



# CRIPCAS

Centre de recherche interdisciplinaire  
sur les problèmes conjugaux  
et les agressions sexuelles

MÉMOIRE DÉPOSÉ AU SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE  
EN VUE DE L'ÉLABORATION DU TROISIÈME  
PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL EN MATIÈRE D'AGRESSION SEXUELLE

MIREILLE CYR, PH.D., UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

FRANCINE LAVOIE, PH.D., UNIVERSITÉ LAVAL

MARTINE HÉBERT, PH.D., UQAM

DELPHINE COLLIN-VÉZINA, PH.D., UNIVERSITÉ MCGILL

ISABELLE DAIGNEAULT, PH.D., UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

MÉLANIE CORNEAU, M.SC., UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

SEPTEMBRE 2015

## **1. INTRODUCTION ET PRÉSENTATION DU CENTRE**

---

Le Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS) est un regroupement interdisciplinaire qui réunit 27 chercheurs réguliers, 26 collaborateurs, une trentaine d'organismes partenaires et près de 200 étudiants de 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> cycles et postdoctoraux. Étant donné sa vocation, plusieurs de ses membres chercheurs œuvrent également comme cliniciens, démontrant ainsi un ancrage certain sur le plan de la pratique. De plus, les partenariats et les collaborations entretenus avec plusieurs milieux de pratique permettent non seulement le développement des connaissances eu égard aux meilleures pratiques, mais aussi la mise sur pied et l'évaluation de plusieurs modèles de prévention et d'intervention.

Subventionné à titre de *Regroupement stratégique* par le Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC) depuis janvier 2002, le Centre a pour objectif d'approfondir le champ des connaissances de deux thématiques ayant des répercussions sociales importantes, soit les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (AS). L'interrelation existante entre ces deux thématiques a d'ailleurs permis l'émergence d'un créneau novateur de chercheurs spécialisés sur le sujet.

Au sein du CRIPCAS, on retrouve également trois sous-regroupements de chercheurs, soit l'*Équipe Violence Sexuelle et Santé* (ÉVISSA) dont 8 des 11 membres sont également chercheurs réguliers au CRIPCAS, la *Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants* détenue par deux chercheurs réguliers du CRIPCAS et l'équipe des IRSC sur les traumatismes interpersonnels dont 6 des 8 membres sont chercheurs réguliers du CRIPCAS. Les membres d'ÉVISSA tentent de développer une compréhension globale du phénomène de la violence sexuelle, notamment au plan des conséquences sur la santé mentale, physique et sexuelle, et ce, dans différents contextes de vie. Les travaux de la Chaire pour leur part portent sur l'évaluation des besoins des enfants âgés de 12 ans et moins victimes d'AS, sur leurs trajectoires de développement et sur l'évaluation des services qui leur sont offerts. L'équipe des IRSC sur les traumatismes interpersonnels est responsable de l'enquête sur les parcours amoureux des jeunes (PAJ).

Afin de contribuer à la réflexion entamée lors du *Forum itinérant en matière d'agression sexuelle* qui a eu lieu en juin 2015 et en vue de l'élaboration du troisième plan d'action gouvernemental en matière d'AS, le présent mémoire s'appuie sur les résultats issus des travaux de nos chercheurs et propose des recommandations afin de bonifier les efforts qui sont dirigés vers les victimes d'AS. Les pistes d'action du présent mémoire sont articulées autour des deux thématiques abordées dans le cadre du *Forum*, soit «mieux prévenir pour que l'inacceptable ne survienne plus» et «mieux agir lorsque l'inacceptable survient.» La liste exhaustive des recommandations se retrouve en annexe.

## **2. MIEUX PRÉVENIR : ÉTAT DE LA SITUATION ET RECOMMANDATIONS**

---

Nous proposons d'utiliser une pyramide des types d'interventions préventives afin de situer les diverses recommandations de cette section. Cette pyramide suggère la nécessité d'offrir à la base des activités de promotion et de prévention au plus grand nombre de personnes (promotion suivie de prévention universelle), pour ensuite offrir des activités préventives supplémentaires à des sous-groupes présentant des facteurs de risque identifiés dans la littérature scientifique comme associés à un vécu de victimisation ou d'AS (prévention ciblée), et pour finir par des services de dépistage et de soutien à court terme. Ce continuum de services se poursuit par l'offre de services cliniques, psychosociaux ou juridiques.

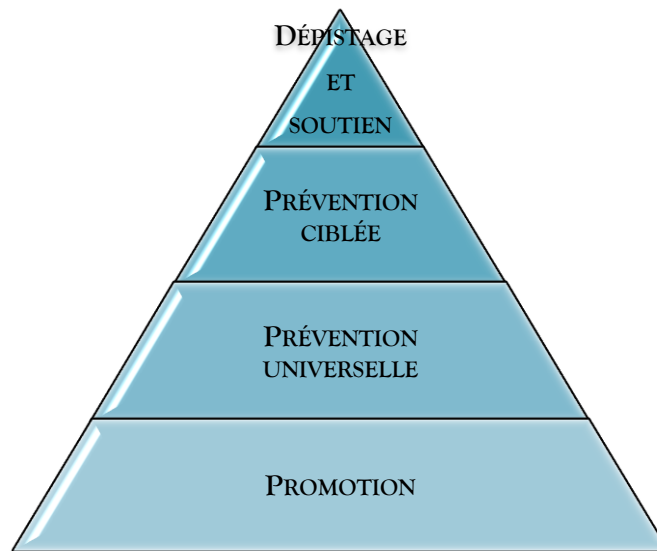


Figure 1. Pyramide des types d'interventions préventives

## 2.1 INCIDENCE ET PRÉVALENCE : L'IMPORTANCE DU PHÉNOMÈNE AU QUÉBEC

Une analyse des données pancanadiennes révèle que les taux officiels d'incidence d'AS en enfance ont peu évolué depuis les dernières années et que, lorsque des baisses sont notées, elles pourraient être plutôt le reflet de changements organisationnels liés à l'investigation des cas signalés à la protection de la jeunesse (Collin-Vézina et al., 2010). À partir de deux enquêtes téléphoniques auprès d'échantillons représentatifs du Québec (Hébert et al., 2009; Tourigny et al., 2008; Bouchard et al., 2008), la prévalence élevée des AS avant l'âge de 18 ans a été confirmée : 1/5 femme et 1/10 homme. Ces enquêtes démontrent une stabilité de la violence sexuelle à différents temps de mesure. Ainsi, au Québec, au moins 80 000 hommes et plus de 160 000 femmes victimes d'AS en enfance n'auraient jamais dévoilé leur AS. Les hommes sont 2 fois plus nombreux à ne pas dévoiler. Les résultats indiquent aussi que la prévalence de l'AS ne diminue pas au Québec, et que plusieurs cas demeurent non détectés chez les enfants.

Certaines populations sont plus vulnérables, dont les enfants ayant une déficience intellectuelle (DI) qui sont de 4 à 6 fois plus à risque d'être victimes d'AS que ceux n'ayant pas de DI (Dion et al., 2012). Par ailleurs, nos études sur les agressions commises au sein de la fratrie ou entre mineurs (Collin-Vézina et al., 2014a; Cyr et al., 2012) soulignent la sévérité des gestes posés et le niveau élevé de détresse psychologique que l'on retrouve chez les enfants agressés par leurs frères, sœurs ou autres mineurs. Ces populations vulnérables doivent faire l'objet des pistes de prévention et d'intervention mieux ciblées.

