

GUIDE D'INTERVENTION MÉDICOSOCIALE



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

*Intervenons
ensemble!*



Révision 2010

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 médicolégalement 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 médicolégalement 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 1980, à l'occasion du lancement des premières versions de la trousse médicolégalement, 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 2010 plus complète. Entre autres, notez que dans cette nouvelle version du guide, l'expression *organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle* est utilisée afin d'inclure tous les organismes communautaires, dont les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS), qui interviennent auprès des victimes de sexe féminin de 14 ans et plus, ainsi que d'autres organismes communautaires, dont ceux qui interviennent auprès des hommes et des enfants.

Édition produite par :

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

Ce document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Il a été imprimé en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique sur les sites suivants: <http://intranetreseau.rtss.qc.ca> et www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN: 978-2-550-55607-7 (version imprimée)
ISBN: 978-2-550-55608-4 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2010

REMERCIEMENTS

Révision avril 2010

La présente version du document a été révisée et mise 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 France Gingras

Biologiste judiciaire

Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale

Docteur Jean-Yves Frappier

Pédiatre

Centre hospitalier universitaire mère-enfants – Hôpital Sainte-Justine
Médecine de l'adolescence et pédiatrie sociale

Madame Deborah Trent

Travailleuse sociale et directrice

Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal

Membres invités du comité des centres désignés

Madame Céline Leblond

Répondante régionale aux dossiers agression sexuelle et violence conjugale

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Madame Élyse Laurin

Répondante régionale aux dossiers agression sexuelle et violence conjugale

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Madame Maire-France Ducharme

Infirmière

CSSS du Sud de Lanaudière
Hôpital Pierre-Le Gardeur

Madame Josette Tardif

Répondante provinciale aux dossiers agression sexuelle

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Rédaction et recherche

Madame Katia Liashenko

Criminologue

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

M ^{me} Martine Bazinet	Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale
M ^e Rachel Boivin	Ministère de la Justice
M ^e Pascale Berardino	Association des centres jeunesse du Québec Directeur des poursuites criminelles et pénales
D ^{re} Anne Bruneau et collaborateurs	Le groupe de travail sur la prophylaxie postexposition VIH des personnes exposées à des liquides biologiques dans un contexte non professionnel
D ^{re} Claire Allard-Dansereau	Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
M ^{me} Sylvie Desmarais	Association des centres jeunesse du Québec
M ^{me} Anne-Marie Faucher	Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale
M ^e Jean-Simon Gosselin	Centre jeunesse de Québec
M ^e Ana-Marina Ionescu	Directeur des poursuites criminelles et pénales
M ^e Josée Mayo	Centre jeunesse de Laval
M. Pascal Mireault	Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale
M ^e Nancy Moreau	Chambre de la jeunesse
M ^{me} Amélie Savard-Coutu	Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale
M. Benoît St-Jean	Criphase
M ^e Denis Royal	Centre jeunesse de Lanaudière

Révision avril 2004

La version 2004 du document a été révisée et mise 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	Legris 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

Version originale 2001

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.

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

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

6

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	Centre 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

8

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 des 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.

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.

9

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 directeur de la protection de la jeunesse (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.

10

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 organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle, 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 médicossociale* inclut à la fois les aspects psychosociaux, médicaux, médicolégaux et sociaux de l'intervention.

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 défis 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.

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	11
Pourquoi les agressions sexuelles ne sont-elles pas toujours dévoilées ou déclarées?	12
Pourquoi est-ce difficile pour les victimes de dévoiler l'agression sexuelle ou d'en parler?	12
Pourquoi les victimes ne déclarent-elles pas toujours l'agression sexuelle à la police?	13
Indices et dépistage chez les enfants, les adolescentes et les adolescents	13
Les indices et leur utilisation	14
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	17
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	27
Les proches de l'adulte	28
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 30 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 à celui 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, défis 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 sévices sexuels, d'exploitation sexuelle, de proxénétisme et de pornographie juvénile, 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, l'âge et l'orientation sexuelle des personnes agressées et des agresseurs, et quelle que soit la nature du lien existant entre eux. 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, contacts sexuels, exploitation sexuelle, proxénétisme et pornographie juvénile, 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 engendrent 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, distribution, possession et promotion de matériel pornographique;
 - visionnement de matériel pornographique;

- harcèlement sexuel;
- exhibitionnisme;
- leurre d'enfant au moyen d'un ordinateur;
- voyeurisme.

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

- **Inceste**

- 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.

- **Aggression 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

Aggression sexuelle unique: épisode récent

épisode ancien

Aggression 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.

8

Depuis plus de 30 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; statistiques sur les agressions sexuelles et les autres infractions d'ordre sexuel enregistrées par les corps de police du Québec). Les chiffres peuvent étonner; ils n'ont d'égal que la résistance de nos sociétés à reconnaître l'ampleur du phénomène.

Selon l'enquête de Statistique Canada :

- 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).
- 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.

Selon le ministère de la Sécurité publique du Québec :

- Dans plus de 70% des cas, les agressions sexuelles sont perpétrées dans un domicile. Trois victimes d'infractions sexuelles sur dix ont été blessées physiquement (Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2007, chez les victimes qui déclarent l'agression à la police).

- La très grande majorité des agresseurs sont des hommes. Au Québec, en 2007, les auteurs présumés des infractions sexuelles étaient de sexe masculin dans 97 % des cas et, parmi ceux-ci, 75 % étaient âgés de 18 ans et plus (rapport *Statistiques 2007 sur les agressions sexuelles au Québec*).
- Au Québec, en 2007, plus de 8 victimes sur 10 connaissaient l'auteur présumé de l'agression sexuelle (rapport *Statistiques 2007 sur les agressions sexuelles au Québec*).

Selon les études récentes :

- Moins de 28 % des femmes et moins de 10 % des hommes qui ont vécu une agression sexuelle ont demandé une aide quelconque (Badgley, 1984).
- Il y a de plus en plus de déclarations de garçons, d'adolescents et d'hommes victimes d'agression sexuelle.

Étude de Tourigny (sondage téléphonique mené au Québec, en 2002, auprès d'un échantillon représentatif [M. Tourigny, M. H. Gagné, J. Joly et M. E. Chartrand]):

- 14 % des adultes déclarent avoir vécu de la violence sexuelle dans leur enfance ;
- Les femmes québécoises rapportent significativement plus de violence sexuelle dans l'enfance que les hommes, soit 18,2 % contre 9,5 %, dont respectivement 6,4 % et 2,9 % avec pénétration ;
- Plus de 20 % des victimes rapportent avoir été agressées sexuellement par plus d'une personne, lors d'une autre agression sexuelle ;
- Près de 50 % des victimes ont été agressées sexuellement par une personne connue sans lien de parenté avec elles ;
- 20 % des victimes n'ont jamais dévoilé les agressions sexuelles vécues à personne et 50 % les ont dévoilées au moins 5 ans suivant la première.

Mythes et réalités

Malgré les campagnes de sensibilisation et les procès médiatisés, les mythes et les croyances concernant les 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 et 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 concernant 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.

10

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 de la culpabilité et de la 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 traits 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 pas 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 toujours 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.

12

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.

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.

13

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 particuliers, multiples et ne sont pas réservés au seul domaine des agressions sexuelles. Par contre, plus que dans d'autres matières, 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 :

14

- 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 petits 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.

16

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

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.

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, le procureur aux poursuites criminelles et pénales et les organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle (CALACS, CAVAC).

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 diagnostique et statistique 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 fait face 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. 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 stimuli 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 diagnostique et statistique 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 fait face 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. 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. 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. 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). Chez les jeunes enfants des reconstitutions particulières 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 stimuli 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.

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 davantage 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.

Faisant face 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 trouve 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 sautes 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 précises: seins, cuisses, jambes, bras, cou. La victime peut aussi manifester des symptômes particuliers 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.

24

Souvent, durant cette période, la victime continue à faire des cauchemars ou des rêves violents: ceux-ci ont souvent pour thème une situation comparable 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 consacrer 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 trouvent 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. Il s'agit des stéréotypes liés aux rôles masculins et des préjugés concernant les victimes masculines, qui ont comme conséquence de renforcer et d'accentuer le secret et l'isolement. De plus, le survivant masculin projettera son identité d'homme adulte sur la situation vécue dans l'enfance, ce qui entraînera un sentiment d'imperfection et d'impuissance en tant qu'homme.

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 d'orientation homosexuelle. Chez l'adolescent, qui s'interrogera, à un moment ou l'autre, sur son orientation sexuelle, l'agression sexuelle viendra influencer son questionnement et brouiller cette étape de son développement.

Une croyance commune veut que l'homme doive résister à son agresseur, surtout s'il s'agit d'un adolescent ou d'un adulte. Ce qui n'est pas facile à envisager, c'est que 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. Ces préjugés ne reflètent en rien une réalité et ne font que miner le développement de l'identité et l'orientation sexuelle de l'homme. Il est aussi important de distinguer la réaction physique de l'érection et de l'orgasme dus à un stimulus direct avec le désir, le fantasme et le consentement. Donc, ce n'est pas parce qu'il y a eu une réaction physique normale et un plaisir lié à cette stimulation directe des organes génitaux qu'il y a eu désir de relation sexuelle et consentement.

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, les doutes quant à son orientation sexuelle et le sentiment d'imperfection lié aux standards de masculinité. La culpabilité est également très forte: la croyance populaire laisse entendre qu'il aurait dû se défendre, comme toute victime, mais plus encore parce qu'il est un homme. Ce qui le renvoie au fait qu'il n'a pas su assumer son rôle de « vrai homme ». L'homme victime peut se sentir très isolé, car il n'existe pas vraiment d'endroit où échanger à ce sujet, et il est très rare dans la société que l'on parle de la victimisation au masculin.

De plus, il peut se demander pourquoi il a été agressé sexuellement. Toutes sortes de réponses, aussi valables les unes que les autres, peuvent être formulées, mais, essentiellement, c'est le hasard qui a joué. L'homme se demande surtout si c'est parce qu'il a pu « paraître homosexuel ». À cela nous pourrions répondre que l'agresseur ne tient pas compte de l'identité et de l'orientation sexuelle de sa victime; il entretient avec elle principalement une relation de pouvoir.

26

Les parents et les proches, la plupart du temps, s'interrogent sur l'orientation sexuelle de leur enfant ou adolescent, et la victime le sait. Les parents craindront 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, sa vulnérabilité et son anxiété. Ainsi, l'homme, particulièrement l'adolescent, peut donc difficilement reparler de l'agression sans risquer de susciter un questionnement sur son orientation sexuelle.

Un autre préjugé tenace est que la victime deviendra à son tour agresseur. Il est important de défaire ce mythe qui empêche aussi les victimes de librement discuter des difficultés vécues. Il est faux de croire qu'une personne victime va nécessairement devenir agresseur. C'est une minorité qui le deviendra et aucune étude n'a pu démontrer le lien de cause à effet entre le fait d'avoir été abusé et le fait d'abuser.

Le sujet de l'abus sexuel devient donc un tabou avec les amis, les partenaires et la famille. Ainsi, les adolescents et les hommes adultes peuvent rarement bénéficier du soutien de l'entourage étant donné le nombre important de préjugés qui ne viennent qu'alourdir les difficultés déjà vécues.

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

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'éclatement 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 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 elle. Il faut toutefois que les intervenantes et les 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 de se faire agresser 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'effet 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 certaines intervenantes et certains intervenants des réseaux sociaux, de la santé ou de la justice. Dans 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 communiquer 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.

30

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 qu'on 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.

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 fait sans cesse face 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 de conjointe) ;
- 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 à l'égard 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 particuliers :

- 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 élèves 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 récidivantes 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 inexpliqué;
- dilatation anormale (hymen, anus);
- grossesse inexpliquée 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 inexpliquées et non justifiées de grossesse ou d'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.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Principes de base du droit criminel canadien	3
Crime contre la société	3
Présomption d'innocence	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
Loi sur la protection de la jeunesse	6
Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents	8
Procédures de la poursuite au criminel	9
Dépôt de la plainte à la police	9
Enquête policière	9
Accusation	10
Arrestation	10
Comparution	10
Enquête sur mise en liberté	11
Communication de la preuve	12
Enquête préliminaire	12
Procès	13
Peine	14
Registre des délinquants sexuels	15
Temps écoulé depuis la plainte à la police jusqu'à la peine	15
Modalités judiciaires pour le témoignage des mineurs	15
Enregistrement vidéo de la déclaration de la victime à la police	16
Témoignage d'une personne âgée d'au moins 14 ans dont la capacité mentale est mise en question	16
Témoignage d'une personne âgée de moins de 14 ans	16
Crédibilité des enfants	16

Écran et témoignage à l'extérieur de la salle d'audience	17
Procédure à huis clos	17
Présence d'une personne de confiance	17
Interdiction pour l'accusé de contre-interroger	17
Poursuite au civil	18
Procédures sociales et sociojudiciaires chez les mineurs	18
Procédures sociales liées à la Loi sur la protection de la jeunesse	18
a) Signalement	19
b) Évaluation et orientation	20
c) Application des mesures	22
Procédures judiciaires à la Chambre de la jeunesse	22
Procédures sociojudiciaires chez les mineurs	22
Étape 1: Le signalement	23
Étape 2: La liaison et la planification	24
Étape 3: L'enquête et l'évaluation	25
Étape 4: La prise de décision	26
Étape 5: L'action et la rétro-information	26
Indemnisation des victimes d'actes criminels	27
Témoignage des intervenantes et des intervenants	28
Assignation à comparaître	28
Contact avec le procureur aux poursuites criminelles et pénales ou l'avocat au dossier	28
Expertise	29
Témoignage	30
Conclusion	31
ANNEXE 1	
Âge de consentement à une activité sexuelle, chefs d'accusation et peines maximales prévus par le Code criminel	32
ANNEXE 2	
Loi sur la protection de la jeunesse	36
ANNEXE 3	
Schéma illustrant la procédure de la poursuite au criminel	44
ANNEXE 4	
Banque nationale de données génétiques	45

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 criminelle (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 procureurs aux poursuites criminelles et pénales, 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* » renvoient souvent à la « personne victime ». Dans le présent 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 procureur aux poursuites criminelles et pénales, communément appelé « procureur de la Couronne » ou « procureur de la poursuite », est responsable de la poursuite; il représente l'État. Le procureur aux poursuites criminelles et pénales 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.

Preuve hors de tout doute raisonnable

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.

Prescription

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 6 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.

4

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 s'appliquer.

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 âgé de 12 à 17 ans inclusivement, 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	<ul style="list-style-type: none"> Code criminel 	<ul style="list-style-type: none"> Code criminel Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
	moins de 18 ans	<ul style="list-style-type: none"> Code criminel Loi sur la protection de la jeunesse 	<ul style="list-style-type: none"> Code criminel Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents Loi sur la protection de la jeunesse

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 procureur aux poursuites criminelles et pénales. Les infractions se distinguent par leur mode de poursuite, qui est déterminé par la disposition législative créant l'infraction. Ainsi, au sens du Code criminel, les infractions sont qualifiées d'actes criminels (on associe généralement les actes criminels aux délits les plus graves, par exemple l'agression sexuelle grave ou armée, l'inceste, etc.), d'infractions punissables par voie de procédure sommaire (par exemple l'exhibitionnisme, l'action indécente, etc.) ou encore d'infractions dites « mixtes » ou « hybrides » (par exemple l'agression sexuelle, les contacts sexuels ou l'incitation à des contacts sexuels chez les moins de 16 ans, etc.).

Certaines infractions ne peuvent être poursuivies que par voie de procédure sommaire. Les infractions qualifiées d'actes criminels ne peuvent être poursuivies que par acte criminel. Lorsqu'une infraction est qualifiée de mixte, le procureur aux poursuites criminelles et pénales a cependant le choix de poursuivre par voie de procédure sommaire ou par acte criminel.

La procédure est plus complexe et plus lourde dans le cas des actes criminels, alors qu'elle se veut plus simple et expéditive en matière sommaire. La poursuite par voie de procédure sommaire résulte en une peine moins lourde et comporte une prescription de 6 mois.

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 comme étant 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 un abus sexuel, survenu chez un enfant, une adolescente ou un adolescent de moins de 18 ans.

Article 38.

6

Pour l'application de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux.

Interprétation :

On entend par :

« *abandon* » ;

- a) abandon : lorsque les parents d'un enfant sont décédés ou n'en assument pas de fait le soin, l'entretien ou l'éducation et que, dans ces deux situations, ces responsabilités ne sont pas assumées, compte tenu des besoins de l'enfant, par une autre personne ;

« *négligence* » ;

b) négligence :

- 1° lorsque les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux :
- i. soit sur le plan physique, en ne lui assurant pas l'essentiel de ses besoins d'ordre alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de logement compte tenu de leurs ressources ;
 - ii. soit sur le plan de la santé, en ne lui assurant pas ou en ne lui permettant pas de recevoir les soins que requiert sa santé physique ou mentale ;
 - iii. soit sur le plan éducatif, en ne lui fournissant pas une surveillance ou un encadrement appropriés ou en ne prenant pas les moyens nécessaires pour assurer sa scolarisation ;
- 2° lorsqu'il y a un risque sérieux que les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux de la manière prévue au sous-paragraphe 1° ;

« mauvais traitements psychologiques »;

- c) mauvais traitements psychologiques: lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation, entre autres si l'enfant est forcé à faire un travail disproportionné par rapport à ses capacités, ou par l'exposition à la violence conjugale ou familiale;

« abus sexuels »;

d) **abus sexuels:**

- 1° lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;
- 2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

« abus physiques »;

e) **abus physiques:**

- 1° lorsque l'enfant subit des sévices corporels ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou de la part d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;
- 2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des sévices corporels ou d'être soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

« troubles de comportement sérieux ».

- f) troubles de comportement sérieux: lorsque l'enfant, de façon grave ou continue, se comporte de manière à porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ou que l'enfant de 14 ans et plus s'y oppose.

1977, c. 20, a. 38; 1981, c. 2, a. 8; 1984, c. 4, a. 18; 1994, c. 35, a. 23; 2006, c. 34, a. 14.

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, à toute personne œuvrant dans un milieu de garde 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 des paragraphes d et e du deuxième alinéa 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.

39.1.

Toute personne qui a l'obligation de signaler une situation d'abus physiques ou d'abus sexuels en vertu de l'article 39 doit le faire sans égard aux moyens qui peuvent être pris par les parents pour mettre fin à la situation.

2006, c. 34, a. 17.

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.

8

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 adolescentes et les adolescents 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 une adolescente ou un adolescent.

Exceptionnellement, dans le cas d'infractions graves (par exemple, agression sexuelle grave) ou d'infractions à répétition, le procureur aux poursuites criminelles et pénales peut demander l'assujettissement de l'adolescente ou de l'adolescent à une peine adulte. Dans ce cas, l'adolescente ou l'adolescent 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 composer le 911.

Généralement, les premiers renseignements seront pris par un policier patrouilleur. Pour éviter que la victime répète inutilement 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 communiqué 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 communiquer avec les policiers n'ait pas été le choix de la victime : les parents d'une adolescente, par exemple, ont pu les joindre 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 trouvé, 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 procureur aux poursuites criminelles et pénales. La victime ne doit pas hésiter à communiquer avec lui 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 joint.

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 procureur aux poursuites criminelles et pénales une demande d'intenter des procédures accompagnée de son dossier d'enquête. Le procureur aux poursuites criminelles et pénales en prend connaissance, décide si la preuve permet de porter des accusations et détermine ces dernières. Sauf circonstances exceptionnelles, le procureur rencontre la victime avant d'autoriser une dénonciation.

Le procureur aux poursuites criminelles et pénales 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.

10

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 procureur aux poursuites criminelles et pénales à décider de ne pas porter d'accusation.

Arrestation

Si le dépôt d'accusation est autorisé par le procureur aux poursuites criminelles et pénales, 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 de paix. 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 de paix, à une date ultérieure.
- Il est avisé des accusations portées contre lui par sommation à comparaître devant un juge de paix.

Comparution

La comparution est l'étape où l'accusé est amené devant un juge de paix 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 statuer sur la peine 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 procureur aux poursuites criminelles et pénales peut s'opposer à sa remise en liberté. Le juge de paix 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 de paix peut ordonner à l'accusé de s'abstenir de communiquer avec la victime pendant ce délai. Le procureur aux poursuites criminelles et pénales peut aussi ne pas s'opposer à la remise en liberté sous certaines conditions. Le juge de paix 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 procureur aux poursuites criminelles et pénales 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 appeler l'enquêteur ou la personne dont le numéro de téléphone est inscrit sur la lettre INFOVAC-Plus.

Le programme INFOVAC-Plus du ministère de la Justice permet d'informer la victime, par le moyen d'une lettre envoyée par la poste, du nom de l'accusé et des accusations portées contre lui, de ses droits et recours ainsi que des services offerts par les CAVAC. 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-Plus, et ce, à toute étape des procédures.

Enquête sur mise en liberté

L'enquête sur mise en liberté, aussi « appelée enquête sur cautionnement », sert à déterminer si la détention de l'accusé est justifiée. La préservation de la sécurité du public, particulièrement celle des victimes et des témoins de l'infraction, est considérée comme un facteur prédominant dans la décision du procureur aux poursuites criminelles et pénales de s'opposer à la mise en liberté ou de suggérer au tribunal des conditions de remise en liberté (*Orientations et mesures du ministre de la Justice*, point 17: « Les poursuites dans les cas d'agressions sexuelles »).

Si le procureur aux poursuites criminelles et pénales s'est opposé à la mise en liberté de l'accusé, cette enquête aura lieu dans un délai maximal de 3 jours francs après la comparution.

Pour rendre sa décision, le juge de paix évalue notamment 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 de paix décide que la détention n'est pas justifiée, il doit alors remettre l'accusé en liberté, sur promesse ou engagement assorti ou non de conditions qui doivent être respectées 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 de paix refuse de remettre l'accusé en liberté, ce dernier sera détenu pendant la durée des procédures, sauf exception. De plus, le juge de paix pourra imposer à l'accusé la condition de ne pas communiquer avec la victime. Lorsque l'accusé demeure incarcéré, le délai entre les différentes étapes ultérieures sera plus court. Par exemple, l'enquête préliminaire (s'il y a lieu) ou le procès (si le suspect est accusé par voie sommaire) seront entendus plus rapidement.

Comme il a été mentionné précédemment, l'accusé est généralement remis en liberté après sa comparution. La remise en liberté est cependant assortie de conditions. Encore une fois, si la victime craint pour sa sécurité et voudrait que soient imposées des conditions de remise en liberté particulières, elle doit en parler avec l'enquêteur ou avec le procureur aux poursuites criminelles et pénales.

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. Le programme CAVAC-Info informe la victime de la mise en liberté provisoire de l'accusé et des conditions qui lui ont été imposées.

Communication de la preuve

La poursuite est légalement tenue de dévoiler à la défense tous les renseignements pertinents du dossier, sous réserve de ceux qui sont confidentiels ou privilégiés. 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 médicolégale, les formulaires de la trousse médicosociale, etc. C'est à cette étape qu'est fixée une date pour l'audition de l'enquête préliminaire, s'il y a lieu, 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 à la défense. **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 juge seul. Par contre, s'il s'agit d'un acte criminel, où l'accusé a fait le choix d'être jugé devant juge seul ou juge et jurés, l'enquête préliminaire est devenue une étape facultative depuis juin 2004, c'est-à-dire qu'elle ne sera tenue que si la défense ou la poursuite en fait la demande et démontre au tribunal qu'elle est nécessaire.

Durant l'enquête préliminaire, le juge de paix 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 de paix rend sa décision: il cite le prévenu à son procès ou il le libère 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 procureur aux poursuites criminelles et pénales 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.

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 procureur aux poursuites criminelles et pénales.

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 procureur aux poursuites criminelles et pénales doit respecter certaines règles. Il doit interroger les témoins sur des faits pertinents à la cause ; il ne peut pas poser des 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 procureur aux poursuites criminelles et pénales 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 procureur aux poursuites criminelles et pénales peuvent demander à 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 minimale pour l'agression sexuelle, mais prévoit des peines maximales qui ne seront imposées que lorsque les circonstances le justifient. Par contre, lorsqu'il y a usage d'une arme à feu, des peines minimales de 5 ans pour une première condamnation et de 7 ans pour une récidive s'appliquent, depuis le 1^{er} mai 2008, pour l'agression sexuelle armée et pour l'agression sexuelle grave.

Critères pour déterminer la peine

14

Lorsque l'accusé est trouvé coupable ou lorsqu'il plaide coupable, le procureur aux poursuites criminelles et pénales 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 présentiel. 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.

La peine doit servir notamment à dénoncer le caractère inacceptable et criminel de l'agression sexuelle et à accroître la confiance des victimes et du public dans l'administration de la justice (*Orientations et mesures du ministre de la Justice*, point 17: « Les poursuites dans les cas d'agressions sexuelles »).

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, les remords, l'âge de l'accusé, etc.) ou aggravantes (la présence d'antécédents judiciaires de l'accusé, le risque de récidive, la préméditation, la gravité des gestes posés, le traumatisme et l'âge de la victime, le contexte d'abus de confiance et d'autorité, le fait que l'infraction constitue un mauvais traitement de son époux ou conjoint de fait ou un mauvais traitement à l'égard d'une personne âgée de moins de 18 ans, 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 présentiel 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 et par le témoignage de la victime au moment de l'audition sur la détermination de la peine).

Registre des délinquants sexuels

La Loi sur l'enregistrement de renseignements sur les délinquants sexuels, entrée en vigueur le 15 décembre 2004, oblige le tribunal, sur demande de la poursuite, à rendre une ordonnance d'enregistrement de certains renseignements (par exemple, fournir son adresse et signaler tout déménagement) concernant l'accusé déclaré coupable d'une infraction « désignée » (infractions purement sexuelles et certaines autres infractions non spécifiquement sexuelles, mais commises dans un but d'ordre sexuel) dans une banque de données appelée Registre national des délinquants sexuels. Cette ordonnance prend fin 10 ou 20 ans après son prononcé selon la gravité de l'infraction en cause et s'applique à perpétuité pour les « infractions désignées » passibles d'une telle peine, ou en cas de récidive.

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 procureur aux poursuites criminelles et pénales, puis avant l'enquête préliminaire, s'il y a lieu, 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.

15

Modalités judiciaires pour le témoignage des mineurs

Plusieurs enfants, adolescentes et adolescents sont assignés devant les tribunaux comme témoins-victimes. 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 victimes 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 vidéo de la déclaration de la victime à la police

Article 715.1 du Code criminel

L'enregistrement vidéo 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'infraction, 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 vidéo 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.

Témoignage d'une personne âgée d'au moins 14 ans dont la capacité mentale est mise en question

Article 16, Loi sur la preuve au Canada

Depuis le 2 janvier 2006, l'article 16 de la Loi sur la preuve s'applique seulement aux témoins âgés d'au moins 14 ans dont la capacité mentale est mise en question. Dans ce cas, le juge procède à une enquête sur l'habileté de la personne à témoigner.

16

L'habileté à témoigner comporte les capacités d'observer, de se souvenir et de communiquer les faits. Si le témoin est déclaré apte à rendre témoignage, il peut prêter serment ou faire une déclaration solennelle. S'il ne comprend pas la nature du serment ou de l'affirmation solennelle, mais qu'il possède un développement suffisant lui permettant de communiquer les faits dans son témoignage, il peut alors témoigner sur sa promesse de dire la vérité.

Témoignage d'une personne âgée de moins de 14 ans

Article 16.1, Loi sur la preuve au Canada

La présomption d'incapacité de témoigner des enfants âgés de moins de 14 ans a été abolie le 2 janvier 2006. Par conséquent, toute personne âgée de moins de 14 ans est présumée habile à témoigner.

Son témoignage ne peut être toutefois admis que si elle a la capacité de comprendre les questions et d'y répondre. Elle n'est ainsi pas tenue de prêter serment ou de faire une déclaration solennelle mais plutôt tenue de promettre de dire la vérité. Il n'y a pas d'enquête pour déterminer si le témoin comprend la nature de cette promesse et son témoignage aura autant de valeur que s'il était fait sous serment.

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 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. Le nouvel article 486.2 du Code criminel, entré en vigueur le 2 janvier 2006, continue à permettre à une victime ou à un témoin âgés de moins de 18 ans ou ayant une déficience mentale ou physique de témoigner derrière un écran ou à l'extérieur de la salle d'audience, leur 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 (télé-témoignage).

N.B.: Une telle ordonnance peut également être rendue pour tout autre témoin, dans le cadre de toute procédure dirigée contre un accusé et peu importe l'accusation à l'origine de la poursuite, lorsque le juge est d'avis qu'elle est nécessaire pour obtenir du témoin 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 télé-témoignage, des parents, psychologues, travailleurs sociaux, policiers ou médecins peuvent être appelés à témoigner.

Procédure à huis clos

Article 486(1) du Code criminel

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.

Le huis clos ne sera pas accordé pour la seule raison que la victime se sent embarrassée de relater des comportements sexuels.

N.B.: Depuis le 2 janvier 2006, le huis clos peut être demandé dans toutes les procédures impliquant des témoins âgés de moins de 18 ans, peu importe la nature de l'accusation portée.

Présence d'une personne de confiance

Article 486.1 du Code criminel

Sur permission de la Cour, une personne âgée de moins de 18 ans ou qui a une déficience mentale 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.

N.B.: Depuis le 2 janvier 2006, cette mesure couvre tout autre témoin dans le cadre de toutes procédures dirigées contre un accusé, et ce, peu importe l'accusation à l'origine de la poursuite. Dans de tels cas, il faut cependant prouver que l'ordonnance est nécessaire pour obtenir du témoin un récit complet et franc des faits sur lesquels est fondée l'accusation.

Interdiction pour l'accusé de contre-interroger

Article 486.3 du Code criminel

L'accusé ne peut contre-interroger personnellement une victime ou un témoin âgés de moins de 18 ans, sauf si le juge est d'avis que cela est nécessaire afin que justice soit rendue. Depuis le 2 janvier 2006, 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.

Le juge nomme un avocat pour procéder au contre-interrogatoire.

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 entreprise. 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 3 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 entrer en contact avec 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 10 jours pour réagir. Il devra fournir un document appelé « Acte de comparution » et se défendre, à défaut de quoi la poursuite procédera sans lui.

18

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 en vertu de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (LIVAC) 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, 7 jours par semaine.

Le signalement est reçu par une intervenante ou 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 si c'est une personne d'un centre désigné, 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 d'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 l'évaluation de la personne qui a reçu le signalement et, d'emblée, ne pas retenir le signalement. La personne qui a fait le signalement sera avisée, si elle a donné son identité,

si le signalement n'est pas retenu (art. 45.1 de la Loi sur la protection de la jeunesse). Si le signalement est retenu pour évaluation et qu'à la fin de cette évaluation, le directeur constate que la sécurité ou le développement de l'enfant n'est pas compromis, il en avise, à ce moment-là, la personne qui avait fait le signalement.

Si, au contraire, le directeur, après évaluation, est d'avis que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis, il n'est tenu, dans ce cas, d'aviser la personne qui avait fait le signalement que si cette personne est l'une de celles visées au premier alinéa de l'article 39, soit un policier, une personne œuvrant dans un milieu de garde, un enseignant, un employé d'un établissement ou tout professionnel qui, de par la nature de sa profession et dans l'exercice de celle-ci, pratique des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants (art. 50 et 51 de la Loi sur la protection de la jeunesse).

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 retenu si les parents prennent les mesures nécessaires pour protéger l'enfant et assurer son développement. Le fait de déclarer les gestes d'abus sexuel à la police est évidemment l'un des moyens importants que les parents peuvent prendre pour protéger leur enfant d'un agresseur, mais ce n'est pas le seul. Dans les situations où les parents ou l'enfant de plus de 14 ans refusent de porter plainte mais où, par ailleurs, d'autres moyens jugés valables sont pris de fait pour protéger l'enfant, le signalement, même en l'absence de plainte à la police, pourra ne pas être retenu.

b) Évaluation et orientation

20

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. Depuis les récentes modifications apportées en juillet 2007 à la Loi sur la protection de la jeunesse, le DPJ peut obtenir communication d'un renseignement contenu dans un dossier tenu par un établissement de santé et de services sociaux et concernant un enfant, un de ses parents ou même une personne tierce, mis en cause par le signalement, lorsqu'un tel renseignement révèle ou confirme l'existence d'une situation en relation avec le motif de compromission allégué et dont la connaissance permettrait au directeur de retenir le signalement ou, dans le cours de l'évaluation de ce signalement, pourrait lui permettre de décider que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis (art. 35.4 de la Loi sur la protection de la jeunesse).

En outre, la Loi permet au DPJ, lorsqu'il a retenu le signalement et pour les fins de procéder à son évaluation, de 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 l'enfant et en tirer des copies. Le directeur peut également, sur autorisation du tribunal, prendre connaissance sur place du dossier constitué sur les parents ou sur une personne tierce, mis en cause par le signalement, lorsque cela est nécessaire aux fins de l'évaluation de la situation d'un enfant (art. 36 de la Loi sur la protection de la jeunesse).

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. Peu importe le moment où l'évaluation est amorcée, lorsque celle-ci a débuté, la personne désignée pour

effectuer cette tâche doit agir avec diligence afin que les mesures nécessaires pour mettre fin à la situation soient prises et appliquées dans les meilleurs délais.

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 l'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 (sociale, familiale, médicale, psychologique), 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 l'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 et 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 ou le développement de l'enfant est considéré comme compromis et l'on détermine les mesures de protection nécessaires;**
- **les allégations d'agression sexuelle ne sont pas vraiment fondées, mais des soupçons demeurent sans que l'on puisse déterminer qu'il y a un risque sérieux d'abus sexuel, et l'on note des difficultés qui relèvent d'autres dispositions de l'article 38 (négligence, mauvais traitements psychologiques, troubles de comportement sévères, 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.

Notons que depuis juillet 2007, la définition de ce qui est un abus sexuel au sens de la loi a été modifiée. Les amendements apportés précisent maintenant que les gestes à caractère sexuel visés par la loi peuvent être avec ou sans contact avec l'enfant. On y précise également que constitue un abus sexuel permettant de déclarer la sécurité ou le développement compromis pour ce motif, le fait que l'enfant encourt un « risque sérieux » de subir des gestes à caractère sexuel avec ou sans contact physique.

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 intervenants ou intervenantes, 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 pour mettre fin à la situation, ou encore dans le cas d'une longue discorde parents-adolescent découverte à la suite d'une agression sexuelle.

Le tribunal, comme nous l'avons souligné, peut depuis juillet 2007 être également saisi dans les situations où il est possible de démontrer qu'il y a un risque sérieux que l'enfant soit abusé sexuellement. Par exemple, un autre enfant ou le frère ou la sœur de l'enfant victime d'une agression sexuelle et qui est sous la garde de l'agresseur ou en contact avec lui pourra, selon les circonstances, voir sa sécurité et son développement être déclarés compromis s'il est jugé qu'il y a un risque sérieux qu'il soit à son tour victime d'une agression.

22

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'une audience où interviennent un procureur du DPJ (contentieux du centre jeunesse) ainsi que les parents qui peuvent ou non, à leur choix, être représentés par un avocat ou se représenter seuls sans avocat.

La décision du tribunal est basée 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. Dans l'intervalle, le tribunal peut, s'il estime nécessaire, de façon intérimaire ou provisoire, ordonner l'application de mesures pour protéger l'enfant.

Procédures sociojudiciaires chez les mineurs

Au début des années 1980, 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 des 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 procureur aux poursuites criminelles et pénales. 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 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 procureurs aux poursuites criminelles et pénales, 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.

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 procureur aux poursuites criminelles et pénales 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.

Quelle que soit l'étape, chaque partenaire conserve le pouvoir de décision et l'entière responsabilité en égard à son champ de compétence.

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 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 de protection immédiate 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 procureur aux poursuites criminelles et pénales* et conformément à l'article 72.7 de la Loi sur la protection de la jeunesse qui autorise cette divulgation.

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 et planification suit.

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 :

- constituer l'équipe de base (DPJ, policier et procureur aux poursuites criminelles et pénales) ;
- 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 dans des établissements ou des organismes liés par la présente entente (école, centre de loisir, club sportif, etc.), toutes les étapes de la procédure doivent être suivies ;
 - 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

Divulgarion de renseignements par le DPJ

Le refus d'un parent de porter plainte aux policiers 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.

Selon les critères contenus dans le *Guide relatif à la divulgation de renseignements par le DPJ à la police et au procureur aux poursuites criminelles et pénales* et conformément à l'article 72.7 de la Loi sur la protection de la jeunesse, le DPJ ou la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, selon leurs attributions respectives, peuvent procéder, sans l'autorisation de la personne concernée ou l'ordre du tribunal, à la divulgation de renseignements à un corps de police, au procureur aux poursuites criminelles et pénales ou, si la situation l'exige, à un établissement ou à un organisme qui exerce une responsabilité à l'égard d'un enfant concerné, y compris un bureau coordonnateur de la garde en milieu familial, et ce, 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 enfants est compromis aux motifs d'abus physique, d'abus sexuel ou de négligence si c'est la santé physique ou mentale de l'enfant qui est en cause.

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 doit 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 le 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 de l'évolution de l'enquête.

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 s'imposent:

- 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, quant à lui, si la situation requiert l'application d'une mesure de protection immédiate, ne dispose que d'un délai maximal de 48 heures, avant de saisir le tribunal si les parents ou l'enfant de plus de 14 ans s'opposent ou en l'absence d'opposition, pour convenir d'une entente provisoire avec ceux-ci afin de protéger l'enfant. Le DPJ doit donc recueillir les informations nécessaires pour exercer ses responsabilités concernant la situation de protection de l'enfant dans les délais très courts qui lui sont imposés. Il pourra s'entretenir avec les parents, en particulier, si l'un d'eux ou les deux sont soupçonnés d'être les auteurs des gestes d'abus sexuel allégués.
- 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 aient déjà dû être entreprises par le directeur de la protection de la jeunesse (application de mesures de protection immédiate ou introduction d'une procédure judiciaire), par la police (arrestation et détention du prévenu) ou par le procureur aux poursuites criminelles et pénales (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.

À moins d'une urgence ou de circonstances particulières, il faut franchir l'étape 4 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: L'action et la rétro-information

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

- le procureur aux poursuites criminelles et pénales, 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 entreprises.

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 procureur aux poursuites criminelles et pénales ainsi que le 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 victimes d'agression sexuelle et leurs parents (si la victime est mineure) peuvent faire une demande d'indemnisation. Si la demande est acceptée après une évaluation des besoins, certains frais divers peuvent être remboursés: transport et perte de journées de travail, réparation, nettoyage ou remplacement des vêtements portés par la victime au moment de l'agression sexuelle, résiliation de bail, frais liés à la sécurité dont ceux d'inscription à des cours d'autodéfense ou d'installation d'un système d'alarme, etc. Une indemnité pour séquelles permanentes (physiques ou psychiques) peut également être allouée à la suite des traitements recommandés. De plus, des frais pour les services de réadaptation physique (traitements de physiothérapie, soins infirmiers à domicile, etc.), psychologique (psychothérapie individuelle ou de couple, séances d'accompagnement parental pour le parent d'un mineur) et socioprofessionnelle (frais de déménagement, frais de garde pour enfants, programmes de formation, de recyclage et de recherche d'emploi, etc.) peuvent être assumés par l'IVAC (CSST). On donne à la 3^e partie, étape 6, l'adresse de l'IVAC.

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, s'il y a lieu, ou lors des auditions devant la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse. 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 comparaitront 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 conformément à la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA).
- 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.

Contact avec le procureur aux poursuites criminelles et pénales 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 procureur aux poursuites criminelles et pénales, si la comparution doit se faire devant la Chambre de la jeunesse (adolescente ou adolescent accusés), devant la Chambre criminelle 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 procureur aux poursuites criminelles et pénales 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 procureur aux poursuites criminelles et pénales. 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 procureur aux poursuites criminelles et pénales 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 procureur aux poursuites criminelles et pénales 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 décline son identité. 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.

30

Par la suite, le procureur aux poursuites criminelles et pénales 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 oui-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 oui-dire. En général, le oui-dire n'est pas admissible pour prouver les faits allégués; le oui-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 oui-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 oui-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

Âge de consentement à une activité sexuelle, chefs d'accusation et peines maximales prévus par le Code criminel

L'âge de consentement à une activité sexuelle de nature non exploitante

Depuis le 1^{er} mai 2008, l'âge de consentement à une **activité sexuelle de nature non exploitante** est passé de 14 à **16 ans**. Le but poursuivi est de protéger les enfants contre les prédateurs sexuels adultes, et non pas de criminaliser les activités sexuelles entre adolescents consentants. Pour ce qui est de l'**activité sexuelle de nature exploitante** (où interviennent la prostitution, la pornographie ou toute relation de confiance, d'autorité ou de dépendance), l'âge du consentement a été maintenu à **18 ans**.

En ce qui concerne l'inadmissibilité du consentement de la victime, des exceptions sont prévues. Ainsi, lorsqu'une personne est accusée de contacts sexuels, d'incitation à des contacts sexuels, d'exhibitionnisme ou d'agression sexuelle à l'égard d'une **victime âgée de 12 ans ou plus, mais de moins de 14 ans**, le consentement de cette dernière constitue une défense si l'accusé est de moins de 2 ans l'aîné de la victime et s'il n'est ni une personne en situation d'autorité ou de confiance vis-à-vis de cette dernière, ni une personne à l'égard de laquelle celle-ci est en situation de dépendance, ni une personne qui est dans une relation où elle exploite la victime. Pour les mêmes infractions, lorsque la **victime est âgée de 14 ans ou plus, mais de moins de 16 ans**, son consentement constitue une défense si l'accusé est de moins de 5 ans son aîné et n'est ni une personne en situation d'autorité ou de confiance vis-à-vis de la victime, ni une personne à l'égard de laquelle celle-ci est en situation de dépendance, ni une personne qui est dans une relation où elle exploite la victime, ou encore si l'accusé est marié à cette dernière.

32

Une exception est également prévue pour les mêmes infractions, lorsque la différence d'âge entre l'accusé et la victime est supérieure à 5 ans. Ainsi, lorsque **l'accusé est de 5 ans ou plus l'aîné de la victime qui est âgée de 14 ans ou plus, mais de moins de 16 ans**, le consentement constitue une défense si, au 1^{er} mai 2008, l'accusé est le conjoint de fait de la victime (c'est-à-dire qu'ils vivent dans une relation conjugale depuis au moins un an) ou s'ils vivent dans une relation conjugale depuis moins d'un an, mais qu'un enfant est né ou naîtra de leur union et que l'accusé n'est ni une personne en situation d'autorité ou de confiance vis-à-vis de la victime, ni une personne à l'égard de laquelle celle-ci est en situation de dépendance, ni une personne qui est dans une relation où elle exploite la victime.

CHEFS D'ACCUSATION ET PEINES MAXIMALES

Plusieurs dispositions du Code criminel peuvent être appliquées à des situations d'agression ou d'exploitation sexuelles 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 2000 dollars, un emprisonnement de 18 mois ou les deux; **si poursuivi par acte criminel**, la peine maximale est un emprisonnement de 10 ans.

Article 272 **AGRESSION SEXUELLE ARMÉE, 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**, la peine maximale est un emprisonnement de 14 ans. Lorsqu'il y a usage d'une arme à feu, des peines minimales de 5 ans pour une première condamnation et de 7 ans pour une récidive s'appliquent depuis le 1^{er} mai 2008.

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**, la peine maximale est l'emprisonnement à perpétuité. Lorsqu'il y a usage d'une arme à feu, des peines minimales de 5 ans pour une première condamnation et de 7 ans pour une récidive s'appliquent depuis le 1^{er} mai 2008.

*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 16 ans.

Peine maximale : **si poursuivi par procédure sommaire**, la peine maximale est une amende de 2000 dollars, 18 mois d'emprisonnement ou les deux; **si poursuivi par acte criminel**, la peine maximale est un emprisonnement de 10 ans.

Peine minimale : **si poursuivi par procédure sommaire**, la peine minimale est de 14 jours; **si poursuivi par acte criminel**, la peine minimale est un emprisonnement de 45 jours.

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 16 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 2000 dollars, 18 mois d'emprisonnement ou les deux; **si poursuivi par acte criminel**, la peine maximale est un emprisonnement de 10 ans.

Peine minimale : **si poursuivi par procédure sommaire**, la peine minimale est de 14 jours; **si poursuivi par acte criminel**, la peine minimale est un emprisonnement de 45 jours.

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 d'une adolescente ou d'un adolescent âgé de 16 ans ou plus mais de moins de 18 ans, ou à l'égard de laquelle l'adolescente ou l'adolescent 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 2000 dollars, 18 mois d'emprisonnement ou les deux; **si poursuivi par acte criminel**, la peine maximale est un emprisonnement de 10 ans.

Peine minimale : **si poursuivi par procédure sommaire**, la peine minimale est de 14 jours; **si poursuivi par acte criminel**, la peine minimale est un emprisonnement de 45 jours.

Article 153.1 EXPLOITATION SEXUELLE D'UNE PERSONNE AYANT UNE DÉFICIENCE MENTALE OU PHYSIQUE (infraction mixte)

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 2000 dollars, 18 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 relatifs à l'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle sont reproduits ici.

Sécurité et développement d'un enfant

Sécurité ou développement compromis

38. Pour l'application de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux.

Interprétation :

On entend par :

« *abandon* » ;

a) abandon : lorsque les parents d'un enfant sont décédés ou n'en n'assument pas de fait le soin, l'entretien ou l'éducation et que, dans ces deux situations, ces responsabilités ne sont pas assumées, compte tenu des besoins de l'enfant, par une autre personne ;

« *négligence* » ;

b) négligence :

1° lorsque les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux :

- i. soit sur le plan physique, en ne lui assurant pas l'essentiel de ses besoins d'ordre alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de logement compte tenu de leurs ressources ;
- ii. soit sur le plan de la santé, en ne lui assurant pas ou en ne lui permettant pas de recevoir les soins que requiert sa santé physique ou mentale ;
- iii. soit sur le plan éducatif, en ne lui fournissant pas une surveillance ou un encadrement appropriés ou en ne prenant pas les moyens nécessaires pour assurer sa scolarisation ;

2° lorsqu'il y a un risque sérieux que les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux de la manière prévue au sous-paragraphe 1° ;

« *mauvais traitements psychologiques* » ;

c) mauvais traitements psychologiques : lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation, entre autres si l'enfant est forcé à faire un travail disproportionné par rapport à ses capacités, ou par l'exposition à la violence conjugale ou familiale ;

« **abus sexuels** » ;

d) abus sexuels :

- 1° lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ;
- 2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ;

« **abus physiques** » ;

e) abus physiques :

- 1° lorsque l'enfant subit des sévices corporels ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou de la part d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ;
- 2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des sévices corporels ou d'être soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ;

« *troubles de comportement sérieux* ».

f) troubles de comportement sérieux: lorsque l'enfant, de façon grave ou continue, se comporte de manière à porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ou que l'enfant de 14 ans et plus s'y oppose.

1977, c. 20, a. 38; 1981, c. 2, a. 8; 1984, c. 4, a. 18; 1994, c. 35, a. 23; 2006, c. 34, a. 14.

Sécurité ou développement compromis

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

- 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, a. 18; 1992, c. 21, a. 221; 1994, c. 35, a. 24.

Facteurs de détermination

38.2. Toute décision visant à déterminer si un signalement doit être retenu pour évaluation ou si la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis doit notamment prendre en considération les facteurs suivants :

- a) la nature, la gravité, la chronicité et la fréquence des faits signalés ;
- b) l'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant ;
- c) la capacité et la volonté des parents de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant ;
- d) les ressources du milieu pour venir en aide à l'enfant et à ses parents.

2006, c. 34, a. 15.

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, à toute personne œuvrant dans un milieu de garde 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.

38

Signalement obligatoire

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 des paragraphes d et e du deuxième alinéa de l'article 38 est tenue de signaler sans délai la situation au directeur.

Signalement discrétionnaire

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 ou f du deuxième alinéa de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, peut signaler la situation au directeur.

Secret professionnel

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, a. 39; 1981, c. 2, a. 9; 1984, c. 4, a. 19; 1994, c. 35, a. 25; 2006, c. 34, a. 16.

Abus physiques ou sexuels

39.1. Toute personne qui a l'obligation de signaler une situation d'abus physiques ou d'abus sexuels en vertu de l'article 39 doit le faire sans égard aux moyens qui peuvent être pris par les parents pour mettre fin à la situation.

2006, c. 34, a. 17.

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, a. 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, a. 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, a. 44.

Réception et traitement des signalements**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 doit le recevoir, procéder à une analyse sommaire et décider s'il doit être retenu pour évaluation.

1977, c. 20, a. 45; 1984, c. 4, a. 21; 2006, c. 34, a. 20.

Signalement non retenu

45.1. Si le directeur ne retient pas un signalement pour évaluation, il doit en informer la personne qui avait signalé la situation.

Services et ressources

De plus, lorsque la situation le requiert, il doit 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 doit, s'ils y consentent, les diriger vers les établissements, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide et transmettre à celui qui dispense le service l'information pertinente sur la situation. Il peut, le cas échéant, les conseiller sur le choix des personnes ou des organismes pouvant les accompagner et les assister dans leur démarche.

2006, c. 34, a. 21.

Mesures de protection immédiate

Mesures de protection avant l'évaluation

46. Si le directeur retient le signalement, il peut, avant même de procéder à l'évaluation lui permettant de décider si la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis conformément à l'article 49 et afin d'assurer la sécurité de l'enfant, prendre, pour une durée maximale de 48 heures, des mesures de protection immédiate.

Mesures de protection durant l'intervention

Le directeur peut en outre, à tout moment de l'intervention, prendre, pour une durée maximale de 48 heures, des mesures de protection immédiate, si les circonstances le justifient, peu importe qu'il y ait ou non un nouveau signalement.

Consultation

Dans toute la mesure du possible, l'enfant et ses parents doivent être consultés sur l'application des mesures de protection immédiate.

