

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

INTERVENTION AUPRÈS DES ADULTES EN CENTRES DÉSIGNÉS POUR
LES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE : ENJEUX SOULEVÉS PAR LES
MYTHES ET LA CULTURE DU VIOL AU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

LAURIE BISSONNETTE

SEPTEMBRE 2020

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Le parcours de la maîtrise est intrinsèquement influencé par notre vie universitaire, mais aussi personnelle et professionnelle. Merci à la Faculté des sciences humaines de l'UQAM ; la bourse d'excellence m'a permis de me consacrer sur mon projet de recherche en enlevant un stress financier. De plus, je ne peux débiter mon mémoire de maîtrise sans remercier toutes les personnes avec qui j'ai vécu les péripéties et les découvertes des dernières années.

Je souhaite particulièrement remercier ma famille pour son soutien inconditionnel. À mes ami.es, partenaires, et camarades que j'ai côtoyés au fil des années : votre support, vos encouragements et les moments de «déconnexion» m'ont permis de terminer ce projet sainement. Un grand merci à ceux.elles qui ont accepté de réviser mon mémoire durant leurs temps des fêtes 2019.

Un merci spécial aussi à mes collègues et ami.es impliqué.es dans le projet contre la violence basée sur le genre que j'ai eu le privilège de co-coordonner au cours de l'été 2019. Travailler sur un projet de prévention m'a permis de prendre un recul sur ma recherche et de connecter autrement avec l'intervention. J'ai aussi beaucoup de gratitude pour mes collègues de maîtrise avec qui une belle solidarité s'est créée ; m'impliquer au sein du *Comité féministe en travail social* a définitivement enrichi mon passage. Merci à tous.tes les camarades du Québec pour la lutte pour les droits des stagiaires des dernières années.

À ma directrice de recherche Maria Nengeh Mensah : je suis extrêmement reconnaissante de la relation de confiance qui s'est créée afin de pouvoir réaliser ce projet dans une ambiance constructive et chaleureuse. Tu m'as toujours permis d'être authentique dans mes moments de passions, mais aussi dans mes doutes et découragements. Merci pour ton soutien, ton écoute et tes nombreux conseils. Je me sens très privilégiée d'avoir eu comme directrice de recherche une féministe engagée et généreuse comme toi.

Un énorme merci aux participantes de la recherche, ce fut un honneur d'écouter vos réflexions. Je vous souhaite qu'un jour notre travail ne soit plus nécessaire, mais pour l'instant, merci d'être présentes !

Cette recherche ne serait pas la même sans mon parcours au *Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal*. Merci à mes collègues pour tous nos échanges sur notre travail (faire de la garde pour l'urgence en agression sexuelle, ça peut être bouleversant), mais aussi sur la vie ! Vous êtes des modèles de travailleuses militantes contre la culture du viol capables de mordre dans la vie passionnément.

Parce qu'au final, les richesses de chaque année qui passe, ce sont les relations qui se développent, avec soi-même et les autres. Merci pour tout.

DÉDICACE

À vous tous.tes
victimes, survivant.es, militant.es, rabat-joie

À nous tous.tes,
qui continuons d'avancer dans ce monde qui peut être à la fois
si violent
et si vivifiant

AVANT-PROPOS

La présente recherche est rabat-joie. En tant qu'étudiante-chercheuse féministe, j'ai dû être «obstinée» afin de mener ce projet à terme. Travailler sur l'intervention en violence sexuelle est un travail périlleux. Dans mes cours à l'université, dans mes demandes éthiques et d'examens de convenance, je brisais des tabous. En effet, je remets en question le fonctionnement d'un acquis de longues luttes féministes, rends visible ses failles de même que sa potentialité constructive. Je le critique justement parce qu'après avoir fait cette recherche, je demeure convaincue de sa grande importance pour la société. Alors que durant mon parcours de recherche, la vague du #MoiAussi a déferlé, il est clair que nous sommes nombreux.ses à être obstiné.es.

Mes choix théoriques sont une prise de position. J'assume que mon mémoire de recherche vise à dénoncer la culture du viol et améliorer les pratiques auprès des victimes. Je souhaite que les réflexions qu'il suscitera amènent un service social de qualité, de plus amples recherches dans le domaine de même que des bases de réflexions aux praticien.nes y œuvrant. Je suis transparente. J'ai des craintes quant à la réception de ma recherche. Alors que je parle de risque de victimisation secondaire, je ne voudrais pas décourager les victimes à aller chercher de l'aide ou démoraliser les professionnel.les dans leur travail. Je suis d'accord avec toutes les répondantes rencontrées ; les personnes travaillant dans les centres désignés œuvrent avec de bonnes volontés. Ce mémoire de recherche se veut donc un outil pour camper des questionnements sur les services d'urgence que nous souhaitons offrir à l'échelle du Québec. Humblement, je souhaite qu'il y ait des retombées constructives.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	v
DÉDICACE.....	ii
AVANT-PROPOS.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
RÉSUMÉ.....	x
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE	5
1.1. Les agressions sexuelles envers les adultes : état de la situation.....	5
1.2. Le Code criminel et les politiques gouvernementales	7
1.2.1. Code criminel canadien	7
1.2.2. Politiques gouvernementales	8
1.3. Les centres désignés du Québec	11
1.3.1. Intervention médicosociale et médicolégal.....	12
1.4. Les mythes généraux entourant la violence sexuelle.....	15
1.4.1. Mythe : « Les femmes veulent être violées »	16
1.4.2. Mythe : « Tous les hommes sont des agresseurs »	18
1.4.3. Mythe : « Entre partenaires intimes, le sexe va de soi ».....	18
1.4.4. La culture du viol.....	19
1.4.5. Conséquences.....	21
1.4.6. Mythes et intervention auprès des victimes.....	24
1.5. Pertinence de l'étude et de ses objectifs.....	29
CHAPITRE II	
CADRE CONCEPTUEL	33
2.1. Intervention féministe	33
2.2. Lutter contre la violence basée sur le genre.....	35

2.2.1.	<i>King Kong Théorie</i>	35
2.3.	Perspective féministe rabat-joie.....	38
2.3.1.	Fatalisme genré et figure de l'étranger.....	39
2.3.2.	Sujet obstiné.....	41
2.3.3.	Murs.....	42
2.3.4.	Le travail de transformation.....	43
2.4.	Conclusion du cadre conceptuel.....	45
CHAPITRE III		
	MÉTHODOLOGIE.....	47
3.1.	Stratégie générale: étude qualitative et inductive.....	47
3.1.1.	Épistémologie.....	48
3.2.	Collecte des données.....	50
3.2.1.	Recrutement.....	50
3.2.2.	Critères de sélection.....	52
3.2.3.	Entretiens individuels.....	53
3.3.	Traitement et analyse.....	56
3.4.	Biais et limites de l'étude.....	57
3.5.	Considérations éthiques.....	59
CHAPITRE IV		
	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	61
4.1.	Description des répondantes.....	61
4.2.	Perceptions des mythes contemporains.....	64
4.2.1.	Perceptions relatives aux victimes.....	64
4.2.2.	Perceptions relatives aux agresseurs.....	66
4.2.3.	Perceptions relatives à la définition d'une agression sexuelle.....	67
4.2.4.	Interprétation dans la société.....	69
4.3.	Intervention en centre désigné.....	71
4.3.1.	Objectifs des centres désignés.....	71
4.3.2.	Rôles des intervenantes en centre désigné.....	74
4.3.3.	Mythes et intervention directe auprès des victimes.....	78
4.3.4.	Mythes et services des centres désignés.....	80

4.4.	Baguette magique	92
4.4.1.	Miser sur la sensibilisation	92
4.4.2.	Éliminer un mythe	93
4.4.3.	Culture du viol, culture de sexualité	93
4.4.4.	«L'égalité des sexes».....	94
CHAPITRE V		
DISCUSSION		97
5.1.	Mythes sur les violences sexuelles et centres désignés.....	97
5.1.1.	Un service provincial.....	98
5.1.2.	Des risques de victimisation secondaire	99
5.2.	Des intervenantes féministes	104
5.2.1.	Il n'y a pas de victime «parfaite» pour le centre désigné	105
5.2.2.	Articulation de principes féministes dans les centres désignés.....	106
5.3.	La culture du viol.....	110
CONCLUSION.....		113
ANNEXE A		
CANEVAS D'ENTRETIEN		119
ANNEXE B		
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT		122
BIBLIOGRAPHIE		125

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
4.1 Résumé des données sociodémographiques.....	55

RÉSUMÉ

Prodiguant des soins et services nécessaires aux victimes d'agression sexuelle récente, les centres désignés du Québec se sont multipliés suite à la publication des *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* en 2001. Cette recherche a exploré comment les intervenant.es travaillant en centre désigné auprès des adultes ayant vécu une agression sexuelle récente composent avec les mythes identifiés par les féministes entourant la violence sexuelle. Des entretiens qualitatifs ont été effectués avec dix intervenantes travaillant dans un centre désigné situé dans un hôpital au Québec.

Cette étude a permis d'explorer les perceptions des professionnel.les quant aux mythes contemporains entourant la violence sexuelle affectant les adultes et leur travail avec ceux-ci dans un contexte de trousse médicolégales et medicosociales en centre désigné. À partir de concepts de l'intervention féministe, de féminisme rabat-joie et de violences basées sur le genre, des pistes d'analyse ont été défrichées quant aux enjeux soulevés par ces mythes en centre désigné et pour l'intervention féministe. La discussion aborde les risques de victimisation secondaire en centre désigné ; associés au statut de patient.e d'une victime dans l'urgence, aux perceptions des objectifs du service et du doute sur la victimisation en soi. L'articulation des principes féministes dans ce contexte d'intervention d'urgence auprès des adultes est aussi explorée. Les professionnel.les se retrouvent à travailler auprès de personnes qui ne correspondent pas aux mythes propagés sur les victimes. Illes composent avec ces perceptions en articulant des principes féministes afin d'offrir des services satisfaisant les besoins des victimes et réduisant les risques de victimisation secondaire. De plus, l'importance de ce service et de la poursuite des efforts pour endiguer la culture du viol, dont le travail en centre désigné fait partie, est aussi abordée.

Mots-clés : agression sexuelle, centre désigné, culture du viol, intervention féministe, travail social, victimisation secondaire, féminisme rabat-joie, mythe

Research : *Intervention in Designated Center : Issues Raised by Myths about Sexual Violence*

Key Word : *Sexual assault, designated center, rape culture, feminist social work, secondary victimization, killjoy feminism, myth*

INTRODUCTION

*Feminism needs to be everywhere
because feminism is not everywhere*

Ahmed, 2017 : 4

Les réponses gouvernementales à la problématique des agressions sexuelles ont grandement évolué dans les dernières décennies, autant dans les domaines légaux, policiers, médicaux que sociaux. Au Québec, alors que les premières ressources pour les victimes ont été lancées par les mouvements féministes, les *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* publiées en 2001 prenaient position sur le caractère inacceptable de la violence sexuelle et s'en sont suivis des plans d'action pour lutter contre cette problématique sociale. Depuis, des ressources institutionnalisées, soit les centres désignés (CD), ont été implantées dans toutes les régions. Bien qu'elles n'offrent pas de services formellement « féministes », leur création est liée à des décennies de luttes contre la violence basée sur le genre, voire envers les femmes.

J'ai entamé mon parcours de maîtrise en travail social avec l'intérêt d'approfondir des enjeux vécus par les intervenant.es travaillant auprès de victimes d'agression sexuelle. Les centres désignés sont apparus comme un service pertinent pour une étude de cas. Je me suis inscrite dans la concentration en études féministes ce qui m'a donné accès aux savoirs féministes et m'a permis d'y contribuer, soit faire « un travail d'historicisation d'un rapport de pouvoir et [...] un travail de conscientisation de ce dernier » (Dorlin, 2008 : 10). Par ailleurs, j'ai eu la chance d'occuper un emploi dans ce domaine en commençant ma maîtrise. Mon travail en tant qu'intervenante d'urgence en centre désigné m'a permis de préciser le contexte de ma recherche. Ainsi, ce projet est le résultat de réflexions issues de ma praxis et soutenues par la littérature sur le sujet et par des écrits de théoriciennes féministes.

Le contexte s'étant précisé, la volonté de comprendre les réalités des professionnel.les est restée, d'autant plus que les recherches pointent vers ce besoin de données. En effet, dans les dernières années, plusieurs études ont été effectuées dans le domaine des agressions sexuelles, mais peu se sont intéressées au contexte d'intervention en centre désigné au Québec. L'étude de Collin-Vézina et al. (2010 : 33) suggère de faire une recherche plus approfondie sur l'utilisation des troussees médicolégales et médicosociales et sur les visions des professionnel.les quant à celles-ci et les services des centres désignés. De plus, elle conseille de s'intéresser aux attitudes de ces dernier.ères concernant leur travail. La *Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles 2016-2021* prévoit aussi se pencher sur l'intervention en centres désignés (Secrétariat à la Condition féminine, 2016).

Ce mémoire comporte donc des allers-retours entre les éléments sociopolitiques et les réalités terrains. Il se penche sur les manières dont le théorique et le pratique sont imbriqués ; comment l'individuel et le social s'articulent. Ainsi, dans cette étude, il est suggéré que

«The personal is structural. I learned that you can be hit by a structure ; you can be bruised by a structure. An individual man who violates you is given a permission : that is structure. His violence is justified as natural and inevitable : that is structure. A girl is made responsible for his violence : that is structure. A policeman who turns away because it is a domestic call : that is structure. A judge who talks about what she was wearing : that is structure. A structure is an arrangement, an order, a building ; an assembly.» (Ahmed, 2017 : 30)

Plus précisément, cette étude explore les manières dont les professionnel.les travaillant en centre désigné auprès des adultes ayant vécu une agression sexuelle récente composent avec les mythes identifiés par les féministes entourant la violence sexuelle. Premièrement, la problématique est présentée par une revue de la littérature sur les agressions sexuelles, le contexte légal et politique, les centres désignés et les mythes. Deuxièmement, un cadre conceptuel est proposé, abordant l'intervention féministe, la perspective rabat-joie et les violences basées sur le genre. Troisièmement, la méthodologie utilisée dans la recherche est abordée, soit les approches épistémologiques, la collecte et le traitement des données, les limites de l'étude de même que les considérations éthiques. Quatrièmement, les résultats de l'étude sont exposés. Les participantes sont présentées et les données sont organisées

thématiquement : perceptions des mythes contemporains, l'intervention en centre désigné et l'utilisation utopique d'une baguette magique par les répondantes. Cinquièmement, une discussion soulève des enjeux ancrés aux mythes sur les violences sexuelles et aux centres désignés. Ils sont liés à des risques de victimisation secondaire dans les services. Les manières dont les intervenant.es composent avec ceux-ci sont mises en lumière avec les outils théoriques de l'intervention féministe et des féminismes. Après avoir cerné des enjeux dans le contexte précis du travail en centre désigné, la discussion se termine en abordant les liens sociopolitiques inscrits dans ces réalités avec le concept de culture du viol. Pour terminer, la conclusion suggère des pistes de recherches additionnelles de même qu'une réflexion pour le personnel travaillant pour les services de centres désignés.

CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE

1.1. Les agressions sexuelles envers les adultes : état de la situation

Le caractère social de la problématique des agressions sexuelles a bien été documenté dans la littérature des dernières décennies. De nombreuses recherches ont été produites, particulièrement auprès des victimes¹ mineur.es et des femmes. À l'échelle du pays, à partir des données de la police, il y aurait eu 23 834 victimes d'agression sexuelle fondée² en 2017 (Cotter et Rotenberg, 2018). Toutefois, *l'Enquête sociale générale sur la victimisation* de 2015 a estimé que le taux de dénonciation des agressions sexuelles était d'environ 5% (Gouvernement du Québec, 2016). Ainsi, les données statistiques accessibles entourant la problématique des agressions sexuelles restent très parcellaires.

Dans une enquête auprès de la population générale, les Québécois.es estiment qu'en moyenne il y a 2 067 déclarations d'agression sexuelle annuellement ; «l'estimation moyenne laisse

¹ Le terme victime est utilisé pour toute personne ayant vécu une agression sexuelle. Toutefois, les personnes concernées peuvent se définir autrement. Il a été choisi pour sa grande utilisation dans la littérature de recherche et d'intervention. Bien qu'il s'accorde au féminin dans la langue française, il a été choisi de l'accorder de manière inclusive afin de contrecarrer les perceptions que les victimes sont des personnes qui utilisent le pronom elle exclusivement.

² «Une affaire était jugée "non fondée" s'il a été établi après l'enquête policière que l'infraction ne s'est pas produite et n'a pas été tentée et, de ce fait, qu'aucune infraction au Code criminel ou à une autre loi fédérale n'a été commise au moment ou à l'endroit en question" » (Statistique Canada, 2016 dans Cotter et Rotenberg, 2018).

transparaître que les Québécois tendent à largement sous-estimer l'importance de cette problématique.» (Secrétariat à la condition féminine et Léger Marketing, 2016 : 19). En effet, en 2015, les données de la police provinciale montrent l'enregistrement de 3 870 cas d'agressions sexuelles (Ministère de la Sécurité publique, 2015 : 2). Certaines statistiques formulées par des enquêtes montrent que la plupart des victimes sont des femmes : 89,3% selon les données de la police canadienne en 2017 (Cotter et Rotenberg, 2018) et 84% selon l'enquête provinciale effectuée en 2014 (Gouvernement du Québec, 2016). Dans les recherches faites autour de la victimisation des adultes, beaucoup se sont intéressées aux réalités des femmes étant agressées par un homme. Cette étude s'intéresse à l'intervention auprès de toute personne adulte.

Après #AgressionNonDénoncée³ en 2014-2015, l'automne 2017 a été caractérisé par une vague de dénonciations et d'engagements sociopolitiques concernant les violences sexuelles sous le #MoiAussi / #MeToo. Provenant de débats médiatiques sur les violences sexuelles, des millions de personnes ont fait savoir par l'utilisation de ce mot-clic qu'elles avaient été touchées par cette problématique dans leur vie. Ce contexte sociétal a eu une répercussion sociale, politique et légale ; «le mouvement #MoiAussi est sans doute devenu l'une des manifestations publiques les plus puissantes du nombre considérable de victimes touchées par la violence et le harcèlement sexuel» (Cotter et Rotenberg, 2018 : 4). Alors que le nombre de tout type d'agression sexuelle dénoncé a augmenté, «le nombre d'agressions sexuelles commises par une personne connue de la victime a augmenté de manière plus importante que le nombre d'agressions sexuelles perpétrées par un étranger» (Cotter et Rotenberg, 2018 : 14). Tant avant qu'après #MoiAussi, 16 % des agressions sexuelles déclarées par la police impliquaient le partenaire intime actuel ou un ex-partenaire intime de la victime, et 16 % impliquaient un membre de la famille autre qu'un conjoint (Cotter et Rotenberg, 2018 : 14).

³ Suite aux réactions «choquantes» de la population à l'annonce du congédiement de l'animateur de la CBC Jian Ghomeshi pour allégations d'agressions sexuelles, deux journalistes du *Montreal Gazette* ont lancé le mouvement #BeenRapedNeverReported sur les médias sociaux, repris en français par #AgressionNonDénoncée. Des millions de personnes ont témoigné de leur vécu pour briser le silence et dénoncer les agressions sexuelles et les réponses sociales face aux victimes (Maheu, 2014).

Aussi, selon les données de la police à l'échelle du pays «le nombre de victimes de sexe masculin a également augmenté de 25 % après #MoiAussi (723 par rapport à 578 pendant un trimestre moyen avant #MoiAussi)» (Cotter et Rotenberg, 2018 : 13).

1.2. Le Code criminel et les politiques gouvernementales

1.2.1. Code criminel canadien

La littérature scientifique au pays et les guides d'intervention québécois utilisent la définition légale canadienne des agressions. Le droit canadien se distingue de celui de beaucoup d'autres pays par ses façons de définir les actes et les niveaux d'agression pour criminaliser la violence sexuelle : c'est l'agression de nature sexuelle portant atteinte à l'intégrité d'un individu qui est ciblée⁴ (Conroy et Cotter, 2017). Au sein du Code criminel, les agressions sexuelles sont des « voies de fait » et diffèrent de niveau selon l'utilisation d'une arme, la gravité des gestes et leurs conséquences.⁵

Agression sexuelle simple (niveau 1) : Tout contact physique de nature sexuelle posé sans le consentement de la personne, allant des attouchements à la relation sexuelle complète.

⁴ Dans de nombreux autres pays, dont ceux du Commonwealth, ce sont plutôt les actes de nature sexuelle qui définissent le crime. Par exemple, les lois vont différencier un viol avec pénétration d'un pénis dans un vagin d'une agression commise par attouchement sexuel ou de la pénétration d'un objet (Canada, Ministère de la Justice, 2016).

⁵ Elles sont souvent présentées sous une autre terminologie, soit : l'agression sexuelle « simple », « armée » et « grave » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001 : 26).

Agression sexuelle armée, menaces à une tierce personne ou infliction de lésions corporelles (niveau 2) : Agression sexuelle dans laquelle l'agresseur⁶ porte, utilise ou menace d'utiliser une arme ou une imitation d'arme; menace d'infliger des blessures à une personne autre que la victime; inflige des blessures (lésions) corporelles à la victime; ou quand plusieurs personnes commettent une agression sexuelle sur la même personne.

Agression sexuelle grave (niveau 3) : Agression sexuelle au cours de laquelle la victime a été blessée, mutilée, défigurée ou encore que sa vie a été mise en danger par l'agresseur (Institut national de santé publique, 2018).

Les lois sur les infractions de nature sexuelle ont subi plusieurs changements lors de la réforme du Code criminel en 1983. Par exemple, les règles demandant que la plainte soit soumise rapidement après le crime et qu'elle soit corroborée ont été changées. La réforme a précisé que la crédibilité de la victime ne pouvait être évaluée par ses antécédents sexuels (Conroy et Cotter, 2017 : 6). L'exclusion de la criminalisation de l'agression sexuelle entre personnes mariées a été enlevée. En 1992, les preuves admissibles concernant la crédibilité de la victime ont été précisées et le consentement a été défini, incluant les situations où le consentement ne peut être obtenu. Des clarifications ont aussi été apportées concernant «la capacité de l'accusé de faire valoir qu'il croyait à tort au consentement du plaignant ou de la plaignante» (*Ibid*). Depuis 1997, de nouvelles dispositions limitent la capacité des accusé.es à prendre possession de documents privés de la victime pour remettre en question sa crédibilité.

1.2.2. Politiques gouvernementales

Ce sont les groupes de femmes qui ont été les premiers à instaurer des services pour les victimes et à sensibiliser la population au caractère social de la problématique des agressions

⁶ Le terme agresseur est considéré comme épïcène dans la langue française.

sexuelles (Ministère de santé et des Services sociaux [MSSS], 2001 : 17). Ces réalisations sont intimement reliées à la lutte féministe contre la violence conjugale. Les ressources implantées, telles que les Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS), ont été reconnues pour leurs expertises et leur contribution et bénéficient d'un soutien de fonctionnement par subventions depuis la fin des années 1970 (*Ibid*). En effet, dans ces années, un essor des actions gouvernementales a eu lieu; les ministères étaient alors préoccupés par la problématique et par ses effets sur la population. Le Conseil du statut de la femme, créé en 1973, a émis la politique *Pour les Québécoises : égalité et indépendance*, rendue publique en 1978 (MSSS, 2001 : 17). Elle «met l'accent sur la violence systémique exercée contre les femmes, notamment les agressions sexuelles dont la grande majorité des victimes sont des femmes et jeunes filles» (*Ibid*). Alors que certain.es analysent la période du début des années 1980 comme une «intégration subalterne à l'appareil d'État» des groupes féministes (Lamoureux, 2000 dans Dumont et Toupin, 2003 : 729), d'autres constatent une certaine institutionnalisation d'un féminisme ⁷. Bref, le gouvernement soutient des organisations féministes tout en créant des paradoxes de dépendance pour leur financement, alors que des perspectives féministes sont intégrées dans des politiques et des institutions (*Ibid*).

Des colloques régionaux sur la violence contribuent aux réflexions sur le rôle du gouvernement provincial à l'égard de la prévention et de l'intervention auprès des victimes et des auteur.es de violence. Des actions concrètes en ressortent.⁸ Le gouvernement renforce son

⁷ Il est intéressant de noter que depuis 1997 les politiques publiques québécoises doivent intégrer l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) dans leur élaboration (Secrétariat à la condition féminine, 2016 :13). Dans les publications gouvernementales en regard aux agressions sexuelles, il est toujours mentionné que ce type de victimisation touche particulièrement les femmes et personnes mineures.

⁸ Par exemple, la politique sectorielle de 1985, soit *Une politique d'aide aux femmes violentées*, se penche sur la violence conjugale et les agressions sexuelles. Elle permet la reconnaissance officielle de la problématique de la violence envers les femmes, le rôle que le Ministère de la Santé et des Services sociaux doit y jouer, l'apport des groupes de femmes et des ressources communautaires, de même que la nécessité d'offrir des services concertés (MSSS, 2001 : 18). Créées au milieu des années 80, les tables de concertation sur la violence envers les femmes sont toujours d'actualité.

engagement dans la lutte contre la violence basée sur le genre avec *La politique en matière de condition féminine* en 1993. Le *Groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel* est mis sur pied, combinant des acteurs.rices des différents milieux, et déposent le rapport *Les agressions sexuelles : STOP* afin de publier leurs recommandations. Celles-ci sont reprises par différents groupes de travail et ont influencé le développement des *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* de 2001, un document d'orientation intersectorielle pour les instances provinciales.

L'objectif central de ces orientations est la «reconnaissance du caractère socialement inacceptable et criminel de cette forme d'agression» et

ces orientations ont pour but ultime d'éliminer les rapports de pouvoir et de domination à l'endroit des femmes et des enfants, lesquels sont à l'origine d'un grand nombre d'agressions sexuelles. Elles favoriseront l'atteinte de l'égalité entre les hommes et les femmes et devraient renforcer les attitudes de responsabilité et le respect entre eux ainsi qu'à l'endroit des enfants (MSSS, 2001 : 12).

Ainsi, ces orientations ont mené à l'élaboration de plans d'action. Ceux-ci servent à concrétiser les sous-objectifs, soit la réduction de l'incidence des agressions sexuelles, l'augmentation des taux de dévoilement, l'amélioration des ressources d'aide et de protection pour les victimes de même que l'encadrement des auteur.es de violence. Le premier plan d'action a été élaboré en même temps que les orientations et s'échelonnait sur la période 2001-2006. Les mesures les plus importantes à relever pour la présente recherche sont la mise en œuvre sur l'ensemble du Québec des centres désignés (CD), la formation d'équipes spécialisées et la transformation de certaines pratiques des milieux policiers et pénaux.

1.3. Les centres désignés du Québec

Au Québec, les premières trousse d'intervention médico-légale sont apparues en 1983, bâties en collaboration avec le Conseil du statut de la femme, la Corporation professionnelle des médecins du Québec, le ministère des Affaires sociales et le ministère de la Justice. (Scheel, 2010 : 212). Le Groupe de travail sur l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle a été constitué au printemps 1997. Le besoin était alors de trouver des mesures médicales globales de qualité qui pourraient uniformiser les soins et traitements donnés aux victimes (Scheel, 2010 : 1). Beaucoup de victimes faisaient l'expérience de difficultés d'accès pour obtenir des services, parfois inexistantes dans certaines régions. Les modèles d'organisation de services qui étaient déjà opérationnels ont permis de soutenir les réflexions nécessaires à la création de CD à l'échelle de la province.

Ainsi, afin d'uniformiser l'intervention auprès des victimes récentes, le gouvernement du Québec a organisé l'implantation complète des centres désignés en 2002, avec le premier plan d'action (2001-2006). Un centre désigné est l'endroit où sont dirigées les victimes d'agression sexuelle récente afin de recevoir les soins et services appropriés :

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 (Scheel, 2010 : 97).

Les centres désignés sont généralement situés dans des centres hospitaliers ; les services doivent être accessibles en tout temps. Si l'agression sexuelle est survenue il y a plus de cinq jours, la victime doit parfois prendre un rendez-vous pour recevoir l'intervention médicosociale ultérieurement. Ainsi, chaque région détient au moins un CD, connu des

services de santé et des services sociaux. Le personnel reçoit une formation concernant l'intervention médico-légale et sociale. L'équipe est composée d'un.e médecin et parfois d'un.e infirmier.ère et d'un.e intervenant.e social.e :

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 (Sheel, 2011 : 94)

1.3.1. Intervention médicosociale et médico-légale

Le gouvernement a élaboré le *Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle : enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes* en 2001 avec des acteurs et actrices du milieu. Le protocole met des balises sur l'intervention auprès des personnes touchées par cette violence. Par ailleurs, il a été révisé en 2004 pour inclure entre autres la trousse médicosociale (Sheel, 2011). Il s'agit d'une intervention sans prélèvement légal destinée à rendre des services médicaux et psychosociaux de qualité aux personnes qui ne veulent pas porter plainte à la police ou qui ne peuvent obtenir de prélèvement. Cette situation peut se présenter lors d'attouchement sexuel ou lorsque la victime se présente plus de cinq jours après l'agression⁹ par exemple. La version de 2010 du Guide est maintenant utilisée par tous les centres désignés de la province. Elle établit les protocoles d'intervention afin que chaque victime reçoive des services soutenus par un travail de recherche et de collaboration. L'intervention initiale se compose de huit grandes étapes «1. Accueil et soutien émotionnel, 2. Orientation de l'intervention, 3. Histoire médicosociale, 4. Examens médical et médico-légal, tests et prélèvements, 5. Soins et traitements, 6.