La violence sexuelle vécue dans le cadre de relations amoureuses est tout aussi préoccupante. Les travaux de nos chercheurs soulignent dans une étude représentative auprès de plus de 8000 adolescents de 14 à 18 ans qu'une fille sur 5 rapporte avoir été victime de violence sexuelle au cours des derniers 12 mois, en comparaison à 5,7% des garçons (Hébert et al., soumis). Les jeunes davantage vulnérables se retrouvent parmi ceux ayant vécu une AS pendant l'enfance et ceux de minorité sexuelle. En effet, 34% des jeunes femmes et 25% des jeunes hommes de minorités sexuelles en couple rapportent avoir vécu de la violence sexuelle avec leur partenaire au cours de la dernière année (Blais et al., à paraître) et les taux de violence sexuelle dans le contexte des relations amoureuses doublent chez les adolescentes et adolescents ayant vécu une AS (Hébert et al., soumis).

## RECOMMANDATIONS VISANT LA PROMOTION DES RELATIONS ÉGALITAIRES ET SAINES

**Considérant les résultats de nos travaux, nous proposons que :**

- 1) De façon générale, les programmes d'éducation sexuelle à l'école devraient être réinstaurés en s'inspirant des recherches récentes.
  - ✓ La question de l'AS devrait être abordée dès la maternelle et adaptée en fonction de l'âge de l'enfant, puisque la majorité du temps, l'agresseur vit dans la même maison que l'enfant et dans 95% du temps, l'enfant connaît son agresseur et le côtoie dans son environnement.
  - ✓ Chez les préadolescents et les adolescents, les notions d'amour et de sexualité saine doivent en plus trouver place dans le programme scolaire. L'accent doit être mis sur les notions de consentement, de pression sociale et de stigmatisation.
  - ✓ La diversité des vécus sexuels tant selon l'orientation sexuelle que selon le mode de relation (couple, aventures d'un soir, etc.) doit être abordée.
  - ✓ L'objectivation des personnes, en particulier des femmes, doit être dénoncée.

- 2) L'ensemble des milieux de vie doit contribuer à promouvoir les relations saines et égalitaires, dont le milieu sportif, de travail et des loisirs ainsi que les cégeps et les universités.

## RECOMMANDATIONS VISANT LA PRÉVENTION UNIVERSELLE

Nos réalisations ont permis de documenter l'efficacité de programmes de prévention en AS offerts au Québec. Par exemple, pour les adolescents deux programmes de prévention de l'AS (Viol-Secours) ou de la violence dans les relations amoureuses des jeunes (ViRAJ) ont été évalués (Daigneault et al., 2015; Trotta et al., 2011; Lavoie et al., 2011). Pour les enfants du primaire, le programme ESPACE, bien implanté dans les écoles au Québec a été évalué (Daigneault et al., 2012). L'évaluation du programme ESPACE a démontré une amélioration des habiletés préventives chez les enfants de même qu'une meilleure connaissance des interventions à privilégier en cas de dévoilement chez les parents.

Bien que certaines améliorations devraient être faites afin de maximiser la portée de ces programmes et d'optimiser les effets des initiatives de prévention et cela auprès de tous les acteurs concernés (parents, membres du personnel scolaire, etc.), nos résultats et ceux de méta-analyses suggèrent que des interventions répétées et de plus longue durée ont des effets plus importants et qui persistent plus longtemps. Il est également suggéré d'aborder moins de thèmes dans une période de temps court et de cibler des mythes plus répandus et des thèmes plus ambigus pour les jeunes. Par exemple, la question du consentement en situation d'intoxication aux drogues ou à l'alcool dans les relations amoureuses des jeunes fait partie des connaissances les plus lacunaires chez les participants.

Il existe plusieurs avenues de promotion et de prévention visant les enfants et les adolescents qui ne sont peu ou pas utilisées au Québec. Lavoie et al. (2012) proposent une relecture des nombreuses possibilités. Il y aurait ainsi intérêt à implanter des programmes multi-composantes plutôt que des programmes courts et impliquant uniquement les écoles.

**Considérant les résultats de nos travaux, nous proposons que :**

- 3) Il s'agit au Québec de consolider le secteur de la prévention universelle pris en charge par plusieurs organismes et institutions qui offrent une variété de programmes de prévention fort bien acceptés, mais qui en général sont actuellement de format court et de faible intensité.

4) Il faut faciliter la mise en œuvre de programmes à composantes multiples (ciblant par exemple écoles et organismes de loisirs, jeunes et parents, enseignants et entraîneurs sportifs, média sociaux, etc.).

5) Plusieurs programmes de prévention pour les enfants et les adolescents ont été évalués et doivent être diffusés et répétés dans le temps en respectant les conditions de mise en œuvre associées à un impact durable.

6) Il faudra soutenir la réflexion sur deux avenues en prévention: soit aborder la violence sexuelle de façon isolée ou l'intégrer à divers types de violence. Ces deux choix devraient pouvoir coexister en tenant compte des facteurs de contexte et de types de clientèle.

7) Les nouvelles formes d'exercice de violence, comme les pressions d'envoyer des sextos ou la diffusion à autrui de sextos reçus, doivent faire l'objet d'attention dans les programmes de prévention visant divers âges.

✓ À titre d'exemple, la cybervictimisation sexuelle dans le contexte des relations amoureuses, infligée via les technologies et les médias sociaux, serait répandue chez les adolescents en particulier chez les filles, mais peu évaluée.

8) Le marketing social serait une piste à explorer sans attendre qu'un événement particulier serve de déclencheur, comme fut le cas du mouvement #AgressionNonDénoncée.

✓ Ainsi, nous croyons qu'il est essentiel que la problématique des AS soit abordée plus ouvertement dans les médias, et que, par exemple, des personnalités publiques prennent position.

9) Pour assurer une prévention optimale, il faut viser plusieurs cibles dont l'individu, la famille, l'environnement et le macrosystème. Nous aurons par exemple à identifier les meilleures approches pour rejoindre les parents, qui malgré les efforts déployés dans les faits, participent peu aux programmes qui visent les enfants.

## RECOMMANDATIONS VISANT LA PRÉVENTION CIBLÉE AUPRÈS DES GROUPES À RISQUE

Une piste à privilégier dans le cadre des relations amoureuses selon Lavoie et al. (2007) est d'offrir des ressources supplémentaires à des groupes d'adolescents à risque. Nos données démontrent clairement que l'AS est un facteur de risque important pour la revictimisation dans le contexte des relations amoureuses (Hébert et al., 2013). Il faut donc innover et répondre aux besoins de groupes particuliers entre autres les jeunes victimes d'AS dans l'enfance, les jeunes de minorités sexuelles et les communautés culturelles qui apparaissent vulnérables dont les communautés autochtones, afin de les appuyer dans l'établissement de relations amoureuses sans violence sexuelle ou autre (Lavoie et al., 2007). Cette réflexion sur une prévention ciblée concerne également les enfants, les jeunes adultes, les nouveaux parents qui, vu leurs fragilités antérieures, sont à risque de recourir à la violence sexuelle à leur tour.

