

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
MYRIAM BARTURA

DESCRIPTION ET ÉVALUATION DU PROCESSUS D'ÉLABORATION D'UNE
CONSTRUCTION COLLECTIVE DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE
DES SERVICES POUR LES VICTIMES D'AGRESSIONS SEXUELLES
PRODIGUÉS PAR DES INFIRMIÈRES INTERVENANT AUPRÈS DE VICTIMES
D'AGRESSIONS SEXUELLES (IIVAS)

AVRIL 2012

Sommaire

L'avènement de nouvelles législations encadrant la pratique infirmière au Québec confère aux infirmières l'opportunité d'accéder à une pratique plus autonome. Parallèlement, le programme « Sexual Assault Nurse Examiner » (SANE), permet à des infirmières ayant reçu une formation spécifique d'intervenir de manière autonome et globale auprès de victimes d'agressions sexuelles, et ce, tant aux États-Unis et au Canada anglais qu'au Royaume-Uni et en Australie. Au Québec, les centres désignés ou structures formelles d'accueil pour les victimes d'agressions sexuelles sont en opération. Aucune recherche n'est disponible au Québec quant à l'organisation spécifique des services dédiés aux victimes d'agressions sexuelles pour chaque région. Selon certaines données administratives analysées et selon l'expérience des professionnels de la santé rapportée dans le cadre de ce projet, il apparaît pertinent que la structure d'accueil actuelle offre une option supplémentaire de distribution des soins. Cet essai propose par un processus consultatif, la structure d'un projet pilote novateur d'organisation de services, des outils administratifs et cliniques connexes et une évaluation structurée selon une approche de planification de programme (Green & Kruter) et basé sur une épistémologie constructiviste d'évaluation de Quatrième génération. Les objectifs évaluatifs sont les suivants : 1) identifier les besoins éducationnels et pratiques des infirmières, essentiels à la pratique d'un rôle élargi et autonome; 2) décrire les éléments prédisposants, favorisants, contraignants et de renforcement du profil organisationnel du modèle écologique en matière de développement de projet pilote; 3) décrire les perceptions des participants (représentants ministériels, administratifs et cliniques) eu

égard au processus d'élaboration du devis construit collectivement de la structure organisationnelle du projet pilote. Une étude qualitative a suivi la phase de consultation, laquelle a mené à la co-construction du devis de la structure d'organisation des services dispensés par des infirmières intervenant auprès des victimes d'agression sexuelle (IIVAS). Les données ont été recueillies auprès du comité d'experts ayant collaboré à la phase de consultation. Les principaux résultats qui émergent de l'évaluation sont : les besoins éducationnels théoriques et pratiques des infirmières afin d'accéder à un rôle autonome, les enjeux interdisciplinaires, les diverses forces parfois antagonistes du contexte politique et entre autres la question législative qui teinte abondamment l'intervention ainsi que l'étude qui en découle.

Mots clés : science infirmière médico-légale, programme SANE, pratique infirmière autonome et collaborative, infirmières intervenant auprès de victimes d'agression sexuelle IIVAS, évaluation de 4^e génération.

Table des matières

Sommaire	ii
Remerciements	x
Introduction	1
Problématique	6
Buts et objectifs	17
But visé par le projet	18
Objectifs spécifiques du projet d'intervention	19
Objectifs spécifiques de la phase d'évaluation	19
Développement personnel et clinique	20
Objectifs personnels d'apprentissage	20
Justification de l'étude	21
Revue des écrits	23
L'organisation des services au Québec	25
Le programme SANE	28
Évaluation du programme SANE	32
Histoire et éléments de programme	32
Efficacité quant au bien-être psychologique	37
Efficacité des services médicaux/des soins de santé	40
Efficacité médicolégale	45
Efficacité légale	48
Efficacité quant aux changements communautaires	51

Autres	53
Cadres de Référence	56
Processus consultatif de l'intervention	60
Le modèle écologique de planification PRECEDE/PROCEED de Green et Kruter	61
Méthode	64
Définition de concepts	65
Cadre méthodologique	67
Phase d'intervention	71
Description du milieu	71
Participants	72
Déroulement de l'étude	73
L'entrée	73
L'entente	73
L'orientation	74
La planification	75
La réalisation	75
La terminaison	76
Phase d'évaluation	77
Méthode	77
Sélection des participants et critères	77
Outils de collecte de données	78
Pertinence de la grille d'entrevue	78

Rôle de l'étudiante chercheur lors de tout le processus (intervention et évaluation)	78
Collecte de données	79
Processus d'analyse de données	80
Critères de rigueur	80
Crédibilité	81
Transférabilité	81
Fiabilité	81
Confirmation	82
Considérations éthiques	82
Résultats	84
Phase d'intervention	85
Contexte	85
Objectifs	89
Cadre légal	89
Cadre de référence du projet pilote	90
Intervenants	91
Clientèle cible	92
Formation offerte	92
Interventions infirmières	94
Critères de référence à un médecin	95
Faisabilité	97
Phase d'évaluation	98

Profils éducationnel et organisationnel	99
Profil éducationnel	99
Objectifs éducationnels	100
Objectifs pratiques	102
Organisation de la formation	102
Profil organisationnel	104
Éléments prédisposants	104
Éléments facilitants / contraignants	105
Éléments de renforcement	110
Profil administratif	110
Les acteurs organisationnels à mobiliser	110
Les enjeux administratifs	112
Les barrières devant être éliminées pour le succès de la mise en œuvre	115
Recommandations des participants	116
Profil politique	118
Contexte légal	118
Contexte politique	119
Retombées attendues du projet	125
Discussion	128
Formation et développement des compétences	129
Formation théorique	129
Formation pratique	134

Organisation des services	136
Pratique autonome collaborative	137
Encadrement législatif	138
Évaluation de l'essai	140
Évaluation de l'atteinte des objectifs du projet d'intervention	140
Évaluation de l'atteinte des objectifs de la phase d'évaluation	146
Évaluation de l'atteinte des objectifs personnels	145
Forces et limites de l'étude	147
Forces	147
Limites	149
Recommandations	151
Recommandations pour la pratique clinique	151
Recommandations pour la recherche	152
Recommandations pour la formation	152
Recommandations pour la gestion	153
Conclusion	155
Références	159
Appendice A : Structure de fractionnement de tâches	169
Appendice B : Charte des responsabilités	171
Appendice C : Diagramme de Gantt	173
Appendice D : Projet pilote	176
Appendice E : Ordonnances collectives	202

Appendice F : Guide d'entrevue	228
Appendice G : Consentement	231
Appendice H : Certificat d'éthique	234
Appendice I : Présentation du programme SANE	231
Appendice J : Organisation des services	244
Appendice K : Expérience et vécu de la victime d'agression sexuelle ainsi que les retombées sur le filet de sécurité sociale	246
Appendice L : Grille d'évaluation de l'IIVAS	260

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier la directrice de cet essai, Madame Judith Lapierre. Ses connaissances, sa curiosité, son perfectionnisme pour les autres mais surtout pour elle-même, sa patience, son habilité à nous motiver à nous surpasser, ses encouragements et sa très grande disponibilité lors du sprint final ont permis la réalisation de cet essai.

Merci au Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec en partenariat avec l'Université du Québec en Outaouais pour la confiance que vous avez témoigné à mon égard, en m'octroyant une bourse d'étude de deuxième cycle.

Toute ma reconnaissance et ma gratitude à Madame Halina Siedlikowski pour avoir cru en ce projet, pour le temps alloué, pour les encouragements, pour l'expertise partagée avec tant de générosité et pour m'avoir permis d'explorer de nouvelles avenues.

Une reconnaissance toute particulière aux représentants de l'hôpital Pierre-Le Gardeur pour avoir cru au projet, pour avoir investi, temps et énergie dans cette grande aventure! Cette reconnaissance, je la partage aussi avec les participants du comité d'experts, pour le temps consacré à tenter de concevoir un projet pilote qui puisse répondre le mieux possible non seulement aux réalités contextuelles mais aussi en ayant une préoccupation majeure : le bien-être des victimes d'agression sexuelle.

Merci à Madame Chantal Saint-Pierre pour avoir rendu la formation accessible aussi rapidement et d'avoir cru en ce projet. Toute ma reconnaissance à mon employeur le CSSS des Collines, notamment Mesdames Danielle Paquette et Marilyse Proulx pour avoir fait preuve de flexibilité et de compréhension à mon égard ainsi que pour leurs encouragements.

Merci à Madame Anne Éthier pour avoir cru en ce projet et merci pour ton accompagnement et tes encouragements lors des tous premiers débuts de cette aventure.

Finalement, je tiens à remercier toute ma famille. Tout d'abord mon conjoint qui a su être à l'écoute, pour son soutien inconditionnel, ses encouragements, ses corrections, lui qui a su créer un climat propice pour terminer la rédaction de cet essai. Merci à mes enfants, Nathan pour sa patience lorsque maman devait « travailler » et pour ses sourires et sa joie de vivre que lui seul sait communiquer. Merci au futur bébé qui aura patienté jusqu'à la fin de cet essai pour se montrer le bout du nez, malgré ses signes d'impatience et de protestation. Une pensée particulière pour M. Dubois qui a pris le temps et son courage pour corriger tout cet essai, en un temps record. Merci à mes parents et amis pour leurs encouragements et leur compréhension.

Introduction

Il semblerait que notre système de santé actuel soit malade. Malade? Comment est-ce possible, direz-vous? Les heures interminables durant lesquelles la clientèle attend dans les salles d'attente des urgences des hôpitaux (Laframboise, 2011), ou encore les débordements des urgences souvent causés par une saturation de clientèles sur les unités de soins (Patrouilleurs Médias Québec, 2011; Samson, 2011), sans compter les délais interminables pour des examens diagnostiques et des procédures chirurgicales (Pelchat, 2012), etc. sont quelques symptômes de ce mal-être, abondamment exprimés dans les médias.

Alors que les ordres professionnels tentent de faire valoir leur champ de pratique respectif et que le gouvernement adopte des lois permettant une légalisation de ces divers champs de pratique professionnelle dans les milieux de soins, c'est une apparence de statu quo. L'organisation des services prend du temps, d'une part pour structurer et aligner les modulations aux exigences professionnelles mais aussi pour mettre en œuvre cette réorganisation, en passant par tout l'encadrement clinique des professionnels. Or, les gestionnaires des centres hospitaliers, malgré toute la bonne volonté qu'ils peuvent détenir, semblent ne parvenir qu'à éteindre des feux, vivant pour certains des frustrations quant à l'impossibilité d'effectuer les changements attendus en temps opportun. C'est ainsi que, malgré tout un système en place devant permettre une accessibilité à des soins rapides et efficaces, certaines clientèles éprouvent de la difficulté à trouver de l'aide,

particulièrement en situation de crise aiguë. Qu'elle soit physique, psychologique, psychiatrique, la crise vécue par la personne mérite qu'on s'attarde à la dignité humaine, à des soins de qualité et à des services spécialisés appropriés aux besoins.

Au Québec, en 1996, le système de santé s'est doté d'une structure formelle d'accueil pour les victimes d'agressions sexuelles (Brouwer, Trent & Vézina, 2004). Le but de cette initiative : répondre le plus adéquatement possible aux besoins de toutes les victimes (Brouwer et al., 2004). Quinze ans plus tard, cette structure est toujours en vigueur. Trois types d'organisation des services sous forme d'équipes multidisciplinaires (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010) sont proposés afin de répondre le mieux possible à la demande de soins de cette clientèle, tout en tentant de tenir compte de la disparité des ressources disponibles à l'extérieur des grands centres urbains. Parallèlement, de nombreuses études scientifiques se sont penchées sur l'efficacité des interventions effectuées par divers professionnels de la santé auprès de victimes d'agression sexuelle. Toutes ces études scientifiques identifient le programme infirmier SANE (Sexual Assault Nurse Examiner) comme étant un modèle d'organisation des soins performant et répondant de manière favorable aux besoins des victimes d'agressions sexuelles (Du Mont & Parnis, 2003; Johnston, 2005; Ledray & Simmelink, 1997; Stermac & Stirpe, 2002). Puisqu'il s'agit d'un programme qui date d'une quarantaine d'années, de nombreux documents présentent sa structure ainsi que les interventions infirmières s'y rattachant (International Association of Forensic Nurses,

Forensic Nurses, 2011; Ledray, 1999; Littel, 2001; Logan, Cole, & Capillo, 2006; Melton, Secrest, Chien, & Andersen, 2001).

Bien entendu, lorsqu'il est question d'un rôle professionnel, plusieurs lois en définissent les frontières. Or, en 2003, le projet de loi 90 vient permettre un encadrement plus spécifique du champ de pratique professionnelle de l'infirmière, lui reconnaissant une expertise quant à diverses activités. Entre autres choses, on reconnaît l'expertise infirmière quant à l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2003). Si l'on revient au cas présent, cela confère à l'infirmière la légitimité d'évaluer l'état physique et mental d'une victime d'agressions sexuelles. Toutes ces considérations seront abordées dans les pages à venir ...

Le présent essai contient sept chapitres. Le premier présente la problématique reliée aux victimes d'agression sexuelle, que ce soit leur incidence, les conséquences, les pistes de solution. Un second chapitre rapporte le but et les objectifs spécifiques d'une part de l'intervention et d'autre part de son évaluation. Vient ensuite la recension des écrits présentant trois thématiques soit : l'organisation des services au Québec, la description du programme SANE et l'évaluation du programme SANE. Par la suite, le quatrième chapitre explique d'une part l'épistémologie utilisée tout au long de l'étude mais aussi les deux cadres conceptuels utilisés, à savoir le « modèle intégré de la consultation » de Lescarbeau, Payette, & St-Arnaud (2003) ainsi que le modèle

écologique de planification PRECEDE/PROCEED de Green & Kruter (Renaud & Zmudio, 1999). Un cinquième chapitre permet d'expliciter la méthodologie utilisée d'une part lors de la phase d'intervention et d'autre part lors de la phase évaluative. Les résultats en découlant sont présentés au sixième chapitre et finalement une discussion ainsi que des recommandations viennent clore l'essai.

Bonne lecture!

Problématique

Bien que l'ampleur exacte du phénomène des agressions à caractère sexuel soit méconnue, plusieurs organismes d'aide aux victimes tentent de sensibiliser la population à cette réalité et à défendre l'accès à des services dans la communauté. Voici quelques statistiques qui permettent un aperçu sommaire de la situation. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) révèle qu'aux États-Unis, une enquête nationale a établi que 14,8% des femmes de plus de 17 ans affirment avoir déjà été violées. C'est sans compter les 2,8% de femmes qui ont subi une tentative de viol (OMS, 2002). De plus, 40 à 52% des femmes qui sont victimes de violence physique de la part d'un partenaire intime, mieux connu sous la désignation de violence conjugale, soutiennent avoir été agressées sexuellement (OMS, 2002). L'OMS estime de plus que ces statistiques ne représentent qu'une infime partie de la réalité actuelle, sans compter le nombre d'immigrantes ayant séjourné dans des camps de réfugiés et qui peuvent témoigner des viols collectifs et multiples qu'elles ont vécu. À ce propos, l'OMS mentionne que « le recours au viol en tant qu'arme de guerre a été documenté dans de nombreux conflits : Algérie, Bangladesh, Bosnie-Herzégovine, Indonésie, Libéria, Ouganda et Rwanda » (OMS, 2002). On parle aussi très peu des victimes masculines chez qui la dénonciation est extrêmement taboue. Pourtant, certaines études prouvent que dans les pays industrialisés, le taux de jeunes garçons qui affirment avoir été agressés sexuellement est de 5 à 10% alors qu'entre autres au Pérou, il est de l'ordre de 20% (OMS, 2002).

Plus près de chez nous, au Canada, Brennan et Taylor-Butts (2008) rapportent que le taux d'infraction sexuelle était de 73 pour 100 000 habitants, en 2007. Ces données sont congruentes avec celles de la sécurité publique du Québec qui rapporte qu'en 2009, le taux d'infractions sexuelles était de 67,6 infractions par 100 000 habitants (Ministère de la sécurité publique, 2011) soit légèrement inférieur au taux canadien. De plus, certains auteurs et organismes présentent les groupes les plus à risque d'agression à caractère sexuel. Ainsi, Rennison (2002) affirme que les femmes sont les victimes de 94% des agressions sexuelles complètes, de 91% des tentatives de viol et de 89% des attouchements sexuels. Ces statistiques sont corroborées par celles de Statistique Canada (2010) qui rapporte qu'en 2007, « le taux de victimisation sexuelle chez les femmes était 5,6 fois plus élevé que celui des hommes ». Or, « plus de la moitié (58%) des victimes d'agressions sexuelles étaient âgées de moins de 18 ans » (Statistique Canada, 2010). De plus, les victimes d'agressions sexuelles étaient majoritairement des filles de moins de 18 ans à 52%, des femmes adultes à 31% alors que les hommes représentent 3% de tous les cas rapportés (Ministère de la sécurité publique, 2011). Pour sa part, Boykins (2005) ajoute que les jeunes et les adolescents ainsi que les femmes sont les personnes les plus à risque d'agression sexuelle. Toutefois, elle précise que les personnes abusant de substances telles l'alcool et la drogue, les personnes ayant déjà été victimes d'une agression ainsi que les personnes provenant d'un statut socioéconomique plus précaire sont aussi plus vulnérables. Ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus par Logan, Cole et Capillo (2006).

Rennison (2002) affirme qu'une minorité de femmes agressées sexuellement rapportent le crime à la police, soit seulement 32%. Cette position est appuyée par Statistique Canada (2010) qui estime toutefois que seulement une victime sur dix rapporte le crime à la police, soit l'équivalent de 10%. Malheureusement, malgré une recherche exhaustive, aucune statistique plus récente n'a été répertoriée. Wolitzky-Taylor, Resnick, McCauley, Amstadter, Kilpatrick et Ruggiero (2011) rapportent les raisons motivant ce refus de dénoncer le crime aux autorités. En effet, 68.1% des victimes affirment avoir peur de représailles, 59.1% des victimes refusent que leur famille soit mise au courant, 57.4% d'entre-elles ne veulent pas que leur entourage le sache, 51.1% des répondants accuse un manque de preuve et finalement 42.6% des victimes ont peur du système judiciaire (Wolitzky-Taylor et al., 2011).

Hormis la forte prévalence des agressions à caractère sexuel, ces agressions sont lourdes de conséquences pour les victimes mais aussi indirectement pour la société (Kruse, Sorensen, Bronnum-Hansen, & Helweg-Larsen, 2011). Les symptômes recensés chez les victimes sont la peur, l'anxiété, la culpabilité, la honte, l'isolement, des difficultés d'ordre sexuel, la peur de l'intimité et l'atteinte de l'estime de soi (Billette & al., 2005). Plusieurs auteurs font aussi état de symptômes dépressifs et du trouble de stress post-traumatique (TSPT) (Billette, Guay, & Marchand, 2005; Burgess & Holmstrom, 1974; Basile & Smith, 2011; Monroe, Kinney, Weist, Spriggs Dafeamekpor, Dantzler, & Reynolds, 2005). D'autres auteurs rapportent des problèmes

gastro-intestinaux et de céphalées chroniques en plus du trouble de stress aigu sans oublier l'utilisation de drogues (Burgess & Holmstrom, 1974; Esposito, 2005).

L'expérience des victimes d'agressions sexuelles avec le réseau clinique est préoccupante. On sait maintenant que lorsque certaines victimes décident de consulter un médecin suite à leur agression, beaucoup d'entre elles doivent patienter entre quatre et parfois douze heures dans la salle d'attente d'un centre hospitalier avant d'être examinées (Ledray, 1999; Littel, 2001). Cela est justifié par le fait que leur pronostic vital n'est généralement pas menacé (Basile & Smith, 2011; Chasson & Russell, 2002). Toutefois, durant tout ce temps, elles ne devraient ni boire, ni manger, ni se laver, ni même uriner afin de préserver les preuves médico-légales de l'agression (Ledray, 1999)! De plus, Little (2001) rapporte qu'une fois l'examen physique débuté, plusieurs praticiens manquent d'expérience en prélèvement de preuves médico-légales (Taylor, 2002). Campbell & Bybee (1997) dénoncent le manque d'informations transmises aux victimes quant aux risques de grossesse non désirée, à une possible contamination au VIH et aux effets potentiels de l'agression sexuelle sur leur santé. Lourde de conséquences, cette situation peut entraîner le syndrome de victimisation secondaire (Campbell, Wasco, Ahrens, Sefl, & Barnes, 2001). De plus, Ledray (1996) constate que souvent ce sont des médecins de sexe masculin qui procèdent aux prélèvements vaginaux. Or 50% des femmes interrogées n'y voient pas d'inconvénient, par contre, l'autre moitié, s'en trouve très perturbée. Pour leur part, même les hommes victimes d'une agression sexuelle préfèrent que ce soit une femme qui les examine (Ledray,

1996). À partir des expériences verbalisées par les victimes, nous pouvons faire l'hypothèse que la cellule d'accueil de ces victimes devrait être structurée autour d'un personnel féminin spécialisé ayant l'expertise requise pour intervenir auprès des victimes d'agressions sexuelles (VAS).

Parallèlement à ce phénomène de société, à la fin du 20^e siècle, un mouvement professionnel émerge pour soulager la souffrance des victimes et intervenir en temps opportun : la pratique infirmière médico-légale naît (Kent-Wilkinson, 2011). Ce nouveau champ d'expertise, qui était jusqu'à présent inculqué en milieu de soins depuis la fin des années 1970, commence alors à trouver écho dans les programmes de formation d'universités à travers le monde, notamment au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni ainsi qu'en Australie (Kent-Wilkinson, 2011). Depuis, quatre spécialités se sont particulièrement développées soit : la science médico-légale en services correctionnels/infirmière psychiatrique, les infirmières coroner, les infirmières en science médico-légale clinique et finalement les infirmières intervenant auprès des victimes d'agressions sexuelles (SANE) (Kent-Wilkinson, 2011). Nous nous intéresserons plus précisément à ce dernier champ de spécialisation.

En 1993, la « International Association of Forensic Nurses » a officiellement été créée en Géorgie, aux États-Unis (IAFN, 2011a). C'est par cet intermédiaire qu'a été développé officiellement un programme intégré et autonome incluant la réalisation de trousse médico-légales : le programme Sexual Assault Nurse Examiner (SANE)

(Ledray, 1999). Au Canada, il faut attendre la fin des années 1980, à Winnipeg, au Manitoba puis en Colombie Britannique et en Ontario au début des années 1990 pour assister au développement des premières formations officielles du programme SANE (Kent-Wilkinson, 2011). C'est ainsi que les fonctions d'accompagnement et de soins apportés à la victime se trouvent transférés au domaine d'intervention de l'infirmière. Parmi les soins offerts à la victime, on retrouve les prélèvements médico-légaux requis afin de démasquer l'agresseur, l'offre d'une contraception orale d'urgence pour diminuer tout risque de grossesse non désirée, ainsi qu'une médication contre des ITSS (infections transmises sexuellement ou par le sang) éventuellement contractées lors de l'agression (Campbell, Townsend, Long, Kinnison, Pulley, Adames, & Wasco, 2006). De plus, selon Kent-Wilkinson (2011) en 2006, 404 programmes SANE américains étaient dénombrés pour dix (10) programmes canadiens. Toutefois, les écrits scientifiques, politiques et la littérature grise, ne font nullement mention d'un programme SANE au Québec. De manière générale, la philosophie de ce programme sous-tend que les soins infirmiers offerts permettent d'améliorer la santé physique et mentale ainsi que le bien-être des victimes de manière à diminuer les séquelles de l'agression à court, moyen et long termes (Campbell, Patterson, Adam, Diegel, & Coats, 2008). Les professionnels reçoivent une formation adaptée aux interventions spécifiques à effectuer (U.S. Department of Justice, 2004). La formation du personnel et la qualité des soins dispensés sont d'autant plus importantes que 75% des victimes se présentant à l'urgence ne revoient pas d'autres professionnels de la santé au sujet de leur agression (Esposito, 2005; Ledray, 1999). Malheureusement, dans le cadre de la gestion des

urgences, les victimes d'agression sexuelle ne semblent pas justifier une intervention rapide de l'équipe médicale puisque, dans la majorité des cas, la vie de la victime n'est pas menacée. En effet, sur les 4 212 agressions sexuelles perpétrées au Québec en 2009, 4 131 « étaient des agressions sexuelles simples définies comme ne causant pas ou presque pas de blessures corporelles à la victime » (Ministère de la sécurité publique, 2011).

Au Québec, on a déjà rapporté que des mesures devaient être prises pour effectuer une meilleure prise en charge des victimes d'agression sexuelle en milieu hospitalier. Ainsi, en 1996, les premiers « centres désignés » ont été créés afin de mieux répondre aux besoins « des victimes d'agression sexuelle de tous âges, femmes ou hommes, et pour assurer des services complets, accessibles et de qualité, uniformiser l'intervention et développer l'expertise » (Brouwer et al., 2004). L'organisation des services privilégiée est une approche multidisciplinaire incluant les soins d'une intervenante psychosociale, d'un médecin et d'une infirmière (MSSS, 2010). Toutefois, on reconnaît qu'une disparité des ressources humaines à travers les régions se trouvant à l'extérieur des grands centres urbains pose encore un défi de taille. Il semble donc que la solution passe par une mobilisation du personnel déjà en place. Malheureusement, faute d'encadrement de la pratique clinique, les infirmières sont impuissantes puisque les seuls actes qu'elles peuvent présentement poser se résument aux prises de sang et prélèvements d'urine, jusqu'à ce que le médecin réussisse à se libérer et à procéder à l'examen physique afin de remplir une trousse médicolégal (MSSS, 2010), au besoin.

Rappelons que cette trousse permet de rassembler toutes les preuves permettant d'établir l'identité de l'assaillant et/ou prouver que la force a été utilisée lors de l'agression sexuelle.

En 2003, le projet de loi 90 vient octroyer la possibilité aux infirmières de répondre davantage aux besoins des victimes. En effet, le projet de loi 90 ou encore l'article 36 du code des professions reconnaît que :

les activités suivantes sont réservées à l'infirmière : l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier, initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique, effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance, effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance, déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent, appliquer des techniques invasives, contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal, effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes, administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance, procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique, mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance, décider de l'utilisation des mesure de contention. (OIIQ, 2003, p.5).

Par ordonnance, la loi 36 du code des professions fait référence d'une part aux ordonnances individuelles, distinctes pour chaque client mais aussi aux ordonnances collectives qui s'adressent plus précisément à des clientèles ciblées comme par exemple, les victimes d'agression sexuelle. Notamment, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ainsi que le Guide de gestion de l'urgence (MSSS, 2006) prônent l'utilisation

judicieuse d'ordonnances collectives. L'infirmière pourrait donc être légitimement le professionnel au centre des interventions lors de l'accueil des victimes d'agression sexuelle. Parallèlement, l'OIIQ recommande l'infirmière comme étant un intervenant de première ligne dans le cadre du dépistage de la violence conjugale (OIIQ, 2004) (qui rappelons-le, engendre souvent des agressions à caractère sexuel, tel que mentionné plus haut), de part « une position privilégiée (...) puisqu'elles sont présentes dans l'ensemble du réseau de la santé et, souvent, les premières professionnelles consultées » (OIIQ, 2004).

En somme, la prévalence des agressions sexuelles représente un réel fléau et ce, partout dans le monde. Autre fait inquiétant, on constate de plus en plus une hausse des actes extrêmement violents associés aux agressions. Ces actes de violence et de domination sont principalement perpétrés contre les femmes et engendrent de lourdes conséquences pour les victimes (Billette & al., 2005; Basile & Smith, 2011; Burgess & Holmstrom, 1974; Esposito, 2005; Kruse, Sorensen, Bronnum-Hansen, & Helweg-Larsen, 2011). Recourir à un programme holistique spécifique et spécialisé empreint de compassion, de compréhension, de sensibilité et culturellement adapté à la victime n'est plus une option mais une décision clinique fondée sur la qualité et l'efficacité. Pour ce faire, le programme se doit de venir en aide aux victimes en répondant le plus adéquatement possible à leurs besoins, en assurant une accessibilité 24 heures sur 24 dans un délai de moins d'une heure. De plus, il ne s'agit plus uniquement de recevoir les victimes d'agression sexuelle, mais plutôt de s'assurer que la prévention des séquelles et

de comportements à risque ait également sa place au sein même du programme. Or, le système actuel de soins nécessite un investissement majeur au niveau des ressources humaines afin de leur permettre d'accéder à une formation spécifique (Kent-Wilkinson, 2009a) visant à développer l'évaluation globale de la clientèle et à leur assurer le moins de séquelles possibles. L'infirmière se présente donc comme étant le professionnel pivot tout désigné pour accompagner les victimes d'agressions à caractère sexuel, et ce, de part sa formation pratique axée sur l'état bio-psycho-social des clients. Malheureusement, au Québec, aucune recherche n'est disponible quant à l'organisation spécifique des services dédiés aux victimes d'agression sexuelle pour chaque région. Selon certaines données administratives analysées et selon l'expérience des professionnels de la santé rapportée dans le cadre de ce projet, il semble qu'à l'échelle de la province, une option supplémentaire de distribution des soins, à l'intérieur de la structure d'accueil actuelle, s'impose. Ainsi, la présente étude expose le développement organisationnel d'une structure de projet pilote d'intervention médico-légale dispensée par des infirmières intervenant auprès de victimes d'agressions sexuelles (IIVAS). Structurant la phase d'intervention, le « modèle intégré de la consultation » de Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (2003) répond aux besoins découlant du processus consultatif. Deux profils spécifiques du modèle écologique de planification en promotion de la santé de Green & Kruter (Renaud & Zmudio, 1999) apportent cependant les assises nécessaires à l'élaboration des outils de collecte de données et d'analyse de résultats, associés à la phase d'évaluation du présent essai.

But et objectifs

Ce chapitre présente le but ultime, les objectifs spécifiques du projet d'intervention et de son évaluation, les cibles de développement professionnel et clinique de l'auteure et pour terminer, les objectifs personnels d'apprentissage associés à la réalisation de cet essai et la justification de l'étude. Cet essai s'est déroulé en deux temps où l'intervention précède l'évaluation du processus et du produit de la démarche.

But visé par le projet

Le but ultime du projet est de contribuer à une offre de services dédiée aux victimes d'agressions à caractère sexuel, basés sur des services holistiques empreints de compassion, de compréhension, de sensibilité et culturellement adaptés à la victime. Cette offre de services passe par la création d'un modèle complémentaire à ceux actuellement en vigueur, en utilisant la structure de services existante au Québec. L'infirmière y détiendrait une expertise en intervention médicosociale et légale. Il s'agit d'un modèle qui s'impose comme réponse organisationnelle pour le Québec, de par le fondement de son hypothèse théorique et de données probantes faisant état de la qualité des soins issue du programme. Le programme propose l'optimisation de l'expertise, du rôle autonome des infirmières tel que prévu par la loi et favorise la complémentarité de l'équipe interdisciplinaire.

Objectifs spécifiques du projet d'intervention

Dû au caractère novateur de ce projet d'intervention, au Québec, ses objectifs sont directement liés à sa phase de planification et d'élaboration. Les voici :

- 1) Identifier un centre désigné intéressé à la mise en œuvre d'un projet pilote;
- 2) Modéliser la structure d'organisation des services s'adressant aux victimes d'agression sexuelle dans les limites permises par les lois en vigueur au Québec tout en rattachant ce projet aux modalités provinciales existantes;
- 3) Identifier et décrire les conditions facilitant le développement de la formation spécifique devant être offerte à une infirmière destinée à l'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle;
- 4) Rédiger les outils clinico-administratifs nécessaires à l'encadrement d'une pratique infirmière autonome.