Mesures de protection immédiate

À titre de mesures de protection immédiate, 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 l'un de ses parents, à une personne significative, notamment les grands-parents et les autres membres de la famille élargie, à une famille d'accueil, à un organisme approprié ou à toute autre personne ;
- c) *(paragraphe abrogé)* ;
- d) restreindre les contacts entre l'enfant et ses parents ;
- e) interdire à l'enfant d'entrer en contact avec certaines personnes qu'il désigne ou à de telles personnes d'entrer en contact avec l'enfant ;
- f) requérir d'une personne qu'elle s'assure que l'enfant et ses parents respectent les conditions qui leur sont imposées et de l'aviser si les conditions ne sont pas respectées ;
- g) appliquer toute autre mesure qu'il estime nécessaire dans l'intérêt de l'enfant.

Accueil obligatoire

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

1977, c. 20, a. 46; 1981, c. 2, a. 11; 1984, c. 4, a. 22; 1992, c. 21, a. 222; 1994, c. 35, a. 26; 2006, c. 34, a. 22.

Prolongation avec ordonnance

47. Lorsque le directeur propose de prolonger l'application des mesures de protection immédiate et que les parents ou l'enfant de 14 ans et plus s'y opposent, il doit soumettre le cas au tribunal pour obtenir une ordonnance qui constate la nécessité de la prolongation. 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 préjudice grave à l'enfant. La décision du tribunal ou du greffier ne peut avoir d'effet pour une durée supérieure à cinq jours ouvrables.

Prolongation sans ordonnance

Lorsque le délai de 48 heures se termine un samedi ou un jour non juridique, que le juge et le greffier sont absents ou empêchés d'agir et que l'interruption des mesures de protection immédiate risque de causer un préjudice grave à l'enfant, le directeur peut, sans ordonnance, prolonger leur application jusqu'au premier jour juridique qui suit.

1977, c. 20, a. 47; 1979, c. 42, a. 12; 1984, c. 4, a. 23; 1988, c. 21, a. 119; 1989, c. 53, a. 11; 1994, c. 35, a. 27; 1999, c. 40, a. 226; 2006, c. 34, a. 23.

Entente provisoire

47.1. Si les parents et l'enfant de 14 ans et plus ne s'opposent pas à la prolongation des mesures de protection immédiate, le directeur peut leur proposer l'application d'une entente provisoire jusqu'à ce qu'il décide si la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis et, le cas échéant, qu'il convienne d'une entente sur les mesures volontaires ou qu'il saisisse le tribunal.

Entente non renouvelable

Toutefois, une telle entente n'est pas renouvelable et ne peut excéder 30 jours, incluant le délai de 10 jours prévu à l'article 52.

2006, c. 34, a. 23.

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.

41

Soins médicaux et autres soins en cas d'urgence

Durant la période où des mesures de protection immédiate 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, a. 48; 1984, c. 4, a. 24; 1988, c. 21, a. 119; 1989, c. 53, a. 11; 1992, c. 21, a. 223; 1994, c. 35, a. 28; 2006, c. 34, a. 24.

Avis de congé

48.1. Aux fins de la présente section, un établissement qui exploite un centre hospitalier et 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, a. 25; 1992, c. 21, a. 224; 1994, c. 23, a. 23.

Évaluation de la situation et orientation de l'enfant

Communication de renseignements

35.4. Malgré l'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), un établissement doit, sur demande du directeur ou d'une personne qui agit en vertu de l'article 32 de la présente loi, communiquer un renseignement contenu au dossier de l'enfant, de l'un de ses parents ou d'une personne mis en cause par un signalement, lorsqu'un tel renseignement révèle ou confirme l'existence d'une situation en lien avec le motif de compromission allégué par le directeur et dont la connaissance pourrait permettre de retenir le signalement pour évaluation ou de décider si la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis.

2006, c. 34, a. 11.

Accès au dossier

36. Malgré l'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), lorsque le directeur retient le signalement d'un enfant et, s'il l'estime nécessaire pour assurer la protection de cet enfant, il peut, de même que toute personne qui agit en vertu de l'article 32 de la présente loi, pénétrer, à toute heure raisonnable ou en tout temps dans un cas d'urgence, dans une installation maintenue par un établissement afin de prendre connaissance sur place du dossier constitué sur cet enfant et tirer des copies de ce dossier.

Transmission au directeur

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

42

Consultation du dossier des parents

Le directeur peut également, de même que toute personne qui agit en vertu de l'article 32, sur autorisation du tribunal, prendre connaissance sur place du dossier constitué sur les parents ou sur une personne mis en cause par le signalement et qui est nécessaire aux fins de l'évaluation de la situation d'un enfant.

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; 2006, c. 34, a. 12.

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

De plus, lorsque la situation le requiert, il doit 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 doit, s'ils y consentent, les diriger vers les établissements, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide et transmettre à celui qui dispense ces services l'information pertinente sur la situation. 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, a. 50; 1994, c. 35, a. 30; 2006, c. 34, a. 25.

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, avant de proposer l'application de mesures volontaires ou de saisir le tribunal, le directeur privilégie, lorsque les circonstances sont appropriées, les moyens qui favorisent la participation active de l'enfant et de ses parents.

Prise en charge

Le directeur 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, a. 51; 1981, c. 2, a. 12; 1984, c. 4, a. 27; 1988, c. 21, a. 119; 1989, c. 53, a. 11; 1994, c. 35, a. 31; 2006, c. 34, a. 26.

Divulgence au directeur des poursuites criminelles ou à un corps de police

72.7. S'il existe un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis pour l'un des motifs prévus aux paragraphes b, si c'est la santé physique ou mentale de l'enfant qui est en cause, d ou e du deuxième alinéa de l'article 38, le directeur ou la Commission, chacun suivant ses attributions respectives, peut, en vue d'assurer la protection de cet enfant ou celle d'un autre enfant et sans qu'il ne soit nécessaire d'obtenir l'autorisation de la personne concernée ou l'ordre du tribunal, rapporter la situation au directeur des poursuites criminelles et pénales ou à un corps de police. S'il l'estime à propos, le directeur ou la Commission peut également fournir des renseignements à un établissement ou à un organisme qui exerce une responsabilité à l'égard de l'enfant concerné.

Dispositions applicables

Les dispositions du présent article s'appliquent malgré l'article 72.5 de la présente loi et malgré les paragraphes 1°, 3° et 4° du deuxième alinéa de l'article 59 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1).

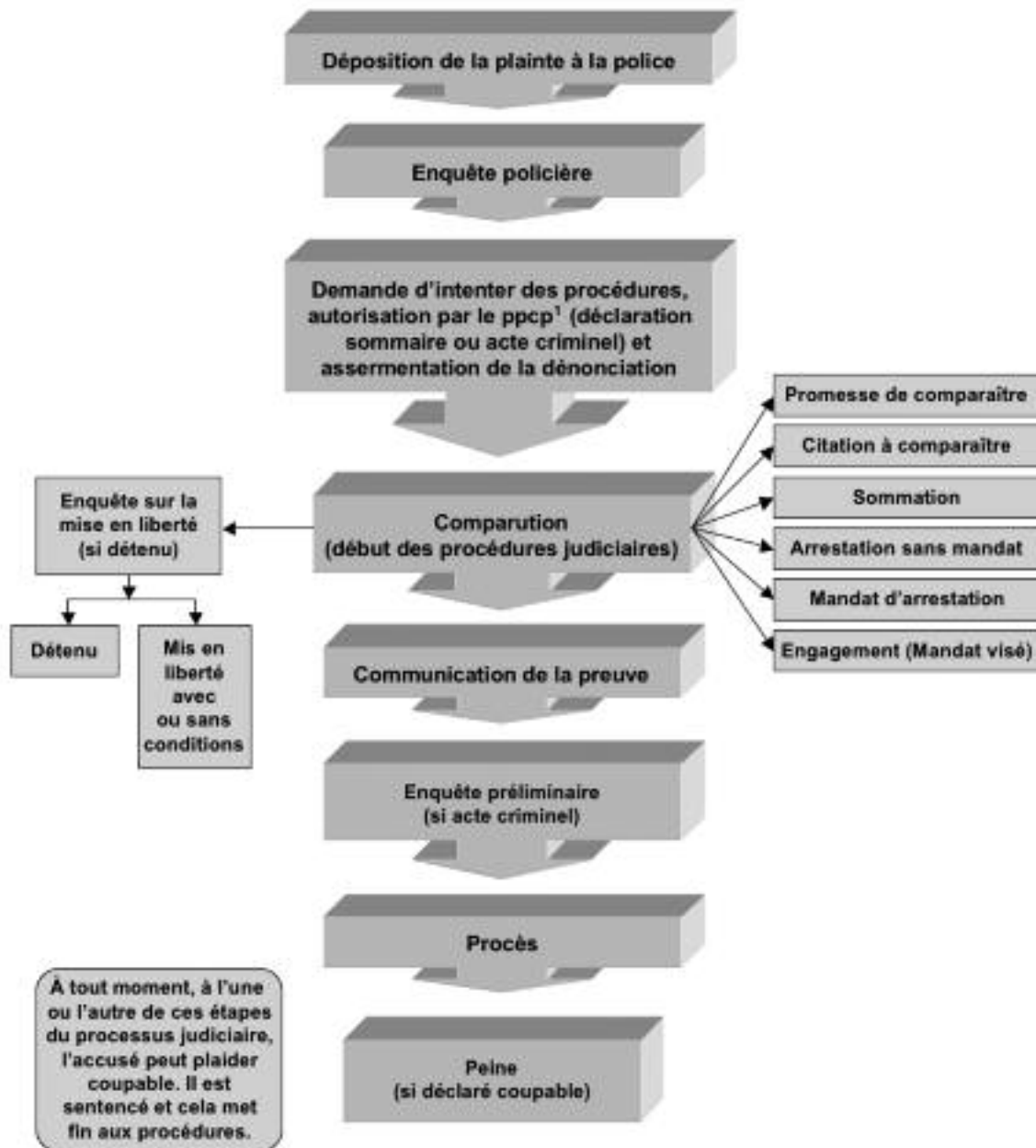
Bureau coordonnateur de la garde en milieu familial

Pour l'application du présent article, un bureau coordonnateur de la garde en milieu familial au sens de la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance (chapitre S-4.1.1) est assimilé à un organisme.

1994, c. 35, a. 45; 2001, c. 78, a. 11; 2005, c. 34, a. 85; 2006, c. 34, a. 38.

ANNEXE 3

Schéma illustrant la procédure de la poursuite au criminel



1. ppcp: procureur aux poursuites criminelles et pénales.

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**.

45

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) du Code criminel a été commise;
- qu'une substance corporelle a été trouvée ou recueillie :
 - 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, s'il s'agit d'une adolescente ou d'un adolescent, 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 des infractions d'agression sexuelle armée, de menaces à une tierce personne ou d'infliction de lésions corporelles et d'agression sexuelle grave, le juge n'a aucune discrétion et doit rendre une ordonnance de prélèvement. Dans le cas des autres infractions de nature sexuelle (exploitation à des fins sexuelles d'une personne atteinte d'une déficience, leurre d'un enfant par Internet, proxénétisme), 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 ces derniers cas, le juge tient 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 prélèvements même s'ils ont été condamnés avant l'entrée en vigueur de cette loi (30 juin 2000), notamment les délinquants dangereux ou les personnes déclarées coupables de meurtre ou de tentative de meurtre, ou de certaines infractions de nature sexuelle (par exemple, inceste, agression sexuelle, agression sexuelle grave).

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:

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 d'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 :

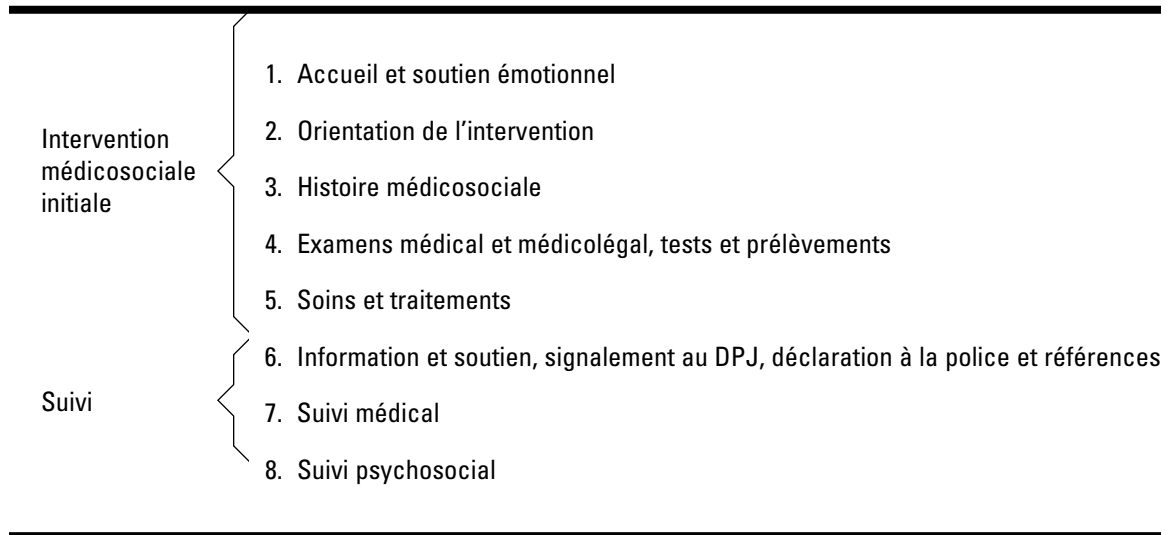
- évaluer et satisfaire les besoins de la victime afin d'atténuer les conséquences de l'agression ;
- informer et soutenir la victime et ses proches ;
- déceler et traiter les lésions corporelles, en particulier les lésions génitales ;
- prévenir une grossesse ;
- déceler, traiter ou prévenir les ITS ;
- 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 retrouver un bien-être physique et poursuivre un développement harmonieux.

Les étapes de l'intervention médicosociale

Cette troisième partie du *Guide d'intervention médicosociale* 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.

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
Besoins fonctionnels	8
Conclusion	8

Introduction

Les personnes qui ont vécu une agression sexuelle ont subi des actes violant 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 elle ou il 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 l'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 d'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.

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.

Il est toujours important de remettre aux victimes des documents écrits à la fin de l'intervention médicosociale. Le contexte d'urgence et l'état émotif dans lequel un grand nombre de victimes se trouvent font qu'elles ont souvent de la difficulté à se rappeler tous les détails de l'information qui leur a été communiquée au moment de l'intervention. Divers dépliants ou brochures sur la problématique des agressions sexuelles, les conséquences psychologiques, les soins et traitements médicaux, les procédures policières et judiciaires sont disponibles, dont le *Guide d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle*, un livret produit par la Table de concertation sur les agressions à caractère sexuel de Montréal, accessible en français, en anglais et en espagnol. Il est préférable de remettre la documentation et la feuille d'information pour la lame de réserve pour l'analyse de l'ADN dans une enveloppe neutre afin de préserver la confidentialité de la victime.

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 indemnités accordées ne compensent pas toutes les pertes financières subies.

Besoins fonctionnels

L'agression sexuelle aura des répercussions sur la vie quotidienne de la victime, que ce soit le travail, l'école ou relativement à ses obligations familiales. Ainsi, l'intervenante ou l'intervenant doit prendre le temps de bien évaluer les préoccupations de la victime. Celles-ci peuvent augmenter son niveau d'anxiété et l'empêcher de prendre le temps nécessaire pour s'occuper d'elle-même. Un billet médical pourrait être remis (ex. : absence motivée pour l'école ou le travail).

8

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.**

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
Délai de 14 jours	6
Indication d'effectuer des prélèvements médico-légaux	6
Interventions médicosociales possibles	6
Conditions d'utilisation des 2 trousse	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 l'on retarde l'examen, on procède toutefois à une courte histoire médicosociale et l'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 l'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 ou les adolescents 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 adolescentes ou 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 ou les adolescents 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 14 jours pour consentir à la remise de la trousse médico-légale à la police.

Délai de 14 jours

Depuis 2001, les victimes d'agression sexuelle peuvent se prévaloir d'une période de réflexion de 14 jours avant de consentir à la remise de la trousse médicolégale à la police. La philosophie qui motive cette approche est qu'au moment de l'intervention médicosociale initiale, certaines victimes ne se sentent pas toujours prêtes à prendre une décision finale sur le fait de porter plainte ou non. Il n'y a pas de risque de détérioration des prélèvements s'ils sont conservés dans un réfrigérateur pendant un court moment. Le choix des 14 jours repose sur les expériences cliniques et aussi sur le nombre de trousses qui peuvent être gérées dans les centres désignés plus achalandés. **Ce délai peut être prolongé de quelques semaines si la victime, pour une raison quelconque, n'est pas en mesure de décider.**

N. B. Le délai peut être prolongé chez les mineurs, particulièrement si le DPJ est impliqué. Les parents ont à prendre une décision et, s'il s'agit d'une adolescente ou d'un adolescent, il peut y avoir différence de points de vue.

Indication d'effectuer des prélèvements médicolégaux

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 liées à l'endroit où a eu lieu l'agression, telles que de l'herbe, de la terre, etc.

6

Il n'est pas toujours indiqué d'effectuer des prélèvements médicolégaux. 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.

Interventions médicosociales possibles

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 médicolégal et non seulement médical;
- dans l'utilisation possible de la **trousse médicolégale** ou de la **trousse médicosociale sans prélèvements médicolégaux**. Ces deux trousses 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 médicolégale*, l'enveloppe est fixée à une boîte qui contient le matériel nécessaire pour effectuer les prélèvements médicolégaux.

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 (voir annexe 6 à l'étape 4).**

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 médico-sociale 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.

8

Interventions appropriées selon les circonstances

Après avoir recueilli les quelques renseignements détaillés précédemment, 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.

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 médico-sociale 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 une lame de réserve, et verser les résultats au dossier. Cette analyse simple pourrait être utile 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 médicosociale 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 médicolégaux 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 médicolégal 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 médicolégale 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. Cela 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 juridique (voir Annexe 1), 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 adolescentes ou les adolescents de 14 ans ou plus est légalement valable. Devant le consentement ou le refus de l'adolescente ou de l'adolescent, les parents ne peuvent pas se prévaloir de leur autorité parentale.

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 de faire face à une victime qui refuse les prélèvements médico-légaux parce qu'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.

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 placé devant 3 situations :

- 1) La victime désire porter plainte à la police 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.

Conclusion

12

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 de protection immédiate ?

Dispositions légales pertinentes

Article 32 de la 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) recevoir le signalement, procéder à une analyse sommaire de celui-ci et décider s'il doit être retenu pour évaluation ;
- b) procéder à l'évaluation de la situation et des conditions de vie de l'enfant et décider si sa sécurité ou son développement est compromis ;
- c) décider de l'orientation d'un enfant ;
- d) réviser la situation d'un enfant ;
- e) mettre fin à l'intervention si la sécurité ou le développement d'un enfant n'est pas ou n'est plus compromis ;
- f) exercer la tutelle ou, dans les cas prévus à la présente loi, demander au tribunal la nomination d'un tuteur ou son remplacement ;
- g) recevoir les consentements généraux requis pour l'adoption ;
- h) demander au tribunal de déclarer un enfant admissible à l'adoption ;
- i) décider de présenter une demande de divulgation de renseignements conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 72.5 ou de divulguer un renseignement conformément aux dispositions du deuxième ou du troisième alinéa de l'article 72.6 ou de l'article 72.7. »

« Malgré le premier alinéa, le directeur peut, s'il estime que la situation le justifie, autoriser, par écrit et dans la mesure qu'il indique, une personne qui n'est pas membre de son personnel à procéder à l'évaluation de la situation et des conditions de vie de l'enfant prévue au paragraphe b du premier alinéa pourvu qu'elle se retrouve parmi les personnes suivantes :

- a) un membre du personnel d'un établissement qui exploite un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ;

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

- b) un membre du personnel d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation;
- c) un membre du personnel d'une communauté autochtone désigné par le directeur dans le cadre d'une entente convenue entre un établissement qui exploite un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et la communauté autochtone.

Une telle autorisation à l'égard d'une personne qui n'est pas membre de son personnel n'est valable que pour procéder à l'évaluation et ne permet pas de décider si la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis. Le directeur peut y mettre fin en tout temps.

Lorsque la décision sur l'orientation de l'enfant implique l'application de mesures volontaires, le directeur peut, personnellement, décider de convenir d'une entente sur ces mesures avec un seul parent conformément au deuxième alinéa de l'article 52.1. »

Article 48 de la Loi sur la protection de la jeunesse :

« 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.

Durant la période où des mesures de protection immédiate 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. »

14

Article 11 du Code civil du Québec

« 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 leur recevabilité et, s'il y a lieu, d'évaluer la situation d'un enfant.

En vertu des dispositions du Code civil du Québec, 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 collecte 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 collecte d'informations, à la suite de la réception d'un signalement, il doit non seulement assurer la protection de l'enfant, mais aussi 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 collecte d'éléments de preuve en vue d'une éventuelle judiciarisation soit en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, 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 visés 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 médicolégale auprès d'enfants de moins de 14 ans pour lesquels il applique des mesures de protection immédiate, à la suite de la réception d'un signalement, pour recueillir les éléments de preuve requis ultérieurement pour protéger l'enfant.

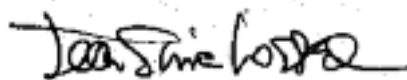
Il ne faut pas limiter les pouvoirs du directeur de la protection de la jeunesse aux seuls soins médicaux requis de façon urgente au sens purement médical. Il faut interpréter cet article dans le cadre de l'exercice des responsabilités du directeur.

De plus, il faut faire une distinction entre la collecte d'éléments de la 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 le délai de conservation légal.

15



M^e Josée Mayo, avocate
Service du contentieux
Centre jeunesse de Laval



M^e Jean-Simon Gosselin, avocat
Service du contentieux
Centre jeunesse de Québec

4 février 2010

Avis de l'ACJQ signé

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Les formulaires	3
Formulaire 1 : CONSENTEMENT	18
Formulaire 2 : DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICOLÉGAL	18
Formulaire 3 : DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICOLÉGAL (SUITE)	19
Formulaire 4 : DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICOLÉGAL (SUITE)	19
Formulaire 5 : DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICOLÉGAL (SUITE)	20
Formulaire 6 : SCHÉMAS ANATOMIQUES	21
Formulaire 7 : SCHÉMAS ANATOMIQUES	21
Formulaire 8 : SCHÉMA ANATOMIQUE	21
Formulaire 9 : TYPES DE PRÉLÈVEMENTS	21
Formulaire 10 : PRÉLÈVEMENTS	21
Formulaire 11 : INTERVENTIONS	21
Formulaire 12 : REMISE ET CONSERVATION DE LA TROUSSE MÉDICOLÉGALE	22
Formulaire 13 : ÉTIQUETTES AUTOCOLLANTES	23
Formulaire 14 : SCÉLLÉS AUTOCOLLANTS	23
Complément à l'histoire médicosociale de l'adulte	23
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	25
Complément à l'histoire médicosociale	25
Histoire médicosociale de l'enfant, de l'adolescente et de l'adolescent	25
Conclusion	31

Annexe 1	
Complément à l'histoire médicosociale – Agression sexuelle (adultes : femmes et hommes)	32
Annexe 2	
Complément à l'histoire médicosociale – Agression sexuelle (enfants, adolescentes, adolescents)	35
Annexe 3	
L'entrevue avec un jeune enfant lorsqu'une agression sexuelle est soupçonnée	38
Annexe 4	
Formulaires – version anglaise	48
Annexe 5	
Chaîne de possession	62

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 comprise 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 médicolégal* 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 (v. ou v. 24h)
_ _	_	_	_ : _

Nom : _____	Prénoms : _____
Date de naissance : _____	Sexe : _____ N° de télé. perso. : _____
N° (MSP) : _____	
N° de dossier médical : _____	

CONSENTEMENT

Je, _____, consens par la présente à :

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 un 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 médico-sociale aux policiers afin qu'elles puissent être utilisées dans le déroulement d'une enquête policière.

Inclus de la victime
du parent, du tuteur ou du DPJ**

Date (si d'écart 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 : _____

Année	Mois	Jour
_ _	_	_

* L'information concernant le profil génétique de la victime n'est pas compliée dans la Banque nationale des données génétiques.

** Si 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

AP 421 07 (v. 03-11)


AGRESSION SEXUELLE
 Examen médico-légal

DOSSIER DE L'USAGER

4

AGRESSION SEXUELLE

Examen médico-légal



D79003

Nom	Prénoms
Date de naissance	Sexe
N° d'identité	N° de dossier
N° de dossier médical	

Nom de l'établissement : _____

Ville : _____ N° de téléphone : _____

DATE DE L'EXAMEN

Année	Mois	Jour	Heure (00h à 24h00)

(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 MÉDICO-LÉGAL

②

Date et heure de l'agression sexuelle ▶

Année	Mois	Jour	Heure (00h à 24h00)

Si, lors des événements, il y a eu plusieurs agressions sexuelles, indiquer la date et l'heure de la dernière.

Violence et contraintes physiques

③

La victime a été :

<input type="checkbox"/> attachée	<input type="checkbox"/> étranglée	<input type="checkbox"/> mordue	<input type="checkbox"/> asommée	<input type="checkbox"/> autre : _____
<input type="checkbox"/> brûlée	<input type="checkbox"/> étranglée	<input type="checkbox"/> poignardée	<input type="checkbox"/> liée par les cheveux	_____
<input type="checkbox"/> coupée	<input type="checkbox"/> frappée	<input type="checkbox"/> retenue		_____

Avec quel objet? _____

Le ou les agresseurs

④

Nombre : _____ Ne sait pas Sexe : M F Lien avec la victime : _____

⑤

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 lors de l'intervention.
(Sans faire le récit de l'événement.)

⑥

<p>Remplir seulement si la victime :</p> <input type="checkbox"/> est un enfant	<p>_____</p>
<input type="checkbox"/> a une déficience intellectuelle sévère ou profonde	
<input type="checkbox"/> a des troubles importants de la mémoire	
<input type="checkbox"/> est blessée très gravement (danger pour la vie)	


2

AN-45 (01/2014)
AGRESSION SEXUELLE Examen médico-légal
DOSSIER DE L'USAGER

5

AGRESSION SEXUELLE

Examen médico-légal



D'18006

Nom de l'agresseur

N° de l'agresseur

N° de l'examen

DATE DE L'EXAMEN

Année Mois Jour Heure (00h à 23h)

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom Prénom

Date de naissance Sexe N° de MRC/zone

N° PMSU

N° de dossier médical

DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICOLEGAL (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	Le ou les agresseurs	Condam
BOUCHE	Bouche <input type="checkbox"/> Doigt, main <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Pénis <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/> Corps étranger : _____	<input type="checkbox"/>
DOIGT, MAIN	Bouche <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Pénis <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEINS	Bouche <input type="checkbox"/> Doigt, main <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Pénis <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VAGIN	Bouche <input type="checkbox"/> Doigt, main <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Pénis <input type="checkbox"/> Corps étranger : _____	<input type="checkbox"/>
PÉNIS	Bouche <input type="checkbox"/> Doigt, main <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Pénis <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/> Corps étranger : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ANUS	Bouche <input type="checkbox"/> Doigt, main <input type="checkbox"/> Pénis <input type="checkbox"/> Corps étranger : _____	<input type="checkbox"/>
PEAU	Bouche <input type="checkbox"/> Doigt, main <input type="checkbox"/> Pénis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Éjaculation sur la peau ou les cheveux

Oui 9
 Non
 Ne sait pas

Si oui, à quel endroit sur le corps?


3

AI-45 DT (Rev. 04-11)
AGRESSION SEXUELLE Examen médico-légal
DOSSIER DE L'USAGER

6

AGRESSION SEXUELLE

Examen médico-légal



DT9007

NOM de l'établissement

Ville N° de téléphone

DATE DE L'EXAMEN

Année: Mois: Jour: Heure: à (Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom Prénom

Date de naissance	Sexe	N° d'identification
N° d'AMQ		
N° de dossier médical		

DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICO-LÉGAL (suite)

Les vêtements portés lors de l'agression sexuelle :

<input type="checkbox"/> sont remis avec la troupe	<input type="checkbox"/> ont déjà été remis aux policiers	ont été levés	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> doivent être récupérés par les policiers	10	ont été réparés	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

La victime :

s'est levée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	a eu une miction	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
s'est donné une douche vaginale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	a eu une défécation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Médicaments

Ingestion, contre sa volonté, de drogues ou d'alcool : Oui Non Ne sait pas **11a**

Section à remplir seulement s'il y a eu ingestion 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 11b	Date			Heure
	Année	Mois	Jour	(00 01 à 24 00)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Allergie à certains médicaments : Oui Non

Éléments gynécologiques pertinents à l'agression sexuelle

BDM : **12** Ménarche chez les moins de 18 ans : ans

Besoin de contraception d'urgence : Oui Non


4

AN-00 DT 3/01 14-11
AGRESSION SEXUELLE Examen médico-légal
DOSSIER DE L'USAGER

7

AGRESSION SEXUELLE

Examen médico-légal



CT9000

Nom de l'abusé(e) : _____

Vie : _____ V° de résidence : _____

DATE DE L'EXAMEN

Année : _____ Mois : _____ Jour : _____ Heure (gmt +5/400) : _____

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : _____ N° de téléphone : _____

V° D'USAGÉ

V° du médecin traitant : _____

DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICOLEGAL (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

Année : _____ Mois : _____ Jour : _____ Heure (gmt +5/400) : _____

Si oui, dernière date : _____ 13

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)

14

EXAMEN PHYSIQUE

T.A.	Poids		Taille	Poids
	Normal			
Observations	Oui	Non	Décrire les blessures et les localiser sur les schémas anatomiques	
Tête et visage				
Bouche et gorge				
Cou				
Seins (pas de palpation de tumeurs)				
Cœur et poumons				
Thorax et côtes				
Abdomen				
Membres				

Pour les enfants, les adolescentes et les adolescents :

Personnes présentes lors de l'examen (nom et lien avec la victime) : 15

Stade de maturation sexuelle (Tanner) : 16 1 2 3 4 5

Réactions lors de l'examen si cela est pertinent : 17

5

AR-05 (01/07/08-11)

AGRESSION SEXUELLE
Examen médico-légal

DOSSIER DE L'USAGER

8

AGRESSION SEXUELLE

Examen médico-légal

DT 3108

Centre de traitement
Ville : _____ N° de téléphone : _____

DATE DE L'EXAMEN

Année	Mois	Jour	Heure (pr. et à 24h)

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom		Prénom	
Date de naissance	Sexe	N° de téléphone	
N° DASSO			
N° de dossier médical			

SCHEMAS ANATOMIQUES ASEXUÉS (ENFANT ET ADULTE) – Localiser les lésions décrites dans le formulaire 5

Compléter la ligne des seins pour une victime de sexe féminin.

18

6


44-04 DT 04 2011

AGRESSION SEXUELLE
Examen médico-légal

DOSSIER DE L'USAGER

AGRESSION SEXUELLE

Examen médico-légal



DTM010

Nom de l'établissement

N° de ...

N° de dossier médical

DATE DE L'EXAMEN

Année	Mois	Jour	Heure (avec secondes)

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom


Prénoms

Date de naissance	Sexe	N° de allocations


N° d'usage

N° de dossier médical

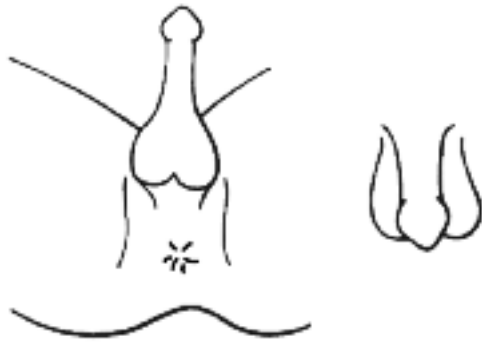
SCHÉMAS ANATOMIQUES ASEXUÉS (ENFANT ET ADULTE) - Localiser les lésions décrites dans le formulaire 5



19



SCHÉMAS ANATOMIQUES (ENFANT ET ADULTE) - Localiser les lésions décrites dans le formulaire 5



Positions lors de l'examen

Genupectorale

Autre : _____

20

	Normal		Décrire les lésions et les localiser sur les schémas anatomiques
	Oui	Non	
Urètre			
Prépuce			
Gland			
Pénis			
Scrotum			
Anus			

7

4H-407 DT (ex. 36-11)
AGRESSION SEXUELLE
Examen médico-légal
DOSSIER DE L'USAGER

10


AGRESSION SEXUELLE

Examen médico-légal

N° de l'ordonnance

Ville

N° de région



DT9071

Nom

Prénoms

Département

Sexe

N° de séjours

N° d'AMU

N° de dossier médical

DATE DE L'EXAMEN

Année Mois Jour Heure (voir article)

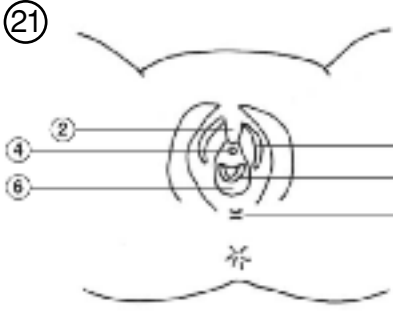
(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

SCHEMAS ANATOMIQUES (FILLE PRÉPUBÈRE, ADOLESCENTE ET ADULTE)


Positions lors de l'examen

Gynécologique
 Crenouille
 Gémipectorale
 Autre : _____

PRÉPUBÈRE



ADOLESCENTE ET ADULTE



	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



N° de l'établissement

N° de l'examen

DATE DE L'EXAMEN

Année Mois Jour Heure avec minutes

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom Prénom

Date de naissance Sexe N° de téléphone

N° d'ADN

N° du dossier médical

◆ NE FAIRE QUE LES PRÉLÈVEMENTS NÉCESSAIRES



TYPES DE PRÉLÈVEMENTS (cocher ceux qui ont été faits)


Site	Circonstances	Prélèvements pour le laboratoire du centre désigné	Prélèvements ADN et autres pour le Laboratoire de sciences judiciaires
BUCCAL	Pas de lésion		1A <input type="checkbox"/> Prélèvement buccal : prélever deux écouvillons, un pour chaque joue, en rotant pendant environ 15 secondes pour chacun des écouvillons; laisser sécher.
	Si lésion	<input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> Gonorrhée	2A <input type="checkbox"/> Rinçage buccal avec un volume de 15 ml de sérum physiologique. Récolter dans le petit contenant à bouchon bleu inclus dans la trousse. 2B <input type="checkbox"/> Après 2 ou 3 rinçages de la bouche, effectuer un nouveau prélèvement buccal sur écouvillons, tel que décrit au point 1A.
ANAL	Si pénétration (avant VAGINAL)	<input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> Gonorrhée <input type="checkbox"/> Culture générale (si symptômes)	2E, 2F <input type="checkbox"/> Prélèver avec un écouvillon et frotter sur une lame. Laisser sécher le tout avant de remettre dans l'enveloppe.
VAGINAL ET COLUTÉRIN	Si pénétration	<input type="checkbox"/> Chlamydia (TAAN) <input type="checkbox"/> Gonorrhée <input type="checkbox"/> Culture générale <input type="checkbox"/> Test Pap <input type="checkbox"/> Trichomonase	1B <input type="checkbox"/> 2 écouvillons (voir 1C) : laisser sécher. 1C <input type="checkbox"/> 1 lame à bordure bleue (1 goutte de sérum physiologique et des sécrétions vaginales provenant d'un des écouvillons de 1B) : laisser sécher sans fixation.
		<input type="checkbox"/> Lame de réserve pour l'ADN (À conserver au centre désigné)	1D <input type="checkbox"/> Lavage vaginal : introduire 10 ml de sérum physiologique et retirer par aspiration la quantité maximale.
PÉNIS ET URETHRE		<input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> Gonorrhée (Peut être fait sur urine)	2CI <input type="checkbox"/> 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 sur le formulaire 10 sperme ou salive.
CUTANÉ	Si tache de salive, de sperme, ou morsure		2CII <input type="checkbox"/> et 2CIII <input type="checkbox"/> Morsure, salive ou sperme au niveau de la salive, de l'urine ou autres : essuyer avec un écouvillon humide, essuyer ensuite avec un écouvillon sec ; garder les deux. N.B. : inscrire sur le formulaire 10 sperme ou salive.
CORPS ÉTRANGERS, SERVIETTES HYGIÉNIQUES OU TAMPONS			2D <input type="checkbox"/> Fibre, poil, rognures d'ongles s'il y a lieu, etc. : placer le prélèvement dans l'enveloppe incluse dans la trousse. Placer les serviettes ou les tampons dans le sac blanc réservé à cette fin.
SANGUIN		<input type="checkbox"/> Alcool ou drogues <input type="checkbox"/> HCG <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> VIH Hépatite : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B (Ac/Ag) <input type="checkbox"/> C	1E <input type="checkbox"/> Profil génétique et recherche d'alcool et de drogues. Prélèver de 6 à 10 ml de sang.
URINAIRE		<input type="checkbox"/> Alcool ou drogues <input type="checkbox"/> HCG <input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> Gonorrhée	2G <input type="checkbox"/> Recherche d'alcool et de drogues : 20 à 50 ml d'urine.
VESTIMENTAIRE (recueillir les coutures)			3A <input type="checkbox"/> B, C, D, E Vêtements tachés ou déchirés : mettre dans des sacs de papier séparés. Indiquer le contenu sur la requête.

9

12

AGRESSION SEXUELLE

Examen médico-légal


 DT9013

Nom de l'établissement
 Ville _____ N° de téléphone _____

DATE DE L'EXAMEN
 Année _____ Mois _____ Jour _____ Heure (pour la nuit) _____

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Sexe _____ N° de téléphone _____

N° UNSSO _____

N° de dossier médical _____

IMPORTANT →

AD- APPOSER ÉTIQUETTE AUTOCOLLANTE - PRÉLÈVEMENTS - sur chacune des 4 copies du formulaire 13 (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 réservé à cette fin.
- Identifier les prélèvements en utilisant les étiquettes autocollantes incluses dans la trousse.
- Mettre vos initiales sur chacune des étiquettes.
- Replacer tout le matériel non utilisé et intact dans la trousse.
- Replacer les prélèvements dans la trousse.
- Mettre les petits vêtements dans les sacs de papier et ensuite dans la trousse.
- Placer les vêtements plus volumineux dans les sacs de papier et ensuite, les regrouper dans le grand sac et apposer un scellé.
- Sceller la trousse, mettre vos initiales sur le scellé et détruire les scellés non utilisés.

PRÉLÈVEMENTS					
Trousse médico-légale de base			Matériel complémentaire (à prélever au besoin)		
	Fait	Non fait		Fait	Non fait
1A Écouvillons buccaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2A Rinçage buccal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1B Écouvillons vaginaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2B Écouvillons buccaux (si fellation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1C Lame de frotis vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2CI Cutané, si recherche de : <input type="checkbox"/> sperme <input type="checkbox"/> salive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1D Lavage vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Site _____		
1E Sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2CII Cutané, si recherche de : <input type="checkbox"/> sperme <input type="checkbox"/> salive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse toxicologique			2D Corps étrangers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recherche de drogues ou d'alcool <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			2E Écouvillons anaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			2F Lame de frotis anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			2G Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 VÊTEMENTS	3A		3B	3C	
	3D		3E	4 Autres	

10

AR-02 DT / Av. 2011
AGRESSION SEXUELLE
Examen médico-légal
DOSSIER DE L'USAGER

AGRESSION SEXUELLE

Examen médico-légal



DT4014

Nom de l'intervenante

Via _____ 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

N° de dossier

N° de dossier médical

Interventions	INITIALES				
	Médecin(e)	Infirmière(s)	Intervenante(s) psychosociale(s)	Autre(s)	Autre(s)
Faire l'examen médical					
Faire les prélèvements médico-légaux					
Manipuler, identifier la lame de réserve et la conserver au contre désigné					
Manipuler et identifier le prélèvement sanguin					
Manipuler et identifier l'échantillon d'urine					
Manipuler et identifier les autres prélèvements					
Socler 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'intervenante ou de l'intervenant ayant reçu le signalement : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES INTERVENANTS				
Médecin				
Nom (en lettres majuscules)	Signature	Initials	N° de permis	N° de téléphone
Infirmière				
Nom (en lettres majuscules)	Signature	Initials	N° de permis	N° de téléphone
Intervenante ou intervenant psychosocial				
Nom (en lettres majuscules)	Signature	Initials	N° de permis	N° de téléphone
Autre				
Nom (en lettres majuscules)	Nom (en lettres majuscules)	Signature	Initials	N° de téléphone

14

AGRESSION SEXUELLE

Examen médico-légal



DT2015

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : _____ N° de naissance : _____

N° SASC : _____

N° de dossier médical : _____

DATE DE L'EXAMEN

Année	Mois	Jour	Heure (24 heures)

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

REMISE DE LA TROUSSE MÉDICOLÉGALE OU DE LA TROUSSE MÉDICOSOCIALE

Intervenante ou intervenant qui remet la trousse	Nom de l'organisme (ou de l'individu)	Signature	N° de naissance
Policière ou policier qui prend possession de la trousse	Nom de l'organisme (ou de l'individu)	Signature	N° de naissance
N° de matricule	N° de dossier de dossier police	Date	Année Mois Jour Heure (24 heures)

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

N° du scellé de la trousse

AD- _____

12

44-02 DT (rév. 06-11)
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'intervenante ou l'intervenant 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.

Avant le :

Année	Mois	Jour

(Intervenante ou intervenant à contacter) N° de dossier

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 de l'organisme (ou de l'individu)	N° de naissance
Nom de l'organisme (ou de l'individu)	N° de naissance

Autres renseignements concernant le suivi médical ou psychosocial :

suivi médical

suivi psychosocial

15

Cette section se trouve au verso du formulaire 12 dans les deux trousse.

ÉTIQUETTES AUTOCOLLANTES

SVP : METTRE VOS INITIALES ET COLLER SUR LES PRÉLÈVEMENTS CORRESPONDANTS

32

1A SUCCAL AD- E-2010	1B SÉCRÉTIONS VAGINALES AD- E-2010	1C PROTIS VAGINAL AD- E-2010
1D LAVAGE VAGINAL AD- E-2010	1E SANG AD- E-2010	2A RINÇAGE BUCCAL AD- E-2010
2B SUCCAL AD- E-2010	2C CUTANÉ (I) AD- E-2010	2C CUTANÉ (II) AD- E-2010
2D CORPS ÉTRANGER AD- E-2010	2D SERVIETTES HYGIENIQUES/TAMPONS AD- E-2010	2E ÉCOUVILLON ANAL RECTAL AD- E-2010
2F PROTIS ANAL RECTAL AD- E-2010	2G URINE AD- E-2010	3A VÊTEMENTS AD- E-2010
3B VÊTEMENTS AD- E-2010	3C VÊTEMENTS AD- E-2010	3D VÊTEMENTS AD- E-2010
3E VÊTEMENTS AD- E-2010	4 AUTRE AD- E-2010	PRÉLÈVEMENTS AD- E-2010
PRÉLÈVEMENTS AD- E-2010	PRÉLÈVEMENTS AD- E-2010	PRÉLÈVEMENTS AD- E-2010

(voir formulaire 10)

16

33

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 (voir étape 2, annexe 1).

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. Dans ce cas, on doit 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 peut être utile de connaître la date exacte du dernier événement, si celui-ci s'est produit 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 importante 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.

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, sur la peau et les cheveux, il y a eu éjaculation de l'agresseur pour orienter la recherche de sperme. 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.

Formulaire 4: DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICOLÉGAL (SUITE)

- 10. Les vêtements portés.** Certains vêtements peuvent être conservés et remis avec la trousse. Ils seront examinés pour évaluer leur 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 la case appropriée si les vêtements ont été ou seront remis à la police par une personne autre qu'une intervenante ou un intervenant du centre désigné.
- 11a. 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 l'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).

- 11b. 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.
- 12. 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. Il peut être pertinent de noter la date des dernières menstruations (DDM).

Formulaire 5: DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICOLÉGAL (SUITE)

- 13. 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 référence (sang ou prélèvement buccal) 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 ».
- 14. Symptômes physiques.** On ne s'intéresse ici qu'aux symptômes apparus durant et à la suite de 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.

20

Examen physique

- 15. Personnes présentes lors de l'examen (nom et lien avec la victime).** Indiquer les noms des personnes présentes lors de l'examen et leur lien avec l'enfant.
- 16. Stade de maturation sexuelle (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 ASEXUÉS

18. Les lésions de la peau. On inscrit et dessine les lésions sur la peau: rougeur, ecchymose, égratignure, etc. Si la victime est de sexe féminin, vous devez compléter la ligne des seins.

Formulaire 7: SCHÉMAS ANATOMIQUES ASEXUÉS

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: SCHÉMA ANATOMIQUE

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.

21

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 l'on a fait une des interventions énumérées. On signe dans la case *renseignements sur les intervenants*. Le médecin peut aussi inscrire son numéro de permis.

- 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 l'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.

22

Formulaire 12: REMISE ET CONSERVATION DE LA TROUSSE MÉDICOLÉGALE

- 28. Remise de la trousse médicolégale.** 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 médicolégale 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 médicolégale.** 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 (ce délai peut être prolongé si nécessaire, à la suite d'une entente avec la victime, voir étape 2, page 6). 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 médicolégale.** Si l'on conserve la trousse médicolégale, 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 joindre 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 : procureur aux poursuites criminelles et pénales

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. Les étiquettes non utilisées doivent être remises dans la trousse.

Formulaire 14: SCÉLÉS AUTOCOLLANTS

- 34. Scellés autocollants.** Ce formulaire contient les 3 gros scellés qui serviront à sceller le ou les sacs en papier épais contenant les petits 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. Les scellés non utilisés doivent être détruits.

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.

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» (annexe 1). Toutefois, ce complément à l'histoire médicosociale 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 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 communiquer, si la victime le permet, avec 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'accompagnatrice ou l'accompagnateur 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.

24

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 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 d ficiency 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 médicolégales, 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 dans un dossier intitulé **« complément à l'histoire médicosociale » (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 décrivons 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 sociofamiliale 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 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.

26

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 plus particulièrement, dans la présente section, 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 du présent 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 sociofamiliale 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 n'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 sociofamiliale. Un résumé de cette information doit être disponible au moment de la visite médicale. **Le rôle des intervenantes et des 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 intervenu 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'agresseur (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.) ;
 - **gestes et actions postagression**, 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'adolescente 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.

g) Aspects sociofamiliaux

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 :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> examen gynécologique | <input type="checkbox"/> gammaglobulines : hépatite B |
| <input type="checkbox"/> dépistage d'ITS | dose <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> contraception d'urgence | <input type="checkbox"/> antibiotiques |
| <input type="checkbox"/> test de grossesse | <input type="checkbox"/> anxiolytiques |
| <input type="checkbox"/> radiographies | <input type="checkbox"/> traitement de blessures, |
| <input type="checkbox"/> tests sanguins | spécifier : |
| <input type="checkbox"/> recherche de drogues ou d'alcool | _____ |
| <input type="checkbox"/> vaccin contre hépatite B | _____ |

2. Origine de la demande

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 911 | <input type="checkbox"/> annuaire téléphonique |
| <input type="checkbox"/> police | <input type="checkbox"/> victime |
| <input type="checkbox"/> groupe communautaire | <input type="checkbox"/> proches de la victime |
| <input type="checkbox"/> service de santé
(hôpital, CSSS, cabinet privé, etc.) | <input type="checkbox"/> autre |

32

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. Personne accompagnant la victime à l'hôpital :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> son ou ses enfants | <input type="checkbox"/> un ou des amies ou amis |
| <input type="checkbox"/> une intervenante (un intervenant) | <input type="checkbox"/> quelqu'un de la parenté |
| <input type="checkbox"/> un policier | <input type="checkbox"/> son conjoint, sa conjointe |

7. La victime vit :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> seule | <input type="checkbox"/> avec son ou ses enfants |
| <input type="checkbox"/> avec ses parents | <input type="checkbox"/> avec un ou une colocataire |
| <input type="checkbox"/> avec son conjoint, sa conjointe | |

8. La victime :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> est étudiante | <input type="checkbox"/> travaille à temps partiel |
| <input type="checkbox"/> est sans travail | <input type="checkbox"/> travaille à temps plein |

9. Caractéristiques particulières de la victime. Elle :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> se déplace en fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> a une déficience intellectuelle |
| <input type="checkbox"/> est atteinte de cécité | <input type="checkbox"/> a un autre handicap physique |
| <input type="checkbox"/> est atteinte de surdité | <input type="checkbox"/> est sous la curatelle publique |
| <input type="checkbox"/> est atteinte de paralysie cérébrale | <input type="checkbox"/> est sous une curatelle privée |

10. Recours à un interprète :

- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> langue utilisée : _____ |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> langage des signes |

11. La victime était d j   suivie ailleurs au moment de l'agression (psychologue, psychiatre, travailleuse sociale, etc.)

- oui
 non

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 ?)

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> anovulant | <input type="checkbox"/> hystérectomie |
| <input type="checkbox"/> ligature | <input type="checkbox"/> autre |
| <input type="checkbox"/> stérilet | |

14. Ressources :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DPJ | <input type="checkbox"/> psychothérapeute |
| <input type="checkbox"/> CSSS | <input type="checkbox"/> psychiatre |
| <input type="checkbox"/> IVAC | <input type="checkbox"/> psychologue |
| <input type="checkbox"/> police | <input type="checkbox"/> sexologue |
| <input type="checkbox"/> hôpital | <input type="checkbox"/> médecin |
| <input type="checkbox"/> groupe communautaire | <input type="checkbox"/> avocate, avocat |
| <input type="checkbox"/> centre d'hébergement | <input type="checkbox"/> autre, spécifier : _____ |
| <input type="checkbox"/> travailleuse sociale, travailleur social | |

15. Au moment de son départ, la victime :

- est accompagnée d'un policier
- est accompagnée d'une intervenante ou d'un intervenant
- est accompagnée de proches
- 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 la ou des agressions :

unique (un épisode: un ou plusieurs agresseurs)

chronique (plusieurs épisodes)

– durée: _____

– fréquence des agressions: _____

– agression interrompue: 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 +

12-17 ans

Autres personnes présentes sur les lieux (préciser):

Menaces verbales (préciser):

Risques liés 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 le formulaire 3. Ex. : victime agressée en faisant de l'auto-stop; mère qui pense que son ex-conjoint abuse de leur fille, car cette dernière 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)

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.): _____

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

N. B. : Écrire le minimum. Au besoin, appeler l'intervenante ou l'intervenant du suivi (si différent) pour donner des détails.