**Considérant les résultats de nos travaux, nous proposons que :**

10) La prévention ciblée auprès de groupes à risque devrait être priorisée et davantage développée au Québec en se fondant sur une recension systématique des facteurs, tant individuels, familiaux que systémiques, associés à la violence sexuelle en enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte.

11) Les meilleures pratiques en prévention ciblée devraient être identifiées grâce à une recension critique ou méta-analyse systématique et l'information largement diffusée aux intervenants lors d'activités de transfert de connaissances.

12) Plusieurs clientèles particulièrement vulnérables à la violence sexuelle (p. ex., peuples autochtones, personnes ayant une déficience intellectuelle) ont été négligées dans l'élaboration desdits programmes de prévention universelle ou ciblée et nous disposons donc de très peu d'interventions permettant de répondre à leurs besoins spécifiques. Il faut pallier à cette situation.

13) Des contextes particuliers sont liés à l'exercice de violence sexuelle et des programmes particuliers d'intervention préventive sont alors nécessaires. Il est suggéré d'aider à établir de meilleures connaissances en ce qui concerne la prévalence et les conditions de harcèlement et victimisation sexuelle dans des contextes particuliers tels qu'au sein du milieu universitaire, une organisation sportive, ou encore dans le cadre d'une relation avec un professionnel en situation d'autorité. Finalement, la violence sexuelle vécue par les garçons et les hommes, qui semblent moins susceptibles de dévoiler les faits et de solliciter les services d'aide, demeure une réalité très peu documentée et des efforts doivent être consentis afin de favoriser la recherche sur ces thématiques.

## 2.2 LE DÉVOILEMENT DE L'AS, LE DÉPISTAGE, L'ENTREVUE D'ENQUÊTE ET LA RECHERCHE D'AIDE

Le dévoilement de l'AS est un processus difficile et souvent entravé par plusieurs barrières personnelles et sociales. Une étude effectuée auprès d'un échantillon représentatif de 804 québécois(es) (Hébert et al., 2009) révèle qu'un survivant sur 5 n'a jamais dévoilé, que seulement 21,2% des victimes avaient dévoilé les AS dans le mois suivant les faits et que 57,5% avaient attendu au moins 5 ans avant d'en parler. Nos chercheurs se sont intéressés aux barrières au dévoilement de l'AS via une analyse thématique du discours des survivants d'AS (Collin-Vézina et al., 2015). Parmi ces barrières, on retrouve des facteurs d'ordre socioculturel (manque de service, stigma social), relationnel (pris dans une dynamique de pouvoir, pas de réseau social/de soutien) et idiosyncrasique (internalisation du blâme, honte, autoprotection). Les messages à diffuser lors des campagnes de prévention doivent cibler ces facteurs responsables du silence.

Les adolescents victimes de violence au sein de leur couple font également face à bien des défis. Les données du projet PAJ indiquent qu'en général, les adolescents des deux genres perçoivent qu'il est plus facile de rechercher de l'aide pour un-e amie que pour eux-mêmes (Hébert et al., 2014). Les garçons sont cependant moins susceptibles de se percevoir capable de solliciter de l'aide. Les moins à même de solliciter de l'aide sont ceux et celles qui cumulent une histoire passée de victimisation sexuelle à de la violence au sein de leur couple. Enfin, les jeunes de minorités sexuelles sont vus comme plus hésitants à rechercher de l'aide, car cela revient à dévoiler leur orientation sexuelle, ce que plusieurs ne sont pas prêts à faire. La crainte de la discrimination nuit également à la divulgation (Blais, et al., à paraître).

### RECOMMANDATIONS VISANT LE DÉPISTAGE ET LE SOUTIEN

**Considérant les résultats de nos travaux, nous proposons que :**

14) Les programmes de prévention devraient aborder la plus grande difficulté pour les hommes et pour les jeunes des minorités sexuelles de révéler un vécu de violence sexuelle, et toute autre population vulnérable (enfants DI, victimes d'AS intrafamiliale).

15) Les initiatives de prévention devraient favoriser la divulgation rapide des AS, en ciblant les facteurs qui entravent le dévoilement tout en désresponsabilisant les victimes.

16) Les barrières au dévoilement sont multiples et incluent des facteurs personnels, relationnels, sociaux tant pour les adultes que les enfants.

- ✓ Alors que la majorité des campagnes de sensibilisation ne concernent que les facteurs personnels, il est essentiel de trouver des messages qui s'adressent à chacun de ces obstacles.
- ✓ L'identification de barrières sociales (le stigma social, les services disponibles, l'invisibilité de l'AS) doit aussi être prise en compte dans les campagnes de prévention et de sensibilisation afin d'aider les victimes à se libérer de la honte qu'elles peuvent ressentir, en plus de viser à augmenter la conscience collective. Par exemple, ces campagnes pourraient mettre l'accent sur le fait qu'il faut plus que du courage de la part des victimes pour parler de l'AS en offrant des pistes d'action concrètes pour les personnes qui reçoivent des confidences ou qui ont des soupçons au sujet d'un enfant potentiellement victime.

17) Il est important d'assurer un suivi et d'accompagner les victimes dans leurs démarches d'aide suivant le dévoilement pour prévenir les séquelles à long terme.

Lorsqu'il y a dévoilement d'AS, le narratif des victimes constitue bien souvent la seule source d'information dont disposent les enquêteurs des services de police afin d'accumuler une preuve suffisante pour incriminer les présumés agresseurs. Plusieurs travaux ont porté sur l'entrevue d'enquête comme facteur déterminant du processus décisionnel suivant la dénonciation d'une AS envers un enfant. Ceux-ci ont confirmé l'utilité du protocole d'audition du NICHD utilisé par les policiers et les intervenants sociaux (Cyr & Lamb, 2009; Cyr, 2014). De plus, ces travaux ont également fait ressortir la complexité de cette entrevue auprès des très jeunes enfants et la plus-value de fournir des rétroactions aux policiers afin de perfectionner et de maintenir les habiletés acquises au cours de la formation sur des entrevues réelles conduites sur le terrain (Cyr et al., 2012). Ces résultats ont des implications concrètes pour la formation des policiers et pour tout intervenant œuvrant à la prise en charge des enfants victimes d'AS permettant d'accroître la qualité des services offerts.

Une récente étude (Cyr & Dion, 2015) souligne par ailleurs que l'âge est un facteur déterminant en ce qui concerne la divulgation d'un épisode d'AS. En effet, les résultats démontrent que 61% des enfants de moins de 6 ans n'ont pas fait de révélation lors de l'entrevue d'enquête et que ce pourcentage grimpe à 81 % lorsqu'on tient compte des enfants de 6 ans. Ces résultats indiquent que plusieurs enfants sont réticents à dévoiler et que d'autres stratégies non suggestives doivent être développées pour leur venir en aide.