⁹ Les prélèvements légaux sur le corps de la victime ne sont plus possibles après ce délai.

Information et soutien, signalement au DPJ¹⁰, déclaration à la police et références» (Sheel, 2011 : 95). Ensuite, les deux dernières étapes sont le 7. Suivi médical et 8. Suivi psychosocial. Au-delà de ces étapes de protocole, le guide rappelle que «la victime demeure le centre de l'intervention. La trousse médico-légale est un instrument et non une fin en soi» (Scheel, 2010 : 108).

La mission de base reste inchangée : «Toutes les victimes d'agression sexuelle au Québec – enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes – doivent avoir accès à des services d'accueil, de soutien émotionnel, à un examen médical ou médico-légal, à des soins et traitements ainsi qu'à un suivi approprié» (Sheel, 2010 : 11). Les objectifs de l'intervention peuvent comprendre :

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. (Sheel, 2010 : 94)

L'intervention doit se faire avec empathie, respect et engagement, sans identification à la victime (Sheel, 2010). Le guide d'intervention ajoute : «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.» (Sheel, 2010 : 94). De plus, le guide spécifie que le personnel du CD « n'a pas à faire la preuve qu'il y a eu agression sexuelle [...] il peut y contribuer tout au plus.» (Scheel, 2010 : 100).

¹⁰ Directeur de la protection de la jeunesse

Au fil des années, l'organisation des centres désignés a été analysée et évaluée ; des plans d'action sont réfléchis afin d'améliorer les services. (Cloutier *et al.* 2014 : 11). Les critères se sont clarifiés de même que les ententes de partenariat entre les services pour référer les victimes. Une étude sur les centres désignés en 2010 indique qu'en général,

alors que le rôle des CD dans la trajectoire de services semble bien défini pour les victimes d'AS [agression sexuelle] dont l'abus date de moins de cinq jours ou lorsqu'une victime est mineure, une plus grande complexité de services est notée pour les victimes adultes dont l'abus date de plus de cinq jours (Collin-Vézina *et al.* : 2010 :10).

De plus, il arrive qu'en raison d'un manque de disponibilité de personnel formé, les victimes subissent un délai d'attente ou soient redirigées vers un centre désigné d'une autre région. Le manque de ressources dans les services peut aussi entraîner de grands délais d'attente pour les suivis après l'intervention initiale.

Il y a une dizaine d'années, le Collège des médecins du Québec a émis un avis concernant les responsabilités des médecins concernant les troussees medicolegales (Collège des médecins du Québec, 2009). En effet, il a tenu à rappeler la pertinence des protocoles et de l'accessibilité des services dans les centres désignés et à préciser que dans ces situations «l'intérêt de la victime dépasse la seule dispensation des soins immédiats que sa condition physique exige» (*Ibid* : 1). Par ailleurs, la récente *Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles 2016-2021* prévoit de documenter l'utilisation de ce service afin d'améliorer les pratiques au sein des centres désignés et la concertation avec les autres ressources.

1.4. Les mythes généraux entourant la violence sexuelle

Un des articles précurseurs au sujet des mythes entourant la violence sexuelle définissait ce concept ainsi : «prejudicial, stereotyped, or false beliefs about rape, rape victims, and rapists» (Burt, 1980 : 217). Cette définition a été donc souvent reprise dans la littérature à ce sujet et c'est cette dernière que nous utiliserons ¹¹ ; «croyances erronées, stéréotypées ou préjudiciables à propos du viol, des victimes et des agresseurs».

De nombreux mythes concernant les violences sexuelles subsistent dans la société québécoise. L'enquête effectuée auprès de la population générale par le Secrétariat à la condition féminine et Léger Marketing en 2016, en donne un aperçu :

Pour plusieurs individus, l'agression classique serait commise par un étranger qui utilise une arme et qui agresse avec beaucoup de violence, à l'extérieur, dans une ruelle sombre, avec beaucoup de résistance de la part de la victime et résultant en des signes perceptibles de lutte. Toutefois, pour la majorité des victimes, ces éléments sont absents (Lonsway et Fitzgerald, 1994 dans Billette, Guay et Marchand, 2005 : 105).

Dans le cadre de la problématisation, les principaux mythes seront présentés en trois catégories. Ces mythes ne sont peut-être pas énoncés de manière aussi crue dans le quotidien, mais ils s'insinuent dans des propos courants. Conséquemment, ils continuent à partager de fausses croyances populaires.

¹¹ D'autres définitions du terme incluent souvent une vision des genres binaire, par exemple : «Rape myths are attitudes and generally false beliefs about rape that are widely and persistently held, and that serve to deny and justify male sexual aggression against women.» (Lonsway et Fitzgerald, 1994 : 133).

1.4.1. Mythe : « Les femmes veulent être violées »

Une première catégorie de mythes concerne les femmes. Il s'agit de l'idée selon laquelle il est « impossible » d'agresser sexuellement une femme, puisque cette dernière était peut-être consentante si cela a pu se produire » (Pouliot, 2007 : 10). Pourtant, « les agresseurs sexuels utilisent la violence ou la menace et dans certains cas, utilisent des médicaments, des drogues ou de l'alcool pour contraindre leur victime » (*Ibid*). De plus, certaines stratégies des victimes sont perçues comme « passives » alors qu'elles peuvent être « actives » dans le sens où elles sont mises en œuvre pour éviter davantage de violence par exemple. Demander s'elle a « résisté à l'agression » renforce le mythe voulant que les victimes « veulent être violées » et le *victim blaming*¹². Le *Guide d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle*¹³ explique les réactions possibles des victimes : « Les hommes, comme les femmes, peuvent figer devant la menace, l'imprévu et l'inconnu. Cette réaction est parfois la meilleure puisqu'elle peut vous avoir évité des blessures ou sauvé la vie » (Pouliot, 2007 : 45).

La loi canadienne est claire sur la notion de consentement ; il n'est valable que s'il a été donné librement. Il ne peut être présent si la personne est « paralysée par la peur », craint de réagir ou quand elle ressent qu'elle n'a pas eu « d'autre choix que de faire ce que l'agresseur exigeait » (Pouliot, 2007 : 44). Ainsi, une agression sexuelle peut avoir lieu même si la victime ne dit pas « non ». Toutefois, la notion de consentement établie par le Code criminel n'est pas comprise ainsi par l'ensemble des Québécois.es : seulement 60% ont répondu faux à l'énoncé

¹² Le concept de *victim blaming* réfère à des propos prétendant que les actions de la personne ont contribué au crime et augmente le risque de conséquences sur la victime, particulièrement sur la santé mentale (Corcoran, 2014 : 289).

¹³ Produit par la Table de concertation sur les agressions à caractère sexuel de Montréal, le Guide est utilisé dans plusieurs services en violences sexuelles, dont les centres désignés.

«une personne qui ne confirme, ni infirme sa volonté à avoir un rapport sexuel peut être considérée comme consentante» (Secrétariat à la condition féminine et Léger Marketing, 2016 : 34). Une personne adulte peut être incapable de consentir à des activités sexuelles, par exemple en cas d'état de sommeil, d'intoxication ou de conscience altérée (Pouliot, 2007 : 44). De plus, un consentement donné est valable pour un acte précis et non pour toute activité sexuelle.

Par ailleurs, une croyance corollaire concerne le fait de porter plainte ; si « les femmes veulent être violées », les plaintes contre un agresseur sexuel ne sont alors pas fondées. Pouliot rappelle que la plupart des victimes ne porteront jamais plainte à la police et que les fausses déclarations sont marginales (2007 : 10). L'idée que les personnes provoquent ou invitent à une agression «que ce soit par leur comportement, leur attitude ou encore leur apparence» est présente. Aussi, la crédibilité serait affectée par la croyance que les victimes doivent «détester leur agresseur». Pourtant, plusieurs peuvent vivre des sentiments ambivalents, et la stimulation sexuelle qu'une victime peut vivre est expérimentée de manière honteuse (*Ibid* : 12).

Dans le même ordre d'idée, « la victime d'agression sexuelle est souvent blâmée pour le crime commis par un tiers contrairement aux victimes d'autres événements traumatiques» (Billette, Guay et Marchand, 2005 : 107). Ces mythes amènent l'opinion publique à «shift attention away from the rapist's violence, away from the fact that he obtained sex by force or perpetrated violence in a sexual way» (Martin, 2005: 18). Ainsi,

«Harmful responses from informal and formal support providers not only reduce survivors' ability to disclose, seek help, and recover but also perpetuate the rape culture in which we live and provide a foundation upon which perpetrators can continue to offend with relative impunity, in particular against women they know.» (Ullman, 2010 : 165)

1.4.2. Mythe : « Tous les hommes sont des agresseurs »

Une seconde catégorie de mythes concerne les hommes. Il s'agit de l'idée selon laquelle les hommes ont une «sexualité impulsive», et qu'ainsi, les femmes devraient s'en protéger (Pouliot, 2007 : 8). La responsabilité de la personne auteure de violence est alors occultée. Dans la population générale, 54% des personnes étaient d'accord que les agresseurs ont des pulsions incontrôlables qui causent leur comportement (Secrétariat à la condition féminine et Léger Marketing, 2016 : 28). Dans la réalité, «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» (Pouliot, 2007 : 11). De plus, ce ne sont pas tous les hommes, qu'ils soient cisgenres ou trans, qui commettent une agression sexuelle. De plus, il existe des agresseurs qui ne sont pas des hommes.

1.4.3. Mythe : « Entre partenaires intimes, le sexe va de soi »

Une troisième catégorie de mythes concerne le couple. Alors que l'agression sexuelle entre personnes mariées a été criminalisée en 1983 (Conroy et Cotter, 2017 : 6), la violence sexuelle entre partenaires intimes reste très taboue. Lors de l'étude sur les perceptions des Québécois.es sur les agressions sexuelles, 71% des personnes ont répondu «faux» à l'énoncé «Dans un couple, le consentement aux relations sexuelles est implicite (va de soi).» (Secrétariat à la condition féminine et Léger Marketing, 2016 : 34). Les lois sur les agressions sexuelles ne distinguent plus les personnes mariées des autres quant à la notion de consentement, mais une partie de la population semble encore en faire. De plus, des pressions par rapport aux normes sociales d'un couple semblent être encore très présentes entre partenaires.

1.4.4. La culture du viol

Les mythes concernant les femmes, les hommes, le couple et la violence sexuelle peuvent être regroupés sous la bannière de la «culture du viol». Ce concept a été amené par des féministes et désigne le caractère culturel de la banalisation de la violence sexuelle, la relative impunité des agresseurs, le blâme des victimes et de la mise en doute des dénonciations (Ullman, 2010 : 165). Une des auteures s'étant penchées sur le caractère culturel des agressions sexuelles dès la fin des années 1970 est Susan Griffin. Partant du fait qu'elle a constamment peur d'être violée depuis son enfance, mais que personne ne peut expliquer les raisons des agressions sexuelles, elle déconstruit les raisonnements invoqués socialement pour mettre en lumière des mythes véhiculés (Griffin, 1986). Elle postule que la culture dans laquelle elle évolue aux États-Unis encourage les comportements sexuels violents et la protection de ses proches féminines comme norme hétérosexuelle masculine. De plus, elle normalise l'état d'alerte dans lequel les personnes plus vulnérables doivent constamment être. Ainsi, la culture du viol comprend un ensemble d'attitudes et de comportements sociaux qui, volontairement ou non, banalisent, tolèrent, excusent ou approuvent la violence sexuelle, et ce, à une échelle culturelle - ce phénomène peut être observé dans les conversations privées, les blagues, les rites d'initiation, les journaux, la musique, les publicités, à la télévision, au cinéma, sur les médias sociaux, etc. À force de répétition, les individus viennent à croire que ce sont des attitudes et des comportements normaux et acceptables.

Pour résumer, la culture du viol véhicule que les femmes doivent démontrer qu'elles ne veulent pas être violées et se protéger de tous les hommes. Ceux-ci doivent répondre à des

normes masculines toxiques¹⁴ et toutes les personnes en couple doivent toujours être prêtes à avoir des relations sexuelles avec leur.s partenaire.s intime.s. Les personnes et les collectivités luttent contre la culture du viol lorsqu'elles attaquent le phénomène des agressions sexuelles comme une problématique sociale. Alors, «[when they] refuse rape, they then refuse to be blamed for or ashamed of being raped, refuse to minimize the seriousness of rape, refuse to accept rape-supportive social norms, and refuse to keep quiet about the problem of rape» (Ullman, 2010 : 145).

Dans cette culture du viol, les mythes exposés précédemment ont un impact sur le vécu des personnes victimes. Par exemple, «les agressions perpétrées par un étranger pour leur part génèrent plus de soutien émotionnel ce qui pourrait s'expliquer par le fait que ce type d'agression fait davantage référence aux mythes adoptés par les aidants, entraînant ainsi plus de sympathie de leur part» (Golding *et al.*, 2002 dans Billette, Guay et Marchand, 2005 : 105). En effet, cela serait analysé comme «un crime plus sérieux» (Tetreault et Barnett, 1987 dans Billette, Guay et Marchand, 2005 : 105). Dans une étude portant sur la victimisation des femmes adultes, les analyses montrent que plus le ou la partenaire de la victime «adhère aux mythes, plus il aurait tendance à blâmer et à responsabiliser sa partenaire pour l'agression» (Billette, Guay et Marchand, 2005 : 109). De manière générale, la majorité des femmes interrogées perçoivent également avoir été blâmées, condamnées et découragées de parler de l'agression. De plus, la plupart des femmes auraient souhaité recevoir davantage de soutien émotionnel (réassurance, écoute, empathie, etc.), de validation (feedback, normalisation des émotions, etc.) et d'aide tangible (être conduite à l'hôpital, être hébergée, etc.) (Filipas et Ullman 2001 dans Billette, Guay et Marchand, 2005 : 105).

¹⁴ Terme synthétisant les normes sociales rigides et malsaines liées à la masculinité, définissant un homme comme devant être agressif, fort, audacieux et dominant et ne pouvant être vulnérable ou tendre («boys don't cry», «boys will be boys»). La masculinité toxique est entre autres associée à des problèmes de santé et la violence entre hommes, envers les femmes et les personnes LGBTQIA+. (Flood, 2018)

1.4.5. Conséquences

Le phénomène des agressions sexuelles touche les victimes et leurs proches de même que la société en général. Les personnes qui vivent de la violence doivent composer avec de nombreux impacts, «while there is an unacceptably high homicide and suicide rate associated with the victimisation, the prevalence figures indicate that the vast majority of victims do survive their abuse» (Price *et al.* 2001 dans Itzin *et al.*, 2010: 76).

Tout d'abord, les victimes d'agressions sexuelles peuvent subir d'importantes conséquences psychologiques (Chen et Ullman, 2010; Cybulska, 2007; Elliot et autres, 2004; Logie et autres, 2014; Luce et autres, 2010 dans Corcoran, 2014). En effet, la santé peut être gravement affectée: dépression, anxiété, attaque de panique, trouble de stress post-traumatique, dysfonction sexuelle, trouble du sommeil, syndrome du côlon irritable «and poor sexual health including higher rates of sexually transmitted infections, unwanted pregnancies, repeat abortions and gynaecological problems» (Payne 2004; Sarkar and Sarkar 2005; Zimmerman *et al.* 2006 dans Itzin *et al.*, 2010 : 74)). En effet, le diagnostic d'état de stress post-traumatique ESPT (DSM-IV 1994) est entre autres très élevé chez les femmes violentées. Statistique Canada a relevé qu'une victime autodéclarée sur six aurait des symptômes associés au trouble de stress post-traumatique (Conroy et Cotter, 2017). De plus, les victimes peuvent «engage in a range of negative or self-harming behaviours, from rational coping strategies that enable survival of traumatic events but that can have negative effects on others aspects of health, through to intentionnaly self-destructive behaviours.» (Anderson et Aviles, 2006 dans Itzin *et al.*, 2010 : 75). La victimisation est aussi associée au trouble d'abus de substance et des idéations suicidaires (*Ibid*).

Enfin, le dévoilement de cette victimisation et le rétablissement sont souvent difficiles, selon aussi l'explication du crime que se font les victimes (attribution)¹⁵ et leur réseau de soutien. Les personnes peuvent avoir « 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» (Sheel, 2011 : 12).

Ensuite, puisque «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» (Sheel, 2011 : 3), cela peut avoir un effet sur «le plan économique, social ou familial : difficultés au travail, rejet par les amis, séjour dans un centre d'hébergement et centre de crise, perte de revenu.» (Pouliot, 2007 : 17). Les proches de la personne vivent aussi plusieurs conséquences, qui peuvent ensuite influencer le rétablissement de la victime : «un évènement traumatique tel que l'agression sexuelle peut affecter les proches des victimes et avoir un impact négatif sur les relations interpersonnelles» (Billette, Guay et Marchand, 2005 : 111). Lors des dévoilements, beaucoup vont avoir de vives réactions négatives (Ullman et Filipas, 2001a dans *Ibid*). «Les comportements négatifs qui peuvent en découler (critiques négatives, évitement, invalidation émotionnelle, etc.) risquent d'influencer la victime et contribuer au développement ou au

¹⁵ L'attribution des personnes, soit les explications concernant le crime, peut augmenter le risque traumatique (Corcoran, 2014 : 291). Plusieurs théories existent expliquant pourquoi certaines personnes font telle attribution, pour tout évènement traumatique. Une d'elles est *just-world theory* (Lerner, 1971 dans *Ibid*), où les bonnes personnes sont récompensées et les mauvaises, punies. Ainsi, les victimes prendraient une partie du blâme ou essaieraient de trouver une autre interprétation pour voir l'évènement comme apportant quelque chose de bénéfique. La théorie du contrôle (Walster, 1966 dans *Ibid*) postule plutôt que les attributions font sentir un certain contrôle des personnes sur la situation. Alors que les victimes d'agressions sexuelles se sentent souvent responsables de cet évènement, le *selfblame* est associé avec des troubles de santé mentale en plus de «avoidance coping, sexual dissatisfaction, and sexual revictimization» (Miller, Handley, Markman, & Miller, 2010 : 1121 dans Corcoran, 2014 : 291). Ainsi, «coping by avoidance or dissociation both appear to contribute to PTSD (Ozer *et al.*, 2003) [and] higher negative beliefs about the world, self, and others after physical or sexual assault in women were associated with higher initial trauma reactions (Zoellner, Feeney, Eftekhari, & Foa, 2011)» (Corcoran, 2014 : 291)

maintien des symptômes du TSPT [Trouble de stress post-traumatique], et avoir un impact sur l'ajustement à l'agression.» (Billette, Guay et Marchand, 2005 : 111). Plus précisément, les partenaires intimes des victimes peuvent vivre des réalités singulières face au dévoilement. Dans les études portant sur les couples dont la femme a été victimisée, des problèmes de communication (Miller *et al.*, 1982 ; Moss *et al.*, 1990) et des difficultés sexuelles (Holmstrom et Burgess, 1979 ; Miller *et al.*, 1982) sont répertoriés (dans Billette, Guay et Marchand, 2005 : 110).¹⁶

Aux États-Unis, des études ont estimé les impacts reliés à la victimisation de certains crimes comprenant les pertes humaines, les blessures physiques et le coût économique « (unrecovered stolen property, lower productivity and work absenteeism, medical expenses, and mental health costs) » (National Institute of Justice, 1996 dans Corcoran, 2014 : 290). L'agression sexuelle est le crime le plus «coûteux», avec 127 milliards de dollars américains par année, soit plus que le meurtre.

En bref, comme les *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* le soulignent, la sensibilisation aux violences sexuelles est primordiale pour prévenir les agressions, mais aussi pour assurer un meilleur soutien aux victimes. Ainsi, la recherche pointe vers non seulement l'importance de faire connaître les services, mais aussi de défaire les mythes sociaux (Sheel, 2011). Selon Fontana *et al.*, 1997 (dans Billette, Guay et Marchand, 2005 : 107), les mythes ont un impact sur les réactions des proches, des

¹⁶ Par exemple, certains partenaires peuvent vivre de la jalousie et un sentiment de menace sur le plan de la performance sexuelle ou devenir anxieux : illes «ont alors tendance à questionner leur partenaire sur l'évènement et à insister pour avoir une relation sexuelle. Il peut aussi arriver que le conjoint, par crainte de devenir lui-même agresseur, fuie les contacts sexuels» (Bateman et Mendelson, 1989 ; Foley, 1982 dans Billette, Guay et Marchand, 2005 : 108). Chez d'autres, lors du dévoilement, les partenaires peuvent vivre «des sentiments d'impuissance, de choc et de rage similaire à ceux de la victime.» (Billette, Guay et Marchand, 2005 : 110). Ce faisant, la victime doit parfois travailler avec ces réactions, en plus de gérer ses propres symptômes.

intervenant.es et la perception de la victime elle-même. De plus, le fait que ce soit un sujet difficile à aborder, pouvant être perçu comme honteux ou stigmatisant, est un obstacle dans la recherche de services.

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. [...] 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. (Scheel, 2011 : 28)

1.4.6. Mythes et intervention auprès des victimes

C'est dans ce contexte social que les professionnel.les sont amenés à travailler auprès des victimes. Des indications peuvent tenter de contrecarrer les mythes véhiculés sur les violences sexuelles et leurs conséquences. Le *Guide d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle* clarifie qu'il est possible de se rendre en centre désigné suite à une agression sexuelle, «peu importe si vous avez des blessures physiques apparentes ou non» (Pouliot, 2007 : 34). Il mentionne aussi que les services sont accessibles sans égard à la volonté de porter plainte (*Ibid* : 35). Le guide d'intervention médicosociale indique que l'utilisation de la trousse médicolégale ou médicosociale «doit être intégrée à une approche globale des besoins des victimes », au-delà des considérations légales (Sheel, 2010 : 23). De plus, au sujet des recours légaux, le guide d'information tente de déconstruire l'idée du «temps écoulé» entre l'agression et la dénonciation, qui peut parfois amener les gens à douter des propos de la victime : «De quelque nature qu'elle soit, une agression sexuelle est un acte

criminel qui peut être dénoncé, peu importe le temps écoulé depuis l'agression » (Pouliot, 2007 : 43).

Plus précisément, une étude américaine effectuée auprès d'intervenant.es de *Rape Crisis Centers* s'est intéressée à ce qu'elles percevaient comme les obstacles à leurs services (Ullman et Townsend, 2007 : 412). Ceux-ci peuvent être mis en lien avec la culture du viol et les mythes exposés précédemment. L'attitude sociale face aux violences sexuelles et les réponses inadéquates de services institutionnels étaient vues comme un grand défi. En effet, le contexte sociopolitique peut amener certaines difficultés pour conjuguer les principes d'intervention féministe de certain.es intervenant.es sur le terrain. De plus, parler de féminisme dans une société où certaines personnes clament que l'égalité est déjà atteinte ou ont des propos antiféministes rend le travail plus ardu (Corbeil et Marchand, 2010 : 51). Les chercheuses nomment des facteurs tels que les craintes de *blacklash*, l'isolement des praticiennes et la complexité de concrétiser les principes dans le processus d'intervention (*Ibid*). «Finally, the most salient direct service barrier was secondary victimization by criminal justice and medical or mental health systems» (Ullman et Townsend, 2007 : 412). Plus spécifiquement, les intervenant.es perçoivent que les «young, ethnic minority women» sont sujettes «to greater police harassment and secondary victimization by medical and criminal justice system personnel» (*Ibid* : 439).

Dans le même ordre d'idée, «Rape Crisis Centers' unresponsiveness to women of color » est une problématique nommée par plusieurs auteur.es et a entraîné la création de centres par les femmes racisées (Matthews, 1989, 1994, Campbell et al. 2011, Scott 1993, 1998, 2000 dans Martin, 2005 : 115). Le sentiment d'accueil et l'accessibilité pour les personnes racisées se sont améliorés dans les dernières années, mais «attention to the role of race including how it undermines responsiveness to victims, particularly minority victims, is urgently needed» (Martin, 2005 : 116-117). Au Québec, le guide d'intervention médicosocial nomme qu'«en présence d'hommes agressés sexuellement, les intervenantes et les intervenants sont souvent dépourvus, comme si les repères habituels étaient plus flous» (Scheel, 2011 : 99).

Une chercheuse s'est intéressée aux services d'urgence pour les victimes dans les hôpitaux en Floride. Bien que la recherche concerne des protocoles différents, plusieurs éléments peuvent éclairer des phénomènes reliés à notre sujet. Les professionnel.les de l'urgence ressentent de l'inconfort dans le cadre de leur travail d'intervention d'urgence auprès des victimes : «discomfort can come across to victims as distant, cool judgement rather than skilled concern and care» (Martin, 2005 : 84). Selon le guide d'intervention médicosociale, le personnel serait sujet à plusieurs facteurs «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.» (Scheel, 2011 : 29).

De plus, le personnel des urgences en Floride se plaint que ces types d'intervention prennent «trop» de temps [time-consuming], surtout dans le contexte de travail à l'urgence et de leur perception de leur mandat (Martin, 2005 :85). En effet, dans les urgences d'hôpitaux, il peut y avoir des «organizational frames that prompt medical professionals to view rape victims negatively and treat them unresponsively.» (Martin, 2005 :74). Par exemple, les médecins et infirmier.ères travaillent avec des «medical institution frames [which] orient physicians and nurse to view involvement in rape exams as improper and (...) define rape victims as «illegitimate» rather than «true» patients» (Martin, 2005 :75). Les mythes entourant la violence sexuelle sont aussi présents : «compounding concerns about rape victims' patient status, medical staff have legitimacy doubts of another kind – whether a victim is a real rape victim» (Martin, 2005 :84). Le guide d'intervention médicosocial mentionne que les interrogations que peuvent avoir le personnel sur le rôle joué par la victime dans l'évènement ou la recherche «dans l'histoire de celle-ci, une raison, une provocation, qui pourrait expliquer» l'agression sexuelle peut venir d'un sentiment d'insécurité et ainsi risquer de 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.» (Scheel, 2011 : 29)

Dans le *Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle : enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes*, il y a plusieurs sections avisant des pratiques en centre désigné afin de fournir une intervention de qualité. En effet, il est indiqué qu'

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. (Scheel, 2011 : 119)

Aussi, il y a plusieurs demandes d'informations dans le protocole qui doivent être expliquées. Lorsqu'il est demandé si la victime a infligé des blessures à l'agresseur, c'est pour vérifier s'elle aurait posé un geste qui aurait pu laisser des traces¹⁷. Il serait alors possible de recueillir des prélèvements sous les ongles de la victime pour y trouver des débris de peau ou du sang : «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.» (Scheel, 2011 : 132). Selon le contexte d'agression, le personnel va orienter la recherche de sperme en demandant où l'agresseur aurait possiblement éjaculé : «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.» (*Ibid* : 135). Ensuite, afin d'identifier l'agresseur lors des prélèvements médicolégaux, la victime devra mentionner si elle a eu des activités sexuelles dans les cinq derniers jours¹⁸ (Scheel, 2011 : 136). Le guide spécifie aux professionnel.les d'expliquer à la

¹⁷ Extrait du formulaire : «Blessures infligées à l'agresseur par la victime (Oui, Non, Ne sait pas) Si oui, préciser (égratignure, coupure, morsure. etc.)» (Scheel, 2011 : 121).

¹⁸ Extrait du formulaire : «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 cinq jours

victime la nécessité de distinguer les profils génétiques des prélèvements effectués, entre les possibles partenaires récents et l'agresseur.

De manière plus générale, «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.» (*Ibid*, 2011 : 186). L'examen en soi est rempli d'enjeux :

L'examen dont les résultats sont négatifs n'infirmes 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. (Scheel, 2011 : 269)

De plus, le guide rappelle que le travail auprès des victimes «tient plus aux attitudes des intervenantes et des intervenants qu'à des gestes spectaculaires» (Scheel, 2011 : 93). En effet, selon la recherche d'Ullman (2014 : 1152) auprès d'intervenantes américaines travaillant auprès de victimes d'agression sexuelle, les thérapeutes offrant des services de qualité ont les caractéristiques de «warmth, empathy, and genuineness» ce qui ne provient pas d'une formation particulière.

Historiquement, il est reconnu que les victimes d'agressions sexuelles vivent de la victimisation secondaire¹⁹ «when insensitive and unresponsive police and prosecutors ignored their calls or requests for assistance, and/or subjected them to harsh, repeated, and victim-blaming questions » (McDonald, 1976 dans Corcoran, 2014 : 290). Des formes de victimisation secondaire, où les droits de la victime sont bafoués, peuvent être des interactions avec des intervenantes ayant des réactions ou comportements qui amènent de la

précédant l'examen médico-légal? (Oui, Non) Si oui, dernière date, Utilisation (Condom, lubrifiant, spermicide, diaphragme, autre)» (Scheel, 2011 : 124).

¹⁹ Dans ce mémoire, la victimisation secondaire renvoie au phénomène de revivre de la violence dans les démarches suite à l'agression alors que revictimisation est utilisé pour décrire les situations où la personne est agressée sexuellement une autre fois. Les termes sont parfois utilisés comme synonymes dans la littérature.

honte et de la culpabilité et un manque d'accessibilité à un examen médical (Gilbert, 2015 : 30). En effet, la définition de Campbell et Raja (1999) développe que la victimisation secondaire «se définit non seulement par des soins fournis de façon irrespectueuse ou inappropriée, mais aussi par l'impossibilité de recevoir l'assistance requise» (dans Gilbert, 2015 : 30). La formation du personnel est au coeur de débats : «Many medical personnel are not trained in rape exams or in how to talk to and act around victims» (Martin, 2005 :77). Pourtant, les recherches démontrent que «a physician (or nurse) who comforts a rape victim, tells her she is not to blame, and reassures her that she will be all right can help her recover» (Martin, 2005 :78).