NOTE: Il se peut qu'une adolescente victime d'agression sexuelle se présente au centre désigné et que les parents ne soient pas avisés. S'il y a un délai avant que les parents soient avisés, on doit prévenir le DPJ de la situation (voir étape 6, annexe 2).

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 chirurgie ou de trauma génital, saignement génital, douleur vulvaire, dysurie, hématurie, pollakiurie, brûlement urinaire;
- **système digestif:** antécédents de chirurgie ou de trauma anal, 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.

38

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.

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 l'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'intervieweuse ou de l'intervieweur, 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 l'interprète et le comportement de l'intervieweuse et de l'intervieweur 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** relativement 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.

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**.

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 l'on n'a pas bien compris des éléments de ses réponses.

Enfin, à ce stade, si l'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.

42

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 des 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 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 l'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 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 et ses craintes. On pourrait également souligner le courage dont il a fait preuve en parlant de cette situation difficile et l'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 l'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 l'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 les 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

Collecte 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 renseignements 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

Collecte des données (voir plus loin : « Détails des données à recueillir »)

44

- 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 des 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 deux 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 en quelle année, 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 appeler 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 la collecte de données avec lui.

On peut apprivoiser l'enfant avec des questions sur l'école, les amis, les loisirs, le temps qu'il fait, 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. ?

46

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 comprend 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 chaque fois une expérience particulière, car elle place l'intervenante ou l'intervenant devant plusieurs inconnues.

Les facteurs de réussite dans ce domaine sont en premier lieu la concertation des différentes intervenantes et des différents 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.

Les premières déclarations sont souvent importantes, voire déterminantes, et si on peut les obtenir de l'enfant dans le cadre d'une entrevue qui respecte les normes établies, 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

48

SEXUAL ASSAULT

Forensic examination



DT9016

Name of Victim

Sex: _____ Age: _____ Telephone No: _____

Address: _____

City: _____

DATE OF EXAMINATION

Year	Month	Day	Time with minute
			:

CONSENT

I, _____, hereby consent to:

<p>1) a medical examination including, if pertinent, a gynecological and genital examination, samples and treatments;</p>	<p>Initials of victim, parent, tutor or DYP**</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>						
<p>2) a) a forensic examination which includes a medical examination (as described in point 1), samples and a blood test to determine, among other things a genetic profile (DNA)*;</p> <p>b) a blood test and a urine sample, which will be used to detect drugs or alcohol, if pertinent;</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>						
<p>3) transmission to police of the forensic evidence kit or of the medical/social records kit to assist with the police investigation.</p>	<p>Date (if different from the date of the examination)</p> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 80px; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 25%;">Year</td> <td style="width: 10%;">Month</td> <td style="width: 10%;">Day</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Year	Month	Day			
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: _____ Date: _____

1

* Information containing the victim's genetic profile is not compiled in the National DNA Data Bank.

** 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.


4H-4218-010216 (v. 03/11)

SEXUAL ASSAULT
Forensic examination

USER'S RECORD

SEXUAL ASSAULT

Forensic examination



D79305

Name of hospital

Telephone No.

DATE OF EXAMINATION

Year	Month	Day	Time (24 hr/5 digit)
------	-------	-----	----------------------

(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 THE SEXUAL ASSAULT FOR THE PURPOSES OF THE FORENSIC EXAMINATION

Year Month Day Time (24 hr/5 digit)

Date and time of the sexual assault ▶

If more than one sexual assault occurred, give the date and time of the last one.

Violence and physical constraints

The victim was:

<input type="checkbox"/> Tied up	<input type="checkbox"/> Scratched	<input type="checkbox"/> Bitten	<input type="checkbox"/> Squeezed	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Burned	<input type="checkbox"/> Strangled	<input type="checkbox"/> Pushed	<input type="checkbox"/> Hair pulled	
<input type="checkbox"/> Cut	<input type="checkbox"/> Hit	<input type="checkbox"/> 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 during the interview.
(Without giving a full account of the incident).


<p>Fill in only if the victim:</p> <p><input type="checkbox"/> is a young child</p> <p><input type="checkbox"/> has a severe or profound intellectual disability</p> <p><input type="checkbox"/> has significant memory problems</p> <p><input type="checkbox"/> is very seriously injured (life in danger)</p>	
--	--

2

64-62911-REV (04-2011)
SEXUAL ASSAULT
Forensic examination
USER'S RECORD

SEXUAL ASSAULT

Forensic examination



D18006

Name of institution _____

Address: City _____ Telephone No. _____

DATE OF EXAMINATION

Year _____ Month _____ Day _____ Time (approximate) _____

(if different from that entered on Form 1)

Full name _____ Given name _____

Date of birth _____ Sex _____ Telephone No. _____

RAMQ No. _____

Med. cert. No. _____

DESCRIPTION OF THE SEXUAL ASSAULT FOR THE PURPOSES OF THE 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 <input type="checkbox"/> Finger, hand <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Penis <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/> Foreign object: _____	<input type="checkbox"/>
FINGER, HAND	Mouth <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Penis <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BREASTS	Mouth <input type="checkbox"/> Finger, hand <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Penis <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VAGINA	Mouth <input type="checkbox"/> Finger, hand <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Penis <input type="checkbox"/> Foreign object: _____	<input type="checkbox"/>
PENIS	Mouth <input type="checkbox"/> Finger, hand <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Penis <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/> Foreign object: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ANUS	Mouth <input type="checkbox"/> Finger, hand <input type="checkbox"/> Penis <input type="checkbox"/> Foreign object: _____	<input type="checkbox"/>
SKIN	Mouth <input type="checkbox"/> Finger, hand <input type="checkbox"/> Penis <input type="checkbox"/>	

Ejaculation on the skin or hair

Yes

No

Not known


If the answer is yes, specify where on the body:

3

AM-024 (7/04) (FR, EN)
SEXUAL ASSAULT Forensic examination
USER'S RECORD

SEXUAL ASSAULT

Forensic examination



079007

Name of institution: _____

Address: _____ Telephone No.: _____

DATE OF EXAMINATION

Year	Month	Day	Time (optional)

(if different from that entered on Form 1)

Form 3000-01 (Rev. 10/04)

Date of visit: _____ Sex: _____ Telephone No.: _____

TMSQ No.: _____

Municipal No.: _____

DESCRIPTION OF THE SEXUAL ASSAULT FOR THE PURPOSES OF THE FORENSIC EXAMINATION (cont.)

Clothes worn at the time of the sexual assault:

<input type="checkbox"/> were handed in with the kit	<input type="checkbox"/> have already been given to the police	<input type="checkbox"/> were washed
<input type="checkbox"/> must be collected by the police		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> were repaired
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

The victim:

washed himself/herself	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	urinated	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
douched vaginally	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	defecated	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Medications

Ingestion of drugs or alcohol, against the victim's will: Yes No Not known

Fill in this section only if there has been ingestion of drugs or alcohol or 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 (00:00 to 24:00)
	Year	Month	Day	
_____	_	_	_	_ : _
_____	_	_	_	_ : _
_____	_	_	_	_ : _
_____	_	_	_	_ : _

Allergies to certain medications: Yes No

Gynaecological elements relevant to the sexual assault

LMP: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; font-size: x-small;">Year</td> <td style="width: 25%; font-size: x-small;">Month</td> <td style="width: 25%; font-size: x-small;">Day</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ </td> <td style="text-align: center;"> _ </td> <td style="text-align: center;"> _ </td> </tr> </table>	Year	Month	Day	_	_	_	Age of menarche of a victim under 18: _____
Year	Month	Day					
_	_	_					

Emergency contraception required: Yes No

4

64-614 DT04 / (94-0411)


SEXUAL ASSAULT

Forensic examination

USER'S RECORD

SEXUAL ASSAULT

Forensic examination



079008

Name of institution

Address

Telephone No.

DATE OF EXAMINATION

Year	Month	Day	Time (24-hour clock)

(if different from that entered on Form 1)

Form 52008

Sex of victim

Age

Telephone No.

MRBQ No.

Medical file No.

DESCRIPTION OF THE SEXUAL ASSAULT FOR THE PURPOSES OF THE FORENSIC EXAMINATION (cont.)

Sexual activity within the five-day period preceding the forensic examination

For the purposes of identifying the aggressor(s) using genetic profiles:
 Did the victim have sexual intercourse (oral, vaginal or anal), involving possible ejaculation with persons other than the assailant(s) within the five-day period preceding the forensic examination? → Yes No

If so, the last occasion was:

Year	Month	Day	Time (24-hour clock)

Use of: Condom Lubricant Spermicide Diaphragm
 Other (specify): _____

Relevant physical symptoms during and after the sexual assault
 (if the symptoms are related to relevant past history, describe past history)

PHYSICAL EXAMINATION

BP	Pulse	Height	Weight
Observations	Normal	Specify type and site of injuries on anatomical diagrams	
	Yes No		
Head and face			
Mouth and throat			
Neck			
Breasts (specimens not taken)			
Heart and lungs			
Chest and back			
Abdomen			
Limbs			

For children and adolescents:

Persons present during the examination (name and relationship to the victim):

Stage of sexual maturation (Tanner):

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Reactions during the examination, if relevant:

5

68-054 (7/04) (en français)
SEXUAL ASSAULT
Forensic examination
USER'S RECORD

SEXUAL ASSAULT
Forensic examination

DT9009

Name of victim: _____
Year of birth: _____ Sex: _____ Telephone No.: _____

DATE OF EXAMINATION: YEAR MONTH DAY TIME HOUR MINUTE
(If different from that entered on Form 1)

Police file: _____ Case no.: _____
Date of ref: _____ Site: _____ Treatment: _____
Medical file no.: _____

ASEXUAL ANATOMIC DIAGRAMS (CHILD AND ADULT) – Indicate the site of injuries described in Form 5

Complete the breast line for a female victim.

6


AR-05A (7/8/04) (V. 3/10) SEXUAL ASSAULT Forensic examination USER'S RECORD

SEXUAL ASSAULT

Forensic examination

Name of incident:

Year: Day: Month:



DT9010

Family name: Given name:

Sex: Profession:

MAJCS no.:

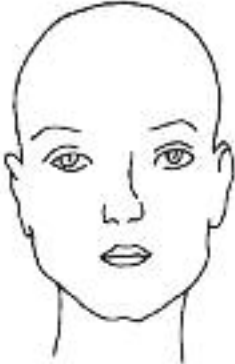

Station no.:

DATE OF EXAMINATION

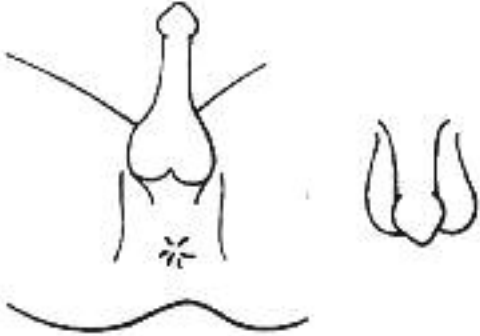
Year	Month	Day	Time (hour)	min	sec
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(If different from that entered on Form 1)

ASEXUAL ANATOMIC DIAGRAMS (CHILD AND ADULT) – Indicate the site of injuries described in Form 5

ASEXUAL ANATOMIC DIAGRAMS (CHILD AND ADULT) – Indicate the site of injuries described in Form 5



Positions during examination

Knee-chest

Other:

	Normal		Specify type and site of injuries on anatomic diagrams
	Yes	No	
Urethra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prepuce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Penis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Scrotum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7


#4-13/07/10 (V. 3-1)

SEXUAL ASSAULT
Forensic examination

USER'S RECORD

SEXUAL ASSAULT

Forensic examination



DT9311

Family Name: _____ Given Name: _____

Date of Birth: _____ Sex: _____ Telephone No.: _____

TSWD No.: _____

Medical No. No.: _____

Name of institution: _____

Town or City: _____ Telephone No.: _____

DATE OF EXAMINATION

Year: _____ Month: _____ Day: _____ Time (24-hour clock): _____


(If different from that entered on Form 1)

ANATOMIC DIAGRAMS (PRE-PUBERTAL FEMALE, ADOLESCENT FEMALE, AND ADULT FEMALE)

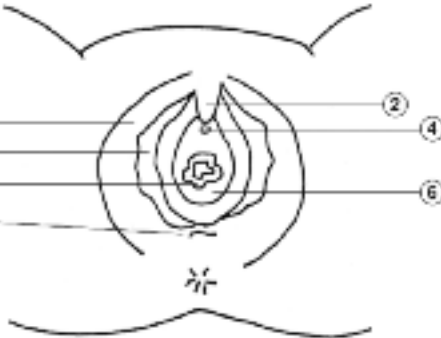
Positions during examination

Supine with stirrups
 Frog leg
 Knee-chest
 Other: _____

PREPUBESCENT



ADOLESCENT AND ADULT



	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 <small>(exam nation is not routine)</small>			

8

M-100-07 (Rev. 04-11)

SEXUAL ASSAULT
Forensic examination

USER'S RECORD

SEXUAL ASSAULT

Forensic examination



Name of victim: _____
 Date of birth: _____ Sex: _____

DATE OF EXAMINATION Year: _____ Month: _____ Day: _____ Time (hour:minute): _____

(If different from that entered on Form 1)

Police case: _____
 Case no.: _____
 Date of report: _____
 Medical no.: _____


◆ ONLY TAKE THE NECESSARY SAMPLES

TYPES OF SPECIMENS (check those taken)			
Site	Circumstances	Specimens for the laboratory of the designated centre	DNA and other specimens for the Forensic Laboratory
ORAL	No libido		1A <input type="checkbox"/> Oral specimen: use two swabs, one for each cheek, rub for about 15 seconds for each swab; let dry.
	Felatio	<input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> Gonorrhoea	2A <input type="checkbox"/> Rinse mouth with 15 ml of physiological serum. Collect in the small bottle with the blue cap in the kit. 2B <input type="checkbox"/> After two or three washes, take further specimens with swabs as described at point 1A.
ANAL	If penetration (before VAGINAL)	<input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> Gonorrhoea <input type="checkbox"/> Routine cultures (if symptoms)	2E, 2F <input type="checkbox"/> Detection of sperm: take sample with a swab and smear on a slide; let dry before enclosing in envelope.
VAGINA AND CERVIX	If penetration	<input type="checkbox"/> Chlamydia (NAAT) <input type="checkbox"/> Gonorrhoea <input type="checkbox"/> Routine cultures <input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> Trichomonas	1B <input type="checkbox"/> Two swabs (see 1C); let dry. 1C <input type="checkbox"/> One slide with a blue edge (one drop of physiological serum and vaginal secretions from one swab at 1B); let dry without fixation. 1D <input type="checkbox"/> Vaginal discharge: introduce 10 ml of physiological serum and aspirate the greatest quantity possible.
		<input type="checkbox"/> Additional DNA slide (to be preserved at the designated centre)	
FENS AND URETHRA		<input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> Gonorrhoea (Could be done on the urine)	2Ci <input type="checkbox"/> Bile, 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.
EXTERNAL	If sores or sperm stains, or bites		2Cj <input type="checkbox"/> and 2Ck <input type="checkbox"/> Bile, 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 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> Alcohol or drugs <input type="checkbox"/> HCG <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> VIH Hepatitis: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B (Ab/Ag) <input type="checkbox"/> C	1E <input type="checkbox"/> Genetic profile (DNA), detection of alcohol or drugs. Take 5 ml to 10 ml of blood.
URINE		<input type="checkbox"/> Alcohol or drugs <input type="checkbox"/> HCG <input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> Gonorrhoea	2G <input type="checkbox"/> Detection of alcohol or drugs. Take 20 ml to 50 ml of urine.
CLOTHING (including diapers)			3A <input type="checkbox"/> B, C, D, E Stained or torn clothes: place articles in separate paper bags; identify contents on the application.

56

SEXUAL ASSAULT

Forensic examination



DT9013

Name of victim

Time of day

DATE OF EXAMINATION

Year: [] [] [] [] Month: [] [] Day: [] []

(If different from that entered on Form 1)

Family name Given name

Occupation Sex Telephone

Home address

Medical file no.

IMPORTANT → **AD-**

AFFIX SELF-ADHESIVE LABEL - SAMPLES - on each of the 4 copies of Form 10 (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 small clothes in the paper bags, and then put the paper bags in the kit.
- Put larger clothes in the paper bags, and then put the paper bags in the large bag and seal it.
- Seal the kit, write your initials on the seal, and destroy unused seals.

SAMPLES			
Basic forensic evidence kit	Done	Not done	Additional material (as needed)
1A Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2A Mouth rinse
1B Vaginal swabs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2B Oral swabs (if felatio)
1C Vaginal slide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2C I Cutaneous, if detecting: <input type="checkbox"/> sperm <input type="checkbox"/> saliva
1D Vaginal douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Site _____
1E Blood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2C II Cutaneous, if testing for: <input type="checkbox"/> sperm <input type="checkbox"/> saliva
Toxicological analysis			Site _____
Detection of drugs or alcohol	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	2D Foreign objects
3 CLOTHING	3A		2E Anal swabs
	3B		2F Anal slide
	3C		2G Urine
	3D		4 Other
	3E		

10

44-100-07619 (rev. 04/11)


SEXUAL ASSAULT
Forensic examination

USER'S RECORD

57

SEXUAL ASSAULT

Forensic examination



DT9014

Name of doctor

Signature

DATE OF EXAMINATION

Year Month Day Hour:Minute:Second

(If different from that entered on Form 1)

First name

Last name

Date of birth

Sex

Telephone No.

Address

Postal code

FORENSIC INTERVENTIONS	Write your initials in the appropriate boxes				
Intervention	Physician	Nurse	Psychosocial worker	Other	Other
Medical examination					
Taking forensic specimens					
Manipulate and identify the additional slide, and preserve it at the designated centre					
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					

INTERVENTIONS, TREATMENTS AND CARE
Additional interventions, tests, samples or examinations
<input type="checkbox"/> • Medical imaging <input type="checkbox"/> • Sutures <input type="checkbox"/> • Consultation: _____ <input type="checkbox"/> • Other: _____
Care and treatment
<input type="checkbox"/> • Emergency contraception <input type="checkbox"/> • Hepatitis B vaccine <input type="checkbox"/> • Tetanus vaccine <input type="checkbox"/> • Hepatitis B immunoglobulin <input type="checkbox"/> • Anxiolytic _____ <input type="checkbox"/> • Other: _____
<input type="checkbox"/> CVC (crime victims compensation) <input type="checkbox"/> 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	Title	Phone No.	Telephone No.
Nurse				
Name (in block letters)	Signature	Title	Phone No.	Telephone No.
Psychosocial worker				
Name (in block letters)	Signature	Title	Phone No.	Telephone No.
Other				
Specify your occupation	Name (in block letters)	Signature	Title	Telephone No.

11

58


SH-310 (09/14) (v. 09/11)

SEXUAL ASSAULT
Forensic examination

USER'S RECORD

SEXUAL ASSAULT

Forensic examination



DT5015

Family name		Given name	
Year of birth	Sex	Telephone No.	
Residential			
Medical file No.			

Present address	
Home address	Telephone

DATE OF EXAMINATION	Year	Month	Day	Time (24 hr. w/ a.m./p.m.)
(If different from that entered on Form 1)				

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.
Police officer receiving kit	Name (in block letters)	Signature	Telephone No.
	Dodge No.	Police force file No.	
			Date
			Year
			Month
			Day
			Time (24 hr. w/ a.m./p.m.)

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

Year	Month	Day
_	_	_

Kit seal No.

AD-

_	_	_	_
---	---	---	---

12

AH-EDW(7/15) (Rev. 2011)
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:

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 se trouve 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 (E) 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	SAMPLES AD- INITIALS
SAMPLES AD- INITIALS	SAMPLES AD- INITIALS	SAMPLES AD- INITIALS

(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
LABORATOIRE DE SCIENCES JUDICIAIRES ET DE MÉDECINE LÉGALE FOLD HERE	FORENSIC EVIDENCE KIT _____ Initials
LABORATOIRE DE SCIENCES JUDICIAIRES ET DE MÉDECINE LÉGALE FOLD HERE	FORENSIC EVIDENCE KIT _____ Initials

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 le cas «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 #) _____

* Complétez en lettres capitales

REMISE PAR:		REMISE À:		DATE:	HEURE:	PIÈCE:
NOM * :	NOM * :	A	M	J		
SIGNATURE	SIGNATURE					
FONCTION	FONCTION					
ENDROIT	ENDROIT					
NOM * :	NOM * :	A	M	J		
SIGNATURE	SIGNATURE					
FONCTION	FONCTION					
ENDROIT	ENDROIT					
NOM * :	NOM * :	A	M	J		
SIGNATURE	SIGNATURE					
FONCTION	FONCTION					
ENDROIT	ENDROIT					
NOM * :	NOM * :	A	M	J		
SIGNATURE	SIGNATURE					
FONCTION	FONCTION					
ENDROIT	ENDROIT					
NOM * :	NOM * :	A	M	J		
SIGNATURE	SIGNATURE					
FONCTION	FONCTION					
ENDROIT	ENDROIT					

Date de révision : novembre 2008

Pour tout autre renseignement, veuillez vous adresser à :

D^{re} 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
Télec. : 514 412-4319
Courrier électronique :
franziska.baltzer@muhc.mcgill.ca

M^{me} France Gingras

Biologiste judiciaire

Laboratoire de sciences judiciaires
et de médecine légale
Section biologie
Tél. : 514 873-3301, poste 61504
Télec. : 514 873-4847
Courrier électronique :
france.gingras@msp.gouv.qc.ca

D^r Jean-Yves Frappier

Pédiatre

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
Médecine de l'adolescence et pédiatrie sociale
Tél. : 514 345-4722
Télec. : 514 345-4778
Courrier électronique : acsacaah@globetrotter.net

M^{me} Deborah Trent

Travailleuse sociale

Centre pour les victimes
d'agression sexuelle de Montréal
Tél. : 514 934-0354, poste 7450
Télec. : 514 934-3776
Courrier électronique : trentcvasm@videotron.ca

TABLE DES MATIÈRES

Examen médical	5
Introduction	5
Réactions à l'examen médical	5
Chez l'enfant, l'adolescente ou l'adolescent	5
Répercussions de l'examen	6
Chez l'adulte	7
Examen général	7
Âge des ecchymoses	7
Prise de photographies	7
Morsure	7
Définition des lésions	8
Guide d'interprétation des lésions selon Adams	8
Examen des organes génitaux féminins	9
Position durant l'examen	9
a) L'enfant prépubère	9
b) L'adolescente et l'adulte	9
Anatomie normale, techniques d'examen et stades de maturation sexuelle (Tanner) chez les filles ...	9
a) Anatomie normale	9
b) Techniques d'examen	10
c) Stades de maturation sexuelle (Tanner) chez les filles	10
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	12
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	13
Hymen	13
a) Normal, variantes de la normale, anomalies congénitales, observations non spécifiques, maladies	13
b) Observations suspectes ou diagnostiques	15

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	16
Contraction musculaire et ouverture hyménale étroite	17
Traumatisme accidentel et agression sexuelle	17
Colposcopie	17
Examen des organes génitaux masculins	18
Stades de maturation sexuelle (Tanner) chez les garçons	18
Examen anal	19
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	24
Infections transmissibles sexuellement	24
Transmission sexuelle ou périnatale d'un organisme pathogène (enfants)	25
Indication pour le dépistage des ITS	25
Le dépistage des ITS selon le délai entre l'agression sexuelle et la visite médicale et valeur des tests selon le délai	26
Valeur des tests de dépistage des ITS selon le délai	26

Comment prélever, où et quoi	27
a) Prélèvement urinaire (victimes de sexe masculin et féminin)	27
b) Urètre (sexe masculin ou sexe féminin si indication)	27
Prélèvement urétral: jeune garçon	28
Prélèvement urétral: adolescent et adulte	28
c) Prélèvement vaginal et cervical	28
Prélèvement vaginal et cervical: enfant et jeune adolescente (avant le stade de maturation sexuelle [Tanner] II)	29
Prélèvement vaginal et cervical: adolescente et adulte	29
d) Prélèvement anal	29
e) Prélèvement pharyngé	29
f) Prélèvement cutané, particulièrement dans la région génitale-anale	30
g) Prélèvement sanguin	30
Micro-organismes recherchés, types d'échantillons et diagnostic en laboratoire	30
a) <i>C. trachomatis</i>	30
b) <i>N. gonorrhoeæ</i>	31
c) <i>Herpes simplex</i>	32
d) Condylomes génitaux	32
e) Sérologies: les hépatites B et C, le VIH, la syphilis et le VHS	32
Prélèvements médico-légaux	33
Introduction	33
Historique	33
Généralités	34
Recommandations générales pour l'utilisation de la trousse médico-légale	34
Précautions	35
Enveloppes et formulaires	35
Contenu de la boîte de la trousse médico-légale	37
a) Une grande enveloppe désignée « Trousse médico-légale de base »	37
b) Une grande enveloppe désignée « Matériel complémentaire »	37
c) Autres matériaux	38
Prélèvements	39
a) Séquence des prélèvements	39
b) Prélèvement buccal (1A)	39
c) Sécrétions vaginales (1B, 1C)	39

d) Lavage vaginal (1D)	40
e) Sang (1E)	40
f) Prélèvement buccal dans un délai de 24 h (si fellation avec ou sans éjaculation) (2A, 2B)	41
g) Prélèvement cutané (2C)	42
h) Corps étrangers, serviettes hygiéniques ou tampons (2D)	43
i) Prélèvement anal et rectal (2E, 2F)	43
j) Urine (2G)	44
k) Vêtements (3A, 3B, 3C, etc.)	44
l) Lame de réserve pour l'analyse de l'ADN	45
m) Analyse de drogues et des médicaments dans les cheveux	46
Conservation de la trousse médico-légale	47
Remise de la trousse médico-légale ou des formulaires de la trousse médico-sociale à la police	47
Commande de trousses médico-légales et de trousses médico-sociales sans prélèvements médico-légaux ...	48
Conclusion	48
ANNEXE 1	
Guide d'interprétation des signes physiques observés à l'examen anal ou génital des enfants ou des adolescentes et adolescents chez qui l'on soupçonne une agression sexuelle (Adams, 2007)	49
ANNEXE 2	
Figures des organes génitaux	57
ANNEXE 3	
Principaux amnésiants, sédatifs ou hypnotiques	71
ANNEXE 4	
Schéma des spermatozoïdes et des <i>Trichomonas</i>	72
ANNEXE 5	
Points à surveiller	74
ANNEXE 6	
Étude statistique sur 1000 dossiers d'agression sexuelle	76
ANNEXE 7	
Recommandations pour les différents types de prélèvements suivant les délais entre l'agression sexuelle et l'examen médico-légal	82
ANNEXE 8	
Lame de réserve pour l'ADN: choix du prélèvement	83
ANNEXE 9	
A Information à l'intention des victimes d'agression sexuelle concernant la lame de réserve pour l'analyse de l'ADN	84
B Information for sexual assault victims concerning the DNA analysis reserve slide	85
ANNEXE 10	
A Formulaire de consentement et de remise au policier de la lame de réserve pour l'analyse de l'ADN	86
B Form respecting consent and submission of the spare slide for DNA analysis	87

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 particulier, moins familier, 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.

Le présent chapitre fait 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 à 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

5

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, etc.

Répercussions de l'examen

Quel effet aura un examen de la région génitale et anale chez un enfant, une adolescente ou un adolescent victime d'une agression sexuelle? Ne risque-t-on pas de causer un certain tort psychologique en reproduisant certains gestes de l'abus? Réveillera-t-on certaines angoisses? Ou au contraire la visite médicale, se déroulant dans des conditions respectueuses, permettra-t-elle pour l'une des premières fois à la victime de regagner un certain contrôle sur son corps?

6

Quelques études ont exploré ces aspects de la visite médicale. Plusieurs études, (Lazebnik *et al.*, 1994, Peterson *et al.*, 1995, Berliner et Conte, 1995, Steward *et al.*, 1995, Waibel-Duncan et Sanger, 1999, Allard-Dansereau *et al.*, 2001, Prior, 2001, Palusci et Cyrus, 2001 et Mears *et al.*, 2003) ont donné un portrait plutôt positif de la réaction de l'enfant ou des adolescentes à l'évaluation médicale. L'anxiété et la peur sont certes présentes avant la visite médicale, mais la majorité des enfants ou adolescentes décrivaient une diminution de ces réactions après l'examen. La préparation de l'enfant ou de l'adolescente à l'examen, de même que l'empathie du médecin, représentent des facteurs importants pour diminuer cette anxiété. La préparation des mères s'avère aussi essentielle, puisqu'elles craignent souvent un examen et peuvent ainsi transmettre leurs propres craintes à leur enfant.

Quant à l'examen avec le colposcope et la prise de photographies, ils semblent bien tolérés par les enfants et les adolescentes, aidant même parfois à l'examen chez les enfants entre 3 et 10 ans, puisqu'ils captent leur attention. Les très jeunes enfants (moins de 3 ans) et les adolescentes paraissent moins intéressés à suivre le déroulement de l'examen sur le colposcope (Palusci et Cyrus, 2001), mais dans l'étude de Mears *et al.*, 2003, 79% des 73 adolescentes avaient tout de même suivi l'examen sur le vidéocolposcope; 96% d'entre elles rapportaient que cela les avait aidées à comprendre ce que faisait le médecin et 79%, que cela leur avait apporté une meilleure connaissance de leur corps.

Il ne faut pas non plus sous-estimer l'apport de la visite médicale pour rassurer les enfants comme les adolescentes et adolescents sur leur intégrité physique, de même que leurs parents. En effet, il faut souvent rassurer les parents sur cette notion – fautive – d'un hymen perforé à cause d'une agression, sur la « virginité », qu'on croit anatomique, alors qu'il s'agit d'un concept beaucoup plus théorique... Puisque l'examen peut être tout à fait normal même après une pénétration vaginale chez l'adolescente (Kellogg *et al.*, 2004), dans beaucoup de situations, on ne peut pas réellement parler de « preuve médicale de virginité ».

Chez l'adulte

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 qu'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 déficientes, d'ecchymoses, de contusions, etc.;
- **d'atténuer l'effet que produirait l'examen isolé des organes génitaux.**

7

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.**

Prise de photographies

Il n'est pas recommandé que les photographies des blessures soient prises par les intervenantes et les intervenants des centres désignés. Si nécessaire, les photographies doivent être prises par des experts du Service de l'identité judiciaire.

Morsure

Dans les cas d'agression sexuelle où il y a eu une morsure, il peut être possible de relier les traces de dents laissées par l'agresseur aux fiches dentaires d'un suspect. Cette analyse s'effectue par un odontologue (spécialiste affilié au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale). Cela nécessite la prise de photographies de la morsure par un expert du Service de l'identité judiciaire. Il est important que les photographies soient prises le plus rapidement possible (avant que la blessure cicatrise).

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 (abrasion, éraflure, écorchure)*: perte de la partie la plus superficielle de la peau, consécutive à un frottement, à un arrachement ou à un pincement.
- *Égratignure*: déchirure ou blessure superficielle, faite le plus souvent avec les ongles ou un instrument piquant.
- *Contusion*: ensemble de lésions produites par un choc brutal sur la peau avec lésion des tissus, sans déchirure ni lacération de la peau (voir aussi *ecchymose*).
- *Ecchymose*: marque soit violette ou noire, soit brune ou jaune qui résulte de l'infiltration du tissu cellulaire cutané par une quantité variable de sang.
- *Lacération*: déchirure de la peau ou d'un tissu.

Guide d'interprétation des lésions selon Adams

La docteure 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. La docteure 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, les adolescentes et les adolescents.

8

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 horizontales traversant le centre de l'hymen, 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 gènepectorale :** 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 ».

9

Anatomie normale, techniques d'examen et stades de maturation sexuelle (Tanner) chez les filles

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 rejoignent 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 et 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 gènepectorale, 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).

10

c) Stades de maturation sexuelle (Tanner) chez les filles

Les stades de maturation sexuelle (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 les stades de maturation sexuelle (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 maturation sexuelle (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.

STADES DE MATURATION SEXUELLE (TANNER) CHEZ LES 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 examinées, 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.

12

On note la présence de **lésions évoquant la possibilité d'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 dans la fosse naviculaire ou 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 péristibulaires (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).

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 périnée, prononcé, surélevé ou non linéaire.

13

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 gènepectorale (enfant prépubère). On peut également demander à l'enfant d'exécuter certaines manœuvres de Valsalva, par exemple tousser. 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, maladies

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 cribiforme (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

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 de 1 cm dans toutes les positions d'examen serait une observation suspecte. Une ouverture marquée, avec d'autres lésions associées (hymen atténué, échancre, etc.), serait une observation diagnostique (**classe 4**).

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 (Kellogg, 2004). 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.

16

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 ordinaire (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 fausse certains tests effectués sur les prélèvements par le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

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 gènepectorale, 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 parfois sur le périnée. 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 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 rugueuse, 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.

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 d'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 maturation sexuelle (Tanner) chez les garçons

Il existe 5 stades de maturation sexuelle (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

18

- 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 MATURATION SEXUELLE (TANNER) CHEZ LES 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, par gêne, par 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 passé, 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 gènepectorale: 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.

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) du 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 gèneupectorale, 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 streptocoque 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 15 à 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, pourrait représenter 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. Toutefois, ce signe est très discuté dans la littérature médicale et sa signification est controversée (classe indéterminée selon Adams);
- 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.

21

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 l'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 l'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

22

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 90 % à 95 %, 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) (Heppenstall-Heger *et al.*, 2003; McCann *et al.*, mai et novembre 2007). Il est admis que près de 85 % des lésions guérissent sans laisser de cicatrices et que les cicatrices seront plus souvent retrouvées à la suite de lésions importantes comme des transections de l'hymen. **Chez l'adolescente**, une étude auprès de 1250 adolescentes agressées sexuellement et ayant consulté au CHU Sainte-Justine a montré une prévalence de 3,8 % de lésions à l'hymen (ecchymoses, lacération, etc.) et aucune lésion anale (Egedy, Frappier *et al.*, 2006).

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 (ITS, test de grossesse, etc.);
- prélèvements médico-légaux incluant la lame de réserve pour l'ADN (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, il faut faire les prélèvements 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 d'une 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 pour les tests médicaux).** 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 nécessaire pour les prélèvements médico-légaux (voir annexe 6). Si la victime présente des symptômes inquiétants, un examen et des tests peuvent exceptionnellement être faits sous sédation profonde ou sous anesthésie générale.

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.

Infections transmissibles sexuellement

NOTE: Dans le *Complément québécois des lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* (édition 2006, Institut national de santé publique, 2007), on peut lire :

« Le guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle est la source de référence adaptée à la pratique québécoise. En effet, l'évaluation de l'état des victimes d'agression sexuelle nécessite le plus souvent une expertise particulière, tant pour les aspects psychosociaux que pour les aspects médico-légaux de l'intervention. Au Québec, ces personnes doivent être orientées vers le centre désigné pour l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle de leur région. » Pour ce qui est de la prise en charge des victimes infectées, on se réfère aux lignes directrices canadiennes sur les ITS et au *Complément québécois* (cité ci-dessus).

Chez toute victime d'agression sexuelle, le médecin doit envisager le dépistage des infections transmissibles sexuellement. Le risque de transmission d'une ITS de l'agresseur à la victime d'agression sexuelle dépend de la prévalence des ITS dans la collectivité, des facteurs de risque d'ITS auxquels s'est exposé l'agresseur et de la nature des sévices subis par la victime. Chez les personnes sexuellement actives, l'ITS peut être présente avant l'agression sexuelle, d'où la nécessité d'obtenir des prélèvements de base particulièrement pour les hépatites, la syphilis et le VIH.

24

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 son laboratoire, à savoir :

- les différents prélèvements à effectuer;
- les techniques de prélèvement;
- l'étiquetage des prélèvements (précisant aussi la nature médicolégale de l'échantillon);
- 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 [TAAN] effectuées sur des prélèvements urinaires pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* [moins fiables]);
- la conservation des prélèvements pour analyses ultérieures, y compris les sérologies;
- la confirmation par une autre technique TAAN en cas de résultat positif.

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 technique d'amplification des acides nucléiques (TAAN) comme le PCR, le TMA, le SDA, etc.;
- pour procéder au typage du VPH, par exemple sur des biopsies qui seraient faites chez des enfants porteurs de condylomes et soupçonnés d'avoir été victimes d'agression sexuelle.

En outre, dans le centre désigné, il peut s'avérer très utile de préparer une petite trousse ITSS. Cette trousse consiste en une grande enveloppe dans laquelle sont insérées 5 petites enveloppes pour 5 sites de prélèvement: 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. La grande enveloppe contient aussi les requêtes de laboratoire et les étiquettes à apposer sur les spécimens 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.).

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 1 mois (particulièrement s'il est âgé de plus de 6 mois);
- infection génitale ou rectale à *C. trachomatis* chez un enfant de plus de 3 ans (ce genre d'infection transmise durant la période périnatale peut coloniser le nourrisson pour une période pouvant atteindre 3 ans);
- condylomes génitaux ou périanaux chez un enfant de plus de 3 ans, bien que l'âge le plus avancé auquel les premiers symptômes d'une infection périnatale par le virus du papillome humain peuvent se manifester ne soit pas bien connu; la transmission peut également se faire par voie non sexuelle;
- infection génitale ou périanale par le virus *Herpes simplex* de type 2, principalement chez les enfants de plus de 1 mois, bien que d'autres voies de transmission doivent également être considérées;
- infection génitale à *Trichomonas vaginalis* chez les enfants de plus de 1 an, 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.

Indication 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 causé par les 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 urinaires pour l'infection à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis* doivent être privilégiés; 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 être évalués 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 selon le délai entre l'agression sexuelle et la visite médicale et valeur des tests selon le délai

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 microlégaux à effectuer** dans la région vaginale, urétrale ou anale, on peut aussi procéder aux prélèvements pour le dépistage des ITS à ces sites, en sachant qu'il pourra y avoir des faux négatifs et qu'il faudra offrir de répéter le dépistage des ITS ultérieurement.

Dans une situation où les prélèvements de la trousse microlégale sont refusés, chez une victime qui n'était pas sexuellement active auparavant, on peut procéder à un examen des structures génitales et 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, des prélèvements pourraient être effectués, si cela est indiqué, au moment de l'examen physique initial et les résultats seraient fort probablement 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.

26

Valeur des tests de dépistage des ITS selon le délai

Si l'agression sexuelle est survenue peu de jours avant l'intervention médicosociale, les résultats des tests microbiologiques pour la recherche d'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 l'infection à *N. gonorrhoeae* et l'infection à *C. trachomatis*, l'approche suggérée est:

- Infection à *C. trachomatis*: L'intervalle minimal entre l'exposition et le prélèvement pour que l'infection à *C. trachomatis* puisse être détectée n'est pas connu. Les techniques d'amplification des acides (TAAN) nécessitent un très petit nombre de corps élémentaires, et un prélèvement fait immédiatement après l'exposition pourrait permettre de détecter les bactéries transmises pendant le contact sexuel. Toutefois, en l'absence de données probantes, un délai minimal de 48 heures est recommandé dans les cas où il est peu probable que la personne se présente de nouveau au moment où le délai serait optimal, soit environ 14 jours après le contact infectant. En présence d'un résultat négatif, lorsque le prélèvement a été fait moins de 14 jours après le contact infectant, un nouveau prélèvement devrait être effectué si l'exposition était significative et si la personne n'a pas reçu un traitement empirique.
- Infection à *N. gonorrhoeae*: Dans le contexte d'un dépistage, le délai idéal pour un prélèvement en vue d'une culture se situerait à 7 jours après le contact infectant. Les TAAN nécessitent un très petit nombre de corps élémentaires, et un prélèvement fait immédiatement après l'exposition pourrait permettre de détecter les bactéries transmises pendant le contact sexuel. Toutefois, en l'absence de données

probantes, un délai minimal de 48 heures est recommandé dans les cas où il est peu probable que la personne se présente de nouveau au moment où le délai serait optimal, soit environ 7 jours après le contact infectant. En présence d'un résultat négatif, lorsque le prélèvement a été fait moins de 7 jours après le contact infectant, un nouveau prélèvement devrait être effectué si l'exposition était significative et si la personne n'a pas reçu un traitement empirique.

Toutefois, pour la victime active sexuellement et qui consulte dans les quelques jours après l'agression sexuelle, les prélèvements pour le dépistage des 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 2 semaines plus tard. Par ailleurs, ces prélèvements pour le dépistage des 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.

Comment prélever, où et quoi

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 *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 recueillis auprès de la victime, il peut être indiqué de recueillir d'autres échantillons (p. 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, **si l'on décide de procéder à un examen gynécologique avec prélèvements, il peut être utile d'effectuer un test Pap (facultatif).**

27

Plusieurs ITS peuvent être présentes. Le site du prélèvement dépendra de la nature de l'agression.

a) Prélèvement urinaire (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 par une autre technique TAAN si positif).

Il est préférable que la victime n'ait pas uriné depuis 2 heures. On ne doit pas faire de désinfection de la zone génitale. On ne recueille que les 15 premiers millilitres d'urine.

N. B. : Chez les enfants, ces tests pourraient être suffisants pour détecter *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeæ* et éviter des cultures vaginales et urétrales.

b) Urètre (sexe masculin ou sexe féminin si indication)

- Culture de *N. gonorrhoeæ* ou techniques d'amplification des acides nucléiques (confirmer si positif).
- Culture de *C. trachomatis* ou techniques d'amplification des acides nucléiques (confirmer si positif).
- Si symptômes : coloration de Gram (adolescent, adolescente et adulte).

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 tels le Calgiswab^{MC} ou la petite tige de plastique souple dans les enveloppes de prélèvement de TAAN. La tige peut être mouillée avec de l'eau du robinet. On fait tourner l'écouvillon dans le méat au lieu de l'introduire dans l'urètre.

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 mouille le Calgiswab avec de l'eau du robinet et on l'insère lentement sur 3 ou 4 cm.

Ce type de prélèvement est presque impossible chez le jeune adolescent, à cause de la douleur. On procédera plutôt à un prélèvement au méat en introduisant lentement la tige sur 1 cm, 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*.

c) Prélèvement vaginal et cervical

28

- Culture de *N. gonorrhoeæ* ou techniques d'amplification des acides nucléiques (confirmer si positif).
- Culture de *C. trachomatis* ou techniques d'amplification des acides nucléiques (confirmer si positif).

En présence de pertes ou de symptômes :

- Préparation à l'état frais pour recherche de *T. vaginalis* et de *clue cells* (surtout chez l'adolescente et l'adulte).
- Préparation de KOH à 10% pour :
 - odeur d'amine ;
 - levure.
- pH (adolescente et adulte).
- Culture de *T. vaginalis* ou, si impossible, préparation à l'état frais ou PCR.

En présence de lésions de type pustules, vésicules ou ulcérations :

- Culture ou technique d'amplification des acides nucléiques du VHS avec typage ainsi qu'une sérologie spécifique de type, à reprendre 12 semaines après, idéalement.

Prélèvement vaginal et cervical : enfant et jeune adolescente (avant le stade de maturation sexuelle [Tanner] II)

Chez la fille prépubère ou la très jeune adolescente (stade de maturation sexuelle [Tanner] II), les prélèvements sont effectués dans le vagin 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 sensations. 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, ce qui réduit l'inconfort. On utilise de petites tiges.

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 sérum physiologique, que l'on retire ensuite.

Prélèvement vaginal et cervical : 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 sur 1 cm dans le col et on le tourne durant 10 à 30 secondes.

Pour le prélèvement vaginal, on touche les sécrétions visibles ou l'on tourne l'écouvillon dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

29

d) Prélèvement anal

- Culture de *N. gonorrhoeæ*.
- Culture de *C. trachomatis* (sinon, techniques d'amplification des acides nucléiques, confirmer si positif).
- Culture de streptocoque du groupe A (s'il y a des rougeurs périanales importantes, particulièrement chez l'enfant prépubère, il ne s'agit pas d'une ITS) et d'*Herpes simplex*, si écoulement ou lésions.

Si diarrhée :

- Culture de selles et recherche de parasites.

On insère l'écouvillon, qui peut être mouillé, sur 2 ou 3 cm 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 les écouvillons pour *N. gonorrhoeæ* et *C. trachomatis* en même temps, en les décalant légèrement l'un contre l'autre.

e) Prélèvement pharyngé

- Culture de *N. gonorrhoeæ*.

On passe l'écouvillon à l'arrière du pharynx et sur les cryptes amygdaliennes.

f) Prélèvement cutané, particulièrement dans la région génitale-anale

- En présence d'ulcérations, de vésicules ou de pustules :
 - culture du VHS;
 - si autre étiologie soupçonnée, demander l'avis de votre expert local pour fond noir et sérologie;
 - culture de *H. ducreyi* (rare). Si soupçonné, en aviser le laboratoire.
- En présence de condylomes génitaux :
 - évaluation clinique. Pour le génotype, faire soit un simple écouvillon ou une biopsie (aviser votre laboratoire qui vous indiquera le milieu de transport adéquat, car les VPH sont difficiles à détecter selon les solutions utilisées).

g) Prélèvement sanguin

- Dépistage de l'hépatite B (HBsAg et anti-HBs).
- Si indiqué, dépistage de la syphilis (VDRL, RPR), du VIH et des hépatites A et C.
- Sérologies spécifiques de type pour le VHS en cas de lésion.

Il faut conseiller la victime avant et après le test de dépistage du VIH.

30

Micro-organismes recherchés, types d'échantillons et diagnostic en laboratoire

Les différentes techniques d'analyse 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 (et précisant qu'il s'agit d'une agression sexuelle [exemple : AG]).

Il faut spécifier, sur les requêtes de laboratoire, que les échantillons proviennent d'un cas suspect d'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, SDA, TMA, 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**. Les techniques d'amplification des acides nucléiques pour la recherche de *C. trachomatis* peuvent être acceptables à des fins médico-légales.

Autres prélèvements (tous âges):

Les techniques d'amplification des acides nucléiques (PCR, SDA, TMA, etc.) sont plus sensibles que les cultures; elles sont en outre très précises et acceptées à des fins médico-légales.

Il existe cependant peu de données sur l'efficacité de l'amplification des acides nucléiques effectuée à partir d'échantillons prélevés dans la **région anale**. Il est toutefois établi que la culture de *C. trachomatis* donne de bons résultats à partir d'échantillons anaux.

L'Elisa 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 la détecter. 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 l'on a recours aux techniques d'amplification, particulièrement à des fins médico-légales, il faut procéder à une seconde analyse (confirmation) à l'aide d'amorces différentes (PCR, TMA, SDA, autres ligands commerciaux approuvés par Santé Canada, etc.) si le résultat est positif. Le Laboratoire de santé publique du Québec peut procéder à ces tests de confirmation si le laboratoire local ne peut le faire. La culture sur milieu spécial pour *C. trachomatis* peut aussi être utilisée si elle est disponible.

b) *N. gonorrhoeae*

31

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, TMA, SDA, autres ligands commerciaux approuvés par Santé Canada, 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. Cette technique n'est pas disponible partout, mais le laboratoire serveur peut acheminer le prélèvement urinaire à un autre établissement qui offre ce service. Cette technique peut être acceptable à des fins médico-légales.

Autres prélèvements (tous âges):

C'est la culture de *N. gonorrhoeae* qui est la méthode privilégiée de diagnostic; les techniques d'amplification des acides nucléiques (PCR, TMA, SDA, autres ligands commerciaux approuvés par Santé Canada, etc.) seraient aussi acceptables. Les autres épreuves ne sont pas recommandées.

Un antibiogramme est toujours effectué sur les cultures positives de *N. gonorrhoeae*.

N. B.: Peu importe la provenance de l'échantillon, si l'on a recours aux techniques d'amplification, particulièrement à des fins médico-légales, il faut procéder à une seconde analyse (confirmation) à l'aide d'amorces différentes (PCR, TMA, SDA, autres ligands commerciaux approuvés par Santé Canada, etc.) si le résultat est positif. 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 ou des tests d'amplification des acides nucléiques (*Herpes simplex*) doivent être effectués lorsqu'il y a ulcérations, vésicules ou pustules, ainsi que des sérologies spécifiques de type sérié (le plus tôt possible au moment de l'apparition des lésions et 12 semaines plus tard). Ne pas avoir recours aux IgM et IgG.

d) Condylomes génitaux

Le typage du VPH peut être effectué. Prendre contact avec votre laboratoire de pathologie. Cela est fait de manière exceptionnelle.

e) Sérologies : les hépatites B et C, le VIH, la syphilis et le VHS

Les sérologies pour l'hépatite B (HBsAg et anti-HBs) sont faites 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 des hépatites A et C. Ils pourront être faits ultérieurement sur l'échantillon 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 d'ITS auxquels s'est exposé l'agresseur. La syphilis demeure rare au Québec. L'hépatite C se transmet rarement par contact sexuel à moins de rapport anal traumatique.

32

Pour l'hépatite A, le risque de transmission est surtout associé à l'agression sexuelle commise par un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). La sérologie pourrait alors être indiquée pour prouver une séroconversion si l'agression est récente. Mais 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 si elle n'a pas été effectuée au début.

Ce n'est toutefois que 12 semaines après l'agression sexuelle que les résultats de ces tests sont définitifs (si négatifs au départ) (6 mois pour le VIH).

Les facteurs de risque d'ITS chez l'agresseur sont plus élevés s'il s'agit :

- d'un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH);
- d'un usager de drogues par voie intraveineuse;
- d'un détenu ou d'un ex-détenu;
- d'un homme ayant des relations sexuelles avec de multiples partenaires;
- d'un porteur du VIH ou de l'hépatite B ou d'une personne ayant eu un contact sexuel 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.

Prélèvements médico-légaux

Introduction

Pour les crimes à caractère sexuel, les témoins capables de rendre un témoignage sont très souvent inexistant, 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 ont été 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 s'est avéré opportun de réviser de nouveau la trousse médico-légale et de créer le *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 possession** 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.

Il est maintenant possible d'effectuer une recherche du profil génétique (ADN) à partir des substances biologiques tels le sang, le sperme ou la salive. On peut alors distinguer l'ADN 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 auraient 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 ou sur le nouveau-né.