#### RECOMMANDATIONS VISANT LA FORMATION ET LA RECHERCHE SOUTENANT L'INTERVENTION PRÉVENTIVE ET LE DÉPISTAGE

**Considérant les résultats de nos travaux, nous proposons que :**

18) Les enquêteurs et intervenants qui travaillent auprès des enfants en contexte de dévoilement doivent pouvoir bénéficier de soutien post-formation pour maintenir et accroître leurs habiletés d'audition.

19) La thématique des AS et des interventions préventives et de dépistage doit faire partie de tous les programmes de formation (collégial et universitaire) des futurs acteurs impliqués, soit les professionnels de la santé, des services sociaux, de la justice et de l'éducation (service de garde, travailleurs sociaux, criminologues, psychologues, médecins, infirmiers, intervenants jeunesse, enseignants, etc.).

20) Des recherches doivent être subventionnées pour évaluer l'efficacité des modalités de prévention novatrices ou encore celles très utilisées dans nos milieux.

- ✓ Ces évaluations se dérouleraient dans le cadre de schèmes reconnus et avec des outils validés.
- ✓ Une pluralité de méthodes d'évaluation doit être encouragée, mais le recours à l'articulation de modèles logiques ainsi qu'aux devis expérimentaux et quasi-expérimentaux doit être privilégié.
- ✓ Des projets ciblant des groupes à risque déjà bien identifiés dans la littérature scientifique doivent être entrepris afin de les outiller par des programmes de prévention adaptés et à données probantes.

21) En même temps, les démarches évaluatives régulières des pratiques des divers organismes impliqués en prévention et en dépistage doivent être encouragées et systématisées soit par du soutien institutionnel externe ou par l'organisation d'échanges de matériel et de ressources pour l'évaluation.

22) Il faut renforcer la capacité de collecte de données représentatives et d'études de facteurs de risque et de protection en poursuivant systématiquement l'analyse des données des deux enquêtes représentatives récentes effectuées auprès de jeunes québécois (Enquête Parcours amoureux des Jeunes : Martine Hébert, Chercheure principale et Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire). Nous craignons en particulier que l'analyse de l'Enquête (EQSJQ) de l'Institut de la statistique et du Gouvernement du Québec soit compromise par les changements organisationnels en cours.

23) Il faut de plus maintenir l'exploitation des banques disponibles (statistiques policières, etc.) et la diffusion de rapports annuels détaillés.

24) Des études longitudinales sont nécessaires afin de cerner les facteurs de risque et les facteurs de protection utiles et sujets à des interventions de prévention.

25) Quant aux défis à relever, les recherches ont identifié les effets proximaux des programmes de prévention, mais les données sont encore très embryonnaires quant aux effets plus distaux et l'impact réel sur l'incidence de l'AS. Il faudra innover sur les devis de recherche à privilégier pour répondre à ce défi.

26) Le processus de revictimisation et ses conséquences doivent être mieux compris grâce à la recherche, tant quantitative que qualitative.

27) Des projets de recherche doivent être mis en place pour développer des modalités de soutien non-suggestif aux jeunes enfants que l'on considère agressés sexuellement, mais qui ne dévoilent pas lors de l'entrevue d'enquête policière.

### **3. MIEUX AGIR : ÉTAT DE LA SITUATION ET RECOMMANDATIONS**

---

#### **3.1 LES CONSÉQUENCES DE L'AS À DIFFÉRENTS STADES DE VIE**

Nos recherches ont permis d'établir des profils chez les victimes d'AS à différentes étapes développementales et de documenter la diversité des problèmes qu'ils sont susceptibles de présenter. Ainsi, les enfants d'âge préscolaire victimes d'AS démontrent plus souvent des symptômes de dissociation



et les garçons sont particulièrement vulnérables à des trajectoires de symptomatologie chroniques (Bernier et al., 2013). Lors de la période scolaire, les enfants présentent plus souvent des symptômes de stress post-traumatique et d'importantes difficultés d'adaptation en milieu scolaire (Daignault & Hébert, 2009). Ils seraient aussi plus à risque de vivre des situations de victimisation par les pairs, situation qui aggrave les symptômes post-traumatique (Hébert et al., soumis)

D'autres travaux menés par nos chercheurs ont permis de faire avancer les modèles conceptuels explicatifs du phénomène de revictimisation. À l'adolescence, les jeunes ayant vécu des AS font état d'idéations suicidaires (Brabant et al., 2014), de comportements sexuels à risque (Fernet et al., 2015), dont l'échange de services sexuels contre rétribution (Lavoie et al., 2010). Ils sont également plus à risque de vivre de la violence sexuelle (p.ex., 40% des adolescentes suivies en Centre jeunesse; Daigneault et al., 2004), de la cybervictimisation (Hébert et al., soumis) ainsi que des relations amoureuses teintées de violence psychologique et physique, en plus de développer un sentiment de responsabilité et de blâme de soi plus élevé chez ceux ayant rencontré leur agresseur via des réseaux sociaux (Hébert et al., 2014; Quéirin et al., 2013). De manière générale, les recherches démontrent que les jeunes ayant vécu des AS présentent un ensemble de symptômes reliés au stress post-traumatique complexe (Daigneault et al., 2003; 2004). En ce qui concerne la santé physique, les jeunes victimes d'AS présentent 1,2 à 2,2 fois plus de problèmes de santé physique que leurs pairs de la population générale, et ce, tant pour les filles que les garçons (Daigneault et al., soumis)

Les travaux de nos membres (Godbout et al., à paraître) mettent en lumière les répercussions délétères des traumatismes comme l'AS dans l'enfance sur le fonctionnement conjugal à l'âge adulte. Chez des individus en thérapie pour des problèmes sexuels ou de couple, 56% des femmes et 37% des hommes avaient vécu des AS dans leur enfance, soit le triple de ce qui est rapporté dans la population générale (Berthelot et al., 2013). Cette surreprésentation d'AS a aussi été documentée chez des hommes consultant pour violence conjugale (Brassard et al., 2014), des femmes victimes de violence conjugale (St-Arnaud & Lussier, à paraître) et des agresseurs sexuels et de leur conjointe (Perron et al., 2007). Parmi les difficultés notées, on retrouve le stress post-traumatique, la détresse psychologique, les problèmes de régulation émotionnelle, des difficultés au plan de la sexualité, de l'attachement, de la personnalité et de la violence conjugale. Une étude réalisée auprès d'un échantillon représentatif canadien révèle par ailleurs que les hommes et les femmes agressés sexuellement durant l'enfance sont 3 à 5 fois plus à risque de rapporter de la violence tant psychologique, physique ou sexuelle dans leurs relations amoureuses à l'âge adulte (Daigneault et al., 2009).

## RECOMMANDATION VISANT L'INTERVENTION

**Considérant les résultats de nos travaux, nous proposons que :**

28) Il est nécessaire d'offrir des services d'intervention qui s'appliquent à tous les groupes d'âge afin d'intervenir de façon précoce et ainsi limiter le développement à plus long terme de difficultés psychologiques, physiques, relationnelles et sociales.