Objectifs spécifiques de la phase d'évaluation

En ce qui a trait aux objectifs de la phase d'évaluation, trois objectifs ont été identifiés et sont présentés ci-dessous :

- 1) Identifier les besoins éducationnels et pratiques des infirmières, essentiels à la pratique d'un rôle élargi et autonome;
- 2) Décrire les éléments prédisposants et favorisants, contraignants et de renforcement du profil organisationnel du modèle écologique en matière de développement de projet pilote;

- 3) Décrire les perceptions des participants (représentants ministériels, administratifs et cliniques) eu égard au processus d'élaboration du devis, construit collectivement, de la structure organisationnelle du projet pilote.

Développement personnel et clinique

Étant de nature timide lors de présentations devant des groupes, je souhaite être en mesure de présenter ce projet devant divers représentants de haut niveau ministériel et clinique afin de me sentir plus confortable lors de conférences et de ma défense de dossiers plus politiques auprès d'instances associées. De plus, je désire profiter d'opportunités de perfectionner la qualité de mes allocutions et de mes interactions avec une assistance présentant une diversité d'enjeux inhabituels pour moi (politiques, interprofessionnels, etc.). Étant consciente de l'approche privilégiée par le Québec lors d'interventions auprès de victimes d'agression sexuelle, soit la multidisciplinarité, je souhaite développer des habiletés quant au travail multidisciplinaire. Apprendre à tenir compte des préoccupations de chaque professionnel et de parvenir à des consensus, tout en apprenant à défendre mes propres convictions en instaurant mes limites personnelles et professionnelles, comptent parmi mes cibles de développement.

Objectifs personnels d'apprentissage

Les objectifs personnels à atteindre dans le cadre de cet essai sont :

- 1) Développer des connaissances et de l'expérience en gestion de projets dans le cadre des soins de santé;

- 2) Développer des outils permettant d'encadrer la pratique infirmière;
- 3) Développer des habiletés à effectuer des présentations devant des groupes d'intérêts;
- 4) Développer des habiletés en recherche qualitative c'est-à-dire : effectuer des entrevues et réaliser des analyses de contenu;
- 5) Favoriser le développement de constructions collectives en travaillant en interdisciplinarité.

Justification de l'étude

La littérature scientifique rapporte abondamment l'incidence des agressions à caractère sexuel dans le monde entier (OMS, 2002; Ministère de la sécurité publique, 2011; Brennan & Taylor-Butts, 2008). Leurs répercussions pour la victime, sa famille et pour la société sont d'ores et déjà bien connues (Billette & al., 2005; Basile & Smith, 2011; Burgess & Holmstrom, 1974; Esposito, 2005; Kruse et al., 2011). D'un autre côté, le programme SANE a été fondé initialement aux Etats-Unis. Nous le retrouvons maintenant dans presque toutes les provinces du Canada (Kent-Wilkinson, 2011), sauf au Québec. Il a d'ores et déjà fait ses preuves quant à son efficacité et ses retombées positives (Ahrens & al., 2000; Campbell, Bybee, Kelley, Dworkin, & Patterson, 2012; Campbell, Long, Townsend, Kinnison, Pulley, Adames, & Wasco, 2007; Campbell et al., 2008; Campbell, Patterson, & Bybee, 2012; Ciancone & al., 2000; Crandall & Helitzer, 2003; Fehler-Cabral, Campbell & Patterson, 2011; Ledray & Simmelink, 1997; Lewis-O'Connor, 2009; Sievers, Murphy & Miller, 2003; Stermac & Stirpe, 2002).

Or, le Québec s'est doté d'une structure d'accueil formelle pour les victimes d'agression sexuelle en 1996 avec trois options de service (Brouwer et al., 2004) présentant chacune certaines limites. Toutefois, aucune de ces options ne permet à l'infirmière d'endosser pleinement son rôle, en fonction de son champ d'expertise. De plus, avec l'adoption du projet de loi 90 en 2003, les composantes permettant à l'infirmière d'être une option de plus dans l'offre de service sont maintenant réunies.

La phase d'évaluation de cet essai permet d'examiner le processus ayant mené à un consensus quant à l'encadrement de l'infirmière adoptant un rôle autonome auprès des victimes d'agression sexuelle. Cet essai permet aussi d'identifier les éléments ayant favorisé l'élaboration d'un projet pilote ainsi que les enjeux vécus tout au long du développement de celui-ci. Démystifiant la gestion de projet, cette expérience permet d'opérationnaliser le développement de projet pilote au sein même du système de santé. L'évaluation qualitative permet de cerner les significations individuelles et collectives et la compréhension de la situation dans son ensemble (Munhall, 2012) et dans son contexte spécifique. L'évaluation qualitative permet aussi de contribuer au cumul des connaissances en optimisant les conditions possibles de transfert à des problématiques similaires. Tous les écrits soutenant cet essai sont présentés au chapitre suivant.

Revue des écrits

Quel que soit le programme ou les interventions réalisées auprès des victimes, il est primordial d'être en mesure de répondre à leurs besoins de manière appropriée et en temps opportun. Ces interventions doivent être empreintes de compassion, de compréhension et de sensibilité face aux diversités culturelles et expérientielles. Bien que les victimes d'agressions sexuelles soient au centre de nos préoccupations, la présente recension des écrits traitera principalement de diverses organisations des services autour des victimes d'agressions sexuelles. Toutefois, pour une compréhension en profondeur des expériences des victimes d'agressions sexuelles, nous référons le lecteur à l'appendice K qui présente l'état de la situation sur le vécu des victimes. On y retrouve par exemple les écrits pionniers de Burgess & Holmstrom (1974, 1976, 1978) et d'Esposito (2005) sur les différentes étapes et transitions vécues par les victimes, du point de vue de la souffrance et de l'endurance et les expériences relationnelles des victimes avec les différents intervenants avant la prise en charge clinique (Campbell, 2005; Campbell, Wasco, Ahrens, Sefl & Barnes, 2001; Erickson & al., 2002; Kruse, Sørensen, Brønnum-Hensen & Helweg-Larsen, 2011; Maier, 2012) ainsi que l'impact de l'agression sexuelle sur le filet social (Banyard, Moynihan, Walsh, Conh & Ward, 2010; Campbell, Sefl, & Ahrens, 2004; Connop & Petrak, 2004; Smith, 2005). Ce chapitre porte plus spécifiquement sur l'organisation des services au Québec, la description du programme SANE et l'évaluation du programme.

L'organisation des services au Québec

Au Québec, c'est suite au rapport *Les agressions sexuelles : STOP* publié en 1995, que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est engagé à coordonner l'élaboration des Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle (Brouwer et al., 2004). Dans ce document paru en 2001, une des mesures visées par ces orientations était l'implantation et la promotion de centres désignés pour les victimes d'agressions sexuelles (Brouwer et al., 2004). Ce sont les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS) qui sont imputables de la planification, de l'implantation, de l'organisation et de la pérennité des centres désignés de leur région (MSSS, 2004). Tel qu'expliqué par Brouwer et al. (2004), « un centre désigné est un établissement du réseau de la santé et des services sociaux qui offre des services médicaux et que l'agence régionale désigne pour mener l'intervention médicosociale auprès de victimes d'agression sexuelle ». En règle générale, les institutions qui sont nommées centre désigné sont des CLSC et très souvent des centres hospitaliers. La principale mission des centres désignés « est d'assurer des services complets, accessibles et de qualité et à permettre d'uniformiser l'intervention et de développer une expertise » (Brouwer et al., 2004). Le nombre de centres désignés peut varier d'une région à une autre en fonction des particularités de chacune. Or, on dénombre une soixantaine de centres désignés à travers le Québec et d'autres sont en développement (<http://www.qvc.qc.ca/centresdesignes/>). L'organisation des soins qu'on y retrouve varie en fonction des besoins de chaque région et des ressources humaines disponibles. Cependant, le Guide d'intervention médicosociale (MSSS, 2010) propose

trois modèles. Le premier est celui où l'on retrouve une intervenante psychosociale ou une infirmière du centre hospitalier et un médecin de la salle d'urgence. Un second modèle propose une infirmière du centre hospitalier et un médecin sur appel. Finalement, un troisième propose une intervenante psychosociale sur appel, un médecin et une infirmière du centre de santé et de services sociaux (CSSS) ou encore, une équipe de médecins du centre hospitalier, sur appel (MSSS, 2010). Peu importe le modèle de services retenu, les fondements de l'organisation des services pour les victimes d'agressions sexuelles résident en deux grands principes soit, l'accessibilité pour tous (enfants, adolescents, adultes, femmes et hommes) et en tout temps à des services d'accueil et de soutien émotionnel, à un examen médical ou médico-légal, à des soins et traitements et à un suivi approprié ainsi qu'à une concertation intersectorielle rassemblant les divers acteurs du milieu (Brouwer et al., 2004).

L'intervention mise en place lorsqu'une victime d'agressions sexuelles se présente dans un centre désigné s'appelle l'intervention médicosociale et comprend deux volets distincts. Le premier consiste en l'intervention initiale et comprend six grandes étapes soit, l'accueil et le soutien émotionnel; l'orientation de l'intervention; l'histoire médicosociale; les examens médicaux et légaux accompagnés de tests et de prélèvements; les soins et traitements; l'information et le soutien (signalement au directeur de la protection de la jeunesse (DPJ), déclaration aux autorités policières, besoins globaux ainsi que les références pour le suivi). Le second volet de l'intervention comprend le suivi décliné en deux axes, le suivi médical puis, le suivi psychosocial (MSSS, 2010).

Pour l'intervention initiale, des outils ont été élaborés afin d'uniformiser les interventions auprès de la clientèle cible. En effet, deux (2) trousse sont à la disposition des intervenants. La trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux comprend onze (11) formulaires, une lame de réserve pour l'ADN et un aide-mémoire pour l'intervention médicosociale (MSSS, 2004). La trousse médico-légale, pour sa part, consiste en une boîte regroupant le matériel nécessaire pour effectuer les prélèvements usuels lors de l'examen médico-légal, une enveloppe contenant quatorze (14) formulaires, une lame de réserve pour l'ADN ainsi qu'un aide-mémoire pour l'intervention médico-légale (MSSS, 2004).

Le choix d'une trousse plutôt qu'une autre dépend principalement du temps écoulé entre l'agression et le moment auquel la victime se présente au centre désigné, de l'histoire de l'agression ainsi que du choix de la victime de porter plainte ou non. Ainsi, la trousse médico-légale est proposée lorsque les trois conditions suivantes sont réunies :

- L'agression sexuelle remonte à cinq (5) jours ou moins;
- La victime de l'agression sexuelle a donné son consentement à l'examen médico-légal et il y a des prélèvements à effectuer;
- La victime porte plainte aux autorités policières ou pourrait porter plainte ultérieurement (14 jours) (MSSS, 2004).

En effet, la trousse médico-légale n'est pas nécessaire lorsque l'agression est survenue plus de cinq (5) jours précédant l'arrivée de la victime au centre désigné

puisque le principal mandat de cette trousse est d'amasser des preuves médico-légales. Or, après cinq (5) jours, la possibilité de retrouver de ces preuves est infime.

Le choix d'une trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux est indiqué dans les cas suivants :

- Le délai de cinq (5) jours depuis l'agression sexuelle est dépassé;
- Aucun prélèvement n'est nécessaire, compte tenu du récit de la victime;
- La victime ne porte pas plainte aux autorités policières (MSSS, 2004).

Toutefois, l'examen médical demeure une partie intégrante du processus, tout comme divers examens tels que le dépistage d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que la prévention et le dépistage d'une grossesse éventuelle. Bien que l'examen médical permette de rassurer la victime d'agression sexuelle à propos de son intégrité physique, il ne peut être effectué qu'avec son consentement, tout comme le traitement des blessures inhérentes (MSSS, 2004).

Le programme SANE

Dans tous les hôpitaux du Québec qui se situent dans des secteurs urbains, ce sont les médecins qui complètent les trousse médico-légales. Dans certains centres hospitaliers, des infirmières sont de garde et font presque tous les prélèvements sauf les prélèvements vaginaux qui sont exécutés par un urgentologue. Dans d'autres centres urbains, ce sont des sexologues ou des psychologues qui sont de garde et qui

coordonnent l'équipe médicale en fonction de l'histoire de l'agression sexuelle racontée par la victime. Finalement, dans d'autres régions comme dans celle de l'Outaouais, ce sont des médecins qui sont de garde et qui prennent en charge la victime lors d'agression à caractère sexuel. Ces différents modèles de soins nécessitent beaucoup d'intervenants autour de la victime et peuvent être dans 50% des cas extrêmement dérangeant pour la victime (Ledray, 1996). Ledray (1999) soutient pour sa part que même si « les besoins médicaux des victimes sont rencontrés, beaucoup trop souvent, leurs besoins émotionnels sont négligés » [traduction libre]. Littel (2001) explique aussi que le personnel des salles d'urgences ne réussit pas toujours à amasser toutes les preuves médico-légales et/ou à les documenter adéquatement, surtout lors de cas où l'agresseur n'est pas un étranger. Plusieurs victimes ont développé une victimisation secondaire car elles se sont fait poser des questions telles : si elles ont eu un orgasme, par les médecins et/ou policiers en charge de les aider (Campbell, 2005).

Toutefois, lorsque l'on se déplace en milieu rural tel que dans certains villages du Nord québécois, bien souvent, ce sont les infirmières qui prennent en charge la victime et qui s'occupent de tous les prélèvements requis dans la trousse médico-légale. Par contre, ces infirmières ne reçoivent pas toutes une formation spécifique sur par exemple, l'intervention de crise, l'examen physique spécifique aux victimes d'agressions sexuelles, sur la manière d'exécuter les prélèvements médicaux et légaux, sur les risques de grossesse et de transmission d'ITSS.

Le programme SANE, comme avenue prometteuse de soins aux victimes d'agressions sexuelles, a été implanté par des infirmières (Melton, Secrest, Chien, & Andersen, 2001; Littel, 2001) à la fin des années 1970 à Minneapolis au Minnesota, à Memphis au Tennessee et à Amarillo, au Texas (Littel, 2001; Ledray, 1999). La mission du programme SANE est « de rencontrer les besoins des victimes d'agressions sexuelles en prodiguant une évaluation médico-légale et des traitements immédiats empreints de compassion, de sensibilité, de compréhension et adaptés culturellement » [traduction libre] (Ledray, 1999; Melton et al., 2001). Les objectifs du programme sont de protéger l'intégrité de la victime contre toute atteinte future, ainsi qu'apporter une intervention de crise, amasser des preuves médicales et légales de qualité, les documenter et les préserver. D'autres objectifs consistent à évaluer et traiter la victime en prophylaxie contre des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) et contre un risque de grossesse non désirée. La prévention est aussi au cœur des objectifs du programme. Enfin, le programme vise à évaluer et apporter des soins nécessaires lors de blessures, à référer la victime à un suivi médical ainsi qu'à un suivi psychologique, en plus d'obtenir des preuves médico-légales pour fin de poursuites judiciaires (Ledray, 1999).

Les infirmières SANE sont généralement de garde à tour de rôle. Le service fonctionne 24 sur 24, sept jours par semaine (Ledray, 1999; Logan, Cole & Capillo, 2006; Stermac, Dunlap & Bainbridge, 2005). À l'arrivée d'une victime, l'infirmière de garde est appelée à l'aide d'un téléavertisseur et doit se présenter à la salle d'urgence dans les 30 à 60 minutes suivant l'appel. Durant ce laps de temps, les infirmières et le

médecin de la salle d'urgence se doivent d'évaluer que la victime n'ait pas de blessures mettant sa vie en danger (Ledray, 1999; Littel, 2001). Au Québec, cette première évaluation devrait être effectuée par l'infirmière en charge du triage. Les interventions exécutées par les infirmières SANE sont :

« l'obtention de l'histoire de l'agression, l'évaluation de l'état psychologique de la victime, une intervention de crise et une évaluation physique. De plus, celle-ci amasse et préserve des preuves médico-légales et les documentent. Elle obtient des échantillons urinaire et de sang afin de vérifier la présence de drogues du viol, traite et réfère la victime pour des traitements médicaux, prodigue des médicaments en prophylaxie contre des ITSS ou contre une éventuelle grossesse et octroie à la victime une référence pour des services médicaux et psychologiques de suivi » [traduction libre] (Ledray, 1999; Littel, 2001).

Ces interventions sont congruentes avec les « principales composantes de l'assistance médicale en cas de viol » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2005).

Certains pré-requis sont nécessaires pour obtenir une certification SANE. En effet, une formation de 40 heures est obligatoire (IAFN, 2011b; Ledray, 1997; Ledray, 1999; Logan et al., 2006). Or, certains programmes demandent en plus, de 40 à 96 heures de formation clinique (Ledray, 1999; Logan et al., 2006). En général, la formation théorique comprend des notions entourant le rôle de l'infirmière SANE, la collecte de preuves médico-légales, l'évaluation et le traitement du risque de grossesse et de contamination par des ITSS, l'intervention de crise, l'évaluation des blessures, la documentation, l'examen physique spécifique aux agressions sexuelles et l'aspect légal du programme (Ledray, 1999). L'examen menant à la certification SANE offerte par la

« International Association of Forensic Nurses » est basé sur ces connaissances (IAFN, 2011c).

Évaluation du programme SANE

Ledray (1999) est la principale auteure à avoir dressé les assises du programme SANE. Elle revendique ouvertement la nécessité d'une évaluation continue afin d'améliorer les services offerts aux victimes. Pour ce faire, elle a entre autres annexé un « questionnaire d'évaluation du guide » à son ouvrage intitulé « Development & Operation Guide » (Ledray, 1999) ainsi que divers questionnaires permettant une évaluation continue du programme.

La présente section exposera diverses études portant sur le programme SANE, regroupées selon six sous-sections, soit les aspects évaluatifs recommandés par Campbell, Patterson & Lichty (2005), lors de leur revue systématique des écrits sur le programme SANE. Nous retrouverons ainsi l'histoire et les éléments de programme, l'efficacité quant au bien-être psychologique, l'efficacité des services médicaux/des soins de santé, l'efficacité médico-légale, l'efficacité légale et finalement l'efficacité quant aux changements communautaires.

Histoire et éléments de programme

Cette sous-section permet de valider la teneur du programme SANE dans le temps. En effet, ce programme existant depuis plus de quarante ans s'est développé très

rapidement depuis les dernières années (Campbell et al, 2007). Par conséquent, cette sous-section permet d'identifier ses caractéristiques actuelles ainsi que la pertinence de la formation obligatoire, informations primordiales lors de l'élaboration d'un projet pilote tel que proposé dans cet essai.

Pour débiter, Ciancone, Wilson, Collette & Gerson (2000) ont réalisé une étude quantitative descriptive ayant pour but la description de programmes SANE et leurs caractéristiques aux États-Unis. Un questionnaire a été distribué à 92 programmes SANE. Les résultats suggèrent qu'environ la moitié (55%) des programmes est en fonction depuis moins de cinq ans et que 16% le sont depuis plus de dix ans. Le nombre de clients pour l'année 1996 varie entre 0 et 1200 avec une médiane de 95 clients pour cette année de référence. Le consentement écrit est obtenu dans 97% des cas. La médiane des employés des programmes est de deux infirmières à temps complet, cinq infirmières à temps partiel et une bénévole, ce qui est cohérent avec les résultats obtenus par Logan et al. (2006). Parallèlement, Logan, Cole et Capillo (2007) indiquent que la majorité des coordinateurs de programme SANE sont des infirmières (84,4%), que 71% des infirmières travaillent à temps partiel ou sur appel et que toutes desservent la clientèle adulte et adolescente alors qu'environ la moitié d'entre elles interviennent aussi auprès d'une clientèle pédiatrique. Quant à la formation, elle varie entre 16 et 150 heures (médiane à 80 heures) dont 40 heures de théorie et 40 heures de formation clinique, ce qui est congruent avec les autres études traitant de ce sujet (Ciancone & al., 2000; Logan et al., 2006; Ledray, 1999; IAFN, 2011b).

Pour leur part, Campbell, Townsend, Long, Kinnison, Pulley, Adames & Wasco (2005) ont effectué leur étude sur 110 programmes (sur les 288 répertoriés aux États-Unis) par l'intermédiaire d'entrevues téléphoniques semi-structurées à l'aide de questions ouvertes. Le principal objectif était d'obtenir des données sur l'histoire du programme, sa structure actuelle, sa fonction et ses opérations, les objectifs et les résultats désirés et finalement, ses relations avec les autres organismes communautaires.

Les résultats obtenus ont été comparés selon deux catégories : les programmes existants depuis moins de cinq ans et ceux existant depuis plus de cinq ans. La majorité des programmes existent depuis moins de cinq ans, ce qui est cohérent avec les résultats obtenus par Logan et al. (2006). Ces programmes ont été élaborés par un comité mandaté à cet effet. Toutefois, les programmes existant depuis plus longtemps ont souvent été créés par des groupes d'infirmières. De plus, les objectifs de la plupart des programmes sont d'une part, d'assurer une meilleure prise en charge des victimes d'agressions sexuelles (68%) et d'autre part, d'obtenir des preuves médico-légales de plus grande qualité (50%). Dans 20% des cas, les infirmières affirmaient que le programme avait aussi été initié car les médecins n'aimaient pas effectuer ces prélèvements. Environ 90% des programmes réalisaient les examens en centre hospitalier, ce qui est congruent avec les résultats de Logan et al. (2007), contre 13% dans un centre communautaire. La majorité (68%) des programmes ayant plus de cinq ans ont une salle spécifique pour les victimes contrairement aux centres plus récents

(41%) qui partagent souvent une salle de l'urgence. La plupart des programmes (70%) affirment que la qualité des soins médicaux est leur première préoccupation suivie par la qualité des soins de santé à 55%. Enfin, 61% des centres de moins de cinq ans affirmaient que la qualité des prélèvements médico-légaux était très importante. Finalement, les relations entre les programmes SANE et les différentes organisations communautaires, policières et judiciaires varient en général de très bonnes à excellentes. Toutefois, les programmes SANE établis dans la communauté jugent leurs relations avec les hôpitaux environnants comme étant d'ambivalentes à bonnes.

En ce qui concerne Patterson, Campbell & Townsend (2006), elles ont effectué une étude quantitative dont le but était de « déterminer l'existence de programmes SANE fiables et stables respectant les objectifs initiaux du programme » [traduction libre]. Pour ce faire, les auteurs ont effectué des entrevues quantitatives où les intervieweurs codaient directement les réponses des répondants à l'aide d'une grille de réponses prédéterminées. Trois groupes sont identifiés : le premier représente 34,5% des programmes pour lesquels les poursuites judiciaires sont très importantes, le second groupe représente 41,8% des programmes pour qui les changements communautaires sont primordiaux et finalement le troisième groupe représente 23,6% des programmes pour lesquels les poursuites judiciaires sont peu importantes. Il en résulte que les programmes ayant des objectifs axés sur les poursuites judiciaires sont moins enclins à offrir des services aux patients. Or, le second groupe a identifié l'importance de « répondre aux besoins émotionnels de la victime, de lui permettre d'acquiescer un pouvoir

d'agir sur l'expérience, de défendre les valeurs féministes et de modifier la manière de répondre de la communauté envers les agressions sexuelles » [traduction libre] (Patterson et al., 2006). Finalement, le troisième et dernier groupe pour lequel les poursuites judiciaires sont peu importantes dirige son attention vers d'autres buts et objectifs, sans plus de détails. Ce dernier groupe était plus susceptible d'effectuer de l'éducation auprès des victimes. Ils sont aussi plus enclins à réaliser des évaluations continues de programme et les infirmières recevaient davantage de formation.

Ces études ont permis d'obtenir davantage d'informations sur les programmes existants et les services offerts. Ainsi, il est possible d'affirmer que la majorité d'entre eux, malgré leur évolution dans le temps, sont congruents avec la structure théorique déjà présentée par Ledray (1999).

Finalement, la formation des infirmières SANE est abondamment documentée. Les études présentées ci-haut en font mention. Toutefois, est-ce que cette formation permet réellement un jugement clinique de la situation, nécessaire à l'endossement d'un rôle autonome? C'est ce que Du Mont & Parnis (2003) ont tenté de découvrir. En effet, cette étude quantitative descriptive s'adressait à toutes les infirmières de l'Ontario travaillant auprès des victimes d'agressions sexuelles. Le premier objectif spécifique était de comparer des infirmières ayant reçu une formation SANE avec celles n'ayant reçu aucune formation spécifique d'intervention auprès de victimes d'agression sexuelle. Le second objectif était d'évaluer si la participation à une formation SANE incitant le

jugement clinique permet de développer ce jugement clinique en rendant possible, par exemple, la prise de décision quant à la nécessité de procéder à un examen physique complet ou partiel. Pour ce faire, deux questionnaires (un pour les infirmières SANE et l'autre pour les infirmières non-SANE) ont été utilisés. Ils comprenaient trois sections chacun, soit les expériences reliées à la collecte de preuves médico-légales, la qualité des relations et des interactions qu'elles entretenaient avec les professionnels lors de l'utilisation de la trousse médico-légale et finalement les expériences dans ce domaine clinique et les données sociodémographiques. Les résultats démontrent que les infirmières non-SANE (53.2%) trouvent, à une plus forte proportion que les infirmières SANE (22.9%), que les prélèvements de spermes sont extrêmement importants. Il en va de même en ce qui concerne la valeur de la trousse médico-légale, 50% des infirmières SANE la trouve réellement utile alors que c'est le cas pour 67.4% des infirmières non-SANE. Il est essentiel de nuancer ces résultats car, en fait, les infirmières SANE développent un jugement critique face à la trousse médico-légale puisqu'elle peut parfois s'avérer nuisible pour la victime lors de procédures judiciaires. De plus, davantage d'infirmières SANE ont témoigné en cour en comparaison aux infirmières non-SANE. On peut en déduire que l'expertise des infirmières SANE est reconnue.

Efficacité quant au bien-être psychologique

Cette sous-section présente les éléments favorisant une expérience positive et ceux favorisant une expérience négative, tel que rapportés par les victimes d'agressions sexuelles.

Ainsi, Campbell et al. (2008) ont vérifié l'efficacité du programme SANE selon les impacts psychologiques à court-terme de leur intervention, dans le cadre d'une étude quantitative. Or, l'efficacité a été conceptualisée et se définit comme suit : « offrir des soins médicaux, du support, des ressources, traiter les victimes avec respect et dignité, croire en leur histoire d'agression, aider les victimes à réinstaurer le contrôle et la prise de décision, respecter les choix des victimes » [traduction libre] (Campbell & al., 2008). Cinquante-deux victimes ont accepté de répondre au questionnaire. Les résultats confirment qu'au niveau de l'interaction entre l'infirmière SANE et la victime, les huit thèmes abordés ont obtenu en moyenne une note de 3,4 et plus sur quatre. Toutes les victimes se sont senties écoutées et leurs besoins étaient pris en considération. La majorité d'entre-elles (70%) n'ont senti aucune pression de la part des infirmières SANE quant à la nécessité d'engager des procédures légales, ce qui est cohérent avec les résultats de Campbell, Greeson et Patterson (2011). Finalement, les répondantes ont noté positivement leur impact psychologique à court terme (3.6 et plus sur quatre).

Toutefois, Fehler-Cabral et al. (2011) ont nuancé ces résultats grâce à une étude qualitative durant laquelle elles ont interrogé 20 victimes d'agressions sexuelles à l'aide d'entrevues semi-dirigées. Les résultats obtenus révèlent que la majorité (12 victimes sur 20) des victimes d'agressions sexuelles a déclaré avoir vécu une expérience positive avec l'infirmière SANE. Toutefois, huit participantes ont déclaré que leur infirmière avait une attitude non aidante. Il s'agit par contre d'une expérience mixte puisque

certaines éléments étaient positifs et d'autres négatifs. Par contre, seulement une participante (sur vingt) a vécu une expérience totalement négative. Les éléments ayant favorisé une expérience positive entre la victime et l'infirmière sont : des explications approfondies (plus précisément sur ce qui sera effectué par l'infirmière, les procédures et les lésions visualisées), le fait de donner des choix à la victime, les soins et la compassion de l'infirmière, ce qui inclut le phénomène de « caring » (Kent-Wilkinson, 2009a). Les victimes se sont senties respectées grâce aux soins humanisants. En somme, avec le programme SANE, les victimes se sont senties : « respectées, en sécurité et en mesure de débiter leur processus de guérison » [traduction libre] (Fehler-Cabral et al., 2011), ce qui corrobore les résultats obtenus par Campbell et al. (2011).

Les victimes d'agressions sexuelles ayant eu une expérience plus négative reprochait à l'infirmière d'être froide et distante (trois participantes), quatre d'entre-elles soulignaient le peu d'explication quant aux procédures ou aux constatations. Ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus par Campbell et al. (2006) dont le troisième objectif de l'étude était de comprendre comment les infirmières SANE répondaient aux besoins émotionnels de leurs patients. Pour commencer, l'examen pelvien ainsi que l'histoire de l'agression étaient les deux éléments les plus difficiles pour les victimes. Ainsi, les infirmières expliquent toutes les étapes de l'examen. Afin de répondre aux besoins de la victime, les infirmières s'adressent aux victimes d'un ton de voix doux, calmement, à l'aide de termes simples. Elles s'assurent de suivre le rythme de la victime et s'assurent de les reconforter en leur assurant qu'elles sont maintenant en sécurité.

Efficacité médicale/des soins de santé

Cette sous-section permet d'identifier les services offerts par les programmes SANE aux victimes d'agressions sexuelles.

Ciancone & al. (2000) affirment que presque tous les programmes administraient un test de grossesse à la victime et offraient une médication en prophylaxie contre une éventuelle grossesse. Toutefois, des traitements en prophylaxie d'ITSS sont offerts à 90% alors que les examens de dépistage du VIH ne sont utilisés que dans 26% des cas. De plus, les cultures pour les ITSS, les examens de dépistage du VIH, la toxicologie et le dépistage de consommation d'alcool ne sont pas faits de manière routinière. Le nombre d'heures passées avec la victime varie entre une et huit heures avec une médiane de trois heures. 93% des centres offrent aux patients les services d'un psychologue. Ces résultats sont congruents avec ceux obtenus lors de diverses recherches ayant le même sujet (Stermac et al., 2005; Logan et al., 2006).

Lors d'une étude d'évaluation des services dans un programme SANE canadien, Stermac et al. (2005) ont questionné 1 018 femmes ayant bénéficié du programme SANE. Les résultats obtenus corroborent la description générale du programme SANE tel que défini par Ledray (1999). La durée moyenne des examens est d'approximativement trois heures. Les auteurs insistent sur le fait que le programme respecte avant tout le choix des victimes en ce qui a trait à leur décision concernant les

prélèvements médicaux et légaux. Or, 50% de celles-ci ont accepté qu'une trousse médicolégale soit complétée. Les deux tiers des victimes ont reçu des médicaments prophylactiques contre des ITSS et 45% d'entre-elles ont reçu une contraception d'urgence. Les dépistages d'ITSS ont été effectués principalement pour la gonorrhée et la chlamydia, dans près de 50% des cas. Toutefois, l'étude ne fait pas mention d'examen de dépistage pour les drogues du viol, l'alcool et le VIH.

Pour leur part, Logan et al. (2006) ont eu recours à une étude longitudinale de cinq ans. Ils ont évalué les caractéristiques des victimes ainsi que les caractéristiques d'un programme SANE à l'aide d'un échantillon de 444 victimes d'agression à caractère sexuel âgées entre 14 et 87 ans. Ces infirmières ont 45 minutes pour se présenter à l'hôpital lorsqu'elles sont appelées, ce qui est moins que les exigences minimales des programmes SANE, soit de 30 à 60 minutes (Ledray, 1999). Les examens durent en moyenne quatre heures. Le matériel utilisé est une lumière UV, un appareil photographique (dans 49.5% des cas), un colposcope (à une proportion de 85,1%), une teinture de toluidine et un magnétophone (Logan et al., 2007). Il s'agit de matériel suggéré dans de nombreux articles scientifiques (Brennan, 2006; Ernst, Green, Ferguson, Weiss, & Green, 2000; Lauber & Souma, 1982; Lenahan, Ernst, & Johnson, 1998; McCauley, Gorman, & Guzinski, 1986) permettant d'identifier davantage de lésions causées par l'agresseur (Murphy, Potter, Stapleton, Wiesen-Martin, & Pierce-Weeks, 2010). Les autres prélèvements (de vêtements, obtenus à l'aide d'écouvillons, ...) ont été accomplis dans 75% des cas. La médication prophylactique contre les ITSS

ainsi que celle contre une éventuelle grossesse sont octroyés au besoin. Les examens de dépistage d'ITSS et de toxicologie sont effectués au cas par cas. Bien que les résultats de cette étude soient congruents avec ceux préalablement cités, peu d'études jusqu'à maintenant ont mentionné l'utilisation d'une lumière UV, d'un appareil photographique, d'un colposcope, de teinture de toluidine et d'un magnétophone dans un programme SANE.