1.5.Pertinence de l'étude et de ses objectifs

Pour résumer, les mouvements féministes ont contribué à amener la problématique des violences sexuelles à l'attention du gouvernement québécois. En effet, les réflexions et les actions gouvernementales ont été menées par les mouvements contre les violences faites aux femmes et aux enfants. Les agressions sexuelles sont analysées comme un problème de société sur lequel il faut agir. Ce contexte sociopolitique a permis l'émergence de services institutionnalisés, soit la mise en place de centres désignés à travers la province. Encore aujourd'hui, le gouvernement travaille avec les acteurs.rices impliqués sur le terrain afin d'écrire ses orientations et ses plans d'action.

Toutefois, les mythes entourant la violence sexuelle sont encore présents et plusieurs impacts en découlent. Dans cette culture du viol, plusieurs croyances alimentent les mythes qui sont partagés dans la société, notamment par le biais de nombreux véhicules culturels. Elles ne sont pas des distorsions cognitives individuelles. Les services spécialisés en violence sexuelle évoluent donc avec ceux-ci. Par exemple, plusieurs publications comportent un langage binaire, qui sous-entend que les agressions sont uniquement perpétrées par des hommes

envers des femmes. Tout en reconnaissant que les individus ne sont pas tous égaux dans cette culture du viol, je me questionne à savoir si ces visions n'encouragent pas elles-mêmes la persistance des mythes liés aux violences sexuelles.. Par exemple, cela pourrait contribuer à occulter les réalités des victimes qui ne sont pas des femmes cisgenres. Je souhaite donc réfléchir globalement aux enjeux reliés aux mythes concernant les violences sexuelles dans le travail des intervenant.es en centre désigné pour les victimes adultes. La revue de littérature semble montrer que la victimisation secondaire peut aussi être présente lors de la prestation des services en agression sexuelle.

Je reconnais aussi l'importance des services mis en place au Québec et leur rôle pour le mieux-être des victimes et de la société. Je considère que les intervenant.es des centres désignés ont une grande responsabilité professionnelle envers ces personnes et je m'intéresse donc à leurs expériences. En effet, leur travail les oblige à être quotidiennement en contact direct avec les mythes véhiculés et leurs impacts.

Un projet de mémoire de maîtrise doit être circonscrit à une question précise. Ainsi, celui-ci est construit autour de ce questionnement : Comment les intervenant.es travaillant en centre désigné auprès des adultes ayant vécu une agression sexuelle récente composent-illes avec les mythes identifiés par les féministes entourant la violence sexuelle? Cette recherche permettra ainsi de faire avancer les connaissances dans ce domaine. Plus précisément, il remplit quatre objectifs.

Objectifs de recherche :

- 1.Explorer les mythes contemporains entourant la violence sexuelle affectant les adultes
- 2.Connaitre les perceptions des intervenant.e.s du Québec remplissant la trousse médicosociale ou médicolégale auprès des victimes adultes à propos des mythes et de leur travail avec ceux-ci

3. Analyser selon une perspective féministe les manières dont ces intervenant.es composent avec les mythes

4. Améliorer l'environnement social pour lutter contre la culture du viol en contribuant aux connaissances sur l'intervention auprès de victimes adultes en centre désigné

CHAPITRE II CADRE CONCEPTUEL

Les théories relatives à l'intervention féministe seront utilisées étant donné la place centrale de l'intervention dans ma question de recherche. De plus, le cadre conceptuel est formé à partir d'écrits d'autrices féministes ayant abordé les violences basées sur le genre, dont Sara Ahmed et Virginie Despentes.

2.1 Intervention féministe

Mon cadre théorique s'appuie entre autres sur la littérature à propos de l'intervention féministe au Québec. Christine Corbeil et Isabelle Marchand, chercheuses québécoises francophones, ont exploré les pratiques d'intervention féministes. En 2010, elles ont interrogé des travailleuses sociales en CLSC et des intervenantes provenant de diverses organisations communautaires féministes. Les chercheuses placent l'origine des interventions féministes dans la foulée des critiques sur la pathologisation du vécu des femmes et des courants alternatifs en santé mentale dans les mêmes décennies que les luttes féministes sociétales (Corbeil et Marchand, 2010 : 26). Dans ce modèle d'intervention, les problématiques «doivent être interprétées en regard du contexte socio-économique, politique et idéologique et non seulement en termes individuels» (Corbeil et Marchand, 2010 : 45). Cela est lié à l'objectif de transformation structurelle des phénomènes entraînant des injustices plutôt que de l'adaptation de la personne demanderesse à la situation oppressante. Cette vision sociopolitique comprend la prise en compte des différentes intersections des discriminations dans les lectures des phénomènes de même que les pratiques. De plus, l'approche holistique

des interventions féministes met en lumière la «dimension cognitive, émotionnelle, physique et matérielle» des problématiques (Corbeil et Marchand, 2010 : 28). Les chercheuses ont énuméré sept principes de l'intervention féministe basés sur ces fondements.

Fondé sur une attitude d'écoute, le premier élément est le soutien et le respect de la femme²⁰ dans sa démarche. Deuxièmement, travailler pour établir une relation de confiance et une alliance est un autre objectif important (Corbeil et Marchand, 2010: 32). Ensuite, l'intervention féministe doit favoriser la reprise de pouvoir, *l'empowerment* (*Ibid*: 33). Les intervenant.es encouragent les usager.ères à prendre leurs propres décisions concernant leur vie et reconnaissent leurs capacités à établir leurs objectifs dans la relation d'aide par exemple (*Ibid*: 34). Puis, Corbeil et Marchand relèvent l'importance de «travailler à la conscientisation des femmes en prenant en compte la pluralité et la complexité des expériences d'oppression» (*Ibid*: 34). Cela fait autant référence à l'approche de l'intervenante elle-même qu'au travail de déconstruction et de mise en lumière des effets des oppressions sur leur vécu. Un autre principe qui sous-tend l'intervention féministe est la visée de rapports égalitaires entre tous les individus. Les chercheuses conviennent que les personnes ne peuvent être égales dans une relation d'aide, mais qu'il faut en être conscient.es afin de ne pas reproduire des rapports de pouvoir et accentuer la tendance de «contrôle social» du travail d'intervention (*Ibid*: 40). Il est aussi souligné l'importance de favoriser la solidarité et briser l'isolement des femmes (*Ibid*: 42). L'intervention de groupe et l'action collective sont des méthodes ainsi souvent utilisées. Finalement, les chercheuses abordent l'importance de l'objectif de «lutter à la fois pour un changement individuel et un changement social» (Hill et Ballou, 1998 dans *Ibid* : 44). Ainsi, dans leurs écrits sur l'intervention féministe au Québec, Corbeil et Marchand semblent énoncer des principes, stratégies et objectifs dans la même énumération. Or, ériger des principes universels serait peut-être contraire aux fondements mêmes des féminismes en présence, qui se fondent sur des valeurs.

²⁰ Les principes ont été établis dans l'intervention féministe auprès des femmes. Dans le cadre de la présente recherche, l'intervention féministe est un concept s'appliquant aux interventions auprès de toute victime, sans distinction de genre.

2.2 Lutter contre la violence basée sur le genre

La recherche puise des éléments théoriques des écrits sur les violences basées sur le genre. L'analyse sur les violences sexuelles de Virginie Despentes tirée de *King Kong Théorie* sera premièrement exposée. Ensuite, ils seront puisés dans les œuvres de Sara Ahmed pour présenter ses idées sur les violences et compléter les outils d'analyse du travail d'intervention avec les concepts de sujet obstiné, murs et de travail de transformation.

2.2.1 *King Kong Théorie*

Virginie Despentes est une autrice française ayant notamment écrit l'essai *King Kong Théorie* en 2006. De nombreuses personnes s'intéressant à la problématique de la culture du viol se rappellent cette citation connue de ce livre : «Je suis furieuse contre une société qui m'a éduquée sans jamais m'apprendre à blesser un homme s'il m'écarte les cuisses de force, alors que cette même société m'a inculqué l'idée que c'était un crime dont je ne devais pas me remettre.» (Despentes, 2006 : 47). Ses réflexions sur les violences sexuelles font écho pour ma recherche.

Le chapitre «Impossible de violer cette femme pleine de vices» est introduit par une citation de *Women Race and Class* (Davis, 1981 dans Despentes, 2006 : 31) qui avance que les lois sur les agressions sexuelles ont été créées dans les pays capitalistes pour la protection des hommes des classes supérieures. Elles ciblaient les crimes commis sur leurs conjointes et leurs filles. Le nombre d'inculpations des hommes blancs ayant agressé des femmes des

classes ouvrières était alors minime. Campant l'idée de son chapitre à partir de ce regard historique, Despentes discute des manières dont les violences sont dirigées vers les corps ne répondant pas aux normes de masculinités traditionnelles : «jamais semblables, avec nos corps de femmes. Jamais en sécurité, jamais les mêmes qu'eux. Nous sommes du sexe de la peur, de l'humiliation, le sexe étranger. C'est sur cette exclusion de nos corps que se construisent les virilités, leur fameuse solidarité masculine» (Despentes, 2006 : 34). Alors qu'Ahmed nomme aussi que certains corps sont plus souvent la cible de violences que d'autres²¹, Despentes aborde aussi cette réalité qu'elle lie avec la consolidation de la masculinité toxique et le pouvoir patriarcal : «Le viol est un programme politique précis : squelette du capitalisme, il est la représentation crue et directe de l'exercice du pouvoir» (Despentes, 2006 : 50). Elle aborde aussi le fatalisme genré dans la culture du viol, en discutant de sa réaction pendant une agression sexuelle : s'il

s'était agi de nous faire voler nos blousons, ma réaction aurait été différente. [...] à ce moment précis, je me suis sentie femme, salement femme, comme je ne l'avais jamais senti, comme je ne l'ai plus jamais senti. Défendre ma propre peau ne me permettait pas de blesser un homme. (Despentes, 2006 : 47).

Pour Despentes, le désir incontrôlable, l'impuissance de l'homme devant ses propres pulsions est une «croyance politique construite» qui forme avec d'autres la virilité. L'autrice note le paradoxe du nombre élevé de victimes de violence sexuelle versus le nombre d'agresseurs qu'elle lie avec la constante mise en doute de la parole des victimes.

Comment expliquer qu'on n'entende presque jamais la partie adverse : «j'ai violé Unetelle, tel jour, dans telles circonstances»? Parce que les hommes continuent de faire ce que les femmes ont appris à faire pendant des siècles : appeler ça autrement, broder, s'arranger, surtout ne pas utiliser *le* mot pour

²¹ Voir 2.3.1. Fatalisme genrée et figure de l'étranger

décrire ce qu'ils ont fait. Ils ont "un peu forcé" une fille, ils ont "un peu déconné", elle était "trop bourrée" ou bien c'était une nymphomane qui faisait semblant de ne pas vouloir : mais si ça pu se faire, c'est qu'au fond la fille était consentante. [...] dans la plupart des cas, le violeur s'arrange avec sa conscience, il n'y a pas eu de viol» (Despentes, 2006 : 36).

Le viol est condamné dans la société, mais beaucoup le pratique, sans être les «psychopathes graves, violeurs en série qui découpent des chattes à coups de tessons de bouteilles, ou pédophiles s'attaquant aux petites filles, qu'on identifie en prison.» (Despentes, 2006 : 36). Despentes rappelle la stratégie du viol collectif utilisé dans les guerres de conquête. Elle s'insurge donc sur la fausse croyance que la violence sexuelle est un phénomène récent ou concerne un groupe en particulier. Au contraire, il est un fait bien présent : «Le viol ne trouble aucune tranquillité, c'est déjà contenu dans la ville» (*Ibid* : 37). Pourtant,

on s'obstine à faire comme si le viol était extraordinaire et périphérique [...] comme s'il ne concernait que peu de gens, agresseurs et victimes, comme s'il constituait une situation exceptionnelle, qui ne dise rien du reste. Alors qu'il est, au contraire, au centre, au cœur, socle de nos sexualités (Despentes, 2006 : 47).

L'autrice raconte qu'à la suite de ses publications, elle a reçu un grand nombre de témoignages de victimes.

Ça se répétait au point d'en être dérangeant, et dans un premier temps, je me suis demandé si elles mentaient. C'est dans notre culture, dès la Bible et l'histoire de Joseph en Égypte, la parole de la femme qui accuse l'homme de viol et d'abord une parole qu'on met en doute. Puis j'ai fini par admettre : ça arrive tout le temps. Voilà un acte fédérateur, qui connecte toutes les classes sociales, d'âges, de beautés et même de caractères. (Despentes, 2006 : 35-36).

Un acte fédérateur, mais qui est entouré d'un énorme tabou amenant une culture du silence : «blessure d'une guerre qui doit se jouer dans le silence et l'obscurité» (Despentes, 2006 : 38). Cette injonction à la préservation du caractère tabou de la victimisation sexuelle fait partie de la «série de marques visibles qu'il faut respecter» en tant que victime (*Ibid* : 39). Une autre est celle qu'après une agression, les victimes doivent être traumatisé.es à jamais.

2.3 Perspective féministe rabat-joie

Sara Ahmed est une écrivaine féministe et chercheuse indépendante ayant déjà été à la direction du *Center for Feminist Research* et professeure en «Cultural and Diversity Studies» à *Goldsmiths* de l'Université de Londres (Murphy, 2017). Ses écrits s'inscrivent dans les études féministes intersectionnelles et *queer*. La vision du féminisme d'Ahmed est une praxis, une volonté de transformation – au quotidien - qui se doit d'être intrinsèquement liée aux manières dont nous agissons dans le monde présent : «We enact the world we are aiming for ; nothing less will do» (Ahmed, 2017 : 255). Ainsi, les perspectives théoriques prennent racine dans les vécus des expériences ordinaires, comme celles que vivent les intervenantes féministes. Ainsi, l'intervention féministe peut se définir aussi au-delà des principes d'intervention. Les féministes font aussi un « travail de transformation » dans leurs milieux : «to work as a feminist often means trying to transform the organizations that employ us» (Ahmed, 2017 : 89).

Ahmed a publié l'essai *Living a Feminist Life* en 2017, qui regroupe plusieurs de ses réflexions entamées sur son blogue et dans ses autres œuvres. Elle réclame la figure de la rabat-joie féministe [*Feminist killjoy*] et en fait un manifeste. En résumé, être rabat-joie est de reconnaître qu'il y a encore plusieurs problématiques en place alors que plusieurs répètent le contraire, et de militer sur celles-ci, même s'il y a de la résistance : «La position de sujet

obstiné constituerait ainsi autant un lieu de tensions que de revendications politiques» (Ahmed, 2012 : 77).

Selon l'autrice, en exposant le caractère problématique d'un phénomène, être féministe peut être perçue comme le problème. La rabat-joie féministe est une posture «assembled around violence; how she comes to matter, to mean, is how she exposes violence» (Ahmed, 2017 : 252). Pourtant, les féministes n'appellent pas à la violence. Au contraire, la perspective rabat-joie réclame la fin des institutions et des pratiques qui promeuvent et naturalisent la violence (*Ibid* : 253).

2.3.1 Fatalisme genré et figure de l'étranger

Les recherches féministes ont souvent ciblé la violence faite aux femmes comme sujet. Ahmed mentionne qu'il peut être difficile de travailler avec la catégorie «femmes», telle qu'elle a été socialement construite (Ahmed, 2017 : 14-15). L'assignation à ce que devrait être une femme (et un homme) «can shape us; make us; and break us»²² (Ahmed, 2017 : 15). Le sexisme et les normes genrées influencent notre relation avec cette catégorie. Ahmed défend donc l'usage de la notion «violence basée sur le genre», mais elle soutient néanmoins la pertinence de la lutte «des femmes» contre l'androcentrisme (cismasculin) qui est encore présent aujourd'hui («human is still defined as man») (*Ibid*).

²² Dans le cadre conceptuel de cette étude, la violence basée sur le genre est considérée comme affectant les femmes, mais aussi les personnes dont l'identité de genre n'est pas cisgenre ou dont l'expression de genre diffère des normes sociétales ; des normes associées à la masculinité toxique.

Affirmer l'existence de la culture du viol ne se résume pas seulement à identifier une réalité, mais statuer que le phénomène est culturel et collectif, et donc, non naturel. Lorsque des concepts féministes sont utilisés pour définir des phénomènes, il est plus facile de dénoncer des réalités sociales inacceptables : «having names for problems can make a difference» (Ahmed, 2017: 32). À cet effet, Ahmed propose la notion de fatalisme genré [*gender fatalism*] qui amène les personnes féminines et de la diversité de genre à apprendre à être toujours en alerte pour tenter de préserver leur sécurité : «to become a girl is to learn to expect such advances, to modify your behavior in accordance ; to become a girl as becoming wary of public space; becoming wary of being at all» (Ahmed, 2017 : 26). Ainsi, le risque de violence est perçu comme omniprésent et les personnes agissent pour ne pas devenir la victime tout en «acceptant» ce déterminisme associé à leur genre. Ceci peut être alors relié à la responsabilisation des victimes : «You can be made responsible whether or not you have modified your behavior in accordance, because gender fatalism has already explained the violence directed against you as forgivable and inevitable» (*Ibid* : 26).

La violence basée sur le genre est aussi reliée à la figure de « l'étranger », soit la figure de la personne dangereuse dont les personnes doivent se protéger (Ahmed, 2017 : 34). Cela amène à construire une figure de l'étranger souvent erronée, le danger étant lié aux «autres», ceux dont «presence or proximity is illegitimate»²³ (Ahmed, 2017 : 24). L'opération des mythes entourant la violence sexuelle met la responsabilité du crime sur les personnes «vulnérables» qui ont à se protéger du danger environnant. La violence naturalisée, entre partenaires intimes par exemple, est occultée.

Les mythes concernant les victimes renvoient aussi à une image passive : c'est le corps d'une femme blanche qui est vue comme vulnérable et qui a besoin de protection (Ahmed, 2017 : 34). La perspective féministe d'Ahmed permet donc de mettre l'attention aussi sur les «

²³ «Much violence that is promoted by institutions is concealed by the very use of stranger danger [...] the assumption that violence only ever originates with outsiders» (*Ibid*).

differences in how women's bodies are perceived and positioned in space» (Murphy, 2017 : 5). De plus, le racisme amène encore plus d'enjeux de dévoilement des agressions sexuelles, concernant les images des victimes et des agresseurs, comme explique Ahmed en référence à son vécu de violence de la part de son père racisé :

«when we speak of violence directed against us, we know how quickly that violence can be racialized ; how racism will explain that violence as an expression of a culture [...] Violence would then again be assumed to originate with outsiders. Some forms of violence become cultural, and others forms of violence remain individual and idiosyncratic : the *some* of this distinction is racism» (Ahmed, 2017 : 72)

En exposant la violence quotidienne, la perspective féministe remet en question ces conceptions.

2.3.2 Sujet obstiné

La rabat-joie féministe est un «sujet obstiné», traduction proposée par Bonis de «willfull subjects» (dans Ahmed, 2012). Dans la société, quotidiennement, les individus sont dirigés dans une voie de circulation²⁴ qui est injuste et violente. Les normes sociales amènent à se comporter de certaines manières, sans qu'une réflexion quotidienne ne soit nécessaire. Pourtant, cette direction dans la voie de circulation collective contribue aux oppressions. Conséquemment, le sujet obstiné occupe une posture féministe ; il ne veut pas suivre le mouvement [*go with the flow*]. Par exemple, le sujet obstiné ne va pas tourner la page sur une problématique ou ignorer les inégalités existantes (Ahmed, 2017 : 82). Le sujet obstiné refuse d'ignorer les problématiques contemporaines et argumente la nécessité de continuer les luttes

²⁴ «Traffic system» (Ahmed, 2017)

: «this is why feminists killjoy are willful subjects : when we speak, a flow is stopped» (Ahmed, 2017 : 83). Le sujet obstiné peut être alors confondu avec le phénomène qu'il critique, rejeté et perçu comme le problème puisqu'il entraîne un dérèglement de la voie de circulation²⁵. En effet, comme le sujet obstiné se dirige à contre sens de ce qui est la norme collective, il faut être «obstiné», «vouloir vouloir» rediriger la voie de circulation pour la rendre plus juste.

Historiquement, le sujet obstiné est lié à la violence et à la perception que les choses ne sont pas à la bonne place, créant des injustices. Le sujet obstiné va parfois être puni par la violence s'il dévoile ce «sense of things being wrong» (*Ibid* : 81). De plus, il va être perçu.e comme une personne motivée par un désir personnel, qui fait obstacle à l'ordre établi. «A feminist history is thus also a history of disobedience, of how we risk violence because we sense something being wrong» (Ahmed, 2017 : 74). Ces perceptions vont donc aussi contribuer à la tentative de les discréditer. «One history of will is a history of the attempt to eliminate willfulness from people» (*Ibid* :81). L'appel du sujet obstiné serait alors de ne pas s'ajuster à un monde injuste (Ahmed, 2017 : 84).

2.3.3 Murs

Les rabat-joie féministes considèrent que les institutions sont composées de murs qui bloquent les personnes marginalisées, qui leur font violence. Elles veulent visibiliser et détruire ces murs, ces obstacles, souvent systémiques, qui s'avèrent être d'autant plus violents et robustes parce qu'ils ne sont pas visibles ou reconnus : «Feminist and antiracist consciousness involves not just finding the words, but through the words, how they point,

²⁵ «Sometimes, to be something or do something, you are fighting against something. [...] When we are not willing to participate in sexist culture, we are willful » (*Ibid* : 83).

realizing how violence is directed: violence is directed toward some bodies more than others» (Ahmed, 2017 : 34). Les murs sont construits avec des briques, tels les préjugés ou les pratiques discriminatoires spécifiques. Le rôle de la rabat-joie féministe est de mettre en lumière les briques et les murs en nommant leur caractère non seulement socialement construit, mais aussi structurel et oppressant.

En rendant visibles les mythes comme de fausses croyances, il est plus facile de composer avec ceux-ci et de trouver des stratégies afin de les déconstruire. Les mythes peuvent constituer des murs, faisant violence à certains groupes de personnes, bloquant l'accès à des services ou invalidant leur réalité : à partir de cette perspective, on comprend que les institutions peuvent bouger – on peut déplacer les briques ou ignorer un mur. Cette compréhension exige de reconnaître que «it is from what we come up against that we gain new angles on what we are against» (*Ibid* : 255). La figure de la rabat-joie peut être perçue comme la créatrice de ces murs, alors qu'elle ne fait que les visibiliser.

Ainsi, transformer les institutions, c'est tenter de briser ces murs ; enlever une brique. Dans son essai, Ahmed prend l'exemple du *diversity worker*, les travailleur.ses qui cherchent à transformer les institutions de l'intérieur pour que les structures soient plus inclusives, mais qui se cognent à des murs et à des reproches comme quoi elles créent l'exclusion en revendiquant que cessent les injustices (Ahmed, 2017 : 109).

2.3.4 Le travail de transformation

Le travail de transformation²⁶ est «the work we do when we are attempting to transform an institution and second, [...] the work we do when we do not quite inhabit the norms of an institution» (*Ibid* : 91). Ahmed reconnaît qu'il peut être difficile dans certains milieux féministes d'être critique des résultats des luttes. Le sujet obstiné fait du travail de transformation en rendant visible la violence qu'il peut y avoir dans les pratiques et institutions. Il peut parfois «péter la balloune féministe» si elle ne reconnaît pas certaines problématiques présentes. Ahmed aborde aussi l'importance dans le féminisme de rester critique et se remettre soi-même en question afin de ne pas être violent.e (Ahmed, 2017 : 6). S'il s'agit de reconstruire les institutions pour les rendre plus accessibles (Ahmed, 2017 : 109), les intervenants sociaux en agression sexuelle ont alors l'opportunité d'exercer un «travail de transformation» lorsqu'elles aperçoivent les mythes entourant l'agression sexuelle et leurs impacts dans leurs interventions avec des victimes adultes.

Poursuivant dans ce sens, les normes des urgences médicales et des protocoles d'intervention peuvent aussi correspondre à des murs et à des briques. Il faut être un sujet obstiné pour les visibiliser, car «when no attempt at modification is made, a wall is not necessary ; nothing needs to be blocked or stopped» (Ahmed, 2017 : 138). Rappelons que la pratique des intervenant.es et les expériences des victimes sont encadrées par le *Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes* de même que les procédures en place dans l'établissement. Comme la littérature l'illustre, les différents mandats des professionnel.les peuvent être difficiles à conjuguer lors de l'intervention initiale et les intervenant.es font face à plusieurs défis. Le concept de travail de transformation est pertinent, car il fait partie des façons dont les intervenant.es peuvent mobiliser la perspective rabat-joie féministe en emploi. Illes peuvent prendre conscience des rapports de pouvoir dans les institutions concernées et évaluer la possibilité d'adopter une posture de sujet obstiné. Ainsi, illes peuvent visibiliser les murs et les briques et composer avec ceux-ci : «feminists are diversity workers [...] we are

²⁶ Alors qu'Ahmed écrit à propos du «diversity work», il a été préféré de discuter de travail de transformation dans le contexte de ce mémoire, tout en pouvant utiliser les outils conceptuels développer en lien avec ce concept (murs, sujets obstinés).

trying to transform institutions by challenging who they are for » (Ahmed, 2017: 110). Bref, adopter une posture féministe de sujet obstiné serait une manière de composer avec les mythes sur la violence sexuelle en centre désigné ; faire un travail de transformation.

2.4 Conclusion du cadre conceptuel

Les chercheuses en intervention féministe s'intéressent à la praxis féministe dans le cadre professionnel. Toutefois, il est possible de constater que les réflexions d'Ahmed et Despentès, étant hors de ce domaine, puisent aussi leurs concepts dans l'action, percevant les expériences comme éminemment politiques. De plus, aucune de ces autrices ne dresse des lignes de conduite à suivre. Elles discutent et nous amènent à réfléchir à notre propre praxis s'insérant dans un cadre sociopolitique : je m'inscris donc dans cette même volonté féministe.

Conformément à ce qui précède, je m'intéresse aux mythes dans le travail d'intervenant.es pratiquant auprès de victimes adultes d'agressions sexuelles en centre désigné. L'agression sexuelle renvoie à un phénomène qui a été construit socialement : «l'agression sexuelle est un terme légal basé sur les valeurs et les normes d'une société» (Billette, Guay et Marchand, 2005 : 101). Cette catégorie est interprétée différemment selon les codes criminels et par les personnes d'une même société. Les définitions changent selon la période de l'histoire et les cultures. Néanmoins, même si la catégorie a été construite, une agression sexuelle est un événement vécu et réel. De plus, les mythes ne sont pas naturels, mais peuvent être tenus pour acquis et ainsi, conséquemment à cette naturalisation, ne pas être remis en question. La violence basée sur le genre est aussi un phénomène réel, pouvant être dénoncé et combattu en luttant contre la culture du viol.

Tandis que des éléments de la littérature permettent d'émettre l'hypothèse de l'existence de la culture du viol et d'enjeux reliés dans les services des centres désignés pour les victimes, cette recherche vise à visibiliser les murs auxquels les intervenant.es sont confrontés dans leur travail sur les mythes et documente la praxis : par les efforts de transformation des institutions se développent des savoirs sur celles-ci (Ahmed, 2017 : 93). Un processus méthodologique a donc été construit afin d'accéder à ces savoirs.

CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre expose la stratégie générale de la recherche et la démarche méthodologique utilisée. Ainsi, les approches épistémologiques et les conditions de réalisation de la collecte de données et de traitement sont tout d'abord présentées. Ensuite, les limites de l'étude et les considérations éthiques sont abordées.

3.1 Stratégie générale: étude qualitative et inductive

L'épistémologie renvoie à la «discipline [philosophique] dont l'objet est la connaissance [...] et qui en discute et en examine les fondements, les méthodes et les conditions de validité.» (Campenhoudt *et al.* 2017: 381). La recherche s'inscrit dans une démarche qualitative et inductive en s'intéressant aux actions et significations. Toutefois, celles-ci ne seront pas analysées selon leurs récurrences, mais plutôt selon le contexte social dans lequel elles s'insèrent. Ainsi, l'étude est «discursive et signifiante de reformulation, d'explication ou de théorisation d'un témoignage, d'une expérience ou d'un phénomène» (Paillé, 1996b dans Paillé, 2007 : 413). Le caractère inductif permet aux savoirs d'émerger dans une démarche de va-et-vient à partir d'un cadre conceptuel non restrictif. Dans le cadre de cette recherche,

Les mots ne sont pas utilisés pour ajouter aux mots déjà existants, mais pour les reformuler en des termes plus synthétiques, pour les expliciter en réussissant, à

force d'examens répétés, à bien nommer les phénomènes rapportés par les sujets ou observés par le chercheur, voire pour construire des modèles et des théorisations permettant de rendre compte de la logique des expériences ou des dynamiques patiemment examinées ou observées par le chercheur (Paillé, 2007 : 413).

Cette approche se base sur des données recueillies sur le terrain pour émettre des hypothèses de théorisation.

