écouvillonnage urétral chez le garçon prépubère à cause du petit diamètre de l'urètre et parce que c'est douloureux. Pour des raisons pratiques, le prélèvement devrait donc plutôt se faire au méat urinaire à l'aide d'un fin écouvillon monté sur une tige de métal souple (Calgiswab). La tige peut être mouillée. On fait tourner l'écouvillon dans le méat au lieu de l'introduire dans l'urètre.

c) Prélèvement vaginal : enfant et jeune adolescente

Chez la fille prépubère ou la très jeune adolescente (Tanner II), les prélèvements dans le vagin sont effectués sans spéculum, uniquement par frottis vaginal; on n'a pas besoin de sécrétions cervicales.

Tant qu'on ne touche pas l'anneau hyménal, ce qui n'est pas toujours possible, l'introduction de l'écouvillon dans le vagin ne provoque habituellement que peu de sensation. On peut faciliter ces prélèvements en demandant à la jeune fille de tousser au moment où on introduit la tige : l'orifice hyménal s'ouvre parfois alors que son attention est détournée. Les tiges peuvent être mouillées avec du salin physiologique, ce qui réduit l'inconfort. On utilise des petites tiges.

30

Toujours chez l'enfant, si l'on décide de recourir à des tests d'amplification des acides nucléiques pour rechercher *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeæ*, il est préférable d'utiliser la technique du lavage vaginal plutôt que de procéder à des écouvillonnages vaginaux multiples. Les tests sont faits à partir du lavage vaginal comme pour l'urine. Pour le lavage, on insère un petit tube et on injecte environ 5 à 10 ml de salin physiologique, que l'on retire ensuite.

d) Prélèvement urétral : adolescent et adulte

Le prélèvement intra-urétral est douloureux et la première miction qui suit est également douloureuse. Il est préférable que la victime n'ait pas uriné depuis 2 heures. On peut traire l'urètre de la base au gland 3 ou 4 fois pour obtenir des sécrétions à la partie distale. On insère le Calgiswab lentement de 3 ou 4 centimètres.

Ce type de prélèvement est presque impossible chez le jeune adolescent, à cause de la douleur. On procèdera plutôt à un prélèvement au méat en introduisant lentement la tige sur un centimètre, en la tournant lentement et en la retirant lentement.

S'il y a écoulement au méat, un prélèvement méatal est suffisant pour *N. gonorrhoeæ* mais pas pour *C. trachomatis*.

e) Prélèvement cervical et vaginal : adolescente et adulte

On prélève pour *N. gonorrhoeæ* avant de prélever pour *C. trachomatis*. On enlève les sécrétions cervicales au préalable avant de prélever pour *C. trachomatis*. On insère l'écouvillon de 1 ou 2 centimètres dans le col, et on le tourne durant 10 à 30 secondes.

Pour le prélèvement vaginal, on touche les sécrétions visibles ou on tourne l'écouvillon dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

f) Prélèvement anal

On insère l'écouvillon qui peut être mouillé (salin physiologique) sur 2 ou 3 centimètres en le pressant sur les parois pour éviter les selles et obtenir des cellules. S'il y a trop de selles sur l'écouvillon, on reprend le prélèvement. On peut insérer l'écouvillon pour *N. gonorrhoeæ* et *C. trachomatis* en même temps, en les décalant légèrement l'un contre l'autre.

g) Prélèvement dans le pharynx

On passe l'écouvillon à l'arrière du pharynx et sur les cryptes amygdaliennes.

h) Ulcères génitaux

Pour une vésicule, il faut soulever le dessus de la vésicule et prélever le liquide. Pour les ulcérations, il faut frotter la base de la lésion pour obtenir des cellules.

i) Sérologies

Il faut offrir à la victime des services de conseil avant et après le test VIH.

Sites de prélèvements et échantillons à prélever

Plusieurs ITS peuvent être présentes. Le site du prélèvement dépendra de la nature de l'agression.

Il est parfois impossible de procéder à des tests complets. Dans ce cas, on devrait au moins procéder à un test de détection de *C. trachomatis*. Mais il faut aussi détecter le *N. gonorrhoeæ* si l'on sait que l'agresseur en est porteur, si la prévalence de *N. gonorrhoeæ* est élevée dans la collectivité et si la victime présente des pertes vaginales ou un écoulement urétral ou anal.

À la lumière des symptômes et des renseignements obtenus auprès de la victime, il peut être indiqué de recueillir d'autres échantillons (ex. : échantillons de selles pour déceler la présence de parasites, telle la giardiase) et de bien évaluer tous les prélèvements effectués.

Chez les adolescentes et les adultes, **il est utile d'effectuer un test Pap**, qui pourra ensuite être comparé avec un test Pap ultérieur pour déceler des changements compatibles avec le HPV. Toutefois, les changements s'effectuent lentement et mettent une année et plus avant d'être visibles au test Pap.

a) Urine (victimes de sexe masculin et féminin)

- Recherche de *T. vaginalis*.
- Recherche de *C. trachomatis* (et de *N. gonorrhoeæ* chez l'enfant) par les techniques d'amplification des acides nucléiques (confirmer si +).

N. B. Chez les enfants, ces tests pourraient être suffisants pour détecter ces deux organismes pathogènes et éviter des cultures vaginales et urétrales (voir plus haut).

b) Urètre (sexe masculin ou sexe féminin si indication)

- Culture de *N. gonorrhoeæ* ou techniques d'amplification des acides nucléiques (confirmer si +).
- Culture de *C. trachomatis* ou techniques d'amplification des acides nucléiques (confirmer si +).
- Si symptômes : coloration de gram (adolescent, adolescente et adulte).

c) Vagin (chez la prépubère et avant Tanner II) et région endocervicale (adolescente et adulte seulement)

- Culture de *N. gonorrhoeæ* ou techniques d'amplification des acides nucléiques (confirmer si +).
- Culture de *C. trachomatis* ou techniques d'amplification des acides nucléiques (confirmer si +).
- Préparation à l'état frais pour recherche de *T. vaginalis*, de levures et de *clue cells* (surtout chez l'adolescente et l'adulte) (la même préparation que pour la recherche de spermatozoïdes).
- Si pertes vaginales, préparation de KOH à 10 % pour :
 - odeur d'amine ;
 - levure.
- Si pertes vaginales, pH (adolescente et adulte).
- Culture de *T. vaginalis* ou, si impossible, préparation à l'état frais ou PCR.
- Culture du VHS si pustules, vésicules ou ulcérations.

d) Peau, particulièrement de la région génitale-anale

- Si ulcérations, vésicules ou pustules :
 - culture du VHS ;
 - culture de *H. ducreyi* (rare). Si soupçonné, en aviser le laboratoire ;
 - examen d'exsudat au fond noir pour *T. pallidum* (très rare, aviser le laboratoire).
- Si condylomes génitaux :
 - évaluation clinique. Pour le génotype, soit simple écouvillon ou biopsie (milieu de transport spécial).

e) Pharynx

- Culture de *N. gonorrhoeæ*.
- Culture de *C. trachomatis* ou techniques d'amplification des acides nucléiques (confirmer si +).

f) Anus

- Culture de *N. gonorrhoeæ*.
- Culture de *C. trachomatis* (sinon, techniques d'amplification des acides nucléiques, confirmer si +).
- Culture streptocoque groupe A et *Herpes simplex*, si écoulement (ou recherche de parasites-giardiose).

g) Échantillons de sérum

- Dépistage de l'hépatite B (HbsAg et anti HBs).
- Si indiqué, dépistage de la syphilis (VDRL, RPR), du VIH et de l'hépatite A ou C.

Prélèvements médico-légaux

Introduction

Pour les crimes à caractère sexuel, les témoins capables de rendre un témoignage sont très souvent inexistantes puisque, généralement, l'agresseur et la victime sont les seules personnes présentes. Il importe donc, lorsque cela est possible, de disposer de preuves scientifiques objectives pouvant éclairer certaines circonstances du crime et établir certains faits relatifs au délit.

Ces éléments de preuve pourront consister en indices tels que les vêtements, le sang, le sperme, la salive, les cheveux, les fibres, etc. Les analyses de ces divers éléments permettront de lier directement un suspect au crime ou les personnes au lieu de l'incident criminel afin d'aider à inculper ou à disculper un individu.

La trousse médico-légale contient le matériel nécessaire pour effectuer les différents prélèvements médico-légaux au cours de l'examen et des formulaires pour consigner les éléments pertinents de l'histoire, de l'examen et des tests et prélèvements effectués.

L'examen médical et l'utilisation de la trousse pour les prélèvements médico-légaux constituent ce qu'on appelle l'examen médico-légal et permettent, entre autres :

- d'uniformiser les prélèvements effectués au cours de l'examen médico-légal ;
- de garantir l'intégrité des prélèvements et la chaîne de possession ;
- de disposer de preuves scientifiques objectives pouvant éclairer certains aspects de l'agression sexuelle ;
- de soutenir la démarche judiciaire d'une victime d'agression sexuelle qui décide de porter plainte contre son agresseur.

Historique

En 1983, le premier guide d'intervention et la première trousse médico-légale furent réalisés en collaboration avec le Conseil du statut de la femme (CSF), la Corporation professionnelle des médecins du Québec, le ministère des Affaires sociales et le ministère de la Justice, à la suite d'une recommandation de la politique d'ensemble du CSF.

Un des objectifs de la création de la trousse médico-légale était d'éviter à la victime et aux médecins de témoigner à la cour. Quoiqu'elle offre des éléments de preuve dans l'éventualité d'un procès, la trousse médico-légale n'a jamais remplacé légalement le témoignage à la cour. Ce fait a déçu les utilisateurs de la trousse, en plus de sa lourdeur, de sa complexité et du temps requis pour remplir les différents formulaires.

Après 4 années d'usage, et à la demande des différents intervenantes et intervenants, une nouvelle version améliorée et simplifiée fit son apparition à l'automne 1987.

Avec l'arrivée de nouvelles technologies, telle l'analyse du profil génétique (ADN), il fut opportun de réviser de nouveau la trousse médico-légale et de créer un *Guide d'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle*. Ces derniers instruments sont maintenant mieux adaptés aux enfants, aux adolescentes et aux adolescents, aux femmes et aux hommes victimes d'agression sexuelle.

Généralités

On peut, chez la victime d'une agression sexuelle survenue 5 jours ou moins avant la visite médicale, effectuer des prélèvements qui sont d'ordre médico-légal. Avant de procéder aux prélèvements médico-légaux, on obtient un consentement à cet effet pour recueillir des preuves supplémentaires et les transmettre, conjointement avec certains éléments de l'examen médical, aux autorités policières.

Du médecin qui procède aux prélèvements au policier qui les achemine au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale, il y a **une chaîne de transmission** à respecter, qui assure que les résultats de tests effectués à ce laboratoire proviennent hors de tout doute de la victime.

Les prélèvements médico-légaux sont multiples. Il s'agit en général de matériel biologique trouvé directement sur le corps de la victime ou sur ses vêtements (sang, sperme, salive, cheveux, etc.). Essentiellement, ils sont surtout effectués à l'aide de tiges ouatées, de lames sur lesquelles on étale le produit de certaines tiges ouatées, et d'échantillons de sang et d'urine de la victime. Les prélèvements médico-légaux sont analysés au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale (voir annexe 3).

L'observation de spermatozoïdes mobiles (état frais) démontre une pénétration avec éjaculation récente (moins de 6 à 8 heures). En général, il est possible de retrouver dans la cavité vaginale des spermatozoïdes incomplets (têtes) jusqu'à 48 heures après l'agression. Toutefois, des spermatozoïdes peuvent aussi être détectés jusqu'à 5 jours au niveau du col utérin.

L'absence de spermatozoïdes n'est pas significative, car l'agresseur peut avoir pénétré la victime sans éjaculation, avoir utilisé un condom, être vasectomisé, souffrir d'azoospermie ou d'aspermie.

Il est maintenant possible d'effectuer une recherche du profil génétique (ADN) à partir de substances biologiques tels le sang, le sperme ou la salive. On peut alors distinguer l'ADN spécifique de la victime de celui d'une autre personne, de son agresseur par exemple. **Lorsque les enquêteurs disposent de suffisamment d'éléments de preuve, la loi permet maintenant d'obtenir un mandat d'un juge et d'obliger tout suspect à fournir un échantillon de sang ou un prélèvement buccal** en vue de comparer son profil génétique à celui obtenu à partir du sperme, de la salive, etc., qui aurait été retrouvés sur la victime au cours de l'examen.

De plus, en cas de grossesse consécutive à une agression sexuelle, il est possible d'effectuer un test de paternité à partir du fœtus.

Il faut toutefois rappeler ici que ce ne sont pas ces prélèvements qui constituent toujours la preuve, mais ils peuvent contribuer à l'établir.

Recommandations générales pour l'utilisation de la trousse médico-légale

Les recommandations générales pour l'utilisation de la trousse médico-légale sont les suivantes :

- ne pas utiliser la trousse si le sceau de sécurité est rompu ;
- il n'est pas nécessaire de recueillir tous les prélèvements chez toutes les victimes. On doit juger de leur pertinence en fonction du récit de la victime ;

- ne jamais mettre un vêtement mouillé dans un sac de polythène fermé hermétiquement, car les substances biologiques sont susceptibles de perdre les caractéristiques qui permettent de les identifier; (voir la section j, « Vêtements »);
- ne pas utiliser le sac de polythène pour tout vêtement conservé à l'intérieur de la trousse;
- le sac de polythène sert à regrouper les sacs en papier contenant les vêtements volumineux qui ne peuvent être mis dans la trousse;
- s'assurer que tous les prélèvements ainsi que la trousse et le sac en polythène noir sont bien identifiés à l'aide d'une étiquette autocollante ou d'un scellé de sécurité;
- parapher les étiquettes autocollantes et les scellés de sécurité utilisés (mettre ses initiales);
- éviter de laisser sans surveillance les objets et les échantillons recueillis;
- si la victime désire porter plainte, remettre tous les objets à la police immédiatement après l'examen;
- si aucun policier n'est présent, mettre les objets dans un endroit sûr et fermé à clé. S'il y a un délai de plus de trois heures entre les prélèvements et la remise de la trousse à la police, la conserver au réfrigérateur à 4-5°C;
- s'assurer que le formulaire de la chaîne de possession imprimé à l'endos de la boîte est dûment rempli par qui de droit (par les personnes qui manipulent la trousse après qu'un policier en ait pris possession);
- remettre le tout, dans les plus brefs délais, au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale, par l'intermédiaire du policier.

36

Précautions

Avec l'avènement des nouvelles technologies, telle l'identification à l'aide du profil génétique (ADN), certaines précautions doivent être prises au moment de l'utilisation de la trousse. Parmi celles-ci, mentionnons qu'il faut:

- porter des gants;
- nettoyer préalablement la surface de travail avec une solution d'eau de Javel (1 % NaOCl) ou un détergent commercial, « Spectrum » (15 ml de concentré par litre d'eau distillée);
- couvrir l'aire de travail avec du papier (ex.: papier blanc pour table d'examen);
- procéder aux prélèvements de façon séquentielle;
- éviter tout contact entre les différents prélèvements;
- laisser sécher et bien identifier les différents prélèvements en utilisant les étiquettes autocollantes incluses dans la trousse (formulaire 13).

Enveloppe et formulaires

Des instructions à l'intention des divers intervenantes et intervenants sont imprimées sur l'enveloppe collée sur le dessus de la trousse médico-légale. Cette enveloppe contient:

- A) une pochette contenant les différents formulaires;

- B) les formulaires 1 à 14;
- C) le formulaire 13 portant 24 petites étiquettes autocollantes;
- D) le formulaire 14 portant 3 grandes étiquettes autocollantes utilisées comme sceau de sécurité et d'identification.

Voici plus en détail ces différents éléments.

- A. La pochette contient les divers formulaires ainsi qu'un aide-mémoire pour l'intervention médicosociale. L'aide-mémoire imprimé à l'intérieur de la pochette touche les aspects suivants :

- l'accueil de la victime;
- le consentement;
- l'examen médico-légal;
- l'utilisation de la trousse médico-légale;
- l'utilisation de la trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux;
- le soin des blessures physiques et psychologiques;
- la prévention de la grossesse;
- les infections transmissibles sexuellement;
- le signalement au directeur de la protection de la jeunesse;
- la fin de l'intervention;
- le suivi médical et le suivi psychosocial.

- B. Les formulaires contenus dans la pochette sont numérotés de 1 à 14. **Une section traite des formulaires à l'étape 3, *Orientation de l'intervention et entrevue*.**

La distribution des formulaires devrait se faire de la façon suivante :

copie blanche : dossier de l'utilisateur

copie jaune : Laboratoire de sciences judiciaires

copie rose : police

copie verte : substitut du procureur général

- C. Les 24 petites étiquettes autocollantes du formulaire 13 servent à désigner les prélèvements correspondants. Ces étiquettes portent un numéro de référence (AD-) permettant de faire un lien entre les différents prélèvements et la victime. **L'étiquette « Prélèvements » devra être apposée sur les quatre copies du formulaire 10.**
- D. Les 3 grandes étiquettes autocollantes du formulaire 14 portent le même numéro de référence (AD-) que celui des prélèvements. Une d'entre elles sert à sceller la trousse. Les deux autres étiquettes servent à sceller le ou les sacs en polythène contenant les sacs bruns ayant servi à récupérer les vêtements de la victime, s'il y a lieu. Le médecin, l'intervenante ou l'intervenant doit parapher les étiquettes autocollantes.

Contenu de la boîte de la trousse médico-légale (Les méthodes de prélèvement sont détaillées p. 40 à 45)

a) Une grande enveloppe désignée « Trousse médico-légale de base »

Cette enveloppe est utilisée dans la majorité des cas où il y a eu pénétration vaginale avec ou sans éjaculation. Selon le récit de la victime, il sera peut-être nécessaire, même si les délais sont dépassés, d'effectuer un prélèvement sanguin et un prélèvement buccal chez cette dernière, dans le but d'établir un lien entre la victime et des éléments de preuve trouvés sur les vêtements d'un suspect ou sur les lieux du crime.

Cette enveloppe contient 4 autres enveloppes de 4 po x 9 po dans lesquelles se trouve tout le matériel nécessaire aux prélèvements buccal, vaginal et sanguin :

- 1) Une enveloppe désignée « 1A – Buccal » (à utiliser s'il n'y a pas eu de fellation) contenant :
 - deux écouvillons stériles servant à recueillir les cellules épithéliales buccales de la victime ;
 - une petite boîte en carton servant au transport des écouvillons.
- 2) Une enveloppe désignée « 1B, 1C – Sécrétions vaginales » contenant :
 - une éprouvette stérile contenant deux écouvillons utilisés pour le prélèvement vaginal servant à la recherche de liquide séminal (1B) ;
 - un porte-lame et une lame servant à l'étalement des prélèvements vaginaux pour la recherche de spermatozoïdes (1C).
- 3) Une enveloppe désignée « 1D – Lavage vaginal » contenant :
 - un cathéter et une seringue utilisés pour le lavage vaginal ;
 - une éprouvette conique munie d'un bouchon vissé. Le lavage vaginal sera transvidé dans cette dernière et pourra être utilisé par le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale pour la recherche de sperme et pour l'établissement du profil génétique.
- 4) Une enveloppe désignée « 1E – Sang » contenant :
 - un tube de verre à bouchon lilas contenant un anticoagulant (EDTA) destiné à recevoir un échantillon de sang de la victime. Ce prélèvement sera utilisé pour mettre en évidence le profil génétique de la victime et éventuellement pour la recherche d'alcool ou de drogues.

38

b) Une grande enveloppe désignée « Matériel complémentaire »

Le contenu de cette enveloppe permet de recueillir l'ensemble des autres prélèvements susceptibles d'être effectués dans un cas d'agression sexuelle.

Le matériel utilisé pour faire ces prélèvements se trouve dans 4 petites enveloppes de 4 po x 9 po, dans 2 sacs en polythène marqués « urine » et « rinçage buccal » ainsi que dans un petit sac en papier blanc.

- 1) Une enveloppe désignée « 2A, 2B – Buccal » (à utiliser s'il y a eu fellation) contenant :
 - un sac de polythène (2A*) contenant un récipient en plastique de 60 ml avec un bouchon vissé bleu. Ce contenant reçoit le rinçage buccal servant à la recherche de sperme ;

- 2 écouvillons stériles servant à prélever des cellules épithéliales buccales de la victime (2B);
- une petite boîte en carton utilisée pour le transport des écouvillons.

** Contenu dans la trousse et non dans l'enveloppe « Matériel complémentaire ».*

2) Une enveloppe de papier désignée « 2C – Cutané » contenant:

- 2 éprouvettes contenant deux écouvillons stériles servant à recueillir sur la peau de la victime les dépôts ayant une apparence de sperme ou de salive et provenant du suspect.

3) Une enveloppe désignée « 2D – Corps étranger, serviette hygiénique ou tampon » contenant:

- une feuille de papier servant à recueillir toutes les substances étrangères (fibres, poils, etc.) prélevées sur le corps de la victime.

4) Un petit sac en papier blanc désigné « 2D* – Serviette hygiénique » contenant:

- quelques feuilles de papier de soie qui serviront à recevoir toute serviette hygiénique ou tampon qui aurait été porté par la victime.

** Contenu dans la trousse et non dans l'enveloppe « Matériel complémentaire ».*

5) Une enveloppe désignée « 2E, 2F – Anal et rectal » contenant:

- un tube avec 2 écouvillons stériles. Ces derniers servent à recueillir un échantillon de sperme dans la région anale et rectale (2E);
- un porte-lame et une lame servant à étaler le prélèvement pour la recherche de spermatozoïdes (2F).

c) Autres matériaux

1) Un sac en polythène désigné « 2G* – Urine » contenant:

- un récipient en plastique de 60 ml à bouchon vissé avec un couvercle jaune destiné à recevoir le prélèvement d'urine de la victime si une recherche d'alcool ou de drogues est nécessaire.

** Contenu dans la trousse et non dans l'enveloppe « Matériel complémentaire ».*

2) Un ensemble pour la récupération des vêtements désigné « 3A, 3B, etc. » contenant:

- 5 sacs de papier brun de différentes grandeurs servant à récupérer les vêtements de la victime qui sont jugés pertinents pour des analyses au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

N.B.: Les sacs en papier contenant de petits vêtements doivent être mis dans la trousse. Les sacs en papier contenant des vêtements plus volumineux doivent être regroupés dans le grand sac en polythène noir. Au besoin utiliser un deuxième sac en polythène (non fourni avec la trousse).

3) La trousse contient un petit sac en polythène transparent dans lequel se trouve un spéculum, de grandeur petit, pouvant être utilisé, au besoin, au cours de l'examen.

4) Une lame pour l'état frais.

Prélèvements

a) Prélèvement buccal (1A)

Le but de ce prélèvement est de recueillir des cellules épithéliales buccales de la victime. Ces dernières, contenant une forte concentration d'ADN, pourront servir de référence pour la confirmation du profil génétique de la victime ou lorsqu'il est impossible d'obtenir un prélèvement sanguin, par exemple chez un enfant ou une victime qui craint les ponctions veineuses.

Procédure de prélèvement

- Parapher l'étiquette;
- assembler la petite boîte en carton contenue dans l'enveloppe, y déposer les deux écouvillons;
- apposer sur la boîte l'étiquette autocollante correspondant au prélèvement buccal (1A);
- effectuer le prélèvement buccal à l'aide des deux écouvillons spéciaux contenus dans l'enveloppe (1A);
- frotter vigoureusement, environ 15 secondes, chacune des joues et le rebord des gencives en utilisant les écouvillons;
- laisser sécher à l'air libre;
- remettre le tout dans l'enveloppe;
- sceller cette dernière.

40

b) Sécrétions vaginales (1B, 1C)

Les prélèvements vaginaux serviront, dans un premier temps, à la recherche de sperme. En effet, s'il y a eu pénétration avec éjaculation, il sera alors possible de mettre en évidence la présence de phosphatase acide et de spermatozoïdes, ce qui confirmera une relation sexuelle complète. Même en l'absence de spermatozoïdes (individu vasectomisé ou azoospermique), il est possible de confirmer la présence de liquide séminal par la recherche de la protéine P-30 (PSA) ou MHS-5.

Procédure de prélèvement

(1B) Ces prélèvements serviront à la recherche de phosphatase acide et à l'établissement du profil génétique du suspect.

- Apposer sur le tube l'étiquette autocollante (1B), préalablement paraphée;
- utiliser au besoin le spéculum inclus dans la trousse. **Ne pas utiliser de lubrifiant ni d'eau;** si nécessaire, humecter le spéculum avec du salin physiologique;
- effectuer 2 prélèvements vaginaux à l'aide des écouvillons (voir 1C);
- laisser sécher à l'air libre;
- replacer les deux tiges dans le tube.

(1C) Cette lame servira à recueillir le prélèvement vaginal pour la recherche de spermatozoïdes.

- Apposer sur le porte-lame l'étiquette autocollante (1C), préalablement paraphée;
- utiliser la lame de verre à bordure bleutée et la pipette;
- déposer du côté marqué « spécimen » ou « snowcoat » une goutte de salin physiologique et des sécrétions vaginales provenant d'un des écouvillons de 1B;
- laisser sécher à l'air libre, **sans fixation**;
- remettre le tout (1B, 1C) dans l'enveloppe, sceller cette dernière.

N.B. **État frais :** *en plus de ce prélèvement, vous devez à ce stade effectuer un état frais sur les lieux de l'examen (voir la section « État frais » de l'étape 4, p. 24).*

c) Lavage vaginal (1D)

La canule et la seringue contenues dans cette enveloppe sont destinées à effectuer des prélèvements au fond du vagin. Ces prélèvements serviront au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale pour faire une recherche de phosphatase acide, de spermatozoïdes et éventuellement une recherche du profil génétique (ADN) du suspect.

N.B. Chez les enfants, on utilisera un cathéter plus petit (prendre un cathéter naso-gastrique ou une petite sonde urinaire). Le lavage vaginal, s'il est indiqué, ce qui est rarement le cas, peut être fait sans utiliser de spéculum.

Procédure de prélèvement

- Apposer sur le tube l'étiquette autocollante (1D), préalablement paraphée;
- utiliser la seringue et la canule pour introduire environ 10 ml de salin physiologique (2 à 5 ml pour les enfants) dans le cul-de-sac postérieur du vagin;
- aspirer le maximum de liquide;
- transvider le liquide aspiré dans le contenant à bouchon vissé, inclus dans l'enveloppe 1D;
- refermer hermétiquement;
- jeter la seringue et la canule;
- remettre le tube dans l'enveloppe et sceller cette dernière.

d) Sang (1E)

Le prélèvement de sang est utilisé, entre autres, pour établir le profil génétique de la victime et pour la recherche d'alcool ou de drogues. Il est important que le prélèvement soit effectué le plus tôt possible pour permettre une meilleure détection de l'alcool ou des drogues utilisés dans l'agression sexuelle. Avec le prélèvement de sang, la majorité des substances ou leurs métabolites seront décelés jusqu'à 12 heures après leur absorption, plusieurs jusqu'à 48 heures, et quelques-uns seront même détectés après ce laps de temps. Une liste des principaux amnésiants, sédatifs ou hypnotiques ainsi que leurs périodes de détection dans le sang et l'urine se trouve à l'annexe 4.

Le prélèvement de sang doit être fait sans utilisation d'alcool éthylique ou autre substance susceptible d'interférer avec les analyses. La désinfection de la peau avant d'effectuer la prise de sang peut être faite avec de l'alcool isopropylique. De plus, ce prélèvement doit être effectué si possible avant toute transfusion sanguine et avant l'administration de toute médication. On doit indiquer sur le formulaire 4, à la suite de l'information fournie par la personne examinée, si des drogues, médicaments ou autres substances ont été administrés à cette personne avant l'examen. Toute information pertinente sur l'administration de drogues ou de médicaments permettra aux spécialistes d'orienter les recherches et les analyses au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale. Il est à noter que le tube de sang sera conservé pendant 3 ans au laboratoire pour des analyses futures si cela s'avérait nécessaire.

Procédure de prélèvement

- Apposer sur le tube de sang l'étiquette autocollante (1E), préalablement paraphée;
- prélever 5 à 10 ml de sang (5 ml chez les enfants) en utilisant le tube à bouchon lilas (EDTA);
- remettre le tube dans l'enveloppe et sceller cette dernière.

**e) Prélèvement buccal (si fellation avec ou sans éjaculation)
(2A, 2B)**

Le rinçage buccal (2A) a pour but de mettre en évidence la présence de spermatozoïdes dans la bouche à la suite d'une fellation par la victime. Il est important d'effectuer le rinçage buccal le plus rapidement possible après la fellation et avant tous les autres prélèvements de la trousse. En effet, il existe peu de chances de retrouver des spermatozoïdes après avoir mangé, bu, craché, s'être rincé la bouche ou brossé les dents. Après un délai de 24 heures ces chances sont nulles. Il n'est donc plus nécessaire d'effectuer ce type de prélèvement dans les cas où la fellation date de 24 heures ou plus. Le prélèvement buccal sur écouvillon (2B) permet de recueillir des cellules épithéliales buccales de la victime et pourra servir pour la confirmation du profil génétique (tel qu'il est décrit au point 1A). Il est important de mentionner qu'il ne faut pas effectuer de prélèvement 1A lorsqu'il y a eu fellation.

Procédure de prélèvement

(2A)

- Apposer sur le petit contenant à couvercle bleu inclus dans la trousse l'étiquette autocollante (2A), préalablement paraphée;
- demander à la victime de se rincer la bouche avec un volume de 5 à 10 ml de salin physiologique;
- récupérer le liquide de rinçage dans ce dernier (2A);
- remettre le contenant dans le sac de polythène (2A) destiné à cette fin.

(2B)

- Rincer de nouveau 2 à 3 fois la bouche de la victime;
- jeter l'eau de rinçage;
- assembler la petite boîte en carton contenue dans l'enveloppe, y déposer les deux écouvillons;

- apposer sur cette dernière l'étiquette autocollante (2B), préalablement paraphée;
- effectuer un nouveau prélèvement buccal à l'aide des écouvillons;
- frotter vigoureusement chaque joue environ 15 secondes avec chacun des écouvillons;
- laisser sécher à l'air libre;
- remettre la boîte dans l'enveloppe, sceller.

f) Cutané (2C)

Compte tenu des renseignements donnés par la victime et après l'examen de cette dernière, il peut s'avérer important de prélever toutes taches ressemblant à des taches de sperme. De plus, tout type de contact oral ou une morsure peuvent laisser des traces de salive pouvant être analysées par des spécialistes. Si la quantité de cellules épithéliales est suffisante dans le dépôt de salive, il sera alors possible d'établir un profil génétique et de relier celui-ci à un éventuel suspect.

Procédure de prélèvement

(2C-I)

Le but de ce prélèvement est de récupérer toute tache de sperme ou tout dépôt de salive localisé autour de la vulve, du pénis, de l'anus ou aux autres endroits du corps de la victime. Il est important de mentionner sur le formulaire 10 à quel endroit le prélèvement a été fait sur le corps de la victime ainsi que la substance biologique suspectée (salive ou sperme).

- Apposer sur le tube l'étiquette autocollante (2C-I), préalablement paraphée;
- utiliser l'un des deux écouvillons;
- humidifier l'écouvillon à l'aide de salin physiologique;
- essuyer toute tache ressemblant à une tache de sperme ou de salive;
- laisser sécher cet écouvillon;
- pendant ce temps, effectuer un nouveau prélèvement à sec avec le deuxième écouvillon dans la même région;
- remplacer les deux écouvillons dans le contenant;
- remettre dans l'enveloppe, sceller.

(2C-II)

- Utiliser la procédure précédente pour toute tache de sperme, de salive ou toute morsure localisées à d'autres endroits sur le corps de la victime;
- pour chaque prélèvement, utiliser des écouvillons et une éprouvette stériles;
- bien marquer chacun des prélèvements avec l'étiquette autocollante (2C-II), préalablement paraphée.

g) Corps étrangers, serviettes hygiéniques ou tampons (2D)

Toute substance étrangère retrouvée sur le corps de la victime (fibres, poils, rognures d'ongles, etc.) pourra faire l'objet d'expertises par les spécialistes du Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale afin d'établir des relations pertinentes et de fournir des éléments de preuve matérielle.

Procédure de prélèvement

- Placer toutes les substances étrangères trouvées dans le vagin, la région du pubis, l'anus ou à d'autres endroits du corps dans le papier contenu dans l'enveloppe;
- apposer sur ce dernier l'étiquette autocollante (2D – Corps étrangers), préalablement paraphée;

N.B. Envelopper les serviettes hygiéniques (ou tampons) dans plusieurs épaisseurs de papier de soie, contenu dans le sac blanc (2D), pour éviter tout suintement.

- placer le tout dans le petit sac blanc (2D – Serviette hygiénique);
- apposer sur le sac l'étiquette autocollante appropriée (2D), préalablement paraphée.

h) Prélèvement anal et rectal (2E, 2F)

Le but de ce prélèvement est de vérifier la présence de phosphatase acide et de spermatozoïdes dans l'anus et le rectum. Si la présence de spermatozoïdes est confirmée, il sera alors possible de tenter de mettre en évidence le profil génétique d'un éventuel suspect.

Procédure de prélèvement

(2E, 2F)

- Apposer sur le tube et le porte-lame des étiquettes autocollantes (2E et 2F), préalablement paraphées;
- effectuer le prélèvement à l'aide des 2 écouvillons;
- étaler sur la lame bleue, du côté marqué « spécimen » ou « snowcoat », se trouvant dans le porte-lame;
- laisser sécher à l'air libre, **sans fixation**;
- remettre les écouvillons dans le tube;
- remettre le tout dans l'enveloppe, sceller.

i) Urine (2G)

Plusieurs substances peuvent être absorbées par une victime d'agression sexuelle. Celles prises volontairement sont généralement l'alcool, les médicaments prescrits ou non et les drogues, tels la cocaïne, les dérivés du cannabis, etc. Les substances administrées à la victime à son insu sont généralement utilisées pour leurs effets amnésiques, sédatifs ou hypnotiques, tels les benzodiazépines, le GHB, etc. Compte tenu de diverses considérations pharmacologiques et analytiques, une substance ou ses métabolites pourront être décelés plus facilement à partir de deux prélèvements biologiques, à savoir : le sang (distribution) et l'urine (élimination). Dans l'urine, les drogues peuvent être détectées plus longtemps après leur absorption que dans le sang. En effet, avec le prélèvement d'urine, la majorité des substances ou leurs métabolites seront

détectés jusqu'à 48 heures après leur absorption, plusieurs jusqu'à 72 heures, et quelques-uns seront même décelés après ce laps de temps. Même si certaines substances peuvent être décelées après 2 ou 3 jours, il est important que le prélèvement d'urine soit effectué le plus rapidement possible. Une liste des principaux amnésiants, sédatifs ou hypnotiques ainsi que leurs périodes de détection dans le sang et dans l'urine se trouve à l'annexe 4.

Procédure de prélèvement

Compte tenu de l'information fournie par la victime, s'il s'avère nécessaire d'effectuer une recherche d'alcool et de drogues, on effectue un prélèvement d'urine en plus du prélèvement sanguin précédemment décrit dans la procédure (1E).

- Apposer sur le contenant à couvercle jaune contenu dans le sac en polythène (2G) l'étiquette autocollante (2G), préalablement paraphée;
- utiliser la procédure de prélèvement recommandée dans votre établissement;
- transvider de 20 à 50 ml d'urine dans le contenant;
- remettre le contenant dans le sac en polythène.

j) Vêtements (3A, 3B, 3C, etc.)

S'il est jugé pertinent d'analyser les vêtements de la victime, selon sa version des faits et les circonstances du crime, ils sont conservés en vue d'un examen au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale. Les vêtements seront examinés pour évaluer leur état (bris, déchirures, bouton manquant, etc.) et rechercher la présence de taches de nature biologique. On y cherchera la présence de cheveux, de poils et de fibres, qu'on tentera de relier à un ou à des suspects. Les taches de sang présentes sur les vêtements seront analysées pour en établir l'origine et déterminer le profil génétique (ADN). La présence de taches de sperme sur les vêtements peut être confirmée et des extractions d'ADN seront effectuées dans le but d'établir le profil génétique, qui pourra être comparé avec celui d'un éventuel suspect. De plus, toute autre tache suspecte (dépôts terreux, débris végétaux, etc.) peut faire l'objet d'analyses appropriées par les spécialistes des laboratoires pour tenter d'établir des relations avec un ou plusieurs suspects, avec les lieux du crime, etc.

Procédure de prélèvement

- Placer les vêtements **individuellement** dans les sacs de papier brun fournis dans la trousse;
- apposer sur chaque sac l'étiquette autocollante (3A, 3B, etc.), préalablement paraphée;
- remettre les sacs de papier contenant les petits vêtements dans la trousse et les sacs de papier contenant les vêtements plus volumineux dans le sac en polythène;
- appliquer le scellé « Trousse médico-légale », parapher ce dernier.

N.B. Si les vêtements sont humides, veuillez en aviser le policier à qui vous les remettrez, qui s'occupera de les faire sécher ou de les remettre au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale le plus rapidement possible. Si la trousse n'est pas remise immédiatement au policier, vous devez sécher les vêtements dans une pièce aérée et à circulation restreinte ou dans une armoire barrée.

Remise de la trousse médico-légale ou des formulaires de la trousse médicosociale à la police

Si la victime d'agression sexuelle désire porter plainte à la police, vous devez contacter cette dernière afin de lui remettre la trousse médico-légale ou les formulaires de la trousse médicosociale. Avant cette remise :

- la victime (ou ses parents pour les enfants de moins de 14 ans) doit parapher l'article 3 du formulaire 1 (consentement);
- l'intervenante ou l'intervenant doit indiquer la date de la remise de la trousse ou des formulaires à la police si cette date est différente de celle de l'examen.

L'intervenante ou l'intervenant qui remet la trousse médico-légale doit s'assurer que :

- tous les prélèvements sont dans la trousse médico-légale ;
- la section « Remise de la trousse médico-légale » du formulaire 12 est remplie ;
- le scellé de sécurité est apposé sur la trousse médico-légale ;
- le scellé de sécurité est paraphé ;
- les vêtements, s'il y a lieu, sont dans le sac en polyéthylène scellé et paraphé ;
- les copies jaunes des formulaires sont dans l'enveloppe sur la trousse.

Ensuite, l'intervenante ou l'intervenant doit remettre à l'agent de la paix :

- tout le contenu de la trousse et les vêtements, s'il y a lieu ;
- les copies roses et vertes des formulaires.

L'agent de la paix doit commencer la chaîne de possession à l'endos de la trousse médico-légale en inscrivant son nom dans la section « remise par ».

46

Conservation de la trousse médico-légale

Si la personne examinée a donné son consentement à un examen médico-légal, mais n'a pas consenti à la remise immédiate de la trousse médico-légale à la police, vous devez conserver la trousse dans un réfrigérateur (4-5 ° C) à accès contrôlé. De plus, les vêtements doivent être conservés dans un endroit à accès contrôlé.

Si la victime n'a pas donné sa décision dans un délai maximal de 14 jours ou a décidé de ne pas porter plainte à la police, les prélèvements sont détruits et tous les formulaires sont versés au dossier médical. **Présentement, les délais de conservation des dossiers médicaux diffèrent d'un type d'établissement à un autre. Une victime pourrait, par exemple, décider de porter plainte au bout de 6 ans et ne plus retrouver son dossier médical qui contenait les formulaires de la trousse médico-légale parce que la politique du centre désigné qui l'a accueillie prévoit que les dossiers médicaux inactifs soient détruits après 5 ans. Tandis qu'une autre personne qui souhaiterait avoir accès à son dossier médical après 15 ans pour porter plainte n'aurait pas de problèmes. Les différentes instances concernées étudient actuellement cette question en vue de développer des politiques pour standardiser le calendrier de conservation des dossiers médicaux des victimes d'agression sexuelle dans toutes les régions du Québec.**

Si la victime a décidé de porter plainte, reportez-vous à la section précédente, « Remise de la trousse médico-légale ».