L'étude de Logan et al. (2007) touche divers aspects de la recension des écrits, mais son traitement des services offerts mérite que l'on s'y attarde ici. L'intersection entre le travail des infirmières SANE et les autorités judiciaires, les relations entre les programmes SANE et les partenaires communautaires, la perception des programmes SANE quant à leurs bénéfices pour les victimes ainsi que les barrières rencontrées au sein des programmes et leurs solutions potentielles sont abordés.

Un sondage de 99 thèmes permettait d'obtenir des informations sur l'histoire, la structure et les processus des 231 programmes SANE interrogés. À la fin du sondage, treize questions ouvertes étaient posées. Les résultats soutiennent que les bénéfices apportés par le programme SANE au système judiciaire, selon les intervenants, est principalement la qualité des preuves médico-légales et de la documentation ainsi que le maintien de la chaîne de preuve. De plus, l'expertise lors de témoignage en cour et les relations multidisciplinaires positives étaient aussi rapportées. Lorsqu'il est question des bénéfices du programme SANE pour les victimes d'agression sexuelle, 91% des

répondants nomment les soins centrés sur la personne. L'approche sans jugement, l'attitude emprunte de compassion et les soins personnalisés avec un seul intervenant sont nommés par 58% des intervenants. Les soins médicaux spécialisés et l'expertise des intervenants et finalement l'accessibilité aux soins sont aussi rapportés. En plus des soins usuels octroyés et largement documentés, tel que la contraception d'urgence et la prophylaxie contre les ITSS (Ledray, 1999; Littel, 2001), 44% des programmes SANE effectuent des relances téléphoniques et 1/3 des programmes effectuent des visites de suivi. Enfin, parmi les problématiques rapportées, on retrouve le recrutement et la rétention du personnel, le budget insuffisant pour la rémunération du personnel, le manque d'accessibilité à la formation et les distances géographiques couvertes par le programme.

Enfin, Campbell et al. (2006) se sont intéressés aux services offerts par les programmes SANE. Premièrement on a voulu évaluer si tous les programmes SANE offrent de manière systématique 17 services médicaux spécifiques ainsi qu'un accompagnement émotionnel. Deuxièmement, les auteurs ont exploré les raisons pour lesquelles certains services n'étaient pas offerts par tous les programmes. Troisièmement, les stratégies utilisées par les infirmières SANE afin de répondre aux besoins émotionnels des victimes durant toute la procédure sont présentées. Cette étude quantitative a recueilli ces informations à l'aide d'un questionnaire administré par téléphone auprès d'un échantillon randomisé de 110 programmes SANE à l'échelle nationale.

Les résultats obtenus révèlent que 70% des programmes octroient en tout temps et ce, pour tous les patients les services suivants :

la collecte de preuves médico-légales, des informations sur les soins des blessures, des informations sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), la prophylaxie contre les ITSS, de l'information sur le VIH, des informations sur le risque de grossesse suivant une agression sexuelle, le dépistage de grossesse, de l'information sur la contraception orale d'urgence afin de prévenir toute grossesse, des références à d'autres ressources dans la communauté ainsi que de l'assistance post-examen (ex. accès à une douche et des vêtements) [traduction libre] (Campbell et al., 2006, p. 392).

De plus, les services les moins offerts sont :

les cultures d'ITSS, le dépistage de VIH, les discussions concernant les relations sexuelles sécuritaires (en attendant les résultats de dépistage de VIH) et les options en cas de grossesse résultant de l'agression sexuelle, la prophylaxie contre le VIH, les discussions concernant la sécurité de la victime [traduction libre] (Campbell et al., 2006, p.392).

Or, il semblerait que les analyses permettent d'affirmer que les programmes SANE affiliés à des hôpitaux catholiques sont moins enclins à effectuer des tests de grossesse. En ce qui a trait au manque de consistance quant aux services offerts, certains sont moins proposés, tel que le dépistage d'ITSS, car, s'il s'avère positif, il risque d'affecter négativement la crédibilité de la victime. En ce qui concerne les autres dépistages d'ITSS (ex. VIH), ils sont souvent offerts par le département de santé dans la communauté, auquel les programmes SANE réfèrent les victimes. Il est toutefois pertinent de mentionner que certains programmes SANE n'ont pas le financement nécessaire pour procéder aux analyses.

Efficacité médico-légale

Cette sous-section présente des études démontrant l'efficacité des infirmières SANE quant au prélèvement des preuves médico-légales.

Stermac et Stirpe (2002) ont évalué l'efficacité des médecins versus celle des infirmières SANE lors de la prise en charge de victimes d'agressions sexuelles. Cette étude quantitative comparative porte sur 515 femmes interrogées dans un hôpital de Toronto entre janvier 1996 et novembre 1997. Les entrevues quantitatives étaient réalisées suivant une demande de consultation suite à une agression sexuelle survenue il y avait moins de 72 heures. Les résultats de l'étude démontrent que la trousse médico-légale est partiellement complétée plus souvent par les infirmières SANE que par les médecins. Les examens physiques partiels sont également plus prédominants chez les infirmières SANE que chez les médecins. Les infirmières SANE (20.0%) sont moins souvent interrompues que les médecins (25.1%). La durée de l'examen complet est plus courte chez les infirmières SANE (3 h ¼) que chez les médecins (4 h).

Pour leur part, Ledray et Simmelink (1997) ont évalué à l'aide d'une liste de contrôle si tous les éléments devant être présents dans une trousse médico-légale y étaient. Ainsi, 100 trousses médico-légales complétées entre février 1996 et octobre 1996 ont été analysées. Selon les informations présentes sur les trousses, 24 d'entre-elles avaient été complétées par des infirmières SANE. Aucune identification n'était présente sur cinq trousses sur 100 et huit étaient illisibles pour un total de 13 trousses non

règlementaires. Les informations quant à la chaîne de possession n'étaient présentes qu'à 73% chez les intervenants non-SANE contrairement à 100% chez les infirmières SANE. Par contre, les policiers n'ont identifié que 74% des trousses non-SANE et 71% des trousses SANE. Cela rend par conséquent les trousses non-identifiées invalides, puisque la chaîne de possession a été brisée. Les infirmières SANE ont complété adéquatement les trousses à 96% alors que les intervenants non-SANE l'ont fait à 85%. Un second prélèvement sanguin était présent dans 92% des trousses complétées par des infirmières SANE contre 15% chez les non-SANE. La documentation était incluse dans 100% des cas SANE et dans 79% des cas non-SANE. Le nombre d'assaillants était présent dans 92% des trousses SANE comparativement à 74% des trousses non-SANE.

Dans la même perspective, Sievers, Murphy et Miller (2003) ont tenté de démontrer l'efficacité des infirmières SANE lors de la collecte de preuves médico-légales. Basé sur la vérification de 515 trousses médico-légales, dont 279 avaient été complétées par des infirmières SANE et 236 par des infirmières non-SANE et/ou des médecins, 92% des trousses d'infirmières SANE avaient suivi adéquatement la chaîne de possession contre 81% chez les intervenants non-SANE. Les spécimens prélevés étaient mieux enveloppés individuellement (91% versus 75%) et mieux identifiés (95% versus 88%) par les infirmières SANE. La quantité de poils pubiens amassés était plus adéquate (95% versus 80%), de même que la prise de cheveux de la victime (95% versus 80%), chez les infirmières SANE. Le nombre de tubes de sang était plus approprié chez les infirmières SANE (95% versus 80%) ainsi que les écouvillons utilisés (88% versus

71%) et comprenait une lame « état frais » dans 87% versus 71%. Les deux groupes ont obtenu des résultats similaires quant à la lame préparée pour chaque orifice pénétré (87% versus 90%) ainsi que pour l'inclusion du rapport du laboratoire de criminalistique à la trousse médico-légale (97% versus 93%).

Dans la même perspective, Lewis-O'Connor (2009) compare la distribution de soins d'infirmières SANE versus non-SANE à l'aide d'un échantillon de 420 cas, soit 210 cas pour chaque modèle de soins (SANE versus non-SANE). Il en résulte que davantage de preuves médico-légales sont prélevées par les infirmières SANE, en moyenne 3.6 prélèvements différents contre 1.2 prélèvement pour les infirmières non-SANE. En ce qui a trait à la documentation des blessures, les ecchymoses étaient les principales blessures rapportées (19.2% des cas). De ce nombre, 12% des blessures étaient rapportées par le modèle SANE contre 7% par le modèle non-SANE. Dans l'ensemble, les infirmières SANE ont rapporté 41% des blessures physiques à l'instar du modèle non-SANE qui n'a rapporté que 18% des blessures. De plus, des trousses toxicologiques ont été complétées dans 3% de l'échantillon. Or, ce sont les infirmières SANE qui les ont complétées dans 96% des cas. Finalement, lorsqu'une infirmière SANE effectuait les prélèvements, il appert que trois fois plus de suspects sont arrêtés.

Ainsi, l'auteure conclue en statuant :

ces constatations émanant de la présente analyse supportent le modèle SANE comme étant un modèle précieux quant à la collecte de preuves médico-légales de même que lors de l'accompagnement des victimes. Cette analyse comparative suggère une augmentation des affaires classées lorsque le modèle SANE est impliqué [traduction libre] (Lewis-O'Connor, 2009, p.226).

Efficacité légale

Cette sous-section a pour but de présenter des études portant sur l'impact des infirmières SANE sur le système légal.

Les résultats de Campbell et al., (2007) ont été obtenus à l'aide d'entrevues quantitatives durant lesquelles les interviewers codifiaient les réponses à même une liste de contrôle préalablement construite. On s'intéressait à définir les informations relatives aux expériences des infirmières SANE ayant témoigné en cour. Les résultats permettent d'apprendre que dans 94% des cas, ce sont les infirmières ayant examiné la victime qui témoignent. Dans 5% du temps, le médecin supervisant le programme y va aussi alors que dans 1% des cas, c'est le médecin du programme qui témoigne, même s'il n'a pas examiné la victime. Or, 73% des infirmières interrogées ont témoigné à titre d'expert. 43% des répondantes affirment que leur dernier témoignage est « correct », sans problème majeur ou mineur, alors que 58% ont rencontré certaines problématiques.

Bien que plusieurs infirmières SANE ont qualifié leur témoignage en cour comme étant extrêmement bouleversant (émotivement), elles ont surtout rapporté avoir rencontré certaines difficultés d'une part avec l'avocat de la défense et d'autre part avec le procureur chargé de l'affaire. En effet, l'un comme l'autre questionnait abondamment l'infirmière quant à la crédibilité de la victime, la qualité des preuves médico-légales ainsi que les qualifications de l'infirmière. L'étude corrobore cette version des faits et la nuance. En effet, entre 76% et 80% des infirmières SANE se font questionner sur les

preuves recueillies lors de l'examen médico-légal et sur les blessures découvertes ainsi que sur les qualifications de l'infirmière. De plus, les infirmières ayant qualifié les expériences de « difficiles » étaient plus susceptibles d'être interrogées sur la description de l'agression tel que rapporté par la victime (87% contre 59%), si les preuves médico-légales corroborent les dires de la victime (77% contre 23%) et finalement, des questions étaient posées sur le comportement de la victime (89% contre 11%). De plus, un lien causal a été établi entre le fait d'avoir vécu une expérience « difficile » lors du témoignage en cour et l'issue du procès. Généralement, l'issue du procès se terminait à 56% par des condamnations, 22% à des négociations et dans 22% des cas par des acquittements. Toutefois, pour les infirmières ayant qualifié cette expérience comme étant « difficile », elles sont associées à une plus forte probabilité d'acquiescement. Plus spécifiquement, lors d'acquiescement, ce sont à 74% des infirmières ayant qualifié leur témoignage de « difficile » qui ont témoigné. De manière générale, les résultats nous apprennent que lorsque les infirmières se font questionner par l'avocat de la défense sur la crédibilité de la victime, sur la qualité des preuves médico-légales et sur les qualifications de l'infirmière SANE, le procès se termine par l'acquiescement.

Dans une autre perspective, il semblerait que les infirmières plus jeunes, détenant un poste d'administrateur, et celles ayant plus d'expérience sont plus susceptibles de ne déclarer aucune difficulté lors de leur témoignage. La formation ne semble pas avoir d'impact significatif. Finalement, les infirmières provenant de programme SANE recevant un plus grand nombre de victimes par année et celles qui sont affiliées à un

programme créé en partenariat avec les autorités légales ou ayant une relation positive avec le bureau du procureur rapportent davantage une expérience positive.

Campbell et al. (2012) ont effectué une recherche quantitative comparative, basée sur des rapports de police concernant des cas de victimes d'agression sexuelle entre janvier 1994 et décembre 2005. Ces rapports de police étaient tous reliés à un programme SANE en particulier. Bien que peu de rapports n'étaient disponibles (N=52) avant l'implantation du programme SANE, ce sont 343 rapports pour lesquels une analyse quantitative de contenu a été effectuée. Les résultats obtenus lors des différents tests statistiques permettent d'affirmer que lorsqu'un examen médico-légal est effectué sur une victime, les policiers obtiennent davantage de preuves supportant l'investigation. De plus, lorsqu'une infirmière SANE effectue un examen médico-légal sur un suspect, il semblerait que les policiers obtiennent davantage de preuves à conviction, menant à des interrogatoires et éventuellement à la soumission de l'affaire devant la justice. Finalement, la synergie entre les prélèvements de preuves médico-légales par les infirmières SANE ainsi que les preuves amassées par le système judiciaire permettent une meilleure documentation du crime.

Dans une autre étude quantitative récente portant sur l'impact du programme SANE lors de poursuites judiciaires, Campbell et al. (2012) ont découvert que « davantage de cas atteignent les étapes finales de mise en accusation » [traduction libre], lorsqu'une infirmière SANE est impliquée. Pour ce faire, les auteures ont utilisé

un devis quasi-expérimental de comparaison de groupes non-équivalents. En effet, les cas de 137 victimes d'agression sexuelle ont été revus et comparés durant les cinq années précédant l'implantation d'un programme SANE et les sept premières années d'opération suivant l'implantation du programme SANE.

Les résultats suggèrent une diminution des cas n'allant pas jusqu'au procureur, depuis l'instauration du programme SANE. Dans la même perspective, on note une diminution des cas allant jusqu'au procureur mais n'ayant aucune garantie d'aboutir en un procès. Finalement, on retrouve un nombre accru de cas se terminant par une déclaration de culpabilité ou une accusation, depuis l'implantation du programme SANE. Ces résultats viennent corroborer ceux obtenus par Crandall et Helitzer (2003).

Efficacité quant aux changements communautaires.

Cette sous-section permet de présenter l'efficacité de la coopération entre les divers acteurs au sein de la communauté. Cela corrobore la notion de multidisciplinarité des programmes SANE.

L'étude qualitative d'Ahrens, Campbell, Wasco, Aponte, Grubstein et Davidson (2000) avait pour but d'identifier les aspects du processus de développement qui ont été perçus comme étant facilitant et d'autres comme étant une entrave à la réussite d'une implantation. Parmi les éléments inclus dans les entrevues, on retrouve la formation obtenue par les infirmières, le nombre de victimes admises dans chaque établissement, le

fonctionnement du programme lors de la prise en charge de la victime, la méthode de financement de chaque centre avec la description de leur budget annuel. Plusieurs thématiques sont ressorties. Premièrement, l'insatisfaction quant aux services en vigueur pour les victimes d'agressions sexuelles (d'où l'implantation du programme). Deuxièmement, le fait qu'il soit primordial d'effectuer des partenariats avec le système judiciaire, le conseil des agressions sexuelles, la communauté et les centres hospitaliers. Finalement, les méthodes de résolution de problème utilisées tout au long de l'implantation consistaient en des rencontres de groupe afin d'adapter le programme aux besoins identifiés.

Il est difficile de transférer les résultats aux autres centres SANE dû au faible nombre de centres étudiés (deux), mais aussi car un des centres était à même un hôpital alors que l'autre était dans la communauté (dans un YWCA). Toutefois, il appert que le modèle communautaire est plus complet puisqu'il comprend le suivi de la victime suite à l'examen initial. Lorsqu'on analyse les procédures utilisées avec les victimes lors de programmes SANE, on constate rapidement que les services prodigués sont beaucoup plus complets que ceux offerts par des centres hospitaliers adoptant le modèle médecin et infirmières (non-SANE) (Campbell, 2005). De plus, la nécessité de créer des partenariats au sein de la communauté pour le bien-être des victimes est rarement explicitée de la sorte. Ces résultats sont extrêmement pertinents à cet essai et ont été intégrés.

Autres

Cette sous-section permet d'aborder d'autres sujets tout aussi importants que les autres mais dont les objectifs et résultats de recherche ne cadrent pas avec les thématiques précédemment citées. Par exemple, des auteurs (Seng & Sanubol, 2004) se sont intéressées au syndrome du traumatisme vicariant (Richardson, 2001) dans l'esprit d'améliorer le soutien aux infirmières SANE. Il semble que ce type de travail comporte sa gamme de stress lié à l'acquisition d'un rôle requérant de fortes compétences cliniques en plus de nécessiter une prestation occasionnelle en cour, ce qui engendre des expériences spécifiques aux infirmières qui œuvrent auprès des victimes.

Une autre étude, celle de Johnston (2005) nous interpelle en lien avec le fait que les résultats indiquent que, bien que 85% des victimes ont reçu de l'information quant au suivi psychologique mais qu'une seule personne y a eu recours, que seulement 14% des victimes interrogées ont affirmé avoir reçu de l'information sur la réduction de risque d'agressions sexuelles et sur une planification sécuritaire et que 43% rapportent des difficultés à retourner travailler, en plus de troubles du sommeil et dépression pour plus de 42%. La majorité des résultats obtenus sont congruents avec ceux présentés lors de diverses études portant sur les conséquences des agressions sexuelles (Billette & al., 2005; Burgess & Holmstrom, 1974; Esposito, 2005). Or, il nous apparaît important de renforcer le volet de suivi, qui porte actuellement principalement, sur les suivis en lien avec le contrôle des ITSS, dans la plupart des programmes SANE au Canada.

En somme, l'ensemble de la recension des écrits a permis d'éclairer la structure d'accueil québécoise pour les victimes d'agressions sexuelles, les enjeux spécifiques du programme SANE (Ledray, 1999), puis, son efficacité présentée en fonction de sept angles spécifiques. Il en ressort que le développement de programmes SANE exige une structure organisationnelle spécifique, rigoureuse et réceptive aux besoins des clientèles. La formation des infirmières est un enjeu de taille pour répondre aux défis posés par l'expérience des victimes et les traitements associés; l'exercice du jugement et de l'analyse critique est fondamental. Les écrits démontrent que le programme SANE a un impact favorable sur le bien-être psychologique des victimes mais que le suivi émotionnel post-agression doit être renforcé de même que le dépistage du VIH et de plusieurs formes d'ITSS, autre que la gonorrhée et la chlamydia. Les études soutiennent l'efficacité et la qualité des prélèvements des preuves médico-légales des infirmières SANE en plus de l'efficacité légale des témoignages des infirmières SANE : davantage de preuves médico-légales étaient prélevées sur les victimes ainsi que les suspects (au besoin), par les infirmières SANE. De plus, lorsque les victimes d'agressions sexuelles étaient examinées par une infirmière SANE, il en découlait davantage de déclaration de culpabilité ou d'accusation. Le programme SANE incarne le travail interdisciplinaire (Charles, 2003; Cole & Logan, 2008; Cole & Logan, 2010; Preston, 2003) clinique de par sa nature en plus de s'imposer aussi comme modèle d'action intersectorielle par son volet communautaire en déploiement de plus en plus diversifié actuellement. La qualité des soins aux victimes, son efficacité et son efficience dépendent largement de la compétence des infirmières SANE. Pour soigner dans de tels contextes, les infirmières

ont besoin de soutien à l'appropriation du rôle très spécifique proposé et d'échanger sur les drames et les expériences des victimes qu'elles côtoient au quotidien.

Cadres de référence

Le présent chapitre permet d'une part de dresser les assises et les prémisses de cet essai et d'autre part, de le structurer et de l'encadrer. Pour ce faire, deux cadres de référence sont utilisés. Tel que mentionné précédemment, cet essai est composé d'un projet d'intervention suivi d'un volet évaluatif. En ce qui a trait à la composante de l'intervention, cette dernière est structurée à l'aide du « modèle intégré de la consultation » de Lescarbeau et al. (2003). Pour sa part le volet évaluatif est conceptualisé à l'aide de certaines phases d'analyse du modèle écologique de planification PRECEDE/PROCEED de Green et Kruter (Renaud & Zmudio, 1999). Toutefois, avant de décrire de manière plus spécifique chacun de ces cadres de référence, une présentation de l'épistémologie utilisée sera exposée.

En effet, tout au long du projet, l'auteure de l'étude a adopté une approche épistémologique constructiviste. Cette approche a permis une cohérence ontologique, épistémologique et méthodologique. L'approche constructiviste a teinté la phase d'intervention lors des rencontres avec le comité d'experts afin de développer une construction collective portant sur la structure du projet pilote. Lors du volet évaluatif, l'approche constructiviste a été utilisée lors de la tenue des entrevues semi-structurées. Cette épistémologie fut amalgamée aux cadres de références qui seront explicités ici-bas. Commençons tout d'abord par définir le constructivisme.

Denzin & Lincoln (2011) identifient l'épistémologie comme étant un courant de pensée permettant de mettre en relation ce que l'on connaît et ce que l'on voit. Ce sont les vérités que l'on entrevoit et que l'on intériorise en tant que chercheur. Ainsi, dans l'épistémologie constructiviste, la subjectivité est à la base de ses croyances perçues comme une vision collective plutôt qu'un simple point de vue personnel. Cela permet d'examiner la manière dont les événements, les réalités, les compréhensions s'amalgament, le tout résultant en un processus d'interaction entre le chercheur et le participant (Denzin & Lincoln, 2011; Munhall, 2012). Guba & Lincoln (1989) perçoivent la méthodologie herméneutique ancrée à leur paradigme comme étant « un dialecte d'interaction, d'analyse, de critique, de réitération, ... continu ». En effet, il s'agit d'observer les interactions, les dynamiques qui s'expriment lors d'interactions, contrairement aux méthodologies conventionnelles positivistes ou post-positivistes prônant le contrôle des variables de manière à obtenir une relation de cause à effet. En effet, le constructivisme met l'emphase sur la construction collective de significations afin d'atteindre le fondement de la connaissance, ce qui implique une participation active et réflexive du participant (Denzin & Lincoln, 2011). De nombreuses forces sociales influent sur le participant. Ainsi, le chercheur se doit d'interpréter la manière dont ces forces affectent le participant lorsque ce dernier transmet son expérience et sa perspective de la situation. Sans vouloir adopter une vision réductionniste lors de la comparaison des paradigmes conventionnel et constructiviste, il est à propos d'affirmer qu'ils sont diamétralement à l'opposé l'un de l'autre, et ce, selon une perspective ontologique, épistémologique et méthodologique, tel que l'explique Guba & Lincoln

(1989). En effet, le mouvement conventionnel a pour discours une réalité unique sur le point de vue ontologique, une objectivité ultime sur le plan épistémologique et une manipulation des variables (interventionnisme) quant à sa méthodologie. Le courant constructiviste, pour sa part, prêche pour un relativisme ontologique, suggérant diverses constructions de la réalité, une subjectivité probable en lien avec la relation des divers acteurs entre eux et, finalement, propose une méthodologie herméneutique engendrant des interactions entre les divers acteurs (Guba & Lincoln, 1989). De plus, les auteurs ont révolutionné l'approche évaluative, d'où le nom d'évaluation de 4^{ème} génération. À partir de chacune des approches antérieures d'évaluation davantage associées à l'épistémologie post-positiviste et celle du regard neutre de l'évaluateur et de son jugement, l'évaluation de 4^{ème} génération, pour sa part, adopte notamment la perspective de la recherche action participative avec comme éléments transformateurs : l'éducation, l'action et le cycle évaluatif informant les constructions sociales. Les questions de recherche sont ainsi déterminantes des méthodologies de choix pour les auteurs selon les croyances, les affinités épistémologiques et l'angle du phénomène étudié. En somme, l'approche conventionnelle permet de mettre l'accent sur le « qu'est-ce qui cause » alors que l'approche constructiviste permet plutôt de se pencher sur le « que se passe-t-il? ». Maintenant le constructivisme explicité, passons à la présentation des cadres conceptuels de cet essai.

Processus consultatif de l'intervention

Le processus consultatif est celui à travers lequel l'auteure de cet essai a dû cheminer afin d'obtenir d'une part la construction collective du devis final du projet pilote avec ses éléments de convergence et de divergence et d'autre part, l'intérêt et le consentement de tous les acteurs à contribuer à la phase d'évaluation de l'essai. « Le modèle intégré de la consultation » de Lescarbeau et al. (2003) est utilisé de manière à structurer l'intervention. Ce modèle est constitué de six étapes distinctes. On y retrouve l'entrée, l'entente, l'orientation, la planification, la réalisation et la terminaison.

Lors de l'entrée, l'auteure de cet essai a rencontré la directrice des soins infirmiers (DSI) et le directeur des services professionnels (DSP) d'un centre hospitalier près d'une métropole. Des échanges ont eu lieu, quant au mouvement SANE, sur l'intervention que l'étudiante désirait effectuer ainsi que sur les objectifs requis pour le grade de maîtrise. L'étape de l'entente est le moment où lors d'une rencontre subséquente la direction a accepté le projet de l'étudiante et décidé de s'engager dans l'aventure. Dans le cadre de l'orientation, le fonctionnement de l'équipe d'infirmières intervenant auprès de victimes d'agression sexuelle est décrit et analysé. Cela permet donc d'identifier la situation initiale, déjà existante, afin d'établir les besoins pour atteindre la situation souhaitée soit : la pratique autonome des infirmières intervenant auprès des victimes d'agression sexuelle dans le cadre d'un projet pilote. Cela mène donc à l'étape de la planification, laquelle consiste à « évaluer les différentes opérations » (Lescarbeau & al., 2003) permettant de mener le projet à terme dans un laps

de temps prédéfini. C'est à ce moment que divers outils de gestion de projet tel que le graphique de Gantt peuvent être utilisés. La réalisation est synonyme de la mise en œuvre du projet, de l'intervention. C'est à cette étape que l'on peut avoir recours à des groupes d'experts et qu'il peut y avoir un ajustement de la mise en œuvre en lien avec des imprévus. Finalement, la terminaison comprend une évaluation, des recommandations et la fin de la relation. C'est ce qui justifie entre autres la conduite d'une recherche portant sur le processus d'élaboration du projet pilote. Le chapitre de la méthodologie reprend les divers processus ayant eu lieu lors de chacune des six étapes précédemment explicitées.

Le modèle écologique de planification PRECEDE/PROCEED de Green et Kruter

L'évaluation de l'intervention est basée sur le modèle écologique de planification PRECEDE/PROCEED de Green et Kruter (Renaud & Zmudio, 1999), modèle largement utilisé lors du développement de programmes en promotion de la santé. Le modèle écologique insiste sur le fait qu'une mise en œuvre réussie passe entre autres par « un contrôle adéquat du processus d'évaluation » (Renaud & Zmudio, 1999). Ce modèle permet d'une part de développer les outils de collecte de données nécessaires à la recherche, en analyser les résultats et finalement à présenter ces dits résultats de manière cohérente et structurée.

« L'acronyme PRECEDE signifie : Predisposing, Reinforcing and Enabling, Constructs in Educational/ Environmental Diagnosis and Evaluation » (Renaud &

Zmudio, 1999), alors que PROCEED signifie « Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development » (Renaud & Zamudio, 1999). Ainsi, le modèle présente neuf étapes distinctes. On y retrouve cinq profils évaluatifs à savoir : social, épidémiologique, comportemental et environnemental, éducationnel et organisationnel ainsi qu'administratif et politique. Toutefois, le volet évaluatif de cet essai se centre exclusivement sur deux d'entre eux : le profil éducationnel et organisationnel en plus du profil administratif et politique. Les raisons entourant cette décision puisent leur justification quant à la pertinence des profils en lien avec le contexte québécois de l'organisation des services auprès des victimes d'agression à caractère sexuel, des réponses qu'ils apportent aux objectifs spécifiques du volet évaluatif de l'essai et enfin, parce que le contexte limité dans le temps d'une étude de deuxième cycle ne permet pas d'aller plus loin dans la démarche proposée de Renaud et Zamudio (1999).

Le profil éducationnel et organisationnel est représenté à l'aide de trois facteurs. Il s'agit de facteurs prédisposants, de facteurs facilitants ainsi que de facteurs de renforcement. Les comportements en lien avec chacun des facteurs peuvent être spécifiques à des individus ou à l'organisation. Ainsi, dans cette étude, ce profil permet de décrire les facteurs favorisant le développement du projet pilote.

Les principaux objectifs du profil administratif et politique sont « de définir les ressources humaines et financières nécessaires ou disponibles pour le programme,

identifier les barrières qui doivent être éliminées pour la mise en œuvre, examiner les conditions politiques favorables ou nécessaires pour le faire » (Renaud & Zmudio, 1999). Dans le présent essai, la composante administrative permet d'identifier les barrières devant être éliminées afin d'assurer le succès de la mise en œuvre et les recommandations des participants. Or, la composante politique permet d'avantage de préciser le contexte légal et politique du projet, tel que perçu par les participants, ainsi que de rapporter les retombées anticipées.

Enfin, il est suggéré d'effectuer des évaluations sur « les inputs qui réfèrent aux éléments politiques et théoriques du programme, à la spécificité et la vraisemblance des objectifs et aux ressources (monétaires, humaines et matérielles) allouées ou ajoutées ». Ainsi, la phase d'évaluation permet de déterminer les éléments favorisant le développement d'un projet pilote, de déterminer les perceptions des participants face au processus d'élaboration, d'établir les besoins éducationnels et pratiques des infirmières et de l'organisation de la formation, essentiels à la pratique d'un rôle avancé et autonome. Tous ces éléments seront présentés au chapitre des résultats.

Méthode

Le présent chapitre fait état de la méthodologie utilisée lors de cet essai. Ce dernier est articulé autour de deux phases : celle de l'intervention ayant eu lieu entre septembre 2006 et mars 2007 et celle de l'évaluation durant laquelle les entrevues ont eu lieu entre le 28 juin et le 27 juillet 2007. Ainsi, le tout débutera par une définition conceptuelle des concepts clés. Par la suite, les buts et objectifs de recherche seront rappelés puis les assises théoriques seront explicitées. Viendra finalement toute la méthode utilisée lors de l'intervention et de l'évaluation.

Définition des concepts

Cette section permet de définir les concepts clé de cet essai, faisant partie intégrante du projet. Ces concepts clé puisent leur signification de divers ouvrages majeurs et de la méthodologie utilisée. Voici les termes qui seront définis :

- **Description** : « Action de décrire, énumération des caractères de quelque chose » (Le Petit Robert, 2001).
- **Évaluation** : « démarche qui consiste à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif permettant de fournir des informations scientifiquement valides » (Contandriopoulos, Champagne, Denis & Avargues, 2000).