3.1.1 Épistémologie

3.1.1.1 Les savoirs féministes

Une épistémologie féministe s'inscrit dans la mouvance d'«un travail d'historicisation d'un rapport de pouvoir et, d'autre part, à un travail de conscientisation de ce dernier» (Dorlin, 2008 : 10). Les savoirs féministes viennent bousculer les connaissances dites vraies, enrayent «la machinerie théorique elle-même [suspendant] sa prétention à la production d'une vérité et d'un sens par trop équivoques» (Irigaray, 1977 : 75 dans Dorlin, 2008 : 13). Ainsi, les discours dominants sont pertinents à analyser sous l'angle de leurs effets de pouvoir sur les individus et les sociétés. Les études féministes permettent de «valoriser des ressources cognitives invisibilisées et dépréciées» (Dorlin, 2008 : 19) et mettre en lumière le savoir des personnes marginalisées. Les expériences vécues sont des sources pertinentes pour générer des connaissances (Ahmed, 2017 : 10). Un des principes de recherche féministes d'Olivier et Tremblay (2010) est de garder un « regard critique au sein des disciplines», dont celles des études féministes elles-mêmes. Les savoirs sont présentés avec le postulat qu'ils sont produits dans une certaine situation historique, sans prétendre à l'universalité de ceux-ci ou la neutralité de la méthode (Dorlin, 2008 : 20).

Ainsi, dans le cadre de cette recherche, la posture d'analyse se veut critique. En effet, des recherches en intervention féministe en agression sexuelle montrent que les intervenant.e.s souhaiteraient que l'hétérogénéité des expériences des victimes soit mise en valeur (Hopchet et al. 2017 : 293). Se défaire d'une image simple et toute faite permettrait de ne pas homogénéiser les femmes : «The idea that women have complex and differentiated lives has given rise to new theoretical formulations that have become commonplace in feminist writings» (Dominelli, 2002 : 35). De plus, cette étude reconnaît la richesse des savoirs expérientiels des intervenant.es comme objet d'étude.

3.1.1.2 Les savoirs expérientiels

Les intervenant.es composent avec les mythes à partir de connaissances dictées par leur formation professionnelle et leurs expériences, par des rapports entre les savoirs académiques et pratiques. «Les rapports entre la recherche en sciences sociales et la pratique professionnelle spécifiquement soulèvent des enjeux épistémologiques spécifiques et des enjeux politiques» (Rhéaume, 2007 : 70). Turcotte (2009 : 61) nomme que le «transfert des résultats de la recherche dans la pratique quotidienne des intervenants continue de soulever des inquiétudes» en travail social. Cette profession a une dimension double : art et science. Ainsi, les praticiens combinent le jugement clinique, la pratique réflexive et les connaissances scientifiques lors de prises de décision (*Ibid*). Par contre, il est difficile pour eux de «dire» leurs pratiques (Couturier et Huot, 2003). Les auteurs proposent d'analyser leur discours comme une forme de théorisation afin de «recadrer le débat épistémologique qui oppose les savoirs théoriques aux savoirs d'expérience en réintroduisant à l'analyse réflexive des pratiques leur insertion aux contextes de leur réalisation» (*Ibid* : 110). Se basant entre autres sur la théorie en actes, les auteurs expliquent que catégoriser constitue un « acte de pensée mettant en oeuvre des procédures d'analyse, c'est-à-dire des actes de composition et

de combinaison des objets dans l'activité langagière ; ils deviennent alors objets de catégorisations pratiques, savantes et officielles» (p.113). Déjà, en 2010 Corbeil et Marchand (p.46) nommaient que les professionnel.les en milieu institutionnel refusaient d'être pris.es dans des «pratiques silencieuses ». Subséquemment, la collecte de donnée sera construite de manière à recueillir le discours des professionnel.les à propos de leurs perceptions des mythes entourant les violences sexuelles et leur travail en CD. Les praticien.nes peuvent aussi fournir un récit-client lors d'un entretien de recherche qui peut être très enrichissant (Couturier, 2003 dans Turcotte, 2009 : 116). Les intervenant.es seront donc amené.es à discuter de situation d'intervention spécifique.

3.2 Collecte des données

La phase de la collecte de données permet de mettre en œuvre un instrument d'observation choisi afin de recueillir les informations nécessaires à la recherche (Campenhoudt *et al.* 2017: 233). Bien qu'il aurait été intéressant de procéder entre autres à de l'observation directe dans les centres désignés, j'ai opté pour l'observation indirecte exclusivement compte tenu des conditions de réalisation dans un contexte de maîtrise. Ajouter de l'observation directe des interventions d'urgence en centre désigné comme méthode de collecte de données aurait créé plusieurs enjeux éthiques et pratiques et nécessité un délai beaucoup plus long.. Je m'intéresse aux savoirs des intervenant.es, qui peuvent s'exprimer dans un échange produit par un entretien.

3.2.1 Recrutement

Afin de procéder à la collecte de données par des entretiens avec des intervenant.es en centre désigné, dans le réseau de santé et de services sociaux, un comité éthique à la recherche évaluateur devait avant tout autoriser le projet. Selon le *Cadre de référence pour l'autorisation d'une recherche multicentrique*, la démarche pour une chercheuse appartenant à une université est de faire évaluer son projet par un comité éthique de l'un des établissements publics où les participant.es sont recruté.es (Ministère de santé et des Services sociaux, 2016 : 15). Le comité éthique de la recherche (CER) évaluateur de l'étude est celui du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec. Dans le cadre d'un projet de recherche étudiant, l'expertise scientifique d'une évaluation par comité scientifique d'une université telle l'UQAM est reconnue. Le mérite scientifique a été obtenu en août 2018. Ensuite, une rencontre d'évaluation éthique avec le CER évaluateur a eu lieu en octobre 2018 et la certification finale a été obtenue en novembre 2018. Le certificat d'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) de l'UQAM a aussi été obtenu.

Pour effectuer des entretiens avec des employé.es, il faut recevoir l'approbation suite à un examen de convenance de chacun des établissements institutionnels. J'ai fait des démarches auprès de douze CIUSSS et CISSS²⁷ du Québec. Plusieurs facteurs peuvent expliquer les délais entre l'obtention des certificats éthiques et le début de la collecte de données. Chacune des institutions utilise des formulaires uniques et de nombreux.ses agent.es de recherche de ces centres ne connaissent pas les services des centres désignés.

Les refus de participation ont été justifiés par un manque de ressources pour mener les entretiens sans impacts sur les services, soit directement par les gestionnaires ou les professionnel.les qui n'étaient pas libéré.es de leur tâche pendant la durée de l'entretien. Lorsque les autorisations des examens de convenance étaient reçues, les coordonnées de la

²⁷ Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux ou centres intégrés de santé et de services sociaux

personne responsable des équipes des CD pour procéder au recrutement et la publicisation de l'offre étaient incluses. Quelques fois, les coordonnées des professionnel.les intéressé.es à participer y étaient aussi. Ainsi, le courrier électronique et les appels téléphoniques ont permis d'assurer un recrutement et le partage d'informations. J'ai recruté trois participantes de cette façon, travaillant dans deux CIUSSS.

Considérant la complexité des démarches dans le réseau institutionnel, j'ai choisi d'effectuer parallèlement le recrutement au sein des organisations communautaires participant à l'intervention d'urgence en centre désigné auprès des victimes. Comme je m'intéresse au travail des professionnel.les dans ce contexte d'intervention, il était judicieux de ne pas se restreindre au personnel institutionnel. Afin de recruter les professionnel.les employé.es par des organismes communautaires, j'ai tout d'abord contacté l'organisation par courriel. Je confirmais que leurs services comprenaient l'accompagnement des victimes adultes en centre désigné. J'ai proposé le projet de recherche à six organisations à travers la province et j'ai recruté des participantes dans quatre d'entre elles. Sept participantes proviennent donc du recrutement dans le réseau communautaire. L'objectif d'un échantillon de dix participantes était donc atteint.

3.2.2 Critères de sélection

Pour mener cette étude, cinq critères de sélection des participant.es ont été retenus. Premièrement, illes devaient avoir travaillé dans un CD du Québec pendant au moins six mois. Deuxièmement, les répondant.es devaient être intervenu.es auprès d'au moins deux victimes adultes d'agression sexuelle. Ainsi, les participant.es auront plus qu'un cas unique pour appuyer leurs réflexions et expériences. Comme certains centres désignés reçoivent très peu de victimes adultes, le premier critère ne peut pas garantir à lui seul le volume minimal d'expériences. Troisièmement, illes devaient offrir un service direct aux victimes, lors de

l'intervention médico-légale ou médico-sociale. Quatrièmement, les répondant.es devaient avoir accès à un ordinateur ou un téléphone pour effectuer l'entretien à distance. Cinquièmement, aucun lien personnel ou professionnel préexistant entre la personne interviewée et la chercheuse ne pouvait être présent. Ainsi, le personnel de l'Hôpital Général de Montréal, du CLSC Métro et du Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal, ont tous.tes été exclu.es de l'étude, étant mes collègues de travail. La langue d'entretien était au choix de la personne participante, soit en français ou en anglais²⁸. Le guide d'entretien a été premièrement rédigé en français et n'a jamais été traduit comme toutes les participantes ont choisi de faire l'entrevue dans cette langue.

3.2.3 Entretiens individuels

Afin d'avoir accès aux réflexions et aux expériences des intervenantes²⁹ sur leur travail, dix entretiens individuels semi-dirigés ont été effectués et enregistrés sur un support audio. Ils se sont déroulés entre février et mars 2019. Les interviewées avaient le choix de le faire par téléphone ou par visioconférence. Elles ont toutes préféré la conversation téléphonique enregistrée.

Les entretiens ont permis de recueillir des informations riches et nuancées par l'échange dans le cadre d'une étude à cas multiples. Ainsi, celle-ci permet d'analyser en profondeur les réalités d'un échantillon limité. Les entretiens semi-dirigés doivent permettre aux personnes de «nommer leurs réalités, ce qui pour elles est important et ne l'est pas, de le faire comme

²⁸ Les deux langues maîtrisées par la chercheuse.

²⁹ Toutes les participantes de la recherche utilisent le pronom «elle». Les termes associés aux répondantes seront accordés de cette façon à partir de cette section.

elles l'entendent, d'affirmer leur vision du monde en toute légitimité» (Ollivier et Tremblay, 2000 : 130). Le guide d'entretien a donc été bâti selon ces perspectives.

3.2.3.1 Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été construit afin de pouvoir répondre adéquatement aux objectifs de recherche tout en respectant les cadres de référence et le langage des intervenantes (Campenhoudt *et al.* 2017: 244). Il était composé de questions ouvertes ne canalisant pas les informations demandées, sauf pour celles à nature sociodémographique. La grille d'entretien couvre donc plusieurs thèmes afin de remplir les objectifs de recherche (voir Annexe A). Dans la première section, les répondantes s'expriment sur les mythes contemporains concernant les violences sexuelles. Après avoir reçu leurs réflexions spontanées, je prends leur impression sur les trois axes de mythes identifiés dans la revue de littérature. La deuxième section aborde l'intervention en centre désigné. Afin d'approfondir la cueillette de savoirs expérientiels, elles sont entre autres invitées à donner un exemple d'intervention, une forme de récit-client, et expliquer comment elles ont dû composer avec un ou des mythes à ce moment. Finalement, l'entretien qualitatif se conclut par une question large sur ce que les répondantes feraient par rapport aux mythes sur les violences sexuelles dans un monde idéal. Cela permet de cerner leurs perceptions sociopolitiques en élargissant leurs champs d'actions possibles et ainsi compléter les données sur leur analyse du phénomène. Les données sociodémographiques sont ensuite récoltées et les répondantes peuvent ajouter un commentaire si elles le souhaitent.

3.2.3.2 Technique d'entretien

Puisque l'instrument de la collecte de données est l'entretien semi-dirigé avec des intervenant.es, les qualités intellectuelles, mais aussi interpersonnelles de la chercheuse sont importantes. Par exemple, il est facilitant de «savoir adopter avec naturel une attitude de neutralité bienveillante, susciter la confiance, être sensible sans sensiblerie» (Campenhoudt *et al.* 2017: 245). Toutefois, il est intéressant de ne pas s'exiger une tendance à la neutralité complète, car

l'informateur a besoin de repères pour développer son propos. C'est d'ailleurs une loi bien connue de l'interaction : à défaut de pouvoir typifier son interlocuteur, l'échange ne peut se structurer (Berger, Luckman, 2006). L'enquêteur qui reste sur sa réserve empêche donc l'informateur de se livrer. Ce n'est que dans la mesure où lui-même s'engage que l'autre à son tour pourra s'engager (Kaufmann, 2007 : 53).

Ainsi, j'ai tenté de respecter le canevas d'entretien tout en m'adaptant aux réponses des participantes dans une attitude de neutralité bienveillante. Afin de diminuer les risques de biais, lorsqu'elles ne complétaient pas leurs réponses parce qu'elles jugeaient que je comprenais ce qu'elles exprimaient, je les relançais³⁰. De plus, je me montrais curieuse, afin qu'elles ne se censurent pas par crainte de jugement. Je rappelais que je cherchais à connaître leurs perceptions, à partir de leurs pratiques, et non ce que le guide d'intervention et l'organisation employeuse mettent de l'avant officiellement.

³⁰ Vu le critère d'exclusion associé à mon emploi à un centre désigné, les répondantes pouvaient savoir que j'y travaillais. Certaines avaient tendance à suggérer des éléments sans les compléter, disant par exemple «tu comprends ce que je veux dire» (A1). Ainsi, je les relançais pour qu'elles explicitent leur idée, recadrant qu'il s'agit d'un contexte d'entretien de recherche et que je m'intéresse à leurs praxis.

3.3 Traitement et analyse

Considérant ce choix d'instrument de collecte, les «éléments d'information et de réflexion recueillies par la méthode de l'entretien ne se présentent pas d'emblée sous une forme qui appelle un mode d'analyse particulier» (Campenhoudt *et al.* 2017: 245). Ainsi, une méthode d'analyse doit être conçue rigoureusement afin de remplir les objectifs de l'étude.

Comme les entretiens ont été enregistrés par un support audio, ils ont été premièrement retranscrits en verbatim : «la retranscription intégrale permet [...] d'éviter d'écarter trop vite de l'analyse des parties de l'entretien qui seraient jugées *a priori* inintéressantes, ce qui pourrait se révéler inexact au fil de l'analyse» (Campenhoudt *et al.* 2017: 287). La durée moyenne des entretiens de recherche est de 50 minutes, à partir de la première question de recherche du canevas. Le préambule n'est pas calculé, comme l'enregistrement n'était commencé qu'après l'obtention du consentement éclairé.

À partir de ce matériau de base, j'ai procédé à une analyse de contenu. Celle-ci a été faite par thèmes, explorant à la fois les pratiques et les réflexions des intervenantes. L'organisation des unités de sens a été basée sur la méthode de Paillé (2007). Alors que les extraits récoltés étaient très riches en pistes d'analyse, j'ai dû limiter les résultats et les discussions considérant le contexte de la recherche. En effet, de multiples grands axes et de liens ressortaient comme possibilités. Afin de cerner les thèmes à approfondir, je me suis basée sur les objectifs de l'étude. De plus, les pistes qui émergeaient ont été regroupées entre elles afin de mettre en lumière leurs significations à partir des perspectives théoriques et conceptuelles choisies (Paillé, 2007: 118). De plus, j'ai pris des notes d'entretien durant les appels, ce qui a permis d'enrichir les mémos lors du traitement des données

3.4 Biais et limites de l'étude

Dans toute étude, il y a des biais et des limites qui sont importants à reconnaître. Premièrement, en tant que chercheur.ses, nous pouvons créer des distorsions dans les données récoltées. Je reconnais que les résultats de cette recherche sont teintés de ma position épistémologique et personnelle, comme j'ai défini dans la stratégie générale. De plus, le fait que je sois moi-même une intervenante dans un centre désigné soulève l'importance d'avoir un projet bâti de manière rigoureuse. En effet, les façons dont je compose avec les mythes dans le cadre de mon travail ne doivent pas s'ingérer dans la collecte ni l'analyse des données.

Deuxièmement, la recherche ne me permet pas de faire de généralisations vu son approche qualitative et inductive. L'étude ne cherche pas à étendre les résultats à des intervenant.es ni des interventions en centre désigné ; la taille de l'échantillon limite la représentativité de celui-ci et il est bâti de manière non probabiliste. De plus, les personnes qui ont participé à l'étude l'ont fait sur une base volontaire ; il est possible de présumer qu'elles étaient intéressées par le sujet et les objectifs de recherche.

Troisièmement, les personnes peuvent être inconfortables d'échanger sur ces sujets ou de bouleverser leur sentiment de compétence. Comme la récolte des données s'effectue dans le cadre d'un entretien, les participant.es peuvent être tenté.es de répondre ce qu'illes pensent que les chercheuses veulent, ou ce qui est valorisé dans leur profession. Les facteurs de désirabilité sociale pouvaient être perçus dans des commentaires comme «je ne sais pas si c'est bon pour ta recherche». Le fait que je travaille moi-même en CD amène des enjeux tout en facilitant l'échange. En effet, comme mentionné dans la section sur l'entretien, je devais être alerte afin de bien relancer les répondantes quand leurs phrases n'étaient pas complètes et suggéraient que je saisisais leur propos. Aussi, lorsqu'elles utilisaient des concepts, tel que culture du viol, je prenais le temps de demander ce qu'ils signifiaient pour elles. Je considère que mes expériences en tant qu'intervenante d'urgence me permettent d'avoir un cadre de

référence et d'échanger dans un langage commun. Ainsi, il est possible de questionner les limites qui auraient pu apparaître si je n'avais pas d'expériences pratiques, alors que ce domaine renferme de nombreuses particularités de langage. Aussi, plusieurs ont nommé être plus confortable de «tomber familière» et «dire les vraies affaires» parce qu'elles ne se sentaient pas jugées. Néanmoins, cette limite ne peut être complètement mise de côté. Certaines répondantes avaient parfois besoin de se faire rassurer, une entrevue sur leur travail d'intervention pouvant influencer leur sentiment de compétence professionnelle: «j'espère que je n'ai pas l'air trop folle». Le fait de bien expliquer mes objectifs de recherche, à la fois par écrit ainsi qu'avant chaque entrevue, a peut-être aidé à instaurer un climat d'échange et non d'évaluation de leurs pratiques. Je n'avais pas la volonté de statuer sur leurs pratiques, mais bien d'explorer leur praxis et leurs perceptions des phénomènes dont elles sont à la fois témoins et impliquées.

Quatrièmement, les entretiens ont été effectués par téléphone. Quelques-unes ont expliqué leur choix par leur disposition à se sentir moins gênée lorsqu'il n'y a pas d'échange visuel. J'ai respecté le premier choix de méthode de communication de chacune des répondantes. Je devais alors m'assurer que le contexte d'entrevue était propice à l'échange, en prenant le temps d'accueillir chaque participante et de bien expliciter les instructions. Ainsi, à chaque appel, il était demandé aux participantes si c'était un moment convenable pour effectuer l'entrevue et si elles avaient besoin de temps pour changer de lieu par exemple. De plus, avant d'entamer les questions de recherche, le plan de l'entrevue était exposé et je prenais le temps de répondre à leurs interrogations.

Cinquièmement, la collecte de données s'est faite auprès de participantes appartenant à des professions et domaines d'études variés. Il y a donc une possibilité que les cadres de références soient très différents entre des intervenantes qui ont le même mandat. Par contre, les objectifs de recherche ne sont pas de comparer les expériences des intervenant.es selon leur domaine d'études ou leur parcours professionnel. Elles respectent toutes le critère de faire de l'intervention directe auprès de victimes.

Sixièmement, certaines participantes travaillent auprès de victimes adultes et mineur.es en centre désigné et une partie de l'échantillon effectue aussi du suivi auprès des victimes. Même si le guide d'entretien demande de se concentrer sur leurs expériences auprès des victimes adultes en CD, leurs autres expériences de travail peuvent influencer leurs réflexions et praxis. Aussi, certaines ne font pas d'intervention auprès des hommes victimes ; le partenariat entre l'organisme communautaire qui les emploie et le centre désigné ne concerne pas les hommes³¹.

3.5 Considérations éthiques

Plusieurs considérations éthiques ont été au coeur de l'étude. Le consentement des intervenantes à participer à la recherche est très important à respecter. Elles ont pu prendre connaissance des procédures, objectifs de l'étude et conditions de participation lors du recrutement et en discuter au téléphone avant l'entretien. Plus précisément, le formulaire d'information et de consentement contient aussi les risques et avantages associés à la participation, les coordonnées de la chercheuse et de la directrice d'encadrement de la recherche, de même que celles du comité institutionnel d'éthique de la recherche de l'UQAM et de l'établissement institutionnel (Voir ANNEXE B). Les moyens entrepris pour respecter la confidentialité sont nommés. Le formulaire de consentement a été donné à chaque participante et j'ai gardé une copie signée. Avant de débiter, il y avait un rappel qu'elles

³¹ Certaines intervenantes nomment qu'elles ne se déplacent en CD que lorsqu'il s'agit d'une femme, pour d'autres le mandat est défini comme toute victime adulte sauf homme cisgenre. Certaines disent qu'il y a une exception si l'homme est neuroatypique. Ceci concerne seulement les intervenantes communautaires externes ; toute victime récente est admissible en centre désigné. Dans ces situations, les hommes victimes reçoivent les soins d'une personne infirmière et un.e médecin et peut recevoir du support d'une intervenante institutionnelle au besoin (ex. la personne travailleuse sociale de l'urgence).

pouvaient retirer leur consentement à participer à n'importe quel moment de l'entretien, sans devoir se justifier de même que refuser de répondre à certaines questions. Cela ne s'est pas produit.

Les participantes ont aussi droit à la confidentialité. Toutes les données d'identification sont conservées dans un endroit avec accès limité. Elles seront détruites deux ans après la publication du mémoire, de même que tout enregistrement audio. De plus, les données sociodémographiques qui sont publiées ne permettent pas d'identifier les intervenantes ni leur lieu de travail. Lorsqu'elles abordent des histoires de cas qu'elles ont vécues, les informations publiées respectent aussi l'anonymat des victimes et des collègues impliqués. Il leur était entre autres demandé avant l'entretien d'utiliser des pseudonymes pour toute référence à des personnes des CD.

Aucune compensation financière n'a été octroyée pour la participation à la recherche. La plupart des répondantes ont effectué l'entrevue durant leur temps de travail puisque le projet de recherche était autorisé par leur gestionnaire. La participante qui fait exception ne travaille que sur des périodes de garde ; elle a accepté de procéder à l'entrevue sur son temps personnel. Les dix intervenantes ont eu l'avantage de faire avancer les connaissances dans le domaine.

Finalement, ma recherche aborde un sujet sensible et peut faire remonter des souvenirs d'expérience difficiles. Notre guide d'entretien a été bâti en conséquence et j'ai adopté une attitude professionnelle et bienveillante durant les entrevues. Les coordonnées de la ligne-ressource en agression sexuelle provinciale ont été données systématiquement, au cas où la personne ressent le besoin de recevoir du soutien après l'entretien. La ligne-ressource est destinée aux victimes, aux proches et aux intervenant.es. Ces coordonnées étaient dans le formulaire d'informations et de consentement à la participation, mais je mentionnais la ressource aussi oralement avant de terminer chaque appel.

CHAPITRE IV PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de la collecte de données effectuée par des entretiens semi-dirigés avec dix professionnelles travaillant directement auprès de victimes adultes en centre désigné. Tout d'abord, les participantes sont présentées. Ensuite, les données récoltées sont divisées en trois grands thèmes. Le premier réfère aux perceptions des participantes quant aux mythes contemporains entourant les violences sexuelles. Le deuxième renvoie à l'intervention en centre désigné et le troisième se penche sur comment les répondantes agiraient sur cette problématique si elles avaient une baguette magique.

4.1 Description des répondantes

Je me suis entretenue avec dix intervenantes : huit femmes, une femme non-conforme et une personne ne s'identifiant pas à un genre. Les répondantes utilisent toutes le pronom «elle». Elles sont employées par six organisations différentes, réparties dans cinq régions administratives du Québec. Il y a trois professionnelles du réseau institutionnel, provenant de deux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS). Les sept autres répondantes sont des intervenantes externes, provenant de quatre organisations communautaires ayant un partenariat avec un centre désigné. Ces dernières se déplacent donc dans les CD lorsqu'il y a une demande. Tous les centres désignés des professionnelles rencontrées sont situés dans des hôpitaux.

Plusieurs répondantes ont étudié dans des domaines des sciences humaines et sociales. Certaines ont fait des techniques collégiales : travail social et technique policière. La majorité a des études universitaires complétées ou est en train de les compléter. Les professionnelles employées par les milieux institutionnels ont toutes au minimum un baccalauréat.

Toutes les répondantes ont pour langue maternelle le français ; certaines mentionnent travailler aussi parfois en anglais. De plus, elles se sont toutes identifiées comme féministe lors de l'entretien.

Tandis qu'un critère de sélection était d'avoir intervenu auprès d'au moins deux victimes adultes en centre désigné, neuf des dix avaient rencontré plus de cinq victimes. Celle qui en avait rencontré entre deux et cinq expliquait le nombre par la faible utilisation des services dans sa région ainsi que son entrée en poste récente. Pour être incluses dans l'étude, les répondantes devaient avoir au moins six mois d'expérience en centre désigné. L'échantillon regroupait des intervenantes avec une variété d'années de services. Tous les entretiens réalisés seront utilisés dans la présentation des résultats comme les dix répondantes correspondent aux critères de sélection établis et ont donné leur consentement à la recherche.

4.1 Tableau

Résumé des données sociodémographiques

Études complétées	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Maîtrise en sexologie (2) ❖ Baccalauréat en travail ou service social (2)
-------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Baccalauréat en communication (1) ❖ Baccalauréat en sciences infirmières (1) ❖ Études universitaires en criminologie et sociologie (1) ❖ Tech. en travail social et certificats universitaires (1) ❖ Technique en travail social (1) ❖ Technique policière (1)
Titre d'emploi en centre désigné	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Intervenante (5) ❖ Sexologue, psychothérapeute et coordonnatrice (1) ❖ Sexologue psychothérapeute (1) ❖ Coordonnatrice clinique (1) ❖ Travailleuse sociale (1) ❖ Infirmière clinicienne (1)
Identification à un genre	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Femme (8) ❖ Femme non conforme (1) ❖ Ne s'identifie pas à un genre (1)
Se considère féministe	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Oui (10)
Langue maternelle	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Français (10)
Nombre de victimes adultes rencontré.es en centre désigné	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Entre 2 et 5 victimes (1) ❖ Plus de 5 victimes (9)

Nombre d'années d'expérience en centre désigné	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Moins de 2 ans (2) ❖ Entre 2 et 5 ans (4) ❖ 10 ans et plus (4)
--	--

4.2 Perceptions des mythes contemporains

Pour débiter chaque entretien, une question large permettait aux participantes de s'ouvrir sur leurs perceptions des mythes sur les violences sexuelles présents dans la société aujourd'hui. Ensuite, les trois axes de mythes, élaborés dans la problématisation, leur étaient exposés afin de recueillir leurs commentaires. Afin de faciliter la lecture, ces résultats ont été organisés selon trois catégories : les perceptions reliées aux victimes, aux agresseurs et à la définition d'une agression sexuelle. Puis, l'interprétation de ces mythes dans la société est abordée.

4.2.1 Perceptions relatives aux victimes

Tout d'abord, beaucoup de perceptions abordées par les répondantes étaient reliées aux victimes. Bien que plusieurs trouvaient que l'énoncé «Les femmes veulent être violées» était trop cru, elles étaient d'avis que beaucoup de fausses croyances découlent de ce mythe. La logique étant que si finalement les personnes cherchent à avoir une relation sexuelle, elles sont toujours consentantes et donc il ne pourrait avoir agression. Ainsi, la réalité même de la violence sexuelle est niée selon une répondante : «ça n'arrive pas. Il n'y a pas d'agression sexuelle. Ensuite, si dans le fond, il y a eu agression sexuelle, on ne va pas vraiment croire la

femme. On ne va pas vraiment croire que c'est vraiment un viol.» (E2). Une autre répondante amène le fait que «souvent les gens ne s'imaginent pas qu'il y en a autant, ils ne s'imaginent pas non plus que c'est quelqu'un qu'on connaît.» (B2).

Ensuite, les participantes ont abordé des mythes affectant la crédibilité des victimes, contribuant à leur responsabilisation, leur stigmatisation ou leur culpabilisation : «l'idée qu'il y a des situations qui sont à risque d'agression et que les femmes peuvent se mettre à risque d'agression...» (C1). Par exemple, le fait que la victime ait consommé de l'alcool ou de la drogue est un élément répété par plusieurs. Le comportement «risqué» ou les «attitudes provocantes» (A2) incluent aussi l'habillement, aller dans un bar, inviter l'autre chez soi, aller chez la personne, fréquenter certaines personnes, aller à une *blinddate*. En résumé, il y aurait une explication, la victime «s'est mise dans une position de vulnérabilité» (D2) ayant mené à la victimisation; «c'est à elle de ne pas laisser son verre sans surveillance avec des personnes qu'elle ne connaît.» (E1). Comme le dit la répondante C1, «ça tourne beaucoup autour du *victim shaming*».

Selon une participante, ces croyances prennent force dans le besoin de raisonner : «dans notre inconscient s'il y a une raison finalement, bien moi je ne le ferai pas, j'adopterai pas tel comportement donc ça vient me protéger.»(D2) ; elle perçoit que c'est «instinctif ou en tout cas c'est réactionnel de vouloir absolument qui y ait une cause»(D2), et ainsi renforcer les mythes sur la responsabilisation des victimes. Subséquemment, les réactions face à une potentielle agression sont influencées : «ce qu'on entend c'est "en tout cas moi je ne me laisserais pas faire pis moi ça ne m'arriverait pas." Ça sous-entend une responsabilisation de celle à qui c'est arrivé»(A1). Une autre croyance est «qu'on ne peut pas s'en sortir quand on a été victime, que c'est difficile ben qu'on ne s'en sortira jamais» (B2).