34

Des tests préliminaires peuvent aussi être effectués afin de détecter la présence de substances biologiques. Certains de ces tests peuvent mettre en évidence la présence de sperme. L'analyse génétique demeure toutefois la méthode la plus sensible. Donc, même si, dans certains cas, les tests préliminaires pour la recherche de sperme s'avèrent négatifs, l'analyse génétique va tout de même être effectuée et elle peut permettre de mettre en évidence le profil de l'agresseur.

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 faut toutefois rappeler ici que ce ne sont pas toujours ces prélèvements qui constituent la preuve, mais qu'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 ;
- ne pas nécessairement recueillir tous les prélèvements ni tous les vêtements chez toutes les victimes. **On doit juger de leur pertinence en fonction du récit de la victime ;**
- appliquer les étiquettes autocollantes sur les contenants des prélèvements (tubes, pots...) en non comme scellés sur les enveloppes ;

- si les vêtements sont mouillés ou humides, les faire sécher ou les conserver au réfrigérateur, car dans un milieu humide, les bactéries, levures et moisissures prolifèrent et cela peut avoir comme conséquence d'endommager l'ADN. **Si les vêtements demeurent humides, en aviser le policier qui en prend possession;**
- parapher les étiquettes autocollantes et les scellés de sécurité utilisés (mettre ses initiales);
- le sac de polythène a été remplacé par un grand sac en papier épais avec un rabat qui doit être scellé par l'intervenante ou l'intervenant. Ne pas oublier de coller l'étiquette de scellé de la trousse dans la case appropriée sur le sac;
- éviter de laisser sans surveillance les objets et les échantillons recueillis;
- si la victime désire porter plainte, remettre tous les objets à la police après l'examen;
- si aucun policier n'est présent, mettre la trousse et les vêtements humides au réfrigérateur. Les vêtements secs qui sont trop volumineux pour être insérés dans la trousse doivent être mis dans un endroit sûr et fermé à clé.

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 (voir la section intitulée « Prélèvements »);
- éviter tout contact entre les différents prélèvements;
- laisser sécher et bien marquer les différents prélèvements en utilisant les étiquettes autocollantes incluses dans la trousse (formulaire 13).

Enveloppe et formulaires

Des instructions à l'intention des divers intervenants et intervenantes 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 12;
- 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, « Histoire médicosociale ».**

La distribution des formulaires devrait se faire de la façon suivante :

36

copie blanche : dossier de l'usager

copie jaune : Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale

copie rose : police

copie verte : procureur aux poursuites criminelles et pénales

- 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. Les étiquettes non utilisées doivent être remises dans la trousse. **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 marquer le grand sac en papier épais contenant les petits 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. Les étiquettes non utilisées doivent être détruites.

Contenu de la boîte de la trousse médico-légale (Les méthodes de prélèvement sont détaillées aux pages 39 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 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. Ne pas tenir compte de la date d'expiration notée sur le tube.

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 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 étrangers, serviettes hygiéniques ou tampons » 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 et/ou tampon » 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

38

- 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 papier épais. Au besoin utiliser un second sac en papier (non fourni avec la trousse).
- 3) 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 enveloppe désignée « Lame de réserve pour l'analyse d'ADN » contenant un porte-lame et une lame servant à étaler le prélèvement le plus pertinent pour le dossier.

Note: Il est recommandé de remettre aussi dans la trousse tous les objets qui n'ont pas été utilisés (enveloppes, tubes, pots, spéculum, etc.). Ces objets pourront alors être récupérés par le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale afin d'être vérifiés et assemblés dans de nouvelles trousse.

Prélèvements

a) Séquence des prélèvements

Le prélèvement d'urine doit être fait le plus rapidement possible. S'il s'agit d'une agression sexuelle avec fellation, il est recommandé de procéder au prélèvement du ringage buccal en premier.

Dans les cas où il est pertinent d'effectuer des prélèvements vaginaux et anaux, il faut effectuer le prélèvement anal avant le prélèvement vaginal, car le lavage vaginal augmente le risque d'écoulement de substances biologiques du vagin vers l'anus.

Selon les circonstances de l'agression sexuelle, il est nécessaire de faire le prélèvement pour la lame de réserve à l'endroit le plus approprié pour déceler l'ADN de l'agresseur. Il s'agit d'effectuer ce prélèvement sur lame selon la séquence la plus logique.

b) 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;
- remettre le tout dans la boîte et dans l'enveloppe;
- sceller cette dernière.

N. B. : Il est important de ne pas faire ce prélèvement lorsqu'il y a eu fellation.

c) 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. 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. Dans un deuxième temps, les prélèvements vaginaux seront utilisés pour une analyse génétique (ADN).

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. Si nécessaire, humecter le spéculum avec de l'eau ou du salin;
- 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 « 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 et cacheter cette dernière.

d) 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 chez les enfants, 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 cacheter cette dernière.

e) 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 avec leurs périodes de détection dans le sang et l'urine se trouve à l'annexe 3.

Ne pas tenir compte de la date d'expiration notée sur le tube.

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 en verre;
- remettre le tube dans l'enveloppe et cacheter cette dernière.

f) Prélèvement buccal dans un délai de 24 h (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 (voir annexe 7). Il n'est donc plus nécessaire d'effectuer ce type de prélèvement dans le 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 de son profil génétique. Il est important de mentionner qu'il ne faut pas effectuer de prélèvement 1A lorsqu'il y a eu fellation dans les 24 heures. **Par contre, si la fellation a eu lieu il y a plus de 24 heures, effectuer le prélèvement 1A.**

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 15 ml de salin physiologique;
- récupérer le liquide de rinçage dans le contenant (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;
- remettre la boîte dans l'enveloppe et cacheter cette dernière.

g) Prélèvement 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.

Après un délai de 48 heures, les chances de retrouver le profil de l'agresseur dans un dépôt de sperme ou de salive laissé sur le corps de la victime sont à peu près nulles (voir annexe 7). Il n'est donc plus nécessaire d'effectuer ce type de prélèvement après plus de 48 heures.

42

Procédure de prélèvement

(2C-I)

Le but de ce prélèvement est de récupérer toute tache de sperme ou tout dépôt de salive se trouvant autour des seins, 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;
- replacer les deux écouvillons dans le contenant;
- remettre dans l'enveloppe et cacheter cette dernière.

(2C-II)

- Utiliser la procédure précédente pour toute tache de sperme, de salive ou toute morsure situées 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.

h) 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 cette dernière 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.

43

i) 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 ainsi que de tenter de mettre en évidence le profil de l'agresseur.

Il est préférable d'effectuer le prélèvement anal avant le prélèvement vaginal. Cela a pour but de diminuer le risque d'écoulement des substances biologiques du vagin vers l'anus.

Il est recommandé de ne plus effectuer de prélèvement anal lorsque le délai est supérieur à 48 heures. Aucun profil génétique d'agresseur n'a été mis en évidence au niveau anal-rectal lorsque le délai était de plus de 48 heures (voir annexe 7).

Procédure de prélèvement

(2E, 2F)

- Apposer sur le tube et le porte-lame les étiquettes autocollantes (2E et 2F), préalablement paraphées;
- effectuer le prélèvement à l'aide des 2 écouvillons;
- étaler sur la lame bleue, du côté marqué « 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 et cacheter cette dernière.

j) 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 avec leurs périodes de détection dans le sang et dans l'urine se trouve à l'annexe 3.

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.

44

k) 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 peut y chercher 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 des spécialistes 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 grand sac en papier épais avec scellé;

- appliquer le scellé « Trousse médico-légale », et 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 faire sécher les vêtements dans une pièce aérée et à circulation restreinte ou dans une armoire verrouillée.

I) **Lame de réserve pour l'analyse de l'ADN**

La lame de réserve doit être utilisée dans tous les cas d'agression sexuelle où il est possible de trouver le profil génétique de l'agresseur. Cette lame doit donc être utilisée pour chaque trousse médico-légale et pour chaque trousse médicosociale quand l'agression date de moins de 5 jours et quand il y a un prélèvement pertinent à faire.

Comme son nom l'indique, cette lame sert de réserve pour établir le profil génétique de l'agresseur dans les cas où la victime ne voulait pas porter plainte initialement, mais qu'elle change d'idée par la suite. Cette lame va donc être utilisée dans le cas où la trousse médico-légale a été détruite (au centre désigné ou au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale) ou dans le cas où la trousse médico-légale n'a pas été utilisée (seulement une trousse médicosociale, dans un délai de moins de 5 jours après l'agression).

Il s'agit d'effectuer un frottis sur lame du prélèvement vaginal ou d'un autre prélèvement jugé plus pertinent (anal, buccal ou cutané) selon les gestes commis pendant l'agression sexuelle (voir exemples à l'annexe 8). Il faut aussi que le délai soit en corrélation avec le type de prélèvement effectué (annexe 7). Cette lame doit être conservée dans un endroit réservé à cette fin et verrouillé au centre désigné (armoire ou frigo). **La victime doit être informée de l'existence de cette lame, il faut donc lui remettre une feuille explicative (annexe 9).**

Lorsqu'il devient nécessaire d'utiliser la lame de réserve, la victime doit y consentir par écrit en remplissant un formulaire particulier (voir annexe 10). L'intervenante ou l'intervenant et le policier qui en prendra possession devront aussi signer ce formulaire. La copie blanche devra être conservée au dossier de la victime. Les autres copies du formulaire ainsi que la lame seront transmises au policier. La lame de réserve et le formulaire de consentement seront ensuite acheminés par le policier au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale pour analyse.

Procédure de prélèvement

- Utiliser la lame de verre à bordure bleutée;
- du côté « snowcoat » de la lame, faire un frottis du prélèvement le plus pertinent; marquer la lame avec un crayon de plomb en inscrivant sur la partie bleutée le nom et le numéro de dossier de la victime;
- replacer la lame dans le porte-lame et sceller avec une étiquette autocollante de l'établissement où sont écrites les coordonnées de la victime;
- inscrire la date sur l'étiquette autocollante;
- conserver le porte-lame marqué au centre désigné dans un endroit réservé à cette fin et verrouillé (armoire ou réfrigérateur).

Cette procédure est aussi inscrite sur l'enveloppe de la lame de réserve qui se trouve dans les trousse.

Commande :

Les formulaires de consentement pour la remise de la lame de réserve, en français et en anglais, devront être commandés à la même adresse où sont assemblées les trousse médicolégales et médicosociales, soit :

Les ateliers MIRA-DOR
Établissement de détention – Sherbrooke
1055, rue Talbot
Sherbrooke (Québec)
J1G 2P3
Tél. : 819 820-3100
Télec. : 819 820-3624

Note : Auparavant, il était demandé de faire une lame appelée « État frais ». Cette lame pouvait avoir deux utilités, soit la recherche de spermatozoïdes et de *trichomonas*. Dorénavant, il n'est plus nécessaire de lire les « états frais » pour déterminer la présence de spermatozoïdes. S'il s'avère utile d'effectuer la recherche de *trichomonas*, il est alors recommandé de faire une nouvelle lame pour cette recherche. Cette lame n'a pas besoin d'être conservée par la suite.

m) Analyse de drogues et des médicaments dans les cheveux

Les cheveux peuvent constituer un milieu d'analyse **supplémentaire** pour démontrer l'absorption de certaines substances. Il est important de mentionner que le sang et l'urine demeurent les milieux d'analyse privilégiés lorsque le délai est inférieur à 4 jours.

46

Une trousse de prélèvement de cheveux a été élaborée par le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale. Cette trousse peut être utilisée seulement lorsque les trois conditions suivantes sont remplies :

- il y a eu absorption de substances à l'insu ou contre la volonté de la victime ;
- le délai entre l'absorption de substances et les prélèvements pour la trousse médicolégale **est supérieur à 3 jours** (72 heures) ;
- la victime consent au prélèvement de cheveux.

Cette trousse et le protocole de prélèvement de cheveux ne sont pas encore disponibles pour les intervenantes et les intervenants des centres désignés. Un projet-pilote sur l'analyse de drogues dans les cheveux a été mis en place en 2009. Le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale ainsi que deux centres désignés participent à ce projet.

N. B. : Il est à noter que le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale n'a pas présentement de méthode validée pour l'analyse du GHB dans les cheveux.

Conservation de la trousse médico-légale

Les trousse médico-légales doivent être conservées dans un frigo à accès contrôlé. Les vêtements qui sont à l'extérieur de la trousse doivent être conservés dans un endroit à accès contrôlé. Si ces vêtements sont humides, ils doivent être séchés ou conservés dans un réfrigérateur, sinon le policier doit en être informé le plus rapidement possible.

Si la victime n'a pas fait part de sa décision après 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.

Depuis 2001, les victimes d'agression sexuelle peuvent se prévaloir d'une période de réflexion de 14 jours avant de consentir à la remise de la trousse médico-légale à la police. La philosophie qui motive cette approche est qu'au moment de l'intervention médicosociale initiale, certaines victimes ne se sentent pas toujours prêtes à prendre une décision finale sur le fait de porter plainte ou non. Il n'y a pas de risque de détérioration des prélèvements s'ils sont conservés dans un réfrigérateur pendant un court délai. Le choix des 14 jours repose sur les expériences cliniques et aussi sur le nombre de trousse qui peuvent être gérées dans les centres désignés plus achalandés. Ce délai peut être prolongé de quelques semaines dans le cas où la victime, pour une raison quelconque, n'est pas en mesure de décider.

*** Note: Présentement, les délais de conservation des dossiers médicaux diffèrent d'un type d'établissement à l'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 problème. Les différentes instances concernées étudient actuellement cette question en vue d'élaborer des politiques pour standardiser le calendrier de conservation des dossiers médicaux des victimes d'agression sexuelle dans toutes les régions du Québec.**

47

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 volumineux sont mis dans le grand sac en papier épais. Ce sac doit être scellé avec le rabat et paraphé sur l'étiquette AD-;
- 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 au dos de la trousse médico-légale en inscrivant son nom dans la section « Remise par ».

Commande de trousse médico-légales et de trousse medicosociales sans prélèvements médico-légaux

Voici l'adresse où les utilisatrices et les utilisateurs des trousse médico-légales et des trousse medicosociales 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

Télé.: 819 820-3624

48

Pour tout autre renseignement sur les trousse médico-légales et medicosociales, communiquer avec :

France Gingras

Spécialiste en biologie judiciaire

Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale

Tél.: 514 873-3301, poste 61504

Courriel: france.gingras@msp.gouv.qc.ca

Conclusion

Cette étape de l'intervention medicosociale 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 des 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

Guide d'interprétation des signes physiques observés à l'examen anal ou génital des enfants ou des adolescentes et adolescents chez qui l'on soupçonne une agression sexuelle (Adams, 2007)

Note des traducteurs: La façon d'Adams d'interpréter les signes physiques à l'examen anogénital et certaines trouvailles de laboratoire sont utilisées depuis des années comme références majeures par les médecins qui ont la responsabilité d'examiner des enfants présumés victimes d'agression sexuelle. Le texte qui suit est une traduction d'une partie des deux publications suivantes (les articles originaux sont plus détaillés):

- 1) ADAMS J.A. et al. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused.
- 2) *J Pediat Adolesc Gynecol* 2007; 20:163-172.
- 3) ADAMS J.A. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediat Adolesc Gynecol* 2004; 17:191-197.

Le présent guide est le résultat d'une collaboration continue entre des médecins experts en maltraitance, sous la direction de la Dr^e Joyce A. Adams, professeure de clinique à l'Université de Californie.

Ce document se veut un outil pour aider les professionnels de la santé à interpréter les signes physiques à l'examen médical et les résultats de laboratoire, selon l'information disponible dans la littérature médicale¹⁻³⁷. Il peut aussi être utile pour former des médecins à la façon de faire un examen chez un enfant présumé victime d'agression sexuelle. Il faut s'attendre à d'autres révisions de ce guide dans l'avenir, pour tenir compte des nouvelles recherches qui seront publiées.

L'évaluation médicale d'un enfant possiblement victime d'agression sexuelle implique beaucoup plus qu'un examen physique. Tout médecin qui procède à l'examen devrait également être capable d'obtenir une histoire médicale de la part d'un parent ou d'un responsable de l'enfant, et aussi de l'enfant lui-même, si son développement le permet. Les détails de l'événement ayant conduit à l'examen médical devraient être obtenus par la personne désignée par l'entente multisectorielle (délégué du directeur de la protection de la jeunesse ou policier). Le médecin examinateur doit connaître le diagnostic différentiel, car plusieurs symptômes et signes peuvent avoir une origine autre qu'une agression sexuelle.

NOTE IMPORTANTE: Des études récentes ont démontré que 85 à 95 % des enfants avec une histoire claire d'abus sexuel ont 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. Plusieurs enfants ne comprennent pas bien le sens d'une « pénétration » et peuvent interpréter ainsi des gestes de frottement ou de poussée sur les organes génitaux externes ou entre les fesses, ou bien, chez les filles prépubères, une pénétration au-delà des grandes lèvres mais non à travers l'hymen. La pénétration d'un pénis dans l'anus ou dans le vagin peut ne causer aucun traumatisme, en raison d'une pénétration partielle ou de l'élasticité des tissus, ou amener des lésions mineures qui vont guérir complètement.

La numérotation des éléments qui suivent ne sert qu'à faciliter la référence aux articles et ne correspond pas à une importance de leur signification.

Trouvilles relevées chez des nouveau-nés ou retrouvées communément chez des enfants non abusés

La présence de ces éléments ne permet ni de confirmer ni d'infirmer une verbalisation d'agression sexuelle.

Variantes de la normale

1. Bandelettes périurétrales ou vestibulaires^{6,9,11-13}.
2. Colonnes ou crêtes vaginales^{9,11-13}.
3. Bosse hyménale (caroncule)^{6,9,11-13}.
4. Protubérance hyménale (*hymenal tag*) ou vestiges d'un septum^{9,11-13}.
5. *Linea vestibularis* (ligne médiane avasculaire)^{6,9,10}.
6. Encoche ou échancrure à la moitié antérieure ou supérieure de l'anneau hyménal (fillettes prépubères), sur ou au-dessus de la ligne de 3 à 9 heures, l'enfant étant en décubitus dorsal^{9,12,13,18}.
7. Encoche superficielle ou peu profonde sur l'anneau inférieur de l'hymen (en dessous de la ligne de 3 à 9 heures)^{17,18}.
8. Crête hyménale externe (*external hymenal ridge*)^{6,9,12,13}.
9. Variantes congénitales de la forme de l'hymen, incluant l'hymen semi-lunaire, annulaire, festonné, septé, cribriforme, microperforé, imperforé³¹.
10. *Diastasis ani*¹⁴⁻¹⁶ (partie lisse de la peau anale à 6 ou 12 heures)
11. Acrochordon péréal ou marisque (*skin tag*)¹⁴⁻¹⁶.
12. Hyperpigmentation des petites lèvres ou de la région péréale d'origine raciale^{14,15}.
13. Dilatation de l'ouverture urétrale pendant une manœuvre de traction³¹.
14. Hymen épaissi (cela peut correspondre à un effet d'œstrogénisation, à un repli du bord de l'hymen, un gonflement par infection ou à un gonflement post-trauma; ce dernier élément est difficile à identifier sans un examen de contrôle)^{6,9,11,12,13,17}.

50

Signes souvent causés par d'autres conditions médicales

15. Érythème du vestibule, du pénis, du scrotum ou de la région péréale (peut être causé par un élément irritant, une infection ou un trauma*)^{17,18,31}.
16. Vascularisation augmentée (dilatation de vaisseaux sanguins existants) du vestibule et de l'hymen (peut être causée par un élément irritant local ou constituer un aspect normal d'un tissu non œstrogénisé)^{6,11,17,18,31}.
17. Adhésion des petites lèvres (peut être causée par de l'irritation ou un frottement)^{6,18,31}.
18. Écoulement vaginal (plusieurs causes infectieuses et non infectieuses; une culture s'impose pour la recherche d'une ITS ou d'autres infections)^{6,11,18}.
19. Friabilité de la fourchette postérieure ou de la commissure (peut être causée par une irritation, une infection ou par la traction exercée par l'examineur sur les grandes lèvres)^{6,18}.
20. Excoriations, saignements ou lésions vasculaires (peuvent être causés par diverses conditions comme le lichen scléreux, l'eczéma ou la séborrhée, le streptocoque du groupe A, un prolapsus urétral, des hémangiomes)^{31,34}.

21. Sillon périnéal partiel ou complet (anomalie de la fusion médiane)³¹.
22. Fissures anales (habituellement causées par de la constipation ou une irritation périanale)^{14-16,31}.
23. Congestion veineuse à la région périanale (peut être causée par la position de l'enfant ou par de la constipation)^{14-16,31}.
24. Replis anaux aplanis (peuvent être causés par la relaxation du sphincter externe ou par de l'œdème des tissus périanaux en raison d'une infection ou d'un trauma*)^{14-16,31}.
25. Dilatation partielle ou complète de l'anus de moins de 20 mm, avec ou sans selles visibles dans l'ampoule rectale (peut constituer un réflexe normal, ou peut avoir d'autres causes, comme une constipation grave ou de l'encoprésie, une sédation, une anesthésie, des maladies neuromusculaires)^{14-16,31}.

* Un examen de contrôle est nécessaire avant d'attribuer cette trouvaille à un trauma.

Trouvailles indéterminées: données insuffisantes ou contradictoires venant des travaux de recherche

Trouvailles qui peuvent nécessiter une investigation supplémentaire pour préciser leur signification. Elles peuvent constituer un argument supplémentaire pour le diagnostic, si l'enfant a fait une verbalisation claire d'abus sexuel. En l'absence d'une telle verbalisation, leur interprétation doit se faire avec prudence. Dans certains cas, un signalement au directeur de la protection de la jeunesse peut être indiqué pour évaluer la possibilité d'une agression sexuelle.

Signes physiques

26. Encoche ou échancrure profonde à la moitié postérieure ou inférieure de l'anneau hyménal, située entre 4 et 8 heures, mais sans constituer une transection (voir 41)^{17,18,25,27,30}.
27. Encoches profondes ou transections à 3 ou 9 heures chez des adolescentes^{29,30}.
28. Rebord régulier de l'hymen entre 4 et 8 heures mesurant moins de 1 mm de largeur dans la position gèneupectorale ou après utilisation de salin physiologique sur l'hymen en décubitus dorsal^{13,17,32}.
29. Lésions verruqueuses à la région génitale ou anale^{2,4,16,31,35,36} (une biopsie et un typage viral peuvent être indiqués dans certains cas, si l'apparence des lésions n'est pas typique de condylomes acuminés).
30. Lésions vésiculaires ou ulcères dans la région anogénitale (des cultures virales et/ou bactériennes, ou des tests au PCR peuvent être nécessaires pour le diagnostic)^{2,4,31,35,37}.
31. Dilatation anale immédiate de 20 mm et plus, en l'absence de facteurs prédisposants^{14,31}.

Lésions avec étiologie confirmée: spécificité indéterminée pour une transmission sexuelle

L'American Academy of Pediatrics recommande de faire un signalement au service de protection, à moins qu'une transmission périnatale ou horizontale ne soit considérée comme probable.

32. Condylomes acuminés à la région anogénitale, en l'absence d'autres indicateurs d'agression sexuelle^{2,4,35,36}.
33. Herpès de type 1 ou 2 à la région anogénitale, en l'absence d'autres indicateurs d'agression sexuelle^{2,4,35}.

Trouvilles diagnostiques pour un trauma et un contact sexuel

Trouvilles qui viennent corroborer une verbalisation d'agression sexuelle. En l'absence d'une telle verbalisation, l'agression demeure probable s'il n'y a pas une histoire plausible de trauma accidentel. Il est recommandé de prendre des photographies des lésions afin de faire réviser le diagnostic par un médecin expert, avant de conclure à un traumatisme aigu ou ancien. Un examen de contrôle est également recommandé.

Trauma aigu à la partie externe de la région anogénitale

34. Lacérations aiguës ou ecchymoses importantes des lèvres, des tissus périhyménaux, du pénis, du scrotum ou du périnée (pouvant provenir d'un accident, d'un abus physique ou d'un abus sexuel)¹⁹⁻²⁵.
35. Lacération récente de la fourchette postérieure, ne touchant pas l'hymen^{20-23,25,31} (à distinguer d'une adhésion labiale déchirée ou d'une absence de fusion de la ligne médiane)³¹. Peut aussi être causée par un trauma accidentel²²⁻²⁴ ou des relations sexuelles consensuelles chez des adolescentes²⁸.

Blessures guéries

Ces lésions sont difficiles à évaluer, à moins qu'un trauma aigu n'ait été préalablement constaté au même endroit.

36. Cicatrice périanale (rare; peut aussi être causée par d'autres conditions, comme la maladie de Crohn, un trauma accidentel ou une procédure médicale antérieure)^{20,25,31}.
37. Cicatrice de la fourchette postérieure ou de la *fossa navicularis* (une zone pâle sur la ligne médiane peut être causée par la *linea vestibularis* ou une adhésion labiale)^{20-25,31}.

52

Blessures indiquant un trauma pénétrant par un objet émoussé, ou, dans certains cas, une compression abdominale ou pelvienne, s'il y a une histoire en ce sens

38. Lacération aiguë de l'hymen, partielle ou complète²⁰⁻²⁵.
39. Ecchymose de l'hymen, en l'absence d'une infection ou d'une coagulopathie²⁰⁻²⁵.
40. Lacérations périanales s'étendant jusqu'au sphincter anal externe (à ne pas confondre avec une absence partielle de fusion médiane)^{19-21,24,25,27}.
41. Transection hyménale (guérie). Région entre 4 et 8 heures où l'hymen a été complètement déchiré, jusqu'à la base, de telle sorte qu'il n'y a presque plus de tissu hyménal à cet endroit^{20,25-27}. Confirmation par des techniques additionnelles d'examen: position gèneupectorale, coton-tige, cathéter Foley (adolescentes seulement), sérum physiologique sur le rebord de l'hymen (fillettes prépubères). La transection est aussi appelée « encoche complète » chez des adolescentes sexuellement actives^{30,33}.
42. Absence focale de tissu hyménal. Partie du contour hyménal postérieur ou inférieur sans tissu visible jusqu'à la base, plus large qu'une transection, confirmée par des techniques ou positions additionnelles d'examen déjà décrites^{27,31}.

Présence d'une infection confirmant le contact de la muqueuse avec des sécrétions génitales infectées, contact très probablement de nature sexuelle

43. Culture positive pour le gonocoque dans la région génitale, de l'anus, dans la gorge, en dehors de la période néonatale^{2,4}.
44. Syphilis confirmée, après élimination d'une transmission périnatale^{2,4}.
45. Vaginite à *Trichomonas vaginalis* chez une fillette de plus d'un an, diagnostiquée par culture ou par un examen direct effectué par un technicien expérimenté^{2,4}.

46. Culture positive pour la chlamydia à la région anogénitale chez un enfant de plus de 3 ans au moment du diagnostic. Une méthode autre que la culture, si approuvée par le Centre for Disease Control, pourrait être aussi utilisée^{2,4}.
47. Sérologie positive pour le VIH, après élimination d'une transmission néonatale ou avec une aiguille ou des produits sanguins^{2,4}.

Trouvailles diagnostiques d'un contact sexuel

48. Grossesse².
49. Spermatozoïdes trouvés dans des prélèvements pris directement à partir du corps de l'enfant².

Diagnostic différentiel des agressions sexuelles

Autres conditions médicales

1. Lichen scléreux ou scléroatrophique. Condition dermatologique atteignant communément la vulve et la région périnéale, causant de l'atrophie, de la dépigmentation, de la friabilité et une hémorragie sous-muqueuse au moment d'une irritation ou d'un trauma mineur.
2. Prolapsus urétral. Mode de présentation fréquent: saignement « vaginal ». Peut survenir spontanément ou en raison d'une augmentation de la pression intra-abdominale ou d'un trauma externe.
3. Vaginite avec écoulement sanguinolent. Peut être causée par des organismes divers, incluant la shigella et le streptocoque.
4. Condylomes acuminés chez un enfant de moins de 2 ans. Peut venir d'une transmission verticale par la mère, même si cette dernière n'a pas de condylomes visibles ni d'histoire de condylomes au moment de l'accouchement. Même chez les enfants plus vieux, des verrues à la région anogénitale peuvent être transmises par un contact étroit de nature non sexuelle.
5. Varicelle à la région génitale. Les premières lésions peuvent apparaître à cet endroit, avant de s'étendre à d'autres régions du corps.
6. Cellulite périnéale à streptocoque. Cause de la douleur, de la rougeur, des fissures.
7. Maladie de Crohn touchant la région périnéale ou vulvaire.
8. Maladie de Behçet, causant des ulcères à la région génitale, avec ou sans lésions orales.
9. Pemphigoïde bulleuse vulvaire.
10. Dermite atopique, dermite de contact, psoriasis, ulcères ou pustules causés par des infections bactériennes et une variété d'autres conditions dermatologiques.
11. Fissures anales. Peuvent être causées par des selles dures, de la diarrhée avec irritation secondaire ou toute condition amenant une friabilité de la peau périnéale.

Si une de ces conditions est rencontrée et qu'un enfant avec un développement suffisant du langage nie tout contact sexuel d'une façon crédible, il n'y a aucune raison de signaler la situation de cet enfant au directeur de la protection de la jeunesse.

Blessures accidentelles

1. Traumatismes par chute à califourchon sur la région anogénitale. Ce genre d'accident cause habituellement des ecchymoses aux grandes lèvres ou au scrotum, mais peut aussi causer des lacérations n'importe où au niveau du périnée. Parfois, les ecchymoses peuvent s'étendre au tissu hyménal.
2. Chutes accidentelles sur un objet proéminent pointu ou arrondi, ce qui peut causer des lacérations à l'hymen, à la fourchette postérieure et même au vagin. Des lacérations périanales peuvent être produites de la même façon.
3. Lacérations vaginales par la pression d'un jet d'eau. Il y a eu des cas rapportés de lacérations vaginales survenant, sans blessure à l'hymen, chez des filles ayant fait certaines activités comme du ski nautique, des jeux avec les jets d'eau dans un bain à remous ou avec une douche-téléphone. La validité de ces cas se base sur des histoires crédibles obtenues des enfants et sur leurs dénégations de tout geste abusif. On croit que la force des jets d'eau amenant une distension du vagin d'une fillette prépubère pourrait causer des lésions internes.
4. Blessures iatrogéniques. On a rapporté des cas de lacération hyménale accidentelle en cours d'examen médical. Il pouvait s'agir d'un doigt qui a glissé pendant un toucher rectal ou bien de l'emploi inapproprié d'un spéculum chez une fillette sans utilisation de sédation. On a également rapporté des fissures anales survenues à cause d'une abduction des fesses d'un enfant pour un examen.

Il est fréquent de rompre une fusion labiale pendant un examen de l'hymen, ce qui peut amener un saignement.

Références

- 1) FINKELHOR D., ORMORD R., TURNER H. *et al.* The victimization of children and youth: a comprehensive national survey. *Child Maltreatment* 2005; 10:5-25.
- 2) KELLOGG N.K. and the American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. Clinical Report: The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 2005; 116:506.
- 3) ADAMS J.A. Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreatment* 2001; 6:31-36.
- 4) *Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2002.* Centers for Disease Control, MMWR, May 10, 2002/ Vol. 51, No. RR-6. Disponible: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5106a1.htm#AssaultSTDs>. Consulté le 1^{er} juin, 2004.
- 5) CHRISTIAN C.W., LAVELLE J.M., DE JONG A.R. *et al.* Forensic findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics* 2000; 106:100.
- 6) MYHRE A.K., BERNTZEN K., BRATLID D. Genital anatomy in non-abused preschool children. *Acta Paediat* 2003; 92:1453-1462.
- 7) ADAMS J.A. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediat Adolesc Gynecol* 2004; 17:191-197.
- 8) ADAMS J.A. Approach to the interpretation of medical and laboratory findings in suspected child sexual abuse: a 2005 revision. *The APSAC Advisor* 2005 (Summer):7-13.
- 9) BERENSON A., HEGER A., ANDREWS S. Appearance of the hymen in newborns. *Pediatrics* 1991; 87:458-465.

- 10) KELLOGG N.D., PARRA J.M. *Linea vestibularis*: A previously undescribed normal genital structure in female neonates. *Pediatrics* 1991; 87:926-929.
- 11) McCANN J. *et al.* Genital findings in prepubertal girls selected for non-abuse: A descriptive study. *Pediatrics* 1990; 86:428-439.
- 12) BERENSON A.B. *et al.* Appearance of the hymen in prepubertal girls. *Pediatrics* 1992; 89:387-394.
- 13) BERENSON A.B., GRADY J.J. A longitudinal study of hymenal development from 3 to 9 years of age. *J Pediat* 2002; 140:600-607.
- 14) McCANN J. *et al.* Perianal findings in prepubertal children selected for non-abuse: A descriptive study. *Child Abuse Negl* 1989; 13:179-193.
- 15) BERENSON A.B., SOMMA-GARCIA A., BARNETT S. Perianal findings in infants 18 months of age and younger. *Pediatrics* 1993; 91:838-840.
- 16) MYHRE A.K., BERNTZEN K., BRATLID D. Perianal anatomy in non-abused preschool children. *Acta Paediat* 2001; 90:1321-1328.
- 17) HEGER A.H. *et al.* Appearance of the genitalia in girls selected for nonabuse: Review of hymenal morphology and non-specific findings. *J Pediat Adolesc Gyn* 2002; 15:27-35.
- 18) BERENSON A.B., CHACKO M.R., WIEMANN C.M. *et al.* A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:820.
- 19) McCANN J., VORIS J. Perianal injuries resulting from sexual abuse: A longitudinal study. *Pediatrics* 1993; 91:390-397.
- 20) McCANN J., VORIS J., SIMON M. Genital injuries resulting from sexual abuse: A longitudinal study. *Pediatrics* 1992; 89:307-317.
- 21) FINKEL M.A. Anogenital trauma in sexually abused children. *Pediatrics* 1989; 84:317-322.
- 22) BOOS S.C. Accidental hymenal injury mimicking sexual trauma. *Pediatrics* 1999; 103:1287-1289.
- 23) HERRMANN B., CRAWFORD J. Genital injuries in prepubertal girls from inline skating accidents. *Pediatrics* 2002; 110:e16.
- 24) BOOS S.C. *et al.* Anogenital injuries in child pedestrians run over by low-speed motor vehicles: Four cases with findings that mimic child sexual abuse. *Pediatrics* 2003; 112:e77-e84.
- 25) HEPPENSTALL-HEGER A. *et al.* Healing patterns in anogenital injuries: A longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatrics* 2003; 112:829-837.
- 26) HEGER A. *et al.* Children referred for possible sexual abuse: Medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl* 2002; 26:645-659.
- 27) ADAMS J. *et al.* Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: It's normal to be normal. *Pediatrics* 1994; 94:310-317.
- 28) JONES J. *et al.* Anogenital injuries in adolescents after consensual sexual intercourse. *Acad Emerg Med* 2003; 10:1378-1383.

- 29) ADAMS J.A., BOTASH A., KELLOGG N. Differences in hymenal morphology between adolescents girls with and without a history of consensual sexual intercourse. *Arch Pediat Adolesc Med* 2004; 158:280-285.
- 30) KELLOGG N.D., MENARD S.W., SANTOS A. Genital anatomy in pregnant adolescents: "Normal" doesn't mean "nothing happened". *Pediatrics* 2004; 113:e67-e69.
- 31) HEGER A., EMANS S.J., MURAM D. Evaluation of the Sexually Abused Child: A Medical Textbook and Photographic Atlas (2nd ed.). New York: Oxford University Press, 2000.
- 32) BERENSON A.B. *et al.* Use of hymenal measurements in the diagnosis of previous penetration. *Pediatrics* 2002; 109:228-235.
- 33) EMANS S.J. *et al.* Hymenal findings in adolescent women: Impact of tampon use and consensual sexual activity. *J Pediat* 1994; 125:153-160.
- 34) SIGFRIED E.C., FRASIER L.D. Anogenital skin diseases of childhood. *Pediat Ann* 1997; 26:321-331.
- 35) HAMMERSCHLAG M.R. Sexually Transmitted Diseases in Sexually Abused Children. 1998; 74:167-174.
- 36) CASON J., MANT C.A. High-risk mucosal human papillomavirus infections during infancy and childhood. *J Clin Virol* 2005; 32S:S52.
- 37) RAMASWAMY M. *et al.* Diagnosis of genital herpes by real time PCR in routine clinical practice. *Sex Transm Inf* 2004; 80:406-410.

Traduction

56

Dr Jean Labbé, consultant pédiatrique en protection de l'enfance, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, Québec.

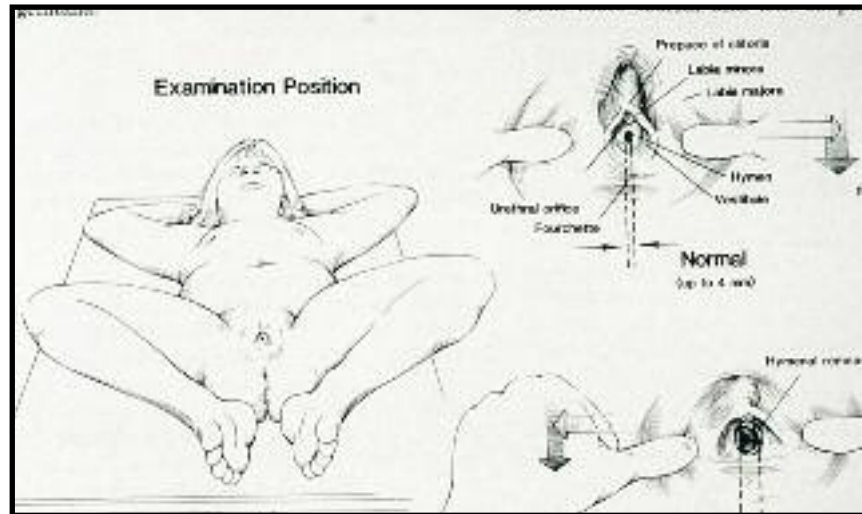
D^{re} Claire Allard-Dansereau, pédiatre, responsable de la Clinique de pédiatrie socio-juridique, secteur de la pédiatrie sociale du CHU Sainte-Justine, Montréal.

20 juin 2007

ANNEXE 2

Figures des organes génitaux

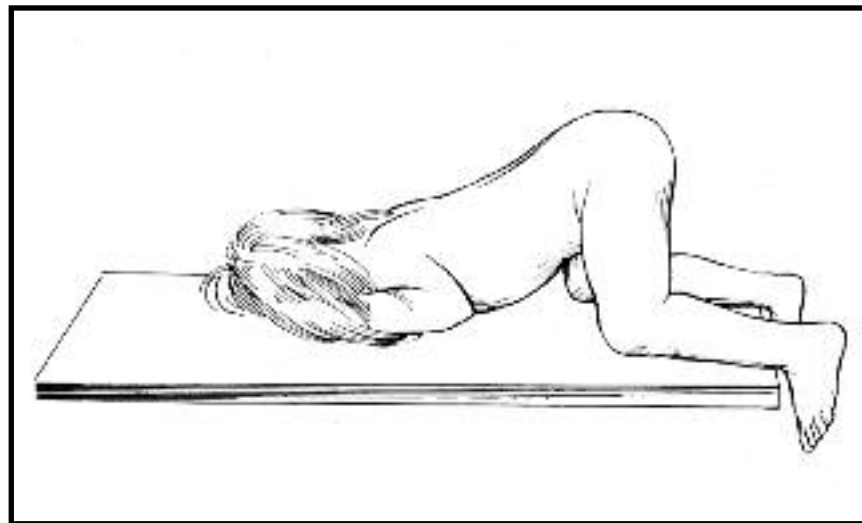
Figure 1



Position « de la grenouille ». Reproduit de: HERMAN-GIDDENS M.E., FROTHINGHAM T.E. Prepubertal female genitalia: Examination for evidence of sexual abuse. *Pediatrics* 1987; 80:203-208.

57

Figure 2



Position gènupectorale. Reproduit de: HERMAN-GIDDENS M.E., FROTHINGHAM T.E. 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 C.D., KERNS D., McCANN J., REINHART M.A., STRICKLAND S. *Color Atlas of Child Sexual Abuse*. Year Book Med Publ, 1989, 163 p.

Figure 4

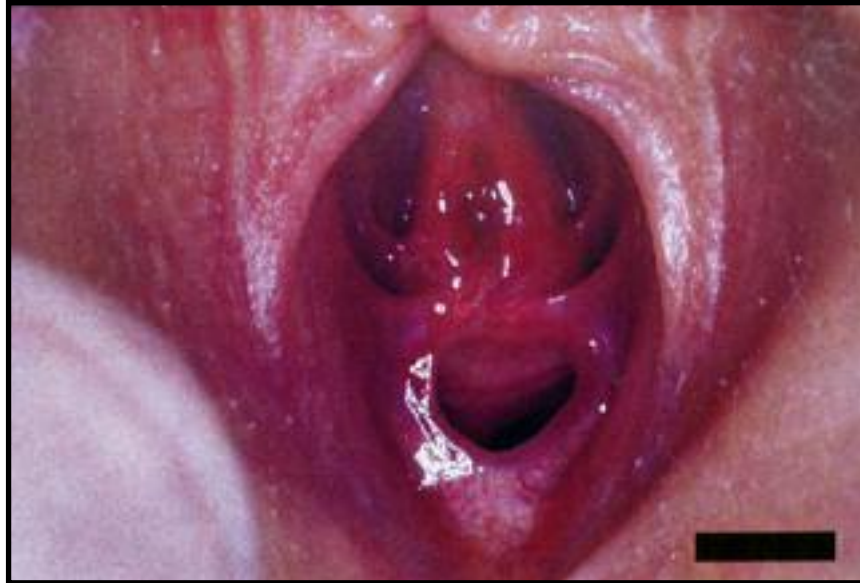
Même fille de 18 mois qu'en figure 3, mais en position genupectorale. Examen normal. Noter l'ouverture de l'hymen et le contour qui peut maintenant être évalué. Reproduit de: BERKOWITZ C.D., KERNS D., McCANN J., REINHART M.A., STRICKLAND S. *Color Atlas of Child Sexual Abuse*. Year Book Med Publ, 1989, 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 C.D., KERNS D., McCANN J., REINHART M.A., STRICKLAND S. *Color Atlas of Child Sexual Abuse*. Year Book Med Publ, 1989, 163 p.

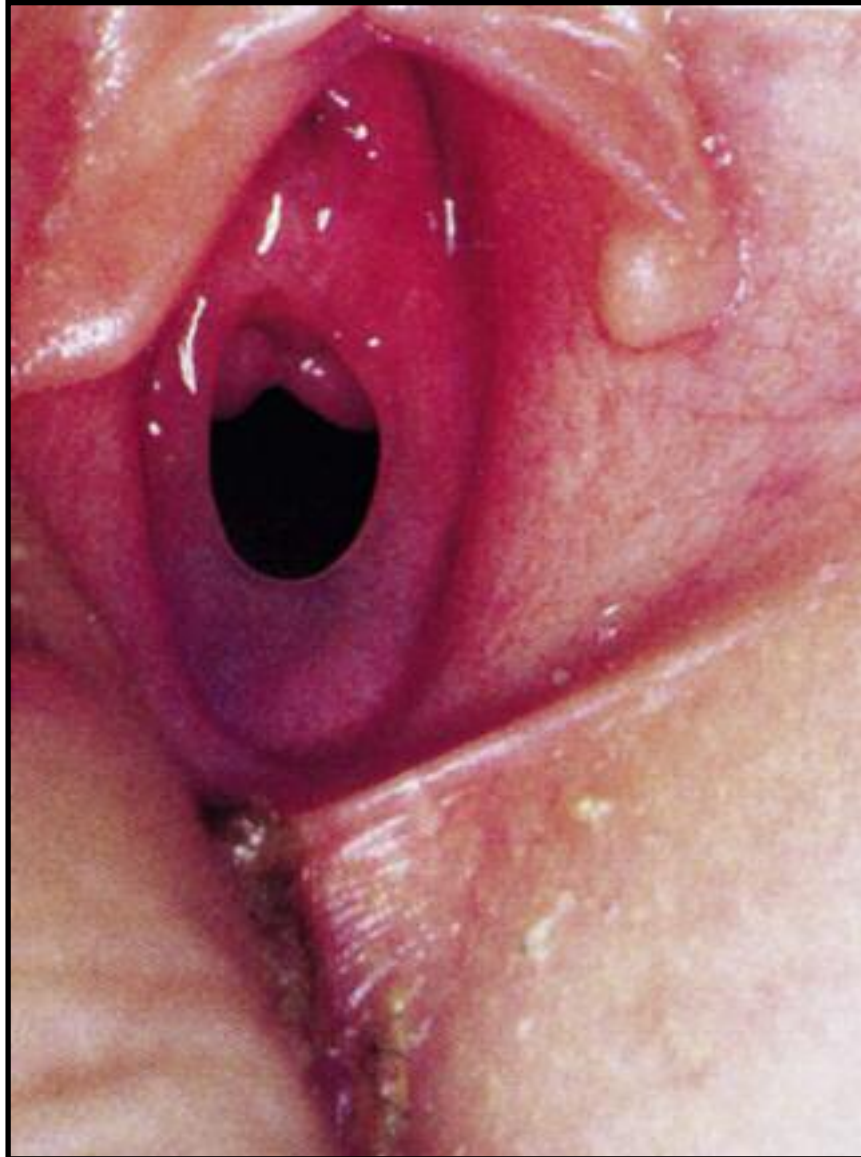
Figure 7

Fille de 6 ans. Bandelettes périurétrales. Hymen normal. Reproduit de: HEGER A., EMANS S.J. *Evaluation of the Sexually Abused Child*. Oxford University Press, 1992.

Figure 8

Lichen scléreux et atrophique.

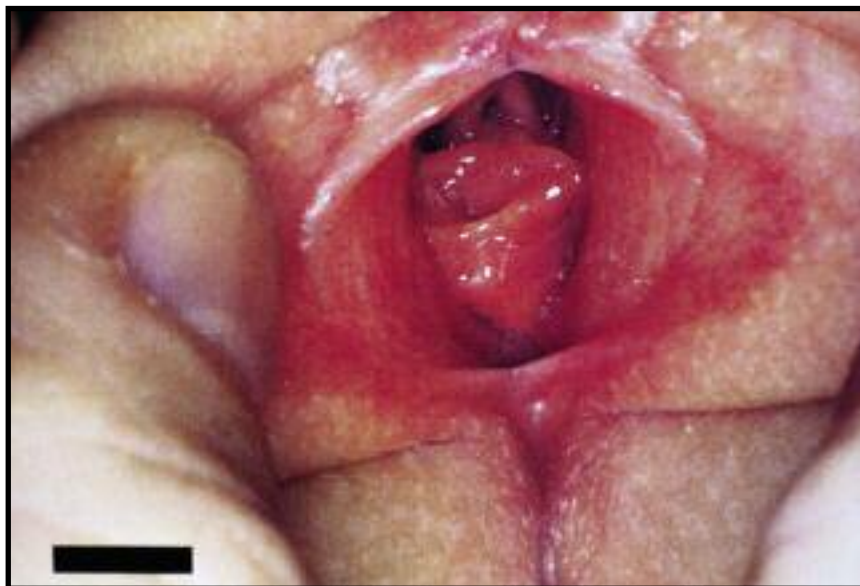
Figure 9



Fille de 3 ans. Hymen annulaire. Le contour est translucide, lisse et symétrique. Reproduit de: HEGER A., EMANS S.J. *Evaluation of the Sexually Abused Child*. Oxford University Press, 1992.

Figure 10

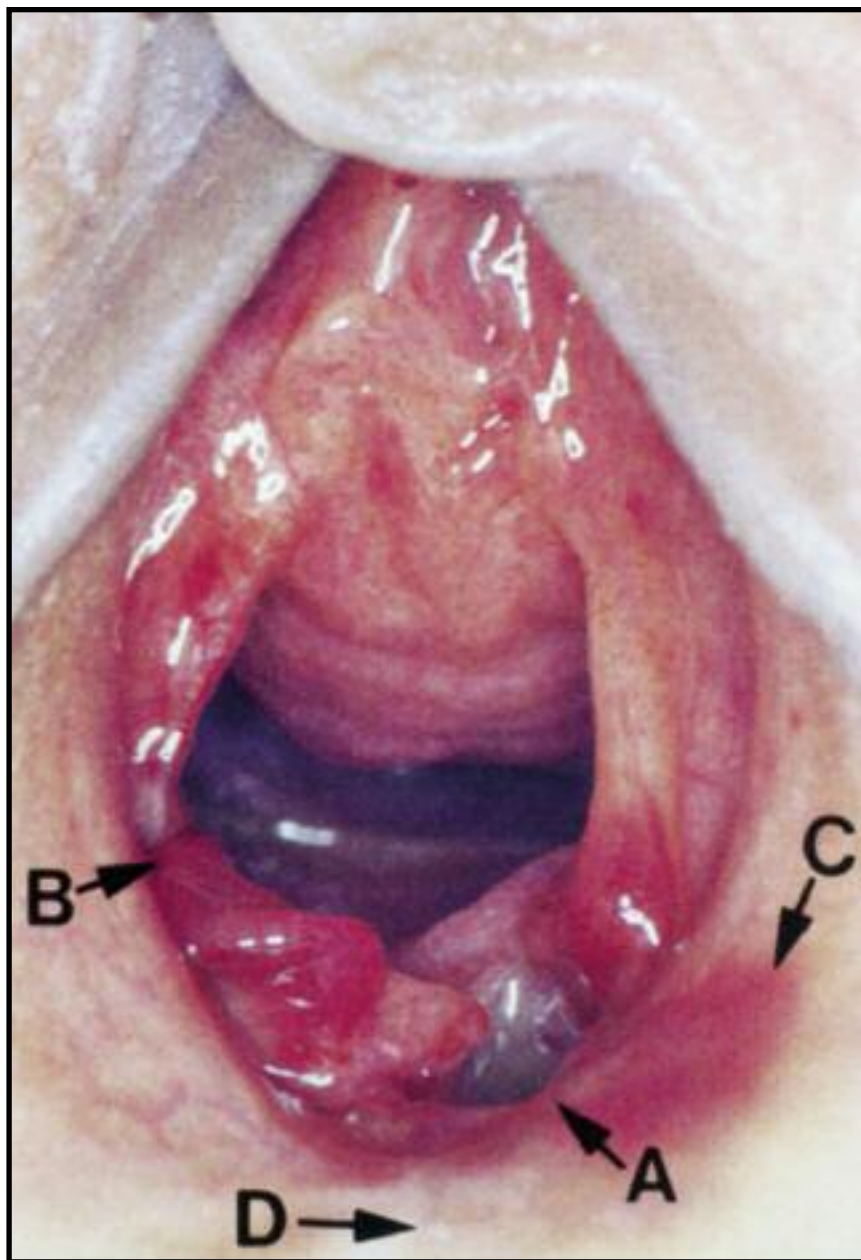
Fille de 3 ans. Hymen semi-lunaire. Absence de tissu hyménal entre 10 et 2 heures. Reproduit de: HEGER A., EMANS S.J. *Evaluation of the Sexually Abused Child*. Oxford University Press, 1992.