- Processus d'élaboration : Action de composer, d'élaborer (une chose abstraite) en lui donnant une structure; processus menant à la construction collective d'une signification pour le participants (Le Petit Robert, 2001; Sylvain, 2008).
- Construction collective : dialogue herméneutique engendrant des interactions entre les divers acteurs afin d'arriver à un produit collectif (Guba & Lincoln, 1989).
- Structure organisationnelle : Organisation des services pour les victimes d'agressions sexuelles inspiré par le programme SANE et s'insérant dans la structure de services des centres désignés du Québec (MSSS, 2010).
- Victime d'agression sexuelle : « une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique, et à la sécurité de la personne » (MSSS, 2010).
- Infirmières intervenant auprès de victimes d'agression sexuelle (IIVAS) : Infirmières détenant un permis de pratique valide de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et ayant complété une formation théorique spécifique sur l'intervention auprès de victimes d'agression sexuelle, d'un minimum de 40

heures, et ayant eu en plus une formation pratique spécifique (Bartura & Lapierre, 2007).

Cadre méthodologique

Le choix de présenter la méthode de recherche de Guba & Lincoln (1989) en premier lieu, malgré le fait que l'intervention précède l'évaluation, puise sa logique de trois arguments : d'une part, elle englobe des éléments de l'intervention ainsi que des éléments de l'évaluation; de plus dans une cohérence ontologique, épistémologique et méthodologique, la perspective épistémologique précède la méthodologie et finalement, la rigueur de toute la démarche est associée aux critères de scientificité de l'évaluation de 4^e génération.

Pour débiter, le terme « responsive » est parfois attribué à l'évaluation de 4^e génération. Il « est utilisé pour désigner une voie alternative pour cibler l'évaluation » (Guba & Lincoln, 1989). Or, on dénombre neuf étapes permettant d'articuler l'évaluation. Ces étapes sont présentées et un parallèle est effectué en lien avec cet essai :

1) identification de tous les participants et de tous les acteurs concernés qui pourront être affectés par l'évaluation;

Les participants potentiels à l'évaluation font partie intégrante du comité d'experts. Par souci d'éviter toute redondance, le titre de chaque participant au comité d'experts est présenté à la section des « participants ». Notons toutefois, qu'une

représentante du Ministère de la justice devait jouer un rôle clé au sien du comité d'experts puisque la composante légale était un enjeu majeur. Cette dernière a été malheureusement absente à toutes les rencontres. De plus, un détenteur majeur d'enjeux qui n'a jamais été invité, mais qui aurait permis d'obtenir de nombreuses informations hautement pertinentes, aurait été une victime d'agressions sexuelles ayant utilisé les services en vigueur au Québec. Cette personne aurait effectivement pu être visée par cette évaluation.

2) facilitation auprès de tous les groupes afin qu'ils explicitent leurs constructions et leurs interprétations sur la situation qui doit être évaluée, compte-tenu des revendications, des préoccupations et des thèmes les préoccupant;

Cet élément se retrouve de manière plus explicite durant l'intervention, tel que décrit lors de l'étape de « réalisation » de Lescarbeau & al. (2003) visant le développement du devis construit collectivement. De plus, le guide d'entrevue utilisé lors de la phase d'évaluation permettait aux participants d'explicitier leurs constructions et leurs interprétations.

3) création d'un milieu et d'une méthodologie permettant de comprendre, de critiquer et de prendre en considération les différentes constructions et leurs interprétations sur la situation;

Création du comité d'experts avec des modalités opérationnelles de communication (quatre visioconférences, trois rencontres en personne, environ dix rencontres téléphoniques, une multitude de courriels).

4) réalisation de consensus sur autant de constructions des revendications, des préoccupations et des thèmes qui les préoccupent;

Le devis construit collectivement présente approximativement 70% de convergence estimée et 30% de divergences. Les divergences portaient sur le rôle pivot de l'infirmière, l'offre de formation (universitaire versus provinciale) et le congé de l'hôpital au niveau de l'offre de service.

5) préparation d'un ordre du jour et d'un plan de travail permettant les négociations sur l'ensemble des thèmes et des visions conflictuelles;

Une représentante du MSSS s'est posée en leader du groupe du comité d'experts. C'est cette dernière qui a préparé les ordres du jour. Toutefois, au préalable, lors des rencontres avec le CSSS participant, l'étudiante-chercheuse a rédigé les ordres du jour ainsi que divers outils de gestion de projet et cliniques afin de favoriser une négociation sur l'ensemble des thèmes et des visions divergentes (voir l'étape de réalisation de Lescarbeau & al. (2003).

6) cueillette et présentation des informations;

Au niveau de l'intervention, la cueillette et la présentation des informations ont eu lieu de manière simultanée sur une période de six mois. En effet, la cueillette d'information se tenait lors de rencontres puis la présentation des informations se faisait à la rencontre suivante. De manière simultanée, la cueillette et la présentation des informations par l'étudiante-chercheuse se déclinaient en cinq moments précis. De plus, lors de l'évaluation, la cueillette des données a été réalisée à l'aide d'entrevues semi-dirigées ayant été réalisées entre le 28 juin et le 27 juillet 2007. Les résultats sont présentés au chapitre suivant.

7) organisation d'un forum pour toutes les participantes, animation et médiation;

Le cycle de rétroaction favorisé lors des rencontres du comité d'experts permettait cette médiation. Toutefois, lors du volet évaluatif, l'objectif poursuivi était d'obtenir les perceptions individuelles sans l'influence des autres détenteurs d'enjeux.

8) élaboration des rapports à être transmis par écrit et verbalement à chaque groupe, présentant explicitement tout consensus ou toutes nouvelles constructions sur les revendications, les préoccupations et les thèmes qui ont été identifiés;

Tout au long de la phase d'intervention, de nombreux rapports ont été transmis par courriel. Cela a occasionné plusieurs étapes d'itération (N=5) du devis construit collectivement.

9) recyclage de l'évaluation, en reprenant tous les points n'ayant pas encore été résolus au sein des groupes ou de l'ensemble des groupes.

Certains points divergents, annoncés à l'étape quatre, étaient résolus lors de la collecte de données de l'évaluation, se traduisant par une réponse unanime engendrant donc une saturation complète des données. Ces éléments portaient sur le rôle pivot de l'infirmière et sur les éléments de la formation.

Phase d'intervention

Description du milieu

La phase d'intervention a principalement eu lieu dans un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) en périphérie de Montréal. Ce CSSS couvrant une superficie de 518,8 km² regroupe huit CLSC (centres locaux de services communautaires), quatre centres d'hébergement de longue durée et un hôpital.

La population était de 76 237 personnes au dernier recensement de 2006. Toutefois, il s'agit d'un secteur en plein essor où l'on constate l'arrivée de plusieurs jeunes familles. Le nombre d'habitants doit par conséquent être nettement supérieur en 2012 en comparaison à celui de 2006.

Le choix du CSSS participant à l'étude était basé d'une part sur son désir d'innover, et d'autre part, sur son intérêt à implanter une méthode d'intervention complémentaire à celle en vigueur et, finalement, sur sa structure de prestation de

service très similaire à celle proposée. Toutefois, des dynamiques externes au milieu, tel l'implication du ministère de la santé et des services sociaux, a quelque peu modifié le projet initial. En effet, à l'origine, il s'agissait d'un projet de petite envergure devant être implanté par le centre désigné avec l'aide de l'étudiante-chercheuse. Finalement, suite à l'implication du Ministère de la santé et des services sociaux, un comité d'experts a été créé. L'amorce du travail de description de la teneur du projet pilote débuta.

Participants

Les participants au comité d'expert sont devenus les participants actifs au projet. Le comité d'expert était constitué au total de neuf personnes : trois représentants du CSSS participant (soit la directrice des soins infirmiers, le directeur des affaires médicales, l'infirmière responsable de l'équipe intervenant auprès des victimes d'agressions sexuelles), de deux représentantes du MSSS, de la coordonnatrice du Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal, de la directrice à la direction du développement et du soutien professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, d'un médecin intervenant auprès de victimes d'agression sexuelle à l'hôpital Ste-Justine et finalement d'une infirmière ayant été gestionnaire du programme pour victimes d'agression sexuelle de l'hôpital Civic d'Ottawa, en Ontario. Nous reviendrons ultérieurement plus en détail sur la méthodologie utilisée, lors de la phase d'évaluation.

Déroulement de l'intervention

L'intervention a suivi les six (6) étapes de Lescarbeau & al. (2003). Ces étapes étant : l'entrée, l'entente, l'orientation, la planification, la réalisation et la terminaison. Les prochains paragraphes présenteront les processus spécifiques retrouvés à chaque étape.

L'entrée. Tel que mentionné précédemment, l'entrée est l'étape durant laquelle le projet est présenté à une personne détenant l'autorité nécessaire afin d'accepter ou de refuser un projet. Ainsi, suite à deux rencontres avec la directrice des soins infirmiers et le directeur des affaires médicales du CSSS participant, un document de présentation du projet envisagé et discuté a été présenté. Cela a donc mené à l'étape de l'entente.

L'entente. À cette étape, la direction et l'étudiante se sont mis d'accord sur le projet qui serait initié. En effet, l'entente spécifiait que l'étudiante rédigeait les ordonnances collectives afin d'encadrer la pratique infirmière, facilitait le développement d'une formation spécifique universitaire afin de permettre aux infirmières d'accéder à un rôle autonome. Finalement, une évaluation de programme devait être réalisée à la suite de la modification de la prestation de services, à trois et six mois post-implantation du projet.

Toutefois, des forces externes au milieu ont engendré une modification à cette entente. En effet, de par l'aspect légal des preuves médico-légales et des actes

professionnels ainsi que par le fait que les centres désignés sont d'autorité provinciale, cela mena à la création d'un comité d'experts de manière à structurer le programme initial en projet pilote. C'est ainsi que le projet initial a été modifié afin de déterminer le devis final de la structure d'un projet pilote d'intervention médico-légale dispensé par des IIVAS et d'effectuer une évaluation du processus. Une fois l'entente conclue, une soumission a été envoyée et acceptée par le Comité d'Éthique de la Recherche de l'Université du Québec en Outaouais. Puisque la composante de recherche ne s'appliquait pas directement à la clientèle ni aux employés du CSSS participant, aucune demande de certificat d'éthique à la recherche n'a été demandé à l'établissement, tel que demandé par la direction.

L'orientation. Suite à l'entente, c'est à ce moment que le champ d'investigation est choisi, qu'un plan de travail est élaboré et que des outils de collecte de données sont construits et utilisés. Par outils de collecte de données, on n'entend pas uniquement les questionnaires servant à une recherche scientifique. On privilégie des outils permettant d'identifier, de cerner les processus de la situation actuelle de manière à schématiser adéquatement les modifications à apporter afin d'atteindre la situation désirée et d'en établir les priorités d'opération. Des outils sont élaborés afin de démontrer les différentes étapes permettant la mise en œuvre du projet pilote. Pour ce faire, un document a été réalisé de manière à illustrer la situation actuelle versus la situation désirée lors de la prestation de services auprès de victimes d'agressions sexuelles (Appendice J).

La planification. Cette étape est cruciale puisqu'il s'agit d'effectuer une ébauche du plan d'action, d'effectuer une mise au point avec le client et finalement d'en venir à un consensus quant au plan d'action définitif (Lescarbeau & al., 2003). C'est dans cette perspective que différents outils furent créés. Pour commencer, une structure de fractionnement des tâches permettait d'identifier les divers processus à anticiper (Appendice A). Puis, une charte des responsabilités permettait de distribuer les activités qui incombaient à chaque membre du système-client (Appendice B), cela afin de s'assurer que chacun connaisse les attentes à son sujet. Finalement, un diagramme de Gantt permettait de distribuer dans le temps l'élaboration et la mise en place des nouveaux processus (Appendice C).

La réalisation. Cette étape permet de présenter le plan d'action aux membres du système-client, d'en coordonner les opérations et se termine par des réalisations concrètes (Lescarbeau & al., 2003). Ainsi, l'élaboration de la structure du projet pilote a été rédigée, revue et modifiée à l'occasion de quatre rencontres avec le comité d'experts, soit le 6 septembre et le 20 décembre 2006 ainsi que le 1^{er} février et le 20 mars 2007. Par la suite, les membres du comité d'experts ont eu l'opportunité de lire le devis final et d'y apporter leurs commentaires, par courriel. Une version finale a été envoyée aux représentantes du MSSS (Appendice D). Entre autres, le devis final comprenait les divers outils de gestion de projet utilisés de manière à soutenir l'implantation du projet pilote. La formation théorique a été dispensée aux cinq infirmières du centre désigné participant, par l'intermédiaire de l'Université du Québec en Outaouais. Au total, ce sont

trente (30) infirmières qui ont suivi ce cours de 45 heures, équivalent à trois (3) crédits universitaires de premier cycle. En ce qui a trait à la formation pratique, chaque infirmière s'est exercée à effectuer des examens vaginaux à l'aide d'un spéculum sur un mannequin. Par la suite, chacune d'elle a réalisé un examen Pap lors d'une clinique de santé des femmes.

Finalement, des ordonnances collectives ont été rédigées afin d'encadrer la pratique infirmière autonome (Appendice E). Elles sont présentées en fonction du modèle provincial, tel que suggéré par l'OIIQ (2011). On y retrouve des ordonnances collectives portant sur : la contraception orale d'urgence, l'acétaminophène (tylénol), le dimenhydrinate (gravol), la prophylaxie contre la gonorrhée et l'hépatite B, des examens de laboratoire recommandés ainsi que des algorithmes décisionnels quant à la prophylaxie contre l'hépatite B. Le tout a été remis au CSSS concerné. Toutefois, les ordonnances collectives n'ont pas été modifiées ni acceptées par le Comité des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Par conséquent, elles n'ont pas été déployées au moment de l'essai. Seul le plan de communication n'a pas été élaboré puisque l'implantation du projet pilote ne s'est pas concrétisée.

La terminaison. À cette étape, il s'agit d'évaluer l'intervention et d'en dégager des conclusions et de mettre fin à la relation (Lescarbeau & al., 2003). Cette étape réfère donc à la phase d'évaluation qui, afin d'éviter toute redondance, sera explicitée ici-bas de manière plus précise.

Phase d'évaluation

Méthode

La présente évaluation était une étude qualitative descriptive incluant une analyse thématique des données et une interprétation des résultats.

Sélection des participants et critères

La phase d'évaluation portait sur le processus d'élaboration d'une construction collective de la structure organisationnelle des services pour les victimes d'agressions sexuelles. Ainsi, seuls les participants au comité d'experts détenaient tous les enjeux. Par conséquent, le principal critère de participation était de faire partie du comité d'experts. De par son hétérogénéité et sa taille limitée, il était pertinent d'obtenir la participation du plus grand nombre de participants (puisque, tel que précisé plus haut, le comité d'experts était constitué de neuf personnes). Toutefois, les deux représentantes du MSSS ont décliné l'invitation à participer à l'évaluation. Le dernier participant n'a pu contribuer à l'étude, malgré sa bonne volonté en lien avec des conflits d'horaire et des dates limites de cet essai. Par conséquent, six personnes ont collaboré activement à cette évaluation. Il est pertinent de rappeler qu'il s'agit d'une étude qualitative et par conséquent :

« le choix des participants se fait [...] au moyen de critères de sélection assurant une relation intime des participants à l'expérience que l'on veut décrire et analyser. Le nombre de participants varie selon la profondeur de la description recherchée [...] allant de quelques sujets (moins de 10) à une trentaine » (Fortin, 1996, p. 149).

Outils de collecte de données

La collecte de données était basée sur un guide d'entrevue (Appendice F) permettant d'uniformiser les entrevues et tenter d'obtenir une saturation des données, tout en répondant aux objectifs et éléments conceptuels de l'étude évaluative.

Pertinence de la grille d'entrevue

Le guide d'entrevue a été validé au niveau de son contenu par la directrice de cet essai, cette dernière ayant une expérience clinique pertinente d'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle et ayant œuvré au sein d'un programme SANE.

Rôle de l'étudiante-chercheure lors de tout le processus (intervention et évaluation)

Le rôle principal de l'étudiante-chercheure était de faciliter les processus et la construction collective du phénomène. De plus, comme le projet, de par sa nature, incluait une intervention, l'étudiante-chercheure a identifié, favorisé et appuyé le développement d'une formation et a proposé les outils et les connaissances nécessaires à l'implantation du projet pilote. Comme l'indiquent Guba & Lincoln (1989), le chercheur a le rôle « d'orchestrer le processus de négociation » [traduction libre] (Windrum & de Jong, 2000). En effet, l'étudiante-chercheure a appuyé la structure de déploiement du projet pilote dans toutes ses étapes et a émis une construction collective finale de recommandations au comité. Toutefois, le centre hospitalier est demeuré responsable de

l'implantation directe du projet pilote (d'entériner les protocoles, les formulaires destinés aux notes de l'infirmière, les ordonnances collectives, ...).

En somme, le rôle plus autonome de l'étudiante-chercheure, lors de l'évaluation, s'est déployé lors de la production des outils nécessaires à cette évaluation, notamment : une lettre explicative de la recherche, un consentement à la participation à l'étude et la création du guide d'entrevue. Ce rôle autonome s'est aussi traduit par l'organisation des entrevues semi-dirigées, la prise de notes (lors des entrevues), la transcription des entrevues, la catégorisation des thèmes émergents et de la compilation des résultats et de leur diffusion, toujours avec l'approbation des participants à la recherche. Tout au long du processus, l'étudiante-chercheure a aussi produit un journal de bord réflexif dans lequel le déroulement, les préoccupations, les sentiments, qui pourraient intervenir dans le processus interprétatif, ont été documentés.

Collecte de données

Au préalable, une lettre explicative de la recherche a été remise aux participants aux entrevues. De même, un formulaire de consentement de participation (Appendice G) a été expliqué individuellement et, finalement, signé par chaque participant. Par la suite, des entrevues semi-dirigées ont été organisées afin de rencontrer des participants provenant du comité d'experts. Elles ont eu lieu à différents endroits, au CSSS participant, à Montréal ainsi qu'à Ottawa de manière à obtenir la collaboration du plus grand nombre de participants. Les séances d'entrevue ont été enregistrées de manière à

faciliter la transcription et à ne pas perdre de données essentielles lors d'une prise de note simultanée.

Processus d'analyse de données

Les entrevues ont premièrement été transcrites grâce à l'enregistrement réalisé lors des séances. Une fois transcrite, elles ont été codifiées et catégorisées selon la méthode d'analyse de contenu classique (Bardin, 1993; Auerbach & Silverstein, 2003). Le logiciel NVivo a été utilisé lors de la catégorisation et de la classification des thèmes émergents, tel que recommandé par Sylvain (2008). Puis, une conceptualisation de ces thématiques a été établie en fonction du cadre conceptuel de Green & Kruter (Renaud & Zmudio, 1999) afin de décrire les éléments favorisants et contraignants lors du développement d'un projet pilote (profil organisationnel), afin de décrire les perceptions des participants face au processus d'élaboration et sur le devis construit collectivement du modèle organisationnel du projet pilote (profils politique et administratif) et afin d'identifier les besoins éducationnels des infirmières, essentiels à la pratique d'un rôle élargi et autonome (profil éducationnel).

Critères de rigueur

Afin d'assurer la rigueur scientifique de l'étude qualitative, l'étudiante-chercheuse a eu recours à quatre critères de rigueur, tel que suggérés par Guba & Lincoln (1989).

Crédibilité. La crédibilité fait référence dans le paradigme conventionnel à la validité interne de l'étude. Elle se vérifie par :

« l'adéquation entre les constructions des participants et les reconstructions formulées par le chercheur. L'engagement du chercheur dans le milieu où s'effectue l'étude sur une période prolongée permet l'établissement de liens et du développement de la confiance nécessaires à l'émergence des constructions et à l'intégration significative du chercheur dans la culture même du contexte » (Lapierre, 1999, p. 102).

L'étudiante-chercheuse a été impliquée sur une période de plus de six mois auprès du comité. Ainsi, l'auteure de cet essai a d'une part rédigé un journal de bord mais en plus, a enregistré toutes ses entrevues de manière à rapporter fidèlement les propos des participants.

Transférabilité. Ce critère de rigueur fait référence à la validité externe de l'étude, ce qui permet d'assurer une certaine reproductibilité dans un contexte similaire. Les données de cette intervention et de cette évaluation peuvent servir à une diffusion de la nouvelle structure organisationnelle des services si le contexte est évalué et si les besoins à répondre sont sensiblement les mêmes que ceux du projet actuel. Une précision du contexte politique, organisationnel, professionnel et clinique favorise le transfert à d'autres milieux et à d'autres circonstances.

Fiabilité. Ce terme nous rapporte à la fiabilité de l'étude. Or, tous les entretiens étaient enregistrés, ce qui peut permettre au besoin de démontrer la véracité des propos. De plus, toutes les entrevues ont été menées par l'étudiante-chercheuse, au même titre que la codification. Aussi les prises de décisions associées au processus de construction

ont été fidèlement documentées et explicitées. Finalement, l'utilisation d'un guide d'entretien a facilité la comparaison et standardisé la catégorisation des données.

Confirmation. La confirmation des données est le processus par lequel les descriptions et les interprétations sont présentées aux participants pour obtenir une vision de la représentativité de l'expérience vécue par les participants. La confirmation sert à limiter l'influence trop subjective de l'étudiante-chercheuse sur le processus. Bien que la subjectivité fasse partie intégrante de l'épistémologie constructiviste, la subjectivité visée est celle du groupe, une subjectivité collective, en tenant compte des points divergents et convergents.

Considérations éthiques

L'étudiante-chercheuse a, dans un premier temps, présenté un rapport sur l'étude planifiée au comité d'éthique à la recherche de l'UQO, en identifiant et remettant tous les outils qui seraient utilisés, ce qui a engendré la délivrance d'un certificat d'éthique (Appendice H). Il est pertinent de souligner que le terme « étude de cas » a été sciemment retiré car cette notion n'apportait que lourdeur à la partie méthodologique; un seul cas, celui étudié, ayant fait l'objet du présent essai. La méthodologie qui répondait le mieux aux objectifs et à la démarche modifiée par un groupe d'experts était l'évaluation de 4^{ième} génération, retenue et n'ayant aucune incidence sur la portée du cas sélectionné, i.e. du milieu identifié. Avant de collaborer aux entrevues semi-dirigées, les participants ont été informés que ces entretiens s'inscrivaient dans le cadre d'un essai et

que toutes les données recueillies étaient par conséquent confidentielles et conservées en sécurité dans un local à l'Université du Québec en Outaouais. De plus, si un participant était mal à l'aise, il pouvait à tout moment se retirer de l'étude. Ainsi, il est stipulé que des services de « counselling » étaient à la disposition des participants, au besoin. Il est à noter que l'infirmière conduisant les entrevues et les groupes de discussion peut et doit recommander un suivi psychologique si elle en évalue le besoin chez le ou la participant(e). Les enjeux politiques ont freiné une pleine participation au processus de recherche de certains membres (soit les représentantes du MSSS) mais une négociation a permis d'arriver à une entente partenariale, servant à l'essai autant qu'au processus ministériel et clinique en cours dans la province.

Résultats

Ce chapitre présente les résultats de cet essai. Pour ce faire, il sera divisé en deux parties distinctes. La première présente le produit final de la phase d'intervention, plus précisément le devis construit collectivement de la structure d'organisation des services tel qu'élaboré par le comité d'experts au cours d'une période de 6 mois. La seconde fera état des résultats obtenus lors de la phase d'évaluation, à l'aide d'entrevues semi-dirigées portant sur les objectifs éducationnels et pratiques visés par l'offre d'une formation spécifique universitaire ainsi que sur les profils administratif et politique ainsi qu'organisationnel du modèle écologique de Green & Kruter (Renaud & Zmudio, 1999). Les différents objectifs de l'évaluation seront rappelés.

Phase d'intervention

Contexte

Suite à plusieurs recherches sur les modèles en vigueur quant à l'offre de services pour les victimes d'agressions sexuelles, au Québec, une représentante de l'agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Outaouais (ADRLSSS) convia l'étudiante-chercheure à effectuer une présentation sur le programme SANE lors d'une rencontre régionale du comité local de prévention des agressions sexuelles (Appendice I). Par la suite, après quelques discussions avec une représentante en charge du dossier des agressions sexuelles au Ministère de la santé et

ses services sociaux (MSSS), l'étudiante-chercheuse a été conviée à une deuxième présentation, cette fois-ci à Québec en 2006 à l'occasion d'une rencontre des représentants provinciaux des ADRLSSS, en charge des centres désignés de leur territoire. Le but de cette présentation était de sensibiliser les autorités des centres désignés à une offre de services complémentaire au niveau de l'organisation des soins.

Parallèlement, l'infirmière responsable de l'équipe dédiée aux victimes d'agressions sexuelles de Lanaudière retourna un appel effectué par l'étudiante-chercheuse pour connaître l'organisation des services en vigueur. C'est ainsi, qu'après une prise de contact, une présentation sommaire du projet et de l'acceptation du projet par la directrice des soins infirmiers (DSI) et par le directeur des affaires médicales (DAM), que la réelle planification d'un projet pilote visant à permettre aux infirmières dédiées du programme des agressions sexuelles d'accéder à une pratique autonome s'amorça.

Au début, le projet visait un centre hospitalier de Lanaudière, portant déjà le titre de centre désigné pour les victimes d'agression sexuelle. Ce projet se voulait par conséquent local, à petite échelle, basé sur le projet de loi 90. Il était entendu que les infirmières devaient compléter les trousseaux médicosociales et légales, en vigueur dans les structures d'accueil existantes au Québec.

Toutefois, des représentantes du ministère de la santé et des services sociaux intervinrent et demandèrent à être incluses dans les démarches, en lien avec le caractère novateur du projet mais surtout en lien avec l'aspect légal du rôle élargi de l'infirmière. Il fallait aussi s'assurer que le projet s'inscrive dans la structure en vigueur au Québec. C'est ainsi qu'un comité fut formé, constitué de deux représentantes du ministère de la santé et des services sociaux, d'un médecin de l'hôpital Ste-Justine œuvrant entre autre auprès de victimes d'agressions sexuelles, d'une représentante ayant participé au développement de la structure actuelle québécoise et coordonnatrice du Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal, de la directrice à la direction du développement et du soutien professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, de la directrice des soins infirmiers et du directeur des affaires médicales du centre désigné, de l'infirmière responsable de l'équipe dédiée aux victimes d'agression sexuelle, d'une infirmière ayant été gestionnaire d'un service d'accueil pour victimes d'agressions sexuelles de type SANE, à l'hôpital Général, campus Civic en Ontario et ayant été la personne chargée de cours dans le cadre du présent projet et finalement, de l'étudiante-chercheure, instigatrice du projet. Ce groupe sera identifié par plusieurs comme « groupe d'experts ».

Quatre rencontres formelles et l'envoi de suggestions par plusieurs participants menèrent à l'élaboration des modalités et de la teneur du projet pilote. Un document que l'étudiante-chercheure rédigea présente la description exhaustive du projet pilote. L'intégralité du document : « Plan d'action visant l'implantation d'un projet pilote :

optimisation du rôle de l'infirmière lors d'intervention médicosociale et légale auprès de victimes d'agression sexuelle au CSSS sud de Lanaudière, hôpital Pierre-Le Gardeur » est disponible à l'appendice D; y sont inclus différents outils de gestion de projet.

Ainsi, la présente section exposera le devis construit collectivement de la structure d'organisation des services pour les victimes d'agressions sexuelles, par des IIVAS, tel qu'entériné par le groupe d'experts. Par préoccupation d'alléger cette section, tous les outils d'encadrement clinique développés par l'auteure de cet essai, rédigés afin d'encadrer la pratique autonome des infirmières, tel qu'exigé par les lois en vigueur, ne figurent pas dans ce texte. Ils sont toutefois disponibles à l'appendice A-B-C-E. Mais pour débiter, rappelons les objectifs de cet essai se rapportant à la phase d'intervention :

- 1) identifier un centre désigné intéressé à la mise en œuvre d'un projet pilote; 2) modéliser la structure d'organisation des services s'adressant aux victimes d'agressions sexuelles dans les limites permises par les lois en vigueur au Québec tout en rattachant ce projet aux modalités provinciales existantes; 3) identifier et décrire les conditions facilitant le développement de la formation spécifique devant être offerte à une infirmière destinée à l'intervention auprès des victimes d'agressions sexuelles; 4) rédiger les outils clinico-administratifs nécessaires à l'encadrement d'une pratique infirmière autonome.

Objectifs

Les objectifs établis par le groupe d'experts quant à la structure d'organisation des services pour les victimes d'agressions sexuelles par des IIVAS étaient les suivants :

- 1) Offrir des soins de qualité aux victimes d'agression sexuelle.
- 2) Maximiser l'expertise spécifique et le rôle autonome des infirmières tel que prévu par la loi.

Cadre légal

Le présent projet pilote s'inscrit dans le cadre du projet de loi 90, soit l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2003)*. De plus, certaines activités réservées telles que la vaccination s'appuient sur la *Loi de la Santé Publique*. Parmi ces activités réservées, mentionnons le droit d'« évaluer l'état de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique » (*OIIQ, 2003*), d'« exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier » (*OIIQ, 2003*), de « déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et de prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent » (*OIIQ, 2003*), « d'effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes » (*OIIQ, 2003*) ainsi que d'« appliquer des techniques invasives » (*OIIQ, 2003*). Finalement, en aucun cas, l'infirmière ne pose un diagnostic. Il s'agit plutôt, dans le cadre du processus médicosocial, de décrire objectivement et systématiquement dans l'espace réservé à cette fin, ce que l'infirmière constate comme

marques et blessures, d'effectuer les prélèvements exigés par la trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux et la trousse médico-légale et d'évaluer l'état de santé selon les circonstances et le contexte de l'agression.

Cadre de référence du projet pilote

Le cadre de référence du projet pilote (et non de l'essai) est inspiré du modèle « Sexual Assault Nurse Examiner » (SANE), modèle américain en vigueur depuis une quarantaine d'années et largement utilisé dans diverses provinces du Canada (Ahrens, Campbell, Wasco, Aponte, Grubstein, & Davidson II, 2000; Campbell, Townsend, Long, Kinnison, Pulley, Adames & Wasco, 2005; Kagan-Krieger & Rehfeld, 2000; Ledray, 1999; Little, 2001; Logan, Cole & Capillo, 2006; Stermac & Stirpe, 2002; Stermac, Dunlap & Bainbridge, 2005; Kent-Wilkinson, 2011). Ceci dit, ce programme a été adapté pour les besoins du projet pilote afin de répondre aux normes et lois québécoises en vigueur, en matière d'agression sexuelle. Toutefois, ce cadre de référence a permis de structurer les interventions effectuées par des infirmières ainsi que la formation requise.

En effet, les interventions effectuées par les infirmières SANE englobent :

l'obtention de l'histoire de l'agression, l'évaluation de l'état psychologique de la victime, une intervention de crise et une évaluation physique. De plus, celle-ci amasse et préserve des preuves médico-légales et les documentent sur les formulaires prévus à cet effet. Elle recueille des échantillons urinaire et sanguin afin de vérifier la présence de drogues du viol, traite la victime ou la réfère pour des traitements médicaux, remet des médicaments en prophylaxie contre des ITSS ou contre une éventuelle grossesse et donne à

la victime une référence pour des services médicaux et psychologiques de suivi [traduction libre] (Ledray, 1999; Littel, 2001).

Tel que présenté ci-haut, ce programme a été évalué à de nombreuses reprises. Par conséquent, le cadre de référence du projet pilote est basé sur plusieurs écrits scientifiques reconnus. De surcroît, ces interventions répondent aux objectifs de l'intervention médicosociale, tels que décrits dans le *Guide de l'intervention médicosociale* (MSSS, 2004, 2010).