Une participante a aussi abordé les perceptions associées aux victimes qui dénoncent les agressions qu'elles ont subies : « elles font ça pour se faire occuper d'elles, se faire de l'argent, tsé, que ce n'est pas vrai, pour se venger» (B2). Les personnes semblent avoir de la

«difficulté à comprendre [...] les raisons pour lesquelles certaines victimes ont de la difficulté à dénoncer» (D2). En résumé, les participantes nomment de nombreux mythes reliés au fait que les victimes sont responsables ou coupables de leur agression et que leur version des faits n'est donc pas crédible. Ceux-ci sont aussi liés aux fausses croyances propagées concernant les personnes auteures de violences sexuelles.

4.2.2 Perceptions relatives aux agresseurs

Ensuite, plusieurs participantes ont abordé par elles-mêmes les mythes véhiculés dans la société concernant les agresseurs. Le mythe de l'agresseur inconnu a été répété par plusieurs. Durant les entretiens, il a été nommé la fausse croyance qu'il serait «facile de reconnaître un agresseur» (B1), du profil d'agresseur type (A1) et que le GHB³² serait souvent utilisé par ceux-ci (D2). Une participante entend aussi souvent que «ça l'a lieu juste dans les grandes villes par des inconnus.» (B1).

Aussi, une participante note que: «c'est comme un peu plus accepté que ça peut être n'importe qui. Il y a tellement eu de cas médiatisés [...], mais c'est sûr qu'il y a peut-être encore "ah cette personne-là ça ne se peut pas"» (A1). Alors que des perceptions semblent diminuer la crédibilité des victimes comme présenté précédemment, d'autres vont renforcer la présomption d'innocence des personnes agresseurs : «ça ne se peut pas, le gars de qui elle parle, il est ben trop crédible [...] tout le monde l'aime, pis, c'est un médecin, tu ne touches pas à ça c'est des intouchables» (B2). Ainsi, certaines personnes seraient perçues comme ne pouvant être un agresseur sexuel. Concernant les identités de genre, des répondantes ont

³²Gamma-hydroxybutyrate, parfois appelé «drogue du viol» dû à la difficulté de le détecter dans une boisson et à ses effets d'engourdissement du cerveau et de ralentissement du fonctionnement du corps. (Gouv. du Québec, 2019)

mentionné que «l'on croit beaucoup que les victimes ce sont toujours des femmes, que les agresseurs c'est toujours des hommes» (D1) et qu'il est jugé qu'il est «impossible pour un homme de se faire agresser sexuellement par une femme, donc [il] doit nécessairement se faire agresser par un autre homme» (D2) s'il est victime. Finalement, il y a les fausses croyances concernant le clivage entre l'agresseur et la victime comme : «tu dois absolument le détester»(D2) et « les gars ne peuvent pas se retenir» (B2).

4.2.3 Perceptions relatives à la définition d'une agression sexuelle

Concernant la relation entre la victime et l'agresseur, plusieurs ont nommé le mythe concernant le consentement «acquis» dans le couple ou avec un.e ancien.ne partenaire intime. Des participantes ont invoqué la faible valeur qu'on accorde au refus de la relation sexuelle par un.e partenaire et le fait que céder n'est pas consentir : les mythes «qu'elle a été consentante, malgré le fait qu'au début elle disait non et que finalement elle a changé d'idées...» (E1), «que [quand] une fille dit non ça veut dire oui» (B2) sont présents. Une répondante l'exprime ainsi : «dans la société en général quand un gars décide que lui il en veut puis il y a droit puis il n'est pas capable d'attendre que sa femme mettons [...] "Ça me tente" [...]. C'est intégré qu'ils ont droit et qu'eux autres ils ne peuvent pas se soulager autrement, tsé ça prend une femme» (B2). Une autre participante aborde aussi la sexualité entre partenaires intimes «je pense tant pour les hommes, mais je me demande si ce n'est pas encore pire pour les femmes avec la socialisation qu'on a, si dans quelle mesure on ne se met pas une pression épouvantable [...] pour répondre aux attentes et besoins que l'on pense que notre partenaire a.» (B1) et ajoute «la plupart de mes exemples vont être dans le, hétérosexuel, là c'est un peu un réflexe que j'ai. [...] Mais, ceci étant dit, je ne veux pas exclure que...»(B1).

Des actions de la victime peuvent aussi être jugées comme signe de consentement: «ils pensent que les femmes ont quelque chose à voir dans leur agression, parce qu'elle ne s'est

pas défendue, parce qu'elle est retournée le voir, parce qu'elle lui parle encore...» (B2). Des perceptions concernant les violences sexuelles s'attaquent à la définition de l'agression sexuelle en elle-même³³. Par exemple, plusieurs ont abordé le mythe de l'obligation de la pénétration pour remplir la définition ; « il n'y a pas eu relation complète donc ce n'est pas une agression sexuelle» (A2) ou la croyance qu'«une agression par pénétration, ça être plus grave, ça va faire plus de dommage» (B1). Des participantes nommaient que l'image que les personnes ont d'une agression sexuelle renvoie à quelque chose de «très violent au niveau physique nécessairement» (D1) et l'impression «que plus l'agression est intrusive, plus elle est grave et que plus les conséquences vont être importantes. » (B1).

Une participante a aussi abordé la perception du consentement dans le travail du sexe. Les relations sexuelles dans ce contexte sont toutes des agressions sexuelles selon elle . Dans sa région,

toute la prostitution, l'exploitation sexuelle est considérée comme une agression sexuelle [...] alors donc un mythe par rapport à ça serait que finalement l'exploitation sexuelle serait que c'est un choix [...] que la victime, elle est pleinement consentante. (D2)

Ainsi, elle nomme rencontrer beaucoup de personnes issues de ce milieu qui ne se considèrent pas victimes. Dans son équipe de travail³⁴, la «prostitution» est considérée comme une forme d'exploitation sexuelle basée sur l'idée que: «"c'est normal que mon chum que j'aime qui est proxénète me demande de satisfaire d'autres hommes". C'est tellement rendu banalisé [...] les hommes doivent avoir de la sexualité puis moi je suis là comme objet

³³ Comme il a été mentionné dans le chapitre I, nous nous référons à la définition de l'agression sexuelle du Code criminel canadien.

³⁴ Les autres participantes n'ont pas mentionné la vision de leur équipe de travail sur le travail du sexe.

pour répondre à cette sexualité-là. C'est extrêmement présent.» (D2). Dans ce contexte, elle va encourager les personnes à recevoir des services pour victimes d'agression sexuelle.

4.2.4 Interprétation dans la société

Plusieurs participantes sont d'avis que les perceptions erronées relatives aux victimes, aux agresseurs et à la définition d'une agression sexuelle composent des mythes contemporains entourant les violences sexuelles. Ceux-ci seraient présents de manière généralisée dans la société québécoise : «les mythes [sont] acquis par les valeurs transmises [...] C'est entendu, c'est appris» (A2). Plus précisément, une participante (B1) analysait les mythes comme partie intégrante de la culture du viol présente dans toutes les sociétés.

Selon les répondantes, les réactions de l'entourage des victimes sont aussi traversées par des mythes : «on cherche beaucoup à responsabiliser» (D2). Les victimes vont leur rapporter : «"je ne suis pas cru.e, les gens ne croient pas ce que je dis, ils pensent que c'est ma faute" [...] Ça l'a un impact, parce qu'il faut que quelqu'un te croie pour poursuivre les démarches et qu'il te soutienne.» (F1). De plus, les victimes vont souvent elles-mêmes intérioriser les fausses croyances et «ça nourrit la culpabilité de la honte d'avoir subi de la violence. [...] ça les amène à se mettre en doute, à remettre en question leur propre témoignage, leur propre vécu» (C1). Ceci peut se traduire en silence : «Alors je vais oublier cela, je vais faire comme si ce n'était pas arrivé, je vais me taire, ça ne sert à rien d'en parler, etc.» (A2). Selon une professionnelle, la «loi du silence», aussi reliée à la peur de représailles, aggrave les impacts de la victimisation sur les victimes.

De manière plus large, une répondante explique que les mythes sont liés à «qu'est-ce qu'on projette dans la société [...] Le monde accorde tellement de crédibilité aux hommes, c'est incroyable, ils peuvent faire ce qu'ils veulent.» (B2). Elle mentionne le cas de Michael

Jackson comme exemple. Une autre aborde celui des «Courageuses»³⁵ qui ont dénoncé Gilbert Rozon et ayant vécu «l'enfer» (B2), renforçant les impacts de ces mythes : «les femmes le savent qu'ils ne seront pas punis, ce qu'on voit dans les médias. [...] une femme qui a gagné qu'elle se soit défendue et que ça ait fonctionné c'est extrêmement rare. Et si ça arrive, on va la descendre dire "ah c'est une folle"» (B2). Les mythes sur la violence sexuelle sont liés à «comme quoi que la femme a beaucoup moins d'importance dans la société» (E1).

4.2.2.1 Perceptions de l'évolution des interprétations

Certaines répondantes apportent une dimension historique à leurs perceptions de l'interprétation des mythes dans la société québécoise. L'une note que le changement qu'elle a vu dans les interactions entre son organisation employeuse et les médias : «en 16 ans je peux dire qu'il y a eu une amélioration, mais au début les journalistes ne venaient nous voir ils nous parlaient jamais, ce n'était pas un sujet pour eux autres, ce n'était rien, c'était on ne parle pas de ça. Je pense qu'il y a un côté qui est confrontant» (B2). Une autre répondante aborde la criminalisation du viol conjugal :

Il y a quelques années [...] le viol conjugal n'était pas considéré comme une violence, mais était considéré comme un devoir conjugal. [...] Quand on parle d'agression sexuelle en contexte de violence conjugale, ça revient assez rapidement que la femme n'a pas à se sentir responsable de ça. Ça va prendre des formes plus insidieuses [...] avoir des pressions à faire des fellations, par exemple, même si ça ne lui tente pas [...], mais elle va finir par normaliser que

³⁵ Les Courageuses est un groupe d'une vingtaine de femmes ayant intenté une action collective contre Gilbert Rozon, producteur québécois, réclamant des millions de dollars en dommages punitifs liés à des allégations d'agressions et de harcèlement sexuel (Pineda, 2018).

c'est une pratique que tout le monde doit faire parce que son copain, par exemple, lui dit que tout le monde le faisait et que son ex le faisait, par exemple.

Finalement, une participante aborde le contexte du #MoiAussi. Elle a l'impression qu'il y a «deux camps [...] Un camp où, comme nous, les gens beaucoup plus sensibilisés, intéressés par la problématique, qui veulent en savoir plus pis qui font vraiment, qui sont même militants, contre la violence.»(A1). L'autre camp responsabiliserait beaucoup la victime, «les vieux préjugés qui sont là [...] on voit les deux. Comme si ça s'était renforcé d'un côté comme de l'autre.» (A1).

4.3 Intervention en centre désigné

Cette section aborde les perceptions et l'expérience des répondantes quant à leur travail en centre désigné. Comme pour chaque sujet abordé, seules les interventions visant les victimes adultes étaient ciblées.

4.3.1 Objectifs des centres désignés

Lors de chaque entretien, les répondantes ont expliqué les objectifs des centres désignés tels qu'elles les comprennent. Deux grands objectifs sont rapportés, soit assurer la sécurité et l'intégrité de la victime ainsi que recueillir des preuves légales. Aussi, certaines répondantes ont abordé la mise en œuvre des services des centres désignés par rapport à ces objectifs.

4.3.1.1 Sécurité et intégrité

Pour certaines répondantes, le premier objectif des centres désignés est de porter attention sur l'intégrité physique et psychologique de la victime ainsi que d'évaluer sa sécurité (A1, A2, B2, D1, D2, E1). Ainsi, il peut y avoir une prévention ou diminution des impacts sur la santé mentale et physique. De plus, les examens requis peuvent se faire plus rapidement à l'urgence lors d'un contexte d'agression sexuelle (B2). Elles citent notamment les prophylaxies et tests pour ITSS, VIH/SIDA³⁶, grossesse. De plus, une répondante nomme l'importance du protocole pour que « la victime n'ait pas à répéter son histoire à l'infirmière, au médecin et dans mon cas, en suivi en plus.» (D1).

4.3.1.2 Recueillir des preuves

Plusieurs participantes nomment que les centres désignés servent à récolter des preuves pour porter une accusation en agression sexuelle. Par contre, elles reconnaissent que les réalités des processus judiciaires sont complexes : «c'est un peu le but ultime de la trousse même si on sait que [...] même quand ils trouvent des traces [...], il n'y a pas nécessairement une accusation. On sait que ça se passe sur la notion de consentement.» (A1). En effet,

les trousses peuvent permettre de prouver qu'il y a eu rapport sexuel, qu'il y a eu pénétration, qu'il y a eu ci. Puis, on s'entend que je fais les trousses dans un contexte adulte-là. [...] ils vont trouver son sperme dans ton vagin possiblement, mais au niveau du non-consentement, bien ça ne le prouve pas. Parce que dans la majorité du temps, il n'y a pas nécessairement de blessures physiques apparentes et tout et tout. Bon, c'est sûr que le fait que tu te ramasses à l'hôpital dans les cinq jours pour faire le processus va venir peser dans la balance, mais de là à parler de preuve hors de tout doute raisonnable dans le contexte judiciaire actuel (B1).

³⁶ Infections transmissibles sexuellement et par le sang, virus de l'immunodéficience humaine / syndrome d'immunodéficience acquise

4.3.1.3 Des services spécialisés en violence sexuelle à travers le Québec

Établis à travers la province, les centres désignés permettent des services d'urgence gratuits³⁷ et confidentiels pour les victimes d'agression sexuelle, ce qui est un aspect non négligeable pour une répondante. Ainsi, vu leurs objectifs ciblés, ils permettent aux victimes de «ne pas être obligé d'attendre [et] d'être en contact avec quelqu'un qui a eu la formation et qui connaît cette problématique-là et qui va t'écouter comme victime d'agression sexuelle, pas quelqu'un qui n'a jamais vu ça et qui est déjà bourré de préjugés» (B2). Ainsi, «lorsqu'elle se fait agresser, évidemment, elle n'a aucun pouvoir sur la situation, mais en faisant les services d'accompagnement d'urgence dans ces cas-là, c'est vraiment pour lui donner son pouvoir à elle et lui montrer c'est quoi ses choix qu'elle veut faire avec ça.» (E1). Les centres désignés fonctionnent dans cette approche selon cette répondante. Offrir un service accessible dans un centre hospitalier facilite l'étape de «verbaliser, de la sortir de toi [l'agression sexuelle]» (B2). La répondante explique : «si tu ne veux pas en parler autour de toi, il y a du monde qui n'en parlera pas, mais qui est au courant. Tu l'as nommé. [...] Il y en a que ça peut rassurer» (B2).

Une des répondantes conçoit que les objectifs initiaux lors de la mise en œuvre étaient louables, «en théorie l'intervention en centre désigné servirait à ce que toutes les victimes au Québec aient la même trajectoire de service, la même offre de service, quelque chose d'uniformisé, de global, de professionnel puis toute la patente» (B1). Toutefois, elle observe que les priorités sont plutôt mises sur la recherche de preuves que sur la victime, et ne va donc pas encourager les victimes à aller vers le processus de trousse médicosociales dans un centre désigné :

De ce que j'observe dans [région administrative] [...] je comprends pas à quoi ça sert [...] Je pense que le seul objectif que ces interventions-là d'urgence peuvent remplir, de ce que moi j'ai observé, c'est de ramasser des preuves quand qu'on parle de trousse médicolégale, en vue d'un éventuel procès. Mais même encore, c'est de la marde. Je m'excuse [...], mais dans les faits, ici c'est tellement broche

³⁷ Si la victime est en possession d'une carte d'assurance maladie du Québec valide.

à foïn, c'est tellement tout croche que moi les troussees medicosociales, je n'en parle même pas là. (B1)

Ainsi, les avis sur la mise en œuvre des services par rapport aux objectifs des centres désignés divergent entre les participantes. Aussi, certaines particularités locales peuvent affecter les services, une répondante travaillant dans une grande région nomme que les services sont très éparpillés, les victimes ont parfois besoin de faire un long trajet pour se rendre en centre désigné (B2). De plus, dans «dans les villes et les petits villages autour, tout le monde se connaît alors avant de rentrer dans un bureau...» (B2). À son avis, ce sont des facteurs qui nuisent au dévoilement et à la recherche de services, s'ajoutant à la stigmatisation et aux doutes présents chez de nombreuses victimes, «les femmes y en parlent pas, elles gardent tout pour elle, ce n'est pas compliqué, elles ne viennent pas ici» (B2).

4.3.2 Rôles des intervenantes en centre désigné

Bien que les répondantes aient des professions et parcours d'études différents, les définitions spontanées de leurs rôles³⁸ se regroupent beaucoup. De plus, des participantes nomment le caractère flexible de leurs rôles selon les situations : «on s'ajuste en fonction de chaque femme parce qu'elles n'ont pas les mêmes réactions.» (A2).

4.3.2.1 Accompagner

Premièrement³⁹, plusieurs ont nommé qu'elles accompagnaient (A1, A2, B2, C1), soutenaient (A1, B1, C1) ou rassuraient (A1, A2, B2, F1) les victimes en centre désigné. Ce soutien peut prendre plusieurs formes : «notre rôle est de rassurer la femme, être une présence pour elle

³⁸ Les tâches médicales de l'infirmière répondante ne seront pas abordées dans cette recherche.

³⁹ Les rôles ne sont pas présentés par ordre d'importance ou de récurrence.

[...] suivre son rythme, être un peu un tampon entre elle et le personnel médical» (B2), «qu'elle ne se retrouve pas toute seule à traverser cette violence-là...» (C1). La répondante E2 donne un exemple :

Je lui demande toujours la question comment tu te sens présentement... ça l'air d'une question vraiment banale, mais le nombre de femmes victimes qui me répondent comme quoi que justement émotionnellement ça ne va pas, elles sont là à me dire comment vraiment elles se sentent, je leur demande vraiment de parler comment elles ressentent cet événement-là (E2)

Des intervenantes sont d'avis qu'en contexte d'urgence, elles deviennent plus maternantes : «un peu comme si on accompagnait notre mère ou notre fille. On est vraiment, tout en gardant bien sûr une distance professionnelle, mais c'est plus ça, on tombe dans ce rôle-là». (A1)

4.3.2.2 Informer

Deuxièmement, plusieurs intervenantes nomment aussi qu'un de leur grand rôle est d'informer les victimes sur les processus judiciaires, des trousse médicolégales et médicosociales, et les autres services selon les besoins (A1, A2, B1, B2, E1). Elles lient cela avec l'importance d'informer les victimes de leurs droits :

Lui expliquer en quoi consiste la trousse médicolégale, en quoi ça l'engage, qu'elle doit donner son consentement, qu'elle peut demander l'arrêt des examens en tout temps, lui parler de la durée de la trousse, des prélèvements, etc. Et que ce n'est pas toujours nécessaire ni indiqué, et tout ça. Il ne faut pas qu'elle se sente dans l'obligation tout de suite d'embarquer dans un processus judiciaire. On lui explique les délais et tout cela. (A2)

Ainsi, dans cette logique, plusieurs intervenantes sont soucieuses de porter une attention particulière au respect des choix de la personne demanderesse, en la «protégeant» de l'opinion de la police, le personnel ou de l'intervenante elle-même :

c'est vraiment s'assurer de son bien-être à la victime. Si son bien-être finalement c'est de me dire, j'aime mieux partir, je ne suis pas supposée de la garder et de lui dire non il faut vraiment que tu restes. Nous, [...] c'est par rapport à ses besoins à elle. [...] 100% des cas, j'aimerais qu'elles dénoncent, mais je n'ai aucun pouvoir, je ne peux pas porter aucune préférence à mes choix, il faut vraiment que ça vienne de sa part à elle alors je ne peux pas influencer un de ses choix. (E1)

4.3.2.3 Protéger

Troisièmement, le rôle de la protection de la victime durant l'intervention est présent dans plusieurs entretiens (B1, B2, C1, E1, F1). Elles nomment l'importance de suivre son rythme, de ne pas mettre de pression, «que l'on puisse mettre sur place un espace sécuritaire le temps de l'intervention» (C1). La répondante B2 illustre comment elle protège les victimes : «ne pas faire de commentaire, et aussi de ne pas faire d'examen inutile. Tsé, s'il n'a pas eu de pénétration, tu ne vas pas chercher des éléments dans son vagin. Ça, c'est déjà arrivé, pas avec moi.» (B2).

Ainsi, pour certaines répondantes, la défense de droit prend une grande place dans les rôles qu'elles s'accordent dans l'intervention d'urgence : «mon but premier, c'est de m'assurer de sa sécurité physique et surtout émotionnelle et mentale.» (E1). Elles doivent alors prioriser certaines actions plutôt que d'autres :

[mon rôle est de] m'assurer que le processus de trousse se passe au mieux possible pour la victime, qu'elle ait accès à tout ce qu'elle a besoin et qu'elle soit en, en mesure d'avoir accès aux services qu'elle a le droit si tel est son souhait. Donc je ne le vois pas vraiment comme une grosse intervention psychosociale, il y a une part de ça évidemment. Mais pour moi, la majeure, c'est quasiment plus de protéger la victime, défendre ses droits, puis de l'informer du processus de trousse en tant que tel. (B1)

Le rôle de protection comprend aussi les mesures de sécurité à prévoir après l'intervention d'urgence (A1, A2, C1). Plusieurs nomment l'importance de vérifier l'endroit où la victime se dirige après l'intervention, si elle se sent en sécurité chez elle, faire un plan d'urgence. Certaines proposent aux victimes de contacter un.e proche ensemble.

4.3.2.4 Défaire les mythes

Quatrièmement, des répondantes expriment que l'intervention visant la déconstruction de certains mythes fait partie de leur rôle dans les centres désignés (D1, D2, F1, C1, E1). La victime

va douter qu'elle ait pu participer d'une façon ou d'une autre à sa propre agression. Ça va sûrement orienter, la majeure partie des interventions que l'on va faire en terme psychosocial en intervention en centre désigné, c'est souvent axé sur la déresponsabilisation et la déculpabilisation (C1).

Par exemple, une répondante nomme l'importance « d'en profiter qu'à chaque fois qu'elle se sent victime, ça c'est normal, mais qu'elle dise que c'est à cause d'elle....patati patata...je pense que lorsqu'elle nous lance une perche là-dessous, c'est de lui redire ce qu'il en est exactement, qu'est-ce qui n'est pas normal» (F1). Pour continuer, plusieurs nomment le défi du contexte d'urgence, de l'intervention courte dans ce rôle : «ça va être aussi d'assurer de reprendre, déconstruire en partie ce qu'il est possible de faire en deux heures d'intervention» (C1). Toutefois, certaines vont prendre le temps d'exercer ce rôle, alors que parfois il s'agit de la seule fois que la victime va demander des services. Ainsi, les rôles s'inscrivent directement dans les enjeux entourant les mythes sur les violences sexuelles dans le travail d'intervention directe auprès des victimes.

4.3.3 Mythes et intervention directe auprès des victimes

Les répondantes nomment toutes devoir composer avec les mythes contemporains sur les violences sexuelles dans le cadre de leur travail direct auprès des victimes adultes en centre désigné. Avant même d'aborder directement les mythes, une répondante souhaite rappeler que l'essentiel : «en fin de compte, il faut croire la victime, il faut lui laisser un message d'espoir comme quoi oui elle est crue. Ce qu'elle raconte, elle l'a bel et bien vécu» (F1).

En général, les participantes disent prendre le temps de «défaire» ou «déconstruire» les mythes dans le cadre de leur intervention : «comment elles se perçoivent [...] c'est vraiment important parce que mon but c'est vraiment de défaire tout cela et pour ne pas qu'elles restent avec cela sur la conscience et à cause de ces mythes-là qu'elles pensent que c'est de leur faute et qu'elles minimisent la situation.» (E1). Selon les répondantes, les victimes vont souvent se responsabiliser de l'agression dans leur discussion d'intervention de trousses : «les victimes nous le disent, c'est moi qui suis allée à ce party-là, j'aurais dû partir, je n'aurais pas dû consommer ou peu importe donc c'est ma faute.» (E2). La répondante B1 note qu'

en centres désignés, c'est comme si ce que j'observe c'est que ces mythes-là sont à leur forme la plus pure, dans le sens qu'on est souvent en situation d'urgence, donc de crise. Donc, il y a moins de nuance, donc, "oh, mon dieu, j'ai couru après parce que je ne l'ai pas mis dehors tout de suite" [...] Beaucoup dans le c'est ma faute

En effet, les professionnelles travaillent abondamment les mythes concernant les victimes, mais, «souvent c'est long parce que c'est tellement intégré que leur tête va le comprendre [...] c'est difficile de l'accepter pour elles et de se défaire de la culpabilité (A1).

Ainsi, les perceptions concernant les agresseurs vont aussi être travaillées avec les victimes en centre désigné pour faire porter la responsabilité de l'évènement sur l'auteur.e de violence. Les professionnelles vont réitérer que «c'est l'agresseur qui a mis ça en place et non pas elle [la personne victime].» (C1). Pour déconstruire les perceptions sur l'agresseur : « on parle toujours de la notion de pouvoir qui est présent, homme de pouvoir ou homme présent dans la

vie, le fait que les agresseurs soient connus, ça vient défaire ce mythe-là.» (A2). Les intervenantes nomment que plusieurs victimes sont hésitantes à utiliser les services d'urgence⁴⁰. Il arrive qu'elles demandent à la professionnelle si ce qu'elles ont vécu est une agression sexuelle, doutant de la légitimité de leur présence dans les services.

J'ai une jeune [adulte] en tête [...] elle était sortie dans un bar le soir et le garçon lui a offert un verre et elle l'avait ramené chez elle. Chez elle, il l'a séquestrée, violentée, elle avait des blessures physiques apparentes et des déchirures et tout le kit... elle était physiquement affectée par l'agression. En plus, de tout ce qui est moral et fatigue, irritabilité...Et quand elle est arrivée [...] la première chose qu'elle m'a dite...elle était très émotive évidemment, elle ne comprenait pas pourquoi elle était ici parce qu'elle n'était pas sûre d'avoir été agressée. Dans le fond, elle ne savait pas si c'était une agression qu'elle avait vécue. J'étais déjà au courant de la situation et j'ai pu lui demander...une des interventions que je fais souvent quand...c'est une question rhétorique, ce n'est pas une vraie question, "est-ce que tu as voulu que ça se passe de cette façon-là?" Et évidemment la victime va répondre non. C'est un peu orienté comme question et souvent ça fait son effet que je n'ai pas voulu que ça se passe comme ça, je n'ai pas consenti à... de cette façon-là...donc ça ouvre la porte à justement déconstruire cette idée qu'elle a voulu se mettre dans une situation où elle aurait mérité d'être agressée, par exemple. (C1)

Le doute existe aussi lorsque l'agression est dans un contexte de violence conjugale. Par exemple, la répondante E2 raconte qu'une victime nommait «"C'est mon conjoint donc je mérite techniquement ce qui m'arrive, donc la violence." Il y avait aussi une différence culturelle qui était rattachée à ça [...]. C'est arrivé avec plusieurs femmes qui m'ont dit ça, c'est juste de leur rappeler que non...peu importe si c'est ton conjoint». Aussi, une participante a abordé le retrait du consentement à des activités sexuelles, le doute qui existait chez une victime qui se questionnait sur si c'était une agression sexuelle ce qu'elle avait vécue : « je voulais de cette relation-là au début et je ne voulais plus par la suite [...] je lui ai parlé en premier, il me plaisait» (A2). Elle nomme aussi le doute d'une victime sur sa propre crédibilité comme elle ne s'était pas débattue (A2).

⁴⁰ Les victimes sont parfois référées par un autre service ou le transport d'urgence (police/ambulance) et les intervenantes expliquent ce qu'est un centre désigné une fois qu'elles sont là pour qu'elles choisissent de recevoir les soins ou non.

Les répondantes nomment aussi que les mythes influencent l'hésitation à porter plainte ou à chercher des services : «C'est beaucoup ça, la crainte d'être jugée. "Ils ne me croiront pas de toute façon"» (A1). Aussi, le propre jugement de la victime envers sa situation peut dicter la trajectoire :

si on pense que finalement que je suis responsable de l'évènement. Si on pense que l'homme c'est tout à fait naturel, qui m'agresse si on pense que si c'est mon partenaire ce n'est pas une agression parce que je me dois d'avoir une relation sexuelle avec lui. Ça va participer finalement à l'ambivalence à la plainte, à l'ambivalence à recevoir des services au niveau de l'intervention au système de la santé je dirais que c'est ça qu'on observe beaucoup. [...] on va d'abord travailler toutes les portions cognitives associées qui sont génératrices d'un sentiment de malaise, de mal-être (D2)

Certaines ont précisé que le refus de porter plainte était aussi lié que les victimes «ne faisaient aucunement confiance aux policiers, et qui disaient qu'ils n'allaient jamais les croire.» (E1). Plusieurs répondantes expliquaient que les victimes leur disaient qu'elles voyaient «que les policiers sont là à avoir une certaine hésitation par rapport à leur cas» (E1).