### 3.2 L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES D'INTERVENTION IMPLANTÉS AU QUÉBEC

Au Québec, plusieurs initiatives gouvernementales, dont les Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle en 2001 et les Plans d'action gouvernementaux en matière d'agression sexuelle 2001-06 et 2008-13 ont jeté les bases de l'intervention auprès des victimes à travers le territoire provincial. Dans cette foulée, le concept des centres désignés (CD) a été développé, parce qu'on observait que l'accessibilité aux services pour les victimes d'AS était difficile dans plusieurs régions. Les CD sont des établissements du réseau de la santé et des services sociaux destinés aux victimes d'AS et désignés par les Agences de la santé et des services sociaux pour mener l'intervention médicosociale auprès des victimes

en leur offrant des services médicaux dans un contexte de partenariat avec d'autres organismes. L'étude de Collin-Vézina et al. (2014b) démontre que plusieurs CD ont toutefois rencontré des barrières importantes au déploiement des services, notamment en ce qui concerne le manque de données colligées au sujet des victimes d'AS qui reçoivent des services, les difficultés de recrutement et de rétention du personnel, le manque de formation, l'absence d'ententes et de protocoles formels, l'absence d'une structure pour favoriser la concertation et le développement d'expertise, et le manque de visibilité et de reconnaissance des CD dans la population. Ces enjeux ne remettent pas en cause l'implication des professionnels et la qualité de leurs services, mais mettent plutôt en lumière des problèmes organisationnels pour lesquels des pistes de solutions sont à envisager.

#### RECOMMANDATION VISANT L'INTERVENTION

**Considérant les résultats de nos travaux, nous proposons que :**

- 29) Il est essentiel de mieux doter les 77 Centres désignés dans les 17 régions du QC de : budget récurrent, maintien des ressources, développement de protocoles écrits, clairs et endossés par la DG de chacun des établissements au sujet :
- ✓ des rôles et responsabilités de chacun des professionnels dans les services offerts,
  - ✓ de la disponibilité des ressources pour mener les interventions, notamment une salle identifiée pour les services aux victimes d'AS
  - ✓ des ressources externes et internes pour les références médicales et psychosociales accessibles dans chacune des régions (création d'un répertoire provincial), et
  - ✓ des ententes de service avec d'autres organismes impliqués (par ex., Centres jeunesse, police)

Nos réalisations ont permis de documenter l'efficacité de programmes d'intervention en AS offerts au Québec. Des interventions reconnues ailleurs comme pratiques exemplaires (Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT), Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006) se sont révélées efficaces en milieu naturel québécois pour réduire les problèmes de comportements internalisés et externalisés, et les symptômes de stress post-traumatique des enfants victimes d'AS de 12 ans et moins (Hébert et al., 2014). Ce traitement devrait faire l'objet de vastes efforts de diffusion au Québec puisqu'il est reconnu comme une approche exemplaire par le *National Child Traumatic Stress Network*. L'adaptation au Québec démontre des résultats probants tant chez les enfants d'âge scolaire, préscolaire que pour réduire la détresse chez les parents non-agresseurs. Ce traitement pourrait aussi être adapté pour les adolescents et devrait être évalué scientifiquement. La thérapie portant sur la mentalisation chez les jeunes enfants et les parents (Ensink & Normandin, 2011) est elle aussi efficace. Des approches de groupe visant les enfants d'âge scolaire, dont celle du Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (CIASF) (Hébert & Tourigny, 2010), ont aussi révélé des effets bénéfiques. D'autres modalités d'intervention destinées aux adolescents, dont des interventions individuelles (traitement combiné MASTR-EMDR [Motivation-Adaptive Skills-Trauma Resolution - Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Farkas et al., 2008) et de groupe offerte au CIASF (Tourigny et al., 2005; Tourigny, 2008) ont fait l'objet d'évaluations rigoureuses et sont disponibles pour être diffusées et utilisées ailleurs au Québec.

#### RECOMMANDATIONS VISANT L'INTERVENTION

**Considérant les résultats de nos travaux, nous proposons que :**

- 30) Des traitements spécialisés ont été évalués et doivent être diffusés notamment dans les milieux universitaires et dans les milieux professionnels.
- ✓ L'approche la plus à même de faire l'objet d'une vaste diffusion actuellement est le TF-CBT.
  - ✓ Les séquelles sont multiples et des profils peuvent être établis permettant de mieux cibler les interventions en fonction de l'âge et des besoins particuliers. Les travaux de nos membres ont permis de cerner les dimensions essentielles à considérer pour étayer une approche personnalisée de services.

31) Les recherches évaluatives sont essentielles et permettent d'identifier les meilleures pratiques.

- ✓ Il importe de soutenir la recherche afin de documenter les variables modératrices liées à l'évolution en cours de thérapie ainsi que de cerner les conditions optimales d'implantation de ce traitement.

32) Des efforts supplémentaires doivent être déployés afin de mettre sur pied des trajectoires de services selon les différents profils de victimes et partout à travers le Québec dans le but d'améliorer la concertation et la complémentarité des services.

33) La thématique des AS doit faire partie des tous les programmes de formation (collégial et universitaire) des futurs acteurs impliqués, soit les professionnels de la santé, des services sociaux, de la justice et de l'éducation (travailleurs sociaux, criminologues, psychologues, médecins, infirmiers, enseignants, etc.). Ceci afin de favoriser le dépistage et la référence pour des traitements appropriés.

- ✓ Élaborer des formations en ligne ou formateurs qui se déplacent dans les régions. Formation continue également. Supervision offerte en tout temps pour des cas difficiles. Faire en sorte que les outils d'intervention disponibles soient répandus et connus partout.

34) Le taux élevé de revictimisation suggère également que les professionnels devraient être sensibilisés à ce risque et aux problématiques qui en découlent.

- ✓ Il est essentiel de former les professionnels de la santé en milieu clinique afin qu'ils puissent être outillés pour déceler les AS passées. Malheureusement, les professionnels questionnent rarement les adultes sur la présence d'AS, en particulier lorsqu'ils rencontrent des clients masculins, ce qui a pour effet de réduire les probabilités de bénéficier de références adéquates.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