Intervenants

Le principal intervenant visé par ce projet pilote est l'infirmière spécialement formée. Ainsi, veuillez noter que le titre « infirmière intervenant auprès des victimes d'agression sexuelle » (IIVAS) sera dorénavant utilisé afin d'éviter une confusion possible entre le terme « infirmière » regroupant toutes les personnes exerçant la profession infirmière, et les infirmières ayant reçu une formation particulière (voir la section sur la formation requise) afin d'exercer leur expertise spécifique auprès des victimes d'agression sexuelle. Le titre IIVAS est inspiré de la terminologie utilisée par le modèle américain Sexual Assault Nurse Examiner (SANE).

Le rôle des intervenants psychosociaux est maintenu lors de l'accompagnement des victimes et ce, tout au long de l'intervention médicosociale. De manière plus précise, et afin de répondre aux orientations du guide médicosocial (MSSS, 2010) favorisant une

approche multidisciplinaire, l'intervenant psychosocial demeure présent pour l'accompagnement psychosocial de la victime.

La présence d'un médecin peut être requise, en fonction de certains critères (voir la section sur les critères de référence à un médecin). De plus, l'urgentologue présent à l'urgence peut-être consulté par l'IIVAS si une ordonnance est requise ou pour un certificat de retrait du travail. L'urgentologue sera également avisé par l'IIVAS lors du congé de l'urgence de la victime tel que prévu par la loi sur les services de santé et les services sociaux.

Clientèle cible

La clientèle visée par ce projet est toute femme victime d'agressions sexuelles âgée de plus de quatorze (14) ans.

Formation offerte

Afin d'exercer des fonctions spécialisées en agression sexuelle, les infirmières du projet pilote doivent recevoir une formation universitaire théorique de 45 heures (IAFN, 2011b; Ledray, 1997; Ledray, 1999; Littel, 2001; Logan, Cole & Capillo, 2006) portant, entre autres, sur les sujets suivants :

- Le droit et les questions juridiques;
- L'intervention en situation de crise;

- Les syndromes reliés au traumatisme de l'agression sexuelle;
- L'examen physique de la victime d'agression sexuelle;
- L'examen vulvaire, vaginal et anal;
- Les blessures susceptibles d'être retrouvées lors d'une agression sexuelle;
- La trousse médicosociale et légale et les preuves médico-légales;
- Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS);
- La documentation du dossier de la victime ainsi que la manière de remplir les documents des troussees médicosociales sans prélèvements médico-légaux et médico-légales;
- L'intervention médicosociale auprès d'adolescentes.

À la formation théorique s'ajoute une formation pratique. Cette dernière est divisée en deux parties distinctes. La première comprend un stage de trois journées auprès d'un gynécologue afin d'exécuter des examens vaginaux ainsi que des tests de Papanicolaou (Pap). Ce stage permet à l'infirmière de se sentir plus à l'aise et d'acquérir l'expérience pratique requise. Par la suite, les infirmières sont évaluées conjointement par des médecins urgentologues et des infirmières durant leurs quatre (4) premiers cas d'agression sexuelle. Cette partie permet d'évaluer leur aptitude à effectuer un examen physique, à appliquer des ordonnances collectives, à effectuer divers prélèvements et à compléter des troussees médicosociales sans prélèvements médico-légaux ainsi que des troussees médico-légales, tout en respectant les normes de leur profession.

Interventions infirmières

Voici les diverses interventions qu'une IIVAS réalise dans le cadre du projet pilote (Ledray, 1999; Littel, 2001). Bien que l'article 36 de la Loi sur les infirmières (OIIQ, 2003) permette un rôle accru des infirmières, pour certaines interventions, des ordonnances collectives (OC) demeurent obligatoires afin d'encadrer adéquatement la pratique infirmière. Par conséquent, l'acronyme « à l'aide d'une OC » figure à la fin des interventions nécessitant une ordonnance collective. Ainsi, l'infirmière :

- Intervient en situation de crise;
- Aide à la prise de décision (compléter une trousse médicosociale sans prélèvements médicolégaux ou une trousse médicolégale, porter plainte ou pas aux autorités policières, ...);
- Procède à l'évaluation physique et mentale de la victime (référence à un médecin en fonction de critères spécifiques, voir la section s'y rapportant);
- Procède à l'examen vulvaire et/ou vaginal et/ou anal et/ou buccal de la victime et note les blessures, le cas échéant;
- Soigne des blessures mineures;
- Procède à des prélèvements afin de compléter la trousse médicolégale (à l'aide d'une OC);
- Effectue un dépistage d'ITSS, de drogues du viol et autres (à l'aide d'OC);

- Offre à la victime une contraception orale d'urgence en fonction des facteurs de risque (à l'aide d'une OC);
- Offre à la victime un traitement prophylactique contre certaines ITSS (à l'aide d'OC contre la gonorrhée, la chlamydia). (Attention, les lignes directrices du guide d'intervention médicosociale (MSSS, 2004) ne recommandent pas de traitement prophylactique contre des ITSS, sauf s'il y a présence de facteurs de risque). Toutefois, l'IIVAS a la responsabilité d'offrir le vaccin contre l'hépatite B ainsi que des immunoglobulines chez les personnes n'ayant pas été vaccinées et ces interventions ne nécessitent pas d'OC; elles font partie de la loi sur la santé publique (OIIQ, 2003).
- Assure la prise en charge et réfère la victime à un suivi médical et psychosocial.

L'organisation particulière des services est présentée à l'appendice J.

Critères de référence à un médecin

En cours d'intervention, tel que mentionné précédemment, l'IIVAS doit référer la victime d'agressions sexuelles à un médecin en fonction de problématiques particulières. En plus des critères présentés ci-après, l'IIVAS consulte l'urgentologue, au besoin, pour des ordonnances, des arrêts de travail, au congé de l'urgence de la victime, etc.

- Pertes de conscience entourant l'agression sexuelle, perte du sens de l'orientation;
- Troubles mnésiques;
- Douleurs physiques, par exemple :
 - Douleurs thoraciques ou abdominales;
 - Blessures à la tête ou céphalées;
 - Douleurs aux bras, aux jambes et/ou au dos;
 - Lacérations nécessitant des points de suture, brûlures;
- Lésions génitales ou anales ou saignements génitaux (non reliés au cycle menstruel) ou rectaux depuis l'agression;
- Insertion d'objets étrangers dans le vagin ou le rectum, s'il y a des symptômes ou risque de présence de corps étrangers;
- Cliente enceinte;
- Préoccupation quant à la sécurité de la victime;
- Présence de symptômes de santé mentale inquiétants ou d'un problème psychiatrique actif connu; présence d'idéations suicidaires;
- Existence d'un problème de santé grave (cancer, maladie du rein, etc.);
- Pour tout autre motif laissé au jugement de l'infirmière (allergies multiples, observations inquiétantes, etc.) (Stermac & Stripe, 2002).

Faisabilité

De par sa structure actuelle d'organisation des services offerts aux victimes d'agressions sexuelles, le centre hospitalier participant à cet essai présente de nombreux avantages dans le cadre de l'implantation d'un projet pilote. En effet, un régime de garde d'infirmières est déjà en vigueur et un budget est déjà prévu à cet effet. De plus, ce centre hospitalier fait preuve d'une ouverture favorable à l'implantation d'un projet pilote et les infirmières du régime de garde ont déjà reçu une partie de la formation de base essentielle au développement d'une expertise dans l'intervention auprès des victimes d'agressions sexuelles.

Pour ce faire, le centre hospitalier participant au projet pilote nécessite l'élaboration d'ordonnances collectives afin d'encadrer le nouveau rôle des IIVAS et de répondre à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec. Une formation pratique complémentaire est aussi requise (voir annexe C de l'Appendice B).

Afin de réaliser la mise en œuvre du projet pilote, un plan d'action a été détaillé (appendice D). Ce plan d'action est articulé autour de quatre principaux thèmes soit : l'élaboration du programme, son implantation, son plan de communication et finalement son évaluation.

Phase d'évaluation

Cette section présente les résultats obtenus à l'aide d'entrevues semi-dirigées auprès de six participants. Ces résultats découlent d'objectifs prédéterminés à savoir :

1) identifier les besoins éducationnels et pratiques des infirmières, essentiels à la pratique d'un rôle élargi et autonome; 2) décrire les éléments prédisposants et favorisants, contraignant et de renforcement du profil organisationnel du modèle écologique en matière de développement de projet pilote; 3) décrire les perceptions des participants (représentants ministériels, administratifs et cliniques) eu égard au processus d'élaboration du devis, construit collectivement, de la structure organisationnelle du projet pilote.

Les participants à l'étude faisaient tous partie intégrante du comité d'experts, constitué pour les fins de l'étude et éventuellement une implantation potentielle du projet pilote. Le comité d'experts comprenait deux hommes et sept femmes. Tous possédaient plus de cinq années d'expérience dans leur secteur d'activité, déjà mentionné dans le chapitre de la méthodologie. Deux groupes de trois personnes avaient déjà travaillé ensemble précédemment.

Rappelons que les résultats des entrevues ont été compilés à l'aide du logiciel N-vivo. Une première catégorisation a été effectuée par l'étudiante-chercheure pour chaque question posée. Par la suite, les catégories étaient analysées à la lumière du modèle de planification Precede/Proceed.

En lien avec les objectifs de la phase d'évaluation, le profil éducationnel et organisationnel répond aux deux premiers objectifs. En effet, le partie éducationnelle répond au premier objectif c'est-à-dire d'identifier les besoins éducationnels et pratiques des infirmières, essentiels à la pratique d'un rôle élargi et autonome. Pour ce faire, trois catégories sont présentées soit : les objectifs éducationnels, pratiques et l'organisation de la formation. La partie organisationnelle du premier profil permet de répondre au second objectif de recherche soit les éléments prédisposants, favorisants, contraignants et de renforcement du développement d'un projet pilote. Quant aux perceptions des participants face au processus d'élaboration, ces résultats figurent dans le profil administratif et politique. Le profil administratif, est divisé en quatre catégories soit : les acteurs organisationnels à mobiliser, les enjeux administratifs, les barrières devant être éliminées pour le succès de la mise en œuvre et les recommandations des participants. Pour sa part, le profil politique est divisé en trois catégories soit : le contexte légal, le contexte politique et les retombées attendues du projet.

Profils éducationnel et organisationnel

Profil éducationnel. Les recommandations éducationnelles font référence aux besoins de formation des infirmières afin de les préparer adéquatement à une pratique autonome visée par le projet pilote. La description intégrale de ce dernier figure dans la première partie des résultats.

Objectifs éducationnels. Dans cette section, six principaux thèmes sont ressortis. Le premier, faisant l'unanimité, étant les connaissances légales, où l'on retrouve un besoin de formation approfondi au niveau des lois qui régissent l'intervention auprès des victimes d'agressions sexuelles, la loi sur le directeur de la protection de la jeunesse (DPJ), etc. On désire outiller les infirmières quant au témoignage en cour et leur apporter les connaissances nécessaires pour compléter la trousse médicolégal ainsi que sur la documentation des preuves. Les infirmières ayant assisté à la formation ont beaucoup apprécié la présence d'une personne du laboratoire judiciaire car cela leur a permis d'effectuer des parallèles entre les preuves à conviction, leur analyse et leurs impacts. Finalement, parfaire les connaissances à partir des champs de compétences existants afin que tous et chacun maîtrisent les limites de leur rôle.

Le développement de l'autonomie infirmière s'avère aussi un incontournable lors de la formation. Cela se traduit par l'enseignement d'une réflexion lors du travail ou tel que rapporté par le participant no 5 « enseigner une façon de réfléchir sur leurs actes ». L'enseignement d'une approche systémique du travail est aussi rapporté.

Le troisième thème étant l'enseignement de la relation d'aide, des éléments de situation de crise qui ont été mentionnés à trois reprises, au même titre que les impacts psychologiques et émotifs sur les victimes d'agression sexuelle ainsi que l'approche de cette clientèle. Le participant no 6 résume la vision des autres intervenants en affirmant :

« il faut qu'elle soit (l'infirmière) capable de lui donner de l'information, qu'on soit capable d'expliquer (...) il faut avoir une bonne capacité à présenter les

différents choix qu'elle a par rapport à porter plainte ou pas, il faut avoir, [connaître] la relation d'aide, l'intervention de crise ... ».

La quatrième thématique à avoir été soulevée est la physiopathologie. Quatre des six participants soulevaient la pertinence de l'examen physique de la femme et de l'homme, alors que deux participants sur six suggéraient de mettre l'accent sur les différences que l'on peut retrouver sur les divers groupes soit, les enfants, les adolescents, les adultes, les femmes, les hommes. À nouveau, deux participants sur six désiraient mettre l'accent sur ce que l'on peut retrouver sur les victimes, les lésions, les preuves à conviction. Une formation sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) semble aussi un incontournable. En somme, il s'agit de « mieux former les infirmières sur les spécificités » tel que demandé par le participant no 1.

La cinquième thématique à être ressortie était celle des éléments techniques tel que rapporté par deux des six participants. Plus précisément il s'agit des prélèvements et « des techniques nécessaires et les faire dans le respect de la personne qui vient d'être agressée », tel qu'affirmé par le participant no 3.

Finalement, la dernière thématique abordée était principalement celle des suivis, tel que le recommande le participant no 3 : « je pense qu'il faut avoir des notions de suivi, des notions sur l'impact psychologique sur les personnes victimes d'agressions sexuelles ».

Objectifs pratiques. Cette section se divise en deux catégories. Dans un premier temps, il s'agit d'ajouter davantage de laboratoires mais surtout de pratique. Le participant no 4 rapportait : « parce que juste de bien comprendre, bien connaître la trousse médicale c'est quelque chose, mais en plus après ça, avoir les habilités pour faire certains prélèvements [...] il faut que tu pratiques auprès de différentes clientèles, de tout âge [...] ». Le participant no 5 ajoute qu'il faut : « donner l'opportunité d'avoir des expériences cliniques pour qu'elles puissent appliquer leurs connaissances ». Finalement, le participant no 6 soutenait que « l'aspect pratique c'est aussi l'interaction, l'intervention psychosociale, la relation d'aide, ... ».

Dans un deuxième temps, il s'agit de l'organisation et de la longueur des stages. Tous s'accordent pour affirmer qu'un stage est nécessaire. Seules les modalités varient. Alors que certains proposent d'effectuer des stages sous forme de jumelage, d'autres proposent d'exercer comme IIVAS supervisée quelques fois avant d'être autonome, alors que d'autres suggèrent un stage formel de deux jours. D'autres croient que les stages doivent être en fonction de l'infirmière, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'elle soit à l'aise et habile pour les prélèvements, l'introduction du spéculum. La pratique auprès d'une clientèle de tous âges a aussi été rapportée, tel que mentionné ci-haut.

Organisation de la formation. Deux éléments sont rapportés soit la durée ainsi que le contenu de la formation. Toutefois, une affirmation digne de mention est ressortie du participant no 4 à savoir que « les infirmières doivent être formées par des

infirmières ». Cela faisait suite à plusieurs questions qui avaient été soulevées durant la phase d'élaboration. En effet, une question était régulièrement posée : « Est-ce que les infirmières peuvent être formées par d'autres infirmières ou si des médecins doivent former ces dernières? ».

En ce qui a trait à la durée de la formation, on y retrouve deux éléments distincts : le nombre d'heures de formation et la certification qui en découle. Un participant propose un certificat de manière à ce qu'une mention de spécialisation puisse se rattacher au titre. Ce certificat comprendrait six crédits de stage et neuf crédits de formation théorique. Cela permettrait d'octroyer un cours sur les enfants/adolescents, un autre sur les adultes et finalement un laboratoire. Un autre participant propose deux cours de 45 heures. Le premier porterait sur les adultes et le second sur les enfants. Un troisième participant propose plutôt de rendre la formation ministérielle obligatoire et d'ajouter seulement un cours de 45 heures dont le contenu serait plus général. Somme toute, l'homogénéité des groupes est une préoccupation pour deux intervenants sur six, tel qu'expliqué par le participant no 2 :

« Il faut partir du niveau d'expertise qu'elles ont déjà et de l'expérience [et de] là identifier quelle est la valeur ajoutée de cette formation. Les prérequis à la formation et les niveaux de compétence initiale doivent être bien identifiés pour répondre aux besoins de formation, qui je pense n'a peut-être pas été présenté comme ça parce qu' il y avait dans le même groupe des infirmières qui n'avaient pas du tout d'expérience et d'autres qui en avaient beaucoup ».

Au niveau du contenu de la formation, en règle générale, tous n'enlèveraient aucun élément présenté dans la partie « intervention ». Toutefois, les notions qui

devraient être ajoutées, selon les participants sont au nombre de cinq. On retrouve des besoins éducationnels approfondi quant : aux lois qui régissent toute l'intervention auprès des victimes d'agressions sexuelles, à la préparation au témoignage en cour, à des stages de pratique, à l'intervention auprès de victimes mineures, à l'aide à l'enfance pour les 12-18 ans et à un approfondissement des soins donnés aux hommes.

Les six éléments de la formation ayant été évalués comme étant les plus aidant sont les notions se rapportant aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), à l'examen physique, à l'aspect légal et à l'aspect holistique du rôle de l'infirmière ainsi que la présence d'un spécialiste des laboratoires judiciaires et d'un médecin ayant expliqué les lésions retrouvées chez les victimes d'agressions sexuelles.

Profil organisationnel

Éléments prédisposant. Parmi les valeurs véhiculées par l'organisation, une préoccupation commune pour l'organisation optimale des services ainsi que pour l'accessibilité aux soins étaient deux éléments majeurs. L'octroi de soins emprunt d'humanisme est bien présent tel qu'exprimé par le participant no 1 :

« quand on dit [à la personne] que c'est dû pour l'examen et que le médecin va entrer c'est difficile pour la victime, on voit vraiment qu'il y a de quoi qui se brise, qu'il y a un lien qui se brise, souvent elle va se remettre à pleurer. Il y a certains médecins qui leur font répéter l'histoire au complet, c'est dramatique pour elles, on s'entend et quant on les fait se déshabiller c'est comme, ils se sentent pas autant en confiance que lorsqu'ils étaient juste avec les deux intervenantes primaires, (...) y a vraiment de quoi qui se brise, ça se sent, c'est palpable ».

De plus, une attitude positive du milieu de soins quant à une vision novatrice a favorisé le développement du projet pilote, tel que rapporté par le participant no 2 : « Il y a une volonté du milieu pour saisir des opportunités, pour développer des pratiques ou améliorer des pratiques professionnelles puis augmenter l'accessibilité des soins et des services à nos clientèles ». Cela tout en désirant adopter un rôle de leader afin d'effectuer un lien entre le domaine clinique et académique.

Dans un tout autre ordre d'idée, parmi les défis spécifiques posés par la région, on retrouve un vaste territoire engendrant des défis culturels en lien avec une réserve amérindienne, diverses communautés culturelles et une croissance démographique importante de jeunes familles. Ainsi, tel que rapporté par le participant no 2,

« le tout s'inscrit dans un souci de bien utiliser les ressources professionnelles pour répondre à l'ensemble des besoins de la population. Donc, plus nos infirmières sont autonomes dans leur pratique, plus on est concerté dans une approche avec les médecins et les autres professionnels multidisciplinaires, plus on intervient dans un continuum de soins [...] ».

Le participant no 3 renchérit : « c'est particulièrement d'ordre culturel [...] donc au niveau de leurs interventions (des infirmières), il faut tenir compte de ces enjeux là [...] ». De plus, très peu d'hommes se présentent. Lorsqu'ils le font, il y a un refus quasi systématique de compléter les troussees medicolegales.

Éléments facilitateurs / contraignants. En premier lieu, les éléments facilitant l'élaboration du projet pilote seront présentés. Ces derniers sont divisés en cinq catégories soit l'implication des divers acteurs, la structure des services pour les victimes

d'agression sexuelle, l'existence de la loi 90, l'occasion académique et finalement la démarche consultative.

En deuxième lieu, les éléments contraignants à l'élaboration du projet pilote sont présentés. Ces derniers sont divisés en trois catégories soit, le domaine administratif, le domaine académique et la distance géographique entre les divers acteurs.

Éléments facilitants. Pour commencer, l'implication des divers acteurs a été primordiale. En effet, les participants rapportent la passion qui anime l'étudiante-chercheuse et les différentes infirmières intervenant auprès des victimes d'agressions sexuelles. L'ouverture au projet de la part des médecins, du milieu hospitalier, du directeur des affaires médicales (DAM) et de la directrice des soins infirmiers (DSI) a aussi été soulignée. La participation active du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) et de l'agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux a été évoquée. En somme, tel que l'exprime le participant no 2, « c'était probablement la volonté de tout le monde de faire en sorte qu'il [le projet] évolue et pour la clientèle elle-même ». À l'opposé, le participant no 5 était plutôt d'avis que : « Le fait que les intervenants psychosociaux n'étaient pas tellement impliqués à ce site là, je pense a facilité les choses parce qu'on a pas nécessairement eu à transiger avec ce défi là ».

Par la suite, la structure actuelle des services aux victimes d'agressions sexuelles a été identifiée par plusieurs. En effet, de par l'existence d'une structure formelle au Québec mais aussi de par le statut de « centre désigné pour l'intervention auprès des victimes d'agressions sexuelles mineures » tel que rapporté par le participant no 3 que détient l'hôpital participant. De surcroît, le fait que l'organisation actuelle des services en vigueur au centre hospitalier s'apparentant à celle du projet pilote était un élément facilitant supplémentaire. Finalement, le momentum (le timing) était approprié, tel que le soulignait le répondant no 4 :

« je pense que le projet est arrivé dans un contexte où il y avait déjà eu une réflexion et une amorce en tout cas, d'organisation de soins pour ces clientèles là. Donc arriver avec un projet comme ça, qui permettait d'aller plus loin, le fait qu'il y ait déjà eu cette sensibilisation là, qu'il y ait déjà quelque chose en place, si t'étais arrivée pis y avait eu rien en place, ça aurait été pas mal plus difficile ».

La loi 90 a été identifiée comme ayant facilité l'élaboration du projet puisque cette dernière a permis son assise légale.

Puis, l'opportunité académique a été aussi aidante de par les connaissances, l'enthousiasme et l'ouverture de l'étudiante-chercheure, la disponibilité de la documentation et son partage. Les présentations effectuées par l'auteure de cet essai ont aussi été identifiées comme étant facilitantes. Le contexte académique a aussi permis de développer une formation novatrice.

La démarche consultative et la création d'un comité ont été deux éléments facilitants supplémentaires dans l'élaboration du projet tel que le rapporte le participant no 6 :

« je pense que quand on a présenté nos préoccupations, pis qu'on a suggéré fortement qu'on implique d'autres personnes, je pense que ça été aidant. Que le comité soit créé, que les préoccupations soient entendues, parce que tu avais de l'ouverture à ce niveau là ».

Les éléments contraignants. Premièrement, le domaine administratif est un élément souvent mentionné. En effet, beaucoup de niveaux administratifs étaient impliqués lors du projet, tel que le rapporte le participant no 5, « avec le fait que t'avais à te rapporter à l'université, pis à l'administration de l'hôpital et ensuite au gouvernement, ça a compliqué les choses parce que ce sont des forces qui vont pas toutes exactement dans la même direction ». Ainsi, la hiérarchisation lors de l'approbation des documents a entraîné des délais de par les différents acteurs qui ont dû être impliqués, tel que le rapporte le participant no 4 :

« à cause de l'implication de plusieurs instances différentes, ça pouvait pas se faire rapidement [...] si on voulait avoir une certaine réussite au bout, ça a impliqué beaucoup de travail au niveau des différentes instances pis ça, c'est toujours très long ».

De plus, trois participants ont rapporté que le fait que le projet ait pris une telle ampleur, alors qu'il se voulait local, puis tout à coup a pris une autre dimension avec plusieurs acteurs non prévus, cela a contribué à engendrer des délais mais aussi à un réajustement administratif. Or, le fait que le système judiciaire n'ait pas été impliqué, voire consulté par le ministère de la santé et des services sociaux, cela « a fait ensuite que les autres

parties du système se sont toujours posé la question, [est-ce qu'] il va y avoir un problème au niveau du système judiciaire », selon le participant no 5. C'est par ailleurs au même moment que le participant no 1 rapporte que « dès qu'il y a eu la phase de mise en œuvre, la communication est tombée à 0. Parce que toute communication devait passer [...] par la direction ».

Deuxièmement, le domaine académique fait référence au fait que l'étudiante-chercheuse soit une ressource externe au centre hospitalier. Cela a fait en sorte que cette dernière détenait moins de connaissances quant aux personnes à consulter à l'intérieur même de l'institution selon les participants no 1 et 4. Dans une même optique, la délimitation du projet de recherche et la rédaction des documents en découlant ont été plus difficiles, tel que le rapporte le participant no 2 : « la difficulté probablement de délimiter ce qu'était le projet de recherche, de qu'est-ce qui était le projet comme tel [...] Puis la difficulté d'élaboration de documents qui distinguent bien, qui répondent bien aux objectifs des deux ». Finalement, la formation universitaire pour les infirmières a suscité certains défis en lien avec le manque d'homogénéité du groupe, du niveau universitaire et d'un besoin accru de formation pratique. Nous reviendrons sur ces éléments dans la section éducationnelle.

Troisièmement, la distance séparant les différents acteurs a été identifiée comme ayant été un facteur contraignant tel que le souligne le participant no 5 :

« la distance, si l'on est à deux, trois heures de route de l'endroit où on va implanter le programme, c'est beaucoup plus difficile d'avoir un contact,

même avec l'ordinateur, le téléphone, c'est pas la même chose que d'être sur place. Je pense que le fait qu'on requière que les infirmières aient une formation spéciale, qu'elles aient à se déplacer, que ce soit à un niveau universitaire [...] ».

Éléments de renforcement. Certains éléments aidant sur un point de vue politique ont été jugés comme étant des facteurs de renforcement. On y retrouve entre autres l'investissement de 100 000\$ par année provenant de « l'Agence » afin de financer les tours de garde des infirmières. Le ministère de la santé et des services sociaux supportant le projet pilote de par son implication a aussi été identifié comme un élément aidant par un participant.

Profil administratif

Cette section présentera les acteurs à mobiliser ainsi que les enjeux vécus sur un point de vue administratif. Les barrières intra-organisationnelles à éliminer afin de favoriser la mise en œuvre viendront clore la section.

Les acteurs organisationnels à mobiliser. Pour débiter, les acteurs organisationnels qui devraient être mobilisés dès le début de l'élaboration d'un projet pilote sont classifiés en trois catégories. La première étant celle des professionnels, la seconde celle des acteurs gouvernementaux et finalement celle des acteurs issus du milieu communautaire.

La catégorie des professionnels regroupe les cliniciens, soit les infirmières et les médecins, tel que rapporté par quatre participants sur six. Deux participants rapportent la nécessité d'inclure la direction, soit les gestionnaires, la direction des soins infirmiers, le DSP, le CMDP, une conseillère clinicienne, les assistantes infirmières chefs, le responsable de l'urgence et les intervenants psychosociaux, en formant des groupes multidisciplinaires.

Les acteurs associés au gouvernement sont les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSS), le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), en lien avec les éléments légaux ainsi que le Ministère de la justice. Ce dernier est sollicité par le biais de policiers, d'avocats de la couronne et de procureurs.

Finalement, le réseau communautaire englobe les personnes locales, les gens de la population, afin d'obtenir des appuis.

Toutefois, le participant no 2 émet une mise en garde : [il est nécessaire d'impliquer] « tous les acteurs que l'on sent qu'ils pourront avoir, ou influencer mais il ne faut pas que tout le monde soit autour de la même table alors on, j'pense qu'on filtre bien à ce moment là ».

Les enjeux administratifs. Les enjeux vécus sur un point de vue administratif sont classifiés selon quatre catégories distinctes. On retrouve l'aspect légal, la gestion de projet, l'aspect relationnel et finalement l'aspect scientifique en lien avec l'opportunité académique.

L'aspect légal du projet a été un élément souvent abordé. Dans cette section, il sera traité selon une perspective locale, à l'intérieur de l'hôpital. En effet, le besoin de s'assurer que les préoccupations légales soient bien identifiées, que toutes les questions s'y rapportant soient éliminées et répondues était bien présent tout au long de la phase d'élaboration. Le participant no 3 expose ainsi les préoccupations d'ordre légales provenant des médecins :

« C'est la barrière légale [...] parce qu'à partir du moment où il y a un cas, où le médecin doit se présenter en cour et tout ça, [...] il demeure la personne responsable encore, donc on a besoin [...] d'être assuré que tout est fait selon les règles de l'art et que tout est, que tout est bien fait, de sorte que s'il a à se présenter en cour, toute l'information est là ».

Toutefois, il semblerait qu'il y avait une peur des poursuites, au niveau administratif, qui a été transmis au personnel infirmier, comme l'affirmait le participant no1 : « Ils [la direction de l'établissement] ont peur des poursuites. Ils ne voudraient pas qu'il arrive de quoi qui serait mal fait, qu'on aille en cour, qu'on soit mal vu, qu'il y ait une poursuite, toutes ces choses là ». Par ailleurs, le participant no 1 ajoutait que « même les infirmières qui ont été formées, sont découragées ». Le participant no 5 était plutôt d'avis qu'

« il y a des craintes que l'hôpital ne veut pas prendre la responsabilité, que les médecins ne veulent pas prendre la responsabilité pour le travail des infirmières à travers les ordonnances collectives, que les infirmières ne seront pas assez compétentes pour mettre en marche les ordonnances collectives, que le travail qui a été fait par les intervenantes psychosociales va être maintenant fait par les infirmières et que peut-être que ça va pas être à la hauteur des attentes des intervenantes psychosociales ».

Tout cela était « perçu comme un risque plus élevé ».

Par la suite, la catégorie gestion de projet fait référence à la structure du projet, à l'identification des rôles et responsabilités de chacun et aux différents délais engendrés.

Or, la structure même du projet s'est avérée complexe, dans la mesure où l'on devait faire « en sorte que ce programme s'inscrive bien dans le programme existant pour mieux répondre aux besoins d'une population », tel que rapporté par le participant no 2 qui a par ailleurs renchéri qu'il a fallu établir

« quel est l'âge requis de nos jeunes, c'est certain qu'on peut dire dans un projet pilote on pourrait le faire avec un groupe de jeunes adultes d'abord, mais quand on sait qu'il y a un très grand besoin pour les personnes adolescentes, on se dit ben là il faudrait vraiment essayer d'en profiter pour essayer d'évaluer la faisabilité d'exercer un rôle enrichi, plus autonome pour l'infirmière mais pour rejoindre davantage nos filles, nos jeunes adolescentes ».

Néanmoins, le participant no 5 a affirmé qu'« il y a potentiellement toute une réorganisation des tâches qui est vue comme un défi ».

« Les délais engendrés par la direction » étaient trop longs de l'avis de certains, tel que le rapporte le répondant no 1 : « quand les directions prennent des dossiers c'est long et ça traîne en longueur ».

De plus, « la définition des rôles et responsabilités de chacun des collaborateurs du projet (les autorités, le milieu, l'étudiante-chercheure, etc.) », principalement « lors de la coordination d'un projet d'envergure » s'est avéré être un défi selon le participant no 2.

L'aspect relationnel est constitué de deux enjeux différents, soit le manque de reconnaissance et le manque d'égalité entre les participants au projet. Le participant no 1 expliquait ce dernier élément comme suit :

« descendre la hiérarchie, tout le monde est égal dans ce dossier là, parce que tout le monde a le même but : de faire avancer ce dossier là pour être aidant auprès des victimes d'agressions sexuelles. [...] On peut-tu s'asseoir et vraiment mettre nos idées en commun, y'en a pas de hiérarchie, pis pas être gêné de dire ben là toi, ce que tu penses, je pense pas que ça se passe comme ça. Parce que c'est gênant de dire ça à un adjoint du directeur général ou je sais pas son titre, parce que l'on sent la hiérarchie à chaque fois qu'on se rencontre ».

En ce qui a trait au manque de reconnaissance, il s'est manifesté entre autre par l'affirmation du participant no 1 : « un manque de reconnaissance de l'expertise en lien avec l'expérience et la formation reçue », se traduisant par une implication insuffisante des infirmières « terrain » par la direction.