Alors que cette section présentait les mythes auxquelles les intervenantes font face dans leur travail direct auprès des victimes, une répondante explique que le cadre d'intervention dans une urgence d'hôpital lui fait remettre ce type d'intervention psychosociale à plus tard :

Tsé, je ne vais pas lui dire "tu as tout à fait raison, tu as couru après là". Mais je vais être plus large un peu à dire : "OK c'est comme ça que tu te sens? Bien regarde écoute, moi je veux juste te dire que je ne suis vraiment pas d'accord avec ça, mais on peut peut-être en reparler une autre fois". [...] J'avais vraiment plus le sentiment que c'était de ça que les femmes avaient besoin de... pratico-pratique, ici, maintenant[...] puis d'aller creuser ça, ça sera plus une autre fois.(B1)

4.3.4 Mythes et services des centres désignés

Les services des centres désignés sont des lieux touchés par les mythes sur les violences sexuelles. Une répondante nomme que sans un souci constant, l'intervention médico-légale ou médicosociale peut renforcer les mythes sur les violences sexuelles (D2). Une participante spécifie : « c'est peut-être une grosse pression [...] C'est sûr qu'ils [les centres désignés] peuvent autant justement renforcer quelque chose que la victime va déjà porter, défaire quelque chose, c'est comme les premiers contacts. [...] L'attitude, elle joue beaucoup» (A1). En effet, les services peuvent ne pas être en adéquation avec les besoins de la victime : «c'est toutes ces petites choses-là que je me disais 'ahhh' des fois, j'ai l'impression que ces interventions-là, sincèrement, vont nuire à la victime plus que d'autre chose.» (B1).

D'un autre côté, l'existence de ce service a un impact en soi selon une professionnelle ayant participé à un entretien, ça envoie le message : «qu'on peut en parler et que c'est correct. Qu'il y a une écoute, qu'il y a du monde pour elle, pour s'en occuper donc ça aide à déconstruire la loi du silence entre autres. Que c'est pas correct ce qui leur est arrivé, que non elles ne sont pas responsables.» (B2). Néanmoins, les perceptions peuvent restreindre l'accessibilité «parce qu'elles vont se dire justement, je vais me faire juger, ça va être à mon dossier. Donc, il y a des femmes qui ne se présentent pas du tout ou qui viennent après cinq jours et [...] elles ne peuvent pas bénéficier de tous les services qui pourraient leur être offerts à cause des préjugés que les autres ont.» (E2).

Une répondante explique qu'elle recommande le centre désigné de sa région seulement en cas de trousse médico-légale potentielle lorsqu'on appelle à son organisation employeuse, extérieure au centre désigné :

Ship-moi les ici genre, ne l'envoie pas là-bas pour faire une trousse médicosociale parce que les gens ne sont pas compétents pour cette problématique qui est tellement spécifique, qui a tellement d'enjeux, justement, au niveau de la culture du viol, au niveau des mythes, tsé les préjugés, au niveau de la honte que les victimes vivent systématiquement. Que d'aller voir un centre désigné qui est sensé être spécialisé, mais qui est un centre hospitalier, donc qui n'est évidemment pas spécialisé, ça va faire plus de dégât que d'autre chose.
(B1)

Aussi, de fausses croyances sont aussi véhiculées par rapport aux services : «Ça m'est déjà aussi arrivé d'entendre des commentaires [...] que si tu fais une trousse, c'est sûr qu'il va être déclaré coupable. [...] Je ne dis pas que ça ne sert nécessairement absolument à rien [...] faire la démarche a une signification en soi, mais de là à parler de garantie» (B1).

4.3.4.1 Les répondantes et les mythes

Certaines participantes ont abordé l'influence de leurs propres perceptions dans leur travail en centre désigné. Une répondante nomme que le fait qu'elle soit féministe lui permet de ne pas transférer des mythes lors de son intervention auprès de la victime (E1). D'autres expliquent que tout le monde a des perceptions : «on est notre propre outil, nos propres valeurs, nos propres mythes alors [...] c'est clair que ça peut venir teinter aussi l'intervention comme telle c'est bien évident, donc on n'est pas, on n'est pas à l'abri de ça non plus» (D2). En effet, une répondante raconte comment elle a été surprise de ses préjugées face à certaines situations qui lui faisaient douter des propos de victimes lors de ses débuts: «j'étais un peu déçue parce que je ne savais pas quoi faire. On ne peut pas vraiment s'empêcher d'avoir un jugement quand on rencontre une autre personne. Je pense que ça affecte [...] mon intervention.» (E2). Elle a travaillé cet aspect avec ses collègues qui lui ont remémoré son rôle. Elle conclut : « je ne suis pas parfaite, j'ai encore des jugements. Maintenant, je vais en intervention, pas en essayant de trouver si c'est vrai ou non, mais en essayant d'aider la femme.» (E2). Une participante explique que les perceptions de tous.les les professionnel.les autour de la victime peuvent amener un jugement ressenti par ceux.lle-ci : «des fois ce sont des détails, mais si nous on porte ça "je ne suis pas sûre que c'est vrai ce qui est raconté". Même si on a l'impression que ça ne paraît pas, elle peut le sentir» (A1).

4.3.4.2 Les professionnel.les en centre désigné

Plusieurs répondantes ont abordé le travail d'urgence qui se fait en collaboration avec d'autres professionnel.les. Les employé.es des centres désignés sont aussi influencés par les mythes entourant les violences sexuelles. Les participantes ont partagé plusieurs situations dont elles ont été témoins.

Une participante tient à spécifier avant d'aborder ce sujet : «je suis persuadée qu'il y a personne qui a de mauvaises intentions dans le cadre de ces services-là» (B1). Elle donne comme exemple un cas où un médecin a mis en arrêt scolaire une victime et qu'en donnant le document médical, il répétait le fait qu'elle n'avait pas à dire la raison :

"Je ne l'ai pas écrit sur le papier, et puis si ta prof t'obstine ou veut questionner, dis-lui qu'elle m'appelle, puis moi, je vais lui dire que ce n'est pas de ses affaires". [...] Ça vient tellement renforcer la culture du silence, la culture du tabou, puis la culture du "reste avec ton secret" (B1).

Une autre observe l'impact des perceptions relatives aux victimes durant le processus de trousse médicolégal ou médicosociale quand on s'imagine « une femme, bien à sa place. On a beaucoup de sollicitude pour elle. On la croit d'emblée, puis on ne remet rien en question. Si on est un peu à côté de cela, santé mentale, consommation, des fois, l'allure. Ça va faire "oups". C'est les préjugés.» (A1). Des répondantes nomment que les doutes peuvent s'illustrer par le nombre plus élevé de questions à la victime que d'habitude avant d'entreprendre la trousse, la demande de détails plus approfondis. Lorsque les victimes sont des patient.es déjà connues des équipes pour d'autres situations de crise ou des consultations psychiatriques, une répondante observe une réticence du personnel, sans qu'il le nomme expressément (A1). Elle présume que la victime peut le voir aussi : «C'est sûr que la personne peut le ressentir. Elle est en état d'hypervigilance souvent dans ces situations. Toutes ces petites choses-là, on les sent» (A1). Aussi, les mythes sur la crédibilité des victimes peuvent être tellement envahissants que «des fois elles peuvent sentir des choses qui ne sont pas nécessairement là non plus parce qu'elles portent tellement ça que la moindre petite chose peut être interprétée comme "ah ils me croient pas"» (A1).

Une participante explique que les fausses croyances sur les victimes englobent aussi les réactions à avoir pendant l'intervention. Elle intervenait auprès d'une victime calme et souriante : «L'infirmière m'avait dit après cela justement parce que "ben là elle est en train de rire, ça l'air de bien aller". En voulant dire que ça ne doit pas être vraiment une agression sexuelle. [...] J'ai dû dire à l'infirmière, non, toutes les femmes ont des réactions différentes, ça ne veut pas dire qu'en ce moment elle sourit que dans deux ou trois jours, ça va encore aller bien.» (E2)

i une victime] a exprimé un peu "ah j'aurais pas dû le suivre ou je n'aurais pas dû aller prendre un verre avec lui, j'aurais du m'en douter" pis que l'infirmière ou le médecin va dire "ben non vous ne pouviez pas savoir et ce n'est pas de votre faute". Ou si elle répond à l'inverse "hum ouais c'est sûr que ce n'était peut-être pas une bonne idée" hey là c'est sûr on vient de renforcer et même à la limite on est dans la revictimisation. [...] c'est vraiment au niveau de la responsabilisation de la victime dans ce qui s'est passé, ce que j'ai vu c'est beaucoup ça. (A1)

D'autres répondantes ont aussi donné des exemples de collègues gravitant autour des victimes lors de l'intervention d'urgence qui commentaient les situations, par exemple «un médecin qui va faire une trousse médicolégale avec moi, quelquefois il va dire, penses-tu vraiment qu'elle s'est fait agresser? [...] ou des commentaires, "c'est à elle de ne pas s'habiller comme ça"» (E1). Une autre a été témoin de banalisation des actes envers une victime de la part d'un collègue : «c'était des attouchements, "ah! il vous a juste fait ça". Nous, tsé toutes ces affaires-là, on est à l'affut.» (A1). La répondante donne cet exemple en expliquant la réaction du professionnel : «je pense que c'était plus de l'inconscience...involontaire»(A1).

Alors qu'il y a plusieurs exemples de comportements de collègues que les répondantes semblent critiquer, plusieurs intervenant.es nomment l'importance de réagir face à «un jugement de valeur induit par ces mythes. [...] Ça peut être peut-être intimidant-là, c'est sûr pour certaines intervenantes de venir recadrer, mais en même temps, c'est aussi notre devoir de le faire» (D2). Une intervenante rapporte qu'elle rappelle aux collègues médecins et infirmier.ères que leur rôle n'est pas de chercher à savoir si les informations partagées par les victimes sont vraies : «certains intervenants finalement avaient de la difficulté à croire, que c'est difficile de nommer [les détails d'une agression] on travaille avec ce que la victime nous donne comme information-là. Mais j'ai déjà vu des résistances» (D2). En effet, comme l'explique une participante

c'est normal aussi que l'histoire soit décousue, qui y ait des détails qui ne se souviennent plus, même si pour nous on a l'impression que c'est évident que si on t'a touché à tel endroit, c'est sûr que tu t'en souviens. Tout ce que ça peut avoir comme impact, le traumatisme. [...] On n'a aucunement à démontrer qu'il y a eu une agression ou pas. On remplit notre tâche et ça, on insiste beaucoup là-dessus. C'est important ne pas savoir d'autres détails qui ne sont pas exigés par la trousse. C'est même préférable, si elle raconte spontanément, bon on la laisse aller. Mais c'est même préférable de ne pas avoir trop... parce que si elle porte plainte, c'est mieux quand elle ne l'a pas racontée trop souvent. [...] À chaque fois qu'on raconte, on change un peu des choses sans le vouloir.(A1)

4.3.4.3 La police en centre désigné

Les policiers.ères peuvent avoir à intervenir dans les centres désignés en amenant les victimes, en prenant les dépositions ou encore en venant chercher les trousse. Les répondantes doivent aussi composer avec les mythes dans leur interaction avec le personnel policier. Une participante donne exemple sur la consommation : «j'avais des policiers qui étaient venus et m'avaient présenté la femme et m'avaient dit, mais c'est juste important que tu saches qu'elle avait consommé donc...il m'avait dit juste comme ça...genre...on ne pense pas que c'est une agression sexuelle parce qu'elle avait consommé».(E2). Elle a expliqué que c'était quand même une agression sexuelle, ajoutant que «justement [tu] ne peux pas donner un consentement si tu as consommé [trop de drogues]» (E2). Ainsi, la répondante a exposé aux policiers que beaucoup de victimes étaient sous consommation lors de l'agression sexuelle. Aussi, parfois, des intervenantes demandent aux policiers.ères de quitter le centre lorsqu'elles voient que la victime hésite à porter plainte.

Pour conclure, concernant les autres personnes travaillant autour des victimes, les perceptions des participantes divergent. Une répondante nomme avoir beaucoup de chance d'avoir «des équipes très bien sensibilisées. En tout cas, dans les dernières années, ce n'est pas souvent qu'on fait face à des préjugés.»(A1). Elle attribue cela aux formations reçues dans les services des centres désignés, les milieux sociojudiciaires et policiers. D'autres exposent que «les

croyances sont véhiculées aussi dans le corps médical-là, c'est la population en général» (D2) et que c'est pourquoi il est important d'avoir des intervenantes spécialisées sur place. Toutefois, même au sein de son équipe spécialisée en agression sexuelle, une participante perçoit tout de même plusieurs sous-entendus de ses collègues ; ces dernières vont dire qu'elles se seraient défendues dans telle situation par exemple. La répondante A1 analyse ces propos comme un jugement sur les victimes (A1). En général, beaucoup d'intervenantes sont déçues par certaines réactions de professionnel.les et de policier.ères et dénoncent un manque de sensibilisation à la problématique : ««il va y avoir des bonnes infirmières, des bons policiers, de temps en temps, mais malgré cela, non, je pense que tout le monde a beaucoup de difficulté avec le fait... à croire que c'est vraiment un viol.» (E2).

4.3.4.4 Le protocole médico-légal et médico-social

Plusieurs répondantes sont d'avis qu'il faut suivre le guide d'intervention médico-sociale et médico-légale afin d'offrir un service de qualité et légalement valide tout en respectant les besoins de la demanderesse. Ainsi, le protocole permet de savoir ce qui s'est passé et orienter la suite : «ça fait un questionnaire plus objectif donc je n'ai pas à dire mon point de vue dans le questionnaire. Je réponds au questionnaire et, par ces réponses, ça me piste au niveau des examens à passer pour pouvoir aller chercher de l'ADN de l'agresseur...» (F1). Néanmoins, une répondante nomme son malaise face à la manière dont il est bâti : «il y a beaucoup, je trouve, les questions et de la façon qu'on pose les questions qui...c'est la victime encore qui doit justifier, expliquer ce qui s'est passé.» (B1).

Les participantes ont donné plusieurs exemples de pratiques concrètes qu'elles mettent en place pour essayer que les services du centre désigné réduisent la portée des mythes, ou du moins ne les renforcent pas. Tout d'abord, plusieurs mettent en contexte la liste de questions de la trousse : «expliquer qu'on leur pose des questions qui vont être en lien avec l'agression, des questions, vous répondez oui-non, je m'en vais juste avec le questionnaire.» (F1). D'autres utilisent une approche différente : «on ne va pas du tout reprendre le questionnaire.

[...] une approche je dirais très humaine, à la limite maternante donc [...] dans l'informel puis au fil de l'entretien on recueille des données, mais ça, c'est excessivement important de justement éviter que ce soit protocolaire» (D2).

D'autres répondantes sont présentes durant le processus de la trousse, mais ne posent pas les questions. Elles vont tout de même intervenir durant cette étape : «c'est l'infirmière qui va lire le questionnaire [...] je vais être là pour justement expliciter ces questions et souvent je vais me permettre d'interrompre l'infirmière. [...] En plus, le deuxième questionnaire, ça commence direct sur "as-tu été attachée?"» (C1). Par contre, le protocole n'est pas toujours respecté en centre désigné, ce qui crée un impact sur les victimes :

questionner la victime sur son habillement, sur les comportements qu'elle a eus, sur le pourquoi c'est arrivé, c'était qui, le connaissais-tu, c'était-tu la première fois? Je pense que toutes ces questions-là vont venir vraiment renforcer le mythe de c'est ta faute d'une façon ou de l'autre. D'aller essayer de comprendre les gestes de l'agresseur puis, c'est que je considère personnellement qu'il y aurait des façons... (B1)

4.3.4.4.1 Questionner leur consommation

Plus précisément, une intervenante donne comme exemple que lorsque le médecin⁴¹ de son centre désigné demande si la personne a consommé de l'alcool ou d'autres substances⁴², elle va «prendre la balle au bond, puis tout de suite rajouter un petit baume en disant : "on pose la question pour pouvoir trier lors des analyses, qu'est-ce qui est normal ou pas qu'on trouve dans ton sang, mais peu importe ce que tu aies consommé, ça ne justifie pas ce qui t'est

⁴¹ Le questionnaire est administré par différents corps professionnels selon le centre désigné : intervenant.e, médecin ou infirmier.ère (Sheel, 2011).

⁴² Extrait du formulaire : «Ingestion contre sa volonté de drogues ou d'alcool (oui, non, ne sait pas). Section à remplir seulement s'il y a eu ingestion de drogues ou d'alcool ou intoxication sévère ; aux fins de l'analyse 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 cinq jours précédant l'examen médico-légal (oui, non) Si oui, spécifier» (Scheel, 2011 : 123).

arrivé"» (B1). Aussi, une répondante est d'avis que cette question peut être culpabilisante et stigmatisante : «quelqu'un qui est polytoxico ou qui a consommé sans être polytoxicomane, qui a consommé beaucoup dans les cinq derniers jours, il y a aussi comme un..."ah...on me pose cette question-là parce que j'aurais mérité...parce que je me suis mis à risque de me faire violer parce que justement j'ai consommé"» (C1). Il y aurait une meilleure manière de poser les questions sensibles et « ça aurait tellement plus de poids si... si le médecin qui pose ces questions-là l'expliquait de lui-même, sans que ce soit la fille du [organisation employeuse] qui doive préciser» selon la répondante B1.

4.3.4.4.2 Questionner leur vie sexuelle récente

Ensuite, lorsqu'il y a recherche du profil génétique de l'agresseur, le laboratoire doit savoir s'il y a eu des relations sexuelles dans les cinq (5) derniers jours. Des intervenantes sont aussi d'avis que cette question exige un préambule pour expliquer les raisons derrière cette demande d'informations pouvant être perçue comme intrusive. Les répondantes ne veulent pas que la personne se sente stigmatisée si elle a eu plusieurs partenaires dans les cinq (5) derniers jours par exemple (B1). L'une aborde aussi le caractère

incroyablement stigmatisant quand on a des troussees en contexte de prostitution, entre autres, où souvent la victime n'est pas nécessairement à l'aise de répondre à la question...c'est tout le temps de revenir sur le...poser un jugement sur ton style de vie, on n'est pas là pour ça (C1).

4.3.4.4.3 Questionner les blessures infligées à l'agresseur

Puis, une intervenante est d'avis que le questionnement sur si la personne a blessé l'agresseur doit bien être expliqué à la victime lors de l'intervention. Alors qu'elle pourrait interpréter la question comme une vérification s'elle s'est défendue, une «preuve» de non-consentement,

l'information est utile pour savoir s'il pourrait avoir de la peau ou du sang en dessous des ongles de la victime ou s'il y a des blessures apparentes sur l'agresseur pour l'ajouter aux preuves (D1, C1).

Ainsi, la répondante F1 résume son avis sur les enjeux du protocole :

je me sens agressive à mon tour parce qu'on leur fait revivre l'agression en leur posant toutes nos questions. On leur fait revivre un peu l'agression en les examinant, en allant au niveau gynécologique, je n'ai pas le choix, il faut que je le fasse au niveau professionnel, mais en même temps pour celle qui a vécu l'agression, je rentre encore dans son intimité en posant des questions au niveau génital. Alors, il faut y aller en douce et il faut donner beaucoup d'explications et laisser du temps à la personne» (F1)

4.3.4.4 Examens médicaux et médicolégaux

En effet, en plus des questions, les répondantes sont d'avis que les examens peuvent être une expérience difficile pour les victimes. Premièrement, une répondante nomme qu'à chaque fois il faut «expliquer le pourquoi pour qu'il ne se sente pas trop de nouveau agressé par tous nos examens. On est encore des étrangers pour eux. On est supposé être là pour les aider, mais en même temps, je trouve que l'on fait des examens agressant d'un côté.» (F1).

Dans le centre désigné d'une des répondantes, l'équipe s'informe sur la nécessité de l'examen gynécologique complet avec le spéculum. Lorsque l'objectif n'est que les tests des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), la répondante nomme que l'efficacité médicale est équivalente. Selon elle, il serait mieux pour plusieurs victimes «de ne pas associer l'examen gynécologique à l'agression sexuelle et de diminuer la douleur et l'humiliation.» (D1). L'autoprélèvement vaginal est parfois utilisé dans certains CD : «cela aide à reprendre du pouvoir alors que, quelquefois, on a le sentiment de l'avoir un peu perdu, perdu le contrôle.» (D1).

4.3.4.5 Le centre hospitalier comme lieu d'intervention

Les répondantes ont été nombreuses à élaborer sur les enjeux relatifs à l'environnement de travail d'un d'hôpital pour faire les interventions médicolégales et médicosociales.

4.3.4.5.1 «Tu es dans un hôpital et avec le système d'hôpital.»(B2)

Tout d'abord, les répondantes mettent de l'avant qu'il est important de suivre le rythme de la personne demanderesse, même si l'environnement de travail est bâti sur une tout autre cadence : «Un contexte d'urgence, de prendre le temps [...] on le sait partout au Québec, on est débordé. Mais de dire ok on va prendre plusieurs heures pis prendre le temps. Lui laisser le temps de pleurer, de prendre son souffle entre les questions. C'est important.» Toutefois, les autres professionnel.les gravitant autour de la victime sont dans ce système d'urgence «c'est un système carré, c'est l'hôpital. C'est des infirmières surchargées, c'est des médecins qui courent partout, qui vont venir parfois entre deux consultations. Ça prend... c'est long une trousse» (B2). Ainsi, l'équipe d'une répondante se remémore souvent en réunion: «On n'est pas là pour le médecin, l'infirmière ou l'hôpital. On est là pour la femme, donc on l'a suivit dans ses choix.» (A1). Les victimes vont vivre des impacts concrets :

Pas de salle de disponible, déplacé d'une salle à une autre, temps d'attente interminable. C'est plus ça qu'on vit. Ça va même amener une victime à partir, parce que là elle en peut plus. [...] Y'en a deux que c'est arrivé, elles sont parties. [...] Une qui a décidé "non moi là, je suis tannée je m'en vais c'est trop long". Tsé elles sont déjà extrêmement vulnérables, ça leur a pris tout leur petit change pour se rendre là et de parler de ça. Pis là ça change constamment de personnel, "bon là je vais être obligé de vous changer de salle, j'ai besoin de cette salle-ci" faque change de salle, rechange de salle. (A1)

Une autre témoigne que les médecins et les infirmier.ères vont souvent entrer aléatoirement et sortir rapidement de la salle d'une façon qui la met mal à l'aise (B1). Plusieurs intervenantes expliquent ces difficultés par le lieu d'intervention établi dans une urgence

médicale souvent débordée : «On comprend le contexte aussi de travail qui est vraiment pas évident [pour les collègues]» (A1). Une spécifie qu'il est tout de même préférable que les victimes soient dirigées au centre désigné : «les centres hospitaliers, c'est un endroit aussi de confiance [versus les postes de police]» (E1).

À l'urgence où elle intervient, une répondante nomme que les médecins perçoivent que l'objectif du centre désigné est de faire les prélèvements médicolégaux

C'est le premier objectif sur celui pour lequel les médecins vont notamment mettre l'accent et qui va déterminer si la trousse c'est légitime ou pas. L'idée de porter plainte ou pas qui va donner une légitimité de plus à la victime ou un sentiment d'urgence davantage à faire la trousse si la victime veut porter plainte (C1).

4.3.4.5.2 Le réseau institutionnel

Les centres désignés sont des services spécialisés pour recevoir les victimes d'agression sexuelle. Néanmoins, le personnel médical semble parfois mal à l'aise avec ce service dans leur urgence selon certaines répondantes. Une d'elles essaie de diminuer l'inconfort pouvant être vécu en leur disant «de ne pas se gêner s'ils ont des questions. C'est normal que ce ne soit pas tout le monde qui est à l'aise avec ça.» (B2). Une autre affirme que dans ce lieu d'intervention «il y a vraiment un gros fond de racisme...c'est en contexte institutionnel évidemment, il ne faut pas oublier que les centres désignés dans le milieu hospitalier ça joue. Il y a des questions très glissantes dans ces formulaires» (C1). Elle donne comme exemple l'évaluation du risque de transmission du VIH/SIDA : «"est-ce que ton agresseur est noir?" [...] ça, on le reprend aussi quand l'infirmière l'échappe de cette façon-là. C'est déjà arrivé et ça arrive quand même souvent, mais là, nous avons eu une réunion interprofessionnelle à l'automne et nous avons abordé cette question-là de front» (C1). Elle est d'avis que le réseau institutionnel a beaucoup de sensibilisation à faire sur les discriminations systémiques et «que les organisations féministes sont peut-être plus sensibilisées à l'existence de ces mythes-là qu'à leur façon qu'ils se reproduisent, sans être parfait» (C1).

4.4 Baguette magique

Finalement, à chaque entretien, la section de réponses à développement se terminait par une question baguette magique ; ce que les répondantes feraient par rapport aux mythes sur les violences sexuelles dans un monde idéal.

4.4.1 Miser sur la sensibilisation

Une intervenante nomme qu'il faudrait effacer «tout le bagage de croyances» (A1). Elle est d'avis que «souvent les préjugés sont dus à de la méconnaissance tout simplement et on ne fait que répéter ce que les autres ont dit et on ne va pas aller plus loin dans notre réflexion» (A1). Ainsi, elle continuerait les efforts de sensibilisation et de formations, car elle en voit présentement les effets. Les personnes deviennent des «multiplicateurs qui vont contaminer les autres.» (A1). Une autre répondante ajoute que le manque de connaissances sur les violences sexuelles amène les gens à réagir inadéquatement avec les victimes. La façon dont la société « les perçoit, comment on les traite [va] faire en sorte qu'ils vont moins avoir tendance à juste le dire» (D1) et augmente

le sentiment de culpabilité et de honte que les victimes ont. [...] Je crois que s'il y avait plus de connaissance par rapport à ça, les gens ne réagiraient pas pareil et ça ferait en sorte que les victimes en parleraient plus autant au niveau de leurs proches qu'au niveau légal ou des professionnel.les. Ça pourrait changer beaucoup la façon dont les victimes se sentent. (D1)

Plus spécifiquement, la répondante B1 nomme qu'elle se concentrerait aussi sur la sensibilisation. Depuis quelques années, elle fait une présentation sur les violences sexuelles à chaque cohorte en soins infirmiers et en éducation spécialisée au CÉGEP de sa région. Elle

souhaite que des cours spécifiques à cette problématique, abordant les caractères sociaux et non seulement biomédicaux, soient donnés à tous les professionnel.les à l'échelle de la province.

4.4.2 Éliminer un mythe

Ensuite, certaines répondantes ont cerné un mythe qu'elles voudraient voir disparaître. Pour l'une, elle souhaiterait qu'

il n'y ait plus personne qui pense une seconde qu'une femme provoque. [...] Ça serait ça, complètement anéanti de la pensée collective, de l'imaginaire collectif, qu'une femme peut provoquer. Je pense que tu enlèves ce mythe-là et tu viens d'éliminer une bonne partie des agressions sexuelles. Parce qu'un gars qui pense qu'une femme provoque, il va sauter dessus. Ça amène à trop de... à beaucoup de violence ce mythe-là. C'est le mythe le plus difficile à défaire.[...] il est encore très très présent, même chez les jeunes. (B2)

Une autre participante aimerait que l'on mette la responsabilité de l'agression sur l'auteur.e : «Que ce soit clair pour tous et toutes que jamais personne ne puisse se mettre à risque d'agression» (C1). Ainsi, la parole des victimes ne serait plus systématiquement remise en doute et l'on arrêterait de «pérenniser [le mythe] qu'il y a beaucoup de fausses accusations d'agressions sexuelles» selon elle (C1).

4.4.3 Culture du viol, culture de sexualité

Ensuite, la participante A2 se servirait de sa baguette magique pour anéantir la culture du viol au complet. Elle définit ce concept comme

La culture dans laquelle les agressions et toutes les autres formes de violences sexuelles sont courantes, normalisées, banalisées. Ça inclue la difficulté pour les victimes de dénoncer, le faible taux des condamnations que l'on voit des accusés, la non-crédibilité des victimes par rapport à leur témoignage, ce qui est véhiculé, ce qui est entretenu, ce qui est genré aux femmes, l'attribution aux victimes d'une partie de la responsabilité en raison de leur comportement, qu'on fait fi du consentement ou non, ce n'est même pas une notion qui est regardée, qui est socialement tsé... expliquée. C'est banalisé. Dans le fond, ça entretient toutes les agressions à caractère et les violences sexuelles, faque on vit dans un environnement social permissif à cette culture-là.

D'un autre côté, la répondante B1 propose une culture de la sexualité, étant d'avis que le concept de culture du consentement n'est pas assez large. Elle a l'impression que la société n'aborde jamais directement ce qu'est une sexualité saine

Je trouve qu'il y a encore tellement de tabous autour de la sexualité. Qu'on a pas de modèle de relation sexuelle saine. Tsé, on voit jamais ça dans les films, ou presque, que le gars ou la fille, parce que ça peut être dans les deux bords, qui veut avoir un rapport sexuel, que son conjoint ou sa conjointe refuse puis que, ah bien voilà c'est bien correct. Finalement, on va faire des *grilled cheese*. On ne voit pas ça. [...] Peut-on s'en parler de la sexualité parce que... ça touche quand même une grosse majorité de la population. Faque, pourquoi il y a encore un tabou là-dessus là. Parler du consentement [...] de la sexualité sans tabou, sans... sans rougir, sans ricaner.

4.4.4 «L'égalité des sexes»

Deux autres répondantes (F1, E1) sont d'avis que les agressions sexuelles sont reliées à du contrôle et du pouvoir et nomment l'égalité entre les personnes comme la solution : «si on est égal, le respect entre humains, qu'importe la couleur, qu'importe le sexe, je n'ai pas à avoir le pouvoir sur l'autre qui que je sois » (F1).