Figure 11

Fille de 3 ans. Hymen denticulé. Reproduit de: HEGER A., EMANS S.J. *Evaluation of the Sexually Abused Child*. Oxford University Press, 1992.

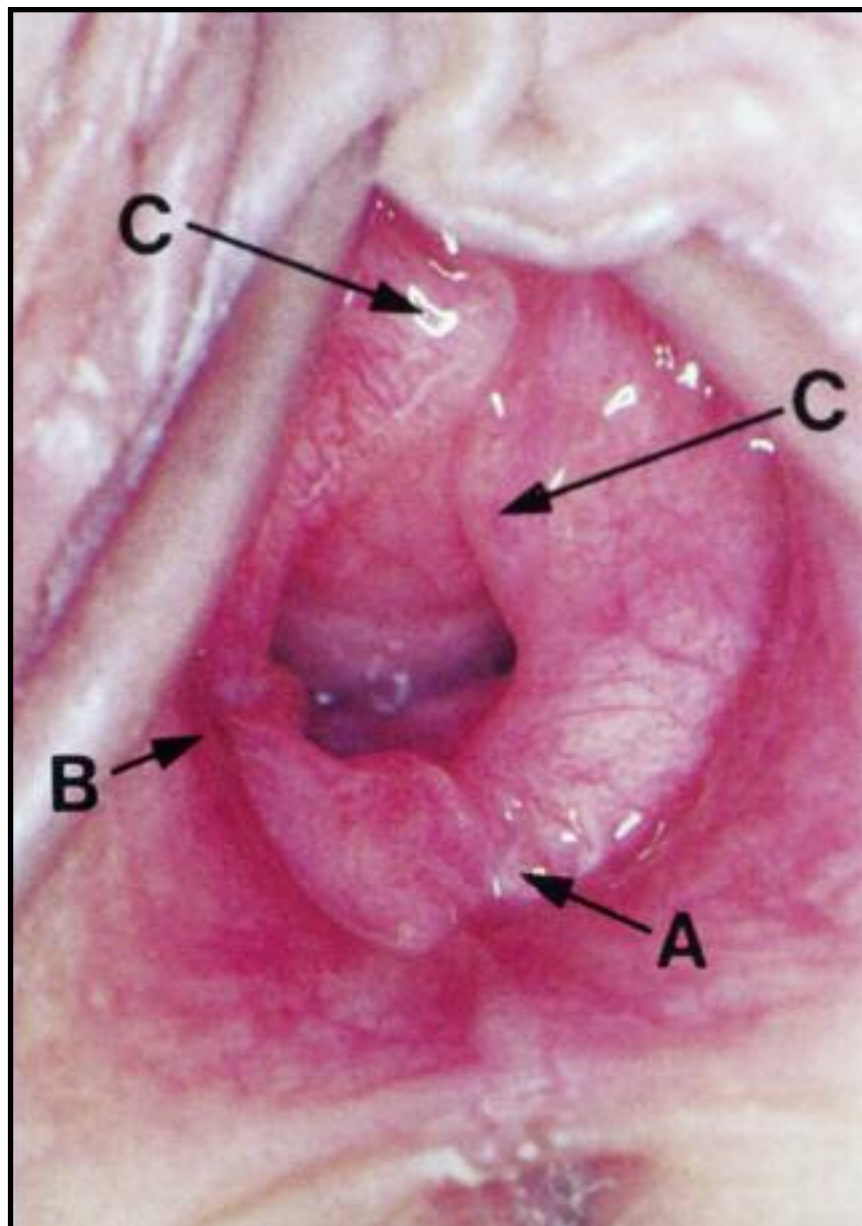
Figure 12

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 C.D., KERNS D., McCANN J., REINHART M.A., STRICKLAND S. *Color Atlas of Child Sexual Abuse*. Year Book Med Publ, 1989, 163 p.

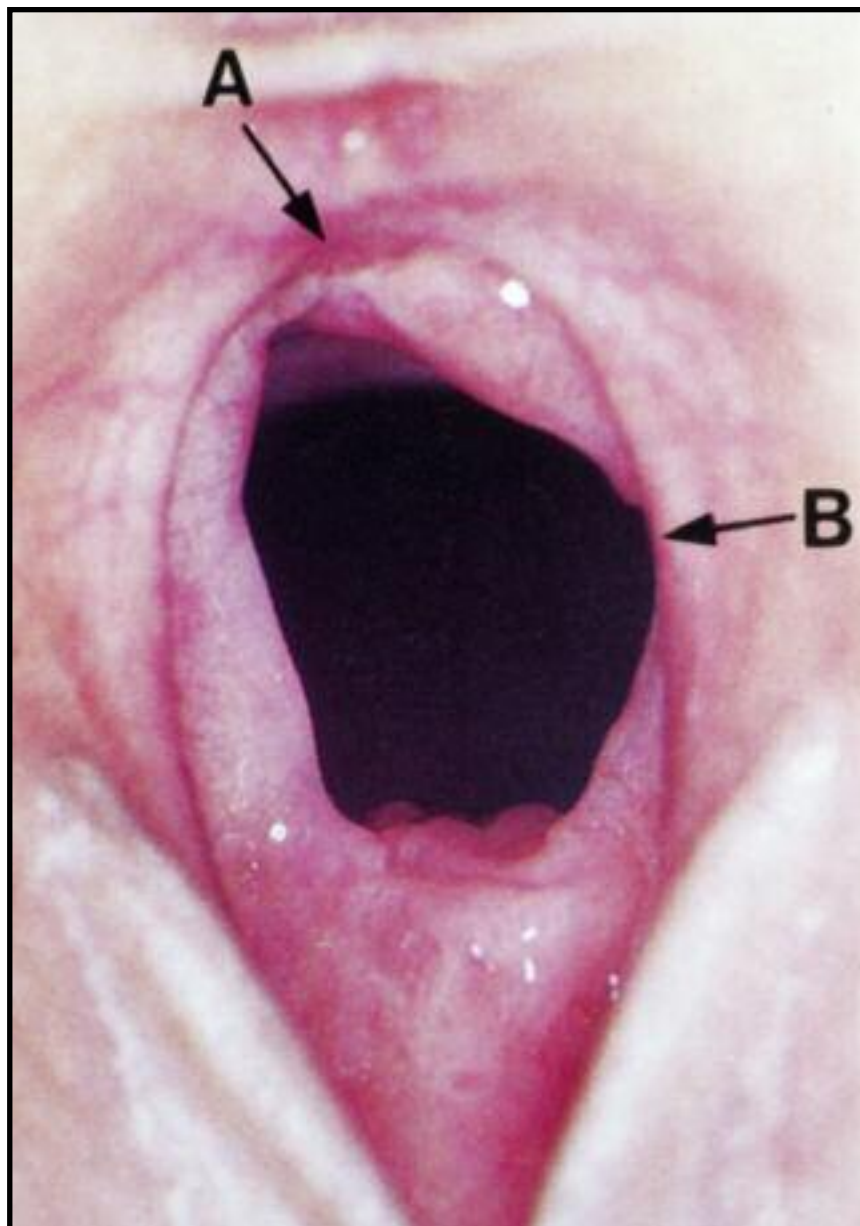
Figure 13

64

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.

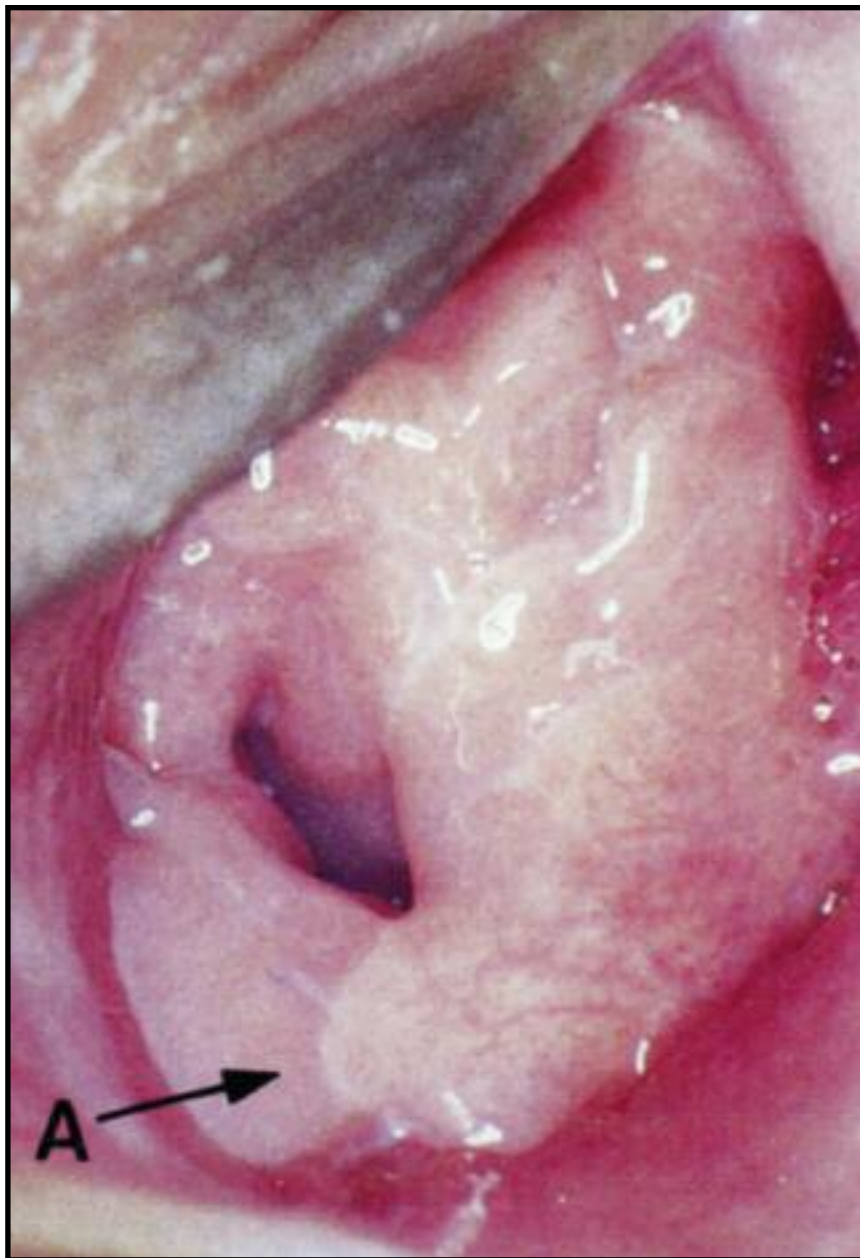
Figure 14

Même fille de 9 ans qu'en figure 13. 25 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.

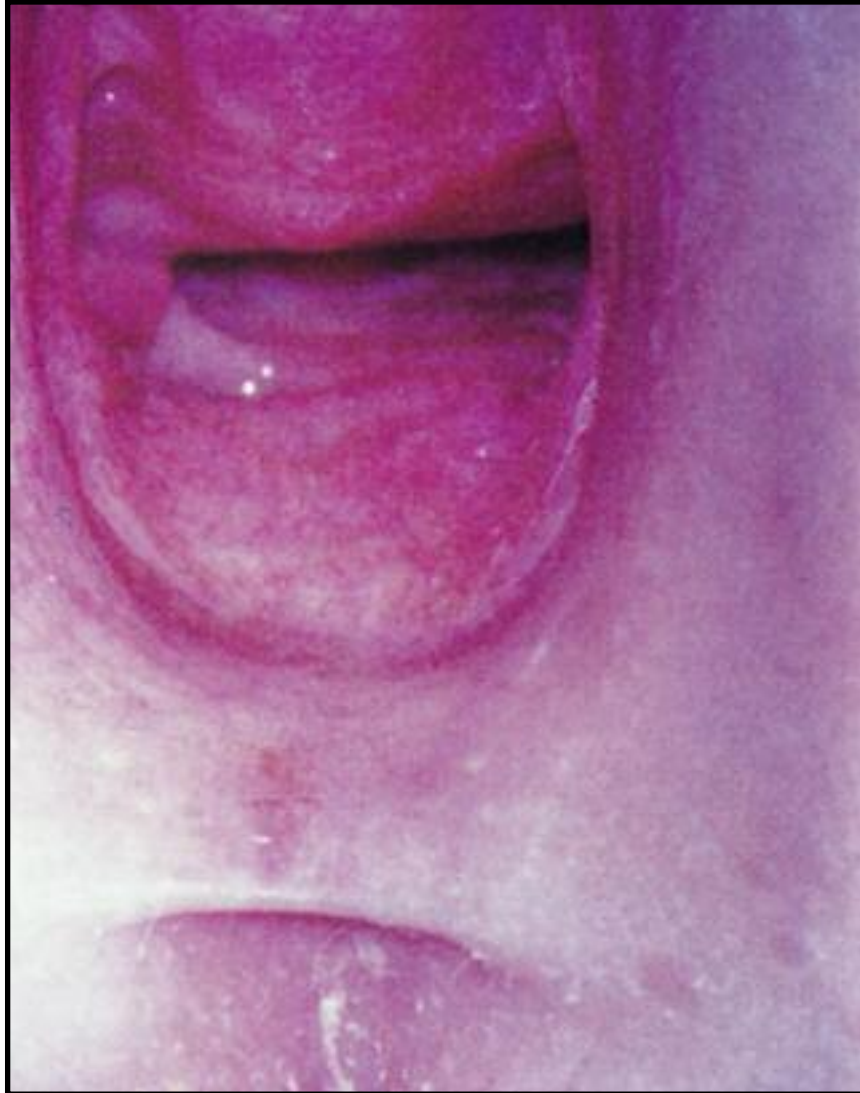
Figure 15

66

Même fille de 9 ans qu'en figures 13 et 14. Photographie prise aussi 25 jours après l'agression sexuelle, mais en position gèneupectorale. 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 figures 13, 14 et 15. 7 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

68

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 S.J. *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 S.J. *Evaluation of the Sexually Abused Child*. Oxford University Press, 1992.

Figure 19

Fissures anales à 1, 5, 6, 11 heures chez un jeune enfant, après une pénétration traumatique. Reproduit de: HEGER A., EMANS S.J. *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 S.J. *Evaluation of the Sexually Abused Child*. Oxford University Press, 1992.

70

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 S.J. *Evaluation of the Sexually Abused Child*. Oxford University Press, 1992.

ANNEXE 3

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 (état physique et psychique au moment de son absorption).

Drogue	Durée d'action moyenne (en thérapie)	Détection	
		Sang ¹	Urine ²
Éthanol	Variable	Variable	Variable
GHB (acide 4-hydroxybutanoïque)	1 h-4 h	8 h	12 h-48 h
Flunitrazépam (Rohypnol®)	1 h-12 h	12 h	3 jours
Midazolam (Versed®)	1 h-4 h	12 h	24 h
Triazolam (Halcion®)	1 h-6 h	6 h	2 jours
Lorazépam (Ativan®)	1 h-8 h	24 h	3 jours
Alprazolam (Xanax®)	1 h-7 h	24 h	3 jours
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 (Sérox®)	1 h-8 h	48 h	> 3 jours
Nitrazépam (Mogadon®)	1 h-20 h	72 h	> 3 jours
Diphenhydramine (Nytol®, Graval®, 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	> 2 jours
Doxylamine (Unisom-2)	1 h-7 h	24 h	> 3 jours
Barbituriques			

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 (produits de biotransformation) d'une drogue sont excrétés et ne représente pas dans tous les cas le temps pendant lequel elle pourra être décelée de façon routinière.

ANNEXE 4

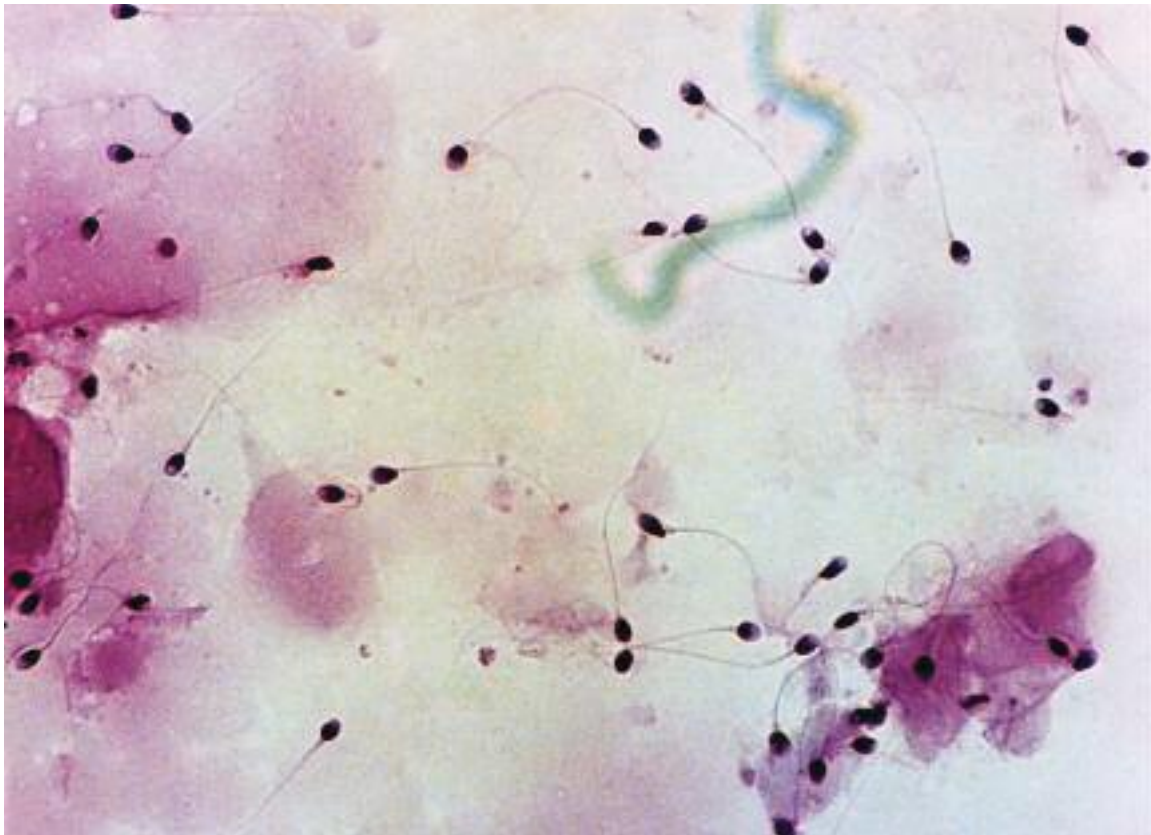
Schéma des spermatozoïdes et des *Trichomonas*

On s'inquiète de ne pas reconnaître les spermatozoïdes ou de les confondre avec le *Trichomonas* (une ITS).

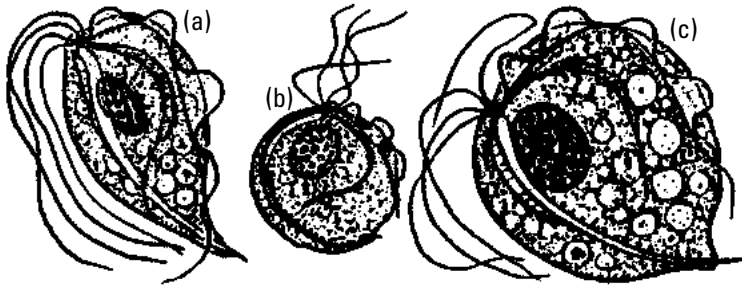
Le spermatozoïde est mobile de 8 à 12 heures après l'éjaculation dans le vagin. Le spermatozoïde a une tête; la partie blanche de la tête (acrozome) contient l'ADN. Il a aussi une queue allongée, le flagelle. Après 24 à 48 heures, on ne retrouve que très peu de spermatozoïdes complets au niveau vaginal (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.

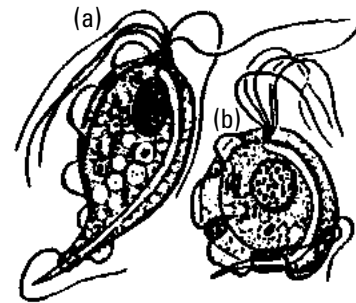
Spermatozoïdes



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 5

Points à surveiller

Formulaires

- Ne pas oublier de noter correctement la date et l'heure (24:00) de l'examen ainsi que la date et l'heure de l'agression (formulaire 2). Cela 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 et toutes ses copies, car ceci permet de faire le lien entre les prélèvements et la victime;
- remettre les étiquettes du formulaire non utilisés dans la trousse;
- détruire les scellés non-utilisés (formulaire 14);
- ne pas oublier d'indiquer si la victime a eu une relation consentante dans les 5 jours précédant l'examen ainsi que la date et l'heure (formulaire 5);
- 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.

74

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 marqué « snowcoat »);
- ne pas oublier de parapher les étiquettes sur les tubes;
- mettre les étiquettes sur les contenants des 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 rinçage 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 rinçage buccal le plus rapidement possible (en début d'examen);
- lorsqu'il y a un 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).

Vêtements

- Mettre les petits vêtements dans des sacs en papier et inclure dans la trousse;
- mettre les vêtements plus volumineux dans des sacs en papier et les regrouper dans un grand sac de papier épais. Sceller avec le rabat, apposer l'étiquette de scellé AD- dans la case appropriée et parapher;
- faire sécher les vêtements ou aviser le policier de voir à ce que ces vêtements soient séchés le plus rapidement possible.

Lame de réserve pour l'analyse d'ADN

- Ne pas remettre cette lame dans la trousse. Elle doit être conservée au centre désigné (dans un endroit réservé à cette fin et verrouillé);
- la victime doit être informée qu'une telle lame est conservée au centre désigné (feuille d'information à lui remettre);
- il est nécessaire d'avoir le consentement écrit (voir Annexe 10) de la victime avant de remettre cette lame au policier.

ANNEXE 6

Étude statistique sur 1 000 dossiers d'agression sexuelle

Martine Bazinet, Caroline Paquet, Dominic Granger, Maria Fiorillo, Christine Jolicoeur, Karine Marcoux-Legault, Claude Chamberland, Franziska Baltzer* et France Gingras, Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale

* Hôpital de Montréal pour enfants

A. Buts de l'étude

Le Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale a effectué une étude à grande échelle pour déterminer la proportion de dossiers d'agression sexuelle où le profil d'ADN appartenant vraisemblablement à l'agresseur est obtenu. Cette étude cible les cas d'agression sexuelle pour lesquels les prélèvements corporels de la victime ont été effectués à l'aide d'une trousse médico-légale. Ces prélèvements ont été transmis au laboratoire, avec ou sans autres pièces à conviction. Entre 2002 et 2007, plus de 1 665 dossiers d'agression sexuelle répondant à ce critère ont été reçus; parmi eux, 1 000 ont été compilés pour cette étude statistique.

Ces statistiques ont permis de vérifier comment la proportion de dossiers où le profil de l'agresseur est retrouvé varie en fonction de plusieurs paramètres (âge des victimes, délai entre l'agression sexuelle et l'examen médical, types de prélèvements, résultat de l'examen génital, perte de conscience de la victime).

76

Voici un résumé des résultats obtenus dans cette étude.

B. Résultats

1. Résultat général de l'étude :

Dans 47,3% des dossiers analysés, un profil génétique appartenant vraisemblablement à l'agresseur est trouvé. Donc, dans presque la moitié des dossiers, le profil génétique de l'agresseur a pu être obtenu et être déposé dans la Banque nationale de données génétiques¹.

2. Résultats en fonction de l'âge et du sexe des victimes

Tableau 1 : Résultats des analyses génétiques en fonction de l'âge et du sexe des victimes

Catégorie	Dossiers avec le profil de l'agresseur	Sexe de la victime
0-10 ans	16/138 (11,6%)	F: 11 M: 5
11-17 ans	120/259 (46,3%)	F: 117 M: 3
18 ans et +	337/603 (55,9%)	F: 330 M: 7
Total	473/1000 (47,3%)	

1. www.nddb.bndg.org

Selon ces résultats, il y a beaucoup plus de chances de trouver le profil de l'agresseur lorsque la victime est âgée de plus de 10 ans (46,3 à 55,9%). Cela concorde avec le fait que chez les jeunes enfants (0-10 ans), il s'agit souvent d'attouchements plutôt que de pénétration. De plus, dans cette catégorie d'âge, les délais entre l'agression sexuelle et l'examen médico-légal peuvent être plus longs ou indéterminés. En ce qui concerne le sexe, les victimes sont majoritairement de sexe féminin.

Dans les cas d'agression d'enfants de moins de 10 ans, le profil de l'agresseur a pu être déterminé dans 11,6 % des dossiers analysés. Ce profil a été mis en évidence à partir, principalement, des prélèvements cutanés et des vêtements et de la literie.

3. Résultats des analyses génétiques faites à partir de différents types de prélèvements corporels en fonction du délai entre l'agression sexuelle et l'examen médical

Tableau 2 : Résultats des analyses génétiques en fonction du délai pour les écouvillons vaginaux (803)

Délai	Écouvillons vaginaux avec le profil de l'agresseur
Moins de 1 jour	179/512 (35,0 %)
1 à 2 jours	30/116 (25,9 %)
2 à 3 jours	16/69 (23,1 %)
3 à 4 jours	3/39 (7,7 %)
4 à 5 jours	1/29 (3,4 %)
Plus de 5 jours*	0/13
Non déterminé*	0/25
Total	229/803 (28,5 %)

Dans 28,5% des écouvillons vaginaux, le profil de l'agresseur a pu être mis en évidence. La grande majorité des profils ont été obtenus dans des prélèvements faits 3 jours ou moins après l'agression. Toutefois, il est possible d'avoir un résultat positif dans un délai de 4 à 5 jours.

Tableau 3 : Résultats des analyses génétiques en fonction du délai pour les lavages vaginaux (745)

Délai	Lavages vaginaux avec le profil de l'agresseur
Moins de 1 jour	160/483 (33,1 %)
1 à 2 jours	22/108 (20,4 %)
2 à 3 jours	11/65 (16,9 %)
3 à 4 jours	4/38 (10,5 %)
4 à 5 jours	0/29
Plus de 5 jours*	0/12
Non déterminé*	0/10
Total	197/745 (26,4 %)

* Seulement pour la catégorie 0-10 ans.

Le taux de succès avec les lavages vaginaux (26,4%) est un peu plus faible que celui observé avec les écouvillons vaginaux (28,5%). Toutefois, dans certains cas (5/197), le profil de l'agresseur a pu être déterminé seulement par l'analyse du lavage vaginal.

Tableau 4: Résultats des analyses génétiques en fonction du délai pour les écouvillons anaux (266)

Délai	Écouvillons anaux avec le profil de l'agresseur
Moins de 1 jour	33/153 (21,6%)
1 à 2 jours	2/41 (4,9%)
2 à 3 jours	0/22
3 à 4 jours	0/19
4 à 5 jours	0/6
Plus de 5 jours*	0/5
Non déterminé*	0/20
Total	35/266 (13,2%)

En ce qui concerne les écouvillons anaux, 13,2% de ceux-ci ont permis de déterminer le profil de l'agresseur. La totalité de ces profils a pu être mise en évidence dans des prélèvements faits moins de 2 jours après l'agression. Étant donné ces résultats, il n'est pas recommandé d'effectuer un prélèvement anal chez une victime si le délai est plus de 2 jours.

78

Tableau 5: Résultats des analyses génétiques en fonction du délai pour les rinçages buccaux (265)

Délai	Rinçages buccaux avec le profil de l'agresseur
Moins de 1 jour	16/189 (8,5%)
1 à 2 jours	0/35
2 à 3 jours	0/22
3 à 4 jours	0/11
4 à 5 jours	0/6
Plus de 5 jours*	0/1
Non déterminé*	0/1
Total	16/265 (6,0%)

* Seulement pour la catégorie 0-10 ans.

Il y a 6% des rinçages buccaux qui ont permis de déterminer le profil de l'agresseur. Tous les profils sont détectés dans des prélèvements faits moins de 1 jour après l'agression. Ainsi, il n'est pas nécessaire d'effectuer ce type de prélèvement si le délai dépasse 24 heures.

Tableau 6 : Résultats des analyses génétiques en fonction du délai pour les écouvillons cutanés (433)

Délai	Écouvillons cutanés avec le profil de l'agresseur
Moins de 1 jour	154/375 (41,1 %)
1 à 2 jours	4/29 (13,8 %)
2 à 3 jours	0/9
3 à 4 jours	0/1
4 à 5 jours	0/2
Plus de 5 jours*	0/2
Non déterminé*	0/15
Total	158/433 (36,5 %)

* Seulement pour la catégorie 0-10 ans.

Le profil de l'agresseur a été mis en évidence dans 36,5% des écouvillons cutanés analysés. Ce taux de succès est plus élevé que celui observé avec les prélèvements vaginaux. La totalité des résultats positifs ont été obtenus avec des prélèvements faits moins de 2 jours après l'agression. Il n'est donc pas recommandé d'effectuer ce type de prélèvement si le délai est supérieur à 48 heures (sauf dans les cas où la victime ne se serait pas lavée).

Tableau 7 : Conclusion sur les délais maximaux

Types de prélèvements	Délais maximaux observés
Écouvillons vaginaux	4,2 jours
Lavages vaginaux	3,9 jours
Écouvillons anaux	1,9 jours
Écouvillons cutanés	1,4 jours
Rinçages buccaux	Moins de 1 jour

Suivant ces résultats, il est recommandé d'effectuer les prélèvements vaginaux (écouvillons et lavage) jusqu'à un délai de 5 jours après l'agression. En ce qui concerne le prélèvement anal et le prélèvement cutané, il est recommandé d'effectuer ces types de prélèvements jusqu'à un délai de 2 jours après l'agression. Dans le cas du rinçage buccal, il faut que le délai soit de 1 jour ou moins après l'agression pour effectuer ce type de prélèvement.

N. B. : Il est important de se rappeler que pour tous les types de prélèvements, plus le délai est court entre l'agression et l'examen médico-légal, plus la chance de mettre en évidence le profil de l'agresseur est élevée.

4. Résultats en fonction des autres types de pièces

Dans 31,8% des cas d'agression sexuelle, le profil génétique de l'agresseur a pu être mis en évidence à partir de prélèvements corporels de la trousse médico-légale (écouvillons vaginaux, lavage vaginal, écouvillons anaux, écouvillons cutanés et rinçage buccal). Toutefois, dans 15,5% des dossiers analysés, le profil de l'agresseur a pu être déterminé seulement à partir d'autres pièces (vêtements, literie, corps étrangers, etc.). Il est donc important, selon les circonstances de l'agression, de penser à recueillir ce type de pièce.

5. Corrélation entre les résultats des tests préliminaires pour la recherche de sperme et les résultats d'ADN

Certains tests préliminaires sont utilisés au Laboratoire afin de mettre en évidence la présence de sperme dans les prélèvements de la trousse médico-légale et sur d'autres pièces (vêtements, literie, etc.).

L'un des tests de routine utilisés sur tous les types de prélèvements est le test de la PA (phosphatase acide). La phosphatase acide est une enzyme qui se retrouve en grande quantité dans le liquide séminal. Un autre test nommé P30 est un test qui permet de détecter la présence de la protéine prostatique P30. Ce test n'est pas utilisé de routine, mais peut être fait dans certaines circonstances. L'analyse microscopique des spermatozoïdes est une méthode utilisée fréquemment et elle permet de confirmer la présence de spermatozoïdes.

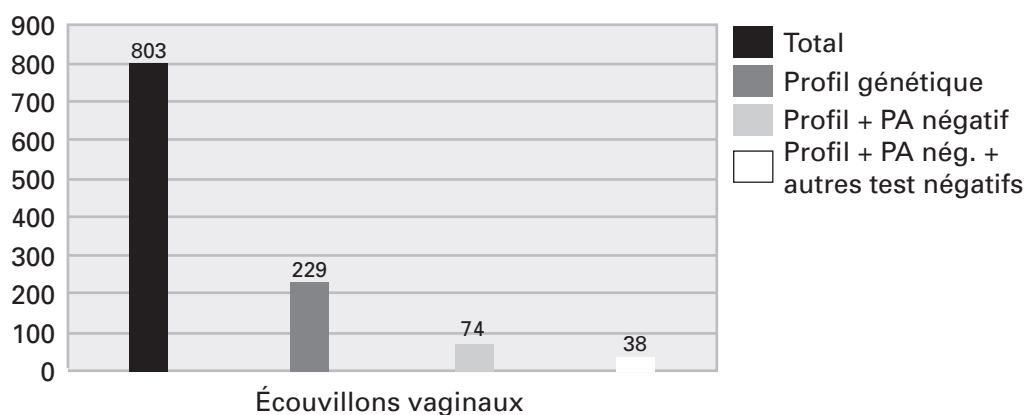


Figure 1 : Étude comparative des résultats des tests préliminaires avec les résultats d'ADN à partir des écouvillons vaginaux

Dans 229 des 803 écouvillons vaginaux analysés, le profil de l'agresseur a pu être mis en évidence. De ces 229 écouvillons avec le profil de l'agresseur, 74 ont eu un test PA négatif. De plus, 38 écouvillons sur ces 74 se sont aussi révélés négatifs pour d'autres tests (P30 et/ou analyse microscopique). Donc, l'analyse génétique (ADN) demeure plus sensible que les analyses préliminaires (PA, P30 et analyse microscopique). C'est la raison pour laquelle une analyse génétique (ADN) sera effectuée avec les prélèvements corporels de la trousse médico-légale, même si les tests préliminaires se sont avérés négatifs.

6. Résultats en fonction de l'examen génital

Pour les agressions sexuelles où il y avait eu possiblement pénétration vaginale ou anale, les résultats de l'examen génital ont été compilés selon la classification de Joyce Adams (voir annexe 1). La catégorie « Anormal non spécifique » regroupe des blessures et des lésions qui ont été observées, mais qui ont pu être occasionnées par un événement autre qu'une agression sexuelle. Alors que la catégorie « Anormal spécifique » regroupe des blessures ou des lésions qui sont associées à une agression sexuelle.

Tableau 8 : Résultats des analyses génétiques en fonction de l'examen génital

Classification de l'examen génital	Écouvillons vaginaux avec le profil de l'agresseur
Normal	165/575 (29 %)
Anormal non spécifique	50/168 (30 %)
Anormal spécifique	12/37 (32 %)
Non pertinent*	0/1
Inclassable**	2/22
Total	229/803 (29 %)

* Cas où il y n'y a pas eu de pénétration vaginale ou anale.

** Cas où les descriptions des lésions et blessures vaginales et anales sont illisibles ou inexactes.

Les pourcentages observés dans les catégories «Normal», «Anormal non spécifique» et «Anormal spécifique» sont sensiblement équivalents. Il n'y a donc pas plus de chances de retrouver le profil de l'agresseur lorsqu'il y a des signes évidents de traumatismes physiques dus à l'agression sexuelle (examen génital «anormal spécifique») que lorsqu'il n'y en a pas (examen «normal» ou «anormal non spécifique»).

7. Résultats en fonction du degré de conscience de la victime

Dans environ 30 % des dossiers analysés (305/1000), la victime allègue avoir eu une perte de mémoire (partielle ou totale) due à des substances qu'elle aurait consommées (volontairement ou à son insu) ou à une perte de conscience due à d'autres facteurs (épilepsie, traumatisme crânien, Alzheimer, hypnose, sommeil, etc.).

81

Tableau 9 : Résultats des analyses génétiques en fonction du degré de conscience de la victime

Perte de mémoire/conscience	Dossiers avec le profil de l'agresseur
Non	320/527 (61 %)
Oui (totale ou partielle)	126/305 (41 %)
Handicapés intellectuels	12/41 (29 %)
Ne s'applique pas (enfants de moins de 3 ans)	15/123 (12 %)
Total	473/1000 (47,3 %)

La mise en évidence d'un profil appartenant à l'agresseur est moins fréquente (41 %) dans les dossiers où la victime a eu une perte de conscience (partielle ou totale) comparativement aux dossiers où la victime n'a pas eu de perte de conscience (61 %). Ce taux plus bas s'explique, entre autres, par le fait qu'il y a des dossiers où la victime ne se souvient pas et ne sait donc pas si elle a été agressée ou non.

Conclusion

Cette étude a permis d'avoir des réponses à plusieurs questions concernant les résultats d'ADN obtenus avec les trousse médicolégales et elle fera l'objet d'une publication dans une revue scientifique. Plusieurs paramètres (délais, âge des victimes, types de prélèvements, etc.) ont été étudiés afin de mieux cibler l'intervention auprès des victimes. Il est clair que la trousse médicolégale est un outil très efficace pour mettre en évidence le profil génétique des agresseurs.

ANNEXE 7

Recommandations pour les différents types de prélèvements suivant les délais entre l'agression sexuelle et l'examen médico-légal

Les délais mentionnés dans le tableau ci-dessous¹ représentent les délais maximaux à l'intérieur desquels il a été possible de trouver le profil génétique (ADN) de l'agresseur selon les différents prélèvements de la trousse médico-légale.

Types de prélèvements	Délais maximaux recommandés ²
Écouvillons vaginaux	5 jours ou moins
Lavages vaginaux	5 jours ou moins
Écouvillons cutanés	2 jours ou moins
Écouvillons anaux	2 jours ou moins
Rinçages buccaux	1 jour ou moins

82

- Dans le cas d'une agression sexuelle où il y a eu pénétration vaginale, les prélèvements vaginaux (écouvillons et lavage) peuvent être effectués jusqu'à un délai de 5 jours suivant l'agression.
- Dans le cas où il y a eu une pénétration anale, le prélèvement anal peut être effectué si l'agression remonte à 2 jours ou moins.
- Pour effectuer un prélèvement cutané (salive ou sperme), le délai entre l'agression et l'examen médical doit être de 2 jours ou moins.
- Dans le cas d'une fellation, le rinçage buccal doit être fait dans un délai de 1 jour ou moins.

N. B.: Il est important de mentionner que pour tous les types de prélèvements, plus le délai est court entre l'agression et l'examen médico-légal, plus la chance de mettre en évidence le profil de l'agresseur est élevée.

1. Ces délais sont tirés de l'*Étude statistique sur 1 000 dossiers d'agression sexuelle* (annexe 6).

2. Au-delà de ces délais, il n'est plus recommandé d'effectuer ces différents types de prélèvements, car la chance de trouver le profil génétique de l'agresseur est nulle.

ANNEXE 8

Lame de réserve pour l'ADN : choix du prélèvement

Pour le frottis sur la lame de réserve pour l'ADN, il faut choisir le prélèvement le plus pertinent à faire selon les gestes commis lors de l'agression sexuelle. Dans les cas d'agression sexuelle où il y a eu un seul type de geste commis, il est recommandé de faire le frottis approprié sur lame (voir exemples ci-dessous).

Geste unique commis	Délai*	Lame de réserve
Pénétration vaginale	5 jours ou moins	frottis vaginal
Éjaculation cutanée (à un endroit précis)	2 jours ou moins	frottis cutané
Pénétration anale	2 jours ou moins	frottis anal
Fellation	1 jour ou moins	frottis buccal

Plusieurs gestes peuvent être faits au cours d'une même agression sexuelle. Par exemple, dans les cas où il y a eu pénétration vaginale et fellation, il est recommandé de faire un frottis vaginal sur la lame de réserve. D'autres exemples sont mentionnés ci-dessous :

Gestes commis	Délai	Lame de réserve
Pénétration vaginale + pénétration anale + fellation	5 jours ou moins	frottis vaginal
Pénétration vaginale + éjaculation cutanée	5 jours ou moins	frottis vaginal
Éjaculation cutanée + fellation	2 jours ou moins	frottis cutané (à l'endroit indiqué)
Éjaculation cutanée + pénétration anale	2 jours ou moins	frottis cutané (à l'endroit indiqué)
Pénétration anale + fellation	2 jours ou moins	frottis anal

Lorsqu'il y a plus d'un geste commis, il est recommandé de choisir celui qui présente le délai le plus long afin d'optimiser la chance d'obtenir le profil de l'agresseur.

Note : Dans les cas où les gestes commis sont incertains, il est recommandé de faire un frottis vaginal sur la lame de réserve.

* Ces délais sont tirés de l'Étude statistique sur 1 000 dossiers d'agression sexuelle (annexe 6).

ANNEXE 9 A

Information à l'intention des victimes d'agression sexuelle concernant la lame de réserve pour l'analyse de l'ADN

Une nouvelle lame fait maintenant partie de la nouvelle version de la trousse médico-légale et médico-sociale. Cette lame s'appelle « lame de réserve pour l'analyse de l'ADN » et a pour but de permettre la réalisation de tests d'ADN ultérieurs si cela s'avérait nécessaire.

Cette lame pourrait servir à déterminer le profil génétique de l'agresseur dans les cas où :

- vous revenez sur votre décision de porter plainte et la trousse médico-légale a été détruite;
- vous décidez de porter plainte et seule la trousse médico-sociale a été utilisée (dans un délai de 5 jours ou moins à la suite de l'agression sexuelle).

La lame de réserve pour l'analyse de l'ADN sera conservée un certain temps au centre désigné dans un endroit réservé à cette fin et verrouillé.

Cette lame ne peut être utilisée qu'avec votre consentement écrit.

Si vous décidez de porter plainte et d'utiliser cette lame, vous devez remplir et signer le document intitulé « Formulaire de consentement et de remise aux policiers de la lame de réserve pour l'analyse de l'ADN ».

ANNEXE 9 B

Information for sexual assault victims concerning the DNA analysis reserve slide

A new slide is now part of the new version of the medicolegal and medicosocial kit. This slide is called the «DNA analysis reserve slide» and has the purpose of allowing subsequent DNA tests if this proves necessary.

This slide could serve to identify the assailant's genetic profile in cases where :

- You change your mind about filing a complaint and the medicolegal kit has been destroyed
- You decide to file a complaint and only the medicosocial kit has been used (within a maximum of 5 days after the sexual assault)

The DNA analysis reserve slide will be kept for a certain period at the designated centre in a dedicated locked location.

This slide may only be used with your written consent.

If you decide to file a complaint and to use this slide, you must complete and sign the document entitled «Form respecting consent and submission of the spare slide for DNA analysis».

ANNEXE 10 A

<p>Nom de l'établissement</p> <hr/> <p>Ville : _____ N° de téléphone : _____</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Nom</td> <td colspan="2">Prénoms</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">N° de naissance</td> <td style="width: 15%;">Sexe</td> <td colspan="2">N° de téléphone</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Adresse</td> </tr> <tr> <td colspan="4">N° de dossier médical</td> </tr> </table>	Nom		Prénoms		N° de naissance	Sexe	N° de téléphone		Adresse				N° de dossier médical			
Nom		Prénoms															
N° de naissance	Sexe	N° de téléphone															
Adresse																	
N° de dossier médical																	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET DE REMISE AU POLICIER DE LA LAME DE RÉSERVE POUR L'ANALYSE DE L'ADN																	
CONSENTEMENT DE LA VICTIME																	
<p>Je, _____, consens par la présente à la remise de la lame de réserve pour l'analyse de l'ADN, dans son porte-lame aux policiers, afin qu'elle puisse être utilisée dans le déroulement d'une enquête policière.</p> <p style="text-align: right;">Année Mois Jour</p> <p>Signature : _____ Date : _____</p>																	
REMISE DE LA LAME DE RÉSERVE POUR L'ANALYSE DE L'ADN																	
<p style="text-align: right;">Année Mois Jour</p> <p>Date de remise : _____</p> <p>Intervenant ou intervenante qui remet la lame (dans son porte-lame) au policier :</p> <p>Nom : _____ (en lettres majuscules) N° de téléphone : _____</p> <p>Signature : _____</p> <p>Policier ou policière qui prend possession de la lame (dans son porte-lame) :</p> <p>Nom : _____ (en lettres majuscules) N° de téléphone : _____</p> <p>Signature : _____ N° matricule : _____</p>																	
#4-435 OT (36-89)	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET DE REMISE AU POLICIER DE LA LAME DE RÉSERVE POUR L'ANALYSE DE L'ADN	DOSSIER DE L'USAGER															
#4-438 OT (36-03)	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET DE REMISE AU POLICIER DE LA LAME DE RÉSERVE POUR L'ANALYSE DE L'ADN	LABORATOIRE JUDICIAIRE															
#4-435 OT (36-89)	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET DE REMISE AU POLICIER DE LA LAME DE RÉSERVE POUR L'ANALYSE DE L'ADN	POLICIER															
#4-435 OT (36-89)	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET DE REMISE AU POLICIER DE LA LAME DE RÉSERVE POUR L'ANALYSE DE L'ADN	SUBSTITUT DU PROCUREUR GÉNÉRAL															

ANNEXE 10 B

Case # (if applicable): _____

Investigator: _____ Telephone No.: _____

Officer name: _____ Officer rank: _____

Case # (if any): _____ Date: _____ Telephone No.: _____

Address: _____

Medical file No.: _____

**FORM RESPECTING CONSENT AND SUBMISSION
OF THE SPARE SLIDE FOR DNA ANALYSIS**

CONSENT OF THE VICTIM

I, _____, hereby consent to the spare slide being submitted for DNA analysis, in its slide holder, to the police officers so that it can be used in conducting a police investigation.

Date: _____
Year Month Day

Signature: _____

SUBMISSION OF THE SPARE SLIDE FOR DNA ANALYSIS

Date of submission: _____
Year Month Day

Resource-person who submits the slide (in its slide holder) to the police officer:

Name: _____ (please print) Telephone No.: _____
Area code

Signature: _____

Police officer who takes possession of the spare slide (in its slide holder):

Name: _____ (please print) Telephone No.: _____
Area code

Signature: _____ Identification number: _____

24-436A-07 (rev. 05-02)

FORM RESPECTING CONSENT AND SUBMISSION OF THE SPARE SLIDE FOR DNA ANALYSIS

USER'S RECORD

4-436A-07 (rev. 05-02)

FORM RESPECTING CONSENT AND SUBMISSION OF THE SPARE SLIDE FOR DNA ANALYSIS

FORENSIC LABORATORY

4-436A-07 (rev. 05-02)

FORM RESPECTING CONSENT AND SUBMISSION OF THE SPARE SLIDE FOR DNA ANALYSIS

POLICE

4-436A-07 (rev. 05-02)

FORM RESPECTING CONSENT AND SUBMISSION OF THE SPARE SLIDE FOR DNA ANALYSIS

CROWN ATTORNEY

Pour tout autre renseignement, veuillez vous adresser à :

Dr^e 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
Télééc.: 514 412-4319
franziska.baltzer@muhc.mcgill.ca

M^{me} France Gingras

Biologiste judiciaire

Laboratoire de sciences judiciaires
et de médecine légale
Section biologie
Tél.: 514 873-3301, poste 61504
Télééc.: 514 873-4847
france.gingras@msp.gouv.qc.ca

Dr Jean-Yves Frappier

Pédiatre

Centre hospitalier universitaire
Sainte-Justine
Médecine de l'adolescence et pédiatrie sociale
Tél.: 514 345-4722
Télééc.: 514 345-4778
acsacaah@globetrotter.net

M^{me} Deborah Trent

Travailleuse sociale

Centre pour les victimes d'agression sexuelle
de Montréal
Tél.: 514 934-0354, poste 7450
Télééc.: 514 934-3776
trentcvasm@videotron.ca

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	5
Prophylaxie de la gonorrhée et de la chlamydia	5
a) Enfants	5
b) Adolescentes, 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	9
Prévention de la grossesse	10
Plaintes psychosomatiques, anxiété, insomnie	10
Préparation du suivi médical	11
Conclusion	11
Annexe 1: Prophylaxie postexposition au VIH (PPE)	13

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, la présente 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 anesthésiante (comme Hupercainal®) pour diminuer la douleur ;
- des émoullients pour éviter la constipation, soit le Lansoÿl® chez les enfants de plus de 18 mois ou le Senokot® pour les adolescentes, les adolescents et les adultes ;
- d'éviter les stimulants de la fibre musculaire.

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 ou, très rarement, contre le VIH soit offert. Sauf pour l'hépatite B, les traitements prophylactiques sont rarement administrés d'emblée. Pour l'hépatite B, on présume que toutes les victimes qui sont nées en 1985 et par la suite ou, pour les personnes immigrées, qui étaient en quatrième année du primaire en 1994 et les années suivantes, ont été vaccinées à l'école, puisque la vaccination en milieu scolaire a débuté en 1994.

4

Dans les premiers jours après l'agression sexuelle, chez une victime déjà active sexuellement, il peut être difficile de distinguer une ITS qu'elle avait déjà d'une ITS qu'elle a pu contracter au moment de l'agression sexuelle. Si les tests pour chlamydia et gonorrhée étaient négatifs dans les tous premiers jours et positifs à la relance de 14 jours, on pourrait penser que les probabilités que l'infection ait été contractée lors de l'agression sexuelle sont plus élevées, sans certitude toutefois.

Traitement des ITS détectées

Le médecin traite sur-le-champ les ITS symptomatiques qui sont détectées (*Trichomonas* au microscope).

Il se peut qu'une *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeæ* 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 l'ordonnance pourra être effectuée par téléphone à sa pharmacie.

Le traitement des ITS est gratuit pour les ITS bactériennes et le médecin mentionne le code K-sujet traité et le code L-partenaire, si cela est indiqué.

* Cette section est adaptée des *Lignes directrices canadiennes pour les ITS*, 2008.