Finalement, le participant no 2 a abordé la notion de vision scientifique du projet en lien avec sa dimension académique, selon quoi,

« je pense qu'on aurait pu enrichir davantage toute la recherche, toute la documentation scientifique, toute la, toute l'opportunité d'être en lien avec une maison d'enseignement c'est qu'ils supportent l'étudiant en formation, ben c'est une opportunité pour les milieux cliniques, une opportunité très très grande d'être bien, d'avoir des opportunités plus grandes de développement de connaissances, basées sur des données probantes, basées sur des recherches, etc. [...] générer des connaissances et pousser davantage le questionnement et la recherche de nouvelles connaissances ».

Les barrières devant être éliminées pour le succès de la mise en œuvre. Les barrières devant être éliminées afin de favoriser le succès de la mise en œuvre sont classifiées en deux catégories soit : la gestion de projet et l'aspect relationnel. Premièrement, l'aspect gestion de projet fait référence à la nécessité d'éviter les fausses croyances et les obstacles pouvant nuire à la mobilisation. Il faut aussi assurer l'adhésion des directions, de tous ceux qui supportent l'actualisation du projet, d'éviter les délais et les problèmes de communication, de bien circonscrire les limites et la teneur du projet afin qu'ils soient bien compris par tous, d'assurer une rigueur tout au long du projet : lors de l'encadrement, l'actualisation, l'implantation, l'évaluation et le suivi.

Deuxièmement, au niveau de l'aspect relationnel, tous rapportent au moins une fois, la nécessité de travailler en interdisciplinarité, d'éviter que chaque profession ne se cantonne à son rôle, d'éviter le dédoublement de rôle, de bien définir le rôle de chacun et d'assurer l'égalité entre les différents acteurs.

Recommandations des participants. Cette partie présente des recommandations effectuées par les divers participants à la recherche. On y retrouve deux recommandations diamétralement opposées quant au travail issues des rencontres avec des comités d'experts ainsi que des recommandations en gestion de projet, planification de l'évaluation, utilisation de stratégie et implication de la communauté. Toutes ces recommandations ont été classées dans cette section puisqu'elles ont un lien direct avec le profil administratif.

En ce qui a trait aux divers acteurs à mobiliser, le participant no 1 recommandait :

« Si elle (la personne) est aucunement intéressée, qu'elle passe à quelqu'un d'autre le dossier, donc aller chercher des gens intéressés, (...), que ce soit aussi au niveau judiciaire, aller les chercher (...) faire une table de concertation, qu'on se rencontre, que ce soit une fois par mois, pour se dire, regarde, même si ce serait une heure de rencontre, on a fait ça, on est rendu là, arrêter de travailler en vase clos, vraiment faire des tables de concertation, tout le monde est assis à la table, tout le monde donne ses idées, (...) vraiment travailler ensemble pour que le projet aille de l'avant et arrêter comme je te disais de réinventer la roue (...) ».

Toutefois, le participant no 2 est plutôt d'avis :

« quand il s'agit de consulter un groupe d'experts, il faut qu'on utilise à bon escient les experts donc il faut qu'on trouve des stratégies pour utiliser, pour faire en sorte que le temps utilisé, le temps de réunion, de rencontre ou de consultation soit très bien utilisé, donc ou qu'il y a des prérequis préalables à la rencontre et qu'il y ait du travail de fait par chacun avant la rencontre, etc. Et qui est le leader du projet, qui gère le projet, qui gère les rencontres? »

Au niveau des éléments de gestion de projet, on retrouve le besoin de davantage de concertation, de clarté dans les communications, de créer des consensus, de départager les rôles et les responsabilités de chacun, de clarifier les zones grises qui amènent

beaucoup d'insatisfaction et d'attentes, de bien identifier le gestionnaire de projet et des rencontres, de maximiser les rencontres avec les experts. Une démarche de gestion de projet très structurée est suggérée au même titre que posséder l'ensemble des informations dès le départ. Il faut essayer de voir tout ce que cela implique, sans oublier le facteur temps, c'est-à-dire se laisser du temps pour tout régler, tout arrimer, se laisser du temps de réflexion et établir des objectifs réalisables. La nécessité de rattacher, dès le début, le projet pilote aux structures existantes et d'évaluer la pertinence des modifications apportées s'avère primordial selon le participant no 6 « de manière à ne pas refaire ce qui est déjà correct ». Attacher de l'importance à la division des rôles des divers professionnels (infirmières, intervenants psychosociaux, ...) est un incontournable.

Par la suite, l'évaluation ressort comme étant un incontournable lors de la planification. Tel que le rapporte le participant no 4 : « il faut être capable de mesurer les impacts [du projet] » alors que le participant no 6 renchérit « je pense qu'il faut prévoir une façon de l'évaluer et que ce soit mis en place dès le départ ». Cette évaluation devrait porter sur la structure mais aussi sur la clientèle selon le participant no 6.

Une certaine stratégie est de mise selon ce qui est rapporté par les participants, à savoir qu'il est primordial d'obtenir les appuis nécessaires, de s'entourer de gens qui permettront de réaliser le projet, tel que l'explique le participant no 4 :

« je te dirais que c'est d'avoir les appuis nécessaires, les appuis nécessaires pour être capable de le réaliser dans un deuxième temps [...] des gens qui

croient au projet mais des gens qui ne vont pas juste y croire mais qui vont te permettre de le réaliser. Parce qu'il y a plein de gens qui peuvent te dire qu'ils trouvent ça bien intéressant mais qui sont pas en position de t'ouvrir des portes pour le faire réaliser, donc pour moi c'est plus que juste un allié qui soit convaincu, je pense que ce sont des appuis en terme de faisabilité à l'intérieur d'une organisation ».

Finalement, l'aspect communautaire est rapporté par le participant no 5 qui recommandait « d'impliquer la population comme moyen pour faire avancer le programme » puisqu'il y a « une ouverture de la population à tout ce qui peut faciliter l'accès aux services ». Toutefois, pour cela, le participant no 5 ajoute qu'il est primordial « d'effectuer de la promotion de la santé dans la communauté » qui se veut aussi un mandat du modèle SANE aux États-Unis.

Profil politique

Cette section abordera les enjeux issus du contexte légal du projet sous une perspective extra-organisationnelle ainsi que les divers enjeux politiques rapportés par les participants.

Contexte légal. Des préoccupations majeures ont été soulevées quant au contexte légal, à plusieurs reprises, par divers participants. Toutefois, il y avait consensus pour affirmer que le projet de loi 90 était aidant afin d'accroître le rôle de l'infirmière. En général, les préoccupations semblaient provenir d'une part du fait que notre contexte légal diffère du cadre d'origine SANE, et d'autre part, tel que l'explique le participant no 4 :

« il devait y avoir un arrimage entre le système de santé et le système judiciaire pour qu'on reconnaisse l'expertise des infirmières au moment où il y a des procédures judiciaires donc de reconnaître la signature de l'infirmière qui applique une trousse médicolégale sans toujours avoir celle du médecin à côté [...], et aussi au niveau de la crédibilité, quand on est rendu dans le processus judiciaire, qu'elles soient aussi considérées comme un expert [...] ».

Tout cela était justifié par le fait qu'il est récent que le « cadre légal de l'office des professions permette à l'infirmière d'avoir une pratique étendue », tel que précisé par le participant no 4. Or, il semblerait, toujours selon le participant no 4, que la reconnaissance du rôle d'expert de l'infirmière passe par une compréhension de la loi 90 « pour accroître l'implication clinique des infirmières ». Pour sa part, le participant no 5 était plutôt d'avis qu'il y avait « une exagération de la perception du système judiciaire, si la victime est bien desservie et que la qualité de la documentation est à la hauteur, il ne devrait pas y avoir de problème ». En somme, un manque de consultation avec le système judiciaire est rapporté. Le participant no 5 ajoutait en plus qu'« il y a des différences culturelles au Québec quant à l'application du droit même s'il s'agit du code criminel ». Les dires du participant no 4 complètent cette dernière affirmation en spécifiant qu'« il y a eu beaucoup de progrès au Québec sur le rôle de l'infirmière grâce à la loi 90 mais que très récemment, ainsi les autres professionnels ne sont pas encore prêts à recevoir ce nouveau rôle ».

Contexte politique. Le contexte politique du projet permet de présenter les diverses forces, parfois antagonistes au projet, tel que ressenti par les participants.

Pour commencer, le participant no 2 affirmait que « l'Agence » (ADRLSSS) était très favorable au projet pour se démarquer, mais que le ralentissement vécu provenait du Ministère de la santé et des services sociaux. Ainsi, le centre hospitalier n'avait eu d'autre choix que de ralentir les travaux. Un désir de plus d'implication de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) a par la suite été évoqué par d'autres participants.

Un deuxième enjeu faisait référence au Québec en tant que société distincte. Le répondant no 5 rapporte :

« [...] au Québec on veut que les programmes qui sont élaborés soient sensibles aux réalités québécoises donc, c'est des réalités linguistiques, des réalités culturelles et à ce moment là, on aimerait que les programmes qui sont élaborés reflètent cette réalité là. [...] ça pose peut-être des empêchements au niveau d'élaboration de projet parce que les choses doivent être inventées dès le début. Donc s'il y a des programmes semblables qui existent autre part, que ça soit dans d'autres parties du Canada ou aux États-Unis, ou dans d'autres pays, on aimerait que le programme soit élaboré et sensible aux réalités québécoises. Ce qui fait que ça prend plus de temps [...] ».

En somme, selon le participant no 5, le Québec prend difficilement des programmes existants dans d'autres pays/provinces, préférant les inventer dès le début afin qu'ils soient culturellement adaptés.

Un troisième enjeu portait sur la perception du projet. En effet, le participant no 6 mentionnait que le « questionnement sur le système actuel était un irritant pour les gens qui l'ont mis en place ». Il poursuivait en expliquant que « le projet aurait été mieux accueilli s'il avait été présenté comme étant une option supplémentaire aux options déjà

en vigueur ». Cela fait référence aux trois options d'organisation des services proposées par le Guide d'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle (2004, 2010). Toutefois, tel que le rapporte le participant no 4 : « la façon dont ils ont travaillé leur guide [Guide d'intervention médicosocial et légale], ça ne laisse pas la porte encore ouverte à d'autres professionnels que les médecins, dans le fond, pour la reconnaissance au niveau judiciaire et cela, posait problème ». De plus, le désir de conserver le modèle de services actuel était bien présent. En effet, tel que rapporté par le participant no 6, il y a la nécessité « que le tout soit raccroché à ce qui était déjà en place [ce qui existe déjà au niveau provincial (centre désignés, guide médicosocial et légal, ...) et en lien avec l'approche choisie au Québec], celle d'une équipe multidisciplinaire ».

Un quatrième enjeu est d'ordre professionnel. Pour commencer, il a été question de l'identification du champ d'exercice des intervenants psychosociaux versus celui de l'infirmière ou du médecin. De manière plus précise, tel que le rapporte le participant no 3 : « il s'agit d'identifier où le rôle de l'un commence, où le rôle de l'autre se termine ».

Par la suite, quelques dynamiques interprofessionnelles ont été soulevées. Il sera d'abord question des perceptions des médecins. Le participant no 6 affirmait que de permettre à des infirmières d'accéder à des actes traditionnellement effectués par des médecins déresponsabilise les médecins. Que ces derniers « doivent conserver leurs responsabilités qu'on essaie de leur faire endosser depuis des années, ne pas leur donner une échappatoire [...] ». Toujours selon les dires du même participant, « les actes des

médecins doivent être obligatoires et non facultatifs car les victimes d'agressions sexuelles sont des patients comme les autres ». Le participant poursuivait en ajoutant que tout cela est causé par « la peur des médecins de témoigner en cour » et qu'il fallait effectuer « de la sensibilisation auprès des médecins pour enrayer leurs peurs sur la longueur de la trousse, leur témoignage, [...] ». Le participant no 1 abonde un peu dans le même sens en affirmant que « les médecins sont extrêmement heureux de ne plus avoir à effectuer les trousse car ils ont peur d'être obligés de témoigner en cour ».

En ce qui a trait aux infirmières, le participant no 1 préconise « une meilleure reconnaissance de l'OIIQ puisqu'il s'agit d'une formation spécifique ». Il semblerait que le manque de reconnaissances engendre la démotivation des infirmières. Pour remédier à cet enjeu, le participant no 1 proposait l'adoption du statut de spécialisation par l'OIIQ pour les IIVAS puisqu'une formation supplémentaire est requise de part l'aspect légal et spécifique des interventions. Un autre participant soutient qu'une infirmière est capable d'effectuer une meilleure évaluation de la santé mentale d'une personne qu'une travailleuse sociale, par exemple. Ceci dit le participant no 5 ajoute qu'« il y a une vision erronée des infirmières comme appartenant au système médical, sans tenir compte de leurs connaissances psychosociales, leur rôle dans la prévention et la promotion de la santé ». Bien que le participant no 4 explique que « l'infirmière est en mesure d'effectuer la trousse médico-légale comme unique intervenant grâce à sa formation », le participant no 6 insiste sur le fait qu'

« à l'heure actuelle, le système fonctionne bien car c'est prévu ainsi. Il ne fallait pas ajouter une ressource donc l'infirmière de l'urgence ne fait que

quelques techniques, c'est une question d'organisation, organisation différente avec les enfants puisque qu'il y a plus de place pour l'infirmière pour que l'intervenante psychosociale travaille auprès des parents et de la question de la DPJ. En somme, le besoin est d'une personne centrale pour l'intervention, pour le côté émotif, pour l'aide à la décision (porter plainte ou pas, évaluation de la situation, etc.) ».

Toutefois, à la fin de son plaidoyer, le participant no 6 admet :

« En même temps, la façon dont vous avez formé les infirmières, elles seraient capables de faire ce que l'intervenante fait. Hein, elle serait capable de se présenter, d'évaluer un peu la situation, de faire une évaluation suicidaire, tout ça, elle en serait capable ... ».

Par la suite, une dynamique tangible entre les médecins et les infirmières était dénoncée par le participant no 4 :

« ce n'est plus dans la question de la collaboration médecin-infirmière, l'interdisciplinarité, parce qu'évidemment, même si l'infirmière avec la loi 90 peut faire beaucoup de choses, bien il en reste pas moins que l'ordonnance collective au départ il faut que ce soit signé par un médecin ou par un CMDP, donc ça prend une collaboration interprofessionnelle et ça en prend une aussi parce que l'infirmière peut pas tout faire, donc c'est sûr que ça remet toujours la question de développer finalement cette collaboration là, d'établir un lien de confiance avec le médecin qui va permettre à l'infirmière d'aller plus loin, même si la loi lui permet de le faire [...]. Il y a toujours ce travail de démontrer nos compétences à un autre professionnel pour être en mesure de pouvoir faire, de mettre en application finalement notre champ d'exercice [...] ».

Finalement, la majeure partie des participants remettent en question le rôle de l'intervenant psychosocial, justifiant cette prise de position en affirmant qu'il s'agit d'une duplication des rôles et que cela est engendré par la non reconnaissance de la capacité de l'infirmière à intervenir en situation de crise. Ceci dit, l'intervenant psychosocial demeure un intervenant indispensable auprès des victimes

d'agressions sexuelles. C'est pour cette raison que le participant no 5 formulait la proposition suivante :

« si par exemple on libère les intervenantes psychosociales de leur obligation à l'intérieur de l'intervention de crise, elles seraient beaucoup plus disponibles à offrir le suivi dont les victimes ont vraiment besoin. Parce que les victimes vivent avec les retombées de leur agression pendant des mois, des années. Donc si on pouvait libérer les intervenantes psychosociales du travail à faire dans le moment, elles pourraient mettre leur temps et leurs efforts dans le suivi qui est vraiment nécessaire pour ces victimes là ».

En ce qui a trait aux divers enjeux scientifiques, seules deux grandes catégories se démarquent. La première permet d'identifier les avantages généraux de l'approche scientifique puisqu'elle a permis une description détaillée du programme et de démontrer la qualité des soins qui en découlait. Toutefois, le participant no 4 rapporte :

« le fait de pouvoir appuyer le projet sur des résultats probants, c'est sûr que c'est aidant, parce que les gens peuvent moins critiquer la validité et la faisabilité du projet parce que ça été fait, ça été validé, il y a eu plusieurs études qui ont démontré qu'effectivement ça avait un impact positif, tant au niveau judiciaire qu'au niveau du suivi des victimes d'agressions sexuelles (...) Au de-là de tout ça, il y a les cultures, hein, il y a les visions qu'il faut modifier et même si on avait des données probantes, ce n'est pas suffisant pour faire, pour créer le changement, par rapport aux façons de faire [...] ».

Alors que le participant no 6 appuie les propos du participant no 4 en déclarant « je pense qu'il y a personne qui remettait en question la valeur, que l'idée était intéressante, elle était bonne mais bon, nous n'étions pas rendu là encore [...] ».

Or, le participant no 5 nuance les propos déjà présentés de la manière suivante :

« Il y a aussi des écrits sur la qualité des soins qui ont été déjà donnés par des infirmières aux États-Unis ou autre part au Canada. Pour démontrer que c'est un travail de haute qualité [...] il y a pas beaucoup de gens qui sont au courant qu'il y a une recherche en sc. inf. donc les médecins par exemple ou les gens qui sont en administration ils savent même pas que ça existe donc, c'est pas que c'est une recherche qui n'est pas valide mais c'est les gens, je ne pense pas

qu'ils ne pensent pas que c'est très important la recherche qui a été faite. Nous on s'en sert pour justifier le travail ».

Finalement, lorsque l'on évoque la notion de suivi des victimes d'agressions sexuelles, la multidisciplinarité semble être la meilleure option en regroupant des médecins, des intervenants psychosociaux ainsi que des infirmières. En effet, le médecin peut s'assurer du suivi médical en fonction des besoins de la victime, par exemple au niveau de la médication pouvant être nécessaire ou encore un arrêt de travail, etc. L'intervenante psychosociale, pour sa part, s'assure d'un suivi psychosocial adéquat afin de permettre à la victime de cheminer vers le chemin de la guérison et finalement, l'infirmière pouvant adopter un rôle de prévention mais aussi de soutien à la victime.

Retombées attendues du projet

Par souci d'éviter toute redondance, les retombées locales et provinciales seront traitées simultanément puisque toutes gravitent autour de la clientèle, de l'aspect professionnel et de l'évaluation.

En ce qui a trait à la clientèle, les participants s'attendent à ce que les besoins des victimes soient comblés et à les soutenir du mieux possible en leur offrant : une qualité/accessibilité accrue aux soins, une diminution des délais d'attente, une intervention plus efficace en terme de temps avec une réduction du nombre d'intervenants et à une meilleure continuité de soins. Il est toutefois souhaité d'effectuer une évaluation de la satisfaction de la clientèle et du suivi de cette dernière. Le

participant no 1 souhaite indirectement accroître le nombre de plaintes tel qu'expliqué :
« les victimes vont se sentir plus à l'aise en sachant qu'on est là pour les aider ».

Au niveau professionnel, il s'agit de permettre à l'infirmière d'accéder à une pratique plus élargie à l'intérieur de son champs d'exercice, tel que prévu par la loi, de démontrer sa polyvalence au niveau de la prise en charge globale des victimes d'agressions sexuelles, et ce, de manière sécuritaire. Les participants tiennent à démontrer l'efficacité de la collaboration médecin-infirmière de manière à ce que les médecins réalisent la compétence des infirmières en un rôle autonome. De plus, en ayant des professionnels mieux formés, les participants souhaitent obtenir une qualité des soins accrue. Grâce à tout cela, une reconnaissance du rôle de l'infirmière dédiée aux victimes d'agressions sexuelles est revendiqué et ce, autant au niveau de la direction du centre hospitalier qu'au niveau provincial par l'octroi d'un titre de spécialisation par l'OIIQ.

Enfin, en plus du désir d'effectuer une évaluation de la satisfaction de la clientèle, tel que déjà présenté, une évaluation du projet pilote est proposée, au même titre que celle qu'aurait la portée d'un tel projet chez d'autres groupes ou pour une population plus large.

En somme, les principaux résultats émergeant de l'étude sont : les besoins éducationnels théoriques et pratiques des infirmières afin d'accéder à un rôle autonome,

les enjeux interdisciplinaires, les diverses forces parfois antagonistes du contexte politique et entre autres la question législative qui teinta abondamment l'intervention ainsi que l'évaluation qui suivit.

Discussion

En lien avec les divers objectifs de recherche précédemment exposés, ce chapitre permettra d'effectuer des parallèles entre les résultats obtenus et les conclusions rapportées par les écrits scientifiques. L'argumentation s'articulera autour de quatre enjeux majeurs soit : la formation et le développement des compétences, l'organisation des services, l'encadrement législatif et l'atteinte des objectifs visés. Finalement, une section sera consacrée aux recommandations destinées : à la pratique clinique, à la recherche, à la formation et à la gestion.

Formation et développement des compétences

Formation théorique

Divers scénarios ont été proposés, tant sur le plan théorique que pratique. En Ontario, c'est le « Réseau ontarien des centres de traitement en cas d'agression sexuelle ou de violence familiale » qui coordonne la formation des infirmières. Ledray (1999) aborde aussi ce sujet dans son ouvrage « Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Development & Operation Guide ». Selon cette dernière, trois options s'offrent aux autorités désirant développer un nouveau centre pour victimes d'agression sexuelle. La première étant de former toute l'équipe d'infirmières, dans un centre de formation, la seconde option est d'engager un consultant « SANE » d'expérience et finalement, la

troisième option, consiste en l'élaboration d'une formation avec des expertises locales et l'embauche d'un consultant en ce qui a trait à la partie de la collecte de preuves médico-légales et de leur documentation. L'auteur émet toutefois une mise en garde majeure : « ne jamais former qu'une seule personne qui aurait pour mandat de former ensuite ses collègues » [traduction libre], et ce, afin d'éviter de diluer les connaissances.

Au Québec, une partie de cette formation est aussi offerte par le Ministère de la santé et des services sociaux, à savoir, toutes les composantes de la trousse médicosociale et légale. Toutefois, afin de supporter les infirmières dans l'acquisition d'un rôle autonome et de développer leur jugement critique et leur crédibilité lors de témoignages en cour, la formation se doit d'être approfondie et spécifique, ancrée sur des bases scientifiques. En effet, au chapitre des « Résultats », les différents sujets incontournables d'une formation complète sont présentés. Rappelons-en tout de même quelques uns à savoir : les syndromes reliés au traumatisme de l'agression sexuelle, l'examen physique de la victime d'agression sexuelle, l'examen vulvaire, vaginal et anal, les blessures susceptibles d'être retrouvées lors d'une agression sexuelle, le témoignage en cour et le suivi.

Ainsi, les enjeux soulevés se situent principalement au niveau de la dispensation de la formation. En effet, la formation doit être offerte par la province, de manière indépendante (par un (e) consultant (e)), sous forme d'un cours de niveau universitaire, d'un diplôme universitaire ou encore d'une maîtrise, différentes avenues proposées par

trois participants de l'évaluation. Une certitude demeure, il est impératif que les IIVAS reçoivent au moins quarante heures de formation théorique (IFNA, 2011b; Lynch & Duval, 2011). En outre, Lynch & Duval (2011) suggèrent en plus un préceptorat d'une durée de quarante à quarante-cinq heures.

Divers critères sont essentiels lors de l'analyse de cette question. En effet, il faut prendre en considération que :

- la majorité (56,2%) des infirmières, au Québec, sont détentrices d'une technique en soins infirmiers (OIIQ, 2010);
- le contenu des différents programmes de baccalauréat en sciences infirmières est différent d'une université à l'autre;
- trois (3) programmes de baccalauréat sont présentement accessibles, soit le programme de formation initiale, le DEC-BAC et le programme de baccalauréat de formation continue;
- le rôle autonome de l'infirmière est principalement promu au niveau universitaire. Au même titre, les soins d'urgence, l'examen physique complet de la personne, la santé des groupes et des collectivités et la psychiatrie relèvent du domaine universitaire,
- il y a un important mouvement de personnel dans ce type de pratique.
- la formation doit être accessible, ne doit pas être trop dispendieuse ni trop longue pour les établissements.

- l'infirmière doit être en mesure de détenir une expertise reconnue par le système judiciaire.

La détention d'un diplôme de maîtrise n'est pas recommandée car cela implique que toutes les infirmières qui accèdent à ce rôle détiennent un baccalauréat ainsi qu'un minimum de deux ans supplémentaires de formation. Puisque selon Le Journal (OIIQ, 2010) moins de 3% des infirmières, au Québec, détiennent un diplôme de cycle supérieur, ce critère de pratique découlerait davantage d'une utopie que d'un réalisme inébranlable.

Octroyer ce type de formation au niveau du baccalauréat risque d'être difficile car il ne peut être glissé à l'intérieur du programme DEC-BAC, ce dernier étant déjà complet. Il y aurait probablement une possibilité au niveau du Bac de perfectionnement sous forme de cours optionnels mais cela engendrerait des coûts importants pour les établissements de soins et les infirmières. La durée de la formation serait aussi potentiellement trop longue. De plus, la formation ne serait pas uniforme d'une université à l'autre.

D'un point de vue théorique, le concept d'un certificat est fort à propos puisqu'il favorise une formation complète de l'infirmière et ce, en ce qui a trait à tous les types de clientèle, tel que présenté au chapitre des « résultats ». Toutefois, suite à des recherches approfondies, il serait plus à propos de mentionner la possibilité d'un programme court

de premier cycle plutôt qu'un certificat. En effet, le programme court de premier cycle exige un cumul de 15 crédits universitaires (soit cinq cours de trois crédits chacun), alors que le certificat en exige 30. Il est aussi possible que ce type d'études engendre une meilleure rétention du personnel. Il est, en plus, accessible pour les infirmières détenant un diplôme d'études collégiales. Par contre, sa durée pourrait en décourager plusieurs.

Ainsi, quelques possibilités s'offrent à nous. En effet, il serait possible qu'il y ait une entente entre une université et le ministère de la santé et des services sociaux pour qu'une formation puisse être octroyée par une université, avec un horaire adapté aux professionnels de la santé, à l'aide de visioconférences afin d'amoindrir les frais de déplacement. Cette formation pourrait s'étendre dans un premier temps sur trois blocs d'une semaine intensive chacun. À la fin de la formation théorique, avec une preuve de formation pratique répondant aux critères de stage reconnu par l'université, l'université serait en mesure d'octroyer un diplôme spécifique, à savoir un diplôme de programme court en sciences infirmières médicolégale puisqu'il serait équivalent à un total de cinq cours, soit 15 crédits.

Une seconde possibilité serait que le MSSS élabore une formation qu'il pourrait dispenser sur une semaine, au même titre qu'il le fait déjà pour le guide d'intervention médicosociale. Cette option permettrait probablement de réduire les coûts de la formation. De plus, cela permettrait une formation uniforme mais aucun diplôme ne

découlerait d'une telle formation. Il s'agit par ailleurs d'un scénario déjà en vigueur dans certains états américains (Lynch & Duval, 2011).

Toutefois, il est possible que le MSSS établisse des ententes avec certaines universités afin de reconnaître la formation qu'il octroie. C'est ce type d'entente qu'a conclu le « Réseau ontarien des centres de traitement en cas d'agression sexuelle ou de violence familiale » avec, par exemple, le « Seneca College » qui reconnaît la formation provinciale et permet aux étudiants de compléter l'examen de l'établissement. S'ils le réussissent, ils obtiennent l'accréditation du cours « Sexual assault nurse examiner core education-theoretical aspects » (Seneca College, 2011). Une telle entente serait par conséquent envisageable et souhaitable au Québec.

Hormis les modalités de formation, il fut demandé par les participants de l'évaluation que l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec se positionne de manière à décréter les IIVAS comme étant une spécialité. À ce moment précis, pour obtenir un tel titre, il est nécessaire qu'une certification en découle. C'est par ailleurs une obligation lorsque l'on veut adhérer à « l'International Association of Forensic Nurses ».

Formation pratique

Deux options s'offrent à nous en ce qui a trait à la formation pratique. D'une part, la formation pratique peut être une partie intégrante de la formation, et d'autre part,

elle peut être déléguée aux milieux cliniques. Le défi que soulève cette dernière option est le manque d'uniformité d'un milieu à l'autre.

La réponse réside probablement dans la question suivante : quels sont les besoins spécifiques de formation pratique? Deux éléments de l'intervention sont davantage spécifiques à ce type de pratique, soit les prélèvements vaginaux et l'examen physique spécifique. Nous ajoutons cependant deux éléments très pertinents et négligés au détriment des aspects physiques, l'intervention en situation de crise dont les besoins sont criants en cas d'agression sexuelle et le suivi global post-traitement clinique. Les deux premiers s'exercent dans un premier temps lors d'une clinique de colposcopie. Dans un deuxième temps, l'appropriation de la trousse médicosociale et légale peut se faire lors d'un jumelage à quelques reprises lors de l'accompagnement de victimes d'agressions sexuelles. Ainsi, il pourrait être judicieux d'établir des partenariats entre les divers CSSS afin d'assurer l'accessibilité d'une part à une clinique de colposcopie et d'autre part, d'instaurer des programmes de jumelage avec des médecins, dans un premier temps, puisque peu d'infirmières ont une pratique autonome auprès de victimes d'agressions sexuelles, au Québec. Par la suite, telle que l'apportait la participante numéro 4, il est primordial que « les infirmières soient formées par d'autres infirmières ». Conséquemment, lorsqu'il y aura davantage d'IIVAS, ces dernières pourront former d'autres infirmières.

Organisation des services

Au Québec, l'approche multidisciplinaire est favorisée, avec raison, puisque chaque professionnel est en mesure d'apporter sa contribution propre et ce, à l'intérieur de son champ d'expertise. Ainsi, une des approches proposées par le MSSS est celle qui regroupe un médecin, une intervenante psychosociale et une infirmière. Le rôle de l'infirmière se limitant presque qu'exclusivement à effectuer des prises de sang. Pour sa part, l'intervenante psychosociale a un rôle de pivot, décidant avec la personne du type de trousse devant être utilisée (médicosociale avec ou sans prélèvements). En ce qui a trait au médecin, il se doit d'effectuer un examen physique et de procéder à certains prélèvements, au besoin, en fonction du type de trousse utilisée. Le médecin peut aussi prescrire des médicaments, au besoin, et des congés médicaux (pour quitter le centre hospitalier mais aussi pour des congés du travail ou de l'école).

Lors de la compilation des résultats de l'étude, tous s'entendaient pour affirmer qu'advenant l'ajout d'une IIVAS, un conflit collaboratif risquait de survenir entre cette dernière et l'intervenante psychosociale. En effet, l'infirmière a un rôle professionnel d'expertise bio-psycho-sociale. Ainsi, cela tend à créer une duplication de rôle, tel que mentionné par les intervenants de l'étude. Cole & Logan (2007) se sont penchés sur la question et rapportent que 76.6% des infirmières interrogées affirment avoir d'excellentes relations avec les défenseurs des victimes d'agressions sexuelles. Il semblerait que les conflits surviennent principalement lors du changement organisationnel, menant à l'adoption du modèle SANE mais que, par la suite, ces

professionnels apprennent à travailler ensemble. De plus, il est judicieux d'ajouter que la manière dont intervient chaque professionnel (que ce soit les travailleurs sociaux, les psychologues, les sexologues, etc.) diffère d'un professionnel à l'autre.

Pratique autonome collaborative

L'infirmière a l'opportunité d'accéder à une pratique autonome, la réglementation la supportant à cet effet (OIIQ, 2003). Toutefois, tel que déjà mentionné précédemment, la multidisciplinarité constitue un plus lors d'organisation des services pour les victimes. Toutefois, la proposition de la participante no 5 mérite une attention particulière à savoir, dans le cas d'adulte, de retenir les services d'intervenants psychosociaux principalement durant la phase de suivi des victimes d'agressions sexuelles. En effet, un suivi adéquat de la clientèle est la pierre angulaire dans la perspective de permettre à la personne une évolution saine et adéquate lors de l'intégration de cet événement traumatisant (MSSS, 2004). Cela permettrait aussi d'éviter le dédoublement de rôle entre l'infirmière et l'intervenante psychosociale afin d'optimiser les services offerts.