CHAPITRE V

DISCUSSION

Au cours du chapitre précédent, j'ai étayé les résultats de la collecte de données effectuée par des entretiens avec dix professionnelles des centres désignés du Québec. En puisant dans la revue de littérature rédigée (Chapitre I) ainsi que dans les théories présentées dans le cadre conceptuel (Chapitre II), cette section discutera des réflexions qui en ressortent. Elle respectera l'approche épistémologique basée sur la vision des savoirs féministes et expérientiels présentée en méthodologie (Chapitre III). L'analyse des données comporte trois sections : les mythes sur les violences dans le contexte des centres désignés, l'intervention féministe et la culture du viol.

5.1 Mythes sur les violences sexuelles et centres désignés

Tout d'abord, il y a encore beaucoup de mythes entourant les violences sexuelles affectant les adultes. Ces «croyances erronées, stéréotypées ou préjudiciables» concernent les victimes, les agresseurs et la définition de l'agression sexuelle et s'insèrent dans la culture du viol (Burt, 1980 : 217). Cette recherche s'intéresse aux pratiques en centre désigné : ces mythes sociétaux abordés précédemment sont présents, à divers degrés, dans tous les milieux, dont en intervention. Ainsi, je propose de discuter des perceptions entourant les violences sexuelles dans ce contexte.

5.1.1 Un service provincial

Les centres désignés sont importants : «le personnel des centres désignés joue un rôle de premier plan auprès des victimes d'agression sexuelle.» (Secrétariat à la Condition féminine, 2016 : 42). En effet, ils permettent d'assurer un service d'urgence confidentiel accessible en tout temps, remboursé avec le régime public d'assurance maladie du Québec ou certains régimes privés. Ce sont des endroits «désignés» pour recevoir les victimes ; elles sont en contact avec des personnes qui sont plus susceptibles d'être formées pour ce type d'intervention.

L'uniformisation des services par les *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* de 2001 a permis de construire des protocoles médico-légaux et médicosociaux sur lesquels les professionnels peuvent se baser. Le fait que le gouvernement ait mis en place ce service aide à propager le message qu'il est correct de dévoiler une victimisation, qu'il y a des professionnels disposés à être là pour la victime. Ainsi, ce service permet de reprendre du pouvoir sur soi-même après avoir vécu une perte de pouvoir ; les victimes font leurs choix sur la suite pour elles-mêmes (Sheel, 2010). Elles peuvent avoir une intervention d'urgence sans devoir faire appel au service de la police.

Le *Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle : enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes* contient plusieurs informations quant aux meilleures pratiques auprès des victimes (Sheel, 2010). Il serait intéressant d'explorer son utilisation concrète sur le terrain dans une prochaine recherche et de croiser ces données avec la recherche prévue dans la *Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles 2016-2021* sur l'utilisation des centres désignés au Québec. Alors qu'une précédente recherche avait démontré des problèmes d'accessibilité aux services, par de grands délais d'attente ou des références à un autre centre désigné par exemple (Collin-Vézina et al. : 2010), le gouvernement doit mettre en place des stratégies afin de ne pas décourager l'utilisation de ce service. En effet, il ne se situe pas à l'extérieur des enjeux liés aux mythes entourant les violences sexuelles.

5.1.2 Des risques de victimisation secondaire

Les centres désignés sont présentés comme la porte d'entrée spécialisée pour toutes les victimes d'agression sexuelle. Dans la pratique, de manière générale, les victimes qui se présentent aux centres désignés ne correspondent pas aux perceptions qu'on se fait à leur égard ni à propos des violences sexuelles. Elles ne sont pas les victimes «typiques» que les mythes créent, les agresseurs qu'elles décrivent ne concordent pas non plus à la description construite par les perceptions et leur histoire d'agression sexuelle ne se conforme pas tout à fait aux idées que la société s'en fait.

La victimisation secondaire par le système judiciaire et les professionnels médicaux et de santé mentale est l'obstacle direct le plus important selon l'étude dans les *Rape Crisis Center* (Ullman et Townsend, 2007 : 412). La présomption que la violence n'a pour origine que l'extérieur peut amplifier les risques de victimisation secondaire ; «much violence that is promoted by institutions is concealed by the very use of stranger danger » (Murphy, 2017 : 5). Ce phénomène peut avoir lieu dans les centres désignés du Québec en présupposant que l'institution ne peut créer elle-même de la violence. Elle peut être de l'ordre de soins et d'interrogatoires irrespectueux ou inappropriés de même que d'un manque d'accessibilité aux services requis (Campbell et Raja, 1999 dans Gilbert, 2015 : 30). Les droits des victimes sont alors bafoués et il peut en découler un sentiment de honte et de culpabilité (*Ibid*). Ainsi, sans une attention constante à cet enjeu, le service peut renforcer les mythes sur les violences sexuelles et leurs conséquences.

5.1.2.1 Une victime récente est-elle un.e patient.e d'urgence?

Dans les centres désignés, il semble que la légitimité de la présence d'une victime est parfois remise en question. J'émetts l'hypothèse que les centres désignés vivent un phénomène semblable aux urgences qui reçoivent les victimes en Floride (Martin, 2005). Une chercheuse avait en effet observé que le schéma médical de médecins et d'infirmières dans les

urgences faisait cadrer certaines victimes comme patient.es illégitimes. Alors que les documents officiels du Québec spécifient que les victimes peuvent se présenter même sans blessures apparentes (Pouliot, 2007 : 34), le traitement réservé aux personnes qui cadrent moins au schème de «l'urgence médicale physique» peut être différent. Ainsi, l'attitude des professionnel.les diffère-t-elle selon le type d'agression ? Lorsqu'il s'agit d'un crime jugé plus sérieux selon les mythes intériorisés par les professionnel.les, une agression sexuelle perpétrée par un étranger par exemple, les victimes reçoivent plus de soutien émotionnel de leur part (Golding et al., 2002 dans Billette, Guay et Marchand, 2005 : 105). Tandis que le Collège des médecins du Québec (2009) avait rappelé les médecins à l'ordre sur leurs responsabilités dans les centres désignés en réaffirmant qu'elles allaient au-delà des soins immédiats physiques, des répondantes continuent de vivre des enjeux avec les médecins. Ainsi, il en ressort un besoin pressant d'approfondissement des réalités vécues par les médecins en centre désigné.

Les politiques gouvernementales sur les centres désignés n'incluent pas de directives concernant le contenu, la structure ou la durée des formations que les professionnel.les travaillant dans un centre désigné doivent recevoir. Selon la recherche de Martin en Floride (2005), l'inconfort que plusieurs professionnel.les ressentent devant une victime à l'urgence était interprété comme une attitude distante, froide et jugeante par les patient.es. Plusieurs employé.es médicaux.les ne sont pas formé.es pour ces types d'exams de trousse «or in how to talk to and act around victims» (Martin, 2005 :77) alors qu'il est démontré que lorsqu'illes les rassurent sur leur état et leur non-responsabilité, cela apporte beaucoup de soutien (*Ibid* :78).

Alors que la recherche en Floride montrait que le personnel médical trouvait que les interventions auprès des victimes d'agression sexuelle prenaient trop de temps, le guide d'intervention médicosociale spécifie l'importance de «créer une atmosphère paisible et rassurante, même si parfois l'endroit s'y prête peu, à l'urgence, par exemple». (Scheel, 2011 : 97). Ainsi, il y a des impacts au choix de diriger les victimes récentes vers des services d'urgences médicales, considérant que les perceptions entourant les violences sexuelles et les objectifs d'une urgence peuvent amener des enjeux quant à la place de l'intervention

médicolégale et médicosociale. Les phénomènes de victimisation secondaire sont aussi liés à l'accessibilité d'un service, respectueux de la personne. Le centre désigné est-il fait pour bien accueillir les victimes? Comment le personnel perçoit-il les objectifs des CD?

«Toutes les victimes d'agression sexuelle au Québec [...] doivent avoir accès à des services d'accueil, de soutien émotionnel, à un examen médical ou médicolégal, à des soins et traitements ainsi qu'à un suivi approprié» (Sheel, 2011 : 11). La littérature montre des défis liés au manque de personnel qualifié disponible ajouté au fait que le contexte d'urgence médical va amener une pression pour faire une intervention de courte durée. Le Guide d'intervention médicosociale suggère donc qu'il y ait une autre personne qui soit associée avec le médecin du centre désigné auprès de la victime afin de partager les tâches et de pouvoir lui donner toute l'attention nécessaire (Sheel, 2011 : 94). Toutes les répondantes de la recherche ont ce rôle, même si la répartition de leurs tâches est différente. Ainsi, cela leur permettrait possiblement de mieux centrer leur intervention sur la victime. Autour de ces professionnel.les, le contexte de débordement des services peut être tout de même tangible. Le protocole demande que l'intervention se produise «dans une salle fermée afin de préserver la confidentialité et l'intimité et pour que la victime se sente en sécurité», ce qui peut représenter un défi dans certains hôpitaux.

5.1.2.2 La trousse médicolégale amène-t-elle plus de légitimité ?

Quels sont les objectifs des centres désignés? Selon le guide d'intervention médicosociale, les CD permettent l'évaluation et les traitements appropriés des besoins de la victime pour diminuer les impacts de l'agression, de donner de l'information et du soutien à celui.elle-ci de même qu'à ses proches, d'évaluer et traiter les blessures ainsi que prévenir «une grossesse; déceler, traiter ou prévenir les ITS; recueillir des éléments de preuve: [...] ; rassurer la victime sur son intégrité physique et psychologique, si nécessaire ; s'assurer que la victime est en sécurité. (Sheel, 2010 : 94). Le choix d'intervention médicolégale ou médicosociale dépend

du temps écoulé depuis l'évènement; de la volonté de porter plainte et «de l'indication d'effectuer des prélèvements médico-légaux» (Sheel, 2010 : 104).

Alors que le schème de référence du personnel médical pourrait faire tendre vers une perception de légitimité plus grande lorsque la victime a des lésions physiques, la possibilité de prélever des échantillons médico-légaux dans un délai de cinq jours aurait peut-être le même effet dans l'urgence. Il est possible de porter plainte avec une trousse médicosociale. Toutefois, si le personnel médical perçoit que leur rôle est lié aux prélèvements médico-légaux, la présence d'une victime où il ne peut en avoir ou qui refuse de porter plainte serait-elle moins légitime? Par exemple, l'étude de 2010 en CD du Québec avait fait état des difficultés de trajectoire de services pour les victimes adultes dont l'agression datait de plus de cinq jours (Collin-Vézina *et al.* : 2010 :10). Les documents officiels sont pourtant très explicites à ce sujet ; les victimes ont le droit aux mêmes services peu importe leur choix quant à la trajectoire légale (Pouliot, 2007 : 43) et l'utilisation des deux types de trousse «doit être intégrée à une approche globale des besoins des victimes »(Sheel, 2010 : 23). Les données récoltées suggèrent qu'il y pourrait y avoir des différences de traitements entre l'intervention médico-légale et médicosociale, au-delà des étapes différentes entre les deux types. Il faudrait s'y pencher plus spécifiquement dans une recherche ultérieure pour répondre à ce questionnement. Dans le même ordre d'idée, lorsque les victimes se présentent après un certain délai depuis l'agression pour recevoir les soins ou refusent de porter plainte, cela pourrait entraîner un doute quant à la véracité de leurs propos.

5.1.2.3 Est-elle réellement une victime?

En plus de ne pas être perçue comme un.e patient.e légitime, la personne peut aussi devoir subir le doute quant à son statut de victime d'agression sexuelle. Lorsque les professionnel.les ne respectent pas le protocole et posent «harsh, repeated, and victim-blaming questions », il y a un risque de victimisation secondaire à l'urgence (McDonald, 1976 dans Corcoran, 2014 : 290). En effet, dans le milieu institutionnel, des chercheur.es ont

observé «that survivors often experience negative reactions such as victim blaming [...] which are associated with higher psychological and physical health distress» (Campbell, Wasco, Ahrens, Sefl, & Barnes, 2001 dans Patterson, 2009 :4). Ainsi, la tentative de justifier les gestes de l'agresseur ou de rationaliser l'évènement renforce les mythes et amène une responsabilisation de la victime en plus d'augmenter la détresse. Pourtant,

le but premier de la visite médicale ne consiste pas à prouver qu'il y a eu agression sexuelle [...] 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 médicolegal, d'apporter à la victime le soutien nécessaire sur le plan émotionnel et d'assurer sa protection. (Scheel, 2011 : 119)

Certaines questions du protocole peuvent représenter un risque de victimisation secondaire, en portant un jugement sur les actions des victimes, alors qu'elles répondent à un besoin dans l'intervention. Ainsi, questionner la consommation et la vie sexuelle récente ainsi que demander si la victime a infligé des blessures à l'agresseur semblent représenter un enjeu au cours de l'intervention.

La littérature montre que les victimes hésitent déjà à faire un dévoilement, car elles craignent les commentaires désobligeants ou ont peur de ne pas être crues ; ont l'impression d'être responsables (Sheel, 2011 : 12). De plus, concernant le choix de porter plainte, précisément, «plusieurs victimes [...] 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» (Sheel, 2011 : 13).

Aussi, certaines perceptions de l'image d'une agression sexuelle dans la population générale quant au niveau de violence ou de lésions corporelles correspondent à la définition d'agression sexuelle de niveau 2 ou 3. Ainsi, l'agression sexuelle simple, soit de niveau 1, serait parfois moins bien reconnue en tant que voie de fait dans la société. Dans les centres désignés, il y a rarement des lésions pouvant être observées par les médecins (Sheel, 2011 : 269). Les résultats normaux d'un examen physique et gynécologique ne signifient pas qu'il n'y a pas eu d'agression sexuelle.

En tant que porte d'entrée de trajectoire de services pour les victimes, les CD ont une grande responsabilité à leurs égards, mais comme le guide explique aux professionnel.les

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. (Scheel, 2011 : 30)

Ainsi, c'est dans ces contextes que les intervenantes doivent composer avec les mythes et les problèmes qu'ils créent dans leur travail.

5.2 Des intervenantes féministes

Les sections précédentes ont soulevé comment les mythes sur la violence sexuelle sont présents dans les centres désignés du Québec. À présent, la discussion portera sur les manières dont les intervenantes composent avec ceux-ci dans leurs pratiques. Les théories féministes atterrissent dans les milieux d'intervention et les pratiques féministes transforment le quotidien sur le terrain. Ainsi, le féminisme et la société égalitaire souhaitée se retrouvent dans les manières dont les intervenantes agissent sur le terrain. L'objectif de cette recherche n'est pas d'évaluer si les données récoltées sur les pratiques correspondent au guide d'intervention médicosociale, aux principes de l'intervention féministe ou du féminisme rabat-joie d'Ahmed, mais de se servir de ces outils pour mettre en lumière les réalités terrains et proposer des pistes d'analyse. J'explore donc l'articulation des principes dans un contexte très précis, soit celui de l'intervention auprès des adultes en centres désignés du Québec.

5.2.1 Il n'y a pas de victime «parfaite» pour le centre désigné

Un élément qui semble ressortir des données récoltées, c'est l'image de ce que devrait être une victime en centre désigné et ainsi tous les mythes associés. En effet, des normes apportent une grande pression à comment elle devrait se comporter pour assurer la légitimité de sa présence à l'urgence. S'elle ne rentre pas dans cette case bâtie avec les perceptions entourant les violences sexuelles et les schèmes de référence du centre désigné dans un hôpital, serait-elle plus à risque de victimisation secondaire? L'intervenante féministe tente de déconstruire ces perceptions et diminuer les risques de violence pour favoriser une intervention orientée selon les besoins de chaque victime, dans les limites conférées par son contexte de travail et ses caractéristiques individuelles.

En général, les résultats récoltés quant aux perceptions présentes dans la société à propos des victimes semblent concorder avec la littérature. Elles doivent aussi respecter certains critères pour être une «bonne» victime, soit les perceptions reliées aux violences sexuelles. En plus, la façon dont est construite l'intervention d'urgence en agression sexuelle mène à des problèmes d'adéquation des réponses aux besoins de chaque victime et de victimisation secondaire (Ullman et Townsend, 2007 : 412).

Alors que l'articulation des objectifs des CD semble être à explorer selon les contextes d'interventions et les professionnel.les, le protocole en place a été entre autres bâti pour maximiser les chances de trouver des traces biologiques de l'agresseur. Par contre, même si le laboratoire en trouve par l'analyse de la trousse médico-légale, ce n'est pas une preuve d'agression dans le contexte d'intervention auprès de victimes adultes. La personne doit dévoiler des détails sur l'évènement, mais aussi sur sa vie intime dans le protocole des trousse ; elle sera questionné.e sur sa vie sexuelle récente et sa consommation. Alors que demander si la personne a résisté à l'agression renforce l'attention sur les réactions des victimes au lieu de dénoncer les comportements violents de l'agresseur, ces besoins d'informations se doivent d'être justifiés à la victime. L'examen gynécologique est aussi une étape pouvant être très difficile, ainsi plusieurs conseils sont suggérés pour atténuer la détresse qu'il peut susciter. Bien que le guide d'intervention médicosociale demande

d'informer la victime tout au long de l'intervention des étapes effectuées, il est possible de questionner la réalité terrain quant au respect de ces directives en se basant sur les observations des répondantes. Alors que le guide a été écrit en 2010, dans certains CD, l'autoprélèvement est possible lorsque la situation ne nécessite pas un examen gynécologique complet et qu'il y a eu un contact avec le vagin. Donner ce choix permet à l'individu de reprendre du pouvoir sur lui-même, de moins porter atteinte à son intimité et diminue le risque d'associer l'examen gynécologique à un événement à caractère traumatique.

Tandis que les victimes qui dévoilent leur agression ont besoin de soutien émotionnel, de la validation et de l'aide tangible (Filipas et Ullman 2001 dans Billette, Guay et Marchand, 2005 : 105), elles se font beaucoup responsabiliser et leur parole est mise en doute. Des victimes se font encore encourager à garder le silence et à respecter le caractère tabou de la problématique (Billette, Guay et Marchand, 2005 :109). Ainsi, le travail des intervenantes serait-il d'ajuster l'intervention d'urgence à la victime ? De protéger les victimes de la culture du viol dans la période qu'elles ont avec elles et diminuer ses impacts? Si le CD est conçu involontairement pour une victime-type qui n'existe pas, les pratiques peuvent-elles briser ces obstacles ? Dans de nombreux cas, les victimes elles-mêmes doutent de leur légitimité à recevoir ces services, questionnant leur statut de victime ou leur responsabilité dans l'agression. Aussi, elles ont des craintes d'être jugées, de vivre de la victimisation secondaire, de perdre à nouveau le contrôle sur elles-mêmes. Tandis que la recherche d'aide peut être restreinte par la honte et la stigmatisation (Billette, Guay et Marchand, 2005 : 107), les centres désignés ont la responsabilité d'offrir des services de qualité à ceux.elles qui viennent y chercher de l'aide. Aux États-Unis, «emerging research suggests that advocacy from RCCs [Rape Crisis Centers] may help prevent survivors from being treated poorly by medical and law enforcement personnel» (Campbell, 2006 dans Patterson, 2009 :4). Est-ce que la comparaison pourrait être faite avec les intervenantes féministes des centres désignés ?

5.2.2 Articulation de principes féministes dans les centres désignés

Alors que la reconnaissance de la problématique entourant les violences sexuelles et des services ont été acquies suite aux revendications des mouvements féministes, les centres désignés ne sont pas des services féministes en soi. Cependant, le travail qui y est fait peut correspondre à plusieurs principes féministes et de l'intervention féministe (IF) au Québec.

Tandis que des principes féministes sont entrés dans des politiques du gouvernement, les centres désignés s'insèrent dans des politiques visant l'égalité entre les genres. Dans une recherche états-unienne sur les *Rape Crisis Center*, on émettait l'hypothèse qu'en plus des enjeux entourant les critères d'une organisation «féministe», «they fear political backlash or because it is seen as an unnecessary liability for the organization to specifically identify as feminist» (Maier, 2008 : 85). Aussi, cela pourrait entraîner une barrière dans l'accessibilité du service chez les gens qui considèrent négativement le terme. D'un autre côté, tandis que sept des dix répondantes sont des intervenantes communautaires, l'«intégration subalterne à l'appareil d'État» d'organisations féministes non gouvernementales qu'aborde Lamoureux, 2000 (dans Dumont et Toupin, 2003 : 729) semble présente dans l'appel à des professionnel.les externes. Ceux.lles-ci, provenant d'organismes spécialisés auprès des victimes d'agression sexuelle auraient-elles le rôle de combler le manque de formation spécialisée sur la problématique du personnel de l'urgence institutionnelle?

Que les intervenantes soient employées par le CD ou non, il semble que leur travail s'inscrive dans des principes de l'intervention féministe émis par Corbeil et Marchand (2010) de même que les perspectives rabat-joies. Les intervenantes n'ont pas le mandat officiel de transformer les centres désignés, mais par leurs efforts de respect des valeurs féministes et non les normes de l'institution, elles font une forme de travail de transformation.

Ces principes que tentent d'articuler les intervenantes ne se font pas toujours sans heurts. En effet, les normes sociales, en plus de protocoles et de guides reliés à leurs professions, «dirigent» les employé.es en agression sexuelle dans une «voie de circulation». Cela amène le personnel à intervenir d'une certaine façon, sans que des réflexions continues soient nécessaires sur les actions à entreprendre. L'urgence de l'hôpital, lieu des centres désignés où travaillent les répondantes, comporte des schèmes de référence avec des objectifs pouvant

être opposés aux pratiques valorisées par les intervenantes. Toutefois, lors des entrevues, plusieurs répondantes semblent ne pas suivre la «voie de circulation». Elles exposent que si elles «go with the flow of the traffic system», pour reprendre les termes de Ahmed (2012), elles reproduiraient des oppressions, ne respecteraient pas la personne victime. Ainsi, elles ont des positions de sujets obstinés en brisant la direction naturalisée à l'urgence.

À la lumière de ce qui précède, les intervenantes ont le souci de mettre l'attention sur les besoins de la victime et la soutenir dans sa démarche. Elles tentent de suivre son rythme et de prendre le temps de l'informer sur ses droits et les différentes démarches qui s'offrent à elle. Ceci peut aussi aider à bâtir une alliance thérapeutique et une relation de confiance. Alors que les usagères de services des centres désignés viennent de vivre une agression sexuelle, il importe que le sentiment de reprise de pouvoir se fasse dès la demande d'aide, en se sentant en contrôle de leur environnement et du processus (Sheel, 2010). En plus, les victimes forment un groupe très hétérogène, «chaque situation se révèle donc unique et particulière. Il faut s'adapter et offrir une intervention personnalisée.» (Scheel, 2011 : 94). Comme le mentionnait Hopchet et al. (2017 : 293), il faudrait donc reconnaître et valoriser les diversités de pratiques qui éclosent sur le terrain. Le guide semble aussi encourager cette avenue : «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» (Scheel, 2011 : 94).

Toujours en suivant les principes de Corbeil et Marchand (2010), la conscientisation des victimes en intervention peut se faire par la déconstruction des mythes sur les violences sexuelles et par l'échange sur la complexité de la culture du viol. Alors que les principes nomment l'importance de lutter à la fois pour un changement individuel et social, le centre désigné est un contexte d'intervention d'urgence très individuel. En travaillant la déresponsabilisation, l'intervention vise le soutien individuel à la victime, mais participe aussi à la lutte sociale contre la culture du viol. En effet, les intervenantes semblent combiner leurs préoccupations sociopolitiques dans leur intervention individuelle ; il n'y a pas de scission complète. En leur faisant prendre conscience de la complexité de leur situation pour briser leur isolement et diminuer la culpabilité, elles peuvent influencer l'interprétation que font les victimes de l'évènement. Cette intervention est d'autant plus importante alors qu'il est reconnu

que les explications associées aux crimes, soit l'attribution, peuvent augmenter le risque traumatique (Corcoran, 2014 : 291). Ainsi, déconstruire le blâme que les victimes vont s'infliger, que ce soit par l'influence de la just-world theory (Lerner, 1971 dans *Ibid*) ou par la théorie du contrôle (Walster, 1966 dans *Ibid*) agit sur les conséquences post-victimisation. Les victimes recherchent souvent un sentiment de contrôle sur la situation, les services en centre désigné peuvent aider à en créer un plus «sain» qu'une attribution culpabilisante.

La sensibilisation des collègues de travail et l'amélioration des services peuvent aussi s'instaurer dans une volonté de transformation sociale. Plusieurs répondantes ont raconté comment elle tentait de faire changer les pratiques de leur centre désigné par la sensibilisation de leurs collègues. En nommant le caractère raciste d'une question de l'infirmière à la victime, l'intervenante C1 est un sujet obstiné : «this is why feminists killjoy are willful subjects : when we speak, a flow is stopped» (Ahmed, 2017 : 83). De plus, elle amène cette situation en rencontre interprofessionnelle pour transformer les pratiques établies dans le centre désigné. Cela combat le racisme tout en instaurant une évaluation du risque de transmission du VIH/SIDA selon les données probantes. Plusieurs répondantes nomment qu'il est intimidant de recadrer des collègues lorsqu'elles agissent selon des jugements de valeur, mais il est de leur devoir de le faire. Même si exposer la violence de certaines pratiques peut être perçu comme étant violent et créer un grand inconfort (Ahmed, 2012 : 252), le mandat des intervenantes est relié au bien-être des victimes avant tout. De plus, des répondantes sont réflexives de leurs actions de même que les services de CD ; se remettre en question étant une aptitude féministe importante (Ahmed, 2017 : 6).

Certains principes sont plus difficiles à appliquer concrètement, comme «favoriser la solidarité» (Corbeil et Marchand, 2010). Les objectifs des interventions féministes en contexte d'urgence vont être plutôt orientés vers la satisfaction des besoins immédiats de la victime, tout en ayant une analyse sociopolitique. Il serait possible de questionner le pouvoir que les préoccupations sociopolitiques des répondantes peuvent avoir dans un tel «lieu de tension» de revendication (Ahmed, 2012 : 17). Alors que certaines ne sont pas employées des centres désignés, leur travail de transformation est limité à la sensibilisation qu'elles peuvent faire sur le terrain autour d'elles. Je considère que leur travail s'inscrit dans la lutte contre les

pratiques qui reproduisent et naturalisent les violences (Ahmed, 2012 : 253). Néanmoins, il faut faire connaître les murs qui rendent les services difficiles d'accès de manière plus large afin de créer un momentum de changement. Par leur pratique, les professionnel.les ont accès à de l'information : l'accessibilité des services en région semble demeurer un enjeu, souligné depuis le premier plan d'action (Scheel, 2010). À quel point la démolition des murs hors de l'intervention directe en centre désigné est-elle à la portée des professionnel.les?

5.3 La culture du viol

Les perceptions et les interactions des personnes entourant les violences sexuelles sont entre autres influencées par la culture du viol. Celle-ci semble amener une banalisation ou un déni de la violence sexuelle présente. En effet, alors que la problématique a été largement dénoncée, avec les mouvements #Agressionnondénoncée ou #MoiAussi par exemple, il semble que le phénomène en soi ne trouble pas la société. Ce sont plutôt ces mouvements de dénonciation qui le font, en ne respectant pas le caractère tabou du sujet. En effet, tandis qu'«on s'obstine à faire comme si le viol était extraordinaire et périphérique» (Despentes, 2006 : 47), les taux de victimisation sont élevés. À l'instar des résultats d'une enquête auprès de la population générale (Secrétariat à la condition féminine et Léger Marketing, 2016 : 19), le nombre d'agressions sexuelles serait encore largement sous-estimé par la population.

Il est tout de même possible de se questionner sur les transformations des dernières années. Concernant les perceptions sur les agresseurs, la notion que n'importe qui pourrait être agresseur serait de plus en plus propagée. Cela ne serait pas lié à la sexualité impulsive masculine présumée, mais à la diminution de l'image de l'agresseur typique dans l'imaginaire. En effet, dans les dernières années, les répondantes voient une évolution à ce sujet, bien qu'elles considèrent que l'image de l'inconnu est encore très répandue. Elles attribuent ce changement entre autres aux cas médiatisés de personnes connues ayant commis des agressions sexuelles. Néanmoins, le déni des violences sexuelles est encore très présent,

surtout lorsqu'il est question de quelqu'un ayant un fort capital social : les personnes vont douter de la parole de la victime vu la disparité de crédibilité.

Comme le note la littérature, la plupart des agresseurs sont des personnes connues de la victime, alors que le mythe de l'agresseur inconnu est encore présent. La figure de l'étranger, amenant l'altérisation de l'agresseur, serait-elle liée à un taux de dévoilement différencié par la relation entre la victime et l'auteur.rice de violence? Si les mythes renforcent une victimisation plus crédible lorsque l'agression est commise par une personne inconnue, cela a-t-il une incidence sur le dévoilement? Bien que la présente recherche ne se penche pas sur les dénonciations, il est intéressant de constater qu'«après le mouvement #MoiAussi, un plus grand nombre d'agressions sexuelles signalées à la police impliquaient un auteur présumé connu de la victime.» (Cotter et Rotenberg, 2018 : 3).