Commande de trousses médico-légales et de trousses médicosociales sans prélèvements médico-légaux

Voici l'adresse où les utilisatrices et les utilisateurs des trousses médico-légales et des trousses médicosociales sans prélèvements médico-légaux peuvent commander ces deux instruments :

Les ateliers MIRA-DOR

Établissement de détention – Sherbrooke

1055, rue Talbot

Sherbrooke (Québec) J1G 2P3

Tél. : (819) 820-3100

Télec. : (819) 820-3964

Conclusion

Cette étape de l'intervention médicosociale est importante puisque des éléments utiles à la preuve peuvent être observés et consignés au dossier ou prélevés et analysés ultérieurement.

Dans le but d'aider la victime qui désire poursuivre son agresseur, mais également dans le but de déceler tout problème qui nécessiterait des soins ou traitements, peu importe l'intention de la victime de poursuivre ou non son agresseur, cette étape commande que l'on procède avec méthode et minutie.

ANNEXE 1

Classification des signes physiques observés à l'examen anal ou génital et des tests de laboratoire chez des enfants ou des adolescentes et des adolescents chez qui on soupçonne une agression sexuelle

**Tableau de la classification d'Adams
Février 2003**

Interprétation des signes cliniques et des examens de laboratoire

N.B. : Le constat suivant est à retenir au moment de l'évaluation des enfants, des adolescentes et des adolescents possiblement victimes d'abus sexuel : au moins 85 à 95 % des enfants avec une histoire claire d'abus sexuel peuvent avoir un examen physique normal ou des signes non spécifiques, parce que leurs lésions sont guéries ou qu'ils ont subi des gestes ne causant pas de traumatisme.

Organes génitaux féminins	Anus	Pénis/scrotum	Autres
Classe 1 Normal, ou non relié à de l'abus sexuel Signes observés chez des nouveau-nés : – bandelettes périurétrales ou vestibulaires; – colonnes ou crêtes vaginales longitudinales; – protubérance hyménale (<i>hymenal tag</i>); – bosse hyménale (caroncule); – <i>linea vestibularis</i>; – encoche ou échancrure à la moitié antérieure (supérieure) de l'anneau hyménal, au-dessus de la ligne de 9 à 3 heures, l'enfant étant en décubitus dorsal; – changements œstrogéniques¹. Variantes de la normale : – septum hyménal; – anomalie de fusion de la ligne médiane (ou sillon périnéal).	Classe 1 Normal, ou non relié à de l'abus sexuel – Bourrelet à 6 heures venant d'un raphé périnéal redondant; – épaissement du raphé périnéal; – coloration bleutée provenant des veines sous-jacentes. Variantes de la normale : – <i>diastasis ani</i>; – acrochordon péréal (<i>tag</i>); – hyperpigmentation péréale; – dilatation anale en présence de selles dans l'ampoule rectale; – congestion veineuse à la région péréale⁶.	Classe 1 Normal, ou non relié à de l'abus sexuel – Pigmentation brunâtre circulaire secondaire à la guérison d'une circoncision; – ligne foncée et surélevée le long du pénis et du scrotum (raphé médian).	Classe 1 Normal, ou non relié à de l'abus sexuel – Infections à candida; – infections à streptocoque; – infections urinaires; – vaginites causées par des organismes entériques ou respiratoires; – culture vaginale de <i>Gardnerella vaginalis</i>, en l'absence de tout autre signe de vaginose bactérienne. Des pathologies comme un prolapsus urétral, un lichen scléreux, des hémangiomes génitaux, une maladie de Crohn et un syndrome de Behçet peuvent aussi être confondues avec un abus.

Tableau de la classification d'Adams Février 2003

Interprétation des signes cliniques et des examens de laboratoire (suite)

Organes génitaux féminins	Anus	Pénis/scrotum	Autre
Classe 2 Signes non spécifiques Signes pouvant résulter d'un abus sexuel, selon le moment de l'examen par rapport à l'épisode d'abus, mais pouvant aussi être causés par d'autres conditions : – érythème (rougeur) du vestibule ou vascularisation augmentée (dilatation de vaisseaux sanguins existants); – abrasions superficielles des lèvres ou de la fourchette postérieure; – encoches ou échan-crures à la moitié postérieure (inférieure) de l'anneau hyménal mais ne dépassant pas la moitié de la largeur de l'hymen; – anneau hyménal « étroit » mesurant de 1 à 2 mm; – adhésion labiale; – écoulement vaginal; – condylomes acuminés chez un enfant; – sang dans la petite culotte; – saignement « vaginal » (retrouvé chez des enfants ou des adolescentes abusées et non-abusées^{2,3,4,5}).	Classe 2 Signes non spécifiques – Érythème (rougeur) de la région périanale; – fissures anales; – abrasions superficielles de la peau périanale; – ecchymoses sur les fesses.	Classe 2 Signes non spécifiques – Érythème du pénis, de la partie basse de l'abdomen ou de la partie interne des cuisses; – œdème du pénis/scrotum. (Ces signes peuvent survenir à la suite d'automanipulation, de mauvaise hygiène, d'irritation/inflammation ou d'infection.)	Infections pouvant être transmises par des contacts sexuels ou non sexuels – Herpès type 1 ou 2 chez un enfant nécessitant de l'aide pour ses soins d'hygiène, ou pouvant s'être inoculé à partir de lésions orales; – vaginose bactérienne chez un enfant, une adolescente ou un adolescent; – toute ITS (incluant le VPH ou des verrues génitales) chez un nourrisson pouvant résulter d'une transmission verticale⁷.
Classe 3 Signes suggestifs d'un abus sexuel Signes observés chez des enfants avec abus sexuel documenté mais pour lesquels on n'a pas de données indiquant qu'il s'agit de la seule possibilité diagnostique.			

Tableau de la classification d'Adams Février 2003

Interprétation des signes cliniques et des examens de laboratoire (suite)

Organes génitaux féminins	Anus	Pénis/scrotum	Autre
Trauma aigu – suspecter un abus sexuel – Lacération aiguë ou ecchymoses des lèvres, de la fosse naviculaire, de la fourchette postérieure ou des tissus périhyménaux; – ecchymoses ou morsures à la partie supérieure ou interne des cuisses près des organes génitaux; – marques de succion à la partie interne des cuisses près des organes génitaux. Lésions guéries possiblement secondaires à des abus sexuels – Cicatrice de la fourchette postérieure; – encoche ou échancrure à la moitié postérieure (inférieure) ou latérale de l'anneau hyménal, s'étendant sur plus de la moitié de la largeur de l'hymen.	Trauma aigu – suspecter un abus sexuel – Ecchymoses et œdème marqués des tissus périanaux (à distinguer d'une congestion veineuse). Séquelle possible de trauma – Dilatation anale immédiate d'au moins 20 mm sans selles visibles ou palpables dans l'ampoule rectale (ceci peut se rencontrer en cas de déficits neurologiques, d'anesthésie, de sédation, en post-mortem et possiblement en cas de constipation chronique); – cicatrice périanale (peut être causée par la maladie de Crohn ou une chirurgie).	Trauma aigu – suspecter un abus physique ou sexuel – Tourniquet du pénis avec un cheveu de l'enfant ou un autre objet (ceci peut être accidentel chez un nourrisson, à partir d'un cheveu d'une personne responsable de l'enfant); – marques de morsure ou de pincée sur le pénis, le scrotum ou à la partie interne des cuisses près des organes génitaux; – marques de succion à la partie interne des cuisses près des organes génitaux.	Une transmission sexuelle est la cause probable de l'infection – Lésions d'herpès type 1 ou 2 à la région génitale d'un enfant qui n'a pas de lésion orale et ne requiert pas d'aide pour ses soins d'hygiène; – infection à <i>Trichomonas</i> diagnostiquée par un examen direct sur lame ou par culture de sécrétions vaginales; – infection à VPH chez un enfant pour lequel une transmission verticale est considérée comme peu probable⁷.
Classe 4 Évidence nette de trauma émoussé ou pénétrant au niveau ou au-delà de l'hymen Signes qui ne peuvent avoir une autre explication qu'un trauma à l'hymen ou aux tissus vaginaux: Traumatisme aigu: – Lacération partielle ou complète de l'hymen; – ecchymoses sur l'hymen; – lacération vaginale.	Classe 4 Évidence nette de trauma pénétrant – Lacération périanale profonde touchant le sphincter anal externe⁹.		Contact/abus sexuel certain – Grossesse; – sperme ou liquide séminal trouvé dans ou sur le corps de l'enfant; – documentation par photos ou vidéo de l'abus de l'enfant; – cultures positives confirmées pour le <i>Neisseria gonorrhoeæ</i> au niveau génital, anal ou pharyngé;

**Tableau de la classification d'Adams
Février 2003
Interprétation des signes cliniques et des examens de laboratoire (suite)**

Organes génitaux féminins	Anus	Pénis/scrotum	Autre
Traumatisme guéri – Transection hyménale, définie comme une région où l'hymen a été complètement déchiré, jusqu'à la base, de telle sorte qu'il n'y a plus de tissu hyménal entre la paroi du vagin et la fosse naviculaire ou la paroi du vestibule ⁶ ; on décrit ce signe aussi comme une « encoche complète » chez les adolescentes et les jeunes femmes ¹⁰ ; – larges parties du contour hyménal sans aucun tissu visible (ceci jusqu'à la base) à la moitié postérieure (inférieure) de l'hymen, confirmées en position gènupectorale.			– cultures positives (et non pas les tests antigéniques rapides) pour le <i>Chlamydia trachomatis</i> au niveau génital ou anal; – sérologie positive pour la syphilis ou le VPH, en autant qu'une transmission périnatale ou par transfusion sanguine ait été éliminée ⁷ .

Ce tableau a été préparé à partir de plusieurs sources, incluant les classifications publiées par David Muram, MD, Joyce Adams, MD, et Charles Johnson, MD.

Adaptation de Muram D. Classification of genital findings in prepubertal girls who are victims of sexual abuse. *Adolesc Pediat Gynecol* 1988; 1:151, Adams JA. Evolution of a classification scale: Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreatment* 2001; 6: 31-36, et Johnson CF. Is it normal or not? *SCAN* 2001; 13: 4-5.

Traduction française par Jean Labbé, MD, FRCPC, et Claire Allard-Dansereau, MD, FRCPC.

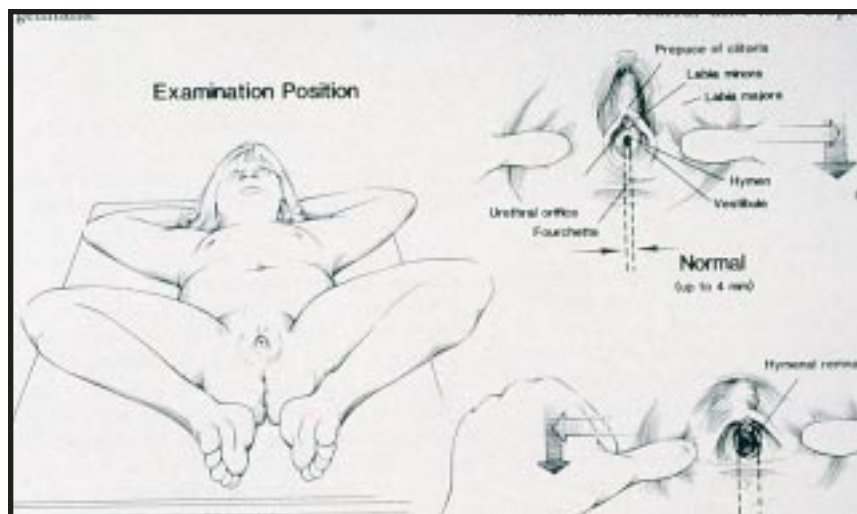
Références spécifiques:

- Berenson A, Heger A, Andrews S. Appearance of the hymen in newborns. *Pediatrics* 1991; 87:458-465.
- Berenson AB, Heger AH, et al. Appearance of the hymen in prepubertal girls. *Pediatrics* 1992; 89: 387-394.
- McCann J, Wells R, Simon M, Voris J. Genital findings in prepubertal girls selected for non-abuse: A descriptive study. *Pediatrics* 1990; 86: 428-439.
- Heger AH, Ticson L, Guerraq L, et al. Appearance of the genitalia in girls selected for non-abuse: Review of hymenal morphology and non-specific findings. *J Pediat Adolesc Gynecol* 2002; 15: 27-35.
- Berenson AB, Chacko Mr, Wieman CM, Mishaw CO, Friedrich WN, Grady JJ. A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 820-834.
- McCann J, Voris J, Simon M, Wells R. Perianal findings in prepubertal children selected for non-abuse: a descriptive study. *Child Abuse Neglect* 1989; 13: 179-193.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC) Guidelines, *MMWR*, 2002, vol. 51, May 10. <http://www.cdc.gov/std/treatment/rr5106.pdf>
- McCann J, Voris J, Simon M. Genital injuries resulting from sexual abuse: A longitudinal study. *Pediatrics* 1992; 89: 307-317.
- McCann J., Voris J., Perianal injuries resulting from sexual abuse: A longitudinal study. *Pediatrics* 1993; 91: 390-397.
- Emans SJ., Woods ER, Alfred EN, Grace E. Hymenal findings in adolescent women: Impact of tampon use and consensual sexual activity. *J Pediat* 1994; 125: 153-160.

ANNEXE 2

Figures des organes génitaux

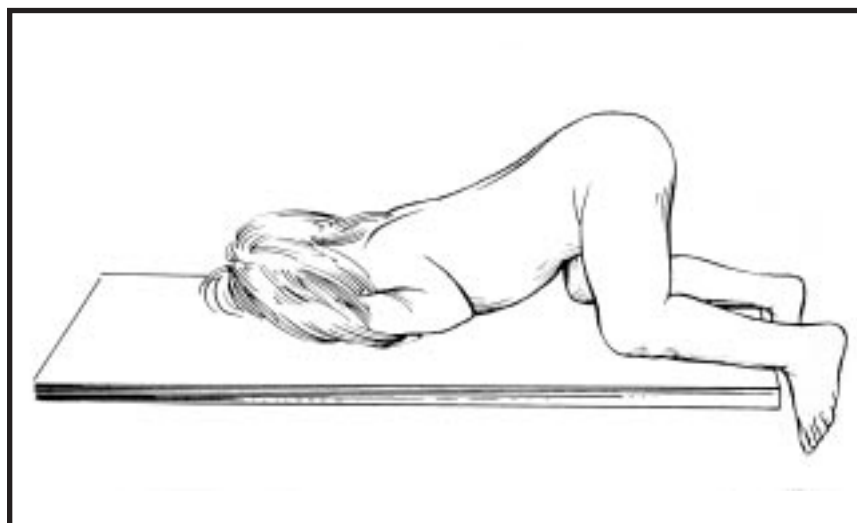
Figure 1



Position «de la grenouille». Reproduit de: Herman-Giddens ME, Frothingham TE. Prepubertal Female Genitalia: Examination for Evidence of Sexual Abuse. Pediatrics. 1987; 80:203-208.

52

Figure 2



Position gèneupectorale. Reproduit de: Herman-Giddens ME, Frothingham TE. Prepubertal Female Genitalia: Examination for Evidence of Sexual Abuse. Pediatrics. 1987; 80:203-208.

Figure 3

Fille de 18 mois, en position de décubitus dorsal (position « de la grenouille »). Examen normal, mais sans ouverture de l'hymen dont le contour ne peut être évalué. Reproduit de : Berkowitz CD, Kerns D, McCann J, Reinhart MA, Strickland S. Color Atlas of Child Sexual Abuse. Year Book Med Publ. 1989, 163 p.

Figure 4

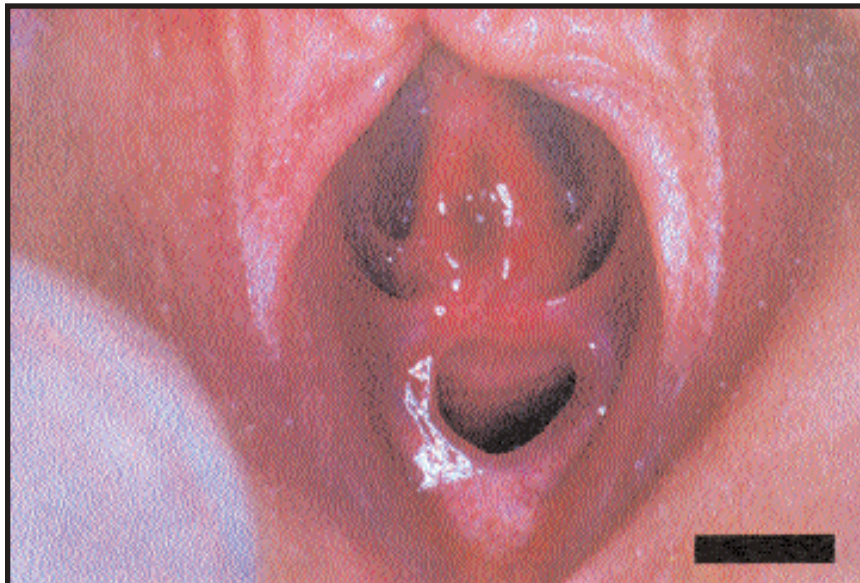
Même fille de 18 mois qu'en figure 3, mais en position gènupectorale. Examen normal. Noter l'ouverture de l'hymen et le contour qui peut maintenant être évalué. Reproduit de : Berkowitz CD, Kerns D, McCann J, Reinhart MA, Strickland S. Color Atlas of Child Sexual Abuse. Year Book Med Publ. 1989, 163 p.

Figure 5

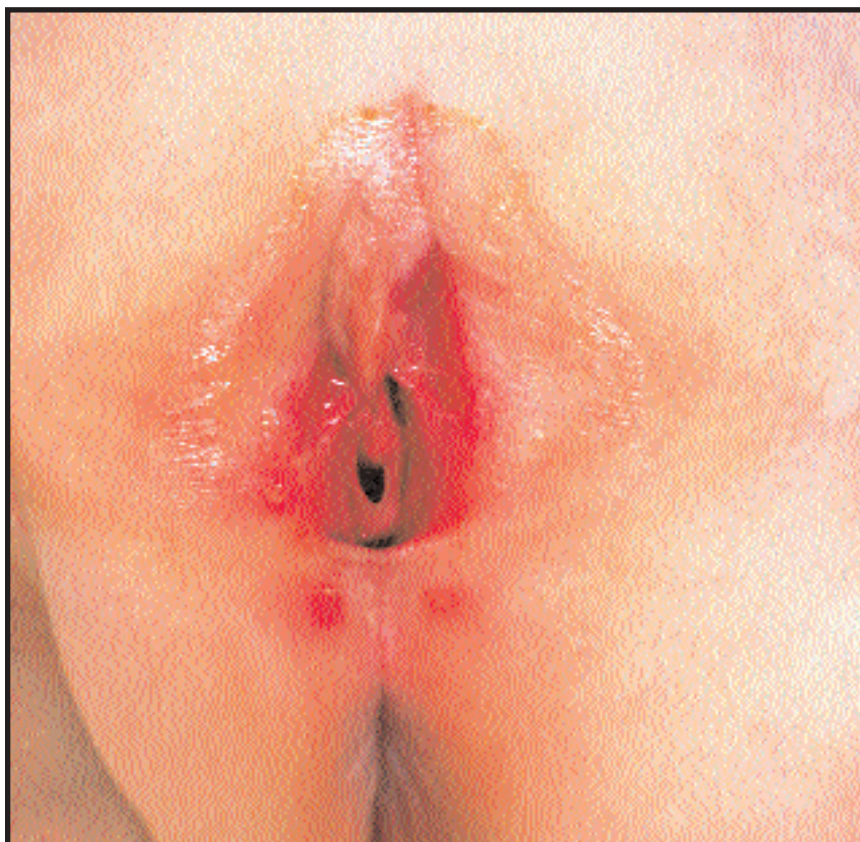
Le contour des petites lèvres, chez l'enfant, peut être confondu avec l'ouverture de l'hymen. À gauche, on ne voit que les petites lèvres alors qu'à droite, on distingue l'ouverture de l'hymen dans la fosse naviculaire. Reproduit de : Bamford F, Roberts R. Child Sexual Abuse. British Med J 1989; 299: 377-382.

Figure 6

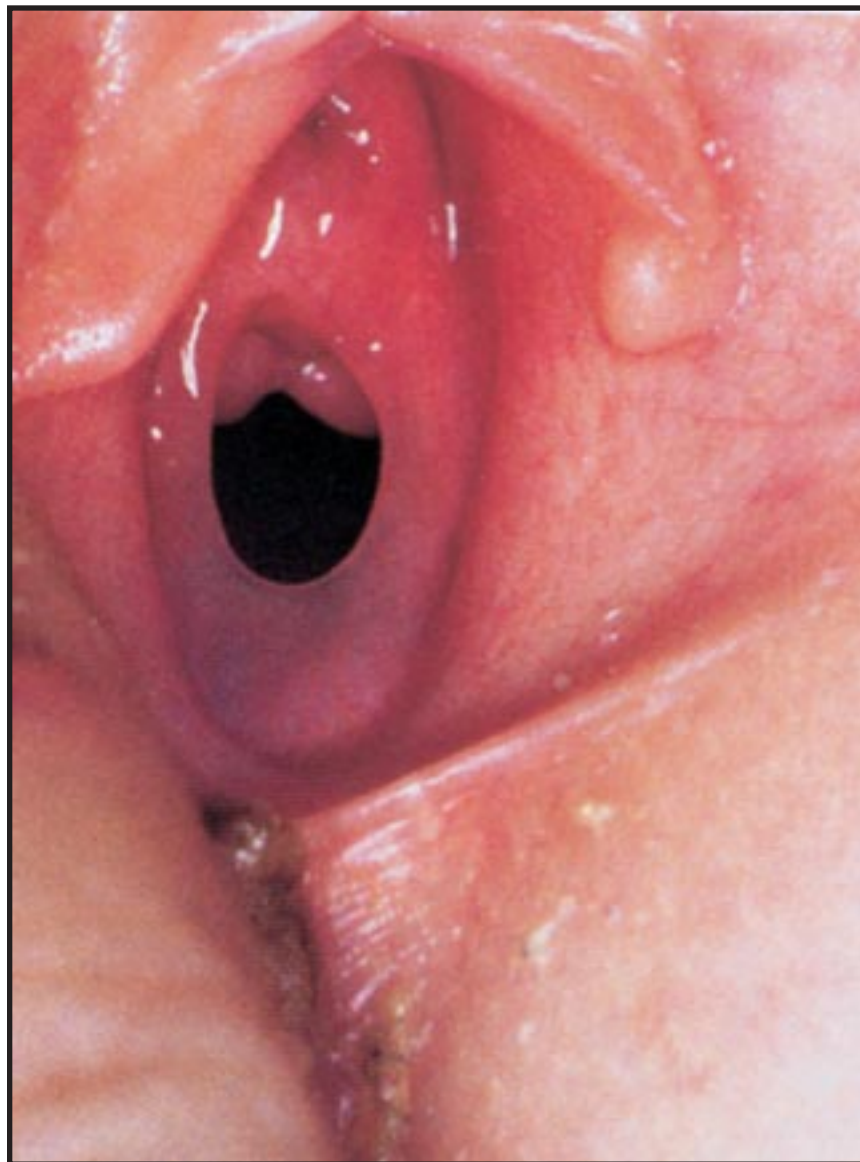
Fille de 6 ans. Illustration de la technique de traction en position « de la grenouille ». Reproduit de : Berkowitz CD, Kerns D, McCann J, Reinhart MA, Strickland S. Color Atlas of Child Sexual Abuse. Year Book Med Publ. 1989, 163 p.

Figure 7

Fille de 6 ans. Bandelettes périurétrales. Hymen normal. Reproduit de : Heger A, Emans SJ. Evaluation of the Sexually Abused Child. Oxford University Press, 1992.

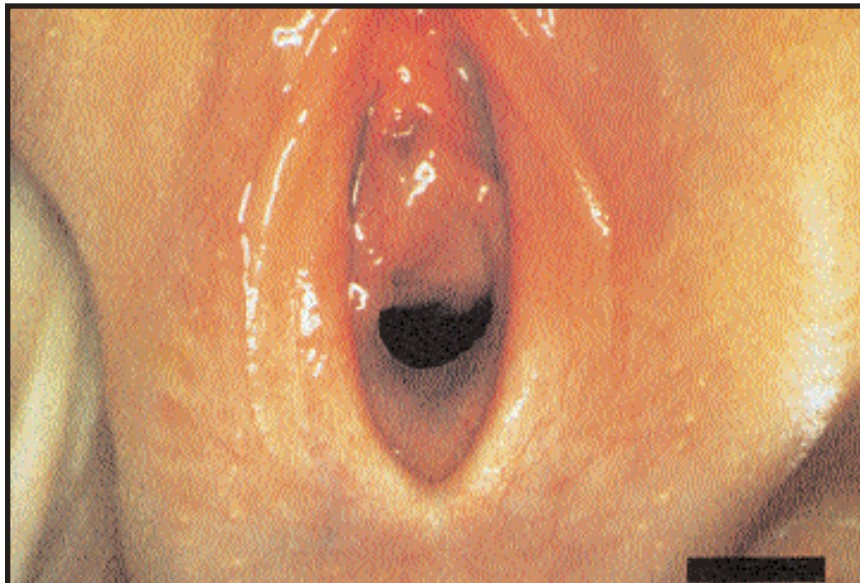
Figure 8

Lichen scléreux et atrophique.

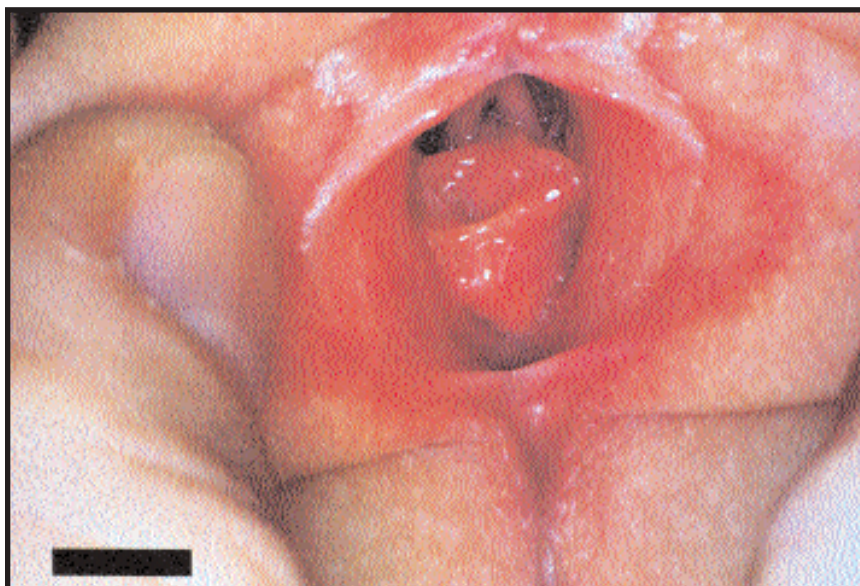
Figure 9

56

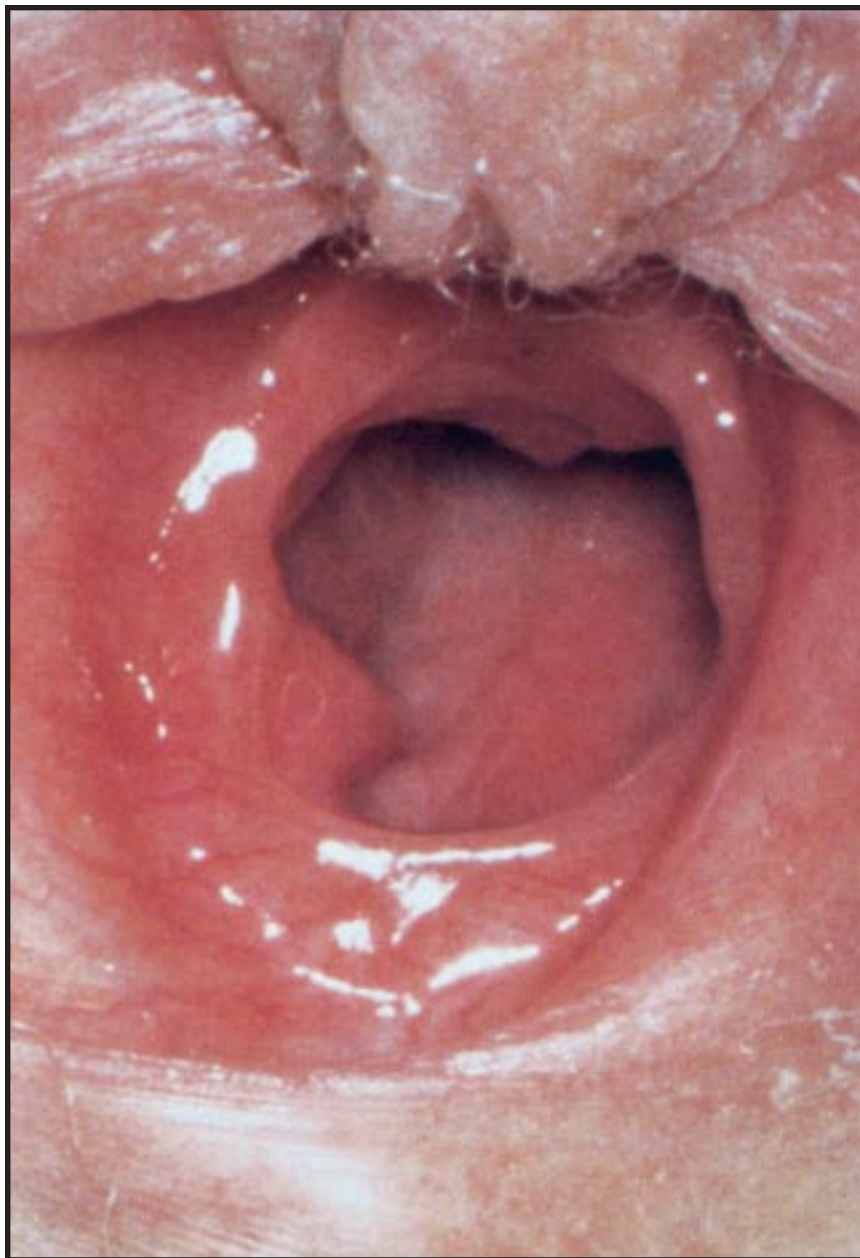
Fille de 3 ans. Hymen annulaire. Le contour est translucide, lisse et symétrique. Reproduit de : Heger A, Emans SJ. Evaluation of the Sexually Abused Child. Oxford University Press, 1992.

Figure 10

Fille de 3 ans. Hymen semi-lunaire. Absence de tissu hyménal entre 10 et 2 heures. Reproduit de : Heger A, Emans SJ. Evaluation of the Sexually Abused Child. Oxford University Press, 1992.

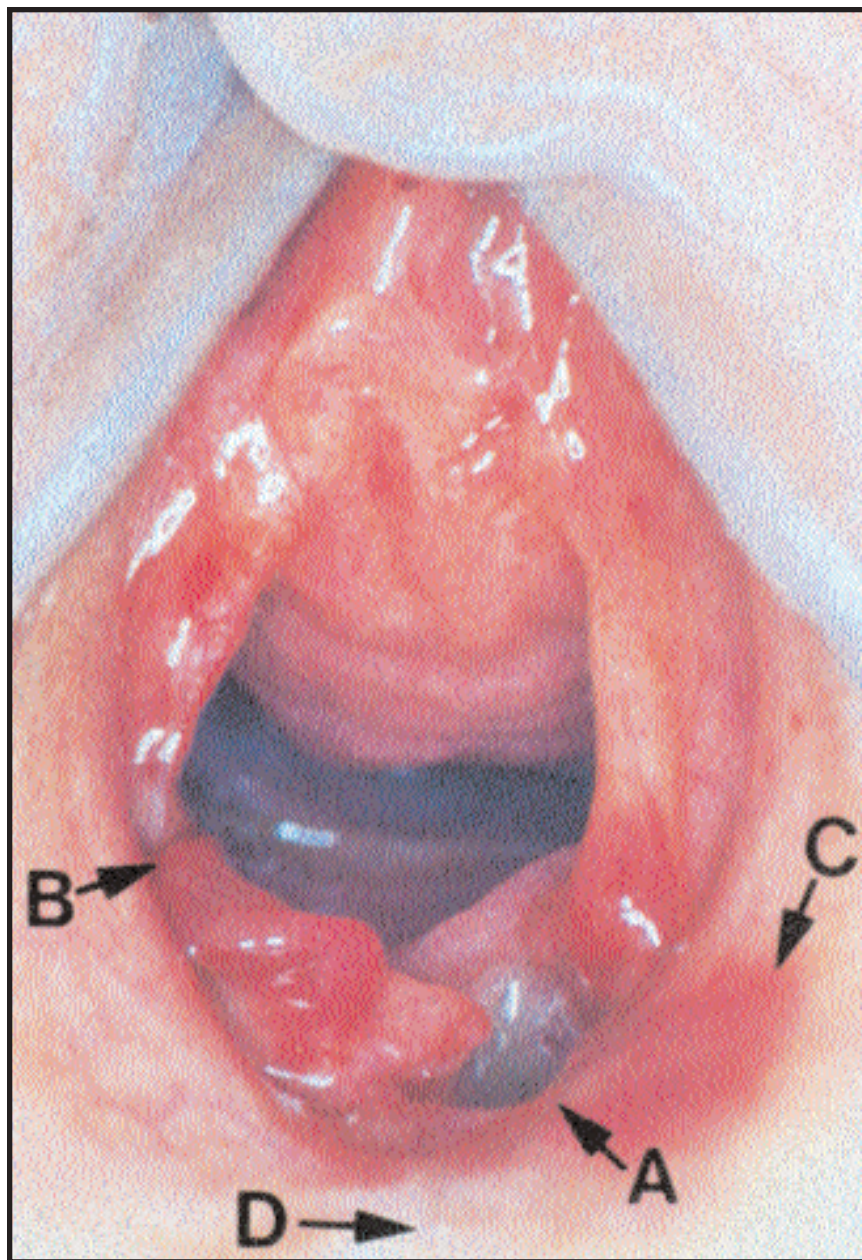
Figure 11

Fille de 3 ans. Hymen denticulé. Reproduit de : Heger A, Emans SJ. Evaluation of the Sexually Abused Child. Oxford University Press, 1992.

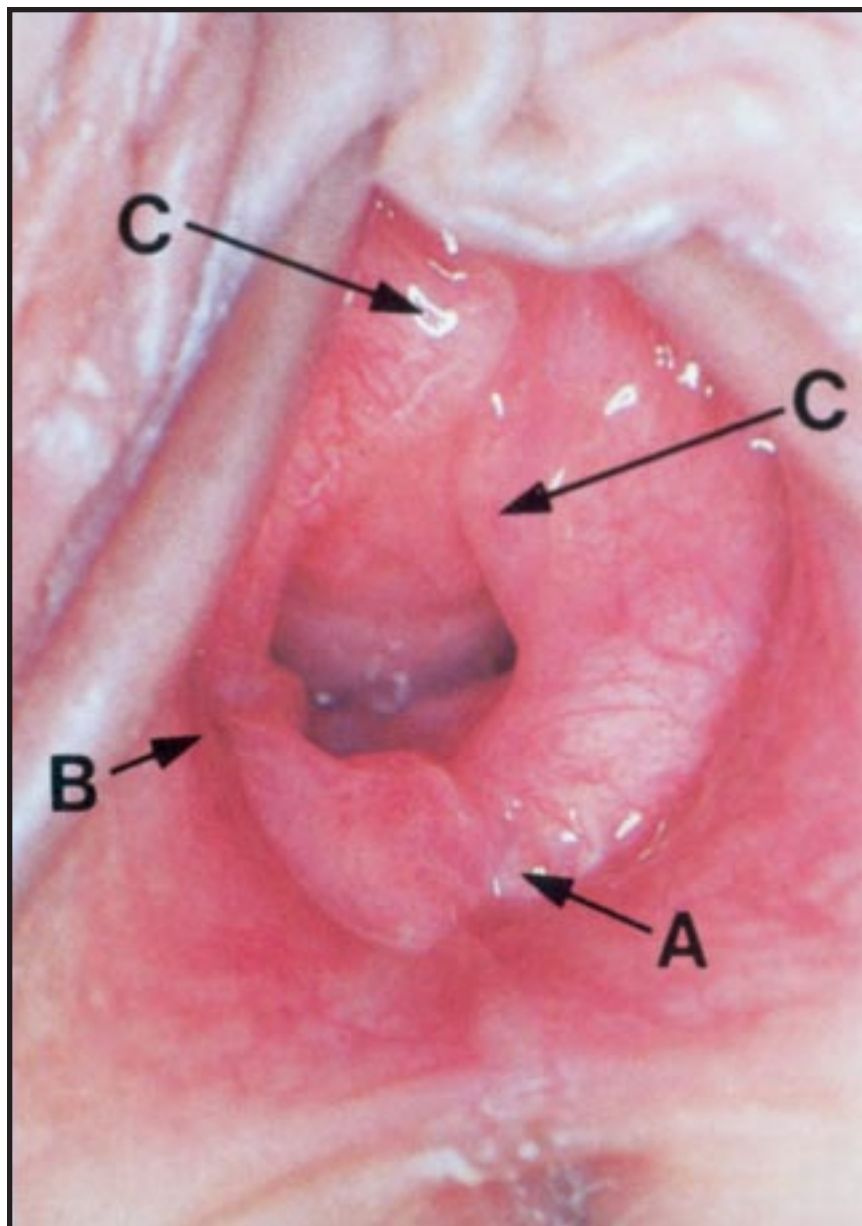
Figure 12

58

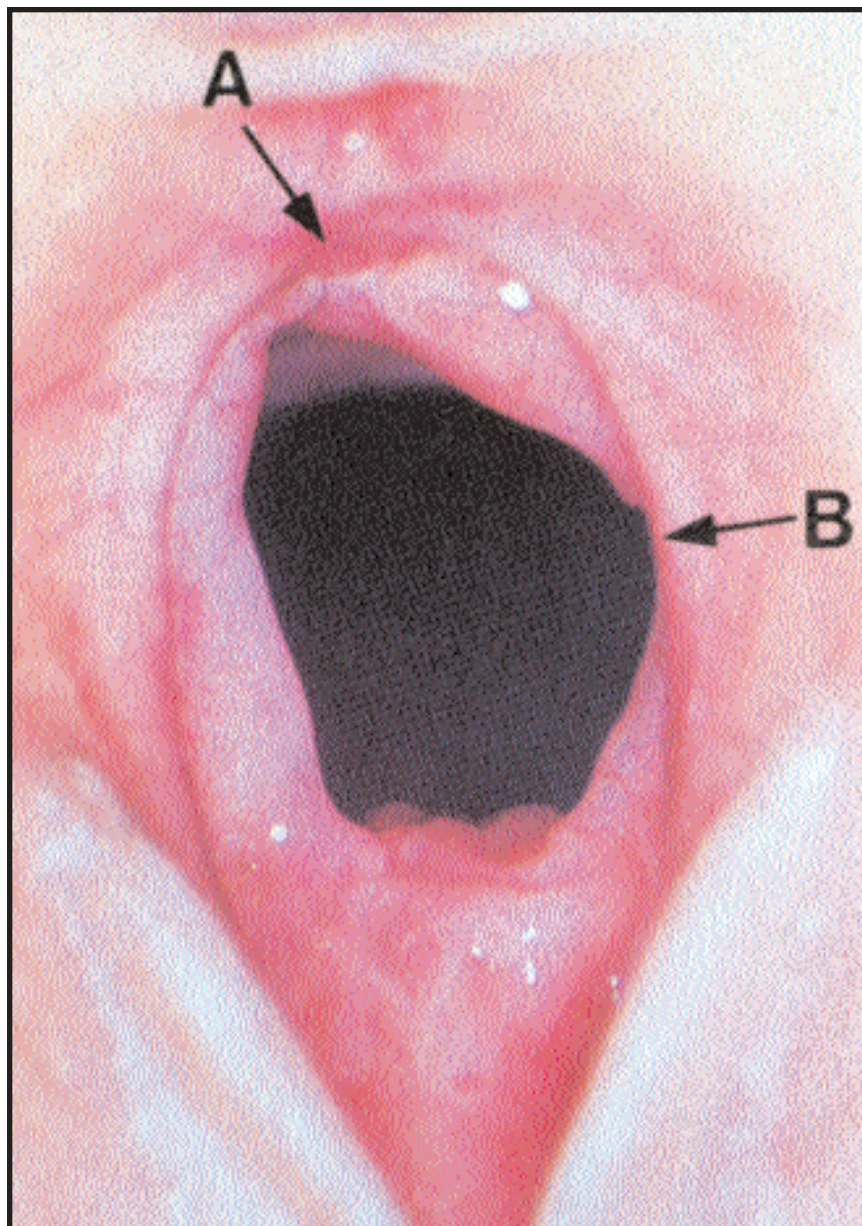
Fille de 8 ans. « Bosse » à 9 heures : le contour demeure lisse, sans changement du tissu. Repli ou crête vaginale à 9 heures. Reproduit de : Berkowitz CD, Kerns D, McCann J, Reinhart MA, Strickland S. Color Atlas of Child Sexual Abuse. Year Book Med Publ. 1989, 163 p.