- Berthelot, N., Godbout, N., Hébert, M., Goulet, M., & Bergeron, S. (2013). Prevalence and correlates of childhood sexual abuse in adults consulting for sexual problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(5), 434-443. doi: 10.1080/0092623X.2013.772548
- Bernier, M.-J., Hébert, M., Collin-Vézina, D. (2013). Dissociative symptoms over a year in a sample of sexually abused children. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(4), 455-472. doi: 10.1080/15299732.2013.769478
- Blais, M., Hébert, H., Gervais, J., & Bergeron, F.-A. (à paraître). Dating violence among sexual-minority youth (SMY) in the Western world. In *Overcoming domestic violence: Creating a dialogue round vulnerable populations*, Nova Science Pub.
- Bouchard, EM., Tourigny, M., Joly, J., Hébert, M., & Cyr, M. (2008). Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique, psychologique vécue à l'enfance. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 56, 333-344. doi: 10.1016/j.respe.2008.06.260
- Brabant, M.-È., Hébert, M., & Chagnon, F. (2014). Predicting suicidal ideations in sexually abused adolescents: A 12-month prospective study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(4), 387-397. doi:10.1080/10538712.2014.896842
- Brassard A, Darveau V, Péloquin K, Lussier Y, & Shaver PR. (2014). Childhood sexual abuse and intimate partner violence in a clinical sample of men: The mediating roles of adult attachment and anger management. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23 (7), 683-704. doi: 10.1080/10926771.2014.933464
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Collin-Vézina, D., Hélie, S., & Trocmé, N. (2010). Is child sexual abuse declining in Canada? An analysis of child welfare data. *Child Abuse & Neglect*, 34, 807-812.
- Collin-Vézina, D., Fast, E., Hélie, A. Cyr, M. Pelletier, S., & Fallon, B. (2014a). Youth offender sexual abuse cases under child protection investigation: Are sibling cases any different? *Child Welfare*, 93 (4), 91-111.
- Collin-Vézina, D., Dion, J., & Hébert, M. (2014b). Évaluation du modèle d'organisation de service des Centres désignés pour victimes d'agression sexuelle. Rapport scientifique réalisé pour le Ministère de la Santé et des Services sociaux, 35 pages.
- Collin-Vézina, D., De La Sablonnière-Griffin, M., Palmer, A. M., & Milne, L. (2015). A preliminary mapping of individual, relational, and social factors that impede disclosure of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. doi:10.1016/j.chiabu.2015.03.010
- Cyr, M., & Lamb, M.E. (2009). Assessing the effectiveness of the NICHD investigative interview protocol when interviewing French-speaking alleged victims of child sexual abuse in Quebec. *Child Abuse & Neglect*, 33, 257-268. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.04.002

- Cyr, M., McDuff, P., Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2012). Les agressions sexuelles commises par un membre de la fratrie: En quoi différent-elles de celles commises par d'autres mineurs? *Les cahiers de PV, mars*, 29-35.
- Cyr, M. (2014). *Recueillir la parole de l'enfant témoin ou victime : De la théorie à la pratique*. Paris : Dunod éditeur. (228 pages).
- Cyr, M., & Dion, J. (2015). *Étude des caractéristiques des présumées victimes d'agression sexuelle*. Rapport de recherche présenté au BAVAC, Ministère de la Justice du Québec, 35 pages.
- Daignault, IV., Hébert, M. (2009). Profiles of school adaptation: Social, behavioural and academic functioning in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 33(2),102-115. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.06.001
- Daigneault, I., Cyr, M., & Tourigny, M. (2003). Profil psychologique d'adolescentes agressées sexuellement et prises en charge par les services de protection de la jeunesse. *Santé Mentale au Québec*, 28(2), 211-232. doi : 10.7202/008625ar
- Daigneault, I., Tourigny, M., & Cyr, M. (2004). Description of trauma and resilience in sexually abused adolescents: An integrated assessment. *Journal of Trauma Practice*, 3(2), 23-47. doi: 10.1300/J189v03n02\_02
- Daigneault, I., Hebert, M., & McDuff, P. (2009). Men's and women's childhood sexual abuse and victimization in adult partner relationships: A study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 33(9), 638-647. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.04.003
- Daigneault, I., Hébert, M., McDuff, P., & Frappier, J.-Y. (2012). Evaluation of a sexual abuse prevention workshop in a multicultural, impoverished urban area. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21(5), 521-542. doi:10.1080/10538712.2012.703291
- Daigneault, I., Hébert, M., McDuff, P., Michaud, F., Vézina-Gagnon, P., Henry, A., & Porter-Vignola, É. (2015). Effectiveness of a sexual assault awareness and prevention workshop for youth: A 3-month follow-up pragmatic cluster randomization study. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(1), 19-30. doi:10.3138/cjhs.2626
- Daigneault, I., Hébert, M., Bourgeois, C., Dargan, S., & Frappier, J.-Y. (soumis). Santé mentale et physique des filles et garçons agressés sexuellement: une étude de cohorte couvrant 10 ans. *Revue Criminologie*.
- Ensink, K., & Normandin, L. (2011). Le traitement basé sur la mentalisation chez des enfants agressés sexuellement et leurs parents. In M. Hébert, M. Cyr, et M. Tourigny (Eds), *L'agression sexuelle envers les enfants*, pp. 399-444. Collection Santé et Société. Montréal: Presse de l'Université du Québec.
- Farkas, L., Cyr, M., Lebeau, T., Lemay, J., & McDuff, P. (2008). L'efficacité de l'approche MASTR-EMDR Aupres d'adolescent(e)s qui ont été agressée (e)s sexuellement *Revue québécoise de psychologie*, 29(3), 101-115.
- Fernet, M., Hébert, M., & Paradis, A. (en révision 2015). Conflict resolution patterns in adolescent couples reporting dating violence: A gender-sensitive mixed-methods approach. *Journal of adolescence*.

- Godbout, N., Bigras, N., Runtz, M., & Briere, J. (à paraître). Traumas dans l'enfance et les relations de couple. In Y. Lussier, S. Sabourin, & C. Bélanger (Eds.), *Fondements de la psychologie du couple*. Presses de l'Université du Québec (PUQ): Quebec, Canada.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry, 54*(9), 631-636.
- Hébert, M., & Tourigny, M. (2010). Effects of a psychoeducational group intervention for children victims of sexual abuse. *Journal of Child and Adolescent Trauma, 3* (2), 143-160. doi: 10.1080/19361521003726930
- Hébert, M., Brabant, M-E., & Daigneault, I. (2013). Violence au sein des relations amoureuses et symptômes de stress post-traumatique chez les adolescentes ayant dévoilé une agression sexuelle. *Journal international de victimologie, 30*(2).
- Hébert, M., Van Camp, T., Lavoie, F., Blais, M., & Guerrier, M. (2014). Understanding the hesitancy to disclose teen dating violence : Correlates of self-efficacy to deal with teen dating violence. *Temida – Victimology Society of Serbia, 17*(4), 43-64. doi: 10.2298/TEM1404043H
- Hébert, M., Lavoie, F., Blais, M., & Guerrier, M. (soumis). Teen dating victimization: Prevalence and impact among a representative sample of high school students in Quebec.
- Lavoie, F., Fraser, S., Boucher, O., & Muckle, G. (2007). Prevalence and nature of sexual violence in Nunavik. Dans D. St-Laurent, É. Dewailly & S. Déry (Eds.), *Nunavik Inuit health survey 2004 Qanuippitaa? How are we?* Québec: Institut national de santé publique du Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, 12 pages.
- Lavoie, F., Thibodeau, C., Gagné, M.-H., & Hébert, M. (2010). Buying and selling sex in Québec adolescents: A study of risk and protective factors. *Archives of sexual behaviour, 39*, 1147-1160. doi: 10.1007/s10508-010-9605-4
- Lavoie, F., Boivin, S., Trotta, V., & Perron, G. (2011). *Évaluation de ViRAJ. Rapport technique no. 2. Impact du programme révisé de prévention de la violence dans les couples adolescents chez des élèves de 15 et 16 ans : leurs connaissances, l'effet du passé de violence et analyse fine des changements d'attitudes*. Document inédit, Entraide Jeunesse Québec, Québec, Canada.
- Lavoie, F., Hébert, M., & Beaulieu-Denault, O. (2012). Pour des relations harmonieuses à l'adolescence: Un bilan des approches en prévention. *Les Cahiers de Plaidoyer-Victimes, mars*, 47-54.
- Perron, A., Lussier, Y., Wright, J., Robert, T., Sabourin, S., Paradis, J-P. (2007). La psychothérapie de couple en situation d'agression sexuelle intrafamiliale: Indications, paramètres et limites. In: Wright J, Lussier Y, Sabourin S. (Eds). *Manuel clinique des psychothérapies de couple*. Québec: Presses de l'Université du Québec. pp. 731-787.
- Quérin, M.-H., Couillard, J., Hébert, M., & Frappier, J.-Y. (2013). Les caractéristiques des adolescentes victimes d'agression sexuelle survenue suite aux contacts par les réseaux sociaux: Une étude exploratoire. *Journal international de victimologie, 11*(2).
- St-Arnaud M., & Lussier Y. (à paraître). *Expériences traumatisantes dans l'enfance, attachement et traits de personnalité chez les femmes victimes de violence conjugale*.