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 d'ITS : pertes vaginales, écoulement urétral, brûlements mictionnels ou génitaux, verrues, bosses, ulcères, vésicules, etc. Si des symptômes apparaissaient, 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.

Prophylaxie de la gonorrhée et de la chlamydia

Au Québec, la chlamydia et la gonorrhée 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** (après un mois de vie), 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* ou ceftriaxone, 125 mg, IM, en dose unique ;
PLUS
- Azithromycine**, 1 g *per os* en dose unique.

* La céfixime et la ceftriaxone ne doivent pas être prescrites si une allergie est connue aux céphalosporines ou s'il y a déjà eu une réaction immédiate ou anaphylactique aux pénicillines. On pourra alors donner de la ciprofloxacine 500 mg *per os* (toutefois, certaines souches sont résistantes).

** L'azithromycine, la céfixime et la ceftriaxone peuvent être utilisées en cas de grossesse.

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. Au Québec, la vaccination a débuté en quatrième année du primaire en 1994. Les victimes qui sont nées en 1985 et après ou qui sont immigrées et qui étaient en quatrième année du primaire en 1994 et par la suite sont présumées avoir été vaccinées. Le médecin doit aussi tenir compte du risque de contamination par le virus et du choix de la victime.

Les **facteurs de risque d'ITS chez l'agresseur** sont plus élevés s'il s'agit:

- d'un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH);
- d'un usager de drogues par voie intraveineuse;
- d'un détenu ou d'un ex-détenu;
- d'un homme ayant des relations sexuelles avec de multiples partenaires sexuels;
- 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 de nouveau:

- 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 donne une dose de rappel dans les plus brefs délais (le plus tôt possible; maximum 14 jours).

Après un mois, on dose les anticorps de nouveau:

- 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 elle a reçu uniquement 1 ou 2 doses du vaccin:**
 - on peut, 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 hyperimmunes 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.

c) Doses des immunoglobulines et du vaccin

- **Immunoglobulines hyperimmunes contre l'hépatite B (HBIG):**

- 0,06 ml/kg (maximum 5 ml) intramusculaire

- **Vaccin:**

- **Recombivax-HB**

10 ans et -	11 à 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

- **Twinrix**

1 à 18 ans	19 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

Cette section est tirée du *Guide pour la prophylaxie post-exposition VIH des personnes exposées à des liquides biologiques dans un contexte non professionnel* (Gouvernement du Québec, 2009).

Définition des termes

- PPE: prophylaxie postexposition
- ITSS: infections transmises sexuellement et par le sang
- UDI: usager de drogues par voie intraveineuse
- HARSAH: homme ayant des relations sexuelles avec des hommes

L'ensemble des études indique que la transmission du VIH survient très rarement à la suite d'une agression sexuelle. Aucune victime d'agression sexuelle commise au Québec n'a été rapportée ou est connue des centres désignés comme ayant contracté le VIH (plus de 20000 victimes depuis 1977). Toutefois, en 2007, un cas était sous investigation, et l'agresseur vient des groupes à risque (agresseur originaire d'un pays où la maladie est endémique).

Généralement, la PPE* n'est pas recommandée à la suite d'une agression sexuelle.

SAUF

Exposition	Statut de la source pour VIH	Recommandation		
		Non recommandée	Recommandée	Considérée*
Anale réceptive	Négatif	x		
	Positif		x	
	Inconnu			x
Anale insertive	Négatif	x		
	Positif		x	
	Inconnu			x
Vagin-pénis réceptive ou insertive	Négatif	x		
	Positif		x	
	Inconnu			x
Orale réceptive avec éjaculation	Négatif	x		
	Positif			x
	Inconnu	x		
Orale réceptive sans éjaculation	Négatif	x		
	Positif	x		
	Inconnu	x		
Oral insertive avec ou sans éjaculation	Négatif	x		
	Positif	x		
	Inconnu	x		
Femme-femme	Négatif	x		
	Positif			x
	Inconnu	x		

* La PPE peut être considérée si l'agresseur fait partie d'un groupe à risque :

- UDI ou suspecté d'être un UDI (marques de site d'injection, incarcération);
- HARSAH;
- Personne provenant d'une région où la maladie est endémique.

La PPE peut aussi être considérée dans certaines circonstances exceptionnelles :

- pour des raisons médicales : par exemple, lésions génitales ou anales importantes ;
- pour des raisons émotionnelles : par exemple, une anxiété importante quant à la possibilité de transmission du VIH, une perception du risque excessive par rapport au risque réel.

La décision doit être prise au cas par cas, en considérant les risques et les bénéfices.

La prophylaxie postexposition au VIH doit être administrée le plus tôt possible dans les 72 heures. Elle n'est pas indiquée si l'agression sexuelle date de plus de 72 heures. Elle est administrée pour 28 jours.

Par contre, au moment de la première évaluation, il peut être difficile de bien cerner tous les détails et les facteurs de risque pour les ITSS. L'état de stress aigu fragilise la victime, l'empêche de bien assimiler toute l'information qui lui est présentée, rend une discussion sur la PPE peu opportune et diminue la possibilité d'avoir un consentement éclairé. De plus, certaines victimes ont été intoxiquées involontairement et elles n'ont pas de souvenirs précis de l'agression sexuelle ou de leur agresseur.

En conséquence, les centres désignés devraient avoir une **trousse de départ** pour la prophylaxie du VIH avec les médicaments nécessaires pour quelques jours. En effet, **on recommande, si un traitement prophylactique est prescrit, que des médicaments soient remis pour 3 jours à la victime et que celle-ci soit alors revue afin de réévaluer la pertinence de poursuivre la médication.** La victime sera dans un état émotionnel plus favorable pour évaluer les risques, comprendre les enjeux, intégrer l'information et prendre une décision éclairée quant à poursuivre ou non la prophylaxie.

Dans le doute, 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.

Trousse de départ (3 jours)

La médication (trithérapie) de la trousse de départ comprendrait : Combivir^{MD}, 1 comprimé BID, et Kaletra^{MD} (lopinavir/ritonavir), 2 comprimés 200/50 BID (voir annexe 1 pour des conseils sur la médication).

N. B. : Il faut se référer au *Guide pour la prophylaxie post-exposition VIH des personnes exposées à des liquides biologiques dans un contexte non professionnel* (Gouvernement du Québec, 2009) pour toute l'information relative à la prophylaxie postexposition au VIH (voir annexe 1).

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, chez la victime qui était active sexuellement auparavant, 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, même si elle le connaît. 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 2 comprimés pouvant être pris **en une seule fois**, ce qui est plus efficace que le comprimé pris 2 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 Gravo!® 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.

10

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. 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 14 jours après l'agression sexuelle, la première visite de relance sera proposée de 14 à 21 jours après l'agression. 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 d'insomnie ou d'anxiété selon les circonstances.

Si la victime a été vue plus de 14 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 4 semaines après l'agression sexuelle pourrait être revue 2 mois plus tard (sérologie ITS de 3 mois), cependant une victime examinée 6 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 que la victime se sente concernée par 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.

Pour tout autre renseignement, veuillez vous adresser à :

D^{re} 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
Télec. : 514 412-4319
Courrier électronique :
franziska.baltzer@muhc.mcgill.ca

M^{me} France Gingras

Biologiste judiciaire

Laboratoire de sciences judiciaires
et de médecine légale
Section biologie
Tél. : 514 873-3301, poste 61504
Télec. : 514 873-4847
Courrier électronique :
france.gingras@msp.gouv.qc.ca

D^r Jean-Yves Frappier

Pédiatre

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
Médecine de l'adolescence et pédiatrie sociale
Tél. : 514 345-4722
Télec. : 514 345-4778
Courrier électronique : acsacaah@globetrotter.net

M^{me} Deborah Trent

Travailleuse sociale

Centre pour les victimes
d'agression sexuelle de Montréal
Tél. : 514 934-0354, poste 7450
Télec. : 514 934-3776
Courrier électronique : trentcvasm@videotron.ca

Annexe 1

Prophylaxie postexposition au VIH (PPE)

Tiré et adapté du *Guide pour la prophylaxie post-exposition VIH pour les personnes exposées à des liquides biologiques dans un contexte non professionnel* (gouvernement du Québec, 2009).

L'épidémiologie de l'infection au VIH-sida au Québec précise qu'essentiellement les utilisateurs de drogues injectables (UDI), les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et les personnes originaires de pays endémiques sont les groupes sociaux où la transmission de l'infection au VIH est la plus fréquente et constituent plus de 80% des cas déclarés.

Généralement, la prescription d'une PPE sera indiquée lorsqu'il y a une exposition significative à des liquides biologiques pouvant transmettre le VIH par une personne infectée par le VIH (personne source). Il n'y a aucune indication de prescrire un traitement préventif lorsque la personne source n'est pas infectée par le VIH. Dans les cas où le statut infectieux de la personne source est inconnu, la décision devra se baser sur le risque associé à la transmission selon le type d'exposition et l'épidémiologie de l'infection au VIH dans la population concernée (voir tableaux).

Évaluation des victimes à la suite d'une exposition potentielle au VIH

L'évaluation d'une victime potentiellement exposée au VIH doit se faire **le plus rapidement possible, car si un traitement préventif antirétroviral (PPE) doit être prescrit, la médication doit être débutée au plus tôt**. Les éléments suivants sont à considérer lors d'une évaluation :

- **Le statut infectieux de la victime exposée pour l'infection par le VIH.** Il n'y a pas d'indication de prescrire la PPE si la victime exposée est déjà infectée par le VIH.
- **Le statut infectieux de l'agresseur pour l'infection par le VIH.** La majorité du temps, il est impossible d'obtenir cette information. La probabilité qu'il soit infecté par le VIH correspond à la prévalence retrouvée dans la communauté ou dans le groupe à risque dont il fait partie (voir tableau p.15).
- **L'exposition**
 - Le délai depuis l'exposition. Si le délai est supérieur à 72 heures, il n'y a pas d'indication de prescrire une PPE.
 - **Le type d'exposition.** Lors d'une exposition sexuelle, il est important de déterminer le type de contact sexuel, le risque pouvant varier selon le type de pratique sexuelle (voir tableau p.15).
- **La fréquence de l'exposition.** La PPE devrait être prescrite dans les situations où l'exposition est ponctuelle. Une victime ayant présenté des expositions répétées par le même agresseur il y a plus de 3 jours ne devrait pas recevoir une PPE.

Le clinicien doit aussi évaluer les avantages pour la victime de prendre la PPE et évaluer sa volonté de se faire traiter. Les risques et bénéfices de la médication doivent être abordés avec la victime afin que celle-ci accepte ou refuse le traitement avec un consentement éclairé.

Épidémiologie du VIH après une agression sexuelle

Il y a peu de littérature à propos du nombre de victimes infectées par le VIH après une agression sexuelle. On recense seulement trois cas de séroconversion au VIH à la suite d'agressions sexuelles chez des adultes aux États-Unis. Les données américaines ou d'autres pays ne sont pas généralisables à notre réalité québécoise. Toutefois, dans ses recommandations sur la PPE, le CDC, en 2005, note que les victimes d'agression sexuelle sont peu représentées dans les 40 000 nouveaux cas annuel de VIH aux États-Unis.

Une étude américaine révèle que sur 9136 enfants de moins de 13 ans infectés par le VIH ou présentant un sida aux États-Unis, 26 d'entre eux ont été victimes d'abus sexuel, alors peut-être exposés au VIH lors de cette agression. Dans la plupart des cas, le statut VIH de l'agresseur était connu par la victime ou ses parents.

Les agresseurs condamnés pour agression sexuelle ont cependant une prévalence d'infection par le VIH trois fois moindre que les prisonniers condamnés pour d'autres crimes.

À Vancouver, les services de santé qui gèrent le programme PPE à la suite d'une agression sexuelle, n'ont rapporté aucun cas de séroconversion VIH depuis 1996. Aucune victime d'agression sexuelle commise au Québec n'a été rapportée ou n'est connue des centres désignés comme ayant contracté le VIH. Toutefois, en 2007, un cas était sous investigation et l'agresseur provient des groupes à risque (pays endémique). Des données montréalaises, compilées entre 1992 et 2005 auprès de 1504 adolescentes ou adolescents âgés de 12 à 18 ans victimes d'agression sexuelle et consultant au CHU Sainte-Justine, n'ont pas démontré de séroconversion au VIH après 3 mois de suivi.

L'ensemble de ces études indique que la transmission du VIH survient très rarement, en occident, à la suite d'une agression sexuelle.

14

Risque de transmission du VIH

Le risque de transmission du VIH associé à une agression sexuelle est le même que celui d'une exposition sexuelle à risque (voir tableau page suivante). Certains facteurs sont-ils susceptibles d'influencer ce risque de transmission du VIH après une agression sexuelle? On mentionne souvent que l'agression sexuelle entraîne d'emblée des lésions génitales et augmenterait ainsi le risque de transmission. Et pourtant, dans des études québécoises et américaines, on note des lésions génitales significatives (traumatiques) chez 5 à 6 % et anales chez moins de 1 % des enfants de moins de 12 ans. Aussi, dans une étude québécoise, on note 3,8 % de lésions significatives à l'hymen chez les adolescentes et aucune à l'anus. Les données québécoises chez les adultes victimes d'agression ne sont pas publiées, mais les professionnels des centres désignés de Montréal mentionnent des taux peu élevés après 30 ans d'expérience auprès de plus de 20 000 victimes. La prévalence d'ITSS est aussi peu élevée. Il faut aussi mentionner que l'agression sexuelle est, la plupart du temps, un geste unique, particulièrement chez les adolescentes et les adultes. Les chances de transmission d'une ITSS sont moindres que lors de gestes sexuels répétés. De plus, étant donné la recherche d'ADN qui permet d'identifier plus facilement l'agresseur, l'usage du condom s'est répandu dans les situations d'agression sexuelle. Chez les enfants, on retrouvera plus d'abus sexuel chronique que chez l'adulte, mais très rarement de pénétration vaginale ou anale; en conséquence, la prévalence des ITSS chez les prépubères est très faible, particulièrement au Québec, selon l'expérience des centres experts.

Donc, on évalue que le risque de transmission du VIH lors d'une agression sexuelle n'est pas plus élevé que le risque associé à une relation sexuelle consentante non protégée.

Risque de transmission associé à une exposition sexuelle, source connue infectée par le VIH1

Type d'exposition	Risque
Relation orale insertive	0,005 %
Relation orale réceptive	0,01 %
Relation vaginale insertive	0,05 %
Relation anale insertive	0,065 %
Relation vaginale réceptive	0,1 %
Relation anale réceptive	0,5 %

Prévalences observées dans différentes populations québécoises

Population	Année de collecte	Prévalence du VIH
UDI	1995-2006	14,5 %
HARSAH	2005	12,5 %
Personnes incarcérées (UDI et non UDI amalgamées)	2003	3,4 %
Personnes originaires d'Haïti	1994-1996	1,3 %
Jeunes de la rue (15-24 ans) (UDI et non UDI amalgamés)	2001-2004	0,9 % (chez les 18 ans et plus, tous UDI)

ITSS et VIH chez des victimes adolescentes d'agression sexuelle : résultats d'un centre désigné (CHU Sainte-Justine)

Le protocole de tests pour ITSS implique, lors de la consultation initiale, un dépistage sérologique (VIH, hépatite B, syphilis) et par cultures ou PCR (gonorrhée, chlamydia) et trichomonase. Deux semaines plus tard, les cultures ou les PCR sont répétés à nouveau et trois mois après l'agression, les sérologies sont effectuées à nouveau. Les victimes étaient majoritairement des filles (92,4 %) âgées de 12 à 17 ans; 75 % connaissaient leur agresseur. Chez 69 % des victimes, il y a eu pénétration vaginale, alors que pour 14 % d'entre elles, il y a eu pénétration anale. Chez 15 % des victimes, les gestes commis étaient des attouchements, donc sans risque de transmission d'ITSS. Des lésions de la zone génitale ou anale ont été notées chez 9,4 % des victimes (3,8 % à l'hymen); il s'agit de lacérations, abrasions, ecchymoses. Lors du dépistage initial ou deux semaines après l'agression sexuelle, 80 (6,3 %) des victimes testées avaient une ITS: une chlamydia pour 59 (5,2 %), les autres ITS étant retrouvées chez moins de 1 %: condylomes (N = 10),

Trichomonas (N = 6), hépatite B (N = 3) herpès, (N = 1) et gonorrhée (N = 1). La plupart de ces ITS ne sont probablement pas attribuables à l'agression sexuelle. Comme 70 % des victimes sont déjà actives sexuellement au moment de l'agression sexuelle, plusieurs sont déjà infectées, mais non dépistées. En effet, 37 des 59 victimes positives pour la chlamydia le sont en dedans de 48 heures après l'agression sexuelle. C'est aussi le cas de 2 des 3 sérologies positives pour hépatite B; pour la troisième, il s'agit d'une séroconversion à trois mois à la suite d'une agression sexuelle survenue dans un pays endémique. Au total, 70 % des victimes dites à risque (pénétration orale, vaginale ou anale) ont eu une sérologie à trois mois. **Aucune sérologie VIH ou syphilis n'est positive.**

Feuillet d'information sur les médicaments

Lopinavir/ritonavir (Kaletra^{MD})

Comprimés combinant 200 mg de LPV + 50 mg de RTV

Comment ce médicament agit-il?

Le lopinavir et le ritonavir sont des antirétroviraux qui agissent en empêchant la multiplication du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Ils font partie d'une classe de médicaments appelée « inhibiteurs de la protéase virale ».

Le Kaletra^{MD}, accompagné d'autres antirétroviraux, est utilisé le plus rapidement possible après une exposition au VIH afin d'empêcher le virus de se propager dans votre organisme et ainsi éviter une infection.

Comment prendre ce médicament?

- Kaletra^{MD}: 2 comprimés, 2 fois par jour aux 12 heures.
- Prendre le Kaletra^{MD} avec ou sans nourriture.

Il est important de prendre le Kaletra^{MD} de façon régulière, aux mêmes heures chaque jour, et de respecter l'horaire établi le plus fidèlement possible.

J'ai oublié de prendre une dose!

Prenez la dose oubliée dès que possible et poursuivez votre traitement selon l'horaire prévu.

Cependant, s'il est presque temps de prendre votre prochaine dose, prenez seulement cette dose selon l'horaire prévu.

Ne doublez pas la dose.

Quels sont les effets indésirables de ce médicament?

Les effets gastro-intestinaux (digestifs) tels que la diarrhée, des selles molles, des douleurs abdominales et des nausées sont parmi les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés avec le Kaletra^{MD}.

Si ceux-ci se manifestent et persistent, consultez votre pharmacien, infirmière, médecin ou diététiste afin de trouver des solutions visant à gérer ces effets indésirables.

Les autres effets indésirables fréquemment ressentis sont la sensation de fatigue ou de faiblesse et les maux de tête.

Par des prises de sang régulières, votre médecin surveillera l'effet du Kaletra^{MD} dans votre sang.

Avisez votre médecin et votre pharmacien de tout effet indésirable qui vous incommode.

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte, si vous désirez l'être ou si vous allaitez, avisez-en votre médecin avant de prendre Kaletra^{MD}.

Est-ce que je peux prendre Kaletra^{MD} avec mes autres médicaments ?*Contraceptifs oraux (pilule contraceptive)*

Le Kaletra^{MD} peut diminuer l'efficacité des contraceptifs oraux. Il est recommandé de prendre des mesures de protection supplémentaires telles que le condom en latex.

Millepertuis (St. John's wort)

Le millepertuis peut diminuer l'efficacité du Kaletra^{MD} et possiblement rendre le virus résistant à ce médicament.

Ne prenez pas de millepertuis avec le Kaletra^{MD}!

Sildenafil (Viagra), tadalafil (Cialis), vardenafil (Levitra)

Le Kaletra^{MD} peut augmenter le risque d'effets indésirables de ces médicaments.

Le Kaletra^{MD} peut interagir avec plusieurs autres médicaments et drogues de rue (ex. : valium, « ecstasy », etc.).

Consultez votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre un nouveau médicament sur ordonnance (« prescription »), un médicament en vente libre, un produit naturel ou même une drogue à usage récréatif.

Est-ce que je peux prendre de l'alcool avec le Kaletra^{MD} ?

Évitez la consommation excessive ou régulière de boissons alcoolisées (bière, vin et spiritueux) qui peut augmenter le risque d'hépatite (inflammation du foie) ou interagir avec certains de vos médicaments.

18

Cependant, évitez de « sauter » une dose de médicament parce que vous désirez prendre une boisson alcoolisée. À moins d'avis contraire de votre médecin, une consommation raisonnable (2 verres/jour) et occasionnelle d'alcool ne devrait pas nuire à votre traitement.

Mode de conservation

Les comprimés de Kaletra^{MD} doivent être conservés à la température de la pièce, entre 15 et 30 °C, et dans un endroit sec.

Gardez hors de la vue et de la portée des enfants.

Afin d'éviter la transmission de l'infection dans les 6 mois suivant l'exposition

- Éviter tout rapport sexuel ou utiliser des condoms.
- Éviter la grossesse, s'abstenir d'allaiter, de donner du sang, du plasma, des organes, des tissus ou du sperme.
- Et en tout temps : ne partager ni brosse à dents, ni rasoirs, ni seringues.

Conseils généraux

Soyez fidèle à vos rendez-vous avec le médecin et l'équipe soignante afin qu'ils puissent suivre de près votre état de santé.

Zidovudine/lamivudine (Combivir^{MD})

Comprimés combinant 300 mg de zidovudine + 150 mg de lamivudine

Comment ce médicament agit-il ?

Le Combivir^{MD} est une combinaison de deux antirétroviraux. Il agit en empêchant la multiplication du VIH. Le Combivir^{MD} est utilisé le plus rapidement possible après une exposition au VIH afin d'empêcher le virus de se propager dans votre organisme et ainsi éviter une infection. Le Combivir^{MD} ne prévient pas de façon certaine tous les cas d'infection à VIH. Vous risquez toujours de transmettre le VIH, soit par contact sexuel ou par contact avec le sang. Vous devez donc continuer à prendre les précautions nécessaires (utiliser le condom, ne pas partager les seringues).

Comment prendre ce médicament ?

1 comprimé 2 fois par jour.

J'ai oublié de prendre une dose !

Prenez la dose oubliée dès que possible et continuez votre traitement selon l'horaire prévu. Mais, s'il est presque temps de prendre votre prochaine dose, laissez tomber la dose manquée et continuez selon l'horaire prévu. Ne doublez pas la dose.

Quels sont les effets indésirables de ce médicament ?

Les effets gastro-intestinaux (la diarrhée, des selles molles, des douleurs abdominales et des nausées) et les maux de tête ou insomnie sont parmi les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés avec le Combivir^{MD}.

Si vous souffrez d'anémie, communiquez avec votre médecin tout en continuant à prendre votre médicament.

En cas d'acidose lactique (nausées, vomissements, douleurs à l'estomac, perte de poids, grande fatigue et difficulté à respirer) ou de pancréatite (douleurs abdominales, nausées, vomissements), consultez immédiatement votre médecin.

Grossesse et allaitement

On ne connaît pas encore les effets du Combivir^{MD} chez la femme enceinte. Discutez-en avec votre médecin si vous voulez prendre le Combivir^{MD} et que vous êtes enceinte ou désirez l'être. L'allaitement n'est pas recommandé chez la femme infectée par le VIH.

Est-ce que je peux prendre Combivir^{MD} avec mes autres médicaments ?

Consultez votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre tout nouveau médicament, produit naturel ou drogue à usage récréatif.

Est-ce que je peux prendre de l'alcool avec le Combivir^{MD} ?

Évitez la consommation régulière d'alcool qui peut endommager votre foie, surtout si vous êtes porteur de l'hépatite. Une consommation raisonnable ne devrait pas nuire à votre santé. Cependant, évitez de « sauter » une dose de médicament parce que vous consommez de l'alcool ou de la drogue.

Mode de conservation

- Les comprimés de Combivir^{MD} doivent être conservés dans un endroit sec entre 2 et 30 °C.
- Garder hors de la portée des enfants.

Conseils généraux

Soyez fidèle à vos rendez-vous avec le médecin et l'équipe soignante afin que l'on puisse suivre votre état de santé, même si vous n'avez pas de symptômes.

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
Ressources	6
Centres désignés	6
Centres jeunesse	6
Organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle	6
Services policiers	7
Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)	7
Fédération de ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec ...	8
Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale	8
Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)	9
Palais de justice	9
Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale	9
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
Annexe 2	
La victime adolescente, le secret et le signalement au DPJ	65

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 sera 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 médico-sociale est parfois le premier service offert à une victime d'agression sexuelle, mais pas nécessairement le dernier. 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.

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 l'on suspecte une agression sexuelle, un mauvais traitement physique, de la négligence ou une absence de soins. **Donc, les intervenantes et les intervenants des centres désignés sont particulièrement 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. Cette obligation s'étend également à d'autres enfants, adolescentes et adolescents à risque d'être agressés sexuellement (même famille, enfants de l'agresseur si connus, etc.) et aux témoins (puisque à risque eux aussi).**

À cette fin, le signalement au DPJ mérite d'être étoffé d'impressions cliniques. Est-il inquiétant de laisser partir l'enfant, l'adolescente ou l'adolescent? La victime sera-t-elle entourée, protégée? Est-elle dangereuse pour elle-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 court ou 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.

La victime adolescente âgée de 14 à 17 ans peut consentir seule, sans ses parents, aux soins requis. Toutefois, l'intervenante ou l'intervenant a l'obligation de signaler au DPJ l'agression sexuelle dont elle a été victime, même si elle désire que le secret soit préservé. L'intervenante et l'intervenant ne doit pas être pris au piège du secret demandé par la victime (voir annexe 2). Selon les circonstances, l'intervenante ou l'intervenant pourra aviser l'adolescente ou l'adolescent qu'elle ou il a l'obligation de signaler au DPJ. L'adolescente ou l'adolescent, s'il est venu seul, doit être accompagné lorsqu'il 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.

4

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.

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 organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle (dont les CALACS).

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 venant en aide aux victimes d'agression sexuelle.

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 précisant 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 celles-ci 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.

On peut aussi 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 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 partir 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*).

Ressources

Centres désignés

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 ressources auxquels les intervenantes et les intervenants auront recours pour offrir des services concertés aux victimes d'agression sexuelle.

Vous trouverez en annexe 1 les coordonnées des organismes et des centres désignés par région.

Centres jeunesse

6

Chaque région 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

1001, boulevard De Maisonneuve Ouest, bureau 410

Montréal (Québec) H3A 3C8

Tél. : 514 842-5181

Télec. : 514 842-4834

www.acjq.qc.ca

Organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle

Ces organismes sont des ressources communautaires distinctes et spécialisées qui s'adressent aux victimes d'agression sexuelle. Plusieurs de ces ressources s'adressent aux femmes et aux adolescentes, tandis que d'autres offrent des services aux hommes et aux enfants. Ces ressources peuvent :

- offrir du soutien psychosocial;
- informer des recours juridiques;
- aider à reprendre sa vie en main;
- accompagner les victimes dans les démarches entreprises (médicales, judiciaires et autres).

Vous trouverez la liste et les coordonnées de ces organismes dans les pages qui suivent. Si vous voulez connaître leur mission ainsi que la population à laquelle ils s'adressent, vous pouvez communiquer avec l'agence

de la santé et des services sociaux de votre région ou visiter le site du ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca sous l'onglet « Problèmes sociaux/agression sexuelle » ou communiquer avec le Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, qui représente des organismes qui interviennent auprès des victimes de sexe féminin de 14 ans et plus.

REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES CALACS

C. P. 56528, succursale Ontario

Montréal (Québec) H1W 3Z3

Tél. : 514 529-5252

Télec. : 514 529-5255

Tél. (sans frais) : 1 877 717-5252

www.rqcalacs.qc.ca

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 médicolégale ou la trousse médicosociale sans prélèvements médicolégaux est remise au policier. Celui-ci achemine la trousse médicolégale 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.

7

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 17 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.

Centre d'aide pour les victimes d'actes criminels (CAVAC)

Tél. (sans frais) : 1 866 LE CAVAC (532-2822)

www.cavac.qc.ca

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

Télééc. : 514 878-9755

Adresse électronique : info@fede.qc.ca

Site Web : www.fede.qc.ca

Regroupement des maisons 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 judiciaires 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).

C. P. 55005, CFP Notre-Dame

11, rue Notre-Dame Ouest

Montréal (Québec) H2Y 4A7

Tél. : 514 878-9134

Télééc. : 514 878-9136

www.maisons-femmes.qc.ca

Le regroupement a une ligne sans frais, qui permet d'orienter rapidement les victimes de violence conjugale vers une ressource d'hébergement.

S.O.S. Violence conjugale

Tél. : 514 873-9010

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.

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) H3B 3J1
Tél. : 514 873-3019
Tél. (sans frais) : 1 800 561-IVAC (4822)
Télec. : 514 873-3029
www.ivac.qc.ca

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.

9

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. : 514 873-3301
Télec. : 514 873-4847

Commande de trousse médicolégales et de trousse médicosociales sans prélèvements médicolégaux

Voici l'adresse où les centres désignés peuvent commander des trousse médicolégales et des trousse medicosociales sans prélèvements médicolégaux.

Les ateliers MIRA-DOR

Établissement de détention – Sherbrooke

1055, rue Talbot

Sherbrooke (Québec) J1G 2P3

Tél. : 819 820-3100

Télec. : 819 820-3624

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 medicosociale initiale. Elle prépare également la relance. Le centre désigné ou un organisme local 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

Hôpital régional de Rimouski

150, avenue Rouleau
Rimouski (Québec) G5L 5T1
Tél. : 418 723-7851
Télec. : 418 724-8632

CSSS de La Matapédia**Hôpital d'Amqui**

135, rue de l'Hôpital
Amqui (Québec) G5J 2K5
Tél. : 418 629-2211
Télec. : 418 629-4498

CSSS du Témiscouata**Hôpital de Notre-Dame-du-Lac**

58, rue de l'Église
Notre-Dame-du-Lac (Québec) G0L 1X0
Tél. : 418 899-6751
Télec. : 418 899-2809

CSSS de Rivière-du-Loup**Centre hospitalier régional du Grand-Portage**

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

287, rue Pierre Saindon
3^e étage, C.P. 3500
Rimouski (Québec) G5L 8V5
Tél. : 418 723-1255
Télec. : 418 722-0620
www.centrejeunessebsl.com

CSSS de Matane

333, rue Thibault
Matane (Québec) G4W 2W5
Tél. : 418 562-3135
Télec. : 418 562-9374

CSSS de la Mitis

800, avenue du Sanatorium
Mont-Joli (Québec) G5H 3L6
Tél. : 418 775-7261
Télec. : 418 775-8551

CSSS des Basques

550, rue Notre-Dame Est
Trois-Pistoles (Québec) G0L 4K0
Tél. : 418 851-1111
Télec. : 418 851-2934

CSSS de Kamouraska**Hôpital Notre-Dame-de-Fatima**

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

Organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle**CALACS Rimouski**

115, rue Sainte-Thérèse
Rimouski
Tél.: 418 725-4220
Télec.: 418 725-4213
calacsri@globetrotter.qc.ca

CALACS du KRTB

Rivière-du-Loup
Tél.: 418 867-5885, poste 161
calacskrtb@yahoo.ca

Services policiers**Sûreté du Québec**

District du Bas-Saint-Laurent–Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
393, rue Vanier
Rimouski (Québec) G5L 8X1
Tél.: 418 723-1122
Télec.: 418 722-7035
PQ: PQ40320

12

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 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 Matapédia
155, avenue Gaetan Archambault
Amqui (Québec) G5J 2K7
Tél.: 418 629-4464
Télec.: 418 629-5964

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 Matane
1333, avenue du Phare Ouest
Matane (Québec) G4W 3M6
Tél.: 418 562-2222
Télec.: 418 562-9555

Poste de la MRC de Rimouski-Neigette
11, rue Saint-Laurent Ouest
Rimouski (Québec) G5L 8B5
Tél.: 418 721-7308
Télec.: 418 721-7626

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
Notre-Dame-du-Lac (Québec) G0L 1X0
Tél.: 418 899-6757
Télec.: 418 899-0032

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

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)**CAVAC de la région de Rimouski (siège social)**

148, rue Belzile, bureau 204

Rimouski (Québec) G5L 3E4

Tél. : 418 724-0976 (victimes)

Télec. : 418 724-2066

Courriel : cavacrik@globetrotter.net

Région du Bas-Saint-Laurent

Tél. : (sans frais) : 1 800 820-2282

Palais de justice de Rivière-du-Loup

Tél. : 418 862-9004

Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale**La Débrouille**

Rimouski

Tél. : 418 724-5067

www.ladebrouille.ca

La Gigogne

Matane

Tél. : 418 562-3377

gigogne@globetrotter.net

L'Autre-Toit du KRTB

Cabano

Tél. : 418 854-7160

autretoit@bellnet.ca

Palais de justice et procureurs aux poursuites criminelles et pénales**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

MATANE

Palais de justice

382, rue Saint-Jérôme

Matane (Québec) G4W 3B3

Tél. : 418 562-3532

Télec. : 418 560-8427

02 Région du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Centres désignés

Centre Cléophas-Claveau (siège social)

Hôpital de la Baie
1000, avenue D^r Desgagné, C. P. 38
Saguenay (Québec) G7B 3P9
Tél. : 418 544-3381
Télé. : 418 544-0770

CSSS de Jonquière (siège social)

2230, rue de l'Hôpital
Jonquière (Québec) G7X 7X2
Tél. : 418 695-7700
Télé. : 418 695-7729

CSSS Maria-Chapelaine (siège social)

2000, boulevard Sacré-Cœur
Dolbeau-Mistassini (Québec) G8L 2R5
Tél. : 418 276-1234
Télé. : 418 276-4355

CSSS de Chicoutimi (siège social)

Pavillon Saint-Vallier
305, rue Saint-Valier, C. P. 5006
Saguenay (Québec) G7H 5H6
Tél. : 418 541-1000
Télé. : 418 541-1090

CSSS de Lac-Saint-Jean Est (siège social)

Pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma
300, boulevard Champlain Sud
Alma (Québec) G8B 5W3
Tél. : 418 669-2000
Télé. : 418 668-9695

CSSS Domaine-du-Roy (siège social)

450, rue Brassard
Roberval (Québec) G8H 1B9
Tél. : 418 275-0110
Télé. : 418 275-6202

14

Centre jeunesse

Les Centres jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean

520, rue Jacques-Cartier Est
Chicoutimi (Québec) G7H 8A2
Tél. : 418 549-4853
Télé. : 418 693-0768
www.cjsaglac.ca

Signalement – Urgence sociale

Heures de travail

418 543-3006
(sans frais) : 1 800 463-9188

En dehors des heures de travail

(sans frais) : 1 800 463-9188

Organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle

La Maison ISA

Chicoutimi
Tél. : 418 545-6444
Télé. : 418 545-3596
maisonisa@bellnet.ca

CALACS Entre-Elles

Roberval
Tél. : 418 275-1004 ou 1 866 666-1004
Télé. : 418 275-5558
calacsentreelles@bellnet.ca

Services policiers

Sûreté du Québec

District du Saguenay–Lac-Saint-Jean
1110, rue des Roitelets
Chicoutimi (Québec) G7H 6N3
Tél. : 418 549-9262
Télec. : 418 549-4484
PQ: PQ40443

Poste principal de la MRC du Domaine-du-Roy
235, rue Tanguay
Roberval (Québec) G8H 3B3
Tél. : 418 275-0433
Télec. : 418 275-0527

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 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 de la Ville de Saguenay
2890, place Davis, C. P. 2000
Jonquière (Québec) G7X 7W7
Tél. : 418 699-6000
Télec. : 418 699-8206

Municipalités desservies : Saguenay, Larouche

Police autochtone

Police autochtone de Mashteuiatsh
58, rue Kauk
Mashteuiatsh (Québec) G0W 2H0
Tél. : 418 275-8177
Télec. : 418 275-3539
Nation : Innus

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)

CAVAC Marthe-Vaillancourt

100, rue Racine Est, bureau 102
Chicoutimi (Québec) G7H 1R1
Tél. : 418 543-9695
Télec. : 418 543-5289
Tél. (sans frais) : 1 877 543-9695 (pour Saguenay–Lac-Saint-Jean)
cavacsag@globetrotter.net

Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec

Le Rivage

Saguenay
Tél. : 418 544-4626
Télé. : 418 544-0849
lerivage@royaume.com

Centre féminin du Saguenay

Saguenay
Tél. : 418 549-4343
Télé. : 418 549-4568
cfsaguenay@videotron.ca

La Passerelle

Alma
Tél. : 418 668-4671
Télé. : 418 668-4671
isabelle.harvey@bellnet.ca

Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale

Auberge de l'Amitié
Roberval
Tél. : 418 275-4574
Télé. : 418 275-5731
aubeami@destination.ca

La Chambrée
Maison d'accueil et d'hébergement
Tél. : 418 547-7283
Télé. : 418 547-1876
lachambree@bellnet.ca

Maison Halte-Secours
Dolbeau-Mistassini
Tél. : 418 276-3965
Tél. : 418 276-3659
Télé. : 418 276-4459
haltesecours@bellnet.ca

16

Palais de justice et procureurs aux poursuites criminelles et pénales

SAGUENAY

Palais de justice
227, rue Racine Est, 1^{er} étage
Saguenay (Québec) G7H 7B4
Tél. : 418 696-9947
Télé. : 418 698-3559

ROBERVAL

Palais de justice
750, boulevard Saint-Joseph
Roberval (Québec) G8H 2L5
Tél. : 418 275-0209
Télé. : 418 275-3664

ALMA

Palais de justice
725, rue Harvey Ouest
Alma (Québec) G8B 1P5
Tél. : 418 662-6433
Télé. : 418 480-1913

03 Région de Québec

Centres désignés

Hôpital Saint-François d'Assise – CHUQ

10, rue de l'Espinay
Québec (Québec) G1L 3L5
Tél. : 418 525-4444
Télééc. : 418 525-6338

Centre Saint-Joseph de La Malbaie

303, rue Saint-Étienne
La Malbaie (Québec) G5A 1T1
Tél. : 418 665-1700
Télééc. : 418 665-1732

Centre jeunesse

Centre jeunesse de Québec

2915, avenue Bourg-Royal
Québec (Québec) G1C 3S2
Tél. : 418 661-6951
Télééc. : 418 661-2845
www.centrejeunessedequébec.qc.ca

Signalement – Urgence sociale

Heures de travail

418 661-6951
(sans frais) : 1 800 463-4834

En dehors des heures de travail

418 661-3700
(sans frais) : 1 800 463-4834

17

Organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle

Viol-Secours

Québec (Québec)
Tél. : 418 522-2120
Télééc. : 418 522-2130
violsecours@bellnet.ca
www.violsecours.qc.ca

CALACS de Charlevoix

La Malbaie (Québec)
Tél. : 418 665-2999
Télééc. : 418 665-2999
calacscharlevoix@videotron.ca

Services policiers

Sûreté du Québec

District de la Capitale-Nationale–Chaudière-Appalaches
5005, boulevard Pierre-Bertrand
Québec (Québec) G1K 7W2
Tél. : 418 623-6262
Télééc. : 418 623-6533
PQ: PQ40181

Poste de la MRC de Charlevoix
16, rue du Moulin
Baie-Saint-Paul (Québec) G3Z 2R8
Tél. : 418 435-2012
Télééc. : 418 435-0147

Poste de la MRC de Charlevoix-Est
168, boulevard Notre-Dame
Clermont (Québec) G4A 1G1
Tél. : 418 439-6473
Télééc. : 418 439-2299

Poste de la MRC de La Côte-de-Beaupré
9500, boul. Sainte-Anne
Sainte-Anne-de-Beaupré (Québec) G0A 3C0
Tél. : 418 827-4545
Télec. : 418 827-5087

Poste de la MRC de la Jacques-Cartier
1045, boul. du Lac
Lac-Beauport (Québec) G3B 0X4
Tél. : 418 841-3911
Télec. : 418 841-4644

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 principal de la MRC de Portneuf
180, boul. Notre-Dame
Pont-Rouge (Québec) G3H 3K7
Tél. : 418 873-1234
Télec. : 418 873-1374

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

Service de sécurité publique municipale

Service de police de la Ville de Québec
1130, route de l'Église, bur. 1.12
Québec (Québec) G1V 4E1
Tél. : 418 641-6411
Télec. : 418 641-6494

18

Municipalité desservie : Québec, L'Ancienne-Lorette, Notre-Dame-des-Anges, St-Augustin-de-Desmaures

Police autochtone

Police autochtone Wendake
650, rue Max Gros-Louis
Wendake (Québec) G0A 4V0
Tél. : 418 843-5491
Télec. : 418 843-6216
Nation : Hurons

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)

CAVAC-Région de Québec

1167, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 2M8
Tél. : 418 648-2190
Télec. : 418 648-8110
Tél. (sans frais) : 1 888 881-7192
directrice@cavac-quebec.ca

Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec

Maison Hélène-Lacroix

Québec
Tél. : 418 527-4682
Télec. : 418 527-1913
www.maisonhelenelacroix.com

Maison Kinsmen Marie-Rollet

Québec
Tél. : 418 688-9024
Télec. : 418 688-4539
mkmr@citenet.net

Mirépi Maison d'hébergement

Saint-Raymond
Tél. : 418 337-4811
Télééc. : 418 337-1518
maison.mirepi@cite.net

Maison du Cœur pour femmes

Québec
Tél. : 418 841-0011
Télééc. : 418 841-1023
maisonducoeur@ccapcable.com

Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale**Maison des femmes de Québec**

Québec
Tél. : 418 522-0042
maisondesfemmes.qc@videotron.ca

La Montée

Pointe-au-Pic
Tél. : 418 665-4694
lamontee@bellnet.ca

Maison d'hébergement**pour femmes immigrantes de Québec**

Québec
Tél. : 418 652-9761
www.maisonpourfemmesimmigrantes.com

Hors Regroupement (ressource pour femmes autochtones)**Maison communautaire Missinak**

Tél. : 418 627-7346 (Québec)
Tél. : 1 866 927-7346 (ligne sans frais)
Télééc. : 418 622-2621

Palais de justice et procureurs aux poursuites criminelles et pénales**CHARLEVOIX**

Palais de justice
30, chemin de la Vallée
La Malbaie (Québec) G5A 1A3
Tél. : 418 665-3971
Télééc. : 418 665-7375

QUÉBEC

Palais de justice
300, boulevard Jean-Lesage
Québec (Québec) G1K 8K6
Tél. : 418 649-3500
Télééc. : 418 646-4919

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
Télééc. : 819 523-7992

Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie

50, 199^e Rue
Shawinigan-Sud (Québec) G9P 5K1
Tél. : 819 536-7500
Télééc. : 819 536-7658

Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

731, rue Sainte-Julie
Trois-Rivières (Québec) G9A 1Y1
Tél. : 819 697-3333
Télééc. : 819 372-3581

CSSS Drummond-Hôpital Sainte-Croix

570, rue Hériot
Drummondville (Québec) J2B 1C1
Tél. : 819 478-6464
Télééc. : 819 478-6410

Hôtel-Dieu d'Arthabaska

5, rue des Hospitalières
Victoriaville (Québec) G6P 6N2
Tél. : 819 357-2030
Télééc. : 819 357-4314

Centre 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, poste 219
Télec. : 819 378-6857
www.cjmcq.qc.ca

Signalement – Urgence sociale

Heures de travail	En dehors des heures de travail
819 375-6886	819 375-6886
(sans frais) : 1 800 567-8520	(sans frais) : 1 800 567-8520

Organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Trois-Rivières

Trois-Rivières
Tél. : 819 373-1232
Télec. : 819 373-5033
calacs@qc.aira.com

La Passerelle

Drummondville
Tél. : 819 478-3353
Télec. : 819 478-0003
info@calacs-lapasserelle.org

20

Centre d'aide Aqua-R-Elle

Victoriaville
Tél. : 819 751-0755
Télec. : 819 758-8270
calacsvicto@cdcqb.qc.ca

CALACS du Centre-de-la-Mauricie/Mékinac

Shawinigan
Tél. : 819 537-3115
Télec. : 819 537-4959
calacs_cmm@bellnet.ca

Centre d'hébergement pour femmes autochtones victimes de violence conjugale Asperimourin

C. P. 848
La Tuque (Québec) G9X 3P6
Tél. : 819 523-8600
Télec. : 819 523-4519

Services policiers

Sûreté du Québec

District de la Mauricie–Centre-du-Québec
950, rue Tousignant
Trois-Rivières (Québec) G8V 1S2
Tél. : 819 379-7311
Télec. : 819 379-7609
PQ: PQ40176

Poste de la MRC d'Arthabaska
30, boulevard Labbé sud
Victoriaville (Québec) G6S 1B5
Tél. : 819 752-4545
Télec. : 819 752-3990

Poste de la MRC de Bécancour C.P. 90
1365, boulevard Bécancour
Bécancour (Québec) G9H 3V1
Tél. : 819 298-2211
Télec. : 819 298-4082

Poste autoroutier du Centre-du-Québec
2000, boulevard Foucault
Drummondville (Québec) J2B 7T5
Tél. : 819 478-2577
Télec. : 819 478-9755

Poste de la MRC des Chenaux
750, 2^e Avenue
Sainte-Anne-de-la-Pérade (Québec) G0X 2J0
Tél. : 819 325-2272
Télééc. : 819 325-2953

Poste de la MRC de l'Érable
1330, rue Édouard-Dufour
Plessisville (Québec) G6L 5S2
Tél. : 819 362-1221
Télééc. : 819 362-8110

Poste principal de la MRC de Maskinongé
647, boulevard Saint-Laurent Est
Louiseville (Québec) J5V 1J1
Tél. : 819 228-2774
Télééc. : 819 228-0361

Poste autoroutier de la Mauricie
950, rue Tousignant
Trois-Rivières (Québec) G8V 1S2
Tél. : 819 379-7636
Télééc. : 819 379-7435

Poste de la MRC de Nicolet-Yamaska
124, rue Denis-Désaulniers
Nicolet (Québec) J3T 1C6
Tél. : 819 293-4428
Télééc. : 819 293-2324

Service de sécurité publique municipale

Service de la sécurité publique de Trois-Rivières
2250, boulevard des Forges, C. P. 1055
Trois-Rivières (Québec) G9A 5K4
Tél. : 819 691-2929
Télééc. : 819 374-3506

Municipalité desservie : Trois-Rivières

Police autochtone

Police autochtone d'Obedjiwan
16, route 17
Obedjiwan (Québec) G0W 3B0
Tél. : 819 974-8814
Télééc. : 819 974-1309

Nation : Attikameks

Police autochtone Wemotaci
64, rue Kemosi C.P. 220
Wemotaci (via Saumaur) (Québec) G0X 3R0
Tél. : 819 666-2238
Télééc. : 819 666-2396

Nation : Attikameks

Poste de la MRC de Drummond
1600, boulevard Saint-Joseph
Drummondville (Québec) J2C 7V7
Tél. : 819 478-2575
Télééc. : 819 478-9339

Poste de la ville de La Tuque
1491, boulevard Ducharme
La Tuque (Québec) G9X 4R7
Tél. : 819 523-2731
Télééc. : 819 523-6378

Poste auxiliaire de la MRC de Maskinongé
425, boulevard Trudel Ouest
Saint-Boniface (Québec) G0S 2L0
Tél. : 819 535-1900
Télééc. : 819 535-1642

Poste de la MRC de Mékinac
626, route 153
Saint-Tite (Québec) G0X 3H0
Tél. : 418 365-4365
Télééc. : 418 365-3748

Poste de la ville de Shawinigan
1600, boulevard Hubert-Biermans
Shawinigan (Québec) G9N 8L2
Tél. : 819 539-6262
Télééc. : 819 539-7667

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)**CAVAC de la Mauricie**

118, rue Radisson, bur. 300
Trois-Rivières (Québec) G9A 2C4
Tél. : 819 373-0337
Télé. : 819 373-9465
Tél. (sans frais) : 1 888 552-2822
(pour région de la Mauricie)
cavacmauricie@qc.aira.com

CAVAC Centre-du-Québec

50, rue Dunkin, bur. 302
Drummondville (Québec) J2B 8B1
Tél. : 819 472-1110
Télé. : 819 472-3005
Tél. (sans frais) : 1 888 472-1110
cavaccdq@bellnet.ca

**Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées
et en difficulté du Québec****Le F.A.R.**

Trois-Rivières
Tél. : 819 378-2990
Télé. : 819 378-9348
hebergementfar@videotron.ca

Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale**Maison « De Connivence »**

Trois-Rivières
Tél. : 819 379-1011
Télé. : 819 379-1950
deconnivence@bellnet.ca

Le Toit de l'Amitié

La Tuque
Tél. : 819 523-7829
Télé. : 819 523-8642
letoitdelamitie@lino.sympatico.ca

La Rose des Vents de Drummond

Drummondville
Tél. : 819 472-5444
Télé. : 819 472-3890
rdv@c gocable.ca

La Séjournelle

Shawinigan
Tél. : 819 537-8348
Télé. : 819 536-0908
lasejournelle@c gocable.ca

Maison d'hébergement La Volte-Face

Victoriaville
Tél. : 819 795-3444
Télé. : 819 357-8757
lavoiteface@videotron.ca

La Nacelle

Nicolet
Tél. : 819 293-6942
Télé. : 819 293-2374
maison.lanacelle@c gocable.ca

22

Palais de justice et procureurs aux poursuites criminelles et pénales**VICTORIANVILLE**

Palais de justice
800, boulevard Bois-Francis Sud, local 14
Victoriaville (Québec) G6P 5W5
Tél. : 819 357-9267
Télé. : 819 357-9825

DRUMMONDVILLE

Palais de justice
1680, boulevard Saint-Joseph, 1^{er} étage
Drummondville (Québec) J2C 2G3
Tél. : 819 475-8421
Télé. : 819 475-8725

SHAWINIGAN

Palais de justice
212, 6^e Rue, R.C. 05
Shawinigan (Québec) G9N 8B6
Tél. : 819 537-8805
Télé. : 819 536-0481

LA TUQUE

Édifice Le Carrefour
290, rue Saint-Joseph, 2^e étage, C. P. 6
La Tuque (Québec) G9X 3P4
Tél. : 819 523-9527
Télé. : 819 523-5128