Figure 13

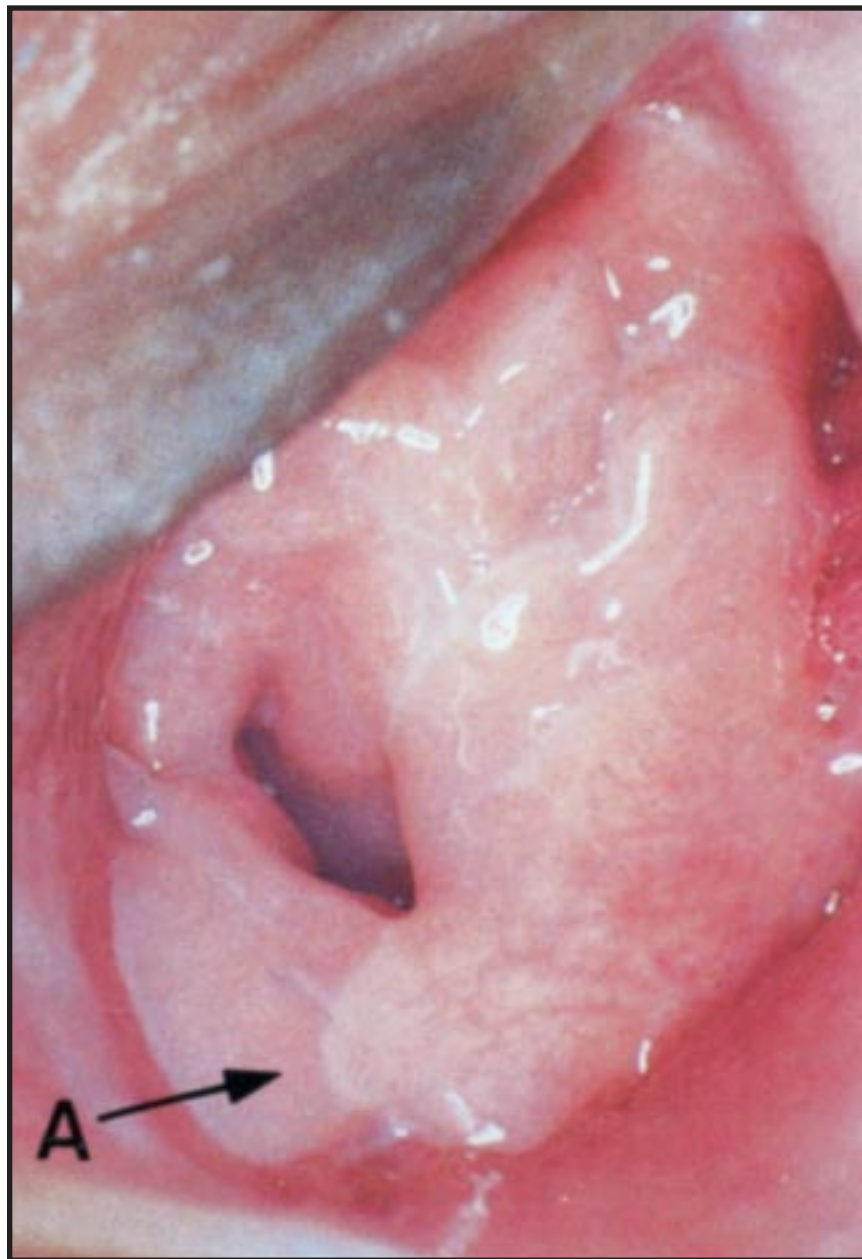
Fille de 9 ans. Trois jours après une agression sexuelle. Stade de Tanner I. Lacération de l'hymen avec contusion à 5 heures, en A; lacération de l'hymen avec œdème à 9 heures, en B; contusion au niveau du vestibule, en C; adhésion peu visible à la fourchette postérieure, en D. Reproduit de: McCann J, Voris J, Simon M. Genital Injuries Resulting From Sexual Abuse: A Longitudinal Study. Pediatrics 1992; 89: 307-317.

Figure 14

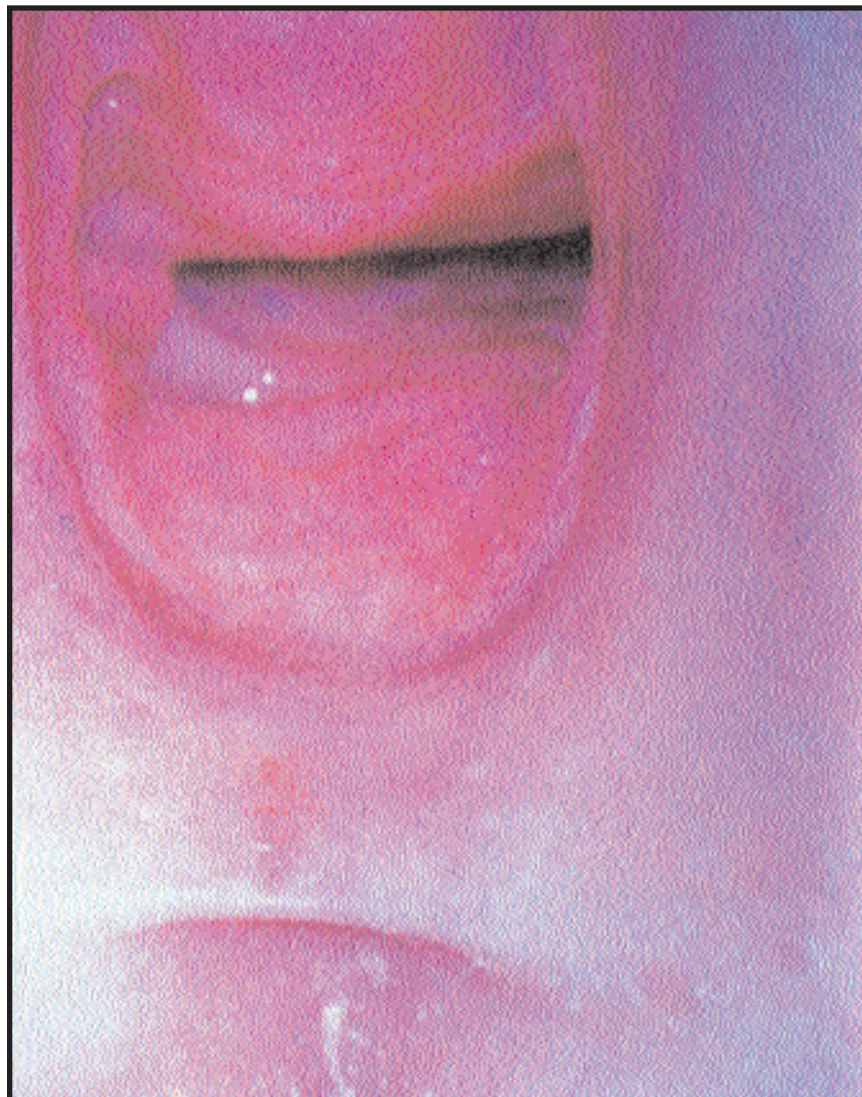
Même fille de 9 ans qu'en figure 13. Vingt cinq jours après l'agression sexuelle. Stade de Tanner I. Section de l'hymen à 5 heures ressemblant à un repli de l'hymen, en A; cicatrice de l'hymen à 9 heures, en B; replis de l'hymen avec début de puberté, en C. Reproduit de : McCann J, Voris J, Simon M. Genital Injuries Resulting From Sexual Abuse: A Longitudinal Study. Pediatrics 1992; 89: 307-317.

Figure 15

Même fille de 9 ans qu'en figure 13 et 14. Photographie prise aussi 25 jours après l'agression sexuelle, mais en position gènupectorale. Stade de Tanner I. Encoche de l'hymen avec contusion à 3 et 11 heures, en A et B. Reproduit de : McCann J, Voris J, Simon M. Genital Injuries Resulting From Sexual Abuse: A Longitudinal Study. Pediatrics 1992; 89: 307-317.

Figure 16

Même fille de 9 ans qu'en figure 13, 14 et 15. Sept mois après l'agression sexuelle. Stade de Tanner II. Hymen denticulé. Une encoche de l'hymen marque la cicatrice de l'ancienne lacération, en A. Reproduit de: McCann J, Voris J, Simon M. Genital Injuries Resulting From Sexual Abuse: A Longitudinal Study. *Pediatrics* 1992; 89: 307-317.

Figure 17

Fille de 5 ans. Histoire de pénétrations répétées. Hymen au contour atténué; perte complète de tissu hyménal. Plancher vaginal exposé. Reproduit de: Heger A, Emans SJ. Evaluation of the Sexually Abused Child. Oxford University Press, 1992.

Figure 18

Fille de 9 ans. Lacération de l'hymen ayant laissé une cicatrice à 5 heures. La cicatrice traverse la fosse naviculaire et la fourchette postérieure. Reproduit de : Heger A, Emans SJ. *Evaluation of the Sexually Abused Child*. Oxford University Press, 1992.

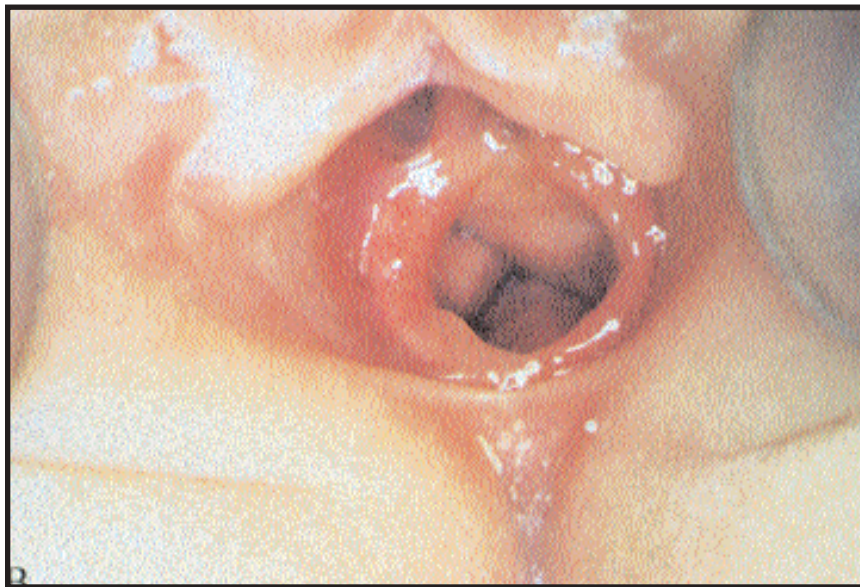
64

Figure 19

Fissures anales à 1, 5, 6, 11 heures chez un jeune enfant, après une pénétration traumatique. Reproduit de : Heger A, Emans SJ. *Evaluation of the Sexually Abused Child*. Oxford University Press, 1992.

Figure 20

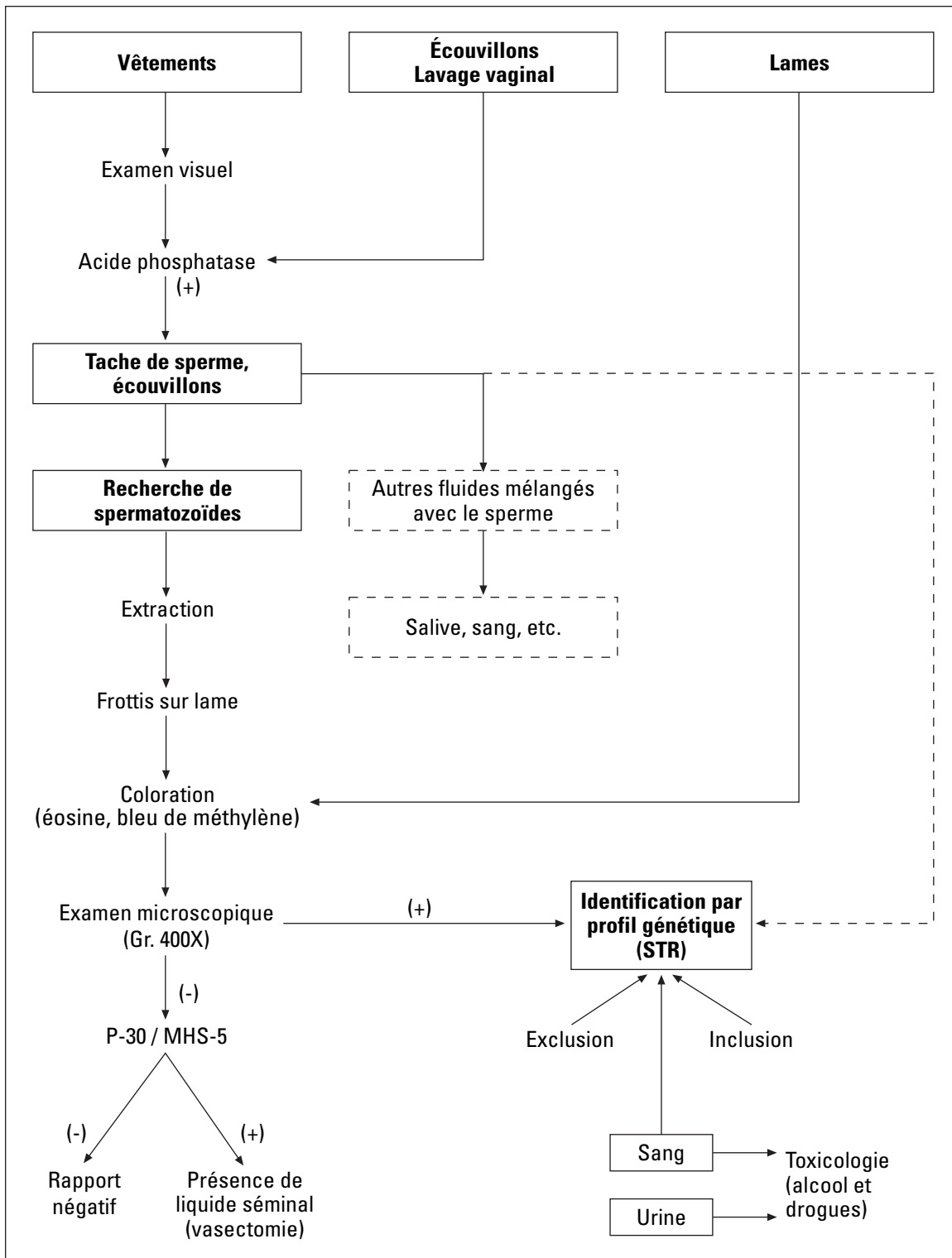
Fille de 3 ans. Hémorragie sous-muqueuse de l'hymen, à 6 heures et entre 8 et 10 heures. Petite lacération à 9 heures. Reproduit de : Heger A, Emans SJ. Evaluation of the Sexually Abused Child. Oxford University Press, 1992.

Figure 21

Même fille de 3 ans qu'en figure 20. Photographie prise 10 jours plus tard. Hymen semble guéri avec peu d'évidence de traumatisme. Reproduit de : Heger A, Emans SJ. Evaluation of the Sexually Abused Child. Oxford University Press, 1992.

ANNEXE 3

Analyse des prélèvements médico-légaux



ANNEXE 4

Principaux amnésiants, sédatifs ou hypnotiques

Attention : ceci ne représente qu'un guide et doit être évalué dans le contexte.

Les effets d'une drogue et leur durée varieront entre autres avec la dose absorbée, la voie d'absorption, l'individu, la présence d'autres substances et les circonstances au cours desquelles la drogue est absorbée.

Drogue	Durée d'action moyenne (en thérapie)	Détection	
		Sang ¹	Urine ²
Éthanol	Variable	Variable	Variable
GHB (acide gamma-hydroxy butyrique)	1 h-4 h	8 h	24 h-48 h
Flunitrazépam (Rohypnol®)	1 h-12 h	12 h	48 h-72 h
Midazolam (Versed®)	1 h-4 h	12 h	24 h
Triazolam (Halcion®)	1 h-6 h	6 h	24 h-48 h
Lorazépam (Ativan®)	1 h-8 h	24 h	72 h
Alprazolam (Xanax®)	1 h-7 h	24 h	72 h
Diazépam (Valium®)	1 h-7 h	72 h	>3 jours
Chlordiazépoxide (Librium®)	1 h-8 h	48 h	>3 jours
Témazépam (Restoril®)	1 h-8 h	48 h	3 jours
Clonazépam (Rivotril®)	1 h-12 h	>48 h	>3 jours
Bromazépam (Lectopam®)	1 h-8 h	48 h	3 jours
Flurazépam (Dalmane®)	1 h-6 h	>72 h	>3 jours
Oxazépam (Sérax®)	1 h-8 h	48 h	>3 jours
Nitrazépam (Mogadon®)	1 h-20 h	72 h	>3 jours
Diphenhydramine (Nytol®, Gravol®, etc.)	1 h-7 h	24 h	>3 jours
Hydrate de chloral	1 h-8 h	>12 h	2 jours
Zopiclone (Imovane®)	1 h-8 h	10 h	>12 h
Zaleplon (Starnoc®)	1 h-6 h	10 h	48 h
Doxylamine (Unisom-2)	1 h-7 h	24 h	>3 jours
Barbituriques (Amytal®, Butisol®, Nembutal®, Seconal®, etc.)	3 h-12 h	>24 h	>2 jours

1. La période de détection d'une drogue et de ses métabolites dans le sang ou dans l'urine variera avec la méthode d'analyse, la dose absorbée, le métabolisme de l'individu, etc.
2. Le temps indiqué reflète celui où les métabolites d'une drogue sont excrétés dans l'urine et ne représente pas toujours le temps où une drogue pourra être décelée de façon routinière.

ANNEXE 5

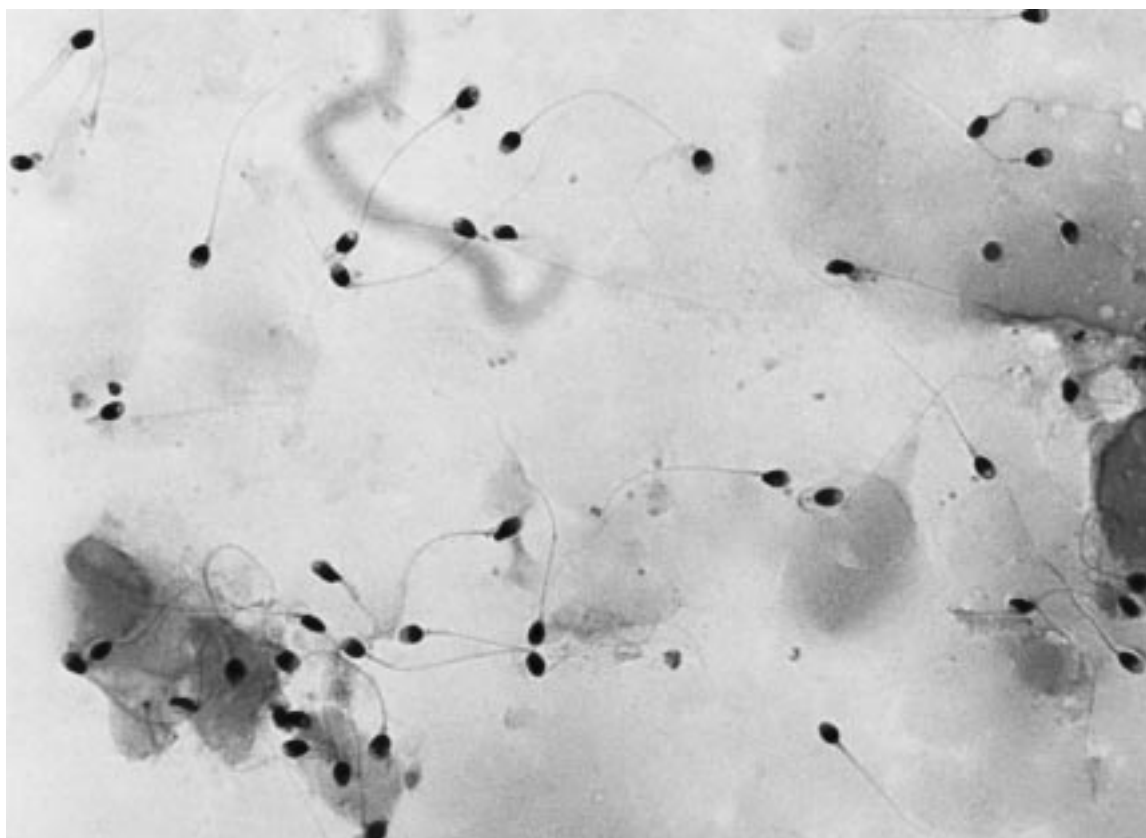
Schéma des spermatozoïdes et des *trichomonas*

On s'inquiète de ne pas reconnaître les spermatozoïdes ou de les confondre avec le *trichomonas* (une ITS).

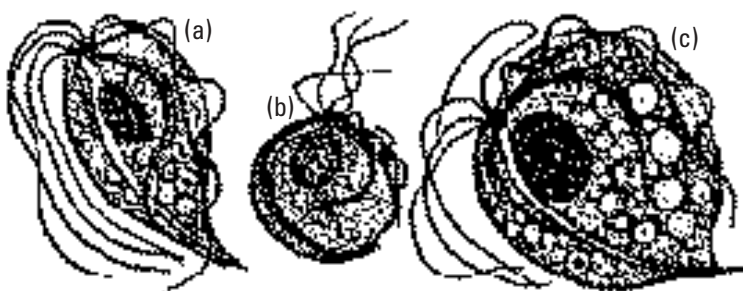
Le spermatozoïde est mobile de 8 à 12 heures après l'éjaculation dans le vagin. Le spermatozoïde a une tête ; la partie blanche de la tête (acrozome) contient l'ADN. Il a aussi une queue allongée, le flagelle. Après 24 à 48 heures, on ne retrouve que très peu de spermatozoïdes complets au niveau vaginal (souvent seulement la tête) ; par contre, on peut retrouver des têtes de spermatozoïdes jusqu'à 5 jours dans le cul-de-sac postérieur.

Un spermatozoïde se distingue assez facilement du *trichomonas*. En effet, le spermatozoïde a une tête de 5 microns de diamètre et un seul flagelle plutôt long. Le *trichomonas* est beaucoup plus gros et mesure de 25 à 30 microns de diamètre et possède de 4 à 6 flagelles plutôt courts.

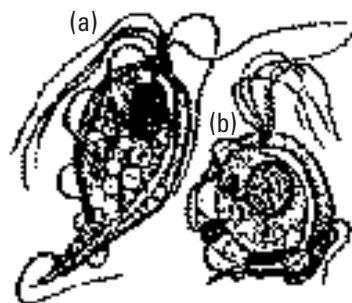
Spermatozoïdes



Spermatozoïdes colorés et fixés sur lame.

Trichomonas***Trichomonas vaginalis***

- (a) Trophozoïte normal
- (b) Trophozoïte de forme sphérique après division
- (c) Forme sphérique commune

***Trichomonas hominis.***

- (a) Trophozoïte normal
- (b) Trophozoïte de forme sphérique

ANNEXE 6

Points à surveiller

Formulaires

- Ne pas oublier de noter la date et l'heure de l'examen car ceci a une grande importance pour calculer le délai entre l'agression et l'examen médico-légal (noter aussi l'heure de la prise des prélèvements de sang et d'urine);
- ne pas oublier de coller l'étiquette AD sur le formulaire 10 car ceci permet de faire le lien entre les prélèvements et la victime;
- remettre au policier les copies roses et vertes des formulaires et mettre les copies jaunes dans l'enveloppe collée à la trousse;
- bien remplir tous les formulaires.

Trousse médico-légale

- Ne pas mettre dans la trousse les prélèvements médicaux destinés au laboratoire de l'hôpital;
- apposer le frottis sur le côté bleuté de la lame (côté identifié « spécimen »);
- ne pas oublier de parapher les étiquettes sur les tubes;
- mettre les étiquettes sur les prélèvements (tubes, porte-lames et pots) et non sur les enveloppes;
- retourner le matériel non utilisé pour recyclage (à remettre dans la trousse);
- il n'est plus recommandé de faire un ringage buccal dans les cas où la fellation date de 24 heures ou plus;
- lorsqu'il y a eu fellation (dans un délai de 24 heures ou moins), faire le ringage buccal le plus rapidement possible (en début d'examen);
- lorsqu'il y a prélèvement cutané, il est important de mentionner sur le formulaire 10 où le prélèvement a été fait ainsi que la substance suspectée (salive ou sperme);
- dans le cas où une analyse toxicologique est requise, ne pas oublier d'effectuer un prélèvement d'urine (les drogues peuvent être détectées plus longtemps dans l'urine que dans le sang).

70

Vêtements

- Mettre les petits vêtements dans des sacs en papier et inclure dans la trousse (ne pas utiliser le sac de polythène compris dans la trousse);
- mettre les vêtements plus volumineux dans des sacs en papier et les regrouper dans un grand sac de polythène;
- faire sécher les vêtements ou aviser le policier de voir à ce que ces vêtements soient séchés le plus rapidement possible.



ÉTAPE 5 :

SOINS ET TRAITEMENTS

Pour répondre aux besoins des
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE
enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes

*Intervenons
ensemble*

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Interprétation de l'examen	3
Traitement des lésions	4
Infections transmissibles sexuellement	4
Traitement des ITS détectées	4
Surveillance des symptômes	4
Prophylaxie de la gonorrhée et de la chlamydia	5
a) Enfants	5
b) Adolescents, adolescents et adultes	5
Prophylaxie de l'hépatite B	6
a) Chez une victime vaccinée	6
b) Chez une victime non vaccinée	7
Prophylaxie du VIH	7
Notification au partenaire ou à l'agresseur	8
Prévention de la grossesse	8
Plaintes psychosomatiques, anxiété, insomnie	9
Préparation du suivi médical	9
Conclusion	10

Introduction

Certains soins et certains traitements doivent être envisagés à la suite de l'évaluation d'une victime d'agression sexuelle. Ils sont fonction :

- des éléments trouvés dans l'histoire médicosociale, à l'examen ou à l'aide de certains tests dont les résultats sont disponibles immédiatement;
- des circonstances de l'agression sexuelle;
- des besoins de la victime.

Bien que les soins donnés à la victime d'agression sexuelle incluent aussi des aspects plus globaux, tels que sa sécurité, le soutien émotionnel et le besoin d'information, cette section ne décrit que les soins médicaux proprement dits, soit :

- l'information relative à l'examen;
- le soin des blessures;
- les traitements ou prophylaxies applicables aux ITS;
- la prévention de la grossesse;
- les adjuvants thérapeutiques contre l'insomnie ou l'anxiété;
- la préparation du suivi médical.

Interprétation de l'examen

3

Après l'examen, le médecin livre son impression clinique à la victime et, selon l'âge de celle-ci, à ses parents. **Il explique ses constatations et rassure la victime sur son intégrité physique, si nécessaire.**

En général, comme peu de lésions sont constatées à l'examen, le médecin demeure prudent dans les explications fournies. En effet, **l'absence de lésion ou un examen normal signifie, pour les victimes, les parents ou les intervenantes et intervenants, que l'on ne croit pas qu'il y a eu agression sexuelle.** Il faut bien faire la distinction entre un examen dont les résultats sont négatifs et le fait qu'il y a eu ou non une agression sexuelle. **L'examen dont les résultats sont négatifs n'infirme pas l'agression sexuelle.**

De même, on entend parfois dire que, s'il n'y a pas de lésion, il n'y a pas eu usage de la force, donc qu'il y a eu consentement. C'est mal comprendre l'anatomie et la physiologie normale ainsi que les circonstances dans lesquelles surviennent les agressions sexuelles, où les victimes figent souvent avant même que l'agresseur fasse usage de la force.

À l'adolescente, le médecin prend soin d'expliquer qu'il peut y avoir pénétration sans que des lésions soient causées à l'hymen; c'est une structure qui se développe avec le corps et dont l'ouverture est variable. Il est erroné de penser qu'il y aura lacération de l'hymen à la première pénétration vaginale chez toutes les adolescentes.

Traitement des lésions

Évidemment, les différentes blessures trouvées seront traitées selon les méthodes habituelles.

La majorité des petites **lacérations de l'hymen** guériront spontanément. Des bains de siège sont recommandés.

Pour les **fissures anales**, le médecin peut suggérer :

- des bains de siège deux fois par jour et après le passage de selles pour bien nettoyer la région ;
- de la crème Nupercainal® pour diminuer la douleur ;
- des émoullients pour éviter la constipation, soit le Lansoïl® chez les enfants de plus de 18 mois ou le Senokot® pour les adolescentes, les adolescents et les adultes (éviter les stimulants de la fibre musculaire tel le Colace®).

S'il y a des lacérations cutanées, particulièrement au visage, il faut offrir les soins optimaux de manière à éviter, autant que faire se peut, de mauvaises cicatrices. Une consultation en plastie peut être envisagée.

Infections transmissibles sexuellement*

Selon les circonstances, il se peut qu'un traitement prophylactique contre la gonorrhée, la chlamydia, l'hépatite B et même le VIH soit offert. Sauf pour l'hépatite B, les traitements prophylactiques sont rarement administrés d'emblée.

4

Dans les 7 premiers jours après l'agression sexuelle, chez une victime déjà active sexuellement, il peut être difficile de distinguer les ITS dont elle souffrait déjà de celles qu'elle a pu contracter au moment de l'agression sexuelle.

Traitement des ITS détectées

Le médecin traite sur-le-champ les ITS détectées (*Trichomonas* au microscope).

Il se peut qu'une gonorrhée ou une chlamydie soit détectée par le laboratoire quelques jours après les prélèvements, auquel cas un traitement sera administré en fonction de l'infection détectée. La victime sera avisée et la prescription pourra être faite par téléphone à sa pharmacie.

Le traitement des ITS est gratuit et le médecin mentionne le code K-sujet traité et le code L-partenaire, si cela est indiqué.

Surveillance des symptômes

Si aucun traitement curatif ou préventif contre les ITS **n'est indiqué d'emblée au moment de la visite initiale**, le médecin avise tout de même la victime qu'elle doit surveiller la présence de symptômes de ITS : pertes vaginales, écoulement urétral, brûlements mictionnels ou génitaux, verrues, bosses, ulcères, vésicules, etc. Si des symptômes apparaissent, elle devrait joindre au plus tôt le médecin ou le centre qui a fait l'examen initial. Pour ne pas effrayer la victime outre mesure, le médecin mentionne tout de même que la prévalence des ITS est faible à la suite d'une agression sexuelle.

* Cette section est adaptée des *Lignes directrices canadiennes pour les MTS*, 1998.

Prophylaxie de la gonorrhée et de la chlamydia

Au Québec, la gonorrhée et la chlamydia sont peu fréquentes chez les victimes d'agression sexuelle, particulièrement chez les enfants.

Un traitement préventif ou prophylactique de la gonorrhée ou de la chlamydia n'est donc pas recommandé, sauf :

- si les probabilités de transmission sont élevées ;
- s'il est impossible d'effectuer des cultures et que les probabilités de transmission sont élevées ;
- si l'on sait que l'agresseur est infecté ;
- si la victime présente des symptômes qui laissent croire à une infection.

Dans les rares cas où le médecin utilise une prophylaxie, il choisit un traitement efficace contre *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* et la syphilis en phase d'incubation.

a) Enfants

- Céfixime, 8 mg/kg *per os* en dose unique (max. 400 mg) ;
PLUS
- Azithromycine, 15 mg/kg *per os* en dose unique (max. 1 g) ou érythromycine, 40 mg/kg/par jour *per os* en doses fractionnées (max. 500 mg, 4 fois par jour) pendant 7 jours.

b) Adolescentes, adolescents et adultes

- Céfixime, 400 mg *per os* en dose unique ou ofloxacine 400 mg *per os* en dose unique ou ceftriaxone, 125 mg, IM en dose unique ;
PLUS
- Azithromycine, 1 g *per os* en dose unique.

* L'azithromycine peut être utilisée en cas de grossesse.

* La céfixime et le ceftriaxone ne doivent pas être prescrits si une allergie est connue aux céphalosporines ou s'il y a déjà eu une réaction immédiate ou anaphylactique aux pénicillines.

Prophylaxie de l'hépatite B

La prophylaxie de l'hépatite B dépend du statut vaccinal de la victime et, si elle est vaccinée, de son statut d'immunité contre l'hépatite B (« répondeur » ou « non-répondeur », en fonction de la présence ou non d'anticorps : anti-HBs > 10 UI/L). La victime peut aussi avoir déjà contracté une hépatite B et être ainsi immunisée. Les adolescentes et les adolescents qui ont terminé leur 3^e secondaire en juin 1999 ont, dans un fort pourcentage, été vaccinés à l'école primaire en quatrième année. Le médecin doit aussi tenir compte du risque de contamination par le virus et du choix de la victime.

Les **facteurs de risque de ITS chez l'agresseur** sont plus élevés s'il s'agit :

- d'un homme homosexuel ou bisexuel ;
- d'un usager de drogue injectable ;
- d'un détenu ou d'un ex-détenu ;
- d'un porteur du VIH ou de l'hépatite A, B ou C, ou d'une personne ayant eu un contact sexuel ou avec le sang de ce porteur ;
- d'un individu issu d'une communauté où l'hépatite B est endémique ;
- d'un voyageur ayant eu des contacts sexuels ou ayant été en contact avec du sang dans des régions où l'hépatite B ou le VIH sont endémiques ;
- d'un agresseur inconnu.

6

a) Chez une victime vaccinée

- *Si l'on sait qu'elle est « répondeur »* (anticorps contre l'hépatite B, anti-HBs > 10 UI/L), aucune prophylaxie n'est indiquée.
- *Si l'on ne sait pas si elle est « répondeur »*, on dose les anti-HBs :
 - s'ils sont > 10 UI/L, aucune prophylaxie n'est indiquée ;
 - s'ils sont < 10 UI/L, on donne une dose de rappel dans les plus brefs délais (le plus tôt possible ; maximum 14 jours).

Après un mois, on dose les anticorps :

- s'ils sont < 10 UI/L, on administre la deuxième série de vaccins ;
- s'ils sont > 10 UI/L, on considère la victime comme répondeur et vaccinée.
- *Si l'on sait qu'elle n'est pas « répondeur »* (anti-HBs < 10 UI/L), on commence une deuxième série de vaccins.
- **Si elle a reçu uniquement 1 ou 2 doses du vaccin :**
 - on peut doser les anticorps :
 - si elle est répondeur, on peut terminer la vaccination ;
 - sinon, on peut commencer une deuxième série de vaccins ;
 - on peut aussi tout simplement, en fonction du délai depuis la dernière dose et du nombre de doses, soit terminer la vaccination ou entreprendre une deuxième série de vaccins en y ajoutant des immunoglobulines.

b) Chez une victime non vaccinée

- Si l'on choisit de procéder à une prophylaxie, on administre :
 - des immunoglobulines spécifiques (HBIG);
 - et**
 - le vaccin contre l'hépatite B.
- Ces deux traitements devraient être donnés en même temps, le plus tôt possible après le contact, de préférence dans les 48 heures, **au plus tard dans les 14 jours après l'agression sexuelle**. La valeur de la protection par les HBIG serait de 75%. Passé 7 jours, la protection diminuerait; après 14 jours, on ne connaît pas la valeur de cette protection.
- Si seules les immunoglobulines sont données sans le vaccin, on doit répéter les HBIG 28 jours après l'agression.
- On dose les HBsAg et les anti-HBs de 1 à 3 mois après la fin de la vaccination.
- **Immunoglobulines hyperimmunes contre l'hépatite B (HBIG):**
0,06 ml/kg (maximum 5 ml) intramusculaire
- **Vaccin:** Recombivax HB®

10 ans et -	11 - 19 ans	20 ans et +
0,25 ml	0,5 ml	1,0 ml
- **Engerix®-B**

19 ans et -	20 ans et +
0,5 ml	1,0 ml

Les intervalles sont: immédiatement, 1 mois, 6 mois.

On injecte dans le deltoïde.

On peut aussi donner la troisième dose de 3 à 5 mois après la deuxième.

Les effets secondaires du vaccin sont peu fréquents et habituellement peu importants.

Prophylaxie du VIH

L'administration d'un traitement prophylactique du VIH après une agression sexuelle n'est **généralement pas indiquée**, sauf exception. L'application de ce traitement est controversée. **Un comité provincial travaille sur ce problème actuellement et devrait produire un rapport avec des recommandations en 2005.**

- Les données dont on dispose sont fondées surtout sur l'exposition professionnelle au VIH par l'entremise d'une personne qu'on sait porteuse du virus.
- Certains experts recommandent l'administration d'un traitement prophylactique uniquement quand on sait que l'agresseur est porteur du VIH. Les risques de transmission sont aussi très faibles dans les cas de contacts oraux-génitaux.

- Ce traitement, idéalement, **devrait débuter très tôt après l'exposition et certainement dans les premières 48 heures, de préférence dans les toutes premières heures.**
- C'est un traitement dont les effets secondaires sont nombreux et parfois importants. D'après les études, un grand nombre de victimes qui ont essayé ce traitement ne l'ont pas poursuivi, sauf celles qui savaient que leur agresseur était séropositif.
- Il est souhaitable de consulter un collègue expérimenté dans ce domaine. On peut aussi appeler **le médecin de garde en santé publique**. Il ne faut pas oublier que la décision doit être prise rapidement puisque la prophylaxie doit être commencée dans un très court délai après l'agression sexuelle. **Il serait souhaitable que le centre désigné ait en réserve les médicaments nécessaires pour cette prophylaxie.**

Notification au partenaire ou à l'agresseur

Lorsqu'une ITS est diagnostiquée, la recherche des contacts sexuels est importante. Les échantillons devraient être prélevés avec autant de soin sur les personnes ayant eu des contacts sexuels avec la victime que sur cette dernière.

Comme on ne sait pas, dans les 7 jours après l'agression sexuelle, si cette ITS était déjà présente avant l'agression sexuelle ou si la victime a été infectée au moment de l'agression sexuelle, il est préférable de traiter son partenaire, si elle en a un.