En ce qui a trait aux médecins, dans le cadre d'une salle d'urgence, son intervention doit être brève, tout en répondant aux besoins de la clientèle. Le modèle proposé tient compte de cette réalité. Ainsi, une fois l'entrevue terminée entre l'infirmière et la victime d'agressions sexuelles, une courte période de consultation pourrait avoir lieu entre le médecin et l'IIVAS. Cette consultation pourrait traiter : de

l'histoire, des éléments relevés lors de l'examen physique et mental de la personne, du type de trousse retenu, des prélèvements effectués, des traitements initiés (ex. soins de plaie, vaccination, ...) et des éléments nécessaires au congé de la personne (arrêt médical pour le travail, ordonnance médicale en fonction du type de contact, congé médical de l'établissement, ...). Par la suite, le médecin pourrait réaliser un examen physique sommaire de la personne afin de s'assurer que rien ne mette sa vie en danger et effectuer les ordonnances médicales jugées essentielles pour le congé. Ce type d'organisation permettrait l'utilisation judicieuse de tous les intervenants en fonction de leur champ d'expertise tout en permettant de prendre en considération les réalités vécues par les médecins des salles d'urgence du Québec.

Encadrement législatif

Tel que présenté précédemment dans la section « Cadre légal » du chapitre des « Résultats », le projet de loi 90, soit l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec, est la pierre angulaire de la pratique professionnelle autonome de l'infirmière. En effet, cette loi reconnaît certaines activités réservées, notamment « l'évaluation de l'état de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique » (OIIQ, 2003), d'exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier » (OIIQ, 2003), de « déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et de prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent » (OIIQ, 2003), « appliquer des techniques

invasives » (OIIQ, 2003), « initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique » (OIIQ, 2003), « effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance » (OIIQ, 2003), « procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique » (OIIQ, 2003). De plus, l'article 36.1 de la loi sur les infirmières et les infirmiers stipule que « l'infirmière et l'infirmier peuvent, lorsqu'ils y sont habilités par règlements pris en application du paragraphe b du premier alinéa de l'article 19 de la Loi médicale (chapitre M-9) et du paragraphe f de l'article 14 de la présente loi, exercer une ou plusieurs des activités suivantes, visées au deuxième alinéa de l'article 31 de la Loi médicale : prescrire des examens diagnostiques, utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice, prescrire des médicaments ou d'autres substances, prescrire des traitements médicaux, utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudices » (OIIQ, 2003), « l'infirmière peut ainsi initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques [...], selon une ordonnance collective » (OIIQ, 2003). Ce sont ces lois qui ont permis et légitimés la création d'ordonnances collectives et de protocoles infirmiers encadrant la pratique infirmière, tel que présenté à l'appendice E du présent essai.

Enfin, l'article 30 (c. S-5, r.3.01) du règlement sur l'organisation et l'administration des établissements stipule que « dans un centre hospitalier, le congé d'un bénéficiaire doit être signé par le médecin ou le dentiste traitant ».

Conséquemment, lorsque le médecin évalue la personne avant son départ, l'organisation des services répond au règlement en vigueur.

Évaluation de l'essai

L'atteinte des objectifs de cet essai s'effectue en trois temps. Le premier porte sur l'évaluation de l'atteinte des objectifs du projet d'intervention. Le second a trait à l'atteinte des objectifs de recherche (phase d'évaluation) et finalement le troisième porte sur l'évaluation de l'atteinte des objectifs personnels.

Évaluation de l'atteinte des objectifs du projet d'intervention

Dans cette section, quatre objectifs furent identifiés. Ces objectifs portent sur la phase d'élaboration du contenu du projet pilote et sur le développement d'outils clinico-administratifs. À titre de rappel, les voici :

1) identifier un centre désigné intéressé à la mise en œuvre d'un projet pilote; 2) modéliser la structure d'organisation des services s'adressant aux victimes d'agression sexuelle dans les limites permises par les lois en vigueur au Québec tout en rattachant ce projet aux modalités provinciales existantes; 3) identifier et décrire les conditions facilitant le développement de la formation spécifique devant être offerte à une infirmière destinée à l'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle; 4) rédiger les outils clinico-administratifs nécessaires à l'encadrement d'une pratique infirmière autonome.

En effet, le premier objectif portait sur le fait de trouver un centre désigné intéressé à la mise en œuvre du projet pilote. Le centre désigné choisi a manifesté un vif intérêt et ce dès le début, et a activement participé à l'élaboration de la structure d'organisation des services du projet pilote.

Quant au deuxième objectif, le projet pilote tient compte des structures existantes au Québec puisqu'il se base sur le « Guide d'intervention médicosociale » (MSSS, 2004, 2010). Tel que mentionné précédemment, ce guide est la pierre angulaire de l'intervention auprès des victimes d'agressions sexuelles, au Québec. De plus, il reconnaît les centres désignés comme étant les lieux d'accueil des victimes d'agression sexuelle. Or, le centre hospitalier participant est le centre désigné pour la région de Lanaudière. En ce qui a trait aux lois en vigueur au Québec, le projet de loi 90 (OIIQ, 2003), la loi sur la santé publique, certaines lois médicales et le règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (toutes ces lois ont été détaillées ci-haut, dans ce même chapitre) ont tous été abordés afin de structurer dans son contexte législatif provincial le rôle de l'infirmière auprès des victimes d'agression sexuelle.

Le troisième objectif traite de la formation spécialisée. Les divers objectifs éducationnels ont été présentés dans la portion de l'intervention et entérinés par les participants de l'étude. De plus, divers modèles de formation ont été présentés lors de la discussion. Or, dans le cadre de ce projet pilote, une formation de 45 heures de théorie,

représentant trois crédits universitaires, a été retenue, suivie et réussie entre autre par les cinq infirmières du centre désigné choisi.

Finalement, dans la réponse au quatrième objectif, la rédaction d'outils clinico-administratifs nécessaires à l'encadrement d'une pratique infirmière autonome a été priorisée. Ces documents sont présentés aux appendices A, B, C et E de cet essai.

Évaluation de l'atteinte des objectifs de la phase d'évaluation

Ce sont trois objectifs qui ont été identifiés pour évaluer la partie du projet de recherche. Il s'agissait : 1) identifier les besoins éducationnels et pratiques des infirmières, essentiels à la pratique d'un rôle élargi et autonome; 2) décrire les éléments prédisposants et favorisants, contraignants et de renforcement du profil organisationnel du modèle écologique en matière de développement de projet pilote; 3) décrire les perceptions des participants (représentants ministériels, administratifs et cliniques) eu égard au processus d'élaboration du devis, construit collectivement, de la structure organisationnelle du projet pilote.

Le premier objectif était d'examiner les besoins éducationnels et pratiques des infirmières, essentiels à la pratique d'un rôle élargi et autonome. Les résultats obtenus ont engendré une division en trois sous objectifs. En effet, on y retrouve les objectifs éducationnels théoriques, les objectifs pratiques et finalement, l'organisation de la formation. D'une part, au niveau des objectifs éducationnels théoriques, on retrouvait

des besoins en connaissances légales (sur les lois, les témoignages en cour, les connaissances relatives aux trousseaux médicosociales et légales, ainsi que la documentation de preuves), le développement de l'autonomie infirmière passant par l'enseignement d'une approche systématique réflexive, l'enseignement de la relation d'aide (des éléments de situation de crise, des impacts psychologiques et émotifs et l'approche spécifique de la clientèle). Finalement, la physiopathologie, l'examen physique, les lésions pouvant être retrouvées, la collecte des preuves médico-légales, les notions entourant les ITSS, les prélèvements et les suivis de la clientèle sont ressorties comme étant des besoins prioritaires d'apprentissage. D'autre part, on retrouve des besoins accrus d'exercices en laboratoire portant sur les examens vaginaux au spéculum et de pratique sur les diverses évaluations associées au rôle de l'IIVAS et également sur la collecte de preuves médico-légales, dans les objectifs pratiques. Leur durée a aussi été soulevée, à savoir si une formation de 45 heures théoriques et 40 heures de pratique devait être la norme, tel que recommandé par (IAFN, 2011b, Lynch & Duval, 2011). Finalement, l'organisation de la formation a reposé principalement sur le nombre d'heures de formation et la certification qui en découle. Le groupe d'experts favorisant une expertise pour tous les types de clientèle, cela rendrait la formation plus longue au même titre que les stages qui en découlent. En effet, la « International Association of Forensic Nurse » recommande une formation de 40 heures pour la clientèle adulte et adolescente ainsi qu'une deuxième formation de 40 heures pour la clientèle pédiatrique (IAFN, 2011b). Cela rendrait donc fort à propos la création d'un programme court de premier cycle universitaire en science infirmière médico-légale.

Le deuxième objectif visait à décrire les éléments prédisposants et favorisants, contraignants et de renforcement du profil organisationnel du modèle écologique en matière de développement de projet pilote. Les différents éléments ont été classés en trois catégories. On y retrouve les éléments prédisposants, les éléments facilitants/contrainants et finalement les éléments de renforcement. Au niveau des éléments prédisposants, on retrouvait : les valeurs véhiculées par l'organisation, une préoccupation commune pour l'organisation optimale des services ainsi que pour l'accessibilité aux soins. L'attitude positive du milieu de soins quant à une vision novatrice a favorisé le développement du projet pilote. Cinq éléments facilitants/contrainants ressortaient à savoir l'implication des divers acteurs, que ce soit au niveau de la direction du centre hospitalier, que du groupe d'experts qui a été créé, la structure existante des services pour les victimes d'agression sexuelle, l'existence de la loi 90, l'opportunité académique et finalement la démarche consultative qui fut établie. Finalement, les éléments de renforcement cités étaient : l'investissement financier de « l'Agence » et le support apporté par le MSSS, de par son implication.

Enfin, le dernier objectif consistait à décrire les perceptions des participants (représentants ministériels, administratifs et cliniques) eu égard au processus d'élaboration du devis, construit collectivement, de la structure organisationnelle du projet pilote. Il en ressort très succinctement qu'un besoin de concertation supérieure est prioritaire, que la clarté dans les communications est à valoriser, que la création de

consensus est nécessaire et qu'il faut répartir les rôles et responsabilités de chacun. De plus, il serait pertinent de clarifier les zones grises, qui mènent à beaucoup d'insatisfaction et d'attente, de bien identifier le gestionnaire de projet et de rencontre, de maximiser les rencontres avec les experts, de posséder l'ensemble des informations dès le départ, de se laisser du temps pour tout régler, tout arrimer, de se laisser du temps de réflexion et d'établir des objectifs réalisables. L'aspect légal fut aussi soulevé à savoir la nécessité d'impliquer le système judiciaire, dès le début des travaux. Certains enjeux, d'ordre professionnel ont teinté les travaux à savoir la place que devait occuper les intervenants psychosociaux versus les infirmières et les médecins, au même titre que leurs interrelations professionnelles.

Évaluation de l'atteinte des objectifs personnels

Cinq objectifs personnels ont été développés. En voici un rappel : 1) développer des connaissances et de l'expérience en gestion de projets dans le cadre des soins de santé; 2) développer des outils permettant d'encadrer la pratique infirmière; 3) développer des habiletés à effectuer des présentations devant des groupes d'intérêts; 4) développer des habiletés en recherche qualitative c'est-à-dire : effectuer des entrevues et réaliser des analyses de contenu; 5) favoriser le développement de constructions collectives en travaillant en interdisciplinarité.

Ce projet d'envergure a permis à l'auteure de cet essai de travailler avec un groupe d'experts, de s'ajuster rapidement et régulièrement en lien avec le

développement du projet pilote qui évidemment était en lien avec le système de santé et donc de répondre au premier objectif.

Le deuxième objectif était de développer des outils permettant d'encadrer la pratique infirmière. De nombreux outils clinico-administratifs ont émergé de cet essai et sont présentés aux appendices A, B, C, E et J.

Le troisième objectif était d'accroître ses habiletés à effectuer des présentations devant des groupes d'intérêt. Cet objectif a été atteint grâce à des présentations devant le comité régional d'agression sexuelle, le comité provincial d'agression sexuelle (Appendice I), durant de nombreuses allocutions durant les rencontres du comité d'experts formé de membres provenant de différents endroits au Québec, devant le comité de direction de l'établissement hospitalier impliqué dans le projet et finalement lors de dispensation de cours universitaires dans le cadre de la formation des infirmières. De plus, des présentations seront effectuées présentant les résultats de cet essai. Notamment, la candidature de l'étudiante-chercheuse a été retenue pour le prochain congrès 2012 du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF).

Développer des habiletés en recherches qualitative par la réalisation d'entrevues et d'analyses de contenu a été atteint. Les analyses de contenu ont été réalisées dans un contexte intersectoriel avec des détenteurs d'enjeux fort variés aux intérêts et spécificités

disciplinaires éloignés mais devant converger dans ce projet à portée ultérieure provinciale. L'étudiante-chercheure a conduit elle-même les six entrevues en se déplaçant dans la région de Lanaudière, à Montréal et à Ottawa, les a transcrites et catégorisées. De plus, un exercice intense de pratique réflexive soutenue par un journal de bord, l'appui de la directrice au comité ainsi que les préoccupations de l'étudiante-chercheure ont favorisé une attitude constructive face aux défis posés par les enjeux du projet (portée politique, portée disciplinaire et portée organisationnelle des soins).

Finalement, le cinquième objectif consistait à favoriser des constructions collectives en travaillant en interdisciplinarité. Les résultats obtenus lors des rencontres du groupe d'experts ont opérationnalisé cet objectif. Ce groupe rassemblait des médecins, des infirmières et des intervenants psychosociaux, pratiquant en milieu clinique, administratif et académique. Le produit final de ces constructions collectives est présenté dans la première partie des résultats.

Forces et limites de l'étude

Forces

La validité et la crédibilité de l'étude est accrue en lien avec l'ancrage à la pratique grâce à l'expertise de diverses ressources humaines telles la directrice ayant travaillé comme IIVAS au campus Civic de l'hôpital général d'Ottawa, une des participantes ayant été directrice du programme SANE au campus Civic de l'hôpital

général d'Ottawa et finalement l'étudiante-chercheure ayant réalisé un premier stage de recherche sur le domaine au niveau du baccalauréat.

La complexité du projet (ses caractéristiques, ses implications politiques et pratiques, incluant un volet formatif offert durant le projet et supervisé dans le cadre de l'essai, professionnels, etc.) et son implantation globale, incluant un processus de consultation, une offre de formation pratique et théorique, une évaluation du processus et un produit final remis à la haute gestion gouvernementale du ministère de la santé et du CSSS, a permis d'apporter une option à un problème concret alors que la discussion apporte des éclairages importants sur des enjeux d'actualité.

En lien avec les réalités contextuelles du développement du devis de structure d'organisation des services pour les victimes d'agressions sexuelles, par des IIVAS, l'étudiante-chercheure a su créer des convergences entre des détenteurs d'enjeux aux objectifs situés à des polarités parfois extrêmes, en créant un dialogue entre deux professions en compétition pour une reconnaissance d'un rôle pivot au sein d'une nouvelle organisation de soins et de services.

Le projet en tant que tel tombe fort à point au niveau social : de plus en plus sont dénoncés et rapportés les divers types d'agressions sexuelles dont sont victimes les femmes. L'éducation et le changement de normes engendrent la non tolérance de toute forme de violence envers les femmes. De plus, la société est passée d'une société très

victimisante pour les femmes à une société de plus en plus ouverte aux diverses contributions de femmes, ayant pour enjeu de créer une certaine solidarité autour des dénonciations dans les médias, modifiant les normes sociales. On s'attend donc à une hausse de la demande des services. Au niveau politique, le dossier global arrivait à point à la table des ministres de la santé et des services sociaux ainsi qu'au ministère de la justice. De plus, les ordres professionnels se penchaient déjà sur les enjeux des rôles professionnels depuis l'implantation de la structure de services auprès des victimes d'agressions sexuelles au Québec.

Enfin, les processus suivis dans le cadre de ce projet se sont inscrits dans des démarches enseignées au premier et deuxième cycle de formation de l'étudiante-chercheuse, ce qui a rehaussé la capacité d'intégration globale des notions académiques en plus de garantir une crédibilité au processus du projet.

Limites

La première limite dont on ne peut se défaire est le fait de n'avoir pu solliciter la participation de victimes elles-mêmes. Bien que le projet incluait cette participation depuis le début de l'élaboration, il fut décidé autrement de par la nature du projet ayant évolué d'une implantation d'un devis de structure organisationnelle à la construction collective du devis, le développement d'une formation et une évaluation du processus entier. À cette étape du processus, le point de vue de victimes aurait permis un éclairage

très pertinent sur la structure proposée et des expériences vécues en contexte professionnel.

Malgré cette limite importante, dans notre perspective épistémologique et liée au contexte de la problématique des victimes d'agressions sexuelles, d'autres limites méthodologiques sont à noter. Le processus de construction collective du devis n'a pu être lui-même l'objet de données spécifiques de recherche outre le produit final, i.e. le devis proposé. En raison des enjeux politiques et professionnels, les membres concernés ont seulement accepté de participer à un volet de recherche spécifique, en temps 2, i.e. dans la phase d'évaluation et non durant le processus lui-même de construction, limitant les analyses à la description et non à l'explication, deuxième niveau de scientificité. Une autre limite méthodologique est liée au processus cyclique de boucles et d'informations inspirant le produit en construction, ce processus a été délibérément suivi et respecté dans la phase d'intervention mais dans le processus évaluatif, ce processus n'a pas été optimisé. Il aurait été intéressant que chaque produit des entrevues individuelles soit transmis au prochain évaluateur pour en influencer sa propre vision évaluative des préoccupations et des thèmes, ce qui respecterait le processus intégral de la démarche épistémologique de Guba & Lincoln (1989). Des limites de temps d'une part du côté du processus de l'essai et d'autre part, du côté des participants, a limité la possibilité de réaliser ce processus cyclique pour en faire émerger une vision complètement co-construite. On ne peut à cette étape que conclure par rapport aux finalités évaluatives qu'elles représentent les points de vue soit partagés, soit divergeant des éléments évalués

et non une constructive collective globale. La confirmation des expressions a été réalisée en cours d'entrevues sous forme de validation des points retenus lors des entretiens. De plus, l'implantation du devis aurait exigé beaucoup plus de temps ce qu'un projet de maîtrise, dans ce cas, un essai, ne permet pas.

De plus, l'implantation du devis aurait exigé beaucoup plus de temps, ce qu'un projet de maîtrise, dans ce cas un essai, ne permet pas.

Recommandations

Recommandations pour la pratique clinique

Afin de permettre l'adoption d'un rôle pivot autonome, les infirmières auront besoin non seulement d'une formation adéquate développée idéalement sous forme de programme court de premier cycle, mais également d'un encadrement clinique spécifique aux clientèles desservies. En outre, en plus du développement d'outils cliniques, afin de permettre à l'infirmière de jouer pleinement son rôle auprès des victimes d'agressions sexuelles, les médecins devront être considérés comme étant des partenaires de valeur, au même titre que les intervenants psychosociaux. Une relation de confiance réciproque entre les divers acteurs devra être instaurée dès le début. Des outils de communication devront fort probablement être élaborés ainsi que des sessions de formation commune autour des objectifs globaux du programme pour la santé, le bien-être et la qualité de vie des victimes.

Recommandations pour la recherche

En lien avec le caractère novateur de ce projet, pour le Québec, de multiples recherches sont appropriées. Ces recherches peuvent être d'ordre évaluatives portant sur la structure, sur les effets, sur l'implantation (Brousselle, Champagne, Contendriopoulos & al., 2009). Elles peuvent permettre d'identifier des indicateurs d'efficacité et de performance de l'approche et des études d'impacts organisationnels, ou plutôt des recherches fondamentales davantage centrées autour des expériences vécues et du développement de théories sur le soin et le caring (Kent-Wilkinson, 2009a) durant les trajectoires des victimes au sein du réseau de santé publique et du système judiciaire. Étant donné l'aspect autonome et collaboratif du rôle infirmier dans cette approche et du caractère légal omniprésent, une recherche portant sur l'acquisition et l'exercice du rôle autonome des infirmières et les défis de cette pratique collaborative spécifique serait des plus enrichissants. Certes, cette recherche ne représente que les premiers balbutiements d'une nouvelle perspective pour les infirmières, soit la responsabilisation des infirmières en pratique autonome collaborative. Des analyses comparatives de résultats seraient fort intéressantes de manière à évaluer la pertinence du rôle infirmier.

Recommandations pour la formation

Tel que préconisé lors de la « discussion » et tel que suggéré par le comité d'experts, une formation de niveau universitaire de type « programme court » serait souhaitable pour des raisons de crédibilité professionnelle. Cette formation devra contenir une partie théorique et une partie pratique. Ainsi, un cours de 45 heures serait

alloué à l'intervention auprès des victimes d'agressions sexuelles adolescentes et adultes, un autre cours de 45 heures aborderait la clientèle pédiatrique. Un stage serait relié à l'intervention auprès des adolescents et des adultes et un autre le serait à l'intervention auprès d'une clientèle pédiatrique. Finalement, un cours d'introduction aux sciences médico-légales permettrait, entre autre, de mieux préparer les étudiants à l'appropriation d'un nouveau rôle autonome, en enseignant les principes rigoureux de la documentation des preuves médico-légales et en les préparant pour des témoignages en cour lors de procédures judiciaires.

Recommandations pour la gestion

Tel que soulevé lors de l'étude, les infirmières ont un besoin de reconnaissance de la part de leurs administrateurs. L'administration devrait donc être responsable d'élaborer des stratégies de reconnaissance professionnelle. Des efforts sont nécessaires au niveau de l'implication des médecins des salles d'urgence qui parfois ne connaissent pas nécessairement toute la portée et la responsabilité de l'activité professionnelle de l'infirmière. En démontrant les connaissances de l'infirmière, le côté consultatif de la démarche auprès des victimes d'agressions sexuelles permettra fort probablement d'alléger les préoccupations des médecins.

De plus, il ne faut pas omettre la responsabilité administrative qu'aurait les établissements quant à la formation du personnel infirmier et au maintien de leurs compétences.

Plusieurs centres dans d'autres provinces (comme par exemple, en Ontario) instaurent des rencontres régulières du personnel de manière à ce que les infirmières puissent discuter des cas vécus qui peuvent présenter des particularités, que ce soit au niveau de la violence, de défis techniques, des pratiques collaboratives, etc. Ces périodes permettent, en règle générale, d'aider les infirmières à vivre avec certaines difficultés que peuvent engendrer certains crimes, tel que le traumatisme vicariant (Santé Canada, 2001), ainsi qu'à appuyer leur démarche de développement personnel des compétences dans ce domaine fort spécialisé.

Conclusion

Le présent essai a été divisé en deux phases significatives soit, une intervention et une évaluation. Ces deux phases ont ainsi permis d'exposer une construction collective autour d'une structure d'organisation des services pour les victimes d'agressions sexuelles et d'en évaluer, entre autres, les conditions facilitantes et contraignantes à son succès ainsi que la formation nécessaire à une implantation réussie.

Les résultats obtenus sont divisés en deux parties. La première composante vise l'élaboration d'une structure de services d'accueil pour victimes d'agressions sexuelles, construite collectivement. La deuxième partie consiste en une évaluation qualitative descriptive de type participatif qui a permis de jeter la lumière sur les besoins de formations des infirmières dans l'appropriation du rôle autonome visée par la structure de services développée et finalement sur ses enjeux législatifs, administratifs et politiques.

Les résultats démontrent la nécessité d'agir en terme de formation spécifique sous forme de « programme court » de niveau universitaire. Ce programme engloberait autant la formation théorique que pratique des IIVAS. Au niveau de l'organisation des services, il apparaît clairement que l'IIVAS devrait jouer un rôle pivot auprès des victimes, dans le respect de la multidisciplinarité. Il a été démontré que les lois en

vigueur au Québec permettent à l'infirmière d'accéder à cette nouvelle pratique de soins autonome et avancé.

Les répercussions de cette innovation clinique, pour le Québec, permettent d'envisager un rôle autonome et holistique dans un champ de pratique en pleine effervescence. Le Québec, sous l'angle politique, professionnel et législatif laisse entrevoir un leadership certain en matière d'agressions sexuelles, à condition, bien sur, que les différents paliers gouvernementaux horizontaux (santé, justice, éducation), que les paliers académiques techniques et universitaires et que les ordres professionnels de l'équipe multidisciplinaire concernée s'engagent dans un dialogue continu, ouvert et proactif. D'ores et déjà, quelques centres de santé et de services sociaux ont manifesté un intérêt certains pour cette structure de services.

Les victimes d'agressions sexuelles ont le droit d'accéder à des soins de qualité, dans des délais raisonnables. Entourée de professionnels hautement qualifiés pour intervenir auprès de cette clientèle et ainsi réduire les méfaits à court, moyen et long termes de l'agression, cette organisation des services ne peut qu'être bénéfique pour les victimes. De plus, l'auteure de cette étude désire laisser le mot de la fin au participant no 2 qui résume toute cette aventure comme suit : « il s'agit d'un projet qui a su rassembler des professionnels autour d'une valeur ajoutée, d'une pratique nouvelle ». Ainsi, il est souhaité que ce projet permette de répondre aux souhaits des participants,

soit favoriser une accessibilité et une qualité des soins accrues pour le mieux être des victimes d'agressions sexuelles.

Références

- Ahrens, C. E., Campbell, R., Wasco, S. M., Aponte, G., Grubstein, L., & Davidson, W. S. (2000). Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Programs: Alternative Systems for Service Delivery for Sexual Assault Victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(9), 921-943.
- Auerbach, C. F., & Silverstein, L. B. (2003). *Qualitative Data: An Introduction to Coding and Analysis*. New York University Press: New York.
- Bardin, L. (1993). *L'analyse de contenu*. Presses universitaires de France: Paris.
- Bartura M., & Lapierre, J. (2007). Plan d'action visant l'implantation d'un projet pilote : optimisation du rôle de l'infirmière lors d'intervention médicosociale et légale auprès de victimes d'agression sexuelle au CSSS sud de Lanaudière, hôpital Pierre-Le Gardeur. Document inédit.
- Basile, K. C., & Smith, S.G. (2011). Sexual Violence Victimization of Women: Prevalence, Characteristics, and the Role of Public Health and Prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine*, sept-oct, 407-417.
- Billette, V., Guay, S., & 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.
- Boykins, A. D. (2005). The Forensic Exam: Assessing Health Characteristics of Adult Female Victims of Recent Sexual Assault. *Journal of Forensic Nursing*, 1(4), 166-171.
- Brennan, P. A. W. (2006). The medical and ethical aspects of photography in the sexual assault examination: why does it offend? *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 13(4), 194-202.
- Brennan, S., & Taylor-Butts, A. (2008). *Les agressions sexuelles au Canada: 2004 et 2007*. Ottawa : Ministre de l'industrie.
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., & Hartz, Z. (2009). *L'évaluation : concepts et méthodes*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

- Brouwer, de, C., Trent, D., & Vézina, L. (2004). *L'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle : l'expérience des centres désignés*. Communication présentée au quatrième colloque de l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes : Montréal.
- Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1974). Rape Trauma Syndrome. *American journal of psychiatry*, 131(9), 981-986.
- Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1976). Coping Behavior of the Rape Victim. *American journal of psychiatry*, 133(4), 413-417.
- Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1978) Recovery from rape and prior life stress. *Research in Nursing and Health*, 1, 165-174.
- Campbell, R. (2005). What Really Happened? A Validation Study of Rape Survivors' Help-Seeking Experiences With the Legal and Medical Systems. *Violence and Victims*, 20(1), 55-68.
- Campbell, R., & Bybee, D. (1997). Emergency medical services for rape victims: Detecting the cracks in service delivery. *Women's Health*, 3, 75-101.
- Campbell, R., Bybee, D., Kelley, K. D., Dworkin, E. R., & Patterson, D. (2012). The Impact of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Program Services on Law Enforcement Investigational Practices: A Mediation Analysis, *Criminal Justice and Behavior*, 39(2), 169-184.
- Campbell, R., Greeson, M., & Patterson, D. (2010). Defining the boundaries : How Sexual Assault Nurse Examiners (SANEs) Balance Patient Care and Law Enforcement Collaboration, *Journal of Forensic Nursing*, 7, 17-26.
- Campbell, R., Long, S. M., Townsend, S. M., Kinnison, K. E., Pulley, E. M., Adames, S. B., & Wasco, S. M. (2007). Sexual Assault Nurse Examiners' Experiences Providing Expert Witness Court Testimony, *Journal of Forensic Nursing*, 3(1), 7-14.
- Campbell, R., Patterson, D., Adams, A. E., Diegel, R., & Coats, S. (2008). A participatory evaluation project to measure SANE nursing practice and adult sexual assault patients' psychological well-being. *Journal of Forensic Nursing*, 4, 19-28.
- Campbell, R., Patterson, D., & Bybee, D. (2012). Prosecution of Adult Sexual Assault Cases: A Longitudinal Analysis of the Impact of a Sexual Assault Nurse Examiner Program, *Violence Against Women*, 18(2), 223-244.
- Campbell, R., Patterson, D., & Lichty, L. F. (2005). The Effectiveness of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Programs A Review of Psychological, Medical, Legal, and Community Outcomes. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(4), 313-329.

- Campbell, R., Sefl, T., & Ahrens, C. E. (2004). The impact of Rape on Women's Sexual Health Risk Behaviors. *Health Psychology, 23*(1), 67-74.
- Campbell, R., Townsend, S.M., Long, S. M., Kinnison, K. E., Pulley, E. M. Adames, S. B., & Wasco, S. M. (2005). Organizational Characteristics of Sexual Assault Nurse Examiner Programs: Results from the National Survey Project. *Journal of Forensic Nursing, 1*(2), 57-64.
- Campbell, R., Townsend, S. M., Long, S. M., Kinnison, K. E., Pulley, E. M., Adames, S. B., & Wasco, S. M. (2006). Responding to Sexual Assault Victims' Medical and Emotional Needs: A National Study of the Services Provided by SANE Programs. *Research in Nursing & Health, 29*, 384-398.
- Campbell, R., Wasco, S. M., Ahrens, C. E., Sefl, T., & Barnes, H. E. (2001). Preventing the "Second Rape": Rape Survivors' Experiences With Community Service Providers. *Journal of Interpersonal Violence, 16*(12), 1239-1259.
- Charles, L. (2003). Acute Care of the Pediatric Sexual Assault Patient. *Topics in Emergency Medicine, 25*(3), 229-232.
- Chasson, S., & Russel, A. (2002). Do SANE Examinations Satisfy the EMTALA Requirement for "Medical Screening"? *Journal of Emergency Nursing, 28*(6), 593-595.
- Ciancone, A. C., Wilson, C., Collette R., & Gerson, L. W. (2000). Sexual Assault Nurse Examiner Programs in the United States. *Annals of Emergency Medicine, 35*(4), 353-357.
- Cole, J., & Logan, T.K. (2008). Negotiating the Challenges of Multidisciplinary Responses to Sexual Assault Victims : Sexual Assault Nurs Examiner and Victim Advocacy Programs. *Research in Nursing & Health, 31*, 76-85.
- Cole, J., & Logan, T.K. (2010). Interprofessional Collaboration on Sexual Assault Response Team, *Journal of Interpersonal Violence, 25*(2), 336-357.
- Connop, V., & Petrak, J. (2004). The Impact of Sexual Assault on Heterosexual Couples. *Sexual and Relationship Therapy, 19*(1), 29-38.
- Contandopoulos, A.P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Avagues, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Revue épidémiologique et Santé Publique, (48)*, 517-539.