- Tourigny, M., Hébert, M., Daigneault, I., & Simoneau, A.-C. (2005). Efficacy of a group therapy for sexually abused adolescent girls. *Journal of Child Sexual Abuse, 14* (4), 71-93. doi: 10.1300/J070v14n04\_04
- Tourigny, M., Hébert, M., Joly, J., Cyr, M., & Baril, K. (2008). Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 32*(4), 331-335. doi: 10.1111/j.1753-6405.2008.00250.x
- Tourigny, M. (2008). Efficacité d'une thérapie de groupe pour adolescentes agressées sexuellement: suivi six mois après la thérapie. *Revue québécoise de psychologie, 29* (3), 117-131.
- Trotta, V., Lavoie, F., Perron, G., & Boivin, S. (2011). *Évaluation de ViRAJ. Rapport Technique no. 1. Impact du programme révisé de prévention de la violence dans les couples adolescents chez des élèves de 15 et 16 ans : leurs attitudes et leur sentiment d'efficacité.* Document inédit, Entraide-Jeunesse Québec, Québec, Canada.

ANNEXE  
LISTE DES RECOMMANDATIONS

---

**RECOMMANDATIONS VISANT LA PRÉVENTION :**

- 1) De façon générale, les programmes d'éducation sexuelle à l'école devraient être réinstaurés en s'inspirant des recherches récentes.
  - ✓ La question de l'AS devrait être abordée dès la maternelle et adaptée en fonction de l'âge de l'enfant, puisque la majorité du temps, l'agresseur vit dans la même maison que l'enfant et dans 95% du temps, l'enfant connaît son agresseur et le côtoie dans son environnement.
  - ✓ Chez les préadolescents et les adolescents, les notions d'amour et de sexualité saine doivent en plus trouver place dans le programme scolaire. L'accent doit être mis sur les notions de consentement, de pression sociale et de stigmatisation.
  - ✓ La diversité des vécus sexuels tant selon l'orientation sexuelle que selon le mode de relation (couple, aventures d'un soir, etc.) doit être abordée.
  - ✓ L'objectivation des personnes, en particulier des femmes, doit être dénoncée.
- 2) L'ensemble des milieux de vie doit contribuer à promouvoir les relations saines et égalitaires, dont le milieu sportif, de travail et des loisirs ainsi que les cégeps et les universités.
- 3) Il s'agit au Québec de consolider le secteur de la prévention universelle pris en charge par plusieurs organismes et institutions qui offrent une variété de programmes de prévention fort bien acceptés, mais qui en général sont actuellement de format court et de faible intensité.
- 4) Il faut faciliter la mise en œuvre de programmes à composantes multiples (ciblant par exemple écoles et organismes de loisirs, jeunes et parents, enseignants et entraîneurs sportifs, média sociaux, etc.).
- 5) Plusieurs programmes de prévention pour les enfants et les adolescents ont été évalués et doivent être diffusés et répétés dans le temps en respectant les conditions de mise en œuvre associées à un impact durable.
- 6) Il faudra soutenir la réflexion sur deux avenues en prévention: soit aborder la violence sexuelle de façon isolée ou l'intégrer à divers types de violence. Ces deux choix devraient pouvoir coexister en tenant compte des facteurs de contexte et de types de clientèle.
- 7) Les nouvelles formes d'exercice de violence, comme les pressions d'envoyer des sextos ou la diffusion à autrui de sextos reçus, doivent faire l'objet d'attention dans les programmes de prévention visant divers âges.
  - ✓ À titre d'exemple, la cybervictimisation sexuelle dans le contexte des relations amoureuses, infligée via les technologies et les médias sociaux, serait répandue chez les adolescents en particulier chez les filles, mais peu évaluée.
- 8) Le marketing social serait une piste à explorer sans attendre qu'un événement particulier serve de déclencheur, comme fut le cas du mouvement #AgressionNonDénoncée.
  - ✓ Ainsi, nous croyons qu'il est essentiel que la problématique des AS soit abordée plus ouvertement dans les médias, et que, par exemple, des personnalités publiques prennent position.
- 9) Pour assurer une prévention optimale, il faut viser plusieurs cibles dont l'individu, la famille, l'environnement et le macrosystème. Nous aurons par exemple à identifier les meilleures



approches pour rejoindre les parents, qui malgré les efforts déployés dans les faits, participent peu aux programmes qui visent les enfants.

- 10) La prévention ciblée auprès de groupes à risque devrait être priorisée et davantage développée au Québec en se fondant sur une recension systématique des facteurs, tant individuels, familiaux que systémiques, associés à la violence sexuelle en enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte.
- 11) Les meilleures pratiques en prévention ciblée devraient être identifiées grâce à une recension critique ou méta-analyse systématique et l'information largement diffusée aux intervenants lors d'activités de transfert de connaissances.
- 12) Plusieurs clientèles particulièrement vulnérables à la violence sexuelle (p. ex., peuples autochtones, personnes ayant une déficience intellectuelle) ont été négligées dans l'élaboration desdits programmes de prévention universelle ou ciblée et nous disposons donc de très peu d'interventions permettant de répondre à leurs besoins spécifiques. Il faut pallier à cette situation.
- 13) Des contextes particuliers sont liés à l'exercice de violence sexuelle et des programmes particuliers d'intervention préventive sont alors nécessaires. Il est suggéré d'aider à établir de meilleures connaissances en ce qui concerne la prévalence et les conditions de harcèlement et victimisation sexuelle dans des contextes particuliers tels qu'au sein du milieu universitaire, une organisation sportive, ou encore dans le cadre d'une relation avec un professionnel en situation d'autorité. Finalement, la violence sexuelle vécue par les garçons et les hommes, qui semblent moins susceptibles de dévoiler les faits et de solliciter les services d'aide, demeure une réalité très peu documentée et des efforts doivent être consentis afin de favoriser la recherche sur ces thématiques.
- 14) Les programmes de prévention devraient aborder la plus grande difficulté pour les hommes et pour les jeunes des minorités sexuelles de révéler un vécu de violence sexuelle, et toute autre population vulnérable (enfants DI, victimes d'AS intrafamiliale).
- 15) Les initiatives de prévention devraient favoriser la divulgation rapide des AS, en ciblant les facteurs qui entravent le dévoilement tout en déresponsabilisant les victimes.
- 16) Les barrières au dévoilement sont multiples et incluent des facteurs personnels, relationnels, sociaux tant pour les adultes que les enfants.
  - ✓ Alors que la majorité des campagnes de sensibilisation ne concernent que les facteurs personnels, il est essentiel de trouver des messages qui s'adressent à chacun de ces obstacles.
  - ✓ L'identification de barrières sociales (le stigma social, les services disponibles, l'invisibilité de l'AS) doit aussi être prise en compte dans les campagnes de prévention et de sensibilisation afin d'aider les victimes à se libérer de la honte qu'elles peuvent ressentir, en plus de viser à augmenter la conscience collective. Par exemple, ces campagnes pourraient mettre l'accent sur le fait qu'il faut plus que du courage de la part des victimes pour parler de l'AS en offrant des pistes d'action concrètes pour les personnes qui reçoivent des confidences ou qui ont des soupçons au sujet d'un enfant potentiellement victime.
- 17) Il est important d'assurer un suivi et d'accompagner les victimes dans leurs démarches d'aide suivant le dévoilement pour prévenir les séquelles à long terme.
- 18) Les enquêteurs et intervenants qui travaillent auprès des enfants en contexte de dévoilement doivent pouvoir bénéficier de soutien post-formation pour maintenir et accroître leurs habiletés d'audition.