Il est souvent délicat, sinon impossible, de demander à la victime de contacter son agresseur. Les responsables locaux de santé publique peuvent procéder à la notification à l'agresseur et à l'orientation de ce dernier pour qu'il subisse une évaluation clinique, des tests et reçoive un traitement. Si la victime a porté plainte à la police et si elle est d'accord, on peut aussi demander au policier d'aviser l'agresseur de contacter les responsables de santé publique ou un médecin.

Prévention de la grossesse

Si la victime risque de devenir enceinte, l'administration de la contraception d'urgence est envisagée. Mieux vaut prescrire ce traitement plus souvent que moins souvent.

La contraception d'urgence peut être offerte jusqu'à 120 heures (5 jours) après l'agression sexuelle. Son efficacité diminue avec les jours, mais l'indication comme contraceptif d'urgence est valable jusqu'à 5 jours complets.

Le plan B (lévonorgestrel) est le contraceptif d'urgence de premier choix. Ce plan comprend deux comprimés pouvant être pris en une seule fois, ce qui est aussi efficace qu'un comprimé pris deux fois à 12 heures d'intervalle. Le plan B est plus efficace que les autres méthodes et donne moins de nausées.

On peut aussi utiliser la méthode Yuzpe; il s'agit de deux comprimés d'Ovral®, pris 2 fois à 12 heures d'intervalle (4 comprimés en tout), le plus tôt possible après l'agression sexuelle. On ajoute du Graval® avec chaque prise, de manière à éviter les nausées.

Des antibiotiques peuvent nuire à l'efficacité de la contraception d'urgence, soit le métronidazole, la tétracycline et le rifampin. Lorsque les 2 traitements sont utilisés, les antibiotiques devraient être pris 24 heures après la prise de la contraception d'urgence.

Plaintes psychosomatiques, anxiété, insomnie

Dans le cas d'un examen négatif, le médecin doit expliquer l'origine, très souvent liée au stress, et le caractère parfois temporaire des plaintes physiques diverses (céphalées, douleurs abdominales, etc.), sans lien avec un traumatisme ou une maladie.

Les médicaments pour réduire l'anxiété et traiter l'insomnie peuvent être indiqués dans les situations d'agression sexuelle, **moins souvent chez les adolescentes et les adolescents et de façon exceptionnelle chez les enfants**. S'ils sont prescrits, ce sera d'abord pour une période de 2 semaines, avec réévaluation.

Chez les adolescentes, les adolescents et les adultes, dans une situation où la victime décrit surtout un malaise et une tension, on peut choisir le lorazépam. Dans une situation où ce sont surtout les éléments de panique ou d'anxiété extrême qui dominent, on peut choisir l'alprazolam ou le clonazépam. **On les prescrit de manière régulière**, soit 3 ou 4 fois par jour et non au besoin, pour éviter la dépendance psychologique. En effet, la prise de comprimés, associée directement au soulagement des malaises, conduit plus facilement à la dépendance psychologique.

S'il s'agit d'un problème d'insomnie uniquement, on peut prescrire du lorazépam au coucher seulement, bien que l'insomnie soit aussi liée à un état de tension ou de malaise qui peut se poursuivre dans la journée et pourrait nécessiter une médication plus régulière, le jour et au coucher.

Après 2 semaines, si les symptômes de panique ou d'anxiété persistent, il faut penser à une médication à plus long terme. On pourra recourir au chlorhydrate de paroxétine (adulte) ou au bromhydrate de citalopram, qui donnent de bons résultats dans les états anxieux. Aussi, dans les états post-traumatiques, après un essai des médicaments déjà mentionnés, si les idées traumatiques sont encore très présentes, on pourra envisager la clonidine ou le propranolol. Dans la mesure du possible et selon ses compétences, le médecin traitant devrait consulter un psychiatre ou demander une consultation en psychiatrie pour la victime, avant d'entreprendre ces traitements.

Il faut limiter la durée de la prescription, particulièrement s'il y a risque de tentative de suicide (les médicaments prescrits pourraient alors être utilisés à cette fin).

Évidemment, ces traitements sont accompagnés d'un suivi psychosocial ou psychothérapeutique.

Préparation du suivi médical

En général, une visite médicale de relance sera proposée à toutes les victimes d'agression sexuelle.

Si la victime a été vue moins de 7 jours après l'agression sexuelle, la première visite de relance sera proposée de 7 à 15 jours plus tard. C'est un délai idéal pour, selon les indications, répéter les prélèvements pour les ITS, examiner les blessures, vérifier la présence de symptômes et le retour des menstruations, rassurer la victime à propos de certaines plaintes liées au stress, évaluer son état émotionnel et discuter de médication contre l'insomnie ou l'anxiété selon les circonstances.

Si la victime a été vue plus de 7 jours après l'agression sexuelle et qu'il n'y a pas de prélèvements pour les ITS ou d'autres vérifications médicales à effectuer, la relance est adaptée au besoin. Ainsi, une victime évaluée 10 jours après l'agression sexuelle (prélèvements faits) pourrait être revue 2 semaines plus tard, mais une victime examinée 3 mois après l'agression sexuelle n'a peut-être pas besoin d'un suivi médical, mais pourrait être orientée pour obtenir un soutien psychosocial.

Conclusion

Les prophylaxies de la gonorrhée, de la chlamydia et du VIH sont rarement indiquées. La prophylaxie de l'hépatite A et de l'hépatite B peut être indiquée ; il faut bien évaluer le statut d'immunité de la victime. **Pour toutes ces infections, il faut préciser que les risques de transmission sont faibles en général.** La contraception d'urgence ne doit pas être négligée.

Évidemment, toutes ces prophylaxies ne sont indiquées que dans les situations où il y a eu contact possible avec les sécrétions de l'agresseur. Il faut impliquer la victime dans la décision ; après lui avoir présenté les faits, elle pourra décider. Il est important de donner les meilleurs soins et traitements de manière à éviter le plus d'inconfort possible à la victime.



ÉTAPE 6 :

INFORMATION ET SOUTIEN, SIGNALEMENT AU DPJ, DÉCLARATION À LA POLICE ET RÉFÉRENCES

Pour répondre aux besoins des
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE
enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes

*Intervenons
ensemble*

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Sécurité	3
Signalement au directeur de la protection de la jeunesse et sécurité chez les mineurs	3
Déclaration à la police	4
Hébergement et sécurité chez les adultes	4
Information	4
Aspects émotionnels	5
Préparer la relance	5
Les ressources	6
Centres jeunesse	6
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	6
Centre d'aide pour les victimes d'actes criminels (CAVAC)	7
Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec	7
Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale	8
Autres organismes communautaires	8
Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)	9
Les services policiers	9
Les palais de justice	9
Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	10
Commande de trousse médicolégaux et de trousse médicosociales sans prélèvements médicolégaux	10
Conclusion	10
Annexe 1	
Coordonnées des organismes d'aide aux victimes d'agression sexuelle (par région)	11

Introduction

Selon les circonstances et les besoins exprimés par la victime, la dernière étape de l'intervention médico-sociale initiale consiste à :

- s'assurer qu'elle est en sécurité :
 - signaler l'agression au directeur de la protection de la jeunesse (enfants, adolescentes, adolescents);
 - aider la victime dans sa déclaration à la police;
 - lui trouver parfois un hébergement;
 - s'assurer qu'elle soit accompagnée au départ;
- informer la victime et lui remettre des brochures : sur la problématique de l'agression sexuelle; sur les démarches judiciaires possibles; sur l'IVAC; sur la santé et les aspects médicaux liés à l'agression; sur les organismes d'aide aux victimes;
- offrir à la victime l'information et le soutien nécessaires en ce qui concerne les aspects émotionnels :
 - lui expliquer ce à quoi elle peut s'attendre et comment y faire face;
 - lui fournir un billet justifiant une absence du travail ou de l'école;
- préparer la relance.

L'intervention médicosociale est parfois la première démarche d'une victime d'agression sexuelle, mais pas nécessairement la dernière. Il est donc important d'assurer la continuité des services avec les autres organismes ou établissements de la région. Il s'agit d'indiquer à la victime les ressources pouvant répondre à ses besoins et, si nécessaire, après avoir obtenu son accord, de communiquer avec celles-ci pour assurer un transfert harmonieux.

3

Sécurité

Signalement au directeur de la protection de la jeunesse et sécurité chez les mineurs

Les intervenantes et les intervenants doivent signaler au directeur de la protection de la jeunesse tout mineur chez qui on suspecte une agression sexuelle, un mauvais traitement physique, de la négligence ou une absence de soins. **Donc, particulièrement, les intervenantes et intervenants des centres désignés sont tenus de signaler au Directeur de la protection de la jeunesse les enfants, adolescentes et adolescents qu'ils accueillent à la suite d'une agression sexuelle. C'est une obligation et un devoir.**

À cette fin, le signalement au DPJ mérite d'être étoffé d'impressions cliniques. Est-on inquiet de laisser partir cet enfant, cette adolescente ou cet adolescent? Sera-t-il entouré, protégé? Est-il dangereux pour lui-même? Son mode de vie comporte-t-il des risques? Son milieu répond-il à ses besoins fondamentaux?

Signaler une situation où l'on suspecte une agression sexuelle ne signifie pas que le directeur de la protection de la jeunesse offrira des services à long terme à la victime (voir procédures sociales ou sociojudiciaires chez les mineurs, dans le chapitre *Lois, interventions policières, procédures judiciaires et sociales*).

L'intervenante ou l'intervenant, même s'il y a eu signalement au DPJ, doit s'assurer que la jeune victime est en sécurité au moment de son départ. L'adolescente, si elle est venue seule, doit être accompagnée lorsqu'elle quitte le *centre désigné*.

Déclaration à la police

On doit d'abord informer la victime sur la procédure à suivre pour porter plainte et sur les autres procédures judiciaires.

Si la victime, ou ses parents si elle est âgée de moins de 14 ans, désire porter plainte, l'intervenante ou l'intervenant peut l'aider dans cette démarche. On peut communiquer avec le service de police pour qu'un policier se présente au *centre désigné* pour rencontrer la victime.

Accompagner la victime dans sa décision de porter plainte à la police signifie qu'il faut d'abord respecter cette décision. Il est important de lui expliquer qu'elle peut revenir sur sa décision, qu'elle peut discuter avec le policier et même avec le procureur avant que ce dernier ne porte une accusation formelle. Au cours de cette démarche, elle pourra mesurer sa motivation et confirmer ou non ses craintes. Si la victime est mineure, en particulier s'il s'agit d'une adolescente ou d'un adolescent, il faut aider les parents à comprendre et à respecter le choix de leur enfant.

C'est lorsque la victime décide de porter plainte et signe le consentement prévu à cette fin (formulaire 1) que l'on remet à la police la trousse médicolégale ou les formulaires de la trousse médicosociale sans prélèvements médicolégaux.

4

Hébergement et sécurité chez les adultes

Si la victime est adulte, on s'assure qu'elle se sent en sécurité ; il est bon qu'elle désigne une personne qui lui offrira une présence sécurisante (conjoint, parent, amie, ami, etc.). Il se peut qu'une victime isolée socialement ait besoin d'un hébergement temporaire ; on cherchera alors à faciliter les contacts avec les maisons d'hébergement de la région. Il faut aussi, si la victime n'est pas accompagnée, prévoir une aide appropriée : billet de taxi, accompagnement par des bénévoles, etc.

Information

Depuis le début de l'intervention médicosociale, beaucoup d'information aura été transmise à la victime. On s'assure que l'information essentielle lui est fournie, et surtout que la victime comprend qu'elle pourra reprendre contact avec une intervenante ou un intervenant du *centre désigné* pour un supplément d'information.

On peut aussi remettre à la victime des documents ou des brochures :

- sur la problématique de l'agression sexuelle ;
- sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC). Il est important de remettre une brochure de l'IVAC à la victime ou à ses parents ;
- sur la santé et sur les aspects médicaux liés à l'agression (contraception d'urgence, vaccin contre l'hépatite A et l'hépatite B, information sur les infections transmissibles sexuellement [ITS], etc.) ;
- sur les démarches judiciaires possibles ;
- sur les centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle de la région (CALACS), etc.

Il faut informer la victime sur les ressources qui peuvent lui fournir une aide psychosociale : CSSS, CALACS, CAVAC, école (psychologue, psychoéducateur, infirmière, travailleuse sociale, etc.), service psychiatrique ou pédopsychiatrique, hôpital, ressources privées ou autres organismes communautaires, etc.

Aspects émotionnels

Tout au long de l'intervention, l'intervenante ou l'intervenant aura vu à soutenir la victime par ses attitudes et ses paroles, par la satisfaction de ses besoins et, enfin, par l'information fournie.

Avant leur départ, il faut rassurer la victime et ses parents (si la victime est mineure) en les informant sur les réactions variées et variables que peut avoir la personne agressée et en précisant surtout que chacun réagit de manière bien personnelle. L'intervenante ou l'intervenant décrit de façon globale et nuancée ce que la victime peut s'attendre à vivre dans les jours ou les semaines qui suivent. Il ne s'agit pas de prescrire une réaction, mais de rassurer la victime sur le fait que ce qu'elle peut ressentir est normal dans le contexte. Elle pourra par exemple avoir des cauchemars, avoir peur d'être seule, de sortir seule, traverser des périodes de tristesse, de déprime, constater un changement dans son appétit, des problèmes de sommeil, des changements dans l'humeur (nervosité, agressivité contre des personnes proches, etc.), ressentir de la culpabilité et de la frustration, éprouver une baisse de concentration au travail ou à l'école, de la fatigue, des malaises physiques, etc. Il faut indiquer que ces réactions devraient s'atténuer; elles seront plus présentes et intenses durant les premières semaines, et s'estomperont progressivement. Si elles persistent ou sont trop intenses, la victime devrait demander de l'aide.

L'intervention initiale n'est pas le moment approprié pour surcharger la victime en information de toutes sortes. Il s'agit de l'apaiser en examinant les différents champs où de l'information peut lui être utile, en lui donnant quelques points de repère et les coordonnées d'une personne-ressource disponible.

Il faut rechercher des personnes susceptibles de l'aider et l'encourager à parler avec ces personnes ou tout simplement à se tenir un peu plus souvent en leur compagnie. La victime aura peut-être tendance à vouloir mettre l'incident de côté. Il est bon de lui mentionner que c'est parfois en racontant son histoire à une personne de confiance qu'on s'apaise un peu. Certaines trouvent aussi la paix dans l'écriture, la musique, etc.

Dès le départ, la victime est encouragée à poursuivre sa vie régulière, son travail ou ses études selon le cas. Elle s'y sentira probablement mieux, même si elle est déconcentrée ou mal à l'aise, plutôt que de rester à ne rien faire ou à réfléchir à l'événement.

On peut toutefois offrir de lui fournir **un billet d'absence temporaire du travail ou de l'école**, jusqu'à ce qu'elle se sente capable de reprendre ses activités. La perte de salaire peut être remboursée en partie par un régime privé d'assurance salaire, d'assurance emploi ou par l'IVAC.

Préparer la relance

Au moment du départ de la victime, l'intervenante ou l'intervenant discute de la relance psychosociale et de la relance médicale, si ce n'est déjà fait (voir l'étape 5: *Soins et traitements*). Ces relances ont pour but :

- de vérifier l'état de santé de la victime et de refaire au besoin des tests de dépistage pour les ITS et la grossesse ;
- de vérifier son état émotionnel et ses besoins sur ce plan.

La victime devrait donc quitter avec :

- un rendez-vous pour le suivi médical ou un numéro de téléphone où appeler pour ce suivi;
- un rendez-vous pour le suivi psychosocial ou les coordonnées des ressources locales auxquelles elle peut avoir recours.

Selon les régions et l'organisation des services, les suivis médical et psychosocial seront assurés au même endroit ou dans des endroits différents, par les personnes présentes à la visite initiale ou par des personnes différentes, par une seule personne ou par deux intervenantes ou intervenants (voir *Protocole d'intervention médicosociale*).

Les ressources

Les *centres désignés* collaborent avec plusieurs organismes de la communauté qui assurent la continuité des services offerts aux victimes d'agression sexuelle. La présente section énumère les organismes auxquels les intervenantes et les intervenants auront recours pour offrir des services concertés aux victimes d'agression sexuelle. On décrit aussi les mandats de quelques-uns de ces organismes.

Vous trouverez l'adresse de ces organismes dans les pages qui suivent.

Vous trouverez en annexe 1 les coordonnées des organismes par région et des centres désignés.

Centres jeunesse

6

Chaque agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux est dotée d'un centre jeunesse. Le centre jeunesse est une entité administrative qui regroupe plusieurs services qui ont trait à la protection de l'enfance et à la réadaptation sociale : directeur de la protection de la jeunesse, services de placement (familles d'accueil), centres d'accueil et de réadaptation.

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC

2000, rue Mansfield, bureau 1100

Montréal (Québec) H3A 2Z8

Tél. : (514) 842-5181

Télec. : (514) 842-4834

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)

Les CALACS sont des ressources communautaires « spécifiques et spécialisées ». La majorité d'entre eux s'adressent prioritairement aux femmes et aux adolescentes agressées sexuellement.

Leur travail auprès des victimes consiste à les informer des recours qui s'offrent à elles, les aider à traverser les conséquences d'une agression récente ou passée (suivi individuel, groupe de soutien), à composer avec le fait d'avoir été agressées sexuellement, à reprendre du pouvoir sur leur vie, et finalement, à les accompagner dans les démarches qu'elles décident d'entreprendre (médicales, judiciaires ou autres). L'intervention des CALACS est traversée par le souci de défendre le droit des femmes au respect de leur intégrité, aux bons traitements et à la justice.

Un autre volet important de la mission des CALACS est la prévention et la sensibilisation et dans ce sens, ils travaillent à changer les conditions qui contribuent à la perpétuation des agressions sexuelles.

REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES CALACS

C. P. 267, succ. de Lorimier

Montréal (Québec)

H2H 2N6

Tél. : (514) 529-5252

Télec. : (514) 529-5255

Centre d'aide pour les victimes d'actes criminels (CAVAC)

Un centre d'aide pour les victimes d'actes criminels est un organisme communautaire mandaté par le ministère de la Justice, par l'intermédiaire du Bureau d'aide aux victimes d'actes criminels, pour offrir des services d'aide aux victimes d'actes criminels. Il existe actuellement 11 CAVAC au Québec.

Les services d'un CAVAC sont entièrement gratuits et la confidentialité est assurée. Ces services incluent :

- l'intervention téléphonique ou individuelle au cours d'une visite ;
- l'écoute et le soutien, l'intervention psychosociale de base centrée sur le choc post-traumatique ;
- l'information sur les procédures judiciaires ainsi que sur les droits et les recours des victimes d'actes criminels ;
- le soutien et l'accompagnement de la victime dans ses démarches auprès des organismes privés, publics et communautaires, dont le palais de justice ;
- l'orientation vers les ressources juridiques, médicales, sociales et communautaires appropriées.

7

Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec

La Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec regroupe au-delà de 30 maisons d'hébergement qui accueillent des femmes aux prises avec des difficultés qui révèlent, dans la grande majorité des cas, une forme de violence dans leur vie : la violence physique ou psychologique subie par ces femmes est manifeste. Certaines maisons accueillent des femmes seules, d'autres des femmes avec enfants ou les deux à la fois.

**FÉDÉRATION DES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VIOLENTÉES
ET EN DIFFICULTÉ DU QUÉBEC**

110, rue Sainte-Thérèse, bureau 505

Montréal (Québec) H2Y 1E6

Tél. : (514) 878-9757

Télec. : (514) 878-9755

Adresse électronique : fede@cam.org

Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale

Les maisons d'aide et d'hébergement accueillent gratuitement les femmes victimes de violence conjugale ainsi que leurs enfants. Ces maisons offrent de nombreux services, mais on y trouve notamment :

- un lieu sécuritaire et des services 24 heures par jour, 7 jours par semaine, offerts gratuitement aux femmes victimes de violence ainsi qu'à leurs enfants ;
- du soutien et de l'accompagnement dans les démarches juridiques ou autres entreprises par les victimes ;
- un lieu d'écoute et d'entraide où les femmes sont amenées à se déculpabiliser et à reprendre le contrôle de leur vie, même après le séjour ;
- une attention particulière en ce qui a trait à la réalité des enfants ;
- des services de consultation externe (sans hébergement).

110, rue Sainte-Thérèse
Montréal (Québec)
H2Y 1E6
Tél. : (514) 878-9134
Télec. : (514) 878-9136

Le regroupement a une ligne sans frais, qui permet d'orienter rapidement les victimes de violence conjugale vers une ressource d'hébergement.

8

S.O.S Violence conjugale

Tél. : (514) 873-6952

Tél. (sans frais) : 1 800 363-9010

Les services sont offerts aux femmes et aux hommes victimes de violence conjugale. Les services incluent :

- l'écoute téléphonique ;
- l'orientation vers une maison d'hébergement ou une ressource appropriée ;
- l'intervention téléphonique.

Autres organismes communautaires

Dans plusieurs régions du Québec, d'autres types d'organismes communautaires interviennent auprès des victimes d'agression sexuelle. Des organismes pour des hommes ayant subi des agressions sexuelles dans l'enfance ou l'adolescence existent notamment dans la région de Montréal.

Pour avoir la liste de ces organismes et connaître leur mission ainsi que la population à laquelle ils s'adressent, vous pouvez communiquer avec l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de votre région.

Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)

La CSST gère un programme gouvernemental d'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC). Les agressions sexuelles en font partie. Les victimes et leurs parents (si elles sont mineures) peuvent faire une demande d'indemnisation. Divers frais sont remboursés si la demande est acceptée : transport, vêtements, déménagement, perte de journées de travail, etc. Une indemnité pour dommages subis (physiques ou psychiques) est également allouée, mais ce processus est long (1 à 2 ans). De plus, des frais de consultation psychologique sont assumés par l'IVAC (CSST), au besoin. Le médecin est parfois appelé à remplir les formulaires de la CSST à cet effet.

BUREAU CENTRAL DE LA DIRECTION DE L'IVAC

1199, rue de Bleury, 9^e étage
C. P. 6056, succ. Centre-ville
Montréal (Québec)
H3C 4E1
Tél. : (514) 873-6019
Tél. (sans frais) : 1 800 561-IVAC
Télec. : (514) 873-3531

Les services policiers

Au Québec, les organismes policiers sont regroupés ainsi : Sûreté du Québec, corps de police municipaux, corps de police autochtones. Généralement, les victimes sont reçues par les policiers du territoire où a eu lieu l'événement.

Le policier peut intervenir auprès de la victime avant qu'elle soit reçue au centre désigné. Dans plusieurs cas, il accompagne la victime. Lorsque la victime décide de porter plainte, et signe le consentement prévu à cette fin, la trousse médico-légale ou la trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux est remise au policier. Celui-ci achemine la trousse médico-légale au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale. Lorsque le dossier est complété, il le soumet au procureur de la couronne qui en étudie la recevabilité.

9

Les palais de justice

Chacune des régions du Québec a un ou des palais de justice. Tout au long du processus judiciaire, le procureur rencontre la victime d'agression sexuelle à plusieurs occasions :

- Rencontre avec la victime dans le cadre d'une dénonciation judiciaire. Cette rencontre est préalable aux démarches ultérieures dans le cadre du processus judiciaire.
- Explication du déroulement et des étapes du processus judiciaire.
- Préparation et soutien des victimes au cours du témoignage.

Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale

Le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale est une unité autonome de service du ministère de la Sécurité publique. Il a pour mission de *servir la justice en toute impartialité* et de soutenir, par une expertise scientifique rigoureuse, les enquêtes judiciaires ou policières.

Le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale analyse les prélèvements médico-légaux de la trousse médico-légale (voir étape 4 : *Examens médical et médico-légal, tests et prélèvements*).

LABORATOIRE DE SCIENCES JUDICIAIRES ET DE MÉDECINE LÉGALE

Édifice Wilfrid-Derôme
1701, rue Parthenais – 12^e étage
Montréal (Québec)
H2K 3S7
Tél. : (514) 873-2704
Télec. : (514) 873-4847

Commande de trousse médico-légales et de trousse médicosociales sans prélèvements médico-légaux

Voici l'adresse où les centres désignés peuvent commander des trousse médico-légales et des trousse médicosociales sans prélèvements médico-légaux.

Les ateliers MIRA-DOR

Établissement de détention – Sherbrooke
1055, rue Talbot
Sherbrooke (Québec)
J1G 2P3
Tél. : (819) 820-3100
Télec. : (819) 820-3964

10

Conclusion

Il est important d'assurer la continuité des services en faisant appel aux organismes appropriés et en transmettant les renseignements pertinents aux victimes d'agression sexuelle.

Cette étape conclut l'intervention médicosociale initiale. Elle prépare également la relance. Le *centre désigné* offre un suivi médical qui se fait généralement quelques semaines après la première rencontre. Le *centre désigné* ou un organisme local assure le suivi psychosocial.

Annexe 1

Coordonnées des organismes d'aide aux victimes d'agression sexuelle (par région)

01 Région du Bas-Saint-Laurent

Centres désignés

Centre hospitalier régional de Rimouski

150, avenue Rouleau
Rimouski (Québec) G5L 5T1
Tél. : (418) 723-7851
Télec. : (418) 724-8632

Centre hospitalier d'Amqui

135, rue de l'Hôpital
Amqui (Québec) G5J 2K5
Tél. : (418) 629-2211
Télec. : (418) 629-4498

Réseau de santé du Témiscouata

58, rue de l'Église
Notre-Dame-du-Lac (Québec) G0L 1X0
Tél. : (418) 899-6751
Télec. : (418) 899-2809

Centre hospitalier de Rivière-du-Loup

75, rue Saint-Henri
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 2A4
Tél. : (418) 868-1000
Télec. : (418) 868-1032

Centre jeunesse

Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent

92, 2^e Rue Ouest, 2^e étage
Rimouski (Québec) G5L 8V5
Tél. : (418) 723-1255
Télec. : (418) 722-0620

CH et CHSLD de Matane

333, rue Thibault
Matane (Québec) G4W 2W5
Tél. : (418) 562-3135
Télec. : (418) 562-9374

Centre mitissien de santé et de services communautaires

800, avenue du Sanatorium
Mont-Joli (Québec) G5H 3L6
Tél. : (418) 775-7261
Télec. : (418) 775-8551

Réseau de santé et de services sociaux des Basques

550, rue Notre-Dame Est
Trois-Pistoles (Québec) G0L 4K0
Tél. : (418) 851-1111
Télec. : (418) 851-2934

Réseau de santé Kamouraska

1201, 6^e Avenue
La Pocatière (Québec) G0R 1Z0
Tél. : (418) 856-7000
Télec. : (418) 856-4737

Signalement – Urgence sociale

Heures de travail	En dehors des heures de travail
(418) 723-1255	
(sans frais): 1 800 463-9009	(sans frais): 1 800 463-9009

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)**CALACS**

Rimouski

Tél. : (418) 725-4220

Télec. : (418) 725-4213

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)**CAVAC de la région de Rimouski**

Tél. : (418) 724-0976 (victimes)

Télec. : (418) 724-2066

Région du Bas-Saint-Laurent

Tél. : (sans frais): 1 800 820-2282

Point de service de Rivière-du-Loup

Tél. : (418) 862-9004

12

Palais de justice et substituts du procureur général**KAMOURASKA**

Palais de justice

33, rue de la Cour

Rivière-du-Loup (Québec) G5R 3V8

Tél. : (418) 862-8233

Télec. : (418) 862-5092

RIMOUSKI

Palais de justice

183, rue de la Cathédrale

Rimouski (Québec) G5L 5J1

Tél. : (418) 727-3862

Télec. : (418) 727-3603

RIMOUSKI (Matane)

Palais de justice

382, rue Saint-Jérôme

Matane (Québec) G4W 3B3

Tél. : (418) 562-3532

Télec. : (418) 560-8427

Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale

La Débrouille

Rimouski
Tél. : (418) 724-5067

La Gigogne

Matane
Tél. : (418) 562-3377

L'Autre-Toit du KRTB

Cabano
Tél. : (418) 854-7160

District du Bas-Saint-Laurent–Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

393, rue Vanier
Rimouski (Québec) G5L 8X1
Tél. : (418) 721-7211
Télec. : (418) 721-3809
PQ: PQ40320

Sûreté du Québec

Poste de la MRC des Basques
398, rue Jean-Rioux, C. P. 159
Trois-Pistoles (Québec) G0L 4K0
Tél. : (418) 851-3833
Télec. : (418) 851-3984

Poste de la MRC de La Matapédia
155, rue de l'Hôpital
Amqui (Québec) G5J 2K7
Tél. : (418) 629-4464
Télec. : (418) 629-5964

Poste de la MRC de Matane
1333, avenue du Phare Ouest
Matane (Québec) G4W 3M6
Tél. : (418) 562-2222
Télec. : (418) 562-9555

Poste de la MRC de Rivière-du-Loup
351, boulevard Hôtel-de-Ville
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 5H2
Tél. : (418) 862-9191
Télec. : (418) 862-6428

Poste de la MRC de Témiscouata
82, rue de l'Aréna Nord, C. P. 398
Notre-Dame-du-Lac (Québec) G0L 1X0
Tél. : (418) 899-6757
Télec. : (418) 899-0032

Poste de la MRC de Kamouraska
225, rue Rochette, C. P. 370
Saint-Pascal (Québec) G0L 3Y0
Tél. : (418) 492-3638
Télec. : (418) 492-7569

Poste de la MRC de La Mitis
2, rue Saint-Rémi, C. P. 400
Price (Québec) G0J 1Z0
Tél. : (418) 775-1525
Télec. : (418) 775-1528

Poste de la MRC de Rimouski-Neigette
11, rue Saint-Laurent Ouest
Rimouski (Québec) G5L 8B5
Tél. : (418) 721-7308
Télec. : (418) 721-7330

Poste autoroutier de Rivière-du-Loup
351, boulevard Hôtel-de-Ville
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 5H2
Tél. : (418) 862-9191
Télec. : (418) 862-6428

Service de sécurité publique municipale

Sécurité publique de Rivière-du-Loup

555, rue Lafontaine

Rivière-du-Loup (Québec) G5R 3C5

Tél. : (418) 862-6303

Télec. : (418) 867-6626

Municipalité desservie : Rivière-du-Loup

Police autochtone

Aucune

02 Région du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Centres désignés (en processus de nomination ; en attendant, utiliser les urgences des établissements suivants)**Centre Cléophas-Claveau (siège social)**

Hôpital Baie des Ha! Ha!

1000, avenue Dr Desgagné, C.P. 38

La Baie (Québec) G7B 3P9

Tél. : (418) 544-3381

Télec. : (418) 544-0770

Complexe hospitalier de la Sagamie (siège social)

Pavillon Saint-Vallier

305, rue Saint-Valier, C. P. 5006

Chicoutimi (Québec) G7H 5H6

Tél. : (418) 541-1000

Télec. : (418) 541-1090

14

Carrefour de santé de Jonquière (siège social)

2230, rue de l'Hôpital

Jonquière (Québec) G7X 7X2

Tél. : (418) 695-7700

Télec. : (418) 695-7729

Centre Le Jeannois (siège social)

Pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma

300, boulevard Champlain Sud

Alma (Québec) G8B 5W3

Tél. : (418) 669-2000

Télec. : (418) 668-9695

Centre Maria-Chapdelaine (siège social)

2000, boulevard Sacré-Cœur

Dolbeau-Mistassini (Québec) G8L 2R5

Tél. : (418) 276-1234

Télec. : (418) 276-4355

Hôtel-Dieu de Roberval (siège social)

450, rue Brassard

Roberval (Québec) G8H 1B9

Tél. : (418) 275-0110

Télec. : (418) 275-6202

Centres jeunesse**Les Centres jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean**

520, rue Jacques-Cartier Est

Chicoutimi (Québec) G7H 8A2

Tél. : (418) 549-4853, poste 3120

Télec. : (418) 693-0768

Signalement – Urgence sociale

Heures de travail	En dehors des heures de travail
(418) 543-3006 (sans frais): 1 800 463-9188	(sans frais): 1 800 463-9188

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)**La Maison ISA**

Chicoutimi

Tél.: (418) 545-6444

Téléc.: (418) 545-3596

CALACS Entre-Elles

Tél.: (418) 275-1004 ou 1 866 666-1004

Téléc.: (418) 275-5558

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)**CAVAC Marthe Vaillancourt**

Tél.: (418) 543-9695

Téléc.: (418) 543-5289

Tél. (sans frais): 1 877 543-9695 (pour Saguenay–Lac-Saint-Jean)

Palais de justice et substituts du procureur général**CHICOUTIMI**

Palais de justice

227, rue Racine Est

Chicoutimi (Québec) G7H 5C5

Tél.: (418) 696-9947

Téléc.: (418) 698-3559

ROBERVAL (Roberval)

Palais de justice

750, boulevard Saint-Joseph, salle 2.01

Roberval (Québec) G8H 2L5

Tél.: (418) 275-0209

Téléc.: (418) 275-3664

ROBERVAL (Alma)

Palais de justice

725, rue Harvey Ouest

Alma (Québec) G8B 1P5

Tél.: (418) 662-6433

Téléc.: (418) 480-1913

**Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées
et en difficulté du Québec****Centre Amical de La Baie**

La Baie

Tél.: (418) 544-4626

Téléc.: (418) 544-0849

Centre féminin du Saguenay Inc.

Chicoutimi

Tél.: (418) 549-4343

Téléc.: (418) 549-4568

La Passerelle Inc.

Alma

Tél.: (418) 668-4671

Téléc.: (418) 668-4671

Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale

Auberge de l'Amitié

Roberval
Tél. : (418) 275-4574

La Chambrée

Saint-Simon
Tél. : (418) 547-7283

Halte-Secours

Dolbeau
Tél. : (418) 276-3965

District du Saguenay–Lac-Saint-Jean

1110, rue des Roitelets
Chicoutimi (Québec) G7H 6N3
Tél. : (418) 549-3778
Télec. : (418) 549-4291
PQ: PQ40443

Sûreté du Québec

Poste de Chapais-Chibougamau
133, rue Dubuc
Chibougamau (Québec) G8P 2H4
Tél. : (418) 748-7652
Télec. : (418) 748-3346

Poste principal de la MRC du Domaine-du-Roy
235, rue Tanguay
Roberval (Québec) G8H 3B3
Tél. : (418) 275-0433
Télec. : (418) 275-0527

16

Poste auxiliaire de la MRC du Domaine-du-Roy
1205, boulevard Saint-Félicien
Saint-Félicien (Québec) G8K 3H5
Tél. : (418) 679-0240
Télec. : (418) 679-0540

Poste de la MRC du Fjord-du-Saguenay
1110, rue des Roitelets
Chicoutimi (Québec) G7H 6N3
Tél. : (418) 549-4576
Télec. : (418) 549-3490

Poste de la MRC de Lac-Saint-Jean-Est
2775, avenue Dupont Sud
Alma (Québec) G8B 5V2
Tél. : (418) 662-6606
Télec. : (418) 662-4974

Poste de la MRC de Maria-Chapdelaine
381, 8^e Avenue
Dolbeau-Mistassini (Québec) G8L 3E4
Tél. : (418) 276-2871
Télec. : (418) 276-5077

Service de sécurité publique municipale

Service de police Ville de Saguenay
2201, rue de Montfort
Jonquière (Québec) G7X 4P6
Tél. : (418) 546-2000
Télec. : (418) 546-2038
Municipalité desservie : Saguenay

Police autochtone

Police autochtone de Mashteuiatsh
1689, rue Amishk
Mashteuiatsh (Pointe-Bleue) (Québec) G0W 2H0
Tél. : (418) 275-3333
Télec. : (418) 275-3539
Municipalité desservie : Mashteuiatsh

03 Région de Québec

Centres désignés

Hôpital Saint-François d'Assise

10, rue de l'Espinay
Québec (Québec) G1L 3L5
Tél. : (418) 525-4444
Téléc. : (418) 525-6338

Centre Saint-Joseph de La Malbaie

303, rue Saint-Étienne
La Malbaie (Québec) G5A 1T1
Tél. : (418) 665-1700
Téléc. : (418) 665-1732

Centre jeunesse

Centre jeunesse de Québec

2915, avenue Bourg-Royal
Beauport (Québec) G1C 3S2
Tél. : (418) 661-6951, poste 1519
Téléc. : (418) 661-2845

Signalement – Urgence sociale

Heures de travail	En dehors des heures de travail
(418) 661-6951	(418) 661-3700
(sans frais) : 1 800 463-4834	(sans frais) : 1 800 463-4834

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)

Viol-Secours

Québec (Québec)
Tél. : (418) 522-2120
Téléc. : (418) 522-2130

CALACS de Charlevoix

La Malbaie (Québec)
Tél. : (418) 665-2999
Téléc. : (418) 665-2999

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)

CAVAC-Région de Québec

Tél. : (418) 648-2190
Téléc. : (418) 648-8110
Tél. (sans frais) : 1 888 881-7192

Palais de justice et substituts du procureur général

CHARLEVOIX

Palais de justice
30, chemin de la Vallée, 2^e étage
La Malbaie – Pointe-au-Pic (Québec) G0T 1J0
Tél. : (418) 665-3971
Téléc. : (418) 665-7375

QUÉBEC

Palais de justice
300, boulevard Jean-Lesage, local 2.55
Québec (Québec) G1K 8K6
Tél. : (418) 649-3500
Téléc. : (418) 646-4919

Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec

Maison Hélène-Lacroix

Sainte-Foy

Tél. : (418) 527-4682

Télec. : (418) 527-1913

Mirépi Maison d'hébergement inc.