TROIS-RIVIÈRES

Palais de justice
850, rue Hart
Trois-Rivières (Québec) G9A 1T9
Tél. : 819 372-4151
Télé. : 819 371-6957

05 Région de l'Estrie

Centre désigné**CHUS-Hôpital Fleurimont**

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke-Hôpital Fleurimont
3001, 12^e Avenue Nord
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4
Tél. : 819 346-1110
Télé. : 819 822-6789

23

Centre jeunesse**Centre jeunesse de l'Estrie**

340, rue Dufferin
Sherbrooke (Québec) J1H 4M7
Tél. : 819 822-2727
Télé. : 819 564-7149
Tél. (sans frais) : 1 800 463-5769
www.cjestrie.ca

Signalement – Urgence sociale

Heures de travail
819 566-4121
(sans frais) : 1 800 463-1029

En dehors des heures de travail
(sans frais) : 1 800 463-1029

Organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle**CALACS Sherbrooke**

Sherbrooke
Tél. : 819 563-9999
Télé. : 819 563-0359
calacsestrie@videotron.ca
www.kamakura.ca/calacsestrie

Services policiers

Sûreté du Québec

District de l'Estrie
40, rue Don-Bosco Sud
Sherbrooke (Québec) J1L 1W4
Tél. : 819 564-1212
Télééc. : 819 572-6083
PQ: PQ40370

Poste de la MRC de Coaticook
557, rue Main Ouest
Coaticook (Québec) J1A 1P8
Tél. : 819 849-4813
Télééc. : 819 849-3134

Poste de la MRC du Granit
3025, rue Laval
Lac-Mégantic (Québec) G6B 1A5
Tél. : 819 583-1710
Télééc. : 819 583-5329

Poste de la MRC de Memphrémagog
40, rue Don- Bosco Sud
Sherbrooke (Québec) J1L 1W4
Tél. : 819 572-6072
Télééc. : 819 572-6111

Services de sécurité publique municipale

Régie de police de Memphrémagog
44, rue Sherbrooke
Magog (Québec) J1X 2R4
Tél. : 819 843-3334
Télééc. : 819 843-1550

Municipalités desservies: Austin, Magog,
Orford, Sainte-Catherine-de-Hatley

Police autochtone

Aucune

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)

CAVAC de la région de l'Estrie

309, rue Marquette
Sherbrooke (Québec) J1H 1M2
Tél. : 819 820-2822
Télééc. : 819 820-8469
Tél. (sans frais): 1 877 822-2822
info@cavacestrie.com

Poste de la MRC des Sources
600, rue Gosselin, C. P. 270
Wotton (Québec) J0A 1N0
Tél. : 819 828-1313
Télééc. : 819 828-1441

Poste autoroutier de l'Estrie
40, rue Don-Bosco Sud
Sherbrooke (Québec) J1L 1W4
Tél. : 819 572-6070
Télééc. : 819 572-6111

Poste de la MRC du Haut-Saint-François
440, rue Craig Nord
Cookshire (Québec) J0B 1M0
Tél. : 819 875-3331
Télééc. : 819 875-5711

Poste de la MRC du Val Saint-François
735, rue Gouin, C. P. 730
Richmond (Québec) J0B 2H0
Tél. : 819 826-3755
Télééc. : 819 826-3644

Service de police de Sherbrooke
400, rue Marquette
Sherbrooke (Québec) J1H 1M4
Tél. : 819 821-1986
Télééc. : 819 822-6104

Municipalité desservie: Sherbrooke

Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec

L'Escale de l'Estrie

Sherbrooke
Tél. : 819 569-3611
Télé. : 819 569-6279
escaledelestrie@hotmail.com

Séjour La Bonne Œuvre

Martinville
Tél. : 819 835-9272
Télé. : 819 835-0422
sbo@axion.ca

Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale

La Méridienne

Weedon
Tél. : 819 877-3050
Télé. : 819 877-5199
meridienne@bellnet.ca

La Bouée régionale de Lac-Mégantic

Lac-Mégantic
Tél. : 819 583-1233
Télé. : 819 583-5593
labouee@bellnet.ca

Palais de justice et procureurs aux poursuites criminelles et pénales

SHERBROOKE

Palais de justice
375, rue King Ouest
Sherbrooke (Québec) J1H 6B9
Tél. : 819 822-6920
Télé. 819 820-3972

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 (urgence)
Télé. : 514 345-4800
Tél. : 514 345-4721 (clinique adolescents)
Tél. : 514 345-4866 (clinique enfants)

Anglophone

Salle d'urgence – 24 h

Hôpital de Montréal pour enfants
2300, rue Tupper
Montréal (Québec) H3H 1P3
Tél. : 514 412-4499 (soir) (urgence)
Tél. : 514 412-4481 (jour) (clinique)
Télé. : 514 412-4319

(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

Anglophone

Hôpital général de Montréal et Centre pour les
victimes d'agression sexuelle de Montréal

1650, avenue Cedar
Montréal (Québec) H3G 1A4
Lundi au vendredi : de 17 h à 8 h
Fin de semaine et jours fériés : 24 heures
Tél. : 514 934-8090 (urgence)

Bilingue

CSSS de Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension
et Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal
1801, boulevard De Maisonneuve Ouest, 3^e étage
Montréal (Québec) H3H 1J9
Lundi au vendredi: de 8 h à 17 h
Tél.: 514 934-0354

Centres jeunesse**Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de Montréal**

1001, boulevard De Maisonneuve Est
Montréal (Québec) H2L 4R5
Tél.: 514 896-3104
Télééc.: 514 896-3179
www.centrejeunessedemontreal.qc.ca

Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw

5, rue Weredale Park
Westmount (Québec) H3Z 1Y5
Tél.: 514 989-1885
Télééc.: 514 989-2295
www.batshaw.com

Signalement – Urgence sociale: services francophones**Heures de travail**

514 896-3100

En dehors des heures de travail

514 896-3100

Signalement – Urgence sociale: services anglophones**Heures de travail**

514 935-6196

En dehors des heures de travail

514 935-6196

26

Organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle**Mouvement contre le viol et l'inceste**

Montréal
Tél.: 514 278-9383
Télééc.: 514 278-9385
m cvi@contreleviol.org

Trêve pour Elles

Montréal
Tél.: 514 251-0323
Télééc.: 514 251-2433
trevepourelles@videotron.ca

CALACS de l'Ouest de l'Île

Pierrefonds
Tél.: 514 620-4333
Télééc.: 514 620-6882
calacs@bellnet.ca

Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal

Tél.: 514 934-0354
Ligne d'urgence 24 heures / 7 jours: 514 934-4504
Télééc.: 514 934-3776
cvasm@videotron.ca

Criphase

Tél.: 514 529-5567
Télééc.: 514 529-0571
info@criphase.org
www.criphase.org

Groupe d'aide et d'information sur le harcèlement sexuel au travail (GAIHST)

Tél.: 514 526-0789
Télééc.: 514 526-8891
www.gaihst.qc.ca
info@gaihst.qc.ca

Centre de prévention des agressions de Montréal

Tél.: 514 284-1212
centre@epamapc.org
www.cpamapc.org

Centre d'amitié autochtone de Montréal

Tél.: 514 499-1854
Télééc.: 514 499-9436
imayo@nfc.org

Services policiers

Sûreté du Québec

District de Montréal–Laval–Laurentides–Lanaudière
3005, avenue de la Gare
Mascouche (Québec) J7K 0P9
Tél. : 450 474-7743
Télec. : 450 474-7686
PQ: PQ40061

Poste autoroutier de Montréal
4060, rue Seré
Montréal (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 (est-ouest) : Montréal, Baie d'Urfé, Beaconsfield, Côte-St-Luc, Dollard-des-Ormeaux, Dorval, Hampstead, Kirkland, L'Île-Dorval, Mont-Royal, Pointe-Claire, St-Anne-de-Bellevue, Senneville, Westmount.

Postes de quartier

Secteur Ouest

PDQ1

Beaconsfield/Baie-D'Urfé, Kirkland, Pierrefonds/
Senneville, L'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

Île-Bizard, Pierrefonds-Roxboro,
Sainte-Geneviève
14680, boulevard Pierrefonds
Pierrefonds (Québec) H9H 1Y6
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
1761, rue Grenet
Montréal (Québec) H4L 2R6
Tél. : 514 280-0107
Télec. : 514 280-0607

PDQ8

Lachine/St-Pierre
170, 15^e Avenue
Montréal (Québec) H8S 3L9
Tél. : 514 280-0108
Télec. : 514 280-0608

PDQ9

Côte-Saint-Luc/Hampstead/Montréal-Ouest
5757, boulevard Cavendish
Montréal (Québec) H4W 2W8
Tél. : 514 280-0109
Télec. : 514 280-0609

PDQ10

Bordeaux/Cartierville
11756, boulevard O'Brien
Montréal (Québec) H4J 1Y8
Tél. : 514 280-0110
Télec. : 514 280-0610

PDQ11

Notre-Dame-de-Grâce
6255, rue Somerled
Montréal (Québec) H3X 2B7
Tél. : 514 280-0111
Télec. : 514 280-0611

Secteur Sud

PDQ12

Westmount, Ville-Marie
21, rue Stanton
Westmount (Québec) H3Y 3B1
Tél. : 514 280-0112
Télec. : 514 280-0612

PDQ16 Est

Verdun (Terre ferme et Île-des-Soeurs)
750, rue Willibrord
Montréal (Québec) H4G 2T9
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

Hochelaga-Maisonneuve
4555, rue Hochelaga
Montréal (Québec) H1V 1C2
Tél. : 514 280-0123
Télec. : 514 280-0623

Secteur Nord

PDQ24 Nord

Ville Mont-Royal/Outremont
40, avenue Roosevelt
Mont-Royal (Québec) H3R 1Z4
Tél. : 514 280-0136
Télec. : 514 280-0636

PDQ26

Côte-des-Neiges
5995, boulevard Décarie
Montréal (Québec) H3W 3C9
Tél. : 514 280-0126
Télec. : 514 280-0626

PDQ13 Sud

LaSalle
8745, boulevard Lasalle
Montréal (Québec) H8P 1Z2
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

PDQ20

Centre-ville (Ville-Marie Ouest / Parc du Mont-Royal)
951, rue Williams
Montréal (Québec) H3C 1P3
Tél. : 514 280-0120
Télec. : 514 280-0620

PDQ22

Centre-Sud
1200, rue Papineau
Montréal (Québec) H2K 4R5
Tél. : 514 280-0122
Télec. : 514 280-0622

PDQ24 Sud

Ville Mont-Royal/Outremont
1435, rue Van Horne
Montréal (Québec) H2V 1K9
Tél. : 514 280-0124
Télec. : 514 280-0624

PDQ27

Ahuntsic
1805, rue Fleury Est
Montréal (Québec) H2B 1H7
Tél. : 514 280-0127
Télec. : 514 280-0627

PDQ30
Saint-Michel
8930, boulevard Pie-IX
Montréal (Québec) H1Z 4H9
Tél. : 514 280-0130
Télec. : 514 280-0630

PDQ33
Parc-Extension
570, avenue Beamont
Montréal (Québec) H3N 1T7
Tél. : 514 280-0133
Télec. : 514 280-0633

PDQ37
Plateau Mont-Royal Nord
209, avenue Laurier Est
Montréal (Québec) H2T 1G2
Tél. : 514 280-0137
Télec. : 514 280-0637

Secteur Est

PDQ39
Arrondissement Montréal-Nord
6100, boulevard Henri-Bourassa Est
Montréal (Québec) H1G 5X3
Tél. : 514 280-0139
Télec. : 514 280-0639

PDQ44
Rosemont
4807, rue Molson
Montréal (Québec) H1Y 0A2
Tél. : 514 280-0144
Télec. : 514 280-0644

PDQ46
Anjou
6850, rue Joseph-Renaux
Montréal (Québec) H1K 3V4
Tél. : 514 280-0146
Télec. : 514 280-0646

PDQ49
Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est
1498, boulevard Saint-Jean-Baptiste
Montréal (Québec) H1B 4A4
Tél. : 514 280-0149
Télec. : 514 280-0649

Police autochtone

Aucune

PDQ31 Ouest
Villeray
7920, boulevard Saint-Laurent
Montréal (Québec) H2R 2Y2
Tél. : 514 280-0131
Télec. : 514 280-0631

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 Sud
1033, rue Rachel Est
Montréal (Québec) H2J 2J5
Tél. : 514 280-0138
Télec. : 514 280-0638

PDQ42 Nord
Saint-Léonard
8181, rue Lacordaire
Montréal (Québec) H1R 2A3
Tél. : 514 280-0142
Télec. : 514 280-0642

PDQ45
Rivière-des-Prairies
8200, boulevard Maurice-Duplessis
Montréal (Québec) H1E 2Y5
Tél. : 514 280-0144
Télec. : 514 280-0644

PDQ48
Mercier/Hochelaga-Maisonneuve
6547, rue de Marseille
Montréal (Québec) H1N 1M1
Tél. : 514 280-0148
Télec. : 514 280-0648

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)

CAVAC de Montréal

1030, Beaubien Est, 4^e étage
 Montréal (Québec) H2S 1T4
 Tél. : 514 277-9860 (victimes)
 Tél. : 514 277-2503 (administration)
 Tél. : 514 864-1500 (Chambre de la jeunesse)
 Tél. : 514 277-9860 poste 235 (service en espagnol)
 Téléc. : 514 277-5780
 lgeoffrion@cavacmontreal.qc.ca

Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec

Auberge Madeleine

Montréal
 Tél. : 514 597-1499
 Téléc. : 514 597-1708
 auberge.madeleine@questzones.com

Inter-Val 1175

Montréal
 Tél. : 514 933-8488
 Téléc. : 514 933-8489
 inter-val@videotron.ca

L'Arrêt-Source

Montréal
 Tél. : 514 383-2335
 Téléc. : 514 383-8568
 arretsource@bellnet.ca

Le Parados

Montréal
 Tél. : 514 637-3529
 Téléc. : 514 637-3345
 parados@videotron.ca

Maison grise de Montréal

Montréal
 Tél. : 514 722-0009
 Téléc. : 514 722-1588
 nathalie@lamaisongrise.org

Auberge Shalom pour femmes

Montréal
 Tél. : 514 731-0833
 Téléc. : 514 731-8337
 aspf@generation.net

Maison Dalauze

Montréal
 Tél. : 514 640-4210
 Téléc. : 514 640-0865
 maisondalauze.dmongeau@videotron.ca

Maison de l'Ancre

Montréal
 Tél. : 514 725-1534
 Téléc. : 514 725-0774
 info@lesmaisonsdelancre.org

Le Chaînon

Montréal
 Tél. : 514 845-0151
 Téléc. : 514 844-4180
 info@lechainon.org

Flora Tristan

Montréal
 Tél. : 514 939-3463
 Téléc. : 514 939-3465
 espoir@maisonfloratristan.com

Transit 24

Montréal
 Tél. : 514 383-4994
 Téléc. : 514 383-2735
 transit24@sympatico.ca

La Rue des femmes de Montréal

Montréal
 Tél. : 514 284-9665
 Téléc. : 514 284-6570
 ruefemm@bellnet.ca

Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale

Assistance aux femmes

Montréal
Tél. : 514 270-8291
www.assistanceauxfemmes.ca

Refuge pour les femmes de l'Ouest de l'Île

Roxboro
Tél. : 514 620-4845
shelter@videotron.ca

Maison du Réconfort

Montréal
Tél. : 514 768-8648
Télec. : 514 768-7489
reconfort@videotron.ca

Auberge Transition

Montréal
Tél. : 514 481-0495
Télec. : 514 481-8926
aubtrans@qc.aira.com

Hors Regroupement

Y.M.C.A.

Tél. : 514 866-9941
Télec. : 514 866-4866
www.ydesfemmesmtl.org

Passages (pour jeunes femmes en difficulté)

Tél. : 514 875-8119
Télec. : 514 875-6070
www.maisonpassage.com

Logifem

Tél. : 514 939-3172
Télec. : 514 939-2719

Maison l'Océane

Tél. : 514 524-5776
Télec. : 514 524-5874

Maison Marguerite

Montréal
Tél. : 514 932-2250
Télec. : 514 932-5349
www.maisonmarguerite.com

Multi-femmes

Montréal
Tél. : 514 523-1095
multifemmes@bellnet.ca

Secours aux femmes

Montréal
Tél. : 514 593-6353
Télec. : 514 593-7241
maisonsecours@videotron.ca

Escale pour Elle

Montréal
Tél. : 514 493-4004
Télec. : 514 351-3151
escalem@cooptel.qc.ca

Maison d'hébergement Anjou

Tél. : 514 353-5908
Télec. : 514 353-9794

Foyer pour femmes autochtones de Montréal

Tél. : 514 933-4688
Télec. : 514 933-5747
No. sans frais : 1 866 403-4688
nakuset@gmail.com

Bouclier d'Athéna (Multilingues)

Tél. : 514 270-2900 (Montréal)
Tél. : 450 688-2117 (Laval)
Télec. : 514 274-7591
shieldofathena.com

La Dauphinelle

Montréal
Tél. : 514 598-7779
Télec. : 514 598-5865
intervention@ladauphinelle.org

Palais de justice et procureurs aux poursuites criminelles et pénales**Montréal**

Palais de justice
1, rue Notre-Dame Est
Montréal (Québec) H2Y 1B6
Tél. : 514 393-2703
Télééc. : 514 873-9895

Chambre de la jeunesse

410, rue Bellechasse Est
Montréal (Québec) H2S 1X3
Tél. : 514 495-5800
Télééc. : 514 864-4149

07 Région de l'Outaouais**Centres désignés****CSSS de Gatineau**

Hôpital de Hull
116, boulevard Lionel-Émond
Gatineau (Québec) J8Y 1W7
Tél. : 819 595-6222
Télééc. : 819 595-6039

Hôpital de Gatineau
909, boulevard La Vérendrye
Gatineau (Québec) J8P 7H2
Tél. : 819 561-8222
Télééc. : 819 561-8317

CSSS de Papineau

(Gatineau, secteur Buckingham)
500, rue Bélanger
Gatineau (Québec) J8L 2M4
Tél. : 819 986-4094
Télééc. : 819 986-4124

CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau

309, boulevard Desjardins
Maniwaki (Québec) J9E 2E7
Tél. : 819 449-4690, poste 400
Télééc. : 819 449-5152

32

Les autres territoires sont en voie d'implantation.

CSSS du Pontiac

200, rue Argue
Shawville (Québec) J0X 2Y0
Tél. : 819 647-2211
Télééc. : 819 647-2799

CSSS des Collines

Hôpital Mémorial de Wakefield
101, chemin Burnside
Wakefield (Québec) J0X 3G0
Tél. : 819 459-2342
Télééc. : 819 459-3947

Centre jeunesse**Les Centres jeunesse de l'Outaouais**

105, rue Sacré-Cœur
Gatineau (Québec) J8X 1C5
Tél. : 819 771-6631
Télééc. : 819 771-7263
Tél. (sans frais) : 1 800 567-6810
www.cjoutaouais.qc.ca

Signalement – Urgence sociale**Heures de travail**

819 776-6060
(sans frais) : 1 800 567-6810

En dehors des heures de travail

(sans frais) : 1 800 567-6810

Organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Outaouais

Gatineau
Tél. : 819 771-1773
Télééc. : 819 771-6233
Tél. (sans frais) : 1 866 757-7757
calacs@bellnet.ca

CALACS Maniwaki Maniwaki

Tél. : 819 441-2111
Télééc. : 819 441-3207
calacsmaniwaki@bellnet.ca

Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille

42, boulevard Saint-Raymond, bur. 400-A
Gatineau (Québec) G8V 1S7
Tél. : 819 595-1905
Tél. (sans frais) : 1 888 368-7243

Services policiers

Sûreté du Québec

District de l'Outaouais
85, rue Jean-Proulx
Gatineau (Québec) J8Z 1W2
Tél. : 819 770-9111
Télééc. : 819 779-6216
PQ: PQ40124

Poste autoroutier de l'Outaouais
85, rue Jean-Proulx
Gatineau (Québec) J8Z 1W2
Tél. : 819 779-6245
Télééc. : 819 779-6216

Poste de la MRC de Papineau
380, rue Papineau
Papineauville (Québec) J0V 1R0
Tél. : 819 427-6269
Télééc. : 819 427-6206

Poste de la MRC de Pontiac
1320, route 148
Campbell's Bay (Québec) J0X 1K0
Tél. : 819 648-2141
Télééc. : 819 648-2831

Poste de la MRC de la Vallée-de-la-Gatineau
161, boulevard Desjardins
Maniwaki (Québec) J9E 2C9
Tél. : 819 449-4333
Télééc. : 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
Télééc. : 819 459-2626

Service de police de Gatineau
590, boulevard Gréber, C. P. 7000
Gatineau (Québec) J8P 7H3
Tél. : 819 246-6000
Télééc. : 819 246-6051
Municipalité desservie : Gatineau

Municipalités desservies : Cantley, Chelsea,
L'Ange-Gardien, La Pêche, Notre-Dame-de-
la-Salette, Pontiac, Val-des-Monts

Police autochtone

Service de police de Kitigan Zibi
10, rue Kikinamag, C. P. 220
Maniwaki (Québec) J9E 3B4
Tél. : 819 449-6078
Télééc. : 819 449-6055
Nation : Algonquins

Lac-Barrière : Desservie temporairement
par la Sûreté du Québec
Nation : Algonquins

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)**CAVAC de l'Outaouais**

729, boulevard Saint-Joseph, bur. 104
Gatineau (Québec)
Région de l'Outaouais
Tél. : 819 778-3555
Tél. (sans frais) : 1 800 331-2311
Télééc. : 819 778-3260
cavacoutaouais@bellnet.ca

**Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées
et en difficulté du Québec****L'Entourelle**

Mansfield-et-Pontefract
Tél. : 819 683-2709
Télééc. : 819 683-1031
lentourelle@bellnet.ca

Le Centre Mechtilde (secteur Hull)

Gatineau
Tél. : 819 777-2952
Télééc. : 819 777-0887
cmechtilde@hotmail.com

Halte-femmes de la Haute-Gatineau

Maniwaki
Tél. : 819 449-0991
Tél. : 819 449-4545 (urgence)
Télééc. : 819 449-4876
www.haltefemme@bellnet.ca

Maison Libère-Elles

Chelsea
Tél. : 819 827-4510
Télééc. : 819 827-5212
admin@maisonlibere-elles.ca

L'Autre Chez-soi (secteur Aylmer)

Gatineau
Tél. : 819 685-0006
Télééc. : 819 685-1789
lautrechezsoi@qc.aira.ca

34

Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale**La Maison d'hébergement pour Elles des Deux Vallées**

Gatineau (secteur Buckingham)
Tél. : 819 986-8286
Télééc. : 819 986-5995
www.maisondeuxvallees.com

Maison Unies-Vers-Femmes

Pointe-Gatineau
Tél. : 819 568-4710
Télééc. : 819 568-6838
www.maisonunies.ca

Palais de justice et procureurs aux poursuites criminelles et pénales**GATINEAU**

Palais de justice
17, rue Laurier, local 1.230
Gatineau (Québec) J8X 4C1
Tél. : 819 776-8111
Télééc. : 819 772-3986

08 Région de l'Abitibi-Témiscamingue

Centres désignés

CSSS des Aurores Boréales

CH de La Sarre
679, 2^e Rue, C. P. 6000
La Sarre (Québec) J9Z 2X7
Tél. : 819 333-2311
Télé. : 819 333-4316

Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos

622, 4^e Rue Ouest
Amos (Québec) J9T 2S2
Tél. : 819 732-3341
Télé. : 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
Télé. : 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
Télé. : 819 737-3122

Centre jeunesse

Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue

341, rue Principale Nord, 5^e étage
Amos (Québec) J9T 2L8
Tél. : 819 732-3244
Télé. : 819 732-4422
www.cjat.qc.ca

Centre hospitalier Vallée-de-l'Or

725, 6^e Rue
Val-d'Or (Québec) J9P 3Y1
Tél. : 819 825-6711
Télé. : 819 825-7909

Centre hospitalier de Rouyn-Noranda

4, 9^e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2B2
Tél. : 819 764-5131
Télé. : 819 732-7054

Centre de santé de Témiscaming

180, rue Anvik, C. P. 760
Témiscamingue (Québec) J0Z 3R0
Tél. : 819 627-3385
Télé. : 819 627-3629

Signalement – Urgence sociale

Heures de travail

819 732-3244
(sans frais) : 1 800 567-6405

En dehors des heures de travail

819 732-5858
(sans frais) : 1 800 567-6405

Organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle

Assaut sexuel secours

Val-d'Or
Tél. : 819 825-6968
Télé. : 819 825-7919
info@assautsexuelsecours.com
www.assautsexuelsecours.com

Point D'Appui

Rouyn-Noranda
Tél. : 819 797-0101
Télé. : 819 797-0102
point.dappui@cablevision.qc.ca

CALACS Abitibi-Action Ikwe

Amos

Tél. : 819 732-7889

Télééc. : 819 732-7856

calacsabitibi@cableamos.com

CALACS-AO

La Sarre

Tél. : 819 333-3773

Télééc. : 819 333-9399

capacs-ao@tig.sympatico.ca

Services policiers**Sûreté du Québec**

District de l'Abitibi-Témiscamingue–Nord-du-Québec

205, boulevard Rideau, C. P. 8888

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5R8

Tél. : 819 764-3202

Télééc. : 819 762-7898

PQ: PQ40426

Poste de la MRC d'Abitibi

31, 4^e Rue Est

Amos (Québec) J9T 1Y3

Tél. : 819 732-3311

Télééc. : 819 732-6732

Poste de la MRC d'Abitibi-Ouest

35, avenue Langlois

La Sarre (Québec) J9Z 3K2

Tél. : 819 333-2377

Télééc. : 819 333-2655

Poste de la ville de Rouyn-Noranda

205, boulevard Rideau, C. P. 8888

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5R8

Tél. : 819 763-4846

Télééc. : 819 763-4880

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

Télééc. : 819 629-3672

Poste auxiliaire de la MRC de Témiscamingue

1421, chemin Kipawa, C. P. 996

Témiscamingue (Québec) J0Z 3R0

Tél. : 819 627-3378

Télééc. : 819 627-1254

Poste principal de La MRC de La Vallée-de-l'Or

1151, rue de l'Escale

Val-d'Or (Québec) J9P 4G7

Tél. : 819 825-6161

Télééc. : 819 825-0939

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

Télééc. : 819 737-4880

Service de sécurité publique municipale

Aucun

Police autochtone

Police autochtone du Lac Simon

1017, rue Wabanokik

Lac Simon (Québec) J0Y 3M0

Tél. : 819 736-3091

Télééc. : 819 736-2382

Nation : Algonquins

Police autochtone de Timiskaming

10, Stanger's Street, C. P. 190

Notre-Dame-du-Nord (Québec) J0Z 3B0

Tél. : 819 723-2323

Télééc. : 819 723-2734

Nation : Algonquins

Winneway: Desservie temporairement
par la Sûreté du Québec
Nation: Algonquins

Police autochtone de Pikogan
215, rue Hector-Polson
Pikogan (Québec) J9T 3A3
Tél.: 819 732-4411
Télééc.: 819 732-4121
Nation: Algonquins

Police autochtone Eagle Village Kipawa
Lot # 1 Eagle Village
Kipawa (Québec) J0Z 2H0
Tél.: 819 627-8229
Télééc.: 819 627-3277
Nation: Algonquins

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)

CAVAC de l'Abitibi-Témiscamingue
33B, rue Gamble ouest
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2R3
Tél.: 819 797-5599
Télééc.: 819 797-0783
Tél. (sans frais): 1 866 335-5599
cavacat@lino.sympatico.ca

Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale

Maison Mikana
Amos
Tél.: 819 732-9161
Télééc.: 819 732-7687
mikana@cableamos.com

Le Nid
Val-d'Or
Tél.: 819 825-3865
Télééc.: 819 825-3885
maisonlenid@cablevision.qc.ca

Alternative Pour Elles
Rouyn-Noranda
Tél.: 819 797-1754
Télééc.: 819 797-9727
alternative@cablevision.qc.ca

Maison d'hébergement L'Équinoxe
Ville-Marie
Tél.: 819 622-7002
Télééc.: 819 622-7004
equinoxe@cablevision.qc.ca

Palais de justice et procureurs aux poursuites criminelles et pénales

AMOS
Palais de justice
891, 3^e Rue Ouest, 2^e étage
Amos (Québec) J9T 2T4
Tél.: 819 732-5345
Télééc.: 819 444-5242

ROUYN-NORANDA
Palais de justice
2, avenue du Palais, 1^{er} étage
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2N9
Tél.: 819 763-3313
Télééc.: 819 763-3538

VAL-D'OR
Palais de justice
900, 7^e rue
Val-d'Or (Québec) J9P 3P8
Tél.: 819 354-4340
Télééc.: 819 354-4738

09 Région de la Côte-Nord

Centre désigné

Veillez vous adresser au CLSC de votre centre de santé et services sociaux

Centre jeunesse

Centre jeunesse Côte-Nord

835, boulevard Joliet
Baie-Comeau (Québec) G5C 1P5
Tél. : 418 589-9927
Télec. : 418 589-4757
www.cprcn.qc.ca

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

Organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Région Côte-Nord

Baie-Comeau
Tél. : 418 589-1714
Télec. : 418 589-1414
Tél. (sans frais) : 1 800 563-0443 (pour Côte-Nord seulement)
lumiereboreale.calacsoq@globetrotter.net
www.lumiereboreale.qc.ca

Point de service de Sept-Îles

Sept-Îles
Tél. : 418 968-2116

38

Services policiers

Sûreté du Québec

District de la Côte-Nord
20, boulevard Comeau
Baie-Comeau (Québec) G4Z 3A8
Tél. : 418 296-2324
Télec. : 418 296-1611
PQ : PQ40333

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 Docteur-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
406, rue Bateau-Passeur, C. P. 99
Tadoussac (Québec) G0T 2A0
Tél. : 418 235-4486
Télé. : 418 235-4885

Poste de la MRC de Minganie
1174, boulevard de l'Escale
Havre-Saint-Pierre (Québec) G0G 1P0
Tél. : 418 538-2118
Télé. : 418 538-1204

Poste auxiliaire de la MRC de Sept-Rivières
63, route 138
Port-Cartier (Québec) G5B 1N2
Tél. : 418 766-2112
Télé. : 418 766-2111

Service de sécurité publique municipale

Aucun

Police autochtone

Police autochtone d'Essipit
14, rue de la Réserve, C. P. 610
Les Escoumins (Québec) G0H 1B0
Tél. : 418 233-2037
Télé. : 418 233-3598

Nation : Innus

Police autochtone Uashat-Maliothenam
101, boulevard des Montagnais
Uashat (Québec) G4R 5R1
Tél. : 418 968-4010
Télé. : 418 968-9451

Nation : Innus

Police autochtone de Pakuashipi
C.P. 372
Pakuashipi (Québec) G0G 2R0
Tél. : 418 947-2787
Télé. : 418 947-2397

Nation : Innus

La Romaine, Matimekosh, Mingan et Nathasquan : Desservies temporairement par la sûreté du Québec

Poste de la MRC de Manicouagan
1010, rue Mingan
Baie-Comeau (Québec) G5C 3C3
Tél. : 418 589-1550
Télé. : 418 589-8353

Poste principal de la MRC de Sept-Rivières
151, rue Père-Divet
Sept-Îles (Québec) G4R 5M8
Tél. : 418 962-9438
Télé. : 418 962-4324

Police autochtone de Kawawachicamach
C. P. 5011
Schefferville (Québec) G0G 2Z0
Tél. : 418 585-2293
Télé. : 418 585-2294

Nation : Naskapi

Police autochtone de Betsiamites
80, rue Ashini
Betsiamites (Québec) G0H 1B0
Tél. : 418 567-2212
Télé. : 418 567-2269

Nation : Innus

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)**CAVAC Côte-Nord**

652, avenue De Quen
Sept-Îles (Québec) G4R 2R5
Tél. : 418 962-2822
Télé. : 418 962-0150
Tél. (sans frais) : 1 866 962-2822
cavaccotenord@globetrotter.net

Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale**L'Amie d'Elle**

Forestville
Tél. : 418 587-2533
Télé. : 418 587-2324
amielle@globetrotter.net

Maison des femmes de Baie-Comeau

Baie-Comeau
Tél. : 418 296-4733
Télé. : 418 294-2421
mfbc@globetrotter.net

Maison le Coin des Femmes de Sept-Îles

Sept-Îles
Tél. : 418 962-8141
lecoindesfemmes@hotmail.com

Hors regroupement

40

Maison d'aide et d'hébergement de Fermont

Fermont
Tél. : 418 287-5625

Palais de justice et procureurs aux poursuites criminelles et pénales**BAIE-COMEAU**

Palais de justice
71, avenue Mance, 2^e étage
Baie-Comeau (Québec) G4Z 1N2
Tél. : 418 296-4994
Télé. : 418 294-8990

SEPT-ÎLES

Palais de justice
425, boulevard Laure
Sept-Îles (Québec) G4R 1X6
Tél. : 418 962-9626
Télé. : 418 964-8614

10 Région du Nord-du-Québec**Centres désignés**

Centre de santé de Chibougamau
51, 3^e Rue
Chibougamau (Québec) G8P 1N1
Tél. : 418 748-6435
Télé. : 418 748-3262

Centre de santé Isle-Dieu
130, boulevard Matagami, C. P. 790
Matagami (Québec) J0Y 2A0
Tél. : 819 739-2515
Télé. : 819 739-4777

Centre de santé Lebel
950, boulevard Quévillon, C. P. 5000
Lebel-sur-Quévillon (Québec) J0Y 1X0
Tél. : 819 755-4881
Télé. : 819 755-3581

Centre de santé de Radisson
199, rue Jolliet, C. P. 540
Radisson (Québec) J0Y 2X0
Tél. : 819 638-8991
Télé. : 819 638-7496

Services policiers

Sûreté du Québec

District de l'Abitibi-Témiscamingue–Nord-du-Québec
205, boulevard Rideau, C. P. 8888
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5R8
Tél. : 819 763-4800
Télééc. : 819 764-6941
PQ: PQ40426

Poste du Nunavik
151.17A, rue Siuralikuut, C. P. 420
Kuujuaq (Québec) J0M 1C0
Tél. : 819 964-2400
Télééc. : 819 964-2227

Poste de Matagami
89, boulevard Matagami, C. P. 760
Matagami (Québec) J0Y 2A0
Tél. : 819 739-2205
Télééc. : 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
Télééc. : 819 755-6006

Poste de Radisson (auxiliaire de Matagami)
2, avenue Des Groseillers, C. P. 60
Radisson (Québec) J0Y 2X0
Tél. : 819 638-8788
Télééc. : 819 638-7411

Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec

Maison d'hébergement l'Aquarelle

Chibougamau
Tél. : 418 748-7654
Télééc. : 418 748-4474
info@maisonaquarelle.ca

11 Région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Centres désignés

CSSS des Îles

430, chemin Principal, C. P. 730
Îles-de-la-Madeleine (Québec) G4T 1R9
Tél. : 418 986-2121
Télééc. : 418 986-6845

CSSS de la Baie-des-Chaleurs–Point de service de Paspébiac

273, boulevard Gérard-D.-Lévesque, C. P. 7000
Paspébiac (Québec) G0C 2K0
Tél. : 418 752-2572
Télééc. : 418 752-6734

CSSS de la Baie-des-Chaleurs

419, boulevard Perron
Maria (Québec) G0C 1Y0
Tél. : 418 759-3443
Télééc. : 418 759-5063

CSSS du Rocher Percé

451, rue Monseigneur-Ross Est, C. P. 3300
Chandler (Québec) G0C 1K0
Tél. : 418 689-2261
Télééc. : 418 689-5945

CSSS de la Côte-de-Gaspé

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

CSSS de la Côte-de-Gaspé

Point de service de Murdochville
600, rue Docteur-William-May, C. P. 1090
Murdochville (Québec) G0E 1W0
Tél. : 418 784-2572
Télec. : 418 784-3629

CSSS de la Haute-Gaspésie

50, rue Belvédère
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 1X4
Tél. : 418 763-2261
Télec. : 418 763-7460

Centre jeunesse**Centre jeunesse Gaspésie–Les-Îles**

205, boulevard York Ouest, Suite 100
Gaspé (Québec) G4X 2V7
Tél. : 418 368-1803
Télec. : 418 368-2905
www.cjgaspesielesiles.qc.ca

Signalement – Urgence sociale

42

Heures de travail

418 368-1803
(sans frais) : 1 800 468-4225

En dehors des heures de travail

(sans frais) : 1 800 463-0629

Organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle**CALACS La Bôme-Gaspésie**

C. P. 6160
Gaspé (Québec) G4X 2R7
Tél. : 418 368-6686
Télec. : 418 368-8096

CALACS L'Espoir des Îles

C. P. 1114
Cap-aux-Meules (Québec) G0B 1B0
Tél. : 418 986-6111
Télec. : 418 368-6411
calacsdesiles@ilesdelamadeleine.ca

Point de service de
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 2Y3
C. P. 6012
Tél. : (sans frais) 1 866 968-6686
Tél. : 418 763-7675
Télec. : 418 763-7675 (appeler avant)

Point de service de Maria
Tél. : 418 759-1330
calacs.gaspesie@globetrotter.net

Services policiers

Sûreté du Québec

District du Bas-Saint-Laurent–Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

393, rue Vanier

Rimouski (Québec) G5L 8X1

Tél. : 418 721-7211

Télééc. : 418 721-3809

PQ: PQ40320

Poste principal des MRC d'Avignon et de Bonaventure

128, route 132 Ouest

New Richmond (Québec) G0C 2B0

Tél. : 418 392-4411

Télééc. : 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

Télééc. : 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

Télééc. : 418 393-3063

Poste des Îles-de-la-Madeleine

70, chemin du Gros-Cap, C. P. 8185

Îles-de-la-Madeleine (Québec) G4T 1R3

Tél. : 418 986-5555

Télééc. : 418 986-5704

Service de sécurité publique municipale

Aucun

Police autochtone

Police autochtone de Gesgapegiag

Service Gesgapegiag

90, boulevard Perron

C. P. 369

Maria (Québec) G0C 1Y0

Tél. : 418 759-3113

Télééc. : 418 759-3209

Nation: Micmacs

Poste auxiliaire de la MRC d'Avignon

8, rue McDonnell, C. P. 129

Matapédia (Québec) G0J 1V0

Tél. : 418 865-2115

Télééc. : 418 865-2772

Poste principal de la MRC de La Côte-de-Gaspé

167, boulevard Gaspé

Gaspé (Québec) G4X 1A4

Tél. : 418 368-3232

Télééc. : 418 368-4777

Poste de la MRC de La Haute-Gaspésie

285, boulevard Sainte-Anne Ouest

Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 1P3

Tél. : 418 763-3344

Télééc. : 418 763-3763

Poste de la MRC du Rocher-Percé

323, boulevard Pabos

Pabos (Québec) G0C 2H0

Tél. : 418 689-1305

Télééc. : 418 689-7014

Police autochtone de Listuguj

3, Lnu Street, C.P. 336

Listuguj (Restigouche) (Québec) G0C 2R0

Tél. : 418 788-2003

Télééc. : 418 788-2330

Nation: Micmacs

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)

CAVAC de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine

484, place Hôtel-de-Ville, C. P. 126
Chandler (Québec) G0C 1K0
Tél. : 418 689-4331
Télec. : 418 689-4347
Tél. (sans frais) : 1 866 892-4331
cavacgim@globetrotter.net

Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec

Centre Louise Amélie

C. P. 6001, succ. Sainte-Anne
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 2Y3
Tél. : 418 763-7641
Télec. : 418 763-7137
cla.inc@globetrotter.net

Maison l'Aid'Elle

C. P. 6183
Gaspé (Québec) G4X 2R7
Tél. : 418 368-6883
Télec. : 418 368-6889
laidelle@globetrotter.net

Maison d'aide et d'hébergement l'Émergence

C. P. 399
Maria (Québec) G0C 1Y0
Tél. : 418 759-3411
Télec. : 418 759-3436
emergence@globetrotter.net

Maison d'aide et d'hébergement L'Orée de Pabos

C. P. 347
Pabos (Québec) G0C 2H0
Tél. : 418 689-6288
Télec. : 418 689-4956
loree@globetrotter.net

44

Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale

Maison d'aide et d'hébergement L'Accalmie

C. P. 939
Îles-de-la-Madeleine (Québec) G0B 1B0
Tél. : 418 986-5044
Télec. : 418 986-3977
accalmie@sympatico.ca

Palais de justice et procureurs aux poursuites criminelles et pénales

SAINTE-ANNE-DES-MONTS

Point de service de justice
10-B, boulevard Sainte-Anne Ouest, local 1.13
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 1P3
Tél. : 819 763-3945
Télec. : 819 763-5353

NEW CARLISLE

Palais de justice
87, rue Gérard-D.-Lévesque
New Carlisle (Québec) G0C 1Z0
Tél. : 418 752-3314
Télec. : 418 752-5848

PERCÉ

Palais de justice
124, route 132, C. P. 188
Percé (Québec) G0C 2L0
Tél. : 418 782-2888
Télec. : 418 782-5268

12 Région de la Chaudière-Appalaches

Centre désigné

Centre régional 24/7

Centre de santé Paul-Gilbert
9330, boulevard du Centre-Hospitalier
Lévis (Québec) G6X 1L6
Tél. : 418 380-8993
Télééc. : 418 832-9041

Centre jeunesse

Les Centres jeunesse Chaudière-Appalaches

100, Mgr Ignace-Bourget, bureau 300
Lévis (Québec) G6V 2Y9
Tél. : 418 837-9331
Télééc. : 418 837-6043
Tél. (sans frais) : 1 800 461-9331
www.cj12.qc.ca

Signalement – Urgence sociale

En tout temps

418 837-9331
(sans frais) : 1 800 461-9331

Organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle

CALACS À-Tire-D'Aile

Lévis
Tél. : 418 835-8342
Télééc. : 418 835-8345
Tél. (sans frais) : 1 866 835-8342
atiredailecalacs@bellnet.ca
www.calacslevis.org

CALACS de Chaudière-Appalaches

Saint-Georges-de-Beauce
Tél. : 418 227-6866
Télééc. : 418 227-6870
calacsca@globetrotter.net
www.calacsca.qc.ca

Services policiers

Sûreté du Québec

District de la Capitale-Nationale–Chaudière-Appalaches
5005, boulevard Pierre-Bertrand, C. P. 8400, Term. postal
Québec (Québec) G1K 7W2
Tél. : 418 623-6262
Télec. : 418 623-6533
PQ: PQ40181

Poste de la MRC des Appalaches
693, rue Saint-Alphonse Nord
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
1139, route 277
Lac-Etchemin (Québec) G0R 1S0
Tél. : 418 625-2901
Télec. : 418 625-2910

Poste de la MRC de Lotbinière
180, 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
644, route Cameron
Ste-Marie (Québec) G6E 0G3
Tél. : 418 387-6111
Télec. : 418 387-4991

Municipalité desservie : Sainte-Marie

Sûreté municipale de Thetford Mines
160, boulevard Caouette Ouest
Thetford Mines (Québec) G6G 5T3
Tél. : 418 338-0111
Télec. : 418 338-3623

Municipalité desservie : Thetford Mines

Police autochtone

Aucune

Poste de la MRC de Beauce-Sartigan
17785, boulevard Lacroix
Saint-Georges (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
303, rue des Entrepreneurs
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 de la Ville de Lévis
1035, chemin du Sault
Lévis (Québec) G6W 5M6
Tél. : 418 835-8255
Télec. : 418 839-1725

Municipalité desservie : Lévis

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

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. : 418 397-7187
Télééc. : 418 397-4968
Tél. (sans frais) : 1 888 881-7192

Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale**La Jonction pour Elle**

Lévis
Tél. : 418 833-8002
Télééc. : 418 833-8009
jonc@bellnet.ca

Havre L'Éclaircie

Saint-Georges Ouest
Tél. : 418 227-1025
Télééc. : 418 227-4570
eclairci@globetrotter.net

La Gitée

Thetford Mines
Tél. : 418 335-5551
Télééc. : 418 335-9419
info@lagitee.ca

Le Havre des Femmes

L'Islet-sur-Mer
Tél. : 418 247-7622
Télééc. : 418 247-7058
lehavredesfemmes@videotron.ca

Palais de justice et procureurs aux poursuites criminelles et pénales**BEAUCE**

Palais de justice
795, avenue du Palais
Saint-Joseph-de-Beauce (Québec) G0S 2V0
Tél. : 418 397-7839
Télééc. : 418 397-7191

MONTMAGNY

Palais de justice
25, rue du Palais
Montmagny (Québec) G5V 3S9
Tél. : 418 248-1530
Télééc. : 418 248-4157

FRONTENAC

Palais de justice
693, rue Saint-Alphonse Nord, bureau 1.23
Thetford Mines (Québec) G6G 3X3
Tél. : 418 338-1211
Télééc. : 418 335-7756

13 Région de Laval**Centre désigné****CSSS de Laval**

Installation CLSC du Marigot
1351, boulevard des Laurentides
Laval (Québec) H7M 2Y2
Tél. : 450 668-1803, poste 5173
Télééc. : 450 972-6876

Centre jeunesse

Centre jeunesse de Laval

308, boulevard Cartier Ouest

Laval (Québec) H7N 2J2

Tél. : 450 975-4150

Télé. : 450 975-4276

Signalement – Urgence sociale

Heures de travail	En dehors des heures de travail
450 975-4000	450 975-4000

Organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle

Centre de prévention et d'intervention pour les victimes d'agression sexuelle de Laval

Laval

Tél. : 450 669-9053

Télé. : 450 669-1658

cpivasinc@qc.aira.com

Services policiers

Sûreté du Québec

District de Montréal–Laval–
Laurentides–Lanaudière
2085, boulevard Sainte-Marie
Mascouche (Québec) J7L 3Y1
Tél. : 514 598-4141
Télé. : 450 474-7686
PQ: PQ40061

Poste autoroutier de Laval
545, boulevard Curé-Labelle
Laval (Québec) H7P 2P5
Tél. : 450 622-5541
Télé. : 450 622-5537

Service de sécurité publique municipale

Service de la protection des citoyens de Laval
2911, boulevard Chomedey, C. P. 422, succ. Saint-Martin
Laval (Québec) H7V 3Z4
Tél. : 450 662-4242
Télé. : 450 662-4201
Municipalité desservie : Laval

Police autochtone

Aucune

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)

CAVAC de Laval

1760, rue Maurice-Gauvin

Laval (Québec) H7S 1Z5

Tél. : 450 688-4581

Télé. : 450 688-5508

Tél. (sans frais) : 1 877 629-4580

cavac.laval@qc.aira.com

Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale

Maison L'Esther

Laval
Tél. : 450 963-6161
maison.lesther@videotron.ca

Le Prélude

Laval
Tél. : 450 682-3050
Télec. : 450 682-1674
leprelude@videotron.ca

Maison de Lina

Laval
Tél. : 450 962-8085
maisondelina@videotron.ca

Palais de justice et procureurs aux poursuites criminelles et pénales

LAVAL

Palais de justice
2800, boulevard Saint-Martin Ouest, local 1.02
Laval (Québec) H7T 2S9
Tél. : 450 686-5911
Télec. : 450 686-8678

14 Région de Lanaudière

Centres désignés

Volet adultes (17 ans et +):

Centre hospitalier régional de Lanaudière (CHRDL)
1000, boulevard Sainte-Anne
Saint-Charles-Borromée (Québec) J6E 6J2
Tél. : 450 654-7525
(Orientation à la salle d'urgence)

Volet adultes et enfants (0 à 16 ans inclusivement):

Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur (CHPLG)
911, montée des Pionniers
Terrebonne (Québec) J6V 2H2
Tél. : 450 654-7525 (Orientation 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 de la 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

Centre jeunesse

Les Centres jeunesse de Lanaudière

260, rue Lavaltrie Sud
 Joliette (Québec) J6E 5X7
 Tél. : 450 756-4555
 Téléc. : 450 756-0814

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

Organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle

CALACS Coup-de-Cœur

Joliette
 Tél. : 450 756-4999
 Téléc. : 450 756-0554
 calacs@citenet.net

CALACS La Chrysalide

Terrebonne
 Tél. : 450 964-7888
 Téléc. : 450 964-2221
 calacs.chrysalide@videotron.ca

Parents Unis, Repentigny (enfants et jeunes)

Joliette et point de service Repentigny
 Tél. : 450 755-6755
 Téléc. : 450 755-1773
 purepentigny@citenet.net

50

Services policiers

Sûreté du Québec

District de Montréal–Laval–Laurentides–Lanaudière
 2085, boulevard Sainte-Marie
 Mascouche (Québec) J7L 3Y1
 Tél. : 514 598-4141
 Téléc. : 450 474-7686
 PQ: PQ40061

Poste principal de la MRC de D'Autray
 1050, rue Lamarche
 Berthierville (Québec) J0K 1A0
 Tél. : 450 836-6272
 Téléc. : 450 836-6850

Poste principal de la MRC de Matawinie
 3398, rue Queen, C. P. 3669
 Rawdon (Québec) J0K 1S0
 Tél. : 450 834-2578
 Téléc. : 450 834-7743

Poste auxiliaire de la MRC de D'Autray
 55, rue Grenier
 Saint-Gabriel-de-Brandon (Québec) J0K 2N0
 Tél. : 450 835-4768
 Téléc. : 450 835-0544

Poste secondaire de la MRC de Matawinie
 920, rue Principale
 Saint-Donat (Québec) J0T 2C0
 Tél. : 819 424-4617
 Téléc. : 819 424-5847

Poste auxiliaire de la MRC de Matawinie
8081, chemin Brassard
Saint-Alexis-des-Monts (Québec) J0K 3B0
Tél. : 450 833-6378
Télé. : 450 833-5477

Poste de la MRC de Montcalm
1701, route 335
Saint-Lin (Laurentides) (Québec) J5M 1Y3
Tél. : 450 439-1911
Télé. : 450 439-2716

Services de sécurité publique municipale

Service de police de L'Assomption/Saint-Sulpice
399, rue Dorval
L'Assomption (Québec) J5W 1A1
Tél. : 450 589-0493
Télé. : 450 589-7752

Sécurité publique de Mascouche
2939, rue Dupras
Mascouche (Québec) J7K 1T3
Tél. : 450 474-4107
Télé. : 450 474-6036

Municipalités desservies : L'Assomption,
Saint-Sulpice

Municipalité desservie : Mascouche

Sécurité publique de Repentigny
1, montée des Arsenaux
Legardeur (Québec) J5Z 2C1
Tél. : 450 470-3600
Télé. : 450 470-3073

Sécurité publique de Terrebonne
491, boulevard des Seigneurs
Terrebonne (Québec) J6W 1T5
Tél. : 450 961-2001
Télé. : 450 964-6803

Municipalités desservies : Charlemagne, Repentigny

Municipalités desservies : Bois-des-Filion,
Sainte-Anne-des-Plaines, Terrebonne

Police autochtone

Police autochtone de Manawan
10, rue Otapi
Manawan (Québec) J0K 1M0
Tél. : 450 971-8861
Télé. : 450 971-1291
Nation : Attikameks

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)

CAVAC de Lanaudière

626, boulevard Manseau
Joliette (Québec) J6E 3E6
Tél. : 450 755-6127
Télé. : 450 755-6069
Tél. (sans frais) : 1 888 755-6127 (pour région de Lanaudière)
cavaclan@bellnet.ca

Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec

Regard en Elle

Repentigny
Tél. : 450 582-6000
Télec. : 450 582-2206
regard1@bellnet.ca

Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale

Maison d'accueil La Traverse

Joliette
Tél. : 450 759-5882
latraverse@sympatico.ca

Hors regroupement

Regroup'Elles

Tél. : 450 964-4404
Télec. : 450 964-4653

Palais de justice et procureurs aux poursuites criminelles et pénales

JOLIETTE

Palais de justice
200, rue Saint-Marc
Joliette (Québec) J6E 8C2
Tél. : 450 753-4841
Télec. : 450 752-6874

52

15 Région des Laurentides

Centres désignés

CSSS de Saint-Jérôme

(pour adultes et enfants)
290, rue Montigny
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5T3
Tél. : 450 431-8200, poste 2770
Télec. : 450 431-8244

Rivière Rouge et CSSS Antoine-Labelle

(pour adultes seulement)
1525, rue Principale Nord
Rivière-Rouge (Québec) J0T 1T0
Tél. : 819 275-2118, poste 3616
Télec. : 819 275-1520

Centre jeunesse

Centre jeunesse des Laurentides/DPJ

500, boulevard des Laurentides, bureau 241
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 4M2
Tél. : 450 436-7607, poste 2241
Télec. : 450 436-3328
www.cjlaurentides.qc.ca

Mont Laurier

515, boulevard Albiny-Paquette
Montréal (Québec) J9T 1T0
Tél. : 819 623-6127
Télec. : 819 623-9451
www.cjlaurentides.qc.ca

Signalement – Urgence sociale

Heures de travail	En dehors des heures de travail
450 431-6885 (sans frais) 1 800 361-8665	(sans frais) 1 800 361-8665

Organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle**CALACS Laurentides**

Saint-Jérôme
Tél. : 450 565-6231
Télééc. : 450 565-8561
info@calacs-laurentides.com

L'Élan CALACS

Mont-Laurier
Tél. : 819 623-2624
Télééc. : 819 623-7040
monlaurier@lelan.org

L'Élan, CALACS

Sainte-Agathe-des-Monts (Québec)
Tél. : 819 326-8484
Télééc. : 819 326-0233
Tél. (sans frais) : 1 866 915-8484
steagathe@lelan.org

CETAS (Parents-Unis) (pour évaluation et traitement des victimes enfants, adolescentes et adultes)

8, boulevard de la Salette, bur. 101-C
Saint-Jérôme (Québec) J7Y 5C8
Tél. : 450 431-6400
Télééc. : 450 431-2475

Services policiers**Sûreté du Québec**

District de Montréal–Laval–Laurentides–Lanaudière
2085, boulevard Sainte-Marie
Mascouche (Québec) J7L 3Y1
Tél. : 514 598-4141
Télééc. : 450 474-7686
Urgence : 514 310-4141

Territoire autochtone de Kanesatake
(desservi par la Sûreté du Québec)
PC Oka
3675, boulevard de la Grande Allée
Boisbriand (Québec) J7H 1H5
Tél. : 450 435-8325
Télééc. : 450 435-8621

Sûreté du Québec

Poste de la MRC d'Antoine-Labelle
300, rue Godard
Mont-Laurier (Québec) J9L 3W2
Tél. : 819 623-2211
Télééc. : 819 623-2558

Poste de la MRC d'Argenteuil
412, rue Principale
Lachute (Québec) J8H 1Y2
Tél. : 450 562-2442
Télééc. : 450 562-5854

Poste de la MRC de Deux-Montagnes
2029, chemin Oka, C. P. 1260
Oka (Québec) J0N 1E0
Tél. : 450 479-1313
Télééc. : 450 479-1303

Poste principal de la MRC des Laurentides
1155, route 329 Nord
Sainte-Agathe-des-Monts (Québec) J8C 2Z8
Tél. : 819 326-3131
Télééc. : 819 326-7944

Poste auxiliaire de la MRC des Laurentides
289, route 117
Mont-Tremblant (Québec) J8E 2X4
Tél. : 450 425-3656
Télééc. : 450 425-5266

Poste autoroutier des Laurentides
4, boulevard de la Salette, bur. 200
Saint-Jérôme (Québec) J7Y 5G5
Tél. : 450 436-8181
Télééc. : 450 436-6641

Poste de la MRC des Pays-d'en-Haut
2141, chemin Jean-Adam
Saint-Sauveur (Québec) J0R 1R2
Tél. : 450 227-6848
Télec. : 450 227-8778

Services de sécurité publique municipale

Service de police de la Ville de Blainville
640, boulevard du Curé-Labelle
Blainville (Québec) J7C 2J2
Tél. : 450 434-5300
Télec. : 450 434-8294

Municipalité desservie : Blainville

Service de police de la Ville de Terrebonne
491, boulevard des Seigneurs
Terrebonne (Québec) J6W 1T5
Tél. : 450 471-4121
Télec. : 450 471-1764

Municipalités desservies : Bois-des-Fillions,
Ste-Anne-des-Plaines, Terrebonne.