- Crandall, C., & Helitzer, D. (2003). Impact evaluation of a sexual assault nurse examiner (SANE) program. Washington, DC: National Institute of Justice.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. Sage: California.
- Du Mont, J., & Parnis, D. (2003). Forensic Nursing in the Context of Sexual Assault : Comparing the Opinions and Practices of Nurse Examiners and Nurses. *Applied Nursing Research*, 16(3), 173-183.
- Ernst, A. A., Green, E., Ferguson, M. T., Weiss, S. J., & Green, W. M. (2000). The Utility of Anoscopy and Colposcopy in the Evaluation of Male Sexual Assault Victims. *Annals of Emergency Medicine*, 36(5), 432-437.
- Esposito, N. (2005). Manifestations of Enduring During Interviews With Sexual Assault Victims. *Qualitative Health Research*, 15(7), 912-927.
- Fehler-Cabral, G., Campbell, R., & Patterson, D. (2011). Adult Sexual Assault Survivors' Experiences With Sexual Assault Nurse Examiners (SANEs). *Journal of Interpersonal Violence*, 26(18), 3618-3639.
- Fortin, M.-F. (1996). *Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation*. Décarie éditeurs : Ville Mont-Royal.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA, USA: Sage.
- International Association of Forensic Nurses. (2011a). History of IAFN. Récupéré le 01 juin 2011. <http://www.iafn.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=149>
- International Association of Forensic Nurses. (2011b). Memorandum: Meeting the SANE Education Guidelines. Récupéré à <http://www.iafn.org/associations/8556/files/Memoradum%20on%20Meeting%20SANE%20Education%20Guidelines.pdf>.
- International Association of Forensic Nurses & The Forensic Nursing Certification Board. (2011c). Sexual Assault Nurse Examiner: Examination Candidate Handbook. Récupéré au http://www.iafn.org/associations/8556/files/SANE%20candidate%20handbook_2011.pdf.
- Kent-Wilkinson, A. (2009a). An Exploratory Study of Forensic Nursing Education in North America: Constructed definitions of Forensic Nursing. *Journal of Forensic Nursing*, 5, 201-211.

- Kent-Wilkinson, A. (2009b). Forensic Nursing Education in North America: Social Factors influencing Educational Development. *Journal of Forensic Nursing*, 5, 76-88.
- Kent-Wilkinson, A. (2011). Forensic nursing educational development: an integrated review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(3), 236-246.
- Kruse, M., Sørensen, J., Brønnum-Hansen, H. & Helweg-Laren, K. (2011). The Health Care Costs of Violence Against Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(17), 3494-3508.
- Laframboise, A.-S. (2011). Débordement dans les salles d'urgence: la vie de Mieczyslaw Figiel aurait pu être épargnée. 24 heures. Récupéré à <http://fr.canoe.ca/cgi-bin/imprimer.cgi?id=816158>
- Lapierre, J. (1999). *Évaluation de l'émancipation chez les participantes à un programme d'accompagnement prénatal en milieu de pauvreté* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Lauber, A. A. & Souma, M. L. (1982). Use of Toluidine Blue for Documentation of Traumatic Intercourse. *Obstetrics & Gynecology*, 60(5), 644-648.
- Le Petit Robert. (2001). Le Petit Robert de la langue française. [Version électronique].
- Ledray, L. E. (1996). The sexual assault resource service: A model of care. *Minnesota Medicine*, 79.
- Ledray, L. E. (1997). Sexual Assault: Clinical Issues. SANE program staff: Selection, training, and salaries. *Journal of Emergency Nursing*, 23(5), 491-495.
- Ledray, L. E. (1999). Sexual Assault Nurse Examiner: Development & Operation Guide. Washington: U.S. Department of Justice.
- Ledray, L. E., & Simmerlink, K. (1997). Sexual Assault: Clinical Issues. Efficacy of SANE evidence collection; A Minnesota study. *Journal of Emergency Nursing*, 23(1), 75-77.
- Lenahan, L. C., Ernst, A., & Johnson, B. (1998). Colposcopy in Evaluation of the Adult Sexual Assault Victim. *American Journal of Emergency Medicine*, 16(2), 183-184.
- Lescabeau, R., Payette, M., & St-Arnaud, Y. (2003). Profession : consultant. Gaetan Morin éditeur : chenelière éducation : Montréal.

- Lewis-O'Connor, A. (2009). The evolution of SANE/SART-are there differences? *Journal of Forensic Nursing, 5*, 220-227.
- Littel, K. (2001). Sexual assault Nurse Examiner (SANE) Programs : Improving the Community Response to Sexual Assault Victims. U.S. Department of Justice.
- Logan, T. K., Cole, & J., Capillo, A. (2006). Program and Sexual Assault Survivor Characteristics for One SANE Program. *Journal of Forensic Nursing, 2(2)*, 66-74.
- Logan, T. K., Cole, & J., Capillo, A. (2007). Sexual Assault Nurse Examiner Program Characteristics, Barriers, and Lessons Learned. *Journal of Forensic Nursing, 3(1)*, 24-34.
- Lynch, V. A., & Duval, J. B. (2011). Forensic Nursing Science. St-Louis: Mosby/Elsevier.
- McCauley, J., Gorman, R. L., & Guzinski, G. (1986). Toluidine Blue in the Detection of Perineal Lacerations in Pediatric and Adolescent Sexual Abuse Victims. *Pediatrics, 78(6)*, 1039-1043.
- Melton, L., Secrest, J., Chien, & A., Andersen, B. (2001). A Community Needs Assessment for a SANE Program Using Neuman's Model. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 13(4)*, 178-186.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). Guide d'intervention médicosociale. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). Guide de gestion de l'urgence. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). Guide d'intervention médicosociale. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). Toutes les agressions sexuelles sont criminelles : ensemble : témoins, proches, victimes, dénonçons à la police.

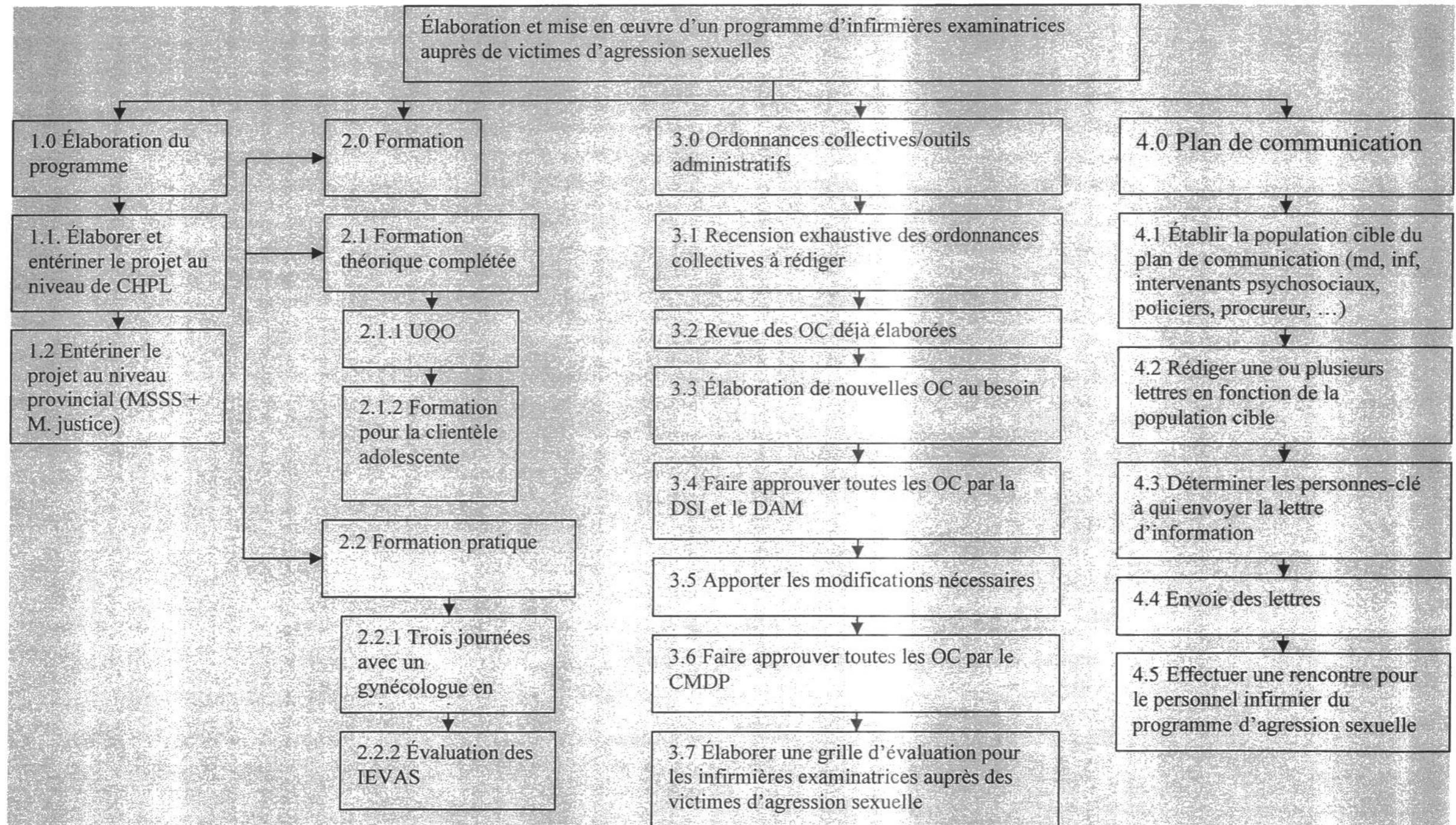
- Récupéré à <http://www.agressionssexuelles.gouv.qc.ca/fr/mieux-comprendre/index.php>
- Ministère de la sécurité publique. (2011). Statistiques 2009 sur les agressions sexuelles. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2003). Des pistes pour mieux comprendre la loi sur les infirmières et les infirmiers : et en tirer avantage dans notre pratique. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2004). *Dépister la violence conjugale pour mieux la prévenir : prise de position*. OIIQ : Montréal.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010). Portrait de l'effectif infirmier. *Le Journal*, 7(5). Récupéré à <http://www.oiiq.org/publications/le-journal/dernier-numero/portrait-de-leffectif-infirmier>.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2011). Ordonnance collective : modèle cadre Récupéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/dossiers_strategiques/ordonnances_collectives/ordonnance_collective_modele_cadre_cii_cir_2011.pdf.
- Organisation mondiale de la santé. (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé. (2005). Gestion clinique des victimes de viol : Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Patrouilleurs Médias Québec. (2011). Retiré le 2011-04-14 <http://patrouilleursmedias.com/2011/10/12/les-urgences-debordements-5474/>
- Patterson, D., Campbell, R., & Townsend, S. M. (2006). Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Program Goals and Patient Care Practices. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 180-186.
- Pelchat, P. (2012). 421 chirurgies pour le cancer reportées. *Le soleil*. Récupéré le 14 avril 2012 au : <http://www.cyberpresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201203/31/01-4511378-421-chirurgies-pour-traiter-des-cancers-reportees.php>
- Preston, L. D. (2003). The Sexual Assault Nurse Examiner and the Rape Crisis Center Advocate A Necessary Partnership. *Topics in Emergency Medicine*, 25(3), 242-246.

- Renaud, L., & Zmudio, M. G. (1999). *Planifier pour mieux agir*. Montréal : Réseau francophone international pour la promotion de la santé.
- Rennison, C. M. (2002). *Rape and sexual assault : Reporting to police and medical attention, 1992-2000*. Washington: Government Printing Office.
- Richardson. (2001). *Guide sur le traumatisme vicariant : solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence traumatisme vicariant*. Ottawa : Santé Canada.
- Samson, C. (2009). *Débordement d'urgences: l'organisation des soins est à réinventer*, *Le soleil*, Récupéré le 2011-04-14 au <http://www.cyberpresse.ca/le-soleil/actualites/sante/200901/13/01-817359-debordement-durgences-lorganisation-des-soins-est-a-reinventer.php>
- Seneca College. (2011). *Sexual assault nurse examiner core education-theoretical aspects*. Récupéré le 2011-04-14 au <http://www.senecac.on.ca/school/healthsc/forensic/schedule.html>
- Seng, J. S., & Sanubol, M. (2004). The first Year as Sexual Assault Nurse Examiner: Role Transition and Role-related Stress Within a New SANE Team. *Journal of Emergency Nursing*, 30(2), 126-133.
- Sievers, V., Murphy, S. & Miller, J. J. (2003). Sexual Assault Evidence Collection More Accurate When Completed by Sexual Assault Nurse Examiners: Colorado's Experience. *Journal of Emergency Nursing*, 29(6). 511-514.
- Smith, M. E. (2005). Female sexual assault : the impact on the male significant other. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 149-167.
- Statistique Canada. (2010). *Nature des infractions sexuelles*. Récupéré le 01-10-2011 au <http://www.statcan.gc.ca/pub/85f0033m/2008019/findings-resultats/nature-fra.htm>
- Stermac, L., Dunlap, H., & Bainbridge, D. (2005). Sexual Assault Services Delivered by SANEs. *Journal of Forensic Nursing*, 1(3), 124-128.
- Stermac, L. E., & Stirpe, T. S. (2002). Efficacy of a 2-years-old Sexual Assalut Nurse Examiner Program in a Canadian Hospital. *Journal of Emergency Nursing*, 28(1), 18-23.
- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste: une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 5(1), 1-11.

- Taylor, W. K. (2002). Collecting Evidence for Sexual Assault: the Role of the Sexual Assault Nurse Examiner (SANE). *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 78 Suppl. 1, S91-S94.
- U.S. Department of Justice. (2004). A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations: Adults/Adolescents. Washington : Government Printing Office
- Windrum, P., & de Jong, S. (2000). Foundations of Evaluation Theory : A Review. The SEIN-Project, Project Paper no. 9, Maastricht.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Resnick, H.S., McCauley, J. L., Amstadter, A. B., Kilpatrick, D. G., & Ruggiero, K. J. (2011). Is Reporting of Rape on the Rise? A Comparison of Women With Reported Versus Unreported Rape Experiences in the National Women's Study-Replication. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(4), 807-832.

Appendice A
Structure de fractionnement de tâches

Structure de Fractionnement des Tâches



Appendice B
Charte des responsabilités

Charte des responsabilités

Lots	Intervenants						
	DSI	DAM	Responsable programme pour VAS	Qualité des soins	Urgentologues/ Gestionnaire de l'urgence	Autres (secrétaire)	Étudiante à la maîtrise
1.0							
1.1							
1.2							
2.0							
2.1							
2.1.1							
2.1.2							
2.2							
2.2.1							
2.2.2							
3.0							
3.1							
3.2							
3.3							
3.4							
3.5							
3.6							
3.7							
4.0							
4.1							
4.2							
4.3							
4.4							
4.5							

Appendice C
Diagramme de Gantt

Diagramme de Gantt

Tâches	Mois						
	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept
1.0 Élaboration du programme							
1.1 Élaborer et entériner le projet au CHPL							
1.2 Entériner le projet au niveau provincial (MSSS + Ministère de la justice)							
2.0 Formation							
2.1 Formation théorique complétée							
2.1.1 Formation UQO (complétée)							
2.1.2 Formation pour la clientèle adolescente							
2.2 Formation pratique							
2.2.1 Trois journées avec un gynécologue en colposcopie							
2.2.2 Évaluation des IEVAS (à 5 reprises)							
3.0 Ordonnances collectives/outils admin.							
3.1 Recension exhaustives des OC à rédiger							
3.2 Revue des OC déjà élaborées							
3.3 Élaboration de nouvelles OC au besoin							
3.4 Faire approuver toutes les OC par la DSI et le DAM							
3.5 Apporter les modifications nécessaires							
3.6 Faire approuver toutes les OC par le CMDP							
3.7 Élaborer une grille d'évaluation pour les IEVAS							
4.0 Plan de communication							
4.1 Établir la population							

cible du plan de communication							
4.2 Rédiger une ou plusieurs lettres en fonction de la population cible							
4.3 Déterminer les personnes-clé à qui envoyer la lettre d'information							
4.4 Envoie des lettres							
4.5 Effectuer une rencontre pour le personnel infirmier du programme d'agression sexuelle							

Appendice D
Projet pilote

**Plan d'action visant l'implantation
d'un projet pilote :**

**optimisation du rôle de l'infirmière lors d'intervention médicosociale et légale
auprès de victimes d'agression sexuelle
au CSSS sud de Lanaudière, hôpital Pierre-Le Gardeur**

dans le cadre d'un projet pilote
répondant aux exigences d'une maîtrise en sciences infirmières
de l'Université du Québec en Outaouais

Étudiante au deuxième cycle : Myriam Bartura inf, MSc (étu)

Directrice d'essai : Judith Lapierre, Ph.D.

Membre étudiante du GIRESSS et du CRISES



CRiSES
www.cris.es.uqam.ca
Centre de recherche sur les innovations sociales

Mai 2007

Table des matières

Introduction	1
Mise en contexte	2
Contexte provincial	2
Guide d'intervention médicosociale	2
Organisation régionale : centres désignés	2
Interventions médicosociales	2
Modèles de services	4
Région de Lanaudière	4
Organisation actuelle des services aux victimes d'agression sexuelle au CHPLG	5
Financement	6
Projet pilote proposé	6
Introduction	6
Objectifs	7
Cadre de référence du projet pilote	7
Intervenants	8
Clientèle cible	9
Formation offerte	9
Interventions infirmières	10
Critères de référence à un médecin	11
Faisabilité	12
Plan d'action	13
Élaboration	13
Implantation	13
Plan de communication	14
Évaluation	14
Échéanciers	14
Conclusion	16
Bibliographie	17
Annexes	19
Annexe A : Organisation des services proposée au CHPLG dans le cadre du projet pilote	20
Annexe B : Structure de fractionnement des tâches	21
Annexe C : Charte des responsabilités	22
Annexe D : Graphique de Gantt	23

Introduction

Le présent projet s'inscrit dans le cadre d'une maîtrise en sciences infirmières et s'insère dans la structure du réseau de santé québécois pour les victimes d'agression sexuelle. Par le fait même, ce projet pilote sera implanté dans un « centre désigné » du Québec et utilisera les trousse médicosociales sans prélèvements médicolégaux et les trousse médicolégales, telles que décrites par le *Guide d'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle* (MSSS, 2004).

Le but premier de ce projet pilote est d'optimiser le rôle de l'infirmière auprès d'une clientèle victime d'agression sexuelle, en développant et favorisant son autonomie, tel que prévu par la loi. De par ce rôle élargi, il est attendu que l'infirmière collabore à l'accessibilité et à la qualité des soins pour les victimes d'agression sexuelle.

Ce document présentera une mise en contexte de la structure de soins disponibles pour les victimes d'agression sexuelle. Par la suite, un projet pilote sera proposé afin de suggérer une nouvelle option d'organisation des services en centre désigné. Finalement, la faisabilité de l'implantation du projet sera remise dans son contexte et un plan d'action sera exposé.

Mise en contexte

Contexte provincial

Guide d'intervention médicosociale

Un groupe de travail sur l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle a rédigé un premier guide d'intervention médicosociale en 2001, lequel fut révisé en 2004. Le Guide traite principalement de l'intervention médicosociale proprement dite ainsi que des troussees médicosociales sans prélèvements médicolégaux et des troussees médicolégales et de l'organisation des services dédiés aux victimes d'agression sexuelle. Ce guide apporte aussi de l'information sur la problématique des agressions sexuelles et de leurs conséquences et présente les lois qui régissent les agressions sexuelles (MSSS, 2004).

Organisation régionale : centres désignés

Afin d'accroître l'accessibilité et l'expertise quant aux soins des victimes d'agression sexuelle, des « centre désignés » ont été établis. Pour ce faire, ce sont les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux qui sont « responsables de la planification, de la mise sur pied, de l'organisation et du maintien des centres désignés de leur région » (MSSS, 2004). Le nombre de centres désignés peut varier d'une région à une autre en fonction des particularités de chacune. Or, on dénombre une soixantaine de centres désignés à travers le Québec et d'autres sont en développement (<http://www.qvc.qc.ca/centresdesignes/>). L'organisation des soins qu'on y retrouve varie en fonction des besoins de chaque région et des ressources humaines disponibles.

Interventions médicosociales

L'intervention médicosociale comprend deux volets distincts. Le premier consiste en l'intervention initiale et comprend six grandes étapes soit, l'accueil et le soutien émotionnel; l'orientation de l'intervention; l'histoire médicosociale; les examens médicaux et légaux accompagnés de tests et de prélèvements; les soins et traitements; l'information et le soutien (incluant le signalement au directeur de la protection de la

jeunesse (DPJ) pour la clientèle mineure, la question de la déclaration aux autorités policières, les besoins globaux ainsi que les références pour le suivi). Le second volet de l'intervention comprend le suivi, soit médical soit psychosocial (MSSS, 2004).

Pour l'intervention initiale, des outils ont été élaborés afin d'uniformiser les interventions auprès de la clientèle cible. En effet, deux (2) trousse sont à la disposition des intervenants. La trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux comprend onze (11) formulaires, une lame de réserve pour l'ADN et un aide-mémoire pour l'intervention médicosociale (MSSS, 2004). La trousse médico-légale, pour sa part, consiste en une boîte regroupant le matériel nécessaire pour effectuer les prélèvements usuels lors de l'examen médico-légal, une enveloppe contenant quatorze (14) formulaires, une lame de réserve pour l'ADN ainsi qu'un aide-mémoire pour l'intervention médicosociale (MSSS, 2004).

Le choix d'une trousse plutôt qu'une autre dépend principalement du temps écoulé entre l'agression et le moment auquel la victime se présente au centre désigné, de l'histoire de l'agression ainsi que du choix de la victime de porter plainte ou non. Ainsi, la trousse médico-légale est proposée lorsque les trois conditions suivantes sont réunies :

- L'agression sexuelle remonte à cinq (5) jours ou moins;
- La victime de l'agression sexuelle a donné son consentement à l'examen médico-légal et il y a des prélèvements à effectuer;
- La victime porte plainte aux autorités policières ou pourrait porter plainte ultérieurement (14 jours) (MSSS, 2004).

En effet, la trousse médico-légale n'est pas nécessaire lorsque l'agression est survenue plus de cinq (5) jours précédant l'arrivée de la victime au centre désigné puisque le principal mandat de cette trousse est d'amasser des preuves médico-légales. Or, après cinq (5) jours, la possibilité de retrouver de ces preuves est infime.

Le choix d'une trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux est indiqué dans les cas suivants :

- Le délai de cinq (5) jours depuis l'agression sexuelle est dépassé;
- Aucun prélèvement n'est nécessaire, compte tenu du récit de la victime;
- La victime ne porte pas plainte aux autorités policières (MSSS, 2004).

Toutefois, l'examen médical demeure une partie intégrante du processus, tout comme divers examens tels que le dépistage d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que la prévention et le dépistage d'une grossesse éventuelle. Bien que l'examen médical permette de rassurer la victime d'agression sexuelle à propos de son intégrité physique, il ne peut être effectué qu'avec son consentement, tout comme le traitement des blessures (MSSS, 2004).

Modèles de services

Le *Guide d'intervention médicosociale* (MSSS, 2004) propose divers modèles d'organisation des services à l'intérieur des centres désignés. Toutefois, l'approche multidisciplinaire est privilégiée de manière à répondre le mieux possible aux divers besoins de la victime d'agression sexuelle. Dans le cadre de ce rapport, il ne sera retenu que l'organisation des services au sein de l'intervention médicosociale initiale (voir section « interventions médicosociales »). Un premier modèle proposé par le *Guide d'intervention médicosociale* (MSSS, 2004) est celui où l'on retrouve une intervenante psychosociale ou une infirmière du centre hospitalier et un médecin de la salle d'urgence. Un second modèle propose une infirmière du centre hospitalier et un médecin sur appel. Finalement, un troisième propose une intervenante psychosociale sur appel, un médecin et une infirmière du centre de santé et de services sociaux (CSSS) ou encore, une équipe de médecins du centre hospitalier, sur appel (MSSS, 2004).

Région de Lanaudière

Au CSSS de Lanaudière, l'hôpital Pierre-Le Gardeur est le centre désigné de la région. Il accueille une clientèle de tout âge, femmes et hommes. L'équipe de soins suit les étapes décrites plus tôt pour l'intervention initiale auprès des victimes d'agression

sexuelle; elle utilise aussi les deux (2) trousse susmentionnées, soit la trousse médicosociale sans prélèvements médico-légaux ou la trousse médico-légale.

Organisation actuelle des services aux victimes d'agression sexuelle au centre hospitalier Pierre-Le Gardeur

Dans le cas présent, il ne sera uniquement question de l'organisation des services entourant l'intervention médicosociale initiale. Le modèle d'organisation des services retenu par le centre hospitalier prévoit une équipe de cinq (5) infirmières de garde à tour de rôle, 24 heures par jour, sept (7) jours par semaine, rémunérées selon la convention collective en cours. Une intervenante psychosociale est aussi de garde entre 16 heures et 8 heures ou sur place, au centre hospitalier, entre 8 heures et 16 heures. Finalement, un urgentologue est disponible en tout temps à la salle d'urgence et un pédiatre de garde est appelé dans le cas de victimes mineures. Lorsque la victime d'agression sexuelle appelle au CHPLG, le commis intermédiaire transmet l'appel à l'infirmière de garde pour les agressions sexuelles. Cette dernière suggère à la victime de se rendre à l'hôpital immédiatement, s'il y a lieu.. L'infirmière se présente alors au CHPLG dans les 30 à 60 minutes suivant l'appel téléphonique de la victime. Toutefois, si la victime se présente directement au CHPLG, l'infirmière du triage contacte immédiatement l'infirmière de garde ainsi que l'intervenante psychosociale. L'infirmière du triage effectue une évaluation physique sommaire de la victime. Si elle présente des blessures mettant sa vie en danger, la victime est directement transférée en réanimation. Autrement, elle est accompagnée dans une salle d'examen prévue pour les victimes d'agression sexuelle en attendant l'infirmière de garde et l'intervenante psychosociale. À leur arrivée, les deux intervenantes se présentent et apportent du soutien à la victime, soutien qui se poursuivra, tout au long de l'intervention médicosociale. Elles consignent l'histoire de l'agression et accompagnent aussi la victime dans ses différents choix (porter plainte contre son agresseur, avoir des prélèvements médico-légaux, décider d'une contraception orale d'urgence (COU), etc.). Par la suite, un urgentologue est demandé pour effectuer un examen physique et, s'il y a lieu, des prélèvements médico-légaux ainsi que des examens diagnostiques (dépistage ITSS et autres). Des soins et des traitements sont prodigués par l'infirmière, lorsque nécessaire. Finalement, l'information et le soutien, le signalement au

DPJ et les références sont assurés au besoin par l'infirmière et l'intervenante psychosociale. On s'assure que la victime est en sécurité. Les références aux différents organismes de soutien et de suivi sont expliquées et les coordonnées remises à la victime, le suivi médical et psychosocial se faisant à l'extérieur du CHPLG.

Financement

Cette organisation des soins est rendue possible grâce à une contribution financière mixte. En effet, une partie des fonds provient de l'Agence de Santé et des Services Sociaux du sud de Lanaudière. L'autre partie est assurée par le CSSS du sud de Lanaudière, hôpital Pierre-Le Gardeur. Ce financement rend possible l'instauration de gardes par des infirmières.

Projet pilote proposé

Introduction

À l'heure actuelle, à cause de la pénurie d'effectifs médicaux, il est parfois difficile d'assurer aux victimes l'accessibilité à un médecin dans une situation d'agression sexuelle. De plus, dans le contexte actuel des salles d'urgence et des temps d'attente, il est difficile pour un médecin de se libérer rapidement pour offrir les services nécessaires à une victime d'agression sexuelle. Toutefois, grâce à la loi 90, une nouvelle possibilité se présente. En effet, puisqu'à plusieurs endroits, une équipe d'infirmières est déjà de garde, on peut élargir le rôle de l'infirmière, moyennant une formation adéquate. De plus, dans le cadre des nouveaux plans de pratique intégré avec les médecins généralistes, le rôle de l'infirmière est revu dans le but d'élargir ses responsabilités. C'est dans ce contexte qu'il est apparu intéressant et pertinent de développer ce projet pilote.

Objectifs

- 1) Offrir des soins de qualité aux victimes d'agression sexuelle.
- 2) Maximiser l'expertise spécifique et le rôle autonome des infirmières tel que prévu par la loi.

Cadre légal

Le présent projet pilote s'inscrit dans le cadre du projet de loi 90, soit l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec*. De plus, certaines activités réservées telles que la vaccination s'appuient sur la *Loi de la Santé Publique*. Parmi ces activités réservées, mentionnons le droit d'« évaluer l'état de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique » (OIIQ, 2003), d'« exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier » (OIIQ, 2003), de « déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et de prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent » (OIIQ, 2003), « d'effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes » (OIIQ, 2003) ainsi que d'« appliquer des techniques invasives » (OIIQ, 2003). Finalement, en aucun cas, l'infirmière ne pose un diagnostic. Il s'agit plutôt, dans le cadre du processus médicosocial, de décrire objectivement et systématiquement dans l'espace réservé à cette fin, ce que l'infirmière constate comme marques et blessures, d'effectuer les prélèvements exigés par la trousse médicosociale sans prélèvements médicolégaux et la trousse médicolégale et d'évaluer l'état de santé selon les circonstances et le contexte de l'agression.

Cadre de référence du projet pilote

Le cadre de référence de ce projet est inspiré du programme « Sexual Assault Nurse Examiner » (SANE), programme américain en vigueur depuis une trentaine d'années et largement utilisé dans diverses provinces du Canada (Ahrens, Campbell, Wasco, Aponte, Grubstein, & Davidson II, 2000; Campbell, Townsend, Long, Kinnison, Pulley, Adames & Wasco, 2005; Kagan-Krieger & Rehfeld, 2000; Kent, 2000; Ledray, 1999; Little, 2001; Logan, Cole & Capillo, 2006; Stermac & Stirpe, 2002; Stermac, Dunlap & Bainbridge, 2005). Ceci dit, ce programme a été adapté pour les besoins du projet pilote afin de répondre aux normes et lois québécoises en matière d'agression sexuelle. Toutefois, ce cadre de référence a permis de structurer les interventions effectuées par des infirmières ainsi que la formation requise.

En effet, les interventions effectuées par les infirmières SANE englobent : l'obtention de l'histoire de l'agression, l'évaluation de l'état psychologique de la victime, une intervention de crise et une évaluation physique. De plus, celle-ci amasse et préserve des preuves médico-légales et les documentent. Elle obtient des échantillons urinaire et sanguin afin de vérifier la présence de drogues du viol, traite la victime ou la réfère pour des traitements médicaux, remet des médicaments en prophylaxie contre des ITSS ou contre une éventuelle grossesse et donne à la victime une référence pour des services médicaux et psychologiques de suivi (Ledray, 1999; Littel, 2001).

De plus, ce programme a été évalué à de nombreuses reprises. Par conséquent, le cadre de référence du projet pilote est basé sur plusieurs écrits scientifiques reconnus. De surcroît, ces interventions répondent aux objectifs de l'intervention médicosociale, tels que décrits dans le *Guide de l'intervention médicosociale* (MSSS, 2004).

Intervenants

Le principal intervenant visé par ce projet pilote est l'infirmière spécialement formée. Ainsi, veuillez noter que le titre « infirmière intervenant auprès des victimes d'agression sexuelle » (IIVAS) sera dorénavant utilisé afin d'éviter une confusion possible entre le terme « infirmière » regroupant toutes les personnes exerçant la profession infirmière, contrairement aux infirmières ayant reçu une formation particulière (voir la section sur la formation requise) afin d'exercer leur expertise spécifique auprès des victimes d'agression sexuelle. Le titre IIVAS est inspiré de la terminologie utilisée par le programme américain soit Sexual Assault Nurse Examiner (SANE).

Le rôle des intervenants psychosociaux est maintenu lors de l'accompagnement des victimes et ce, tout au long de l'intervention médicosociale.

La présence d'un médecin peut