Saint-Raymond

Tél. : (418) 337-4809

Télec. : (418) 337-4809

Maison Kinsmen Marie-Rollet

Québec

Tél. : (418) 688-9024

Télec. : (418) 688-4539

Maison du Cœur pour femmes

Charlesbourg

Tél. : (418) 841-0019

Télec. : (418) 841-1023

Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale

Maison des femmes de Québec

Québec

Tél. : (418) 522-0042

Maison d'hébergement

pour femmes immigrantes de Québec

Sainte-Foy

Tél. : (418) 652-9761

La Montée

Pointe-au-Pic

Tél. : (418) 665-4694

District de la Capitale-Nationale–Chaudière-Appalaches

5005, boulevard Pierre-Bertrand, C. P. 8400, Term. postal

Québec (Québec) G1K 7W2

Tél. : (418) 623-6363

Télec. : (418) 623-6561

PQ: PQ40181

Sûreté du Québec

Poste de la MRC de Charlevoix

995, boulevard Monseigneur-de-Laval

Baie-Saint-Paul (Québec) G3Z 2W4

Tél. : (418) 435-2012

Télec. : (418) 435-0147

Poste de la MRC de La Côte-de-Beaupré

10682, avenue Royale

Sainte-Anne-de-Beaupré (Québec) G0A 3C0

Tél. : (418) 827-4545

Télec. : (418) 827-5087

Poste de la MRC de Charlevoix-Est

168, boulevard Notre-Dame

Clermont (Québec) G4A 1G1

Tél. : (418) 439-6473

Télec. : (418) 439-2299

Poste de la MRC de la Jacques-Cartier

1105, rue de l'Église Nord

Val-Bélair (Québec) G3K 1X5

Tél. : (418) 840-1130

Télec. : (418) 840-2747

Poste de la MRC de l'Île-d'Orléans
939, route Prévost
Saint-Pierre-de-l'Île-d'Orléans (Québec) G0A 4E0
Tél. : (418) 828-4141
Télec. : (418) 828-1313

Poste auxiliaire de la MRC de Portneuf
101, rue Provencher, C. P. 98
Portneuf (Québec) G0A 2Y0
Tél. : (418) 286-3335
Télec. : (418) 286-2253

Service de sécurité publique municipale

Service de police de la Ville de Québec
1130, route de l'Église
Sainte-Foy (Québec) G1V 4E1
Tél. : (418) 641-6411
Télec. : (418) 641-6494

Municipalité desservie : Québec

Police autochtone

Police autochtone Wendake
20, boulevard Bastien
Village des Hurons (Québec) G0A 4V0
Tél. : (418) 843-5491
Télec. : (418) 843-6216

Municipalité desservie : Wendake

Poste principal de la MRC de Portneuf
1012, Grand Rang
Saint-Raymond (Québec) G3L 4G9
Tél. : (418) 337-7060
Télec. : (418) 337-3492

Poste autoroutier de Québec
5005, boulevard Pierre-Bertrand, C. P. 8400, Term. postal
Québec (Québec) G1K 7W2
Tél. : (418) 623-6249
Télec. : (418) 623-6239

Police autochtone de Pakua Shipi
C. P. 265

Saint-Augustin (Québec) G0G 2R0
Tél. : (418) 947-2787
Télec. : (418) 947-2622

Municipalité desservie : Saint-Augustin

04 Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Centres désignés

Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice

885, boulevard Ducharme
La Tuque (Québec) G9X 3C1
Tél. : (819) 523-4581
Télec. : (819) 523-7992

Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

731, rue Sainte-Julie
Trois-Rivières (Québec) G9A 1Y1
Tél. : (819) 697-3333
Télec. : (819) 372-3581

Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie

50, 199^e Rue
Shawinigan-Sud (Québec) G9P 5K1
Tél. : (819) 536-7500
Télec. : (819) 536-7658

Hôpital Sainte-Croix

570, rue Hériot
Drummondville (Québec) J2B 1C1
Tél. : (819) 478-6464
Télec. : (819) 478-6410

Hôtel-Dieu d'Arthabaska

5, rue des Hospitalières
 Victoriaville (Québec) G6P 6N2
 Tél.: (819) 357-2030
 Téléc.: (819) 357-4314

Centre de santé Les blés d'or

216, rue Principale
 Fortierville (Québec) G0S 1J0
 Tél.: (819) 287-4442
 Téléc.: (819) 287-4605

Centres jeunesse**Les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec**

1455, boulevard du Carmel
 Trois-Rivières (Québec) G8Z 3R7
 Tél.: (819) 378-5481
 Téléc.: (819) 378-4929

Signalement – Urgence sociale**Heures de travail**

(819) 375-6886
 (sans frais): 1 800 567-8520

En dehors des heures de travail

(819) 375-6886
 (sans frais): 1 800 567-8520

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)**CALACS de Trois-Rivières**

Trois-Rivières
 Tél.: (819) 373-1232
 Téléc.: (819) 373-5033

La Passerelle

Drummondville
 Tél.: (819) 478-3353
 Téléc.: (819) 478-0003

Centre d'aide Aqua-R-Elle

Victoriaville
 Tél.: (819) 751-0755
 Téléc.: (819) 758-8270

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)**CAVAC de la Mauricie**

118, rue Radisson, bureau 300
 Trois-Rivières (Québec) G9A 2C4
 Tél.: (819) 373-0337
 Téléc.: (819) 373-9465
 Tél. (sans frais): 1 888 552-2822
 (pour région de la Mauricie)

CAVAC Centre-du-Québec

404, rue Saint-Georges
 Drummondville (Québec) J2C 4H4
 Tél.: (819) 472-1110
 Téléc.: (819) 475-8725
 Tél. (sans frais): 1 888 472-1110

Palais de justice et substituts du procureur général**ARTHABASKA**

Palais de justice
800, boulevard Bois-Francis Sud, local 14
Victoriaville (Québec) G6P 5W5
Tél. : (819) 357-9267
Télec. : (819) 357-9835

SAINT-MAURICE (Shawinigan)

Palais de justice
212, 6^e Rue, R.C. 05
Shawinigan (Québec) G9N 8B6
Tél. : (819) 537-8805
Télec. : (819) 536-0481

TROIS-RIVIÈRES

Palais de justice
878, rue de Tonnancourt, local 1.01
Trois-Rivières (Québec) G9A 4P8
Tél. : (819) 372-4151
Télec. : (819) 371-6957

DRUMMOND

Palais de justice
355, rue Marchand, 1^{er} étage
Drummondville (Québec) J2C 4N7
Tél. : (819) 475-8421
Télec. : (819) 475-8725

SAINT-MAURICE (La Tuque)

Édifice Le Carrefour
290, rue Saint-Joseph, 2^e étage, C. P. 595
La Tuque (Québec) G9X 3P4
Tél. : (819) 523-9527
Télec. : (819) 523-5128

**Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées
et en difficulté du Québec****Le F.A.R. inc.**

Cap-de-la-Madeleine
Tél. : (819) 378-2990
Télec. : (819) 378-9348

**Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition
pour femmes victimes de violence conjugale****Maison « De Connivence » inc.**

Trois-Rivières
Tél. : (819) 379-1011
Télec. : (819) 379-1950

Le Toit de l'Amitié

La Tuque
Tél. : (819) 523-7829
Télec. : (819) 523-8642

La Rose des Vents de Drummond inc.

Drummondville
Tél. : (819) 472-5444
Télec. : (819) 472-3890

La Séjournelle

Shawinigan
Tél. : (819) 537-8348
Télec. : (819) 536-0908

Maison d'hébergement La Volte-Face inc.

Victoriaville
Tél. : (819) 795-3444
Télec. : (819) 357-8757

La Nacelle

Nicolet
Tél. : (819) 293-6942
Télec. : (819) 293-2374

Autre ressource**Centre d'hébergement pour femmes autochtones victimes de violence conjugale Asperimowin**

C. P. 848

La Tuque (Québec) G9X 3P6

Tél. : (819) 523-8600

Télec. : (819) 523-4519

District de la Mauricie–Centre-du-Québec

950, rue Tousignant

Cap-de-la-Madeleine (Québec) G8V 1S2

Tél. : (819) 379-7800

Télec. : (819) 379-7998

PQ: PQ40176

Sûreté du Québec

Poste de la MRC d'Arthabaska

11, rue Gamache

Victoriaville (Québec) G6P 6T2

Tél. : (819) 752-4545

Télec. : (819) 752-3990

Poste de la MRC de Bécancour

1365, boulevard Bécancour

Bécancour (Québec) G0X 1G0

Tél. : (819) 298-2211

Télec. : (819) 298-4082

22

Poste autoroutier du Centre-du-Québec

2000, boulevard Foucault

Saint-Charles-de-Drummond (Québec) J2B 7T5

Tél. : (819) 478-2577

Télec. : (819) 478-2577

Poste de la MRC des Chenaux

750, 2^e Avenue

Sainte-Anne-de-la-Pérade (Québec) G0X 2J0

Tél. : (819) 325-2272

Télec. : (819) 325-2953

Poste de la MRC de Drummond

1600, boulevard Saint-Joseph

Drummondville (Québec) J2C 7V7

Tél. : (819) 478-2575

Télec. : (819) 478-9339

Poste de la MRC de l'Érable

2353, rue Saint-Calixte

Plessisville (Québec) G6L 1S2

Tél. : (819) 362-1221

Télec. : (819) 362-8110

Poste de la MRC du Haut-Saint-Maurice

1491, boulevard Ducharme

La Tuque (Québec) G9X 4R7

Tél. : (819) 523-2731

Télec. : (819) 523-6378

Poste principal de la MRC de Maskinongé

647, boulevard Saint-Laurent Est

Louiseville (Québec) J5V 1J1

Tél. : (819) 228-2774

Télec. : (819) 228-0361

Poste auxiliaire de la MRC de Maskinongé

150, rue Guimont

Saint-Boniface-de-Shawinigan (Québec) G0S 2L0

Tél. : (819) 535-1900

Télec. : (819) 535-1642

Poste autoroutier de la Mauricie

950, rue Tousignant

Cap-de-la-Madeleine (Québec) G8V 1S2

Tél. : (819) 379-7644

Télec. : (819) 379-7609

Poste de la MRC de Mékinac
651, route 153
Saint-Tite (Québec) G0X 3H0
Tél. : (418) 365-4365
Téléc. : (418) 365-3748

Poste de la ville de Shawinigan
785, 7^e Avenue
Grand-Mère (Québec) G9T 2B7
Tél. : (819) 538-1222
Téléc. : (819) 538-5237

Service de sécurité publique municipale

Service de la sécurité publique de Trois-Rivières
2250, boulevard des Forges
Trois-Rivières (Québec) G9A 5K4
Tél. : (819) 691-2929
Téléc. : (819) 374-3506

Municipalité desservie : Trois-Rivières

Police autochtone

Police autochtone d'Obedjiwan
13, rue Wapistan
Obedjiwan (Québec) G0W 3B0
Tél. : (819) 974-8814
Téléc. : (819) 974-1309
Municipalité desservie : Obedjiwan

Police autochtone Wemotaci
Attikamek Wemotaci
Via Saumaur (Québec) G0X 3R0
Tél. : (819) 666-2238
Téléc. : (819) 666-2396
Municipalité desservie : Wemotaci

Poste de la MRC de Nicolet-Yamaska
124, rue Denis-Désaulniers
Nicolet (Québec) J3T 1C6
Tél. : (819) 293-4428
Téléc. : (819) 293-2324

Police autochtone Odanak
58, rue Wabanaki
Odanak (Québec) J0G 1H0
Tél. : (450) 568-3733
Téléc. : (450) 568-2772
Municipalité desservie : Odanak

Police autochtone Wôlinak
10125-A, rue Kolipaño
Wôlinak (Québec) G0X 1B0
Tél. : (819) 294-2000
Téléc. : (819) 294-4178
Municipalité desservie : Wôlinak

05 Région de l'Estrie

Centre désigné

CHUS-Hôpital Fleurimont

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke-Hôpital Fleurimont
3001, 12^e Avenue Nord
Fleurimont (Québec) J1H 5N4
Tél. : (819) 346-1110
Téléc. : (819) 822-6789

Centre jeunesse**Centre jeunesse de l'Estrie**

340, rue Dufferin

Sherbrooke (Québec) J1H 4M7

Tél. : (819) 822-2727

Télec. : (819) 564-7149

Signalement – Urgence sociale

Heures de travail	En dehors des heures de travail
(819) 566-4121	
(sans frais) : 1 800 463-1029	(sans frais) : 1 800 463-1029

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)**CALACS Sherbrooke**

Sherbrooke

Tél. : (819) 563-9999

Télec. : (819) 563-0359

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)**CAVAC de la région de l'Estrie**

Tél. : (819) 820-2822

Télec. : (819) 820-8469

Tél. (sans frais) : 1 877 822-2822

24

Palais de justice et substitut du procureur général**Saint-François**

Palais de justice

375, rue King Ouest

Sherbrooke (Québec) J1H 6B9

Tél. : (819) 822-6920

Télec. (819) 820-3972

Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec**L'Escale de l'Estrie**

Sherbrooke

Tél. : (819) 569-3611

Télec. : (819) 569-6279

Séjour La Bonne Œuvre

Martinville

Tél. : (819) 835-9272

Télec. : (819) 835-0422

Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale

La Méridienne

Weedon

Tél. : (819) 877-3050

Télec. : (819) 877-5199

La Bouée régionale de Lac-Mégantic

Lac-Mégantic

Tél. : (819) 583-1233

Télec. : (819) 583-5593

District de l'Estrie

40, rue Don Bosco Sud

Sherbrooke (Québec) J1L 1W4

Tél. : (819) 572-6000

Télec. : (819) 572-6006

PQ: PQ40370

Sûreté du Québec

Poste de la MRC d'Asbestos

600, rue Gosselin, C. P. 270

Wotton (Québec) J0A 1N0

Tél. : (819) 828-1313

Télec. : (819) 828-1441

Poste de la MRC de Coaticook

451, rue Principale Ouest

Coaticook (Québec) J1A 1P8

Tél. : (819) 849-4813

Télec. : (819) 849-3134

Poste autoroutier de l'Estrie

40, rue Don Bosco Sud

Sherbrooke (Québec) J1L 1W4

Tél. : (819) 572-6072

Télec. : (819) 572-6083

Poste de la MRC du Granit

3025, rue Laval

Lac-Mégantic (Québec) G6B 1A5

Tél. : (819) 583-1710

Télec. : (819) 583-5329

Poste de la MRC du Haut-Saint-François

440, rue Craig Nord

Cookshire (Québec) J0B 1M0

Tél. : (819) 875-3331

Télec. : (819) 875-5711

Poste de la MRC de Memphrémagog

40, rue Don Bosco Sud

Sherbrooke (Québec) J1L 1W4

Tél. : (819) 572-6072

Télec. : (819) 572-6083

Poste de la MRC du Val Saint-François

735, rue Gouin, C. P. 730

Richmond (Québec) J0B 2H0

Tél. : (819) 826-3755

Télec. : (819) 826-3644

Services de sécurité publique municipale

Régie de police de Memphrémagog

44, rue Sherbrooke

Magog (Québec) J1X 2R4

Tél. : (819) 843-3334

Télec. : (819) 843-1550

Municipalités desservies : Austin, Magog,

Orford, Sainte-Catherine-de-Hatley

Service de police de Sherbrooke

400, rue Marquette

Sherbrooke (Québec) J1H 1M4

Tél. : (819) 821-1986

Télec. : (819) 821-1956

Municipalité desservie : Sherbrooke

Police autochtone

Aucune

06 Région de Montréal-Centre

Centres désignés**(ENFANTS ET ADOLESCENTS / MOINS DE 18 ANS)**Francophone**Salle d'urgence – 24 h**

Hôpital Sainte-Justine

3175, côte Sainte-Catherine

Montréal (Québec) H3T 1C5

Tél. : (514) 345-4611

Télec. : (514) 345-4800

Anglophone**Salle d'urgence – 24 h**

Hôpital de Montréal

2300, rue Tupper

Montréal (Québec) H3H 1P3

Tél. : (514) 412-4499 (soir)

(514) 412-4481 ou 412-4483 (jour)

Télec. : (514) 412-4477

(ADULTES / 18 ANS ET PLUS)Francophone**CHUM – Hôtel-Dieu de Montréal****Salle d'urgence – 24 h**

3840, rue Saint-Urbain

Montréal (Québec) H2W 1T8

Tél. : (514) 890-8100

24 heures : service de messagerie, demandez
l'intervenante de garde en agression sexuelle**Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal**Anglophone

Hôpital général de Montréal

1650, avenue Cedar

Montréal (Québec) H3G 1A4

Lundi au vendredi : de 17 h 00 à 8 h 00

Fin de semaine et jours fériés : 24 heures

Tél. : (514) 934-8090

Bilingue

CSSS de Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension

1801, boulevard de Maisonneuve Ouest, 3^e étage

Montréal (Québec) H3H 1J9

Lundi au vendredi :

8 h 00 à 17 h 00

Tél. : (514) 934-0354

Centres jeunesse

Les Centres jeunesse de Montréal

1001, boulevard de Maisonneuve Est, 7^e étage
Montréal (Québec) H2L 4R5
Tél. : (514) 896-3104
Télec. : (514) 896-3179

Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw

5, rue Weredale Park
Westmount (Québec) H3Z 1Y5
Tél. : (514) 989-1885
Télec. : (514) 989-2295

Signalement – Urgence sociale : services francophones

Heures de travail	En dehors des heures de travail
(514) 896-3100	(514) 896-3100

Signalement – Urgence sociale : services anglophones

Heures de travail	En dehors des heures de travail
(514) 935-6196	(514) 935-6196

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)

Mouvement contre le viol et l'inceste

Montréal
Tél. : (514) 278-9383
Télec. : (514) 278-9385

Trêve pour Elles

Montréal
Tél. : (514) 251-0323
Télec. : (514) 251-2433

CALACS de l'Ouest de l'Île

Pierrefonds
Tél. : (514) 620-4333
Télec. : (514) 620-6882

Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal

Tél. : (514) 934-0354
Ligne d'urgence 24 heures / 7 jours : (514) 934-4504
Télec. : (514) 934-3776

27

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)

CAVAC de Montréal

Tél. : (514) 277-9860 (victimes)
Tél. : (514) 277-2503 (administration)
Tél. : (514) 277-1500 (Chambre de la jeunesse)
Télec. : (514) 277-5780

Palais de justice et substituts du procureur général

Montréal

Palais de justice
1, rue Notre-Dame Est
Montréal (Québec) H2Y 1B6
Tél. : (514) 393-2721
Télec. : (514) 873-4760

Chambre de la jeunesse

410, rue Bellechasse Est
Montréal (Québec) H2S 1X3
Tél. : (514) 495-5800
Télec. : (514) 864-4149

Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec

Auberge Madeleine

Montréal
Tél. : (514) 597-1499
Télec. : (514) 597-1708

Inter-Val 1175 inc.

Montréal
Tél. : (514) 933-8488
Télec. : (514) 933-8489

L'Arrêt-Source

Montréal
Tél. : (514) 383-2335
Télec. : (514) 383-8568

Le Paradis

Montréal
Tél. : (514) 637-3529
Télec. : (514) 637-3345

Flora Tristan inc.

Montréal
Tél. : (514) 939-3463
Télec. : (514) 939-3465

Transit 24

Montréal
Tél. : (514) 383-4994
Télec. : (514) 383-2735

Auberge Shalom pour femmes

Montréal
Tél. : (514) 731-0833
Télec. : (514) 731-8337

Maison Dalauze

Montréal
Tél. : (514) 640-4210
Télec. : (514) 640-0865

Maison de l'Ancre

Montréal
Tél. : (514) 725-1534
Télec. : (514) 725-0774

Le Chaînon

Montréal
Tél. : (514) 845-0151
Télec. : (514) 844-4180

Maison Marguerite

Montréal
Tél. : (514) 932-8872
Télec. : (514) 932-5349

Maison grise de Montréal

Montréal
Tél. : (514) 722-0009
Télec. : (514) 722-1588

La Dauphinelle

Montréal
Tél. : (514) 598-7779
Télec. : (514) 598-5865

Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale

Assistance aux femmes

Montréal
Tél. : (514) 270-8291

Refuge pour les femmes de l'Ouest de l'île

Roxboro
Tél. : (514) 620-4845

Multi-femmes

Montréal
Tél. : (514) 523-1095

Secours aux femmes

Montréal
Tél. : (514) 593-6353

Maison du Réconfort

Montréal
Tél. : (514) 768-8648

Escale pour Elle

Montréal
Tél. : (514) 493-4004
Télec. : (514) 351-3151

District de Montréal–Laval–Laurentides–Lanaudière

2085, boulevard Sainte-Marie
Mascouche (Québec) J7L 3Y1
Tél. : (450) 474-7676
Télec. : (450) 474-7686
PQ : PQ40061

Sûreté du Québec

Poste autoroutier de Montréal
4060, rue Seré
Saint-Laurent (Québec) H4T 1A6
Tél. : (514) 341-4411
Télec. : (514) 341-5983

Service de sécurité publique municipale

Service de police de la Ville de Montréal
1441, rue Saint-Urbain
Montréal (Québec) H2X 2M8
Tél. : (514) 280-2000
Télec. : (514) 280-2008
Municipalité desservie : Montréal

Postes de quartier*Secteur Ouest***PDQ1**

Beaconsfield/Baie-D'Urfé, Kirkland, Pierrefonds/
Senneville, Île Bizard/Sainte-Geneviève/
Sainte-Anne-de-Bellevue
2883, boulevard Saint-Charles
Kirkland (Québec) H9H 3B5
Tél. : (514) 280-0101
Télec. : (514) 280-0601

PDQ3 Est

Pierrefonds/Senneville, Île Bizard/
Sainte-Geneviève/Sainte-Anne-de-Bellevue
4993, boulevard des Sources
Pierrefonds (Québec) H8Y 3E3
Tél. : (514) 280-0103
Télec. : (514) 280-0603

PDQ3 Ouest

Pierrefonds/Senneville, Île Bizard/
Sainte-Geneviève/Sainte-Anne-de-Bellevue
2, rue Paiement
Sainte-Geneviève (Québec) H9H 2S5
Tél. : (514) 280-0103
Télec. : (514) 280-0603

PDQ4

Dollard-des-Ormeaux/Roxboro
4139, boulevard des Sources
Dollard-des-Ormeaux (Québec) H9B 2A6
Tél. : (514) 280-0104
Télec. : (514) 280-0604

PDQ5

Dorval, Pointe-Claire
395, boulevard Saint-Jean
Pointe-Claire (Québec) H9R 3J2
Tél. : (514) 280-0105
Télec. : (514) 280-0605

PDQ7

Saint-Laurent
780, boulevard Décarie
Saint-Laurent (Québec) H4L 3L5
Tél. : (514) 280-0107
Télec. : (514) 280-0607

PDQ9

Côte-Saint-Luc/Hampstead/Montréal-Ouest
5757, boulevard Cavendish
Côte-Saint-Luc (Québec) H4W 2W8
Tél. : (514) 280-0109
Télec. : (514) 280-0609

PDQ11

Côte-des-Neiges/Notre-Dame-de-Grâce
6255, rue Somerled
Montréal (Québec) H3X 2B7
Tél. : (514) 280-0111
Télec. : (514) 280-0611

PDQ13 Sud

LaSalle
8745, boulevard Lasalle
LaSalle (Québec) H8P 1Z2
Tél. : (514) 280-0113
Télec. : (514) 280-0613

Secteur Sud

PDQ12

Westmount, Ville-Marie
21, rue Stanton
Westmount (Québec) H3Y 3B1
Tél. : (514) 280-0112
Télec. : (514) 280-0612

PDQ15 Est

Sud-Ouest
2330, rue Notre-Dame Ouest
Montréal (Québec) H3J 1N4
Tél. : (514) 280-0115
Télec. : (514) 280-0615

PDQ6

Saint-Laurent
1761, rue Grenet
Saint-Laurent (Québec) H4L 2R6
Tél. : (514) 280-0106
Télec. : (514) 280-0606

PDQ8

Lachine
170, 15^e Avenue
Lachine (Québec) H8S 3L9
Tél. : (514) 280-0108
Télec. : (514) 280-0608

PDQ10

Ahuntsic/Cartierville
11756, boulevard O'Brien
Montréal (Québec) H4J 1Y8
Tél. : (514) 280-0110
Télec. : (514) 280-0610

PDQ13 Nord

LaSalle
2435, rue Dollard
LaSalle (Québec) H8N 1S2
Tél. : (514) 280-0113
Télec. : (514) 280-0613

PDQ15 Ouest

Sud-Ouest
1625, rue de l'Église
Montréal (Québec) H4E 1G6
Tél. : (514) 280-0115
Télec. : (514) 280-0615

PDQ16 Est

Verdun
3617, rue Wellington
Verdun (Québec) H4G 1T9
Tél. : (514) 280-0116
Télec. : (514) 280-0616

PDQ16 Ouest

Verdun

5967, rue de Verdun

Verdun (Québec) H4H 1M5

Tél.: (514) 280-0116

Télec.: (514) 280-0616

PDQ21

Ville-Marie

1180, rue Sainte-Élizabeth

Montréal (Québec) H2X 3C4

Tél.: (514) 280-0121

Télec.: (514) 280-0621

PDQ23

Mercier/Hochelaga-Maisonneuve

4555, rue Hochelaga

Montréal (Québec) H1V 1C2

Tél.: (514) 280-0123

Télec.: (514) 280-0623

Secteur Nord

PDQ24 Nord

Mont-Royal, Outremont

40, avenue Roosevelt

Mont-Royal (Québec) H3R 1Z4

Tél.: (514) 280-0124

Télec.: (514) 280-0624

PDQ25

Côte-des-Neiges

5995, boulevard Décarie

Montréal (Québec) H3W 3C9

Tél.: (514) 280-0125

Télec.: (514) 280-0625

PDQ27

Ahuntsic/Cartierville

10416, rue Lajeunesse

Montréal (Québec) H3L 2E5

Tél.: (514) 280-0127

Télec.: (514) 280-0627

PDQ30 Est

Villeray/Saint-Michel/Parc-Extension

8930, boulevard Pie IX

Montréal (Québec) H1Z 4H9

Tél.: (514) 280-0130

Télec.: (514) 280-0630

PDQ20

Ville-Marie

951, rue Williams

Montréal (Québec) H3C 1P3

Tél.: (514) 280-0120

Télec.: (514) 280-0620

PDQ22

Ville-Marie

1200, rue Papineau

Montréal (Québec) H2K 4R5

Tél.: (514) 280-0122

Télec.: (514) 280-0622

PDQ38 Ouest

Ville-Marie

380, rue Prince-Arthur

Montréal (Québec) H2X 3Y4

Tél.: (514) 280-0138

Télec.: (514) 280-0638

PDQ24 Sud

Mont-Royal, Outremont

1435, rue Van Horne

Outremont (Québec) H2V 1K9

Tél.: (514) 280-0124

Télec.: (514) 280-0624

PDQ26

Côte-des-Neiges

3323, chemin Queen-Mary

Montréal (Québec) H3V 1A2

Tél.: (514) 280-0126

Télec.: (514) 280-0626

PDQ28

Ahuntsic/Cartierville

1805, rue Fleury Est

Montréal (Québec) H2B 1H7

Tél.: (514) 280-0128

Télec.: (514) 280-0628

PDQ30 Ouest

Villeray/Saint-Michel/Parc-Extension

8156, boulevard Saint-Michel

Montréal (Québec) H1Z 3E2

Tél.: (514) 280-0130

Télec.: (514) 280-0630

PDQ31 Est

Villeray/Saint-Michel/Parc-Extension
8151, rue Rousselot
Montréal (Québec) H2E 1Z7
Tél. : (514) 280-0131
Télec. : (514) 280-0631

PDQ33

Villeray/Saint-Michel/Parc-Extension
7035, avenue du Parc
Montréal (Québec) H3N 1X7
Tél. : (514) 280-0133
Télec. : (514) 280-0633

PDQ35 Ouest

Rosemont/Petite-Patrie
920, rue Bélanger Est
Montréal (Québec) H2S 3P4
Tél. : (514) 280-0135
Télec. : (514) 280-0635

PDQ38 Est

Plateau Mont-Royal
1033, rue Rachel Est
Montréal (Québec) H2J 2J5
Tél. : (514) 280-0138
Télec. : (514) 280-0638

Secteur Est

PDQ39

Montréal-Nord
4707, rue Charleroi
Montréal-Nord (Québec) H1H 1V1
Tél. : (514) 280-0139
Télec. : (514) 280-0639

PDQ42 Nord

Saint-Léonard
8181, rue Lacordaire
Saint-Léonard (Québec) H1R 2A3
Tél. : (514) 280-0142
Télec. : (514) 280-0642

PDQ43

Rosemont/Petite-Patrie
4160, rue Beaubien Est
Montréal (Québec) H1T 1S2
Tél. : (514) 280-0143
Télec. : (514) 280-0643

PDQ31 Ouest

Villeray/Saint-Michel/Parc-Extension
7920, boulevard Saint-Laurent
Montréal (Québec) H2R 2Y2
Tél. : (514) 280-0132
Télec. : (514) 280-0632

PDQ35 Est

Rosemont/Petite-Patrie
6665, rue Papineau
Montréal (Québec) H2G 2X3
Tél. : (514) 280-0135
Télec. : (514) 280-0635

PDQ37

Plateau Mont-Royal
209, avenue Laurier Est
Montréal (Québec) H2T 1G2
Tél. : (514) 280-0137
Télec. : (514) 280-0637

PDQ40

Montréal-Nord
6100, boulevard Henri-Bourassa Est
Montréal-Nord (Québec) H1G 5X3
Tél. : (514) 280-0140
Télec. : (514) 280-0640

PDQ42 Sud

Saint-Léonard
5555, rue Jean-Talon Est
Saint-Léonard (Québec) H1S 1L8
Tél. : (514) 280-0142
Télec. : (514) 280-0642

PDQ44

Rosemont/Petite-Patrie
3610, boulevard Saint-Joseph Est
Montréal (Québec) H1Z 1W6
Tél. : (514) 280-0144
Télec. : (514) 280-0644

PDQ45

Rivière-des-Prairies/Pointe-aux-Trembles/
Montréal-Est
8200, boulevard Maurice-Duplessis
Montréal (Québec) H1E 2Y5
Tél. : (514) 280-0145
Téléc. : (514) 280-0645

PDQ47

Mercier/Hochelaga-Maisonneuve
6547, rue de Marseille
Montréal (Québec) H1N 1M1
Tél. : (514) 280-0147
Téléc. : (514) 280-0647

PDQ49

Rivière-des-Prairies/Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est
1498, boulevard Saint-Jean-Baptiste
Montréal (Québec) H1B 4A4
Tél. : (514) 280-0149
Téléc. : (514) 280-0649

Police autochtone

Aucune

PDQ46

Anjou
6850, rue Joseph-Renaud
Anjou (Québec) H1K 3V4
Tél. : (514) 280-0146
Téléc. : (514) 280-0646

PDQ48

Mercier/Hochelaga-Maisonneuve
8305, rue Notre-Dame Est
Montréal (Québec) H1L 3L2
Tél. : (514) 280-0148
Téléc. : (514) 280-0648

07 Région de l'Outaouais

33

Centres désignés

Coordonnées des deux pavillons du Centre hospitalier des vallées de l'Outaouais (CHVO) et du CH-CHSLD de Papineau qui offrent présentement le service dans la ville de Gatineau

Un seul numéro de téléphone à composer pour Gatineau afin d'obtenir soutien, accompagnement, examen médico-légal et référence

INFO-SANTÉ (819) 770-6900

CHVO (secteur Hull)

Hôpital de Hull
116, boulevard Lionel-Émond
Hull (Québec) J8Y 1W7
Tél. : (819) 595-6222
Téléc. : (819) 595-6039

CHVO (secteur Gatineau)

Hôpital de Gatineau
909, boulevard de la Vérendrye
Gatineau (Québec) J8P 7H2
Tél. : (819) 561-8222
Téléc. : (819) 561-8317

CH-CHSLD de Papineau

(Gatineau, secteur Buckingham)
500, rue Bélanger
Buckingham (Québec) J8L 2M4
Tél.: (819) 986-4094
Télec.: (819) 986-4124

Les autres territoires sont en voie d'implantation.

Centre hospitalier du Pontiac

200, rue Argue
Shawville (Québec) J0X 2Y0
Tél.: (819) 647-2211
Télec.: (819) 647-2799

Centre hospitalier Vallée-de-la-Gatineau

309, boulevard Desjardins
Maniwaki (Québec) J9E 2E7
Tél.: (819) 449-4690, poste 400
Télec.: (819) 449-5152

Centre Gatineau Mémorial

101, chemin Burnside
Wakefield (Québec) J0X 3G0
Tél.: (819) 459-2342
Télec.: (819) 459-3947

Centres jeunesse**Les Centres jeunesse de l'Outaouais**

105, rue Sacré-Cœur
Hull (Québec) J8X 1C5
Tél.: (819) 771-6631
Télec.: (819) 771-7263

Signalement – Urgence sociale

34

Heures de travail

(819) 776-6060
(sans frais): 1 800 567-6810

En dehors des heures de travail

(sans frais): 1 800 567-6810

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)**CALAS de l'Outaouais**

Hull
Tél.: (819) 771-1773
Télec.: (819) 771-6233

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)**CAVAC de l'Outaouais**

207-775, boulevard de la Carrière
Gatineau (Québec)
Région de l'Outaouais
Tél.: (819) 778-3555
Tél. (sans frais): 1 800 331-2311
Télec.: (819) 595-1139

Palais de justice et substitut du procureur général**Gatineau**

Palais de justice
17, rue Laurier, local 1.230
Hull (Québec) J8X 4C1
Tél. : (819) 776-8111
Télec. : (819) 772-3986

**Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées
et en difficulté du Québec****L'Entourelle**

Mansfield-et-Pontefract
Tél. : (819) 683-2709
Télec. : (819) 683-1031

Maison Libère-Elles

Chelsea
Tél. : (819) 827-4510
Télec. : (819) 827-5212

Le Centre Mechtilde (secteur Hull)

Gatineau
Tél. : (819) 777-0887
Télec. : (819) 777-0887

L'Autre Chez-soi inc. (secteur Aylmer)

Gatineau
Tél. : (819) 685-0006
Télec. : (819) 685-1789

**Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition
pour femmes victimes de violence conjugale****La Maison d'hébergement pour Elles des Deux Vallées**

Gatineau (secteur Buckingham)
Tél. : (819) 986-8286

35

Hors Regroupement**Maison Unies-Vers-Femmes**

Pointe-Gatineau
Tél. : (819) 568-4710

Halte-femmes de la Haute-Gatineau

Maniwaki
Tél. : (819) 449-4545

District de l'Outaouais

85, rue Jean-Proulx
Hull (Québec) J8Z 1W2
Tél. : (819) 779-6204
Télec. : (819) 779-6276
PQ: PQ40124

Sûreté du Québec

Poste de la ville de Buckingham
830, rue Georges
Buckingham (Québec) J8L 2E5
Tél. : (819) 281-1871
Télec. : (819) 281-1676

Poste de la MRC de Papineau
380, rue Papineau
Papineauville (Québec) J0V 1R0
Tél. : (819) 427-6269
Télec. : (819) 427-6206

Poste de la MRC de la Vallée-de-la-Gatineau
161, boulevard Desjardins
Maniwaki (Québec) J9E 2C9
Tél. : (819) 449-4333
Télec. : (819) 449-0039

Services de sécurité publique municipale

Sécurité publique de la MRC des
Collines-de-l'Outaouais
7, chemin Edelweiss
La Pêche (Québec) J0X 3G0
Tél. : (819) 459-2422
Télec. : (819) 459-2626

Municipalités desservies : Cantley, Chelsea,
L'Ange-Gardien, La Pêche, Notre-Dame-de-
la-Salette, Pontiac, Val-des-Monts

Police autochtone

Police department Kitigan Zibi Anishinabeg
C. P. 220
Maniwaki (Québec) J9E 3B4
Tél. : (819) 449-6000
Télec. : (819) 449-6055
Municipalité desservie : Maniwaki

Poste autoroutier de l'Outaouais
85, rue Jean-Proulx
Hull (Québec) J8Z 1W2
Tél. : (819) 779-6245
Télec. : (819) 779-6216

Poste de la MRC de Pontiac
1320, route 148
Campbell's Bay (Québec) J0X 1K0
Tél. : (819) 648-2141
Télec. : (819) 648-2831

Service de police de Gatineau
590, boulevard Gréber
Gatineau (Québec) J8P 7H3
Tél. : (819) 246-6000
Télec. : (819) 246-6051
Municipalité desservie : Gatineau

Police autochtone du Lac-Simon
1017, rue Wabanomik
Lac-Simon (Québec) J0Y 3M0
Tél. : (819) 736-3091
Télec. : (819) 736-2382
Municipalité desservie : Lac-Simon

08 Région de l'Abitibi-Témiscamingue

Centres désignés

Réseau de la santé et des services sociaux des Aurores Boréales

CH de La Sarre
679, 2^e Rue, C. P. 6000
La Sarre (Québec) J9Z 2X7
Tél. : (819) 333-2311
Télec. : (819) 333-4316

Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos

622, 4^e Rue Ouest
Amos (Québec) J9T 2S2
Tél. : (819) 732-3341
Télec. : (819) 732-7054

Centre de santé Sainte-Famille

22, rue Notre-Dame Nord, C. P. 2000
Ville-Marie (Québec) J0Z 3W0
Tél. : (819) 622-2773
Télec. : (819) 629-3257

Centre de santé de la Vallée-de-l'Or

Point de service de Senneterre
961, rue de la Clinique, C. P. 4000
Senneterre (Québec) J0Y 2M0
Tél. : (819) 737-2243
Télec. : (819) 737-3122

Centre jeunesse

Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue

341, rue Principale Nord, 3^e étage
Amos (Québec) J9T 2L8
Tél. : (819) 732-3244
Télec. : (819) 732-4422

Centre hospitalier Vallée-de-l'Or

725, 6^e Rue
Val d'Or (Québec) J9P 3Y1
Tél. : (819) 825-6711
Télec. : (819) 825-7909

Centre hospitalier de Rouyn-Noranda

4, 9^e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2B2
Tél. : (819) 764-5131
Télec. : (819) 732-7054

Centre de santé de Témiscaming

180, rue Anvik, C. P. 760
Témiscamingue (Québec) J0Z 3R0
Tél. : (819) 627-3385
Télec. : (819) 627-3629

Signalement – Urgence sociale

Heures de travail	En dehors des heures de travail
(819) 732-3244	(819) 732-5858
(sans frais) : 1 800 567-6405	(sans frais) : 1 800 567-6405

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)**Assaut sexuel secours**

Val-d'Or

Tél. : (819) 825-6968

Télec. : (819) 825-7915

Point D'Appui

Rouyn-Noranda

Tél. : (819) 797-0101

Télec. : (819) 797-0102

CALACS Abitibi-Action Ikwe

Amos

Tél. : (819) 732-7889

Télec. : (819) 732-7856

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)**CAVAC de l'Abitibi-Témiscamingue**

Tél. : (819) 797-5599

Télec. : (819) 797-0783

Tél. (sans frais) : 1 866 335-5599

Palais de justice et substituts du procureur général**Abitibi (Amos)**

Palais de justice

891, 3^e Rue Ouest, 2^e étage

Amos (Québec) J9T 2T4

Tél. : (819) 732-5346

Télec. : (819) 732-1242

Abitibi (Val-d'Or)

Palais de justice

900, 7^e Rue

Val-d'Or (Québec) J9P 3P8

Tél. : (819) 825-6340

Télec. : (819) 825-6738

Rouyn-Noranda

Palais de justice

2, avenue du Palais, 1^{er} étage

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2N9

Tél. : (819) 762-2313

Télec. : (819) 797-5538

Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale**Maison Mikana**

Amos

Tél. : (819) 732-9161

Alternative Pour Elles

Rouyn-Noranda

Tél. : (819) 797-1754

Le Nid

Val-d'Or

Tél. : (819) 825-3865

Maison d'hébergement L'Équinoxe

Ville-Marie

Tél. : (819) 622-7001

District de l'Abitibi-Témiscamingue–Nord-du-Québec

205, boulevard Rideau, C. P. 8888
 Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5R8
 Tél. : (819) 763-4800
 Téléc. : (819) 764-6941
 PQ : PQ40426

Sûreté du Québec

Poste de la MRC d'Abitibi
 871, 3^e Rue Ouest
 Amos (Québec) J9T 2T4
 Tél. : (819) 732-3311
 Téléc. : (819) 732-6732

Poste de la ville de Rouyn-Noranda
 205, boulevard Rideau, C. P. 8888
 Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5R8
 Tél. : (819) 763-4851
 Téléc. : (819) 763-4880

Poste auxiliaire de la MRC de Témiscamingue
 1421, chemin Kipawa, C. P. 996
 Témiscamingue (Québec) J0Z 3R0
 Tél. : (819) 627-3378
 Téléc. : (819) 627-1254

Poste auxiliaire de la MRC de la Vallée-de-l'Or
 270, 14^e Avenue, C. P. 910
 Senneterre (Québec) J0Y 2M0
 Tél. : (819) 737-2396
 Téléc. : (819) 737-4880

Service de sécurité publique municipale

Aucun

Police autochtone

Police autochtone de Belleterre
 C. P. 190
 Belleterre (Québec) J0Z 1L0
 Tél. : (819) 722-2002
 Téléc. : (819) 722-2865

Municipalité desservie : Belleterre

Police autochtone de Pikogan
 30, rue David-Kislabish
 Pikogan (Québec) J9T 3A3
 Tél. : (819) 732-4411
 Téléc. : (819) 732-4121

Municipalité desservie : Pikogan

Poste de la MRC d'Abitibi-Ouest
 35, avenue Langlois
 La Sarre (Québec) J9Z 3K2
 Tél. : (819) 333-2377
 Téléc. : (819) 333-2655

Poste principal de la MRC de Témiscamingue
 26, rue Notre-Dame-de-Lourdes, C. P. 99
 Ville-Marie (Québec) J9V 1Y1
 Tél. : (819) 629-2356
 Téléc. : (819) 629-3672

Poste principal de la MRC de la Vallée-de-l'Or
 815, 2^e Avenue, C. P. 995
 Val-d'Or (Québec) J9P 4P8
 Tél. : (819) 825-6161
 Téléc. : (819) 825-0939

09 Région de la Côte-Nord

Centre désigné

Le centre désigné n'est pas encore nommé.