La violence basée sur le genre englobe les normes de masculinité toxique qui affirme que les hommes seraient toujours à la recherche de relations sexuelles. Cela peut rejoindre les propos de Despentès (2006), qui lie la construction du mythe des pulsions incontrôlables de l'homme aux normes de virilités traditionnelles. Ainsi, les autres seraient-elles mis au statut d'objet récepteur de ces désirs ? En plus de renforcer le mythe des pulsions biologiques, cela stigmatise les personnes masculines victimes. En effet, avec cette fausse présomption, comment pourraient-ils être non consentants s'ils recherchent constamment à avoir des relations sexuelles? Des cas très médiatisés au Québec, entre autres en lien avec le mouvement #MoiAussi, comprenaient des cas avec des victimes masculines. Il serait intéressant de se pencher sur son impact sur les perceptions des victimes, alors qu'on note que «le nombre de victimes de sexe masculin a également augmenté de 25 % après #MoiAussi (723 par rapport à 578 pendant un trimestre moyen avant #MoiAussi)» (Cotter et Rotenberg, 2018 : 13).

Aussi, lorsque les répondantes devaient choisir un changement sous la forme d'une baguette magique, certaines ont nommé qu'elles instaureraient «l'égalité des sexes». Elles analysent que l'égalité des genres aiderait à éradiquer les violences sexuelles. Alors que ce mémoire est rédigé en 2019, les actions de la *Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les*

violences sexuelles de 2016-2021 sont en cours. Celle-ci semble avoir une analyse semblable en nommant «le souci de complémentarité entre la promotion des rapports égalitaires et la prévention des violences sexuelles» (Secrétariat à la Condition féminine, 2016). Elle ajoute que la prochaine *Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes* inclura des actions ayant pour cible les stéréotypes sexuels et sexistes pour promouvoir des modèles et des comportements égalitaires (*Ibid*). Aussi, tandis qu'une participante nomme le manque de culture à la sexualité saine, la stratégie de 2016-2021 comporte aussi des actions pour une éducation à la sexualité encourageant les rapports égalitaires (Secrétariat à la Condition féminine, 2016). Les analyses sociopolitiques des répondantes semblent s'imbriquer dans les volontés gouvernementales en matière de violence sexuelle.

CONCLUSION

Cette recherche s'est bâtie autour d'un questionnement : comment les intervenant.es travaillant en centre désigné auprès des adultes ayant vécu une agression sexuelle récente composent-elles avec les mythes identifiés par les féministes entourant la violence sexuelle? L'acquisition de services pour les victimes d'agression sexuelle est un apport important qui soutient grandement les victimes et la société. Par contre, plusieurs problématiques sont encore présentes. Si les perceptions entourant les violences sexuelles sont vues comme des faits naturels et que le contexte sociopolitique amène certaines personnes à penser que l'égalité est déjà atteinte, comment demander une transformation des pratiques? Si les services sont déjà «l'acquis», sommes-nous ouvert.es à les critiquer? Comment susciter la remise en question de la voie de circulation si les services d'urgence se sentent débordés et que la victime est un.e patient.e «illégitime»? Comment combattre la responsabilisation des victimes (self-blame, victim-blaming, etc.), si présente encore ? Ce serait peut-être en devenant un sujet obstiné ; en refusant ces perceptions et en intervenant à chaque fois que celles-ci surgissent. En tant qu'intervenantes féministes, les répondantes sont conscientes des impacts des fausses croyances et des risques de victimisation secondaire chez les victimes. En déconstruisant le sentiment de responsabilité auprès de la victime, en définissant ce qu'est le consentement à la police, en répétant que chaque victime est unique et qu'elle peut avoir une diversité de réactions à l'infirmier, en rappelant au médecin son rôle de soins plutôt que d'enquêteur, l'intervenante féministe tente de combattre la culture du viol et ses impacts autour d'elle dans son quotidien.

En résumé, les résultats que j'aurai obtenus entourant la perception des mythes en présence, les risques de victimisation secondaire et l'intervention féministe corroborent la littérature sur le sujet. Les volontés de transformation sociale atterrissent de multiples manières dans les

pratiques dans le contexte d'intervention d'urgence en agression sexuelle. Pour conclure, des pistes à explorer par de plus amples recherches sont mises de l'avant et un exercice réflexif est proposé.

Recherches futures

Il serait pertinent d'effectuer de l'observation dans les CD et de faire des entretiens avec d'autres personnes liées à l'intervention d'urgence : médecins, policiers.ères, victimes. En effet, alors que Corbeil et Marchand (2010 : 46) mentionnaient que les intervenant.es institutionnel.les voulaient sortir des pratiques silencieuses, recueillir la parole de toutes les personnes travaillant autour des victimes est un réel besoin pour mieux comprendre les réalités et améliorer les pratiques.

La *Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles* de 2016-2021 prévoit la conception et le déploiement d'un outil de collecte de données pour tous les centres désignés de la province. Il permettra de «compiler des données fiables et comparables d'une région à l'autre quant aux huit étapes de l'intervention médicosociale en centre désigné, de dresser un portrait de la clientèle et des services offerts et, au besoin, d'ajuster les services» (Secrétariat à la Condition féminine, 2016 : 46). Cette initiative sera pertinente pour avoir plus d'informations quant aux réalités et enjeux terrains. Alors qu'il a beaucoup été abordé l'intervention en CD, il serait aussi hautement pertinent d'examiner les facteurs faisant que certaines victimes ne vont pas aller vers ce service.

Les limites de l'étude ont été abordées dans le chapitre III. Par contre, durant la discussion, une autre dimension a surgi. Alors qu'historiquement, les lois concernant les agressions sexuelles servaient à punir les agresseurs racisés et protéger les femmes de la classe supérieure et qu'Ahmed nomme que l'image du corps vulnérable ayant besoin de protection est celui d'une femme blanche, ces éléments n'ont pas été discutés dans les entretiens. Il est reconnu que certains groupes de personnes sont plus à risque de vivre de la violence sexuelle et de la victimisation secondaire (Martin, 2005). Une prochaine recherche pourrait orienter

ses objectifs vers les réponses des services aux besoins des victimes racisées. Dans le même ordre d'idée, la *Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles* contient des actions spécifiques visant les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, les personnes immigrantes et des minorités ethnoculturelles, les personnes LGBT, les étudiant.es, les personnes dans les milieux sportifs et les autochtones (Secrétariat à la Condition féminine, 2016). Il serait intéressant d'explorer l'application de cette stratégie dans les années à venir.

Tandis que le cadre théorique est bâti sur des concepts de violence basée sur le genre, choix assumé qui le différencie des approches de violence contre les femmes, les exemples émis par les répondantes reprennent très souvent l'opposition binaire victime femme et agresseur homme. Une répondante a abordé ce phénomène : «la plupart de mes exemples vont être dans le, hétérosexuel, là c'est un peu un réflexe que j'ai. [...] Mais, ceci étant dit, je ne veux pas exclure que...»(B1). Ne terminant pas sa phrase, on peut présumer qu'elle ne veut pas exclure que des agressions sexuelles se produisent aussi dans d'autres contextes. La cishétéronormativité reste tout de même présente au cours des entretiens. Alors que les statistiques montrent en effet que la plupart des victimes sont des filles et des femmes, il semble qu'en contexte d'agression sexuelle envers les adultes, une victime est définie comme une personne féminine et un agresseur, masculine. Alors qu'Ahmed parle de «heterogender as another brick wall» (2017 : 215), l'accessibilité des services aux personnes ne cadrant pas avec schème pourrait en être influencée. Je propose donc que les prochains plans d'action et projets d'études réfléchissent à cet enjeu.

Comment améliorer l'environnement social pour contre la culture du viol ?

Enfin, au regard du quatrième objectif de cette recherche, soit l'amélioration de l'environnement social pour lutter contre la culture du viol, je souhaite que ce mémoire puisse s'y inscrire contribuant aux savoirs sur l'intervention auprès de victimes adultes en centre désigné. Ainsi, je termine en énumérant des questions ou des pistes de discussions pour les personnes intéressées à réfléchir aux pratiques et à l'organisation des centres désignés. Alors

que l'isolement des praticien.nes est un facteur qui rend l'articulation des principes féministes plus ardue sur le terrain (Corbeil et Marchand, 2010 : 51), ces pistes pourraient fournir une occasion pour une discussion d'équipe. Un projet de rencontre de groupe entre professionnel.les pourrait-il en ressortir?

- Selon moi, quels sont les objectifs des centres désignés ?
- Quel est mon rôle dans le centre désigné ?
- Quels enjeux sont présents dans ma pratique ?
 - Par rapport à mes interactions avec la victime, ses proches,
 - Par rapport à mon code de déontologie
 - Par rapport à mes collègues du CD et des partenariats externes (DPJ, police, maison d'hébergement, etc.)
 - Par rapport à mon environnement de travail
- Comment mes expériences personnelles peuvent-elles influencer mon intervention auprès de victimes d'agression sexuelle ?
- Quelles réactions des victimes peuvent me faire sentir inconfortable ?
- Quels types de formation diminueraient mon inconfort ?
- Si je ressens un inconfort, avec qui puis-je en discuter ?
- Suis-je à l'aise de discuter de mes interventions avec mes collègues ?
- Qu'est-ce qui déclenche un besoin de raisonner une histoire d'agression sexuelle? Quels éléments me font douter des paroles d'une victime ?
- Si je me ferme les yeux, comment je m'imagine une victime d'agression sexuelle? Comment cette image peut-elle influencer mon travail ?
- Si je pouvais transformer le CD, qu'est-ce que je changerais ?
- Après avoir lu sur les risques de victimisation secondaire en CD, quelles pratiques puis-je mettre en place afin de les réduire? De quelle manière pourrais-je apporter ce sujet en réunion d'équipe ou auprès de la personne gestionnaire ?
- Si j'avais une baguette magique, qu'est-ce que je ferais par rapport aux mythes sur les violences sexuelles / culture du viol ?

- Comment puis-je travailler vers ces transformations dans ma pratique quotidienne ?

En somme, l'adoption d'une posture féministe théorique et pratique permet de réfléchir aux enjeux de pratiques organisationnelles et d'interventions en centre désigné et de mettre en œuvre des stratégies pour offrir des services de qualité aux victimes d'agression sexuelle du Québec. Ces réflexions et le travail de transformation quotidien sont imbriqués dans un va-et-vient constant ; : «We enact the world we are aiming for ; nothing less will do» (Ahmed, 2017 : 255).

ANNEXE A : CANEVAS D'ENTRETIEN

Intervention auprès des adultes en centre désigné : enjeux soulevés par les mythes sur la violence sexuelle

Signature du formulaire de consentement

Préambule : rappel des objectifs de l'étude

Comme vous avez pu en prendre connaissance dans le formulaire de consentement, la recherche sert à explorer les enjeux soulevés par les mythes sur la violence sexuelle. Elle cible spécifiquement le contexte d'intervention auprès des adultes en centre désigné. Ainsi, même s'il se peut que vous interveniez aussi auprès de mineur.es, les questions concernent l'intervention auprès des personnes de 18 ans et plus seulement.

L'entretien sert donc à récolter des données. Les questions sont divisées en deux parties. La première aborde les mythes et la violence sexuelle en général. La deuxième section explore les enjeux reliés à ceux-ci dans votre contexte d'intervention spécifique. Les questions vont s'entrecroiser, mais je vais poser chacune d'elles même si le sujet a déjà été abordé. Je le fais pour vous permettre d'ajouter des éléments si vous voulez, mais sentez-vous à l'aise de mentionner que vous avez déjà répondu à cette question de manière complète. Avant de terminer, quelques données sociodémographiques seront récoltées et vous pourrez ajouter des commentaires à l'entrevue si vous le désirez. Je vous rappelle que votre participation est volontaire et que vous pouvez vous retirer de la recherche ou refuser de répondre à certaines questions sans justification nécessaires.

Avez-vous une question avant que l'entretien débute?

Début de l'enregistrement

Mythes & violence sexuelle

1. À votre avis, quels sont les mythes contemporains entourant la violence sexuelle?

Sous-questions : Comment croyez-vous que ces mythes sont interprétés par les victimes, vos collègues de travail, les autres services entourant la violence sexuelle pour les adultes (santé et services sociaux, police, système judiciaire, organisme communautaire, etc.)

Ces mythes ont-ils des conséquences sur les victimes? Si oui, quelles sont-elles? Sur la société?

1.1. Lors de mes recherches, j'ai identifié trois principaux mythes. À partir de ceux-ci, il en découle plusieurs autres.

1.1.1 Mythe : Les femmes veulent être violées

1.1.2 Mythe : Tous les hommes sont des agresseurs

1.1.3 Mythe : Entre partenaires intimes, le sexe va de soi

Est-ce que vous les identifiez comme des mythes? Est-ce que vous les reliez à d'autres mythes avec lesquels vous devez composer lors de vos interventions?

Intervention en centre désigné

2. De quelle manière les mythes sur la violence sexuelle affectent-ils votre intervention ?

Parlez-moi des liens que vous faites entre l'intervention en centre désigné et les mythes sur la violence sexuelle, de quelle façon adaptez-vous votre intervention d'urgence?

Comment considérez-vous votre rôle en tant qu'intervenant.e en centre désigné par rapport à ces mythes?

2.1 Pouvez-vous me donner un exemple, sans dévoiler des détails permettant d'identifier la victime ou l'agresseur?

À quel moment de l'intervention avez-vous composé avec un ou des mythes ? Comment la victime a-t-elle réagi? Quels étaient les enjeux soulevés par ces mythes? Avez-vous un autre cas à raconter où vous avez dû à composer avec un ou plusieurs mythes au cours de l'intervention initiale en centre désigné auprès d'une victime adulte.

Avez-vous déjà discuté avec vos collègues des enjeux soulevés par les mythes en intervention auprès des adultes en centre désigné? Qu'en était-il ressorti?

Croyez-vous que les services peuvent renforcer et réduire certains mythes et leurs conséquences? De quelle(s) façon(s)?

3. Selon vous, quels sont les objectifs de l'intervention auprès des adultes en centre désigné?

4. Si vous aviez à former un.e nouvel.le professionnel.le en centre désigné, qu'est-ce que vous trouviez important de lui dire ?

5. Dans un monde idéal, qu'est-ce que vous feriez par rapport aux mythes sur la violence sexuelle?

Si vous aviez une baguette magique, sur quel élément agiriez-vous?

Données sociodémographiques

Programme d'études et profession actuelle

Quelle formation avez-vous reçue spécifiquement en lien avec l'intervention auprès de victimes?

Nombre de mois ou d'années d'expérience en centre désigné :

Nombre de victimes adultes auprès de qui vous êtes intervenus:

(2 à 5) ou 5 et plus

Quelle est la composition de votre équipe d'intervention en centre désigné?

(Travaillez-vous avec un.e médecin, un.e infirmier.ère, un.e technicien.e de laboratoire...)

(si pertinent) Quels sont les critères pour l'accessibilité des services concernant le genre (est-ce seulement pour les femmes ou exclusion des hommes cisgenres? Acceptez-vous les femmes trans et les personnes non-binaires?)

Est-ce que vous vous identifiez à un genre? Si oui, lequel?

Quelle est votre première langue?

Considérez-vous comme féministe?

Terminer l'entrevue :

Avez-vous un commentaire ou une réflexion que vous souhaiteriez ajouter?

Avez-vous une question au sujet de l'entrevue ou de la recherche?

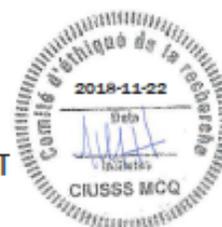
Remerciements

Mentionner une autre fois à la personne qu'elle a une copie du formulaire de consentement.

Réitérer le fait que la personne peut utiliser les services de la ligne d'écoute provinciale concernant les agressions sexuelles au besoin

Merci

ANNEXE B : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Intervention auprès des adultes en centre désigné : enjeux soulevés par les mythes sur la violence sexuelle

Étudiant-chercheur

Laurie Bissonnette, maîtrise en travail social, concentration en études féministes,
514-652-5901, bissonnette.laurie@courrier.uqam.ca

Direction de recherche

Maria Nengeh Mensah, mensah.nengeh@uqam.ca 514 987-3000 poste 1723, Professeure à l'École de travail social, directrice de mémoire

Préambule

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique un entretien d'une durée d'environ 60 minutes. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugez utiles.

Description du projet et de ses objectifs

Le projet de recherche s'intéresse à comment les intervenant.es travaillant en centre désigné auprès des adultes ayant vécu une agression sexuelle récente composent avec les mythes identifiés par les féministes entourant la violence sexuelle. Dix entrevues avec des professionnel.les remplissant les troussees médico-légales ou médico-sociales en centre désigné au Québec se dérouleront entre décembre 2018 et mars 2019. Quatre objectifs ont été retenus : explorer les mythes contemporains entourant la violence sexuelle affectant les adultes, connaître les perceptions des intervenant.es du Québec remplissant la trousse médico-sociale ou médico-légale auprès des victimes adultes à propos des mythes et de leur travail avec ceux-ci, analyser selon une perspective féministe les manières dont ces intervenant.es composent avec les mythes, améliorer l'environnement social pour lutter contre la culture du viol en contribuant aux connaissances sur l'intervention auprès de victimes adultes en centre désigné.

Nature et durée de votre participation

Votre participation implique un entretien d'une durée d'environ 60 minutes. Il vous sera demandé de répondre à des questions au sujet de votre travail en centre désigné auprès des adultes victimes d'agression sexuelle. Vous pourrez choisir le moment qui vous convient pour effectuer cette entrevue, par visioconférence ou en personne, à votre lieu de travail. L'entretien sera enregistré sur un support audio.

Avantages liés à la participation

La participation au projet de recherche est une opportunité de développement de réflexions quant à votre pratique en centre désigné et offre la possibilité de contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine.

Risques liés à la participation

La recherche aborde un sujet sensible et peut faire remonter des souvenirs d'expérience d'interventions difficiles. Il est possible que vous ne vous sentiez pas à l'aise d'exprimer votre point de vue sur le sujet. Cela peut affecter votre sentiment de compétence professionnelle. Les entretiens seront effectués sur le temps de travail régulier. Les coordonnées de la ligne-ressource en agression sexuelle provinciale sont données systématiquement aux participant.es, au cas où vous ressentiez le besoin de recevoir du soutien après l'entretien. La ligne-ressource est destinée aux victimes, aux proches et aux intervenant.es. Voici le numéro sans frais, 24h/7 : 1 888 933-9007

Confidentialité

Vos informations personnelles ne seront connues que de la chercheuse principale et ne seront pas dévoilées lors de la diffusion des résultats. Les entrevues retranscrites seront numérotées et seule la chercheuse principale aura la liste des participants avec les correspondances. Les renseignements personnels seront conservés sur un ordinateur avec un mot de passe pour ouvrir la session et un autre pour ouvrir les documents comportant des données confidentielles. Les enregistrements audio seront tous protégés par un mot de passe et effacés du support d'enregistrement après le transfert dans un dossier informatisé. Les formulaires de consentement signés seront mis dans un tiroir fermé à clef. La liste de correspondance sera conservée à clef, dans un autre tiroir. Ainsi, toutes les données seront séparées des formulaires de consentement. Les enregistrements seront détruits dès qu'ils auront été retranscrits et tous les documents relatifs à votre entrevue seront conservés sous clef durant la durée de l'étude. L'ensemble des données personnelles sera détruit un an après la publication du mémoire de recherche.

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou vous retirer en tout temps sans avoir à justifier votre décision et ce, sans aucun préjudice. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser Laurie Bissonnette, la chercheuse principale, verbalement durant l'entretien ou par téléphone ou courriel par la suite; toutes les données vous concernant seront détruites.

Indemnité compensatoire

Aucune indemnité compensatoire n'est offerte.

Des questions sur le projet?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet:

Directrice de recherche : Maria Nengeh Mensah, mensah.nengeh@uqam.ca 514 987-3000 poste 1723
 Chercheuse principale : Laurie Bissonnette, bissonnette.laurie@courrier.uqam.ca 514-652-5901,

Pour toutes questions concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS MCQ au numéro suivant : 1 888-693-3606.

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche volet psychosocial du Centre Intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) et le comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains de l'UQAM (CERPE). Ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche du CIUSSS MCQ au 819 372-3133 poste 32303 ou la coordination du CERPE : Julie Sergent, agente de recherche et de planification, (514) 987-3000 poste: 3642 sergent.julie@uqam.ca

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

 Prénom Nom

Version : 2018-11-14

Laurie Bissonnette

2 / 3

Signature

Date

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e) certifie

(a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire; (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;

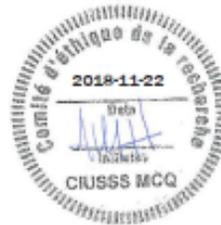
(c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;

(d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom Nom

Signature

Date



BIBLIOGRAPHIE

- Ahmed, S. (2017). *Living A Feminist Life*. Londres : Duke University Press.
- Ahmed, S. (2012). Les rabat-joie féministes (et autres sujets obstinés). (O. Bonis, trad.). *Cahiers du Genre*, 2(53), 77-98. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2012-2-page-77.htm>
- Billette, V., Guay, S. et Marchand, A. (2005). Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle : synthèse des écrits. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 101–120. doi:10.7202/012141ar
- Braidotti, R. (s.d). Théorie féministe posthumaine. Récupéré de https://www.moodle2.uqam.ca/coursv3/pluginfile.php/264102/mod_resource/content/0/theoriefeministeposthumaine.pdf
- Burt R., M. (1980). Cultural Myths and Supports for Rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(2), 217-230. Récupéré de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.474.5745&rep=rep1&type=pdf>
- Campenhoudt, L. V., Marquet, J. et Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociale* (5^e éd.). Malakoff : Dunod.
- Canada. Ministère de la Justice. (2016). *Estimation de l'incidence économique des crimes violents au Canada en 2009 : Agression sexuelle et autres infractions d'ordre sexuel*. Récupéré de http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/victim/rr14_01/p10.html
- Cloutier, Y., Marquis, C., Mercado, R., Brown, D., Couture, A., Deschênes, E., ... Villemure, R., Gouvernement du Québec. (2014). *Rapport sur la mise en oeuvre du plan d'action*

gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle. Récupéré de http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Violence/_Rapport_Plan2008-2013_AgressSexuelle.pdf

Collège des médecins du Québec. Direction de l'amélioration de l'exercice. (2009). *Trousse médicolégale*. Récupéré de www.cmq.org/pdf/banque-info/binfo503.pdf?t=1519257600026

Collin-Vézina, D., Dion, J., et Hébert, M. (2010). *Organisation des services pour les victimes d'agression sexuelle au Québec: portrait et pistes d'action* (Rapport de recherche 2010-AS-136939). Récupéré de http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_Collin-V%C3%A9zinaD_rapport+2014_agression+sexuelle+portrait+pistes+d%27actions/264ce392-8ef8-4106-84b5-2a6d4a10037f

Conroy, S et A. Cotter. Statistique Canada. (2017). *Les agressions sexuelles autodéclarées au Canada, 2014*. Récupéré de <https://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2017001/article/14842-fra.htm>

Corbeil, C. et Marchand, I. (2010) L'intervention féministe : un modèle au cœur des pratiques du mouvement des femmes québécois. Dans *L'intervention féministe d'hier à aujourd'hui*. Éditions du remue-ménage, 23-54.

Corcoran, J. (2014). Crime Victims. [Chapitre de livre]. Dans *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations* (p.289-300). New York : Columbia University Press. Récupéré de <http://www.jstor.org/stable/10.7312/gitt16362.5>

Cotter, A. et Rotenberg, C. Statistique Canada. (2018). *Les agressions sexuelles déclarées par la police au Canada avant et après le mouvement #MoiAussi, 2016 et 2017*. Récupéré de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/85-002-X201800154979>

Couturier, Y. et Huot, F. (2003). Discours sur la pratique et rapports au théorique en intervention sociale : explorations conceptuelles et épistémologiques. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 106–124. Récupéré de <https://www.erudit.org/fr/revues/nps/2003-v16-n2-nps840/009840ar/>

Despentès, V. (2006). *King Kong Théorie*. Paris : Éditions Grasset.

- Dominelli, L. (2002). *Feminist social work : Theory and practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Dorlin, E. (2008). « Épistémologies féministes », *Sexe, genre et sexualités. Introduction à la théorie féministe*. Paris: PUF, 9-31.
- Dumont, M. et Toupin, L. (2003). Épilogue ,[Chapitre de livre]. Dans *La pensée féministe au Québec. Anthologie 1900-1985* (p.717-730). Montréal, Éditions du Remue-ménage.
- Flood, M. (2018). *Toxic masculinity: A primer and commentary*. Récupéré de <https://web.archive.org/web/20190612064526/https://xyonline.net/content/toxic-masculinity-primer-and-commentary>
- Gilbert, A. (2015). *Exploration des besoins et de l'expérience des adultes victimes d'agression sexuelle dans les centres désignés*. (Thèse de doctorat). Université du Québec à Chicoutimi. Récupéré de <http://constellation.uqac.ca/3995/>
- Gouvernement du Québec. (2019). *GHB*. Récupéré de <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaitre-les-drogues-et-leurs-effets/ghb/>
- Gouvernement du Québec. (2016). *Agressions sexuelles*. Récupéré de <http://www.agressionssexuelles.gouv.qc.ca/fr/index.php>
- Griffin, S. (1986). *Rape: The Politics of Consciousness* (3^e éd.). San Francisco : Harper & Row.
- Hopchet, M., Kholti, S., et Vanhelleputte, A. (2017). Effets de la violence interpersonnelle : Trauma complexe, évolution symptomatologique et implications thérapeutiques. *Annales Médico-psychologiques*, 175(3), 290-293. Récupéré de <https://www-sciencedirect-com.proxy.bibliotheques.uqam.ca/science/article/pii/S0003448717300367>
- Institut national de santé publique. (2018). *Cadre Légal*. Récupéré de <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/loi/cadre-legal>

- Itzin, C. Taket, A et Barter-Godfrey, S. (dir.). (2010). *Domestic and sexual violence and abuse : tackling the health and mental health effects*. Oxon : Routledge. Récupéré de <http://lib.myilibrary.com.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/Open.aspx?id=289852>
- Kaufmann, J.-C. (2007). La conduite d'entretiens. [Chapitre de livre]. Dans F. Singly (dir.), *L'Enquête et ses méthodes : l'entretien compréhensif* (p. : 47-57). Paris : Armand Colin,.
- Lonsway, K. A. et Fitzgerald, L. F. (1994), Rape Myths In Review. *Psychology of Women Quarterly*, 18(2), 133-164. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1994.tb00448.x>
- Maheu, M.-E. (2014, 5 novembre) #AgressionNonDénoncée : des victimes brisent le silence. *Radio-Canada*. Récupéré de <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/692532/agressions-non-denoncees-campagne-federation-femmes-quebec-twitter>
- Maier, S L. (2008). Are Rape Crisis Centers feminist organizations? *Feminist Criminology*, 3(2), 82-100. Récupéré de <http://journals.sagepub.com.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/doi/pdf/10.1177/1557085107310623>
- Martin, P. Y. (2005). *Rape Work : Victims, Gender, and Emotions in Organization and Community*. New York : Context Routledge.
- Ministère de Santé et des Services sociaux. (2016). *Cadre de référence pour l'autorisation d'une recherche multicentrique*. Récupéré de http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/comites-d-ethique-de-la-recherche/Cadre_reference_etab_RSSS_avril2016.pdf
- Ministère de la Sécurité publique. (2015). *Infractions sexuelles au Québec en 2015*. Récupéré de <https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/police/publications-et-statistiques/statistiques/infractions-sexuelles/2015/en-ligne.html>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000626/>

- Murphy, S. (2017, December). Intersectional feminisms: Reflections on theory and activism in Sara Ahmed's Living a feminist life. *Women's Studies Journal*, 31(2), 4-17. Récupéré de <https://search-proquest-com.proxy.bibliotheques.uqam.ca/docview/2002003736/fulltextPDF/113D9E6FD0254574P/Q/1?accountid=14719>
- Ollivier, M. et Tremblay, M. (2000). *Questionnements féministes et méthodologie de la recherche*. Montréal: L'Harmattan.
- Paillé, P. (2007). «La recherche qualitative. Une méthodologie de la proximité». [Chapitre de livre]. Dans H. Dorvil (dir.), *Problèmes sociaux, Tome III, Théories et méthodologies de la recherche* (p. 409-443). Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Pineda, A. (2018, 20 novembre). Les Courageuses plaident la force du nombre. *Le Devoir*. Récupéré de <https://www.ledevoir.com/societe/541730/les-courageuses-plaident-la-force-du-nombre>
- Pouliot, C. (2012). *Guide d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle* (2^e éd). Montréal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- Rhéaume, J. (2007). L'enjeu d'une épistémologie pluraliste. [Chapitre de livre]. Dans V. De Gaulejac, F. Hanique et P. Rocher (dir.), *La sociologie clinique*. (p. 68-87). Toulouse : Eres.
- Secrétariat à la Condition féminine. (2016). *Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles 2016 / 2021*. Récupéré de http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Violence/Brochure_Violences_Sexuelles.pdf
- Sheel, J. (2010). *Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle enfants, adolescentes, adolescents, femmes et hommes : intervenons ensemble!*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Récupéré de <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2049786>
- Turcotte, D. (2009). Recherche et pratique en travail social : un rapprochement continu et essentiel. *Intervention*, 131(54), 54-64.

Ullman, S. E. (2010). *Talking about sexual assault: Society's response to survivors*. Washington : *American Psychological Association*. Récupéré de <http://dx.doi.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/10.1037/12083-000>

Ullman, S. E. et Townsend, S. M. (2007). Barriers to Working With Sexual Assault Survivors: A Qualitative Study of Rape Crisis Center Workers. *Violence Against Women*, 13(4), 412-443. Récupéré de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077801207299191>