- 19) La thématique des AS et des interventions préventives et de dépistage doit faire partie de tous les programmes de formation (collégial et universitaire) des futurs acteurs impliqués, soit les professionnels de la santé, des services sociaux, de la justice et de l'éducation (service de garde, travailleurs sociaux, criminologues, psychologues, médecins, infirmiers, intervenants jeunesse, enseignants, etc.).
- 20) Des recherches doivent être subventionnées pour évaluer l'efficacité des modalités de prévention novatrices ou encore celles très utilisées dans nos milieux.
  - ✓ Ces évaluations se dérouleraient dans le cadre de schèmes reconnus et avec des outils validés.
  - ✓ Une pluralité de méthodes d'évaluation doit être encouragée, mais le recours à l'articulation de modèles logiques ainsi qu'aux devis expérimentaux et quasi-expérimentaux doit être privilégié.
  - ✓ Des projets ciblant des groupes à risque déjà bien identifiés dans la littérature scientifique doivent être entrepris afin de les outiller par des programmes de prévention adaptés et à données probantes.
- 21) En même temps, les démarches évaluatives régulières des pratiques des divers organismes impliqués en prévention et en dépistage doivent être encouragées et systématisées soit par du soutien institutionnel externe ou par l'organisation d'échanges de matériel et de ressources pour l'évaluation.
- 22) Il faut renforcer la capacité de collecte de données représentatives et d'études de facteurs de risque et de protection en poursuivant systématiquement l'analyse des données des deux enquêtes représentatives récentes effectuées auprès de jeunes québécois (Enquête Parcours amoureux des Jeunes : Martine Hébert, Chercheure principale et Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire). Nous craignons en particulier que l'analyse de l'Enquête (EQSJJQ) de l'Institut de la statistique et du Gouvernement du Québec soit compromise par les changements organisationnels en cours.
- 23) Il faut de plus maintenir l'exploitation des banques disponibles (statistiques policières, etc.) et la diffusion de rapports annuels détaillés.
- 24) Des études longitudinales sont nécessaires afin de cerner les facteurs de risque et les facteurs de protection utiles et sujets à des interventions de prévention.
- 25) Quant aux défis à relever, les recherches ont identifié les effets proximaux des programmes de prévention, mais les données sont encore très embryonnaires quant aux effets plus distaux et l'impact réel sur l'incidence de l'AS. Il faudra innover sur les devis de recherche à privilégier pour répondre à ce défi.
- 26) Le processus de revictimisation et ses conséquences doivent être mieux compris grâce à la recherche, tant quantitative que qualitative.
- 27) Des projets de recherche doivent être mis en place pour développer des modalités de soutien non-suggestif aux jeunes enfants que l'on considère agressés sexuellement, mais qui ne dévoilent pas lors de l'entrevue d'enquête policière.

## RECOMMANDATIONS VISANT L'INTERVENTION :

- 28) Il est nécessaire d'offrir des services d'intervention qui s'appliquent à tous les groupes d'âge afin d'intervenir de façon précoce et ainsi limiter le développement à plus long terme de difficultés psychologiques, physiques, relationnelles et sociales.
- 29) Il est essentiel de mieux doter les 77 Centres désignés dans les 17 régions du QC de : budget récurrent, maintien des ressources, développement de protocoles écrits, clairs et endossés par la DG de chacun des établissements au sujet
- ✓ des rôles et responsabilités de chacun des professionnels dans les services offerts,
  - ✓ de la disponibilité des ressources pour mener les interventions, notamment une salle identifiée pour les services aux victimes d'AS
  - ✓ des ressources externes et internes pour les références médicales et psychosociales accessibles dans chacune des régions (création d'un répertoire provincial), et
  - ✓ des ententes de service avec d'autres organismes impliqués (par ex., Centres jeunesse, police, etc.).
- 30) Des traitements spécialisés ont été évalués et doivent être diffusés notamment dans les milieux universitaires et dans les milieux professionnels.
- ✓ L'approche la plus à même de faire l'objet d'une vaste diffusion actuellement est le TF-CBT.
  - ✓ Les séquelles sont multiples et des profils peuvent être établis permettant de mieux cibler les interventions en fonction de l'âge et des besoins particuliers. Les travaux de nos membres ont permis de cerner les dimensions essentielles à considérer pour étayer une approche personnalisée de services.
- 31) Les recherches évaluatives sont essentielles et permettent d'identifier les meilleures pratiques.
- ✓ Il importe de soutenir la recherche afin de documenter les variables modératrices liées à l'évolution en cours de thérapie ainsi que de cerner les conditions optimales d'implantation de ce traitement.
- 32) Des efforts supplémentaires doivent être déployés afin de mettre sur pied des trajectoires de services selon les différents profils de victimes et partout à travers le Québec dans le but d'améliorer la concertation et la complémentarité des services.
- 33) La thématique des AS doit faire partie des tous les programmes de formation (collégial et universitaire) des futurs acteurs impliqués, soit les professionnels de la santé, des services sociaux, de la justice et de l'éducation (travailleurs sociaux, criminologues, psychologues, médecins, infirmiers, enseignants, etc.). Ceci afin de favoriser le dépistage et la référence pour des traitements appropriés.
- ✓ Élaborer des formations en ligne ou formateurs qui se déplacent dans les régions. Formation continue également. Supervision offerte en tout temps pour des cas difficiles. Faire en sorte que les outils d'intervention disponibles soient répandus et connus partout.
- 34) Le taux élevé de revictimisation suggère également que les professionnels devraient être sensibilisés à ce risque et aux problématiques qui en découlent.
- ✓ Il est essentiel de former les professionnels de la santé en milieu clinique afin qu'ils puissent être outillés pour déceler les AS passées. Malheureusement, les professionnels questionnent rarement les adultes sur la présence d'AS, en particulier lorsqu'ils rencontrent des clients masculins, ce qui a pour effet de réduire les probabilités de bénéficier de références adéquates.