Centre jeunesse

Centre jeunesse Côte-Nord

835, boulevard Joliet

Baie-Comeau (Québec) G5C 1P5

Tél. : (418) 589-9927

Télec. : (418) 589-4304

Signalement – Urgence sociale

Heures de travail	En dehors des heures de travail
(418) 589-9927	
(sans frais) : 1 800 463-8547	(sans frais) : 1 800 463-8547

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)

CALACS Région Côte-Nord

Baie-Comeau

Tél. : (418) 589-1714

Télec. : (418) 589-1414

Tél. (sans frais) : 1 800 563-0443 (pour Côte-Nord seulement)

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)

CAVAC Côte-Nord

Sept-Îles

Tél. : (418) 962-2822

Télec. : (418) 962-0150

Tél. (sans frais) : 1 866 962-2822

Palais de justice et substituts du procureur général

Baie-Comeau

Palais de justice

71, avenue Mance, 2^e étage

Baie-Comeau (Québec) G4Z 1N2

Tél. : (418) 296-4994

Télec. : (418) 294-8990

Mingan

Palais de justice

425, boulevard Laure

Sept-Îles (Québec) G4R 1X6

Tél. : (418) 962-9626

Télec. : (418) 964-8614

Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale

L'Amie d'Elle

Forestville

Tél. : (418) 587-2533

Maison le Coin des Femmes de Sept-Îles

Sept-Îles

Tél. : (418) 962-8141

Maison des femmes de Baie-Comeau

Baie-Comeau

Tél. : (418) 296-4733

Maison d'aide et d'hébergement de Fermont

Fermont

Tél. : (418) 287-5908

District de la Côte-Nord

20, boulevard Comeau

Baie-Comeau (Québec) G4Z 3A8

Tél. : (418) 294-1200

Télec. : (418) 296-4122

PQ: PQ40333

Sûreté du Québec

Poste principal de la MRC de Caniapiscau

299, rue Le Carrefour, C. P. 128

Fermont (Québec) G0G 1J0

Tél. : (418) 287-3555

Télec. : (418) 287-5909

Poste auxiliaire de la MRC de Caniapiscau

76, rue Atlantic, C. P. 1027

Schefferville (Québec) G0G 2T0

Tél. : (418) 585-2626

Télec. : (418) 585-3070

Poste de la Côte-Nord-du-Golfe-Saint-Laurent

1141, boulevard Dr Camille-Marcoux, C. P. 280

Blanc-Sablon (Québec) G0G 1W0

Tél. : (418) 461-2162

Télec. : (418) 461-2242

Poste principal de la MRC de la Haute-Côte-Nord

130, route 138 Est

Forestville (Québec) G0T 1E0

Tél. : (418) 587-2238

Télec. : (418) 587-6108

Poste auxiliaire de la MRC de la

Haute-Côte-Nord

144, rue Bateau-Passeur, C. P. 99

Tadoussac (Québec) G0T 2A0

Tél. : (418) 235-4486

Télec. : (418) 235-4885

Poste de la MRC de Manicouagan

1010, rue Mingan

Baie-Comeau (Québec) G5C 3C3

Tél. : (418) 589-1550

Télec. : (418) 589-8353

Poste de la MRC de Minganie

1174, boulevard de l'Escale

Havre-Saint-Pierre (Québec) G0G 1P0

Tél. : (418) 538-2118

Télec. : (418) 538-1204

Poste principal de la MRC de Sept-Rivières

151, rue Père-Divet

Sept-Îles (Québec) G4R 5M8

Tél. : (418) 962-9438

Télec. : (418) 962-4324

Poste auxiliaire de la MRC de Sept-Rivières
46, rue Élie-Rochefort
Port-Cartier (Québec) G5B 1N2
Tél. : (418) 766-2112
Télec. : (418) 766-2111

Service de sécurité publique municipale
Aucun

Police autochtone

Police autochtone d'Essipit
14, rue de la Réserve
Les Escoumins (Québec) G0T 1K0
Tél. : (418) 233-2037
Télec. : (418) 233-2888
Municipalité desservie : Essipit

Police autochtone de Mingan
C. P. 372
Longue-Pointe-de-Mingan (Québec) G0G 1V0
Tél. : (418) 949-2949
Télec. : (418) 949-2845
Municipalité desservie : Mingan

42

Kawawachicamach Service de police
de Naskapi
C. P. 5011
Schefferville (Québec) G0G 2Z0
Tél. : (418) 585-2293
Télec. : (418) 585-2294
Municipalité desservie : Kawawachicamach

Police autochtone Uashat Mak Mani-Utenam
101, boulevard des Montagnais
Sept-Îles (Québec) G4R 4K1
Tél. : (418) 968-4010
Télec. : (418) 968-9451
Municipalité desservie : Maliotenam

Police autochtone La Romaine
C. P. 185
La Romaine (Québec) G0G 1M0
Tél. : (418) 229-2181
Télec. : (418) 229-2466
Municipalité desservie : La Romaine

Police autochtone de Natashquan
36, rue Wapistan
Natashquan (Québec) G0G 2E0
Tél. : (418) 726-3187
Télec. : (418) 726-3619
Municipalité desservie : Natashquan

Police autochtone de Schefferville
C. P. 129
Schefferville (Québec) G0G 2T0
Tél. : (418) 585-2115
Télec. : (418) 585-3856
Municipalité desservie : Matimekosh

Police autochtone de Betsiamites
80, rue Ashini
Betsiamites (Québec) G0H 1B0
Tél. : (418) 567-2211
Télec. : (418) 567-2269
Municipalité desservie : Betsiamites

10 Région du Nord-du-Québec

Centre désigné

Le centre désigné n'est pas encore nommé.

Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec

Maison d'hébergement l'Aquarelle

Chibougamau

Tél. : (418) 748-7654

Télec. : (418) 748-4474

District de l'Abitibi-Témiscamingue–Nord-du-Québec

205, boulevard Rideau, C. P. 8888

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5R8

Tél. : (819) 763-4800

Télec. : (819) 764-6941

PQ: PQ40426

Sûreté du Québec

Poste de Kuujuaq

151.17A, Siuralikuut, C. P. 420

Kuujuaq (Québec) J0M 1C0

Tél. : (819) 964-2400

Télec. : (819) 964-2227

Poste de Matagami

89, boulevard Matagami, C. P. 760

Matagami (Québec) J0Y 2A0

Tél. : (819) 739-2205

Télec. : (819) 739-2242

Service de sécurité publique municipale

Aucun

Poste de Lebel-sur-Quévillon

(auxiliaire de Matagami)

991, boulevard Quévillon, C. P. 190

Lebel-sur-Quévillon (Québec) J0Y 1X0

Tél. : (819) 755-4811

Télec. : (819) 755-6006

Poste de Radisson (auxiliaire de Matagami)

La Grande 2–Baie James, C. P. 60

Radisson (Québec) J0Y 2X0

Tél. : (819) 638-8788

Télec. : (819) 638-7411

11 Région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Centres désignés

Centre hospitalier de l'Archipel

430, Chemin principal, C. P. 730
Cap-aux-Meules (Québec) G0B 1B0
Tél. : (418) 986-2121
Télec. : (418) 986-6845

CSSS Baie-des-Chaleurs

273, boulevard Gérard-D.-Lévesque, C. P. 7000
Paspébiac (Québec) G0C 2K0
Tél. : (418) 752-2572
Télec. : (418) 752-6734

Centre hospitalier de Gaspé – Pavillon Hôtel-Dieu

215, boulevard York Ouest
Gaspé (Québec) G4X 2W2
Tél. : (418) 368-3301
Télec. : (418) 368-7150

CSSS de la Côte-de-Gaspé

Point de service de Grande-Vallée
71, rue Saint-François-Xavier Est, C. P. 190
Grande-Vallée (Québec) G0E 1K0
Tél. : (418) 393-2572
Télec. : (418) 393-2952

Centre jeunesse

Centre jeunesse Gaspésie–Les-Îles

205, boulevard York Ouest, bureau 100
Gaspé (Québec) G4X 2V7
Tél. : (418) 368-1803
Télec. : (418) 368-5406

Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs

419, boulevard Perron
Maria (Québec) G0C 1Y0
Tél. : (418) 759-3443
Télec. : (418) 759-5063

Centre hospitalier de Chandler

451, rue Mgr Ross Est, C. P. 3300
Chandler (Québec) G0C 1K0
Tél. : (418) 689-2261
Télec. : (418) 689-5945

CSSS de la Côte-de-Gaspé

Point de service de Murdochville
600, rue Dr William-May, C. P. 1090
Murdochville (Québec) G0E 1W0
Tél. : (418) 784-2572
Télec. : (418) 784-3629

Centre de santé de la Haute-Gaspésie

50, rue Belvédère
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 1X4
Tél. : (418) 763-2261
Télec. : (418) 763-7460

Signalement – Urgence sociale

Heures de travail

(418) 368-1803
(sans frais) : 1 800 468-4225

En dehors des heures de travail

(sans frais) : 1 800 463-0629

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)**CALACS La Bête-Gaspésie**

C. P. 6160

Gaspé (Québec) G4X 2R7

Tél. : (418) 368-6686

Téléc. : (418) 368-8096

C. P. 6012

Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 2Y3

Tél. : (418) 763-7675

Téléc. : (418) 763-7675 (appeler avant)

CALACS L'Espoir des Îles

C. P. 1114

Cap-aux-Meules (Québec) G0B 1B0

Tél. : (418) 986-6111

Téléc. : (418) 368-6411

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)**CAVAC de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine**

484, place Hôtel de ville

Chandler (Québec) G0C 1K0

Tél. : (418) 689-4331

Téléc. : (418) 689-4347

Tél. (sans frais) : 1 866 892-4331

Palais de justice et substituts du procureur général**MRC de la Haute-Gaspésie**

Palais de justice

10, boulevard Sainte-Anne Ouest, local 1.13

Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 1P3

Tél. : (819) 763-3945

Téléc. : (819) 763-5353

MRC de Bonaventure, MRC d'Avignon et**MRC des Îles-de-la-Madeleine**

Palais de justice

87, rue Gérard-D.-Lévesque

New Carlisle (Québec) G0C 1Z0

Tél. : (418) 752-3314

Téléc. : (418) 752-5848

MRC de la Côte-de-Gaspé et MRC du Rocher-Percé

Palais de justice

124, route 132, C. P. 220

Percé (Québec) G0C 2L0

Tél. : (418) 782-2888

Téléc. : (418) 782-5268

Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec**Centre Louise Amélie inc.**

C. P. 6001, Succ. Sainte-Anne

Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 2Y3

Tél. : (418) 763-7641

Téléc. : (418) 763-7137

Maison l'Aid'Elle inc.

C. P. 6183

Gaspé (Québec) G4X 2R7

Tél. : (418) 368-6883

Téléc. : (418) 368-6889

Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale

Maison d'aide et d'hébergement L'Accalmie inc.

C. P. 939
Cap-aux-Meules (Québec) G0B 1B0
Tél. : (418) 986-5044
Télec. : (418) 986-3977

Maison d'aide et d'hébergement l'Émergence inc.

C. P. 399
Maria (Québec) G0C 1Y0
Tél. : (418) 759-3411
Télec. : (418) 759-3436

Statut indépendant (sans affiliation avec une organisation provinciale)

Maison d'aide et d'hébergement L'Orée de Pabos inc.

C. P. 347
Pabos (Québec) G0C 2H0
Tél. : (418) 689-6288
Télec. : (418) 689-4956

District du Bas-Saint-Laurent–Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

393, rue Vanier
Rimouski (Québec) G5L 8X1
Tél. : (418) 721-7211
Télec. : (418) 721-3809
PQ: PQ40320

Sûreté du Québec

Poste principal des MRC d'Avignon et de Bonaventure
128, route 132 Ouest
New Richmond (Québec) G0C 2B0
Tél. : (418) 392-4411
Télec. : (418) 392-6730

Poste auxiliaire de la MRC de Bonaventure
87, rue Principale, C. P. 280
New Carlisle (Québec) G0C 1Z0
Tél. : (418) 752-2251
Télec. : (418) 752-6300

Poste auxiliaire de la MRC de la Côte-de-Gaspé
61, rue Saint-François-Xavier Est, C. P. 158
Grande-Vallée (Québec) G0E 1K0
Tél. : (418) 393-2020
Télec. : (418) 393-3063

Poste auxiliaire de la MRC d'Avignon
8, rue McDonnell, C. P. 129
Matapédia (Québec) G0J 1V0
Tél. : (418) 865-2115
Télec. : (418) 865-2772

Poste principal de la MRC de la Côte-de-Gaspé
167, boulevard Gaspé
Gaspé (Québec) G4X 1A4
Tél. : (418) 368-3232
Télec. : (418) 368-4777

Poste de la MRC de la Haute-Gaspésie
10, boulevard Sainte-Anne Ouest
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 1P3
Tél. : (418) 763-3344
Télec. : (418) 763-3763

Poste des Îles-de-la-Madeleine
70, chemin du Gros Cap, C. P. 261
Cap-aux-Meules (Québec) G0B 1B0
Tél. : (418) 986-5555
Téléc. : (418) 986-5704

Service de sécurité publique municipale
Aucun

Police autochtone

Gesgapegiag Amerindian Police
Service Gesgapegiag
C. P. 369
Maria (Québec) G0C 1Y0
Tél. : (418) 759-3113
Téléc. : (418) 759-3209
Municipalité desservie : Maria

Poste de la MRC du Rocher-Percé
323, boulevard Pabos, C. P. 220
Pabos (Québec) G0C 2H0
Tél. : (418) 689-1305
Téléc. : (418) 689-7014

Police autochtone de Listuguj
Listuguj (Restigouche) (Québec) G0C 2R0
Tél. : (418) 788-2003
Téléc. : (418) 788-2330
Municipalité desservie : Listuguj

12 Région de la Chaudière-Appalaches

Centre désigné

Centre régional 24/7

Centre de santé Paul-Gilbert
9330, boulevard du Centre hospitalier
Charny (Québec) G6X 1L6
Tél. : (418) 380-8993
Téléc. : (418) 832-9041

Centres jeunesse

Les Centres jeunesse Chaudière-Appalaches

100, rue Mgr Ignace-Bourget, bureau 300
Lévis (Québec) G6V 2Y9
Tél. : (418) 837-9331
Téléc. : (418) 837-7531

Signalement – Urgence sociale

En tout temps
(418) 837-9331
(sans frais) : 1 800 461-9331

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)**CALACS À-Tire-D'Aile**

Lévis

Tél. : (418) 835-8352

Télec. : (418) 835-8345

L'Envolée CALACS

Saint-Georges-de-Beauce

Tél. : (418) 227-6866

Télec. : (418) 227-6870

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)**CAVAC – Section Beauce**

Palais de justice

795, avenue du Palais, local 1.16

Saint-Joseph-de-Beauce (Québec) G0S 2V0

Tél. : (418) 397-7192

Télec. : (418) 648-8110

Tél. (sans frais) : 1 888 881-7192

Palais de justice et substituts du procureur général**Beauce**

Palais de justice

795, avenue du Palais

Saint-Joseph-de-Beauce (Québec) G0S 2V0

Tél. : (418) 397-7839

Télec. : (418) 397-7191

Frontenac

Palais de justice

693, rue Saint-Alphonse Ouest, 1^{er} étage

Thetford Mines (Québec) G6G 3X3

Tél. : (418) 338-1211

Télec. : (418) 335-7756

Montmagny

Palais de justice

25, rue du Palais, local 2.08

C. P. 482

Montmagny (Québec) G5V 3S9

Tél. : (418) 248-1530

Télec. : (418) 248-4157

Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale**La Jonction pour Elle**

Lévis

Tél. : (418) 833-8002

La Gitée inc.

Thetford Mines

Tél. : (418) 335-5551

Havre L'Éclaircie

Saint-Georges Ouest

Tél. : (418) 227-1025

Le Havre des Femmes

L'Islet-sur-Mer

Tél. : (418) 247-7622

District de la Capitale-Nationale–Chaudière-Appalaches

5005, boulevard Pierre-Bertrand, C. P. 8400, Term. postal

Québec (Québec) G1K 7W2

Tél. : (418) 623-6363

Télec. : (418) 623-6561

PQ: PQ40181

Sûreté du Québec

Poste de la MRC de l'Amiante

693, rue Saint-Alphonse Ouest

Thetford Mines (Québec) G6G 3X3

Tél. : (418) 338-3151

Télec. : (418) 338-2452

Poste de la MRC de Bellechasse

193, rue Principale

Saint-Gervais (Québec) G0R 3C0

Tél. : (418) 887-4058

Télec. : (418) 887-6487

Poste de la MRC des Etchemins

97, rue Principale, C. P. 40

Sainte-Germaine-Station (Québec) G0R 3B0

Tél. : (418) 625-2901

Télec. : (418) 625-2910

Poste de la MRC de Lotbinière

196, boulevard Laurier

Laurier-Station (Québec) G0S 1N0

Tél. : (418) 728-2313

Télec. : (418) 728-5158

Poste de la MRC de la Nouvelle-Beauce

1442, route du Président-Kennedy

Scott (Québec) G0S 3G0

Tél. : (418) 387-4438

Télec. : (418) 387-7569

Services de sécurité publique municipale

Sûreté municipale de Sainte-Marie

47, rue Notre-Dame Sud

Sainte-Marie (Québec) G6E 3C7

Tél. : (418) 387-6111

Télec. : (418) 387-4991

Municipalité desservie : Sainte-Marie

Poste de la MRC de Beauce-Sartigan

17785, boulevard Lacroix

Saint-Georges-de-Beauce (Québec) G5Y 5B8

Tél. : (418) 228-5531

Télec. : (418) 228-7356

Poste autoroutier de Chaudière-Appalaches

506, route de l'Église, C. P. 266

Saint-Jean-Port-Joli (Québec) G0R 3G0

Tél. : (418) 598-3343

Télec. : (418) 598-7472

Poste de la MRC de L'Islet

506, route de l'Église, C. P. 266

Saint-Jean-Port-Joli (Québec) G0R 3G0

Tél. : (418) 598-3343

Télec. : (418) 598-7472

Poste de la MRC de Montmagny

37, avenue Sainte-Brigitte

Montmagny (Québec) G5V 2Y4

Tél. : (418) 248-3705

Télec. : (418) 248-9518

Poste de la MRC de Robert-Cliche

1115, avenue du Palais

Saint-Joseph-de-Beauce (Québec) G0S 2V0

Tél. : (418) 397-5247

Télec. : (418) 397-4268

Service de police Ville de Lévis

1035, chemin du Sault

Saint-Romuald (Québec) G6W 5M6

Tél. : (418) 839-1986

Télec. : (418) 839-1725

Municipalité desservie : Lévis

Sûreté municipale de Thetford Mines
160, boulevard Caouette
Thetford Mines (Québec) G6G 5T3
Tél. : (418) 338-0111
Télec. : (418) 338-3623
Municipalité desservie : Thetford Mines

Sécurité publique de la Ville de Saint-Georges
1500, 6^e Avenue Ouest
Saint-Georges (Québec) G5Y 3W1
Tél. : (418) 228-5510
Télec. : (418) 228-3364
Municipalité desservie : Saint-Georges

Police autochtone

Aucune

13 Région de Laval

Centre désigné

Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval (CHARL)

1515, boulevard Chomedey
Laval (Québec) H7V 3Y7
Tél. : (450) 978-8300
Télec. : (450) 978-2935

Centre jeunesse

Centre jeunesse de Laval

308, boulevard Cartier Ouest
Laval (Québec) H7N 2J2
Tél. : (450) 975-3867
Télec. : (450) 975-4271

Signalement – Urgence sociale

Heures de travail
(450) 975-4000

En dehors des heures de travail
(450) 975-4000

Centre de prévention et d'intervention pour victimes d'agression sexuelle (CPIVAS)

Laval
Tél. : (450) 669-9053
Télec. : (450) 669-1658

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)

CAVAC de Laval

Tél. : (450) 629-4581
Télec. : (450) 688-5508
Tél. (sans frais) : 1 877 629-4581

Palais de justice et substitut du procureur général**Laval**

Palais de justice

2880, boulevard Saint-Martin Ouest, local 1.02

Laval (Québec) H7T 2S9

Tél. : (450) 686-5911

Télec. : (450) 686-8678

Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale**Maison L'Esther**

Sainte-Rose

Tél. : (450) 963-6161

Le Prélude

Laval

Tél. : (450) 682-3050

District de Montréal–Laval–**Laurentides–Lanaudière**

2085, boulevard Sainte-Marie

Mascouche (Québec) J7L 3Y1

Tél. : (450) 474-7676

Télec. : (450) 474-7686

PQ : PQ40061

Sûreté du Québec

Poste autoroutier de Laval

545, boulevard Curé-Labelle

Laval (Québec) H7P 2P5

Tél. : (450) 622-5541

Télec. : (450) 622-5537

Service de sécurité publique municipale

Service de la protection des citoyens de Laval

1200, boulevard Saint-Martin Ouest

Laval (Québec) H7S 2E4

Tél. : (450) 978-6888

Télec. : (450) 662-4201

Municipalité desservie : Laval

Police autochtone

Aucune

14 Région de Lanaudière**Centres désignés****Volet adultes (17 ans et +):**

Centre hospitalier régional de Lanaudière (CHRD)

1000, boulevard Sainte-Anne

Saint-Charles-Borromée (Québec) J6E 6J2

Tél. : (450) 759-8222

(référence à la salle d'urgence)

Volet adultes et enfants (0 à 16 ans inclusivement):

Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur (CHPLG)
911, montée des Pionniers
Lachenaie (Québec) J6V 2H2
Tél.: (450) 581-4137 (référence à la salle d'urgence)

Volet enfants (0 à 16 ans inclusivement):

Lorsqu'il ne s'agit pas d'une situation d'urgence, le CSSS du Sud de Lanaudière, en collaboration avec des médecins pédiatres, offre une clinique sur rendez-vous pour enfants et jeunes: application du protocole d'intervention médicosociale initiale (examens médicaux, application de la trousse, traitements) et suivi médical et psychosocial des enfants et des jeunes victimes d'abus sexuels.

CSSS du Sud de Lanaudière, point de service Ville de Repentigny
1124, rue Iberville, bureau 204
Repentigny (Québec) J5Y 3M6
Tél.: (450) 654-1023 poste 257
Tél. (sans frais): 1 866 423-2286

Centres jeunesse**Les Centres jeunesse de Lanaudière**

260, rue Lavaltrie Sud
Joliette (Québec) J6E 5X7
Tél.: (450) 756-4555
Téléc.: (450) 756-0814

52

Signalement – Urgence sociale

Heures de travail	En dehors des heures de travail
(450) 752-6644	
(sans frais) 1 800 665-1414	(sans frais) 1 800 665-1414

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)**CALACS Coup-de-Cœur**

Joliette
Tél.: (450) 756-4999
Téléc.: (450) 756-0554

CALACS La Chrysalide

Terrebonne
Tél.: (450) 964-7888
Téléc.: (450) 964-2221

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)**CAVAC de Lanaudière**

Tél.: (450) 755-6127
Téléc.: (450) 755-6069
Tél. (sans frais): 1 888 755-6127 (pour région de Lanaudière)

Palais de justice et substitut du procureur général**Joliette**

Palais de justice
450, rue Saint-Louis, local 1.10
Joliette (Québec) J6E 2Y9
Tél. : (450) 753-4841
Téléc. : (450) 752-6874

**Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées
et en difficulté du Québec****Regard en Elle inc.**

Repentigny
Tél. : (450) 654-6000
Téléc. : (450) 582-2206

**Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour
femmes victimes de violence conjugale****Maison d'accueil La Traverse**

Joliette
Tél. : (450) 759-5882
Téléc. : (450) 753-5315

Autres organismes**Parents Unis, Repentigny (enfants et jeunes)**

Joliette et point de service Repentigny
Tél. : (450) 755-6755
Téléc. : (450) 755-1773

Regroup'elles inc. (centre de jour, femmes adultes, violence conjugale)

Mascouche
Tél. : (450) 968-0406
Téléc. : (450) 968-8971

District de Montréal–Laval–Laurentides–Lanaudière

2085, boulevard Sainte-Marie
Mascouche (Québec) J7L 3Y1
Tél. : (450) 474-7676
Téléc. : (450) 474-7686
PQ: PQ40061

Sûreté du Québec

Poste principal de la MRC de D'Autray
1050, rue Lamarche
Berthierville (Québec) J0K 1A0
Tél. : (450) 836-6272
Télec. : (450) 836-6850

Poste autoroutier de Lanaudière
39, chemin Lavaltrie
Lavaltrie (Québec) J0K 1H0
Tél. : (450) 586-2733
Télec. : (450) 586-2251

Poste secondaire de la MRC de Matawinie
920, rue Principale
Saint-Donat (Québec) J0R 1R2
Tél. : (450) 227-6848
Télec. : (450) 227-8778

Poste de la MRC de Montcalm
1701, route 335
Saint-Lin-Laurentides (Québec) J0R 1C0
Tél. : (450) 439-1911
Télec. : (450) 439-2716

54

Services de sécurité publique municipale

Service de police de l'Assomption
399, rue Dorval
L'Assomption (Québec) J5W 1A1
Tél. : (450) 589-0493
Télec. : (450) 589-7752

Municipalités desservies : L'Assomption,
Saint-Sulpice

Sécurité publique de Mascouche
2939, rue Dupras
Mascouche (Québec) J7K 1T3
Tél. : (450) 474-4107
Télec. : (450) 474-6036

Municipalité desservie : Mascouche

Poste auxiliaire de la MRC de D'Autray
55, rue Grenier
Saint-Gabriel-de-Brandon (Québec) J0K 2N0
Tél. : (450) 835-4768
Télec. : (450) 835-0544

Poste principal de la MRC de Matawinie
3398, rue Queen, C. P. 3669
Rawdon (Québec) J0K 1S0
Tél. : (450) 834-2578
Télec. : (450) 834-7743

Poste auxiliaire de la MRC de Matawinie
8081, chemin Brassard
Saint-Alexis-des-Monts (Québec) J0K 3B0
Tél. : (450) 833-6378
Télec. : (450) 833-5477

Régie intermunicipale de la région de Joliette
733, rue Richard
Joliette (Québec) J6E 2T8
Tél. : (450) 759-5222
Télec. : (450) 759-7174

Municipalités desservies : Crabtree, Joliette,
Notre-Dame-de-Lourdes, Notre-Dame-des-
Prairies, Saint-Ambroise-de-Kildare,
Saint-Charles-Borromée, Saint-Paul,
Saint-Pierre, Saint-Thomas, Sainte-Mélanie

Sécurité publique de Repentigny
70, boulevard Brien
Repentigny (Québec) J6A 2B6
Tél. : (450) 654-2380
Télec. : (450) 654-2422

Municipalités desservies : Charlemagne, Repentigny

Sécurité publique de Terrebonne
491, boulevard des Seigneurs
Terrebonne (Québec) J6W 1T5
Tél. : (450) 961-2001
Télec. : (450) 964-6803

Municipalités desservies : Bois-des-Filion, Sainte-Anne-des-Plaines, Terrebonne

Police autochtone

Police autochtone de Manawan
135, rue Kicik
Manawan (Québec) J0K 1M0
Tél. : (450) 971-8861
Télec. : (450) 971-1291

Municipalité desservie : Manawan

15 Région des Laurentides

Centres désignés

Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme

(pour adultes et enfants)
290, rue Montigny
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5T3
Tél. : (450) 431-8200
Télec. : (450) 431-8244

CH et CR Antoine-Labelle

(pour adultes seulement)
1525, rue Principale Nord
L'Annonciation (Québec) J0T 1T0
Tél. : (819) 275-2118, poste 3616
Télec. : (819) 275-1520

55

Centre jeunesse

Centre jeunesse des Laurentides

500, boulevard des Laurentides, bureau 241
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 4M2
Tél. : (450) 436-7607, poste 2241
Télec. : (450) 436-3328

Signalement – Urgence sociale

Heures de travail	En dehors des heures de travail
(450) 569-4007	
(sans frais) 1 800 361-8665	(sans frais) 1 800 361-8665

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)

CALACS des Laurentides

Saint-Jérôme
Tél. : (450) 565-6231
Télec. : (450) 565-8561

L'Élan CALACS

Mont-Laurier
Tél. : (819) 623-2624
Télec. : (819) 623-7040

Les agressions sexuelles
STOP

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)**CAVAC des Laurentides**

Tél. : (450) 569-0332

Télec. : (450) 569-0966

Tél. (sans frais) : 1 888 492-2822 (région des Laurentides)

Palais de justice et substituts du procureur général**Labelle**

Palais de justice

645, rue de la Madone, 2^e étage

Mont-Laurier (Québec) J9L 1T1

Tél. : (819) 623-1553

Télec. : (819) 623-4466

Terrebonne

Palais de justice

85, rue de Martigny Ouest

Saint-Jérôme (Québec) J7Y 2T8

Tél. : (450) 431-4401

Télec. : (450) 569-3051

**Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées
et en difficulté du Québec****La Citad'Elle de Lachute**

Lachute

Tél. : (450) 562-7797

Télec. : (450) 562-1311

56

**Regroupement provincial des maisons d'hébergement et
de transition pour femmes victimes de violence conjugale****Maison d'Ariane**

Saint-Jérôme

Tél. : (450) 432-9355

L'Ombre-Elle

Sainte-Agathe-des-Monts

Tél. : (819) 326-1321

La Passe-R-Elle

Mont-Laurier

Tél. : (819) 623-1523

Le Mitan

Sainte-Thérèse

Tél. : (450) 435-3651

Autres organismes**CETAS (Parents-Unis)**(pour évaluation et traitement des victimes enfants,
adolescentes et adultes)

319, rue Saint-Georges

Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5A2

Tél. : (450) 431-6400

Télec. : (450) 431-2475

Centre Sida Amitié

(pour dépistage ITSS, VIH/sida, et accompagnement)

527, rue Saint-Georges

Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5B6

Tél. : (450) 431-7432

Télec. : (450) 431-6536

Tél. (sans frais) : 1 888 431-7432

District de Montréal–Laval–Laurentides–Lanaudière

2085, boulevard Sainte-Marie
 Mascouche (Québec) J7L 3Y1
 Tél. : (450) 474-7676
 Téléc. : (450) 474-7686
 PQ : PQ40061

Sûreté du Québec

Poste de la MRC d'Antoine-Labelle
 1220, rue Lallemant
 Mont-Laurier (Québec) J9L 3W2
 Tél. : (819) 623-2211
 Téléc. : (819) 623-2558

Poste de la MRC de Deux-Montagnes
 2029, chemin Oka, C. P. 1260
 Oka (Québec) J0N 1E0
 Tél. : (450) 479-1313
 Téléc. : (450) 479-1303

Poste auxiliaire de la MRC des Laurentides
 289, route 117
 Mont-Tremblant (Québec) J8E 2X4
 Tél. : (450) 425-3656
 Téléc. : (450) 425-5266

Poste de la MRC des Pays-d'en-Haut
 2141, chemin Jean-Adam
 Saint-Sauveur (Québec) J0R 1R2
 Tél. : (450) 227-6848
 Téléc. : (450) 227-8778

Services de sécurité publique municipale

Service de police de Blainville
 790, rue de la Mairie
 Blainville (Québec) J7C 4K4
 Tél. : (450) 434-5300
 Téléc. : (450) 434-8294

Municipalité desservie : Blainville

Poste de la MRC d'Argenteuil
 412, rue Principale
 Lachute (Québec) J8H 1Y2
 Tél. : (450) 562-2442
 Téléc. : (450) 562-5854

Poste principal de la MRC des Laurentides
 1155, route 329 Nord
 Sainte-Agathe-des-Monts (Québec) J8C 2Z8
 Tél. : (819) 326-3131
 Téléc. : (819) 326-7944

Poste autoroutier des Laurentides
 50, montée Meunier, bureau 200
 Saint-Jérôme (Québec) J7Y 5G5
 Tél. : (450) 436-8181
 Téléc. : (450) 436-6641

Service de police de Boisbriand
 1700, boulevard Grande-Allée
 Boisbriand (Québec) J7G 2Z9
 Tél. : (450) 435-2461
 Téléc. : (450) 435-8386

Municipalité desservie : Boisbriand

Service de police régionale de Deux-Montagnes
615, 20^e Avenue
Deux-Montagnes (Québec) J7R 6B2
Tél. : (450) 473-4686
Téléc. : (450) 491-0338

Municipalités desservies : Deux-Montagnes,
Pointe-Calumet, Saint-Joseph-du-Lac,
Sainte-Marthe-sur-le-Lac

Service de police de Mirabel
14113, rue Saint-Jean
Mirabel (Québec) J7J 1Y4
Tél. : (450) 475-7706
Téléc. : (450) 475-6956

Municipalités desservies : Mirabel,
Saint-Colomban, Sainte-Sophie

Régie de police de Rivière-du-Nord
3044, boulevard du Curé-Labelle
Prévost (Québec) J0R 1T0
Tél. : (450) 224-8922
Téléc. : (450) 224-2300

Municipalités desservies : Piedmont, Prévost,
Saint-Hippolyte, Sainte-Anne-des-Lacs

Service de police de Sainte-Adèle
1390, rue Dumouchel
Sainte-Adèle (Québec) J8B 1V9
Tél. : (450) 229-3525
Téléc. : (450) 229-3527

Municipalité desservie : Sainte-Adèle

Service de police de Saint-Jérôme
500, rue Filion
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 1H9
Tél. : (450) 432-3344
Téléc. : (450) 432-7582

Municipalité desservie : Saint-Jérôme

Police autochtone

Police autochtone Kanesatake
91, rue Ahjsennenson
Kanesatake (Québec) J0N 1E0
Tél. : (450) 479-1122
Téléc. : (450) 479-8067

Municipalité desservie : Kanesatake

Sûreté municipale de Lorraine
29, boulevard de Gaulle
Lorraine (Québec) J6Z 3W9
Tél. : (450) 621-3333
Téléc. : (450) 621-1371

Municipalité desservie : Lorraine

Sûreté municipale de Mont-Tremblant
1145, rue de Saint-Jovite
Mont-Tremblant (Québec) J8E 1V1
Tél. : (819) 425-2723
Téléc. : (819) 425-6407

Municipalité desservie : Mont-Tremblant

Sûreté municipale de Rosemère
428, Grande Côte
Rosemère (Québec) J7A 1L1
Tél. : (450) 621-2121
Téléc. : (450) 621-3981

Municipalité desservie : Rosemère

Sécurité publique de Saint-Eustache
144, rue Dorion
Saint-Eustache (Québec) J7R 2N7
Tél. : (450) 974-5340
Téléc. : (450) 974-5337

Municipalité desservie : Saint-Eustache

Sécurité publique de Sainte-Thérèse
150, boulevard Ducharme
Sainte-Thérèse (Québec) J7E 4R6
Tél. : (450) 435-6514
Téléc. : (450) 435-2818

Municipalité desservie : Sainte-Thérèse

16 Région de la Montérégie

Centres désignés

Centre hospitalier régional du Suroît

Valleyfield

Tél. : (450) 371-9920

Téléc. : (450) 377-1372

Centre hospitalier de Granby

Granby

Tél. : (450) 375-8000

Téléc. : (450) 375-8032

Centre hospitalier Pierre-Boucher (adolescents et adultes)

Longueuil

Tél. : (450) 468-8111

Téléc. : (450) 468-8188

CSSS Jardins-Roussillon

Châteauguay

Tél. : (450) 699-2425

Hôpital du Haut-Richelieu

Saint-Jean

Tél. : (450) 359-5000

Téléc. : (450) 359-5251

Réseau santé Richelieu-Yamaska

Saint-Hyacinthe

Tél. : (450) 771-3333

Hôpital Charles LeMoine (enfants)

Longueuil

Tél. : (450) 466-5000

Téléc. : (450) 466-8887

Centres jeunesse

Les Centres jeunesse de la Montérégie

25, boulevard Lafayette

Longueuil (Québec) J4K 5C8

Tél. : (450) 928-5136

Téléc. : (450) 651-5894

Signalement – Urgence sociale

Heures de travail	En dehors des heures de travail
(450) 679-0831	(450) 679-0831
(514) 721-1811	(514) 721-1811
(sans frais) 1 800 361-5310	(sans frais) 1 800 361-5310

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)

Centre d'aide aux femmes et aux jeunes filles de la Rive-Sud victimes d'agression à caractère sexuel - La Traversée

Tél. : (450) 465-5263

Téléc. : (450) 465-1990

CAPAS Châteauguay

Tél. : (450) 699-8258

Téléc. : (450) 699-7295

CALACS Granby

Granby

Tél. : (450) 375-3338

Téléc. : (450) 375-0802

CALACS La Vigie

Valleyfield

Tél. : (450) 371-4222

Téléc. : (450) 371-9590

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)**CAVAC de la Montérégie**

Tél. : (450) 670-3400

Tél. (sans frais) : 1 888 670-3401 (pour région
de la Montérégie)

Téléc. : (450) 670-3402

CAVAC de l'Estrie

Tél. : (819) 820-2822

Téléc. : (819) 820-8469

Tél. (sans frais) : 1 877 822-2822

Palais de justice et substituts du procureur général**Beauharnois**

Palais de justice

180, rue Salaberry

Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 2J2

Tél. : (450) 370-4000

Téléc. : (450) 370-3021

Bedford (Cowansville)

Palais de justice

400, rue Miner, 2^e étage

Cowansville (Québec) J2K 3Y7

Tél. : (450) 263-2757

Téléc. : (450) 266-1415

Bedford (Granby)

Palais de justice

77, rue Principale

Granby (Québec) J2G 9B3

Tél. : (450) 776-7114

Téléc. : (450) 776-7118

Iberville

Palais de justice

109, rue Saint-Charles, local 1.10

Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec) J3B 2C2

Tél. : (450) 346-8493

Téléc. : (450) 347-9438

Longueuil

Palais de justice

1111, rue Jacques-Cartier Est, R.C. 17

Longueuil (Québec) J4M 2J6

Tél. : (450) 646-4012

Téléc. : (450) 928-7486

Richelieu

Palais de justice

46, rue Charlotte, 3^e étage

Sorel (Québec) J3P 6N5

Tél. : (450) 742-2735

Téléc. : (450) 742-6177

Saint-Hyacinthe

Palais de justice

1150, rue Dessaulles, R.C. 03

Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 5G9

Tél. : (450) 778-6564

Téléc. : (450) 778-6556

**Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées
et en difficulté du Québec****Carrefour Pour Elle inc.**

Longueuil

Tél. : (450) 651-5800

Téléc. : (450) 651-0269

L'Accueil Pour Elle

Valleyfield

Tél. : (450) 371-4618

Téléc. : (450) 371-9656

La Source

Sorel

Tél. : (450) 743-2821

Téléc. : (450) 742-4686

Pavillon Marguerite-de-Champlain

Saint-Hubert

Tél. : (450) 656-1946

Téléc. : (450) 656-6548

Maison d'hébergement pour Elles

Granby

Tél. : (450) 776-6700

Télec. : (450) 776-6950

Maison Simone-Monet-Chartrand

Chambly

Tél. : (450) 658-9780

Télec. : (450) 658-4752

**Regroupement provincial des maisons d'hébergement et
de transition pour femmes victimes de violence conjugale****La Re-Source**