Service de police de la Ville de Mont-Tremblant
380, rue Siméon
Mont-Tremblant (Québec) J8E 2R2
Tél. : 819 681-6400
Télec. : 819 425-6407
Municipalité desservie : Mont-Tremblant,
Lac-Tremblant-Nord

Service de police de Sainte-Adèle
1390, rue Dumouchel
Sainte-Adèle (Québec) J8B 1V9
Tél. : 450 229-3525
Télec. : 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
Télec. : 450 432-7582
Municipalité desservie : Saint-Jérôme

Poste de la MRC de La Rivière-du-Nord
4, boulevard de la Salette, bur. 200
Saint-Jérôme (Québec) J7Y 5G5
Tél. : 450 436-7725
Télec. : 450 436-3693

Police régionale de Deux-Montagnes
615, 20^e Avenue
Deux-Montagnes (Québec) J7R 6B2
Tél. : 450 473-4686
Télec. : 450 491-0338

Municipalités desservies : Deux-Montagnes, Pointe-
Calumet, Saint-Joseph-du-Lac, Sainte-Marthe-sur-le-Lac

Service de police municipal de Mirabel
14113, rue Saint-Jean
Mirabel (Québec) J7J 1Y4
Tél. : 450 475-7706
Télec. : 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
Télec. : 450 224-2300
Municipalités desservies : Piedmont, Prévost,
Saint-Hippolyte, Sainte-Anne-des-Lacs

Sécurité publique de Saint-Eustache
144, rue Dorion
Saint-Eustache (Québec) J7R 2N7
Tél. : 450 974-5340
Télec. : 450 974-5337
Municipalité desservie : Saint-Eustache

Sécurité publique de Sainte-Thérèse
150, boulevard Ducharme
Sainte-Thérèse (Québec) J7E 4R6
Tél. : 450 435-6514
Télec. : 450 435-2818
Municipalité desservie : Sainte-Thérèse

Régie intermunicipale de police Thérèse-de-Blainville
150, boulevard Ducharme
Sainte-Thérèse (Québec) J7E 4R6
Tél. : 450 435-2421
Télec. : 450 435-2818

Municipalités desservies : Boisbriand, Lorraine,
Rosemère, Sainte-Thérèse

Kanesatake : Desservie temporairement par la Sûreté du Québec

Nation : Mohawks

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)

CAVAC des Laurentides

510, rue St-Georges
St-Jérôme (Québec) J7Z 5B3
Tél. : 450 569-0221
Télec. : 450 569-0966
Tél. (sans frais) : 1 888 492-2822 (région des Laurentides)
cavac.lau@qc.aira.com

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
citadelle@videotron.ca

Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale

Maison d'Ariane

Saint-Jérôme
Tél. : 450 432-9355
Télec. : 450 432-8005
maisonariane@videotron.ca

L'Ombre-Elle

Sainte-Agathe-des-Monts
Tél. : 819 326-1321
Télec. : 819 326-7795
info@lombrelle.qc.ca

La Passe-R-Elle

Mont-Laurier
Tél. : 819 623-1523
passerelle.hl@tlb.sympatico.ca

Hors regroupement

Le Mitan

Sainte-Thérèse
Tél. : 450 435-3651
Télec. : 450 435-3653
mitan@bellnet.ca

Palais de justice et procureurs aux poursuites criminelles et pénales**MONT-LAURIER**

Palais de justice
645, rue de la Madone, 2^e étage
Mont-Laurier (Québec) J9L 1T1
Tél. : 819 623-1553
Télec. : 819 623-4466

SAINT-JÉRÔME

Palais de justice
25, rue de Martigny Ouest
Saint-Jérôme (Québec) J7Y 4Z1
Tél. : 450 431-4401
Télec. : 450 569-3051

16 Région de la Montérégie**Centres désignés****CSSS du Suroît****Centre hospitalier régional du Suroît**

150, rue St-Thomas
Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 6C1
Tél. : 450 371-9920
Télec. : 450 377-1372

CSSS Haut-Richelieu-Rouville

920, boulevard du Séminaire Nord
St-Jean-sur-Richelieu (Québec) J3A 1B7
Tél. : 450 359-5000
Télec. : 450 359-5453

CSSS Haute-Yamaska**Centre hospitalier de Granby**

205, boulevard Leclerc Ouest
Granby (Québec) J2G 1T7
Tél. : 450 375-8000
Télec. : 450 375-8032

CSSS Richelieu-Yamaska

2750, boulevard Laframboise
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 4Y8
Tél. : 450 771-3333

56

CSSS Pierre-Boucher**(adolescents et adultes)**

1333, boulevard Jacques-Cartier est
Longueuil (Québec) J4M 2A5
Tél. : 450 468-8111
Télec. : 450 468-8188

Hôpital Charles- LeMoynes (enfants)

3120, boulevard Taschereau
Greenfield Park (Québec) J4V 2H1
Tél. : 450 466-5000
Télec. : 450 466-8887

CSSS Jardins-Roussillon

200, boulevard Brisebois
Châteauguay (Québec) J6K 4W8
Centre hospitalier Anna-Laberge
Tél. : 450 699-2425

Centre jeunesse**Les Centres jeunesse de la Montérégie**

25, boulevard La Fayette
Longueuil (Québec) J4K 5C8
Tél. : 450 679-0140
Télec. : 450 679-3731
www.centrejeunessemonteregie.qc.ca

Signalement – Urgence sociale**Heures de travail**

450 679-0831
514 721-1811
(sans frais) 1 800 361-5310

En dehors des heures de travail

450 679-0831
514 721-1811
(sans frais) 1 800 361-5310

Organismes communautaires venant en aide aux victimes d'agression sexuelle

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
Télé. : 450 465-1990
info@latraversee.qc.ca

Centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles Châteauguay

Tél. : 450 699-8258
Télé. : 450 699-7295
info@calacs-chateauguay.ca

Groupe d'entraide L'expression libre du Haut-Richelieu (personnes de 12 à 20 ans)

Tél. : 450 348-4380
Télé. : 450 348-1365
expressionlibre@videotron.ca

Granby Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel

Granby
Tél. : 450 375-3338
Télé. : 450 375-0802
calacsgranby@qc.aira.com

CALACS La Vigie

Valleyfield
Tél. : 450 371-4222
Télé. : 450 371-9590
calacsvigie@roder.qc.ca

Centre d'aide pour les victimes d'agression sexuelle et leur famille

1195, rue Saint-Antoine, bur. 304
Tél. : 450 778-9992
Télé. : 450 778-2914
cavas@cgocable.ca
www.cavas-info.org

Services policiers

Sûreté du Québec

District de la Montérégie
1250, rue Nobel, bureau 100
Boucherville (Québec) J4B 5H1
Tél. : 450 641-9455
Télé. : 450 641-6775
PQ: 40076

Poste de la MRC de Pierre-De Saurel
1805, boulevard Saint-Louis
Sorel-Tracy (Québec) J3R 5A2
Tél. : 450 743-7947
Télé. : 450 743-9107

Poste autoroutier de Cartier-Champlain
977, rue Pierre-Dupuy
Longueuil (Québec) J4K 1A1
Tél. : 450 442-1035
Télé. : 450 442-8505

Poste de la MRC du Haut-Saint-Laurent
25, rue Saint-Paul
Ormstown (Québec) J0S 1K0
Tél. : 450 829-2887
Télé. : 450 829-2854

Poste de la MRC d'Acton
1855, rue Landry
Acton Vale (Québec) J0H 1A0
Tél. : 450 546-3663
Télé. : 450 546-3553

Poste de la MRC de Beauharnois-Salaberry
47, rue Nicholson
Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 4M9
Tél. : 450 370-4350
Télé. : 450 370-4386

Poste de la MRC du Haut-Richelieu
88, rue de l'Église Nord, C. P. 10
Lacolle (Québec) J0J 1J0
Tél. : 450 246-3856
Télé. : 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
Télé. : 450 539-3558

Poste de la MRC des Jardins-de-Napierville
522, rue Saint-Jacques, C. P. 879
Napierville (Québec) J0J 1L0
Tél. : 450 245-0666
Télec. : 450 245-3705

Poste autoroutier de la Montérégie Est
55, chemin Saint-François-Xavier
Candiac (Québec) J5R 4V4
Tél. : 450 632-1080
Télec. : 450 632-7198

Poste de la MRC de Rouville
331, chemin Chambly
Mariville (Québec) J3M 1N9
Tél. : 450 460-4429
Télec. : 450 460-2083

Poste de la MRC de Vaudreuil-Soulanges Est
551, route 201
Saint-Clet (Québec) J0P 1S0
Tél. : 450 456-3883
Télec. : 450 456-3804

58

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

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, chemin Saint-François-Xavier
Candiac (Québec) J5R 6M6
Tél. : 450 638-0911
Télec. : 450 638-0905

Municipalités desservies : Candiac, Delson,
La Prairie, Saint-Constant, Saint-Mathieu,
Saint-Philippe, Sainte-Catherine

Poste de la MRC des Maskoutains Ouest
925, rue Dessaulles
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 3C4
Tél. : 450 778-2811
Télec. : 450 778-8640

Poste autoroutier de la Montérégie Ouest
3658, boulevard Cité-des-Jeunes
Vaudreuil-Dorion (Québec) J7V 8P2
Tél. : 450 455-7114
Télec. : 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
Télec. : 450 536-0052

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

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

Service de police de Longueuil
699, boulevard Curé-Poirier Ouest, C. P. 5000
Longueuil (Québec) J4J 2L1
Tél. : 450 463-7011
Télec. : 450 646-8008

Municipalité desservie : Longueuil, Boucherville
Brossard, St-Bruno-de-Montarville, St-Lambert.

Police de Saint-Jean-sur-Richelieu
325, rue MacDonald C.P. 1025
Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec) J3B 8J3
Tél. : 450 359-2529
Télec. : 450 359-2553
Municipalité desservie : Saint-Jean-sur-Richelieu

Régie intermunicipale de police Richelieu-Saint-Laurent

1578, chemin du Fer-à-Cheval

Sainte-Julie (Québec) J3E 0A2

Tél. : 450 922-7001

Télec. : 450 922-7010

Municipalités desservies : Beloeil, Calixa-Lavallée, Carignan, Chambly, Contrecoeur, McMasterville, Mont St-Hilaire, Otterburn Park, Richelieu, St-Amable, Saint-Basile-le-Grand, St-Jean-Baptiste, St-Mathias-sur-Richelieu, St-Mathieu-de-Beloeil, Sainte-Julie, Varennes, Verchères.

Police autochtone

Police autochtone d'Akwesasne

C. P. 10

Saint-Régis (Québec) H0M 1A0

Tél. : (613) 575-2340

Télec. : (613) 575-2334

Nation : Mohawks

Police autochtone de Kahnawake

Old Malone Highway, C. P. 203

Kahnawake (Québec) J0L 1B0

Tél. : 450 632-6505

Télec. : 450 632-4763

Nation : Mohawks

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)

CAVAC de la Montérégie

1085, boulevard Ste-Foy, bureau 201

Longueuil (Québec) J4K 1W7

Tél. : 450 670-3400

Tél. (sans frais) : 1 888 670-3401 (pour région de la Montérégie)

Télec. : 450 670-3402

cavacmonteregie@bellnet.ca

Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec

Carrefour Pour Elle

Longueuil

Tél. : 450 651-5800

Télec. : 450 651-0269

info@carrefourpourelle.org

La Source

Sorel-Tracy

Tél. : 450 743-2821

Télec. : 450 742-4686

maisonlasource@hotmail.com

Maison Simone-Monet-Chartrand

Chambly

Tél. : 450 658-9780

Télec. : 450 658-4752

mhsmc@videotron.ca

Maison Alice-Desmarais

Granby

Tél. : 450 378-9297

Télec. : 450 378-2235

maisonad@bellnet.ca

L'Accueil Pour Elle

Valleyfield

Tél. : 450 371-4618

Télec. : 450 371-9656

accueil.pourelle@cgocable.ca

Pavillon Marguerite-de-Champlain

Saint-Hubert

Tél. : 450 656-1946

Télec. : 450 656-6548

pavillonmarguerite@bellnet.ca

Résidence Elle Huntingdon

Tél. : 450 264-2999

Télec. : 450 264-6574

residence-elle@bellnet.ca

Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale

La Re-Source

Châteauguay
Tél. : 450 699-0908
Télec. : 450 699-1698
laresource@videotron.ca

Horizon pour Elle

Cowansville
Tél. : 450 263-5046
Télec. : 450 263-5046
horizon_pourelle@bellnet.ca

Hébergement La Passerelle

Vaudreuil-Dorion
Tél. : 514 424-6010
Télec. : 450 424-1371
info@hebergementlapasserelle.com

Maison Hina

Saint-Jean-sur-Richelieu
Tél. : 450 346-1645
Télec. : 450 346-8161
maison.hina@qc.aira.com

La Clé sur la Porte

Saint-Hyacinthe
Tél. : 450 774-1843
Télec. : 450 774-9951
clesurlaporte.org

Palais de justice et procureurs aux poursuites criminelles et pénales

SALABERRY-DE-VALLEYFIELD

Palais de justice
180, rue Salaberry
Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 2J2
Tél. : 450 370-4000
Télec. : 450 370-3021

GRANBY

Palais de justice
77, rue Principale, bur. 1.23
Granby (Québec) J2G 9B3
Tél. : 450 776-7114
Télec. : 450 776-7118

LONGUEUIL

Palais de justice
1111, rue Jacques-Cartier Est, R.C. 17
Longueuil (Québec) J4M 2J6
Tél. : 450 646-4012
Télec. : 450 928-7486

SAINT-HYACINTHE

Palais de justice
1150, rue Dessaulles, R.C. 03
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 5G9
Tél. : 450 778-6564
Télec. : 450 778-6556

COWANSVILLE

Palais de justice
400, rue Miner, 2^e étage
Cowansville (Québec) J2K 3Y7
Tél. : 450 263-2757
Télec. : 450 263-8510

ST-JEAN-SUR-RICHELIEU

Palais de justice
109, rue Saint-Charles, local 1.10
Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec) J3B 2C2
Tél. : 450 346-8493
Télec. : 450 347-9438

SOREL-TRACY

Palais de justice
46, rue Charlotte, 3^e étage
Sorel-Tracy (Québec) J3P 6N5
Tél. : 450 742-2735
Télec. : 450 742-6177

17 Région du Nunavik

Centre désigné

Centre de santé Tulattavik de l'Ungava

C. P. 149
Kuujuuaq (Québec) J0M 1C0
Tél. : 819 964-2905
Télééc. : 819 964-2739

Centre de santé Inuulitsivik

Puvirnituaq (Québec) J0M 1P0
Tél. : 819 988-2957
Télééc. : 819 988-2796

Centres jeunesse

CSS Ungava

C. P. 10
Kuujuuaq (Québec) J0M 1C0
Tél. : 819 964-2908
Télééc. : 819 964-2201

Centre jeunesse Inuulitsivik

Baie d'Hudson
Puvirnituaq (Québec) J0M 1P0
Tél. : 819 988-2191
Télééc. : 819 988-2304
www.inuulitsivik.ca

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

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)

CAVAC Kuujuuaq

151.1, rue Siwralikuut
Kuujuuaq (Québec)
Tél. : 819 964-2086
Tél. : 819 964-2053
Tél. : 1 866 778-0770
lguy@krg.ca

Services policiers

Sûreté du Québec

District de l'Abitibi-Témiscamingue–Nord-du-Québec
205, boulevard Rideau, C. P. 8888
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5R8
Tél. : 819 763-4800
Télééc. : 819 764-6941
PQ : PQ40426

Service de sécurité publique municipale

Aucun

Police autochtone

Service de police régional du Kativik

C.P. 780

Kuujuuaq (Québec) J0M 1C0

Tél. : 819 964-2488

Télec. : 819 964-0544

Municipalités desservies: Akulivik, Aupaluk, Inukjuak, Ivujivik, Kangiqsualujuaq, Kangiqsujuaq, Kangirsuk, Kuujuuaq, Kuujuarapik, Puvirnituaq, Quaqtaq, Salluit, Tasiujaq, Umiuajaq

Nation: Inuit

Maison d'hébergement pour femmes hors regroupements**Tungasuvvik Women's Shelter**

P.O. Box 586

Kuujuuaq (Québec) J0M 1C0

Tél. : 819 964-2423

Télec. : 819 964-2792

Tungavik Women's Shelter

P.O. Box 143

1239, Ningauraaluk Road

Kuujuaraapik (Québec) J0M 1G0

Tél. : 819 929-3942

Télec. : 819 929-3712

Initisiaq Women Shelter

P.O. Box 239

Salluit (Québec) J0M 1S0

Tél. : 819 255-8817

Télec. : 819 255-8150

initsiaq@tamaani.ca

Ajapirvik Women's Shelter

P.O. Box 229

Inukjuak (Québec)

Tél. : 819 254-8401

Télec. : 819 254-8502

62

Palais de justice et procureurs aux poursuites criminelles et pénales**KUUJJUAQ**

Palais de justice

151.1, rue Siuraralikuut, C. P. 870

Kuujuuaq (Québec) J0M 1C0

Tél. : 819 964-2973

Télec. : 819 964-0037

18 Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James**Centre désigné**

Aucun

Centre jeunesse**CSS CRI**

Hôpital Chisasibi

C. P. 360

Chisasibi (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

Services policiers**Sûreté du Québec**

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

Police autochtone

Village cri de Chisasibi
9, Chisasibi Road C.P. 329
Chisasibi (Québec) J0M 1E0
Tél. : 819 855-2882
Télec. : 819 855-2298
Nation : Cris

Village cri de Mistissini
192, rue Main Street
Mistissini (Québec) G0W 1C0
Tél. : 418 923-3278
Télec. : 418 923-3076
Nation : Cris

Village cri de Whapmagoostui
417, Whapmakwmaskino
C. P. 540
Whapmagoostui (Québec) J0M 1G0
Tél. : 819 929-3748
Télec. : 819 929-3919
Nation : Cris

Police autochtone d'Oujé-Bougoumou (Cris)
80, rue Oujé-Bougoumou
Oujé-Bougoumou (Québec) G0W 3C0
Tél. : 418 745-4060
Télec. : 418 745-3856
Nation : Cris

Village cri de Wemindji (Cris)
1, Air Creebec Road
C. P. 189
Wemindji (Québec) J0M 1L0
Tél. : 819 978-3655
Télec. : 819 978-3700
Nation : Cris

Service de sécurité publique municipale

Aucun

Service de police d'Eastmain (Cris)
C. P. 89
Eastmain (Québec) J0M 1W0
Tél. : 819 977-0213
Télec. : 819 977-2442
Nation : Cris

Village cri de Waswanipi
9, route 113, C. P. 58
Waswanipi (Québec) J0Y 3C0
Tél. : 819 753-2545
Télec. : 819 753-2544
Nation : Cris

Village cri de Nemiscau
Lakeshore Road
C. P. 210
Nemaska (Québec) J0Y 3B0
Tél. : 819 673-2506
Télec. : 819 673-2158
Nation : Cris

Village cri de Waskaganish
27, Smokey Hill Street
C. P. 242
Waskaganish (Québec) J0M 1R0
Tél. : 819 895-2029
Télec. : 819 895-8848
Nation : Cris

Autres organismes de votre région

_____	Tél. : _____
	Télec. : _____
_____	Tél. : _____
	Télec. : _____
_____	Tél. : _____
	Télec. : _____
_____	Tél. : _____
	Télec. : _____
_____	Tél. : _____
	Télec. : _____
_____	Tél. : _____
	Télec. : _____
_____	Tél. : _____
	Télec. : _____
_____	Tél. : _____
	Télec. : _____
_____	Tél. : _____
	Télec. : _____
_____	Tél. : _____
	Télec. : _____
_____	Tél. : _____
	Télec. : _____
_____	Tél. : _____
	Télec. : _____
_____	Tél. : _____
	Télec. : _____
_____	Tél. : _____
	Télec. : _____
_____	Tél. : _____
	Télec. : _____

Annexe 2

La victime adolescente, le secret et le signalement au DPJ

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 le 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 et 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 et réagiront bien en général. Il faut aider les victimes adolescentes à franchir les petits obstacles qui les empêchent de se confier à leurs parents (gêne, appréhension à l'égard de la réaction parentale, désir de ménager les parents...).

Pour certains adolescentes et adolescents, aviser les parents demeure difficile, par exemple, si le milieu familial est problématique ou chaotique ou dans un milieu socioculturel particulier. Il faut alors signaler ce fait au directeur de la protection de la jeunesse, en plus de l'agression sexuelle. Le motif pour retenir le signalement pourrait être la situation familiale.

Le signalement au directeur de la protection de la jeunesse ou le fait que les policiers soient avisés est vu par certains intervenantes et intervenants comme un élément bénéfique. Les motifs invoqués seront les suivants :

- il fallait que la situation d'abus cesse ;
- le présumé agresseur était un récidiviste ;
- il faut éviter que l'agresseur fasse la même chose à d'autres ;
- c'est une bonne manière pour qu'une victime reçoive de l'aide ;
- c'est un crime ;
- la loi m'y oblige ;
- je craignais les poursuites judiciaires si je ne l'avais pas fait.

Par contre, plusieurs motifs sont invoqués pour ne pas signaler une situation au directeur de la protection de la jeunesse tout comme certains perçoivent négativement le fait que les policiers soient avisés :

- la mère de l'adolescente n'aurait pas cru et protégé sa fille ;
- les délais d'attente pour l'évaluation et la prise en charge sont trop longs ;
- je sais que mon signalement ne donnera rien en bout de piste : ils ne font jamais rien !
- l'adolescente ou l'adolescent n'aurait pas voulu parler ;
- le présumé agresseur était une personne influente ;
- il me semblait que je n'avais pas assez de preuves ;
- je craignais que mes actions aient un effet très négatif sur la famille ;
- je craignais que mes actions aient un effet négatif sur la victime ;
- j'aurais brisé la confidentialité ;

- je ne voulais pas briser ma relation avec les parents ou avec la jeune victime;
- je craignais des poursuites judiciaires contre moi si ce n'était pas vrai;
- le processus judiciaire est très pénible pour les victimes et je ne veux pas l'imposer;
- je craignais devoir m'absenter de mon travail et je ne pouvais pas me le permettre;
- je n'avais pas confiance en les services publics (DPJ, police, tribunal, etc.);
- je ne voulais pas devoir aller témoigner à la cour;
- d'autres font les signalements chez nous;
- j'avais peur de représailles;
- l'adolescente ou l'adolescent recevait déjà une aide psychologique pour ce problème (ou pour un autre problème);
- ce dont l'adolescente ou l'adolescent parlait me semblait banal (pas assez sérieux pour faire un signalement).

L'intervenante ou l'intervenant peut aussi faire face à une adolescente ou un adolescent qui demande de garder le secret. Il ne faut pas se laisser prendre au jeu du secret. La confidentialité est importante à l'adolescence, mais, même entre 14 et 17 ans, la loi oblige à signaler même une suspicion d'agression sexuelle au DPJ. De plus, le secret a différents sens pour la victime adolescente, et il ne faut pas l'interpréter étroitement. Le secret peut signifier :

66

- désir d'en parler, mais gêne (la victime vous a parlé, donc, elle ne garde pas vraiment son secret);
- peur de l'inconnu à la suite du signalement;
- anxiété quant à la suite... qui pourra être pénible pour un temps (perturbation familiale, etc.).

L'intervenante ou l'intervenant doit se rappeler qu'il n'est jamais seul dans des situations d'agression sexuelle. Même si les victimes dévoilent peu aux autorités, elles dévoilent à d'autres personnes. Ces personnes, à leur tour, pourraient signaler la situation aux autorités (DPJ ou police) et celles-ci pourraient facilement être mises au fait qu'une intervenante ou un intervenant aurait négligé d'effectuer un signalement.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Lésions, blessures et problèmes de santé	3
Infections transmissibles sexuellement	4
Sérologies pour les ITS 3 et 6 mois après l'agression sexuelle	4
Retour des menstruations et grossesse	5
État global, plaintes physiques, anxiété, sommeil	5
Conclusion	6

Introduction

Le suivi médical est important. Si les cultures pour le dépistage des ITS ont été effectuées 14 jours ou moins après l'agression sexuelle, les résultats ne sont pas toujours 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 2 ou 3 semaines, puis 3 et 6 mois après l'intervention médicosociale initiale, si cette visite a eu lieu moins de 14 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, particulièrement si celle-ci n'a pas eu de suivi psychosocial.

La deuxième relance à 3 mois, 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 B, l'hépatite C ou la syphilis;
- vérifier l'état émotif de la victime, particulièrement si celle-ci n'a pas eu de suivi psychosocial.

La relance de 6 mois, selon le cas, a pour but de :

- répéter la sérologie pour le VIH et l'hépatite B (si c'est indiqué);
- vérifier l'état émotif de la victime, particulièrement 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 14 premiers jours après l'agression sexuelle, **on propose de refaire des prélèvements pour les ITS à la première visite de relance**, environ 14 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 au VPH, mais il faut alors attendre plusieurs mois avant de trouver de tels changements.

Dans son examen, le médecin prête 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 peu élevée. On explique que les ITS peuvent être présentes sans symptômes. On peut offrir les tests faits sur urine au lieu des prélèvements urétraux ou cervicaux pour le *C. trachomatis* ou pour la gonorrhée. 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.

4

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 l'exercice est plus ou moins indiqué (par exemple, s'il y a eu utilisation d'un condom au moment de l'agression).

Les cultures ou tests de contrôle effectués pour **vérifier l'efficacité d'un traitement** sont indiqués si l'on a détecté ou traité préventivement une ITS. En général, ils ne sont pas recommandés 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.

- 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.

Sérologie pour les ITS 3 et 6 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 B, l'hépatite C et le VIH, si ces prélèvements sont indiqués (la sérologie pour hépatite A est rarement indiquée, sauf si l'agresseur est un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes). Une aide-conseil sera offerte à la victime, qui n'est pas obligée de subir ces tests. À 6 mois, on ne répète que la sérologie pour le VIH et l'hépatite B.

Les victimes expriment une grande préoccupation à l'égard du risque de contracter le VIH. Elles parlent davantage du VIH que des autres ITS. La plupart des victimes vivent la période d'attente avant de recevoir la sérologie pour le VIH à 3 mois avec beaucoup de peur et d'anxiété, avec parfois des symptômes, telle l'insomnie. Il peut être souhaitable, lorsque l'anxiété est importante ou paralysante chez la victime, de faire la sérologie pour le VIH à 6 semaines, où 80 % des personnes infectées présenteront un test positif. À 3 mois, ce sera de 95 à 97 % des personnes infectées et 99 % à 6 mois qui auront des anticorps anti-VIH décelables.

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 leurs menstruations 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 l'on doute que l'exercice soit indiqué.

Toutefois, le cycle des menstruations devient souvent irrégulier après une agression sexuelle, probablement à cause du stress. Il peut y avoir arrêt des menstruations pendant 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 l'ordonnance (voir 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 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.

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 le présent 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-unes de ces intervenantes ou quelques-uns de ces 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 organisme communautaire venant en aide aux victimes d'agression sexuelle, ces services seront offerts par ce dernier en collaboration avec le CESSS, pour le suivi des enfants, des adolescentes ou 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 à plus long terme.

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 rouvre parfois des plaies mal guéries (violence familiale, rejet, ancienne agression sexuelle, 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 exige 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.

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 à la fois 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 l'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 garçons 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 de 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 partielle ou totale des relations sexuelles due à l'absence de désir, 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 mois et des années 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 (centres d'aide aux victimes d'actes criminels), les CALACS (centres 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 à 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

Une partie du présent guide d'intervention a été adaptée de :

FRAPPIER J.Y., 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 :

CENTRE POUR LES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE DE MONTRÉAL. *Les rouages de la justice concernant les crimes à caractère sexuel*. 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., éd., *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., éd., *Incestes*. Paris: L'Esprit du temps, 1995.

BRITTON H. Sexual abuse. *Clin Obstet Gynecol* 1997; 40:226-240.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. *Guide sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels*, 1993, 27 p.

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 J.Y., GAGNÉ R. Les adolescentes victimes de violence. *Le médecin du Québec* 1995; 30:43-48.

FRAPPIER J.Y., GAGNÉ R., LALONDE S. Les agressions sexuelles envers les adolescents. Dans WILKINS et coll. éd., *Médecine de l'adolescence: une médecine spécifique*, chap. 19. Montréal: Hôpital Sainte-Justine, 1984, 414 p.

FRAPPIER J.Y., HALEY N., ALLARD-DANSEREAU C. *Abus sexuel*. Montréal: les Presses de l'Université de Montréal, 1992.

GAGNÉ M.H., 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.

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; 20:333-343-354.
- LEWIN F., PETROFF E., PIERRE F., ROBERT M. Sévices sexuels chez l'enfant et l'adolescente. Dans SALOMON Y., THIBAUD E., Rappaport R, éd. *Gynécologie médico-chirurgicale de l'enfant et de l'adolescente*. 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. éd. *Le silence comme un cri à l'envers: maltraitements et abus sexuels envers les enfants*. Genève: Éditions Médecine et Hygiène, 1992.

Généralités: mise à jour 2010

- VALLÉE D. *et al. Guide d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle*. Montréal: Table de concertation sur les agressions à caractère sexuel de Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, gouvernement du Québec, 2007.

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 Psychiatr Nurs* juillet-septembre 1994; 7(3):4-23.
- Children as Victims of Violence: A national survey. *Pediatrics* 1994 (4 octobre); 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-LEATHERMAN J. Children as victims of violence: A national survey. *Pediatrics* 1994; 94:413-420.
- FRAPPIER J.Y., HALEY N., ALLARD-DANSEREAU C. *Abus sexuel*. Montréal: les Presses de l'Université de Montréal, 1992.
- GAGNÉ M.H., 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.
- Les agressions sexuelles: STOP*. Rapport du Groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, Bibliothèque nationale du Québec, 1995, 187 p.

MACMILLAN H.L., FLEMING J.E., TROCM Z' *et al.* Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. *JAMA* 278:131, 1997.

MICHAUD P.A., NARRING F. éd. *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.

ROUSSEAU D., KHOUZAM C. Les agressions à caractère sexuel. Dans *Encyclopédie de la santé des femmes*, Édisem Maloine, Montréal, 1995.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, Centre national d'information sur la violence dans la famille. *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.* 1990.

STATISTIQUE CANADA. *L'enquête sur la violence envers les femmes.* *Le Quotidien*, 18 novembre 1993, 1-11.

Statistiques : mise à jour 2010

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Statistiques 2006 sur les agressions sexuelles au Québec.* Québec : Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2006.

TOURIGNY M., GAGNÉ M.H., JOLY J., CHARTRAND M.É. Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Revue canadienne de santé publique*, 2006; 97(2):109-113.

3

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. *Adolsc 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. *Adolsc 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 C.D. Sexual abuse of children and adolescents. *Adv Pediatr* 1987; 34:275-312.

4

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; 4:1187-193.

CHADWICK D.L., BERKOWITZ C.D., KERNS D., McCANN J., REINHART M.A., 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 A.R., FINKEL M.A. éd. 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 S.J. Evaluation of sexually abused child and adolescent. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1988; 1:157-163.

- EMANS S.J., WOODS E.R., ALLRED E., *et al.* Hymenal findings in adolescent women: Impact of tampon use and consensual sexual activity. *J Pediatr* 1994; 125:153-160.
- EMANS S.J., WOODS E.R., FLAGG N.T., FREEMAN A. Genital findings in sexually abused, symptomatic and asymptomatic, girls. *Pediatrics* 1987; 79:778-785.
- ENOS W.F., CONRATH T.B., BYER J.C. Forensic evaluation of the sexually abused child. *Pediatrics* 1986; 78:385-398.
- FINKEL M.A. Anogenital trauma in sexually abused children. *Pediatrics* 1989; 84:317-322.
- FRAPPIER J.Y., HALEY N., ALLARD-DANSEREAU C. éd. *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 M.R. 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 S.J. Introital Diameter as the Criterion for Sexual Abuse. *Pediatrics* 1990; 85:222-223.
- HEGER A., EMANS S.J. *et al.* *Evaluation of the Sexually Abused Child*. Oxford University Press, 1992.
- HERMAN-GIDDENS M.E., FROTHINGHAM T.E. 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 C.J., WYNNE J.M. Sexual abuse of English boys and girls: The importance of anal examination. *Child Abuse Negl* 1989; 13:195-210.
- HOBBS C.J., WYNNE J.M. Buggery in childhood-a common syndrome of child abuse. *Lancet* 1986; oct. 4:792-797.
- INDEST G.F. 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 J.M., 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 S.G. 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.
- 6 MURAM D., SPECK P.M., DOCKTER M. Child sexual abuse examination: Is there a need for routine screening for N. gonorrhoeæ? *J Ped Adolesc Gynecol* 1996 (April); 9(2):79-80.
- PAUL D.M. The pitfalls which may be encountered during an examination for signs of sexual abuse. *Med Sci Law* 1990; 30:3-11.
- PARADISE J.E. Predictive accuracy and the diagnosis of sexual abuse: Big issue about a little tissue. *Child Abuse Neglect* 1989; 13:169.
- PARADISE J.E. Use of colposcope in childhood sexual abuse examinations. *Pediatric Clinics of North America*. Aug. 1990; 37(4).
- PARADISE J.E., ROSTAIN A.L., 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 S.F. Configuration of the prepubertal hymen. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157:950-956.
- POKORNY S.F. Child abuse and infections. *Obst Gynec Clinics North America* 1989; 16:401-415.
- POKORNY S.F., KOZINETZ C. Configuration and other anatomic details of the prepubertal hymen. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1988; 1:97-103.
- RIMSZA M.E. An illustrated guide to adolescent gynecology. *Pediatr Clinics North America* 1989; 36:639-663.

ROSS J.D., SCOTT G.R., BUSUTTIL A. Trichomonas vaginalis infection in pre-pubertal girls. *Med Sci Law* 1993; 1:82-85.

SCHWARTZ A.J., RICCI L.R. How accurately can bruises be aged in abused children? Literature review and synthesis. *Pediatrics* 1996; 97:254-257.

SICOLI R.A., LOSEK J.D., HUDLETT J.M., SMITH D. Indications for *Neisseria gonorrhoeae* cultures in children with suspected sexual abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149(1):86-89.

TIPTON A.C. 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 B.J., LANDERS D.V., 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 F.P.R., PRENTICE M.A., BERGH A.M., MILLER S.D. 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 J.J. Comparison of the vaginal flora in sexually abused and non abused girls. *J Pediatr* 1992; 120:872-877.

GLASER J.B., SCHACHTER J., BENES S. *et al.* Sexually transmitted diseases in postpubertal female rape victims. *J Infect Dis* 1991; 164:726-730.

INGRAM D.L., EVERETT V.D., LYNA P.R. *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/9/6/e8>.

JENNY C. Sexually transmitted diseases and child abuse. *Pediatr Annals* 1992; 21:497-503.

JENNY C., HOOTON T.M., BOWERS A. *et al.* Sexually transmitted diseases in victims of rape. *N Engl J Med* 1990; 322:713-716.

JOHNSON J., SHEW M.L. Screening and diagnostic tests for sexually transmitted diseases in adolescents. *Seminars in Pediatr Infect Dis* 1993; 4:142-150.

- JUDSON F.N., 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 A.E. 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 R.M., SCHUBERT C.J., MYERS P.A., SHAPIRO R.A. 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 D.C. 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.

Infections transmissibles sexuellement: mise à jour 2010

- BRUNEAU A., *et al.* : *Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel*. MSSS, gouvernement du Québec.
- EGEDY M., FRAPPIER J.Y., FONTAINE M.M., COUILLARD J.O. Sexual transmitted infection (STI) post sexual assault in an adolescent population: An 18-years retrospective study. *Ped & Child Health* 2006; 11(suppl B):39B.
- THOMAS A., FORSTER G., ROBINSON A., ROGSTAD K. National guideline for the management of suspected sexually transmitted infections in children and young people. *Arch Dis Child* 2003; 88:303-311.
- WOODS C.R Sexually transmitted diseases in prepubertal children: Mechanisms of transmission, evaluation of sexually abused children, and exclusion of chronic perinatal viral infections. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2005; 16(4):306-316.

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 J.A. Evolution of a classification scale: Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreatment* 2001; 6:31-36.
- ADAMS J.A., GIRARDIN B., FAUGNO D. Adolescent sexual assault: Documentation of acute injuries using photo-colposcopy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2001; 14:175-180.
- BERENSON A.B., CHACKO M.R., WIEMANN C.M. *et al.* A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:820-834.
- BERENSON A.B., GRADY J.J. A longitudinal study of hymenal development from 3 to 9 years of age. *J Pediatr* 2002; 140v:600-607.
- BERENSON A.B., CHACKO M.R., WIEMANN C.M. *et al.* Use of hymenal measurements in the diagnosis of previous penetration. *Pediatrics* 2002; 109:228-235.
- EMANS S.J., LAUFER M.R., GOLDSTEIN D.P. Vulvovaginal problems in the prepubertal child. Dans *Pediatric and adolescent gynecology*. Fourth edition, 1998. Lippincott-Raven, Philadelphia, New York. p. 75-98.
- HEGER A., EMANS S.J., 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.
- 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 D.M., EVERETT V.D., INGRAM D.L. 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 C.F. Is it normal or is it not? *SCAN* 2001; 13:4-5.
- LENTSCH K.A., JOHNSON C.F. 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 N.P., SCHWARTZMAN J.D., ELLIOTT J.A. 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 A.K., 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 E.C., FRASIER L.D. Anogenital skin diseases of childhood. *Pediatric Annals* 1997; 26:321-331.

Examen génital-anal: mise à jour 2010

ADAMS J.A, KAPLAN R.A, STARLING S.P, MEHTA N.H, FINKEL M.A, BOTASH A.S, KELLOG N.D, SHAPIRO R.A. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007; 20:163-172.

ADAMS J.A. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17:191-197.

ADAMS J.A., BOTASH A., KELLOGG N. Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158:280-285.

ADAMS J.A. Approach to the interpretation of medical and laboratory findings in suspected child sexual abuse: A 2005 revision. *The APSAC Advisor*, Summer 2005; 7-13.

ADAMS J.A. Normal studies are essential for objective medical evaluations of children who may have been sexually abused. *Acta Paediatrica* 2003; 92:1378-1380.

ALLARD-DANSEREAU C., HÉBERT M., TREMBLAY C., BONNIN A.C. Children's response to the medical visit for allegations of sexual abuse: Maternal perceptions and predicting variables. *Child Abuse Review*. 2001; 10:210-222.

10

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Kellogg N. and the Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 2005; 116:506-512.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Kaufman M. and the Committee on Adolescence. Care of the adolescent sexual assault victim. *Pediatrics* 2008; 122:462-470.

ANDERSON S.L., PARKER B.J., BOURGUIGNON C.M. Changes in genital injury patterns over time in women after consensual intercourse. *J Forensic and legal med*. Online March 10th 2008.

BERENSON A.B., CHACKO M.R., WIEMANN C.M. *et al*. A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:820-834.

BERENSON A.B., CHACKO M.R., WIEMANN C.M. *et al*. Use of hymenal measurements in the diagnosis of previous penetration. *Pediatrics* 2002; 109:228-235.

BERNARD D., PETERS M., MAKOROFF K. The evaluation of suspected pediatric sexual abuse. *Clin Ped Emerg Med* 2006; 7:161-169.

CHRISTIAN C.W., LAVELLE J.M., DEJONG A.R. *et al*. Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics* 2000; 106:100-104.

GIRARDET R., LAHOTI S., PARKS D., MCNEESE M. Issues in pediatric sexual abuse: What we think we know and where we need to go. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2002; 32(7):216-246. Bon article de revue.

- HEPPENSTALL-HEGER A., MCCONNELL G., TICSON L. *et al.* Healing patterns in anogenital injuries: A longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatr* 2003; 112:829-837.
- KELLOGG N.D., MENARD S.W., SANTOS A. Genital anatomy in pregnant adolescents: " Normal " does not mean " nothing happened ". *Pediatrics* 2004; 113:e67-e69.
- KELLOGG N.D., PARRA J.M., MENARD S. Children with anogenital symptoms and signs referred for sexual abuse evaluations. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 153:634-641.
- LAZEBNIK R., ZIMET G.D., EBERT J., ANGLIN T.M., WILLIAMS P., BUNCH D.L., KROWCHUK D.P. How children perceive the medical evaluation for suspected sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1994; 18:739-745.
- LEDER M.R., KNIGHT J.R., EMANS S.J. Sexual abuse: When to suspect it, how to assess for it. (Part 1 of 2). *Contemporary Pediatrics* 2001; 18(5):59-74.
- LEDER M.R., KNIGHT J.R., EMANS S.J. Sexual abuse. Management strategies and legal issues (Part 2). *Contemporary Pediatrics* 2001; 18(5):77-92.
- McCANN J., MIYAMOTO S., BOYLE C., ROGERS K. Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: A descriptive study. *Pediatrics* 2007; 119:e1094-e1106.
- MEARS C.J., HEFLIN A.H., FINKEL M.A., DEBLINGER E., STEER R.A. Adolescent's responses to sexual abuse evaluation including the use of video colposcopy. *J Adolesc Health* 2003; 33:18-24.
- MYHRE A.K., BERNTZEN K., BRATLID D. Genital anatomy in non-abused preschool girls. *Acta Paediatr* 2003; 92:1453-1462.
- NAZER D., PALUSCI V. Child sexual abuse: Can anatomy explain the presentation? *Clin Pediatr* 2007; online doi:10.1177/0009922807304365.
- PALUSCI V.J., CYRUS T.A. Reaction to videocolposcopy in the assessment of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2001; 25(11):1535-1546.
- PALUSCI V.J., COX E.O., SHATZ E.M., SCHULTZE J.M. Urgent medical assessment after child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2006; 30(4):367-380.
- PETERSON L.W., MESERVY Z., FURTH S.E., MORRIS X., PEELE K., CORTESE A. The stress of child sexual abuse examinations. *J Clin Forensic Med* 1994 (June); 1(1):13-19.
- PRIOR V. Invited comment, Children's response to the medical visit for allegations of sexual abuse: Maternal perceptions and predicting variables. *Child Abuse Review* 2001; 10:223-225.
- STEWART M.S., SCHMITZ M., STEWARD D.S., JOYE N.R., REINHART M. Children' anticipation of and response to colposcopic examination. *Child Abuse Negl* 1995; 19:997-2005.
- WAIBEL-DUNCAN M.K., SANGER M. Understanding and reacting to the anogenital exam: Implications for patient preparation. *Child Abuse Negl* 1999; 23:281-286.

Atlas photographiques et CD :

HEGER A., EMANS S.J., 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 D.L. *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.

Atlas photographiques et CD ou DVD : mise à jour 2010

ADAMS, Joyce et KELLOGG, Nancy. *The Medical Evaluation of Suspected Child Sexual Abuse: A Course on CD-ROM*. Available through web site, January 2001. child-abusecme.ucsd.edu/.

Visual Diagnosis of Child Abuse on CD-ROM-2nd Edition

A slide set and manual published by the American Academy of Pediatrics

Contact: Department of Marketing and Publications

American Academy of Pediatrics

PO Box 747

Elk Grove Village, IL 60009-0747

800 433-9016

<http://www.aap.org>

12

BOTASH, Ann. *Evaluating Child Sexual Abuse – Educational Manual for Medical Professionals*. A manual and videotape of colposcopy examinations of children. John Hopkins University Press, Baltimore MD, 2000.
800 537-5487
ISBN No. 0801865506

FINKEL M.A., et GIARDINO A.P. *Medical Evaluation of Child Sexual Abuse: A Practical Guide*, Second Edition, Sage Publications, Thousand Oaks California, London, New Delhi, 2002.

GIRARDIN B.W., FAUGNO D.K., SPENCER M.J., GIARDINO A.P., éd. *Sexual Assault: Victimization Across the Life Span; A Color Atlas*. GW Medical Publishing, St. Louis, Mo. 2003.

Pour tout autre renseignement, veuillez vous adresser à :

D^{re} 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
Télééc. : 514 412-4319
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
Télééc. : 514 412-7114
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
Télééc. : 514 345-4778
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 61504
Télééc. : 514 873-4847
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
Télééc. : 514 934-3776
trentcvasm@videotron.ca