Châteauguay

Tél. : (450) 699-0908

Télec. : (450) 699-1698

Maison Hina

Saint-Jean-sur-Richelieu

Tél. : (450) 346-1645

Télec. : (450) 346-8161

Horizon pour Elle

Cowansville

Tél. : (450) 263-5046

Télec. : (450) 263-5046

La Clé sur la Porte

Saint-Hyacinthe

Tél. : (450) 774-1843

Télec. : (450) 774-9951

Hébergement La Passerelle

Vaudreuil-Dorion

Tél. : (450) 424-6010

Télec. : (450) 424-1371

Autres organismes communautaires**Mouvement SEM (parents)**

Tél. : (450) 348-0209

Télec. : (450) 348-9665

Groupe d'entraide d'expression libre**du Haut-Richelieu (personnes de 12 à 20 ans)**

Tél. : (450) 348-4380

Télec. : (450) 348-1365

Au Cœur de l'unisson (enfants 0 à 18 ans et famille)

Tél. : (450) 778-9992

Télec. : (450) 778-2914

District de la Montérégie

1250, rue Nobel, bureau 100

Boucherville (Québec) J4B 5H1

Tél. : (450) 641-4801

Télec. : (450) 641-3039

PQ: 40076

Sûreté du Québec

Poste de la MRC d'Acton

1855, rue Landry

Acton Vale (Québec) J0H 1A0

Tél. : (450) 546-3663

Téléc. : (450) 546-3553

Poste de la MRC de Beauharnois-Salaberry

301, rue Saint-Joseph, C. P. 70

Sainte-Martine (Québec) J0S 1V0

Tél. : (450) 427-7955

Téléc. : (450) 427-7959

Poste autoroutier de Cartier-Champlain

977, rue Pierre-Dupuy

Longueuil (Québec) J4K 1A1

Tél. : (450) 442-1035

Téléc. : (450) 442-8505

Poste de la MRC du Haut-Saint-Laurent

25, rue Saint-Paul

Ormstown (Québec) J0S 1K0

Tél. : (450) 829-2887

Téléc. : (450) 829-2854

Poste de la MRC des Jardins-de-Napierville

522, rue Saint-Jacques, C. P. 879

Napierville (Québec) J0J 1L0

Tél. : (450) 245-0666

Téléc. : (450) 245-3705

Poste de la MRC des Maskoutains Ouest

925, rue Dessaulles

Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 3C4

Tél. : (450) 778-2811

Téléc. : (450) 778-8640

Poste autoroutier de la Montérégie Ouest

3658, boulevard Cité des Jeunes

Vaudreuil-Dorion (Québec) J7V 8P2

Tél. : (450) 455-3348

Téléc. : (450) 455-1012

Poste de la MRC de La Vallée-du-Richelieu

4000, rue des Loisirs

Saint-Mathieu-de-Beloeil (Québec) J3G 2C9

Tél. : (450) 536-0032

Téléc. : (450) 536-0052

Poste de la MRC du Bas-Richelieu

1805, boulevard Saint-Louis

Sorel-Tracy (Québec) J3R 5A2

Tél. : (450) 743-7947

Téléc. : (450) 743-9107

Poste de la MRC de Brome-Missisquoi

2733, rue Principale

Dunham (Québec) J0E 1M0

Tél. : (450) 266-1122

Téléc. : (450) 266-1469

Poste de la MRC du Haut-Richelieu

88, rue de l'Église Nord, C. P. 10

Lacolle (Québec) J0J 1J0

Tél. : (450) 246-3856

Téléc. : (450) 246-1149

Poste de la MRC de la Haute-Yamaska

415, rue de la Cour, C. P. 790

Waterloo (Québec) J0E 2N0

Tél. : (450) 539-3252

Téléc. : (450) 539-3558

Poste de la MRC des Maskoutains Est

4230, boulevard Laurier Est

Saint-Hyacinthe (Québec) J2R 2B8

Tél. : (450) 774-6457

Téléc. : (450) 774-0568

Poste autoroutier de la Montérégie Est

55, chemin Saint-François-Xavier

Candiac (Québec) J5R 4V4

Tél. : (450) 632-1080

Téléc. : (450) 632-9018

Poste de la MRC de Rouville

331, chemin Chambly

Marieville (Québec) J3M 1N9

Tél. : (450) 460-4429

Téléc. : (450) 460-2083

Poste de la MRC de Vaudreuil-Soulanges Est

11, rue Jeannotte

Vaudreuil-Dorion (Québec) J7V 6E6

Tél. : (450) 424-1212

Téléc. : (450) 424-8580

Poste de la MRC de Vaudreuil-Soulanges Ouest
3658, boulevard Cité des Jeunes
Vaudreuil-Dorion (Québec) J7V 8P2
Tél. : (450) 455-3348
Télec. : (450) 455-1012

Services de sécurité publique municipale

Sécurité publique de Bromont
90, boulevard de Bromont
Bromont (Québec) J2L 1A1
Tél. : (450) 534-3131
Télec. : (450) 534-5340

Municipalité desservie : Bromont

Service de police de Chambly
1301, boulevard Fréchette
Chambly (Québec) J3L 2Y9
Tél. : (450) 658-6655
Télec. : (450) 658-5679

Municipalité desservie : Chambly

Sûreté régionale des Riverains
47, rue Nicholson
Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 4M9
Tél. : (450) 370-4350
Télec. : (450) 370-4386

Municipalités desservies : Beauharnois,
Salaberry-de-Valleyfield

Service de police de Longueuil
699, boulevard Curé-Poirier Ouest
Longueuil (Québec) J4J 2L1
Tél. : (450) 463-7100
Télec. : (450) 463-8497

Municipalité desservie : Longueuil

Service de police de Saint-Basile-le-Grand
39, rue Savaria
Saint-Basile-le-Grand (Québec) J3N 1L8
Tél. : (450) 461-8056
Télec. : (450) 461-8059
Municipalité desservie : Saint-Basile-le-Grand

Service de police de Carignan
2555, chemin Bellevue
Carignan (Québec) J3L 6G8
Tél. : (450) 447-2299
Télec. : (450) 447-8180

Municipalité desservie : Carignan

Service de police de Châteauguay
55, boulevard Maple
Châteauguay (Québec) J6J 3P9
Tél. : (450) 698-1331
Télec. : (450) 698-3209

Municipalités desservies : Châteauguay, Léry,
Mercier, Saint-Isidore

Sûreté municipale de Granby
125, rue Simonds Sud
Granby (Québec) J2J 1P7
Tél. : (450) 776-3333
Télec. : (450) 776-8345

Municipalité desservie : Granby

Régie intermunicipale de police de Roussillon
90, boulevard Montcalm Nord
Candiac (Québec) J5R 3L8
Tél. : (450) 638-0911
Télec. : (450) 638-7024

Municipalités desservies : Candiac, Delson,
La Prairie, Saint-Constant, Saint-Mathieu,
Saint-Philippe, Sainte-Catherine

Régie intermunicipale de police
Vallée-du-Richelieu
990, rue Dupré
Beloeil (Québec) J0G 4A8
Tél. : (450) 536-3333
Télec. : (450) 536-2868

Municipalités desservies : Beloeil, McMasterville,
Mont-Saint-Hilaire, Otterburn Park

Police de Saint-Jean-sur-Richelieu
525, rue Saint-Jacques
Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec) J3B 7N7
Tél. : (450) 357-2222
Téléc. : (450) 357-2289
Municipalité desservie : Saint-Jean-sur-Richelieu

Sécurité publique de Sainte-Julie
1580, chemin du Fer-à-Cheval
Sainte-Julie (Québec) J3E 1Y2
Tél. : (450) 922-7000
Téléc. : (450) 922-7020
Municipalités desservies : Calixa-Lavallée,
Contrecoeur, Saint-Amable, Sainte-Julie,
Verchères

Sécurité publique de Varennes
175, rue Sainte-Anne, bureau 100
Varennes (Québec) J3X 1R6
Tél. : (450) 652-9811
Téléc. : (450) 652-2828
Municipalité desservie : Varennes

Police autochtone

Police autochtone d'Akwesasne
C. P. 10
Saint-Régis (Québec) H0M 1A0
Tél. : (613) 575-2000
Téléc. : (613) 575-2334
Municipalité desservie : Akwesasne

Police autochtone de Kahnawake
C. P. 203
Kahnawake (Québec) J0L 1B0
Tél. : (450) 632-6505
Téléc. : (450) 632-4763
Municipalité desservie : Kahnawake

17 Région du Nunavik

Centre désigné

Le centre désigné n'est pas encore nommé.

Centres jeunesse

CSS Ungava

C. P. 10
Kuujuuaq (Québec) J0M 1C0
Tél. : (819) 964-2905
Téléc. : (819) 964-2201

Centre jeunesse Inuulitsivlk

Baie d'Hudson
Puvirnituk (Québec) J0M 1P0
Tél. : (819) 988-2355
Téléc. : (819) 988-2304

Signalement – Urgence sociale

Heures de travail

Ungava (819) 964-2919
Baie d'Hudson (819) 988-2191

En dehors des heures de travail

Ungava (819) 964-2919
Baie d'Hudson (819) 988-2957

Palais de justice et substitut du procureur général**Kuuujuaq**

Palais de justice

C. P. 180

Kuuujuaq (Québec) J0M 1C0

Tél. : (819) 964-2497

Télec. : (819) 964-0037

District de l'Abitibi-Témiscamingue–Nord-du-Québec

205, boulevard Rideau, C. P. 8888

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5R8

Tél. : (819) 763-4800

Télec. : (819) 764-6941

PQ: PQ40426

Sûreté du Québec

Aucun service

Service de sécurité publique municipale

Aucun

Police autochtone

Regional Police Force Kativik

C.P. 1093

Kuuujuaq (Québec) J0M 1C0

Tél. : (819) 964-9111

Télec. : (819) 964-2830

Municipalités desservies: Akulivik, Aupaluk, Inukjuak, Ivujivik, Kangiqsualujjuaq, Kangiqsujaq, Kangirsuk, Kuuujuaq, Kuujjuarapik, Puvirnituq, Quaqtaq, Salluit, Tasiujaq, Umiuajaq

18 Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James

Centre désigné

Le centre désigné n'est pas encore nommé.

Centre jeunesse

CSS CRI

Hôpital Chisasibi

C. P. 360

Chisasibi, Baie James (Québec) J0M 1E0

Tél. : (819) 855-2844

Télec. : (819) 855-2867

Signalement – Urgence sociale

Heures de travail

Chisasibi (819) 855-2844

Waswanipi (819) 753-2324

En dehors des heures de travail

(sans frais) 1 800 409-6884

District de l'Abitibi-Témiscamingue–Nord-du-Québec

205, boulevard Rideau, C. P. 8888

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5R8

Tél. : (819) 763-4800

Télec. : (819) 764-6941

PQ: PQ40426

Sûreté du Québec

Aucun service

Service de sécurité publique municipale

Aucun

Police autochtone

Village cri Chisasibi

C. P. 329

Chisasibi (Québec) J0M 1E0

Tél. : (819) 855-2882

Télec. : (819) 855-2298

Municipalité desservie : Chisasibi

Eastmain Police Service EASTMAIN

C. P. 89

Eastmain (Québec) J0M 1W0

Tél. : (819) 977-0213

Télec. : (819) 977-0281

Municipalité desservie : Eastmain

Village Cri Mistissini
192, Main Street
Mistissini (Québec) G0W 1C0
Tél. : (418) 923-3278
Télec. : (418) 923-3076

Municipalité desservie : Mistissini

Village Cri Whapmagoostui
C. P. 540
Whapmagoostui (Québec) J0M 1G0
Tél. : (819) 929-3700
Télec. : (819) 929-3919

Municipalité desservie : Whapmagoostui

Police autochtone Oujé-Bougoumou
80, Oujé-Bougoumou Street
Oujé-Bougoumou (Québec) G0W 3C0
Tél. : (418) 745-2573
Télec. : (418) 745-3856

Municipalité desservie : Ouje-Bougoumou

Village Cri Wemindji
C. P. 189
Wemindji (Québec) J0M 1L0
Tél. : (819) 978-3655
Télec. : (819) 978-0258

Municipalité desservie : Wemindji

Village Cri Waswanipi
20, Poplar Street
Waswanipi (Québec) J0Y 3C0
Tél. : (819) 753-2553
Télec. : (819) 753-2544

Municipalité desservie : Waswanipi

Village Cri Nemaska
C. P. 210
Nemaska James Bay (Québec) J0Y 3B0
Tél. : (819) 673-2506
Télec. : (819) 673-2606

Municipalité desservie : Nemiscau

Village Cri Waskaganish
C. P. 60
Waskaganish (Québec) J0M 1R0
Tél. : (819) 895-2029
Télec. : (819) 895-8848

Municipalité desservie : Waskaganish

68

[illegible]



ÉTAPE 7 : SUIVI MÉDICAL

Pour répondre aux besoins des
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE
enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes

*Intervenons
ensemble*

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Lésions, blessures et problèmes de santé	3
Infections transmissibles sexuellement	4
Sérologies pour les ITS 3 mois après l'agression sexuelle	4
Retour des menstruations et grossesse	5
État global, plaintes physiques, anxiété, sommeil	5
Conclusion	5

Introduction

Le suivi médical est important. Si les cultures pour le dépistage des ITS ont été effectuées 7 jours ou moins après l'agression sexuelle, les résultats ne sont pas vraiment fiables, il faut donc proposer à la victime de les répéter. Plusieurs symptômes peuvent survenir à la suite d'un état de choc et la victime aura besoin d'être rassurée, si c'est le cas. Il sera important aussi de s'assurer qu'il n'y a pas de grossesse. Enfin, ce suivi permet parfois de dépister des difficultés émotionnelles, relationnelles, sociales ou familiales pour lesquelles il faudra proposer des consultations.

La relance médicale est proposée 1 ou 2 semaines, puis 3 mois après l'intervention médicosociale initiale, si cette visite a eu lieu moins de 7 jours après l'agression sexuelle. Autrement, le suivi médical est adapté aux circonstances et aux besoins de la victime. Évidemment, entre ces deux temps du suivi, il pourra y avoir d'autres visites : vaccin contre l'hépatite B, contrôle de traitement d'une ITS, etc.

La première relance, selon le cas, a pour but de :

- refaire les prélèvements pour les ITS ;
- examiner l'état des blessures ;
- vérifier la présence de symptômes particuliers ;
- rassurer la victime à propos de certaines plaintes liées au stress ;
- vérifier le retour des menstruations ;
- discuter de médication contre l'insomnie ou l'anxiété, selon les circonstances ;
- vérifier l'état émotif de la victime si celle-ci n'a pas eu de suivi psychosocial.

La deuxième relance, selon le cas, a pour but de :

- refaire les prélèvements pour les ITS (si non effectués et souhaités) ;
- vérifier la présence de symptômes particuliers ;
- répéter les sérologies pour le VIH, l'hépatite A, l'hépatite B, l'hépatite C ou la syphilis ;
- vérifier l'état émotif de la victime si celle-ci n'a pas eu de suivi psychosocial.

Lésions, blessures et problèmes de santé

À la première relance, on évalue l'évolution des lésions observées à la suite de la première visite. Toutefois, il n'est pas nécessaire de vérifier la guérison de petites lacérations de l'hymen ou des fissures anales, si un examen n'est pas indiqué pour d'autres motifs et si la victime n'exprime pas le besoin d'être rassurée par un tel examen.

À chaque relance, on procède à une revue des systèmes en vue de rechercher des symptômes inquiétants.

Infections transmissibles sexuellement

Si des tests de dépistage des ITS ont été effectués dans les 7 premiers jours après l'agression sexuelle, **on propose de refaire des prélèvements pour les ITS à la première visite de relance**, environ 8 à 21 jours après l'agression sexuelle (si aucun traitement prophylactique n'a été prescrit au moment de la consultation initiale). On doit aussi proposer de faire ces tests s'ils n'ont pas été effectués et qu'ils sont indiqués.

Chez les adolescentes et les femmes, on devrait également **faire un test Pap**, si l'on effectue des prélèvements pour les ITS (ce type de test n'est pas indiqué pour les enfants prépubères). Ce test sert alors de test de base, s'il n'a pas été fait à la visite initiale. S'il y avait des changements déjà présents au niveau cellulaire, ce sera l'occasion de les dépister. Le test Pap est également utile pour dépister des changements dans les cellules cervicales qui seraient produits par une infection à HPV, mais il faut alors attendre au moins une année avant de retrouver de tels changements.

Dans son examen, le médecin porte une attention particulière à la recherche de **condylomes**. C'est une des raisons pour reprendre l'examen génital externe.

Il se peut que la victime hésite devant l'idée de subir ces tests. On ne l'y oblige pas. La prévalence des ITS à la suite d'une agression sexuelle est faible. On explique que les ITS peuvent être présentes sans symptômes. On peut aussi reporter ces tests à une date ultérieure, auquel cas on renseigne la victime sur les symptômes à surveiller qui indiqueraient la présence d'une ITS. L'adolescente ou l'adolescent doit donner son accord aux prélèvements et sa décision a préséance sur la volonté de ses parents.

Si l'on n'oblige pas une victime à subir des tests pour les ITS, on ne doit cependant pas hésiter à faire ces tests si la victime est inquiète et les demande, même si les indications sont douteuses (par exemple, s'il y a eu utilisation d'un condom au moment de l'agression).

Les cultures de contrôle effectuées pour **vérifier l'efficacité d'un traitement** sont indiquées si l'on a détecté ou traité préventivement une ITS.

- Dans les cas de gonococcie et de trichomonase, on peut procéder aux tests de contrôle 4 ou 5 jours environ après la fin du traitement.
- On ignore quel est le meilleur moment pour prélever les échantillons destinés au contrôle de la guérison de *C. trachomatis*. En général, le contrôle se fait 4 semaines après la fin du traitement. Il n'est pas recommandé en tant qu'examen de routine, mais dans une situation d'agression sexuelle, il est préférable de faire un contrôle pour s'assurer de la guérison de la victime.

Sérologies pour les ITS 3 mois après l'agression sexuelle

La visite qui a lieu 3 mois après l'agression sexuelle vise, entre autres, à contrôler les sérologies pour la syphilis, l'hépatite A, l'hépatite B, l'hépatite C et le VIH, si ces prélèvements sont indiqués (la sérologie pour l'hépatite A est rarement indiquée). Une aide-conseil sera offerte à la victime, qui n'est pas obligée de subir ces tests.

Retour des menstruations et grossesse

Si la victime a reçu une contraception d'urgence, une menstruation devrait survenir dans les 21 jours suivant la prise des comprimés. La majorité auront leur menstruation à l'intérieur de 15 jours. Si les menstruations ne sont pas de retour après 21 jours, il est bon de faire un test de grossesse.

Si la victime n'a pas reçu de contraception d'urgence, un test de grossesse peut être effectué si la date prévue des menstruations est dépassée, ou même avant si elle est inquiète.

On ne doit pas hésiter à faire un test de grossesse si la victime est inquiète, même si les indications à ce sujet sont douteuses.

Toutefois, le cycle des menstruations devient souvent irrégulier après une agression sexuelle, probablement à cause du stress. Il peut y avoir arrêt des menstruations pour 1 ou 2 mois.

État global, plaintes physiques, anxiété, sommeil

Plusieurs victimes ressentiront des malaises dans les semaines suivant l'agression sexuelle ; il faudra parfois les rassurer sur la nature psychosomatique de ces malaises, tels les nausées, les céphalées, les douleurs abdominales, les étourdissements, la fatigue, etc.

Chez les enfants, les adolescentes et les adolescents, dans une situation d'agression sexuelle chronique ou d'inceste, il faudra penser à la possibilité que l'agresseur ait récidivé, si la victime se plaint de nouveau de malaises d'ordre physique alors que ceux-ci avaient cessé après le dévoilement (par exemple, vomissements inexpliqués avant le dévoilement, disparus par la suite et qui ont repris).

Le **sommeil** est parfois perturbé. Le médecin discute avec la victime de la nécessité de lui prescrire des médicaments pour régulariser son sommeil (chez les adultes particulièrement). Si des médicaments ont déjà été prescrits à cet effet, il faut envisager la possibilité de modifier la prescription (voir l'étape 5: *Soins et traitements*).

Il faut également évaluer l'état global de la victime qui n'a pas consulté pour un suivi psychosocial. Ainsi, des idées suicidaires, une dépression, un état anxieux important peuvent surgir à la suite d'une agression sexuelle. Les symptômes physiques peuvent être le signal que la victime éprouve de tels problèmes. Le médecin questionne donc la victime à propos de ces problèmes si la symptomatologie est significative ou persistante.

Pour les états anxieux ou dépressifs, le médecin évalue les médicaments déjà prescrits et les résultats obtenus. Si aucun médicament n'a été prescrit, il faudra évaluer s'il est indiqué d'en prescrire (voir l'étape 5: *Soins et traitements*). Si des problèmes sont détectés, au-delà de la médication qui peut être indiquée, il faudra diriger la victime vers les ressources appropriées.

Conclusion

Le suivi médical est utile non seulement pour prodiguer des soins et des traitements médicaux à la victime, mais également pour diminuer son anxiété par rapport aux conséquences physiques de l'agression sexuelle et évaluer globalement son état, particulièrement si elle n'a pas consulté pour un suivi psychosocial.

La victime, même à l'étape du suivi, doit garder le contrôle des soins et des traitements qui lui sont proposés et son choix doit être respecté.



ÉTAPE 8 : SUIVI PSYCHOSOCIAL

Pour répondre aux besoins des
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE
enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes

*Intervenons
ensemble*

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Qui intervient dans le suivi psychosocial?	3
Quelques principes d'intervention	4
Suivi psychosocial des enfants, des adolescentes et des adolescents	5
Buts et modalités	5
Objectifs généraux du suivi psychosocial des jeunes victimes	5
Favoriser l'expression des sentiments	5
Développer la capacité d'affirmation de soi	6
Aider au rétablissement de l'estime de soi	6
Objectifs généraux du suivi auprès des parents et de la famille	6
Affirmer les rôles parentaux	6
Améliorer la communication et le climat familial	7
Particularités relatives au suivi des adolescentes agressées sexuellement par un tiers	8
Évaluer la qualité des relations interpersonnelles	9
Faire le bilan	9
Suivi psychosocial des adultes	11
Objectifs thérapeutiques généraux	11
Objectifs particuliers	11
Au sujet de la peur	12
Relations interpersonnelles	12
Outils d'intervention	13
Accompagnement à la cour	13
Conclusion	14

Introduction

L'agression sexuelle porte atteinte à l'intégrité de la personne et ébranle le sentiment de contrôle qu'elle a sur son propre corps et sur sa vie. Pour un certain temps, les gestes les plus élémentaires de la vie peuvent devenir difficiles. La victime n'oubliera probablement jamais ce qui est arrivé, mais, avec le temps, elle pourra cependant intégrer cet événement et poursuivre sa vie. Même s'il s'agit d'une expérience traumatisante, la victime peut reprendre une évolution positive.

Certaines victimes trouveront le soutien nécessaire auprès de leur entourage, d'autres bénéficieront du soutien et du suivi, au moins à court terme, d'une intervenante ou d'un intervenant, d'autres pourront profiter aussi d'une psychothérapie sur une période plus longue.

Cette section ne fait qu'un survol de différents principes et approches du suivi psychosocial offert par les intervenantes et les intervenants. Il est important que les intervenantes et les intervenants en prennent connaissance afin d'expliquer à la victime en quoi consiste un suivi psychosocial et de l'orienter vers les ressources appropriées. **Les aspects plus particuliers de la psychothérapie à moyen ou à long terme ne sont pas abordés dans ce document.**

Qui intervient dans le suivi psychosocial ?

Le suivi psychosocial est assuré par plusieurs groupes d'intervenantes et d'intervenants dont les rôles seront toutefois bien différents selon l'âge et les besoins de la victime, le temps écoulé depuis l'agression sexuelle, les séquelles, etc. Nous énumérons ici quelques-uns de ces intervenantes ou intervenants :

- infirmières, infirmiers et médecins ;
- intervenantes, intervenants et thérapeutes des groupes communautaires ;
- psychiatres et pédopsychiatres ;
- psychologues ;
- sexologues, criminologues, psychoéducatrices et psychoéducateurs ;
- travailleuses sociales et travailleurs sociaux, ARH.

Il reviendra aux Agences et aux tables de concertation de planifier ces services de suivi psychosocial. Ainsi, dans une sous-région donnée, un *centre désigné* assurera ce suivi, alors que dans une autre dotée d'un CALACS, ces services seront offerts par ce dernier en collaboration avec le CSSS, pour le suivi des enfants, des adolescents et des hommes victimes d'agression sexuelle. Dans les cas où la victime a moins de 18 ans et si la situation est retenue par le DPJ à la suite de l'évaluation initiale, un plan d'intervention sera établi par ce dernier.

Quelques principes d'intervention

On doit être conscient de certains principes inhérents à l'intervention dans le domaine des agressions sexuelles. Nous en avons déjà mentionné plusieurs dans les chapitres précédents.

Le suivi psychosocial implique plusieurs approches. Certaines sont plus adaptées aux enfants, aux adolescentes et aux adolescents, d'autres aux adultes. Certaines conviennent plus aux victimes immédiatement après l'agression sexuelle, d'autres s'adressent plutôt aux victimes qui présentent des séquelles prolongées.

Plus le suivi est offert rapidement, plus il sera profitable et efficace. Un suivi peut être offert pour une période plus ou moins longue, selon le cas. Le nombre de rencontres dépendra de la situation, des besoins et des problèmes de chacune des victimes. On peut cependant se fier à certains repères.

Dans un état de choc et de stress comme celui provoqué par l'agression sexuelle, la période de 2 semaines après l'événement offre un bon repère. C'est la phase où la réaction initiale de choc, même si elle est bien présente, s'estompe quelque peu et où la victime, et sa famille dans certains cas, entre en période de réajustement. C'est donc un bon moment pour évaluer la situation et offrir du soutien. Si la récupération de la victime stagne, ce sera l'occasion d'offrir un suivi plus soutenu ou plus spécialisé.

Un autre point de repère est situé environ 3 mois après l'agression sexuelle. À ce moment, le processus de récupération devrait être bien amorcé et la victime devrait avoir retrouvé en bonne partie son équilibre. C'est donc le moment propice pour réévaluer la situation de la victime, revoir ses besoins et lui proposer un soutien supplémentaire ou une aide spécialisée si la récupération tarde et si les difficultés compromettent son fonctionnement quotidien et son équilibre émotionnel.

4

L'agression ouvre parfois des plaies mal guéries (violence familiale, rejet, etc.). Il faut les reconnaître, les distinguer des conséquences de l'agression sexuelle elle-même et aider la victime à saisir l'occasion de travailler sur des traumatismes qui autrement seraient demeurés insaisissables.

Quelques autres principes sont importants dans l'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle :

- travailler en se servant des aptitudes de la victime, de ses parents ou de ses proches ;
- renforcer la victime et ses proches en les aidant à puiser dans leurs propres ressources ;
- chercher du soutien dans l'entourage de la victime ;
- partir des préoccupations et des besoins de la victime ;
- tenir compte du passé et de la personnalité de la victime et des membres de son entourage ;
- faire une deuxième lecture de la situation avant de changer le plan d'intervention ou d'orienter la victime ;
- tenir compte des compétences des intervenantes et des intervenants dans le milieu ;
- apprendre des victimes, des situations observées et de l'expérience des autres intervenantes et intervenants ;
- reconnaître qu'il existe des approches différentes, mais tout aussi valables ;
- ne pas s'isoler.

Suivi psychosocial des enfants, des adolescentes et des adolescents

Buts et modalités

Les buts et les modalités du suivi des victimes d'agressions sexuelles intrafamiliales ou commises par des tiers agresseurs sont multiples. Certains aspects s'appliquent plus particulièrement à l'une ou à l'autre des catégories d'agression sexuelle. Les buts poursuivis sont les suivants :

- mettre fin à l'agression sexuelle répétée ;
- prévenir la récurrence ;
- aider à résorber les conséquences de l'agression sexuelle.

L'atteinte de ces trois buts nécessite divers types d'intervention. Mettre fin à l'agression répétée relève d'abord des intervenantes et des intervenants de première ligne et des parents, puis du DPJ et de la justice, s'il y a lieu. Prévenir la récurrence relève du DPJ, de la justice (action contre l'agresseur), des intervenantes et des intervenants de première ligne, des parents et des thérapeutes. Aider à résorber les conséquences de l'agression relève des thérapeutes, des intervenantes et des intervenants de première ligne ou de groupes communautaires et des parents.

Quelques remarques préalables s'imposent.

- La protection de la victime est prioritaire : si une seule intervention était possible, elle devrait avoir pour but de mettre fin à l'agression.
- Toutes les interventions doivent être faites en fonction des besoins de la jeune victime et en vue de lui garantir les meilleures chances de se rétablir.
- Plusieurs variables déterminent les objectifs et les modalités de l'intervention, notamment le traumatisme subi et la nature de l'agression (intrafamiliale ou par un tiers agresseur).
- L'intervention auprès de la famille est importante, en ce sens que l'enfant, l'adolescente ou l'adolescent a plus de chances de résoudre son traumatisme si elle ou il peut exprimer ses sentiments et ses conflits au sein de sa famille.
- Les victimes ont besoin d'aide à différents moments. Ce peut être au moment du dévoilement, durant le procès, ou après. Certaines victimes auront besoin d'aide plus tard dans leur vie adulte.
- L'intervention après une agression sexuelle est un exercice d'équilibre. En tout temps, l'intervenante ou l'intervenant doit faire en sorte que d'autres personnes puissent intervenir ou prendre le relais.

5

Objectifs généraux du suivi psychosocial des jeunes victimes

Favoriser l'expression des sentiments

Les victimes d'agression sexuelle éprouvent toutes des sentiments, souvent intenses, de peur, de colère, de culpabilité, etc. L'intervention doit permettre à la victime, d'une part, de prendre conscience de ce qu'elle vit intérieurement et, d'autre part, de l'exprimer. On n'a pas à juger les sentiments de la victime. Ils ne sont ni

bons ni mauvais. Ils existent, simplement. L'enfant, l'adolescente ou l'adolescent, par exemple, peut être ambivalent à l'endroit de l'agresseur. La jeune victime doit pouvoir l'exprimer, elle doit se sentir écoutée et respectée dans ce qu'elle vit.

Par ailleurs, l'intervenante ou l'intervenant doit faire comprendre à la victime, à ses parents, à l'agresseur que l'enfant, l'adolescente ou l'adolescent ne peut être tenu responsable de l'agression sexuelle.

Dans les cas des garçons agressés sexuellement par un homme, il faut d'abord aborder leur sentiment ou leur malaise au sujet de l'orientation sexuelle et leur permettre d'exprimer leurs préoccupations, si besoin est, car il est possible que certains ne soient pas préoccupés par cette question. Par la suite, il est plus facile de parler des autres sentiments.

Développer la capacité d'affirmation de soi

L'enfant, l'adolescente ou l'adolescent a droit au respect et de sa personne et de son intégrité physique. L'intervention a pour but d'aider la victime à s'affirmer et à se protéger : pouvoir dire non, pouvoir mettre des limites à ce qui lui est demandé.

Aider au rétablissement de l'estime de soi

L'agression sexuelle implique un abus de pouvoir qui mine la confiance en soi. La victime se sent impuissante, se perçoit indigne, sale, sans valeur. L'agression sexuelle brise aussi la confiance en l'autre. L'enfant, l'adolescente ou l'adolescent se sent trahi, et ce sentiment est encore plus vif si l'agresseur est une personne ayant un lien significatif avec la victime. L'intervention doit permettre à la jeune victime de reconnaître et d'exprimer les sentiments négatifs qu'elle ressent à l'égard d'elle-même et de retrouver une estime de soi satisfaisante. Ce faisant, elle pourra rétablir sa confiance en l'autre.

6

Objectifs généraux du suivi auprès des parents et de la famille

Affirmer les rôles parentaux

Dans les situations d'agression sexuelle intrafamiliale, il y a un problème de distance. Par son geste, l'adulte détruit la distance entre les générations, distance essentielle au développement de l'enfant. Il s'ensuit une confusion dans les rôles. La victime doit retrouver sa place et avoir des activités qui correspondent à son âge. Le parent non-agresseur doit être soutenu dans son rôle de protection à l'égard des enfants.

Dans les situations d'agression sexuelle extrafamiliale, il faut d'abord évaluer si l'enfant, l'adolescente ou l'adolescent a été exposé à une agression par suite de la négligence des parents ou de problèmes familiaux. S'il y a lieu, l'intervention a pour but d'aider les parents à assumer leurs rôles de surveillance et de protection.

En général, les parents ont besoin d'être soutenus, informés et valorisés. Ils ont aussi besoin qu'on les appuie pour qu'ils puissent apporter toute leur aide à leur enfant. Tout en assurant la sécurité de leur enfant, il faut les mettre en garde contre la surprotection ; ils doivent accepter d'être inquiets pour permettre à leur enfant de retrouver son autonomie et le contrôle de soi, particulièrement en l'encourageant à reprendre ses activités usuelles.

Améliorer la communication et le climat familial

Dans les cas d'agression sexuelle intrafamiliale, la communication entre les membres de la famille est déficiente en raison de plusieurs facteurs. Pensons au secret. On sait que dans la plupart des cas l'agresseur est parvenu à imposer le silence à l'enfant, que ce soit par le chantage, le mensonge ou la menace. Pensons à l'abus de pouvoir, qui laisse supposer que le pouvoir des forts sur les faibles constitue la base de toutes les interactions dans la famille. D'autres facteurs contribuent à la détérioration de la communication, comme l'isolement de la famille, qui tend à se replier sur elle-même, et la négation de l'agression sexuelle.

L'intervention doit donc avoir comme objectif de favoriser le développement de modes de communication clairs, ouverts et authentiques entre tous les membres de la famille, que ce soit dans le couple parental, les relations parents-enfants ou la fratrie. On doit aussi favoriser la communication de la famille avec le monde environnant.

Dans toutes les situations d'agression sexuelle, l'intervention doit avoir comme objectif d'établir un climat de sécurité et d'empathie autour de la victime. Il s'agit ici non seulement d'assurer la protection de la victime, mais également de faire en sorte que la famille puisse se montrer sensible à ses besoins physiques et psychologiques.

Dans les situations d'agression sexuelle par un tiers agresseur, la communication n'est pas nécessairement déficiente. L'intervenante ou l'intervenant va plutôt s'attarder au vécu émotif de tous les membres de la famille et faire en sorte que chacun comprenne mieux les réactions des autres.

Il est souhaitable que les parents parlent de leurs sentiments par rapport à l'agression sexuelle et expriment leur peur, leur colère et leur culpabilité. Ils ont aussi besoin d'exprimer leur réaction, leur compréhension de l'événement, leur perception de la réaction et des besoins de leur enfant, leur perception de la dynamique parents-enfant. On doit les encourager à définir l'aide qu'ils apportent à leur enfant. Certains s'exprimeront aussi sur des événements significatifs de leur vie ; par exemple, une mère peut raconter avoir été elle-même agressée dans son jeune âge : il faut être vigilant devant ce type de réaction pour éviter que la mère « prescrive » la réaction de son enfant. Ces échanges mettent en relief les ressources parentales.

L'intervenante ou l'intervenant rassure les parents sur le fait qu'une agression sexuelle n'entraîne pas automatiquement un pronostic sombre pour toutes les victimes. Les attitudes et les comportements positifs sont renforcés, et les parents sont quelquefois encouragés à reparler brièvement de l'agression, mais sans transférer leurs propres émotions sur leur enfant. Ils doivent savoir à quoi s'attendre quant aux réactions possibles de leur enfant (insomnie, peur, etc.), et être conscients qu'il s'agit de réactions souvent temporaires qu'il ne faut pas amplifier. Ils doivent protéger leur enfant sans toutefois le surprotéger. Ils ne doivent pas le culpabiliser, mais plutôt l'encourager à révéler d'autres incidents similaires.

Les adolescentes et les adolescents, en particulier, désirent rarement reparler longuement de l'agression avec leurs parents. Ceux-ci doivent doser leurs questions, s'enquérir brièvement de l'état de leur enfant, quand le moment est propice, simplement pour manifester leur ouverture. Ils ne doivent pas devancer leur enfant, mais l'accompagner en demeurant à l'écoute, à l'affût de comportements ou de réactions inhabituels et prolongés. D'ailleurs, le soutien des parents favorise une évolution positive chez l'adolescente ou l'adolescent. Lorsque les parents ne sont pas présents à un premier rendez-vous, qu'ils doutent ou ne s'impliquent pas, la victime ira tout probablement moins bien. Lorsque l'adolescente ou l'adolescent ne désire pas informer ses parents de l'agression subie, il faut cerner les problèmes possibles dans sa famille qui l'empêchent de se confier. Sauf dans les cas où la situation familiale demande une intervention sociale,

on peut faire valoir à la jeune victime qu'elle se coupe d'une aide précieuse dont elle ne ressent peut-être pas le besoin à très court terme, mais que son silence risque d'entraver sa récupération à moyen terme. Les parents, dans des situations difficiles pour les adolescents, demeurent les intervenants de choix. Il faut aider les victimes adolescentes à franchir les petits obstacles qui les empêchent de se confier à leurs parents (gêne, appréhension de la réaction parentale, désir de ménager les parents, etc.).

Dans les situations d'agression sexuelle unique d'un jeune garçon par un tiers agresseur masculin, l'intervenante ou l'intervenant doit rassurer les parents en précisant que leur fils ne deviendra pas homosexuel à cause de cet événement. C'est un mythe souvent véhiculé par notre société, et il vaut mieux aborder ce sujet plutôt que de faire mine de l'ignorer.

Particularités relatives au suivi des adolescentes agressées sexuellement par un tiers

Ce qui vient d'être dit à propos du suivi psychosocial des enfants, des adolescentes et des adolescents s'applique également aux adolescentes agressées par un tiers agresseur ; la présente section décrit en outre certaines particularités du suivi de ces dernières.

Les adolescentes agressées sexuellement constituent un groupe hétérogène. Chaque situation se révèle unique et il faut créer, avec chacune des adolescentes, un plan d'intervention personnalisé. L'objectif est que l'adolescente poursuive son développement de façon harmonieuse. Elle est dans une période de sa vie où elle doit se séparer de ses parents pour affirmer son identité, tout en demeurant suffisamment près d'eux pour développer des aptitudes relationnelles et d'intimité avec les autres. L'adolescente agressée sexuellement a été blessée dans son autonomie et dans son intimité. Elle doit retrouver son énergie pour s'adonner à des activités susceptibles de favoriser son développement.

8

Une approche globale des besoins de l'adolescente est privilégiée. D'une part, l'adolescente n'aime pas consulter pour une agression sexuelle et elle est perdue rapidement en cours de suivi si l'on ne répond pas à l'ensemble de ses besoins. D'autre part, pour mieux comprendre et mieux aider l'adolescente, il faut bien cerner qui elle est. À quel moment de sa vie a-t-elle vécu cette agression ? Un autre événement significatif s'est-il produit en même temps ? Cet événement avait-il un lien avec elle ou avec sa famille ? L'agression sexuelle n'est pas vécue isolément. Cela peut arriver à telle jeune fille, dans tel contexte, à tel moment de sa vie et à tel moment de la vie familiale. Le terrain doit être exploré dans son entièreté si on veut que l'intervention soit pertinente.

En outre la grille d'analyse doit être souple, car si certaines adolescentes consultent rapidement après l'agression, d'autres le font des semaines, des mois, voire des années après l'agression, et l'analyse des données recueillies doit sans cesse tenir compte du temps écoulé depuis l'agression. Par exemple, une histoire de cauchemars doit être analysée de manière différente si elle se situe 10 jours ou 12 mois après l'agression sexuelle.

Le fonctionnement quotidien de l'adolescente constitue un bon révélateur de son état intérieur : appétit, sommeil, loisirs, socialisation et sorties, assiduité, concentration et rendement scolaire doivent être pris en considération. On doit aussi voir si l'adolescente est capable de gestes autonomes et si ses parents sont capables de la laisser vivre.

Évaluer la qualité des relations interpersonnelles

Un volet important du suivi est l'exploration des liens personnels de l'adolescente depuis l'agression. Elle aura sans doute perçu de la solidarité dans son entourage, mais elle aura peut-être éprouvé aussi des déceptions ou subi des pertes. L'agresseur faisait peut-être partie de son groupe d'amis, était peut-être un ami de la grande sœur ou des parents. Il faut réévaluer les liens personnels ou familiaux après l'agression sexuelle. Il s'avère pertinent de vérifier auprès de l'adolescente comment elle se sent en présence d'hommes adultes et de garçons de son âge. Certaines avouent tenir les gars à distance, et craindre d'être touchées, d'autres n'acceptent plus les blagues douteuses.

En temps opportun, avec tact et en tenant compte du développement psychosexuel de l'adolescente, l'intervenante ou l'intervenant aborde le thème de la sexualité de manière à offrir à l'adolescente l'occasion d'exprimer ses interrogations, ses craintes, ses malaises, sans toutefois lui transférer les siennes. Assez souvent, l'adolescente demandera si elle est « encore vierge », question à connotations différentes selon les cultures. Certaines ont révélé avoir été bouleversées pendant un cours d'éducation sexuelle. Quant aux appréhensions qu'elles ont par rapport au futur, bon nombre d'adolescentes expriment l'espoir de s'en remettre avec le temps, avec l'appui des leurs et leurs propres forces. Certaines pensent qu'elles craindront pour la sécurité de leurs enfants plus tard. D'autres se demandent si un éventuel lien amoureux en sera influencé, faisant en cela allusion à leur capacité de faire confiance.

Si l'adolescente est en amour, la qualité de sa relation avec son copain mérite d'être explorée. Il faut s'informer des discussions qu'ils ont pu avoir au sujet de la violence subie par la jeune fille. Des adolescentes quittent leur copain après l'agression; peut-être que celui-ci ne leur offre pas la compréhension et le soutien attendus ou qu'il se fait inquisiteur, mais le plus souvent elles n'ont pas l'énergie nécessaire pour poursuivre la relation et éprouvent le besoin de se retrouver avant d'aller vers l'autre. Aussi, certaines de ces relations étaient chancelantes avant l'agression.

Les adolescentes actives sexuellement ont besoin de quelque temps pour recouvrer leur confiance en elles avant de reprendre leurs activités sexuelles et d'y retrouver une satisfaction. Il faut s'enquérir de l'attitude de l'ami envers l'adolescente qui a besoin de respecter son propre rythme. Les adolescentes reprennent leurs activités sexuelles à moyen terme, avec certaines appréhensions. L'adolescente qui se sent en confiance avec son copain va de l'avant, mesure ses capacités, ses progrès, et accepte de régler avec son copain, dans la communication et dans l'action, les problèmes qui surgiront. Elle investit dans cette étape d'exploration, de découverte, de recherche du plaisir, en acceptant qu'intervienne, pour un temps, un souvenir venant bouleverser ses repères. Encore ici, il faut s'assurer d'un mouvement, d'une évolution, d'un progrès, plutôt que de conclure à des difficultés graves.

Faire le bilan

Le rôle de l'intervenante ou de l'intervenant est d'accompagner et non pas de devancer. Au moment de la relance, plutôt que de prendre position uniquement en tant qu'évaluateur, il faut créer une occasion, un climat, permettant à l'adolescente de faire elle-même le bilan de sa condition. Quelles sont les personnes qui l'aident à retomber sur ses pieds? Où sont ses appuis? Quelles sont les difficultés à résoudre? A-t-elle des appréhensions pour le futur? Quelles sont ses attentes envers nous? À quel pourcentage situe-t-elle son bien-être actuel? En présumant que l'état général de l'adolescente était à 100 % avant l'agression et que cet état a chuté à 0 % le jour de l'agression, où se situe-t-elle maintenant? Plusieurs adolescentes répondront: entre 40 et 60 % deux semaines après l'agression et entre 75 et 90 % après trois mois. Tout écart mérite d'être analysé. Évidemment, certaines adolescentes diront qu'elles n'étaient pas à 100 % avant l'agression; comme

nous l'avons déjà mentionné, cet événement n'est pas vécu isolément et s'inscrit dans un contexte de vie. Aussi, certains signaux émis parfois par l'adolescente signifient qu'il faut resserrer la prise en charge de manière à éviter l'impasse :

- l'adolescente se présente seule au rendez-vous ;
- l'adolescente dort avec sa mère ;
- l'adolescente est absente de l'école plus que quelques jours ;
- l'adolescente compte sur elle-même ou sur ses amis ;
- l'adolescente a l'impression de stagner ou de se détériorer.

Par ailleurs, il existe parfois un écart entre les besoins définis par l'intervenante ou l'intervenant et les attentes exprimées par l'adolescente. L'adolescente qui exprime des difficultés ne réclame pas nécessairement de l'aide. Il faut être capable de doser l'intervention, de définir les priorités, de procéder par étapes, d'accorder des délais, d'accepter des refus et de permettre enfin à l'adolescente de tourner la page. **Il faut donc souvent faire une seconde lecture de la situation avant d'établir un plan d'action.**

Suivi psychosocial des adultes

Le besoin d'un suivi psychosocial peut varier considérablement d'une personne à l'autre. Il est important de s'adapter aux demandes de la personne, tout en l'aidant à prendre conscience de certains aspects auxquels elle n'a peut-être pas pensé. Il faut souligner ici que les intervenantes et les intervenants doivent avoir la capacité de s'adapter à une clientèle très variée, avoir l'esprit ouvert, être prêts à travailler en collaboration avec des intervenants d'autres milieux et posséder une formation en relation d'aide, ainsi qu'une bonne connaissance de la problématique des agressions sexuelles.

Généralement, les victimes passent par différentes phases de récupération, qui varient en intensité et en longueur selon plusieurs facteurs : les circonstances de l'agression, le lien entre la victime et l'agresseur, le soutien de l'entourage, les conditions de vie de la victime et ses caractéristiques personnelles (personnalité).

La majorité des victimes présentent des symptômes de stress aigu et de stress post-traumatique (réf. DSM IV 309.81). Il est donc important d'évaluer la prévalence de ces symptômes afin d'être en mesure de les traiter adéquatement.

Objectifs thérapeutiques généraux

Les objectifs poursuivis tout au long de la thérapie sont nombreux et varient d'une personne à l'autre, selon la façon dont l'agression a affecté la victime. D'une manière générale, il s'agit d'aider la victime à composer avec les conséquences psychologiques et les problèmes concrets qui résultent de l'agression, afin qu'elle retrouve, autant que possible, son fonctionnement antérieur.

Tout au long du processus, les démarches sont expliquées à la victime et aucune décision n'est prise sans qu'on en ait préalablement discuté avec elle. Il est essentiel de respecter son choix en tout temps.

11

Objectifs particuliers

- Aider la victime à exprimer ses émotions par rapport à l'agression et à ses conséquences : peur, colère, dégoût, honte, sentiment d'être souillée, tristesse, etc.
- Aider la victime à se défaire de ses sentiments de responsabilité, de culpabilité et de blâme.
- Aider la victime à accepter cette expérience, à l'intégrer dans sa vie et à retrouver son autonomie en reprenant progressivement ses activités habituelles ou en s'adonnant à nouvelles activités.
- Aider la victime à répondre aux questions qu'elle se pose au sujet de l'agression : « Pourquoi moi ? », « Qu'est-ce que j'ai fait pour que ça m'arrive ? », « Pourquoi a-t-il fait ça ? ».
- Explorer les sentiments liés à l'image de soi : sentiment de vulnérabilité, d'insécurité, diminution de la confiance en soi, changement de l'image corporelle.
- Aider la victime dans ses démarches auprès des services de police, du système judiciaire, des services de santé, de l'IVAC, de son employeur, de son propriétaire.
- Aider la victime à faire face aux symptômes de stress post-traumatique : hyperactivité neurovégétative, évitement de stimuli associés au traumatisme, détresse et incapacité sur les plans social et fonctionnel, réminiscence de l'événement traumatique sous diverses formes.

- Aider la victime à faire face à des souvenirs liés à des expériences passées traumatisantes qui peuvent ressurgir à la suite de l'agression; il est important d'en tenir compte et d'en évaluer les effets sur le rétablissement de la victime.
- Aider la victime à surmonter son anxiété face à ses relations futures.

Au sujet de la peur

La peur est l'une des manifestations les plus répandues et les plus durables chez les victimes d'agression sexuelle. Elle peut prendre différentes formes et altère profondément la qualité de vie de la personne et de son entourage immédiat. La peur empêchera souvent la victime de vaquer à ses activités habituelles, comme aller travailler, faire ses courses, s'occuper de ses enfants. Elle devra réorganiser son horaire en fonction de celui de ses proches, afin d'éviter de se retrouver seule, et deviendra ainsi dépendante pour un temps du bon vouloir de son entourage.

Voici une liste des peurs les plus fréquentes éprouvées par la victime :

- peur d'être seule, à la maison ou ailleurs;
- peur de se déplacer seule;
- peur provoquée par le fait de se trouver dans un endroit public;
- peur de l'agresseur, peur des représailles que l'agresseur ou d'autres personnes pourraient lui faire subir;
- peur d'être agressée de nouveau;
- peur d'aller dans des endroits particuliers;
- peur de se retrouver seule avec un homme dans un endroit clos (ascenseur, bureau, à la maison);
- peur des hommes en général;
- peur de ne plus être capable d'avoir une relation amoureuse;
- peur des étrangers;
- peur de ne plus être capable d'accorder sa confiance;
- peur d'avoir des relations sexuelles;
- peur de ne pas être crue ou prise au sérieux;
- peur de la réaction des proches.

12

Relations interpersonnelles

Les relations avec les proches sont souvent perturbées à la suite d'une agression. Comme la victime est d'humeur changeante, plus irritable, sensible aux remarques et aux attitudes blessantes de ses proches, ceux-ci ne comprennent pas ce qui se passe. Certains sont en mesure d'apporter un soutien adéquat, tandis que d'autres en sont incapables. La victime oscille entre le besoin de parler, de se confier, et celui de se retirer socialement, d'être seule. La plupart des gens sont, tout comme la victime, démunis devant ce qui arrive et ont besoin d'être aidés pour pouvoir, à leur tour, aider la victime.

Les victimes qui ont des enfants ont tendance à vouloir leur cacher ce qui est arrivé, pensant ainsi les protéger. Il semblerait que cette attitude amène plutôt les enfants à se sentir responsables de l'état de détresse de leur mère. Il est donc préférable de leur expliquer la situation en évitant de donner trop de détails et en tenant compte de leur âge.

Les victimes qui vivent une relation de couple ont fréquemment à faire face à des conflits relationnels avec leur conjoint. Cette situation de crise peut parfois provoquer la rupture du couple.

À la suite de l'agression, des difficultés d'ordre sexuel peuvent apparaître : diminution des relations due à l'absence de désir, incapacité partielle ou totale à avoir des activités sexuelles, intolérance pour certains gestes précis, réminiscences pendant les relations sexuelles. Il est préférable pour la victime de reprendre progressivement ses activités sexuelles en suivant son propre rythme.

Outils d'intervention

Voici une liste non exhaustive d'outils utilisés en suivi thérapeutique. Ils ne sont pas nécessairement utilisés de façon systématique avec toutes les victimes et s'intègrent dans un processus thérapeutique global.

- désensibilisation systématique ;
- relaxation de type Jacobson ;
- exercice physique (marche, natation, etc.) ;
- recadrage des cognitions ;
- normalisation des réactions symptomatiques ;
- traitement pharmacologique si nécessaire ;
- inscription à un cours d'autodéfense (6 mois après l'agression).

Accompagnement à la cour

Très souvent, la victime d'une agression sexuelle représente l'unique témoin de l'événement. Dans tous les cas, elle en est du moins le principal témoin, ce qui rend son témoignage à la cour presque toujours incontournable.

Des semaines et des mois plus tard, elle doit donc revivre cet événement douloureux, se voyant contrainte, à plus d'une reprise, à en faire le récit dans ses moindres détails, devant des inconnus, dans un contexte tout à fait inhabituel et en présence de l'agresseur. Indéniablement, cette expérience peut engendrer des conséquences psychologiques importantes, voire traumatisantes.

Dans de telles circonstances, il apparaît essentiel de fournir à ces personnes victimes un soutien et un accompagnement adaptés à leurs besoins et qui puissent faire de cette étape cruciale un moyen efficace de dévictimisation. D'ailleurs, des expériences démontrent que la présence d'une intervenante ou d'un intervenant au cours de la démarche judiciaire des victimes atténue passablement les conséquences indésirables et produit au contraire un effet positif en favorisant la reprise de pouvoir de ces personnes sur leur vie.

En ce sens, des liens doivent être établis entre le domaine psychosocial et le système judiciaire. Des services de soutien, d'accompagnement, d'information à toutes les étapes du processus judiciaire doivent être accessibles. Des locaux doivent être mis à la disposition des personnes victimes et des personnes qualifiées doivent pouvoir répondre à leurs questions. On doit se préoccuper tout particulièrement de leur donner les renseignements pertinents quant aux attitudes à adopter lors des témoignages et des règles à respecter.

La plupart des palais de justice du Québec offrent certains de ces services. Les CAVAC (Centre d'aide aux victimes d'actes criminels), les CALACS (Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel) et d'autres organismes offrent également ce type d'accompagnement, et ce, tout au long du processus judiciaire, allant de la déclaration à la police jusqu'au prononcé de la peine si tel est le cas.

Conclusion

Travailler auprès des personnes agressées sexuellement ébranle, étonne, remet en question. Il ne faut pas s'isoler. Aucune intervenante, aucun intervenant, aucune discipline ne peut répondre à l'ensemble des besoins de la victime. Il faut faire un usage judicieux des ressources, se créer un réseau d'intervention et travailler en complémentarité, pour la santé des victimes certes, mais aussi pour la santé de l'intervention. On n'est jamais seul, et il ne faut pas se laisser leurrer par l'illusion d'être la seule ou le seul à connaître l'histoire de la victime et pouvoir intervenir adéquatement. Ce sentiment est bien souvent temporaire. En fait, dans le domaine des agressions sexuelles, plus que dans tout autre domaine, chacun est une intervenante ou un intervenant parmi d'autres, **et, à l'avant-scène, prend place la victime.**



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Pour répondre aux besoins des
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE
enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes

*Intervenons
ensemble*

Références bibliographiques

Une partie de ce guide d'intervention a été adapté de :

Frappier JY, Haley N, Allard-Dansereau C. Abus sexuel. Montréal: les Presses de l'Université de Montréal, 1992.

Le chapitre « Lois, interventions policières, procédures judiciaires et sociales » a été adapté de :

***Les rouages de la justice concernant les crimes à caractère sexuel*, Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal, Montréal, avril 1997, 94 p.**

Généralités, textes à aspects multiples

Allard-Dansereau C., Bonnin A.C., Haley N. : Comment détecter l'abus sexuel chez l'enfant? Le Clinicien 1999; 14 (7): 88-104.

Alvin P.: Les adolescents victimes de violences sexuelles. Dans, Gabel M, ed, Les enfants victimes d'abus sexuels. Paris: Presses Universitaires de France, 1996.

Alvin P.: L'inceste père-fille: histoire naturelle en cinq actes. Dans, Castro D, ed, Incestes. Paris: L'Esprit du temps, 1995.

Britton H.: Sexual abuse. Clin Obstet Gynecol 1997; 40: 226-240.

DeVoe E., Coulborn Faller K.: The Characteristics of disclosure among children who have been sexually abused. Child Maltreatment 1999; 4 (3): 217-222.

Dorais M.: Ça arrive aussi aux garçons. L'abus sexuel au masculin. Montréal, VLB éditeur, 1997, 234 p.

Frappier JY., Haley N., Allard-Dansereau C. : Abus sexuel. Montréal: les Presses de l'Université de Montréal, 1992.

Frappier JY., Gagné R.: Les adolescentes victimes de violence. Le médecin du Québec 1995; 30: 43-48.

Frappier JY., Gagné R., Lalonde S.: Les agressions sexuelles envers les adolescents. Dans, Wilkins et coll. eds, Médecine de l'adolescence: une médecine spécifique, chap. 19. Montréal: Hôpital Sainte-Justine, 1984, 414 p.

Gagné MH., Lavoie F.: Les causes de la violence dans les relations amoureuses des adolescent(e)s: qu'en pensent les jeunes? Santé mentale au Canada, automne 1993, 13-17.

Guide sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels, Commission de la santé et de la sécurité du Québec, 1993, 27 p.

Hampton H.: Care of the woman who has been raped. N EngJ Med 1995; 332: 234-237.

Hymel K., Jenny C.: Child sexual abuse. Ped in Rev 1996; 17: 236-249.

Khouzam, C. Rousseau, D.: Les agressions à caractère sexuel, Montréal, 1992.

Lavoie F.: Les jeunes femmes et la violence: une réponse collective. Rapport déposé au Comité canadien sur la violence faite aux femmes, 1992.

- Levitt C.: Medical evaluation of the sexually abused child. *Primary Care* 1993; 20: 333-354.
- Lewin F., Petroff E., Pierre F., Robert M.: Sévices sexuels chez l'enfant et l'adolescente. Dans, *Gynécologie médico-chirurgicale de l'enfant et de l'adolescente*. Salomon Y, Thibaud E, rappaport R, eds. Paris: Doin, 1992.
- Mann E.: Self-Reported Stresses of Adolescent Rape Victims. *J Adolesc Health Care* 1981; 2: 29-33.
- Sgroi S.: L'agression sexuelle et l'enfant: approche et thérapies. Montréal: Éditions du Trécarré, 1986; 427 p.
- Summit RC.: The child Sexual Abuse Accomodation Syndrome. *Child Abuse Negl* 1983; 7: 177-193.
- Vannotti M.: ed. Le silence comme un cri à l'envers: maltraitances et abus sexuels envers les enfants. Genève: Éditions Médecine et Hygiène, 1992.

Statistiques

- Bergman L.: Dating violence among high school students. *Social work* 1992; 37: 21-27.
- Child J.: Prevalence and Predictors of Adolescent Dating Violence, *Adolesc Pspychiatr Nurs* juillet-septembre 1994; 7 (3):14-23.
- Children as Victims of Violence: A National Survey. *Pediatrics* 1994, 4, Octobre 1994; 4: 413-420.
- Choquet M, Ledoux S. Adolescents: enquête nationale. Paris: Éditions INSERM, 1994.
- Feldman W., Feldman E. Goodman J. et al: Is childhood sexual abuse really increasing in prevalence? An analysis of the evidence. *Pediatrics* 1991; 88: 29-33.
- Finkelhor D.: The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 1994; 18: 409-417.
- Finkelhor D., Dziuba-Letherman J.: Children as victims of violence: a national survey. *Pediatrics* 1994; 94: 413-420.
- Frappier JY., Haley N., Allard-Dansereau C.: Abus sexuel. Montréal: les Presses de l'Université de Montréal, 1992.
- Gagné MH., Lavoie F., Hébert M.: La violence sexuelle dans les fréquentations chez un groupe d'adolescents et d'adolescentes. *Revue de Sexologie* 1994; 2: 145-169.
- Lavoie F.: Les jeunes femmes et la violence: une réponse collective. Rapport déposé au Comité canadien sur la violence faite aux femmes, 1992.
- L'enquête sur la violence envers les femmes, *Le Quotidien*, Statistiques Canada, 18 novembre 1993, 1-11.
- Les agressions sexuelles: STOP. Rapport du Groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, Bibliothèque nationale du Québec, 1995, 187 p.
- MacMillan HL., Fleming JE., Trocm Ž et al.: Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. *JAMA* 278:131, 1997.
- Michaud PA., Narring F.: eds. La santé des adolescents en Suisse. Étude nationale sur la santé et les styles de vie des jeunes de 15-20 ans. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995.

Poitras M., Lavoie F.: A Preliminary Study of the Prevalence of Sexual Violence in Adolescent Dating Relationships in a Quebec Sample. Groupe de recherche sur l'appropriation psychosociale, École de Psychologie, Université Laval, 1994.

Rapport du conseiller spécial du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en matière d'agressions sexuelles contre les enfants au Canada. Centre national d'information sur la violence dans la famille. Santé et Bien-être social Canada, 1990.

Rousseau D., Khouzam C.: Les agressions à caractère sexuel. Dans, Encyclopédie de la santé des femmes, Édisem Maloine, Montréal, 1995.

Examen génital-anal

Adams J.: Sexual abuse and adolescents. *Pediatric Annals* 1997 May 26 (5): 293-304.

Adams J.: The role of photo documentation of genital findings in medical evaluations of suspected child sexual abuse. *Child Maltreatment* 1997; 2 (4): 341-347.

Adams J., Ahmad M., Phillips P.: Anogenital findings and hymenal diameter in children referred for sexual abuse examination. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1988; 1: 123-127.

Adams J., Harper K., Knudson S. et al: Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: It's normal to be normal. *Pediatrics* 1994; 94: 310-317.

Adams J., Knudson S.: Genital findings in adolescent girls referred for suspected sexual abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150: 850-857.

Adams J., Phillips P., Ahmad M.: The usefulness of colposcopic photographs in the evaluation of suspected child sexual abuse. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1990; 3: 75-82.

Adams J., Wells R.: Normal versus abnormal genital findings in children: How well do examiners agree? *Child Abuse & Neglect* 1993; 17: 663-675.

American Academy of Pediatrics: Committee on child abuse and neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: Subject review. *Pediatrics* 1999; 103: 186-191.

American Academy of Pediatrics: Committee on child abuse and neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics* 1991; 87: 254-259.

Bamford F., Roberts R.: Child Sexual Abuse –II. *British med J* 1989; 377-382.

Bays J., Chewning. M., Keltner L. et al: Changes in hymenal anatomy during examination of prepubertal girls for possible sexual abuse. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1990; 3: 42-46.

Bays J., Jenny C.: Genital and anal conditions confused with sexual abuse trauma. *AJDC* 1990; 144: 1319-1322.

Bays J., Chadwick D.: Medical diagnosis of the sexually abused child. *Child Abuse & Neglect* 1993; 17: 91-110.

Berenson A.: Appearance of the hymen at birth and one year of age: a longitudinal study. *Pediatrics* 1993; 91: 820-825.

Berenson A.: A longitudinal study of hymenal morphology in the first 3 years of life. *Pediatrics* 1995; 95: 490-496.

- Berenson A.: The prepubertal genital exam: what is normal and abnormal. *Curr Opinion in Obstetrics and Gynecology* 1994; 6: 526-530.
- Berenson A., Heger A., Andrews S.: Appearance of the hymen in newborns. *Pediatrics* 1991; 87: 458-465.
- Berenson A., Heger A., Hayes J. et al: Appearance of the hymen in prepubertal girls. *Pediatrics* 1992; 89: 3387-394.
- Berkowitz CD.: Sexual abuse of children and adolescents. *Adv Pediatr* 1987; 34: 275-312.
- Botash A.: Examination for sexual abuse in prepubertal children. An update. *Pediatric Annals*: 26 (5): 312-320.
- Chacko M., Mishaw C., Kozineth C. et al: Examination of the hymen in prepubertal children with suspected sexual abuse: interobserver agreement. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1991; 4: 187-193.
- Chadwick DL., Berkowitz CD., Kerns D., Mc Cann J., Reinhart MA., Strickland S.: *Color Atlas of Child Sexual Abuse*. Year Book Medical Publishers, 1989, 163 p.
- Child Abuse Neglect, *The International Journal*. Numéro spécial sur les aspects médicaux de l'abus sexuel. 1989; 13; 2: 165-234.
- Clayden G.: Reflex anal dilatation associated with severe chronic constipation in children. *Arch Dis Child* 1988; 63: 832-836.
- De Jong A., Rose M.: Frequency and significance of physical evidence in legally proven cases of child sexual abuse. *Pediatrics* 1989; 84: 1022-1026.
- De Jong A., Rose M.: Legal proof of child sexual abuse in the absence of physical evidence. *Pediatrics* 1991; 88: 506-511.
- De Jong AR., Finkel MA.: eds. *Sexual abuse of children*. *Curr Probl Pediatr*, Sept. 1990.
- Dubowitz H. Black M., Harrington D.: The diagnosis of child sexual abuse. *AJDC* 1992; 146: 688-693.
- Emans SJ.: Evaluation of sexually abused child and adolescent. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1988; 1: 157-163.
- Emans SJ., Woods ER., Allred E., et al: Hymenal findings in adolescent women: impact of tampon use and consensual sexual activity. *J Pediatr* 1994; 125: 153-160.
- Emans SJ., Woods ER., Flagg NT., Freeman A.: Genital findings in sexually abused, symptomatic and asymptomatic, girls. *pediatrics* 1987; 79: 778-785.
- Enos WF., Conrath TB., Byer JC.: Forensic evaluation of the sexually abused child. *Pediatrics* 1986; 78: 385-398.
- Finkel MA.: Anogenital trauma in sexually abused children. *Pediatrics* 1989; 84: 317-322.
- Frappier JY., Haley N., Allard-Dansereau C.: eds. *Abus Sexuels*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 1990, 220 p.
- Gardner J.: Descriptive study of genital variation in healthy, nonabused premenarchal girls. *J Pediatr* 1992; 120: 251-257.
- Hairston L.: Physical examination of the prepubertal girl. *Clin Obst & Gynecol* 1997; 40: 127-134.
- Hammerschlag MR.: The transmissibility of sexually transmitted diseases in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect* 1998; 22 (6): 623-635.

- Hanson RM.: Sexually transmitted diseases and the sexually abused child. *Curr Opin Ped* 1993, Feb 5 (1): 41-49. Review Article: 74 REFS.
- Heger A., Emans SJ.: Introital Diameter as the Criterion for Sexual Abuse. *Pediatrics* 1990; 85: 222-223.
- Heger A., Emans SJ. et al.: *Evaluation of the Sexually Abused Child*. Oxford University Press, 1992.
- Herman-Giddens ME., Frothingham TE.: Prepubertal female genitalia: examination for evidence of abuse. *Pediatrics* 1987; 80: 203-208.
- Hlady J.: Medical evaluation of the sexually abused child. *The Can J of Pediatrics* 1994; 1 (6): 188-191.
- Hobbs CJ., Wynne JM.: Sexual Abuse of English Boys and Girls: The Importance of Anal Examination. *Child Abuse Negl* 1989; 13: 195-210.
- Hobbs CJ., Wynne JM.: Buggery in childhood-a common syndrome of child abuse. *Lancet* 1986; oct 4: 792-797.
- Indest GF.: Medico-legal issues in detecting and proving the sexual abuse of children. *Med Sci Law* 1989; 29: 33-46.
- Kerns D., Ritter M., Thomas R.: Concave hymenal variations in suspected child sexual abuse victims. *Pediatrics* 1992; 90: 265-272.
- Leventhal JM., Bentovin A. et al.: What to ask when sexual abuse is suspected. *Arch Dis Child* 1987; 62: 1188.
- McCann J.: The colposcopic genital examination of the sexually abused prepubertal female. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1993; 6: 123-128.
- McCann J.: The medical evaluation of the sexually abuse child. *Pediatric Clinics of North America*. Aug. 1990; 37 (4).
- McCann J., Voris J., Simon M.: Genital Injuries resulting from Sexual Abuse: a Longitudinal Study. *Pediatrics* 1992; 89: 307-317.
- McCann J., Voris J., Simon M.: Labial adhesions and posterior fourchette injuries in childhood sexual abuse. *AJDC* 1988; 142: 659-663.
- McCann J., Voris J., Simon M., Wells R.: Comparison of genital examination techniques in prepubertal girls. *Pediatrics* 1990; 85: 182-187.
- McCann J., Voris J., Simon M., Wells R.: Perianal findings in prepubertal children selected for nonabuse. *Child Abuse Neglect* 1989; 13: 179-193.
- McCann J., Wells R., Simon M., Voris J.: Genital findings in prepubertal girls selected for nonabuse. *Pediatrics* 1990; 86: 428-439.
- Mian M.: Recognizing child abuse. *The Canadian Journal of Diagnosis* 1991 June: 64-76.
- Muram D.: Child sexual abuse: relationship between sexual acts and genital findings. *Child Abuse Neglect* 1989; 13: 211.
- Muram D., Arheat K., Jennings SG.: Diagnostic accuracy of colposcopic photographs in child sexual abuse evaluations. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1999; 12: 58-61.

- Muram D., Elias S.: Child sexual abuse-genital tract findings in prepubertal girls. 1. The unaided medical examination. 2. Comparison of colposcopic and unaided examinations. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 328-335.
- Muram D., Speck PM., Dockter M.: Child sexual abuse examination: is there a need for routine screening for *N. gonorrhoeae*? *J Ped Adolesc Gynecol* 1996 Apr 9 (2): 79-80.
- Paul DM.: The pitfalls which may be encountered during an examination for signs of sexual abuse. *Med Sci Law* 1990; 30: 3-11.
- Paradise JE.: Predictive accuracy and the diagnosis of sexual abuse: big issue about a little tissue. *Child Abuse Neglect* 1989; 13: 169.
- Paradise JE.: Use of colposcope in childhood sexual abuse examinations. *Pediatric Clinics of North America*. Aug. 1990; 37 (4).
- Paradise JE., Rostain AL., Nathanson M.: Substantiation of sexual abuse charges when parents dispute custody or visitation. *Pediatrics* 1988; 81: 835-839.
- Persaud D., Squires J., Rubin-Remer R.: Use of Foley catheter to examine estrogenized hymens for evidence of sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1997; 10: 83-85.
- Pokorny SF.: Configuration of the prepubertal hymen. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157: 950-956.
- Pokorny SF.: Child abuse and infections. *Obst Gynec Clinics North America* 1989; 16: 401-415.
- Pokorny SF., Kozinetz C.: Configuration and other anatomic details of the prepubertal hymen. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1988; 1: 97-103.
- Rimsza ME.: An illustrated guide to adolescent gynecology. *Pediatr Clinics North America* 1989; 36: 639-663.
- Ross JD., Scott GR., Busuttil A.: *Trichomonas vaginalis* infection in pre-pubertal girls. *Med Sci Law* 1993; 1: 82-85.
- Schwartz AJ., Ricci LR.: How Accurately Can Bruises Be Aged in Abused Children? Literature Review and Synthesis. *Pediatrics* 1996; 97: 254-257.
- Sicoli RA., Losek JD., Hudlett JM., Smith D.: Indications for *Neisseria gonorrhoeae* cultures in children with suspected sexual abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149 (1): 86-89.
- Tipton AC.: Child sexual abuse: physical examination techniques and interpretation of findings. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1989; 2: 10-25.

Infections transmissibles sexuellement

- Argent A., Lachman P., Hanslo D. et al: Sexually transmitted diseases in children and evidence of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 1995; 19: 1303-1310.
- Beck-Sagué C., Solomon F.: Sexually transmitted diseases in abused children and adolescent and adult victims of rape: review of selected literature. *Clinical Infectious Diseases* 1999; 28 (Suppl 1): S74-83.
- Dattel BJ., Landers DV., Coulter K. et al: Isolation of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* from the genital tract of sexually abused prepubertal females. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1989; 2: 217-220.

- De Villiers FPR., Prentice MA., Bergh AM., Miller SD.: Sexually transmitted disease surveillance in a child abuse clinic. SAMJ 1992; 81: 84-86.
- Embree J.: Sexually transmitted disease in children: an update. Contemporary Pediatrics 1992; March-April: 6-12.
- Finkel K., Sacks D.: Sexual abuse of children and sexually transmitted diseases: implication for physicians. CMAJ 1989;140: 1139-1146.
- Gardner JJ.: Comparison of the vaginal flora in sexually abused and non abused girls. J Pediatr 1992; 120: 872-877.
- Glaser JB., Schachter J., Benes S. et al: Sexually transmitted diseases in postpubertal female rape victims. J Infect Dis 1991; 164: 726-730.
- Ingram DL., Everett VD., Lyna PR. et al.: Epidemiology of adult sexually transmitted disease agents in children being evaluated for sexual abuse. Pediatr Infect Dis J 1992; 11: 945-950.
- Ingram D., White S., Lyna P. et al: *Gardnerella vaginalis* infection and sexual contact in female children. Child Abuse & Neglect 1992; 16: 847-853.
- Ingram D., Everett D., Flick L. et al: Vaginal gonococcal cultures in sexual abuse evaluations: evaluation of selective criteria for pre-teenaged girls. Pediatrics 1997; 99 (6), URL: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/99/6/e8>.
- Jenny C.: Sexually transmitted diseases and child abuse. Pediatr Annals 1992; 21; 497-503.
- Jenny C., Hooton TM., Bowers A. et al.: Sexually transmitted diseases in victims of rape. N Engl J Med 1990; 322: 713-716.
- Johnson J., Shew ML.: Screening and diagnostic tests for sexually transmitted diseases in adolescents. Seminars in Pediatr Infect Dis 1993; 4: 142-150.
- Judson FN., Ehret J.: Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections. Pediatr Annals 1994; 23: 361-369.
- MacDonald N.: STD and child abuse: markers for a problem. Medicine North America 1990; 10:1204-1210.
- Matthews-Greer J., Sloop G. Springer A. et al: Comparison of detection methods for *Chlamydia trachomatis* in specimens obtained from pediatric victims of suspected sexual abuse. Pediatr Infect Dis J 1999; 18: 165-167.
- Neinstein L., Goldenring J., Carpenter S.: Nonsexual transmission of sexually transmitted diseases: An infrequent occurrence. Pediatrics 1984; 74: 67-76.
- Pokorny S.: Vulvovaginitis in the prepubertal girl. Seminars in Pediatr Infect Dis 1993; 4: 161-166.
- Russell AE.: Misidentification of sexually transmitted organisms in children: medicolegal implications. Pediatr Infect Dis J 1988; 7: 1-2.
- Schwarcz S., Whittington W.: Sexual assault and sexually transmitted diseases: Detection and management in adults and children. Reviews of Infectious Diseases 1990; 12 (suppl. 6): S682-S690.
- Siegel RM., Schubert CJ., Myers PA., Shapiro RA.: The prevalence of sexually transmitted diseases in children and adolescents evaluated for sexual abuse in Cincinnati: Rationale for limited STD testing in prepubertal girls. Pediatrics 1995; 96: 1090-1094.

Sirotnak A.P.: Testing sexually abused children for sexually transmitted diseases: who to test, when to test, and why. *Pediatric Annals* 1994; 23: 370-374.

Stewart DC.: Sexually transmitted diseases in sexually assaulted adolescents. *Seminars in Pediatr Infect Dis* 1993; 4: 191-198.

Thomas B.H., Jamieson E.: Childhood sexually transmitted diseases and child sexual abuse: results of a canadian survey of three professional groups. *Child Abuse & Negl* 1995; 19: 1019-1029.

Examen génital-anal : mise à jour 2003

American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence: Care of the adolescent sexual assault victim. *Pediatrics* 2001; 107: 1476-1479.

Adams JA.: Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreatment* 2001; 6: 31-36.

Adams JA., Girardin B., Faugno D.: Adolescent sexual assault: documentation of acute injuries using photo-colposcopy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2001; 14: 175-180.

Berenson AB., Chacko MR., Wiemann CM. et al: A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 820-834.

Berenson AB., Grady JJ.: A longitudinal study of hymenal development from 3 to 9 years of age. *J Pediatr* 2002; 140v: 600-607.

Berenson AB., Chacko MR., Wiemann CM. et al: Use of hymenal measurements in the diagnosis of previous penetration. *Pediatrics* 2002; 109: 228-235.

Emans SJ., Laufer MR., Goldstein DP.: Vulvovaginal problems in the prepubertal child. in *Pediatric and adolescent gynecology*. Fourth edition, 1998. Lippincott-Raven, Philadelphia, New York. pp 75-98.

Heger A., Emans SJ., Muram D.: Evaluation of the sexually abused child. A medical textbook and photographic atlas. Second edition 2000. Oxford University Press, New York. 337p. Also contains a CD-Rom with interactive case studies, photo atlas and readings.

Heger A., Ticson L., Guerra L. et al: Appearance of the genitalia in girls selected for nonabuse: review of hymenal morphology and non-specific findings. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002; 15: 27-35.

Heger A., Ticson L., Velasquez O. et al: Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse & Neglect* 2002; 26: 645-659.

Ingram DM., Everett VD., Ingram DL.: The relationship between the transverse hymenal orifice diameter by the separation technique and other possible markers of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 2001; 25: 1109-20.

Johnson CF.: Is it normal or is it not? *SCAN* 2001; 13: 4-5.

Lentsch KA., Johnson CF.: Do Physicians have adequate knowledge of child sexual abuse? The results of two surveys of practicing physicians, 1986 and 1996. *Child Maltreatment*, 2000; 5: 72-78.

McCann J.: The appearance of acute, healing, and healed anogenital trauma. *Child Abuse & Neglect* 1998; 22: 605-615.

Mogielnicki NP., Schwartzman JD., Elliott JA.: Perineal group A streptococcal disease in a pediatric practice. Pediatrics 2000; 106; 276-281.

Muram D.: The medical evaluation in cases of child sexual abuse. J Pediatr Adolesc Gynecol 2001; 14: 55-64.

Muram D.: The medical evaluation of sexually abused children. J Pediatr Adolesc Gynecol 2003; 16 : 5-14.

Myhre AK., Berntzen K., Bratlid D.: Perianal anatomy in non-abused preschool children. Acta Paediatr 2001; 90: 1321-1328.

Niec A.: Forensic issues in the assessment of sexually assaulted adolescents. Paediatr Child Health 2002; 7(3): 153-159.

Siegfried EC., Frasier LD.: Anogenital skin diseases of childhood. Pediatric Annals 1997; 26: 321-331.

Atlas photographiques et CD-Rom:

Heger A., Emans SJ., Muram D.: Evaluation of the sexually abused child. A medical textbook and photographic atlas. Second edition, 2000. Oxford University Press, New York. 337 p. Also contains a CD-Rom with interactive case studies, photo atlas and readings.

McCann J., Kerns DL.: The anatomy of child and adolescent sexual abuse. A CD-Rom Atlas/Reference. Contains more than 1200 photographs. InterCorp, Inc. 11469 Olive Blvd., suite 225, St-Louis, MO 63141 www.intercorpinc.com Fax: 314.444.0870.

Pour tout autre renseignement, veuillez vous adresser à :

D^r Franziska Baltzer

Pédiatre
Centre hospitalier universitaire
McGill-Hôpital de Montréal pour enfants
Programme de médecine
de l'adolescence et de gynécologie
Tél. : (514) 412-4481
Téléc. : (514) 412-4319
Courrier électronique :
franziska.baltzer@muhc.mcgill.ca

M^{me} Diane Deschamps

La clinique pour victimes d'agression
sexuelle du Centre hospitalier
universitaire de Montréal –
Hôpital Hôtel-Dieu
Tél. : (514) 890-8100
Téléc. : (514) 412-7114
Courrier électronique :
diane.deschamps.chum@ssss.gouv.qc.ca

D^r Jean-Yves Frappier

Centre hospitalier universitaire
mère-enfants
Hôpital Sainte-Justine
Médecine de l'adolescence
Tél. : (514) 345-4722
Téléc. : (514) 345-4778
Courrier électronique :
acsacaah@globetrotter.net

M^{me} France Gingras

Laboratoire de sciences judiciaires
et de médecine légale
Direction des expertises judiciaires –
Section biologie
Tél. : (514) 873-3301, poste 504
Téléc. : (514) 873-4847
Courrier électronique :
france.gingras@msp.gouv.qc.ca

M^{me} Deborah Trent

Centre pour les victimes d'agression sexuelle
de Montréal
Tél. : (514) 934-0354, poste 450
Téléc. : (514) 934-3776
Courrier électronique : trentcvasm@videotron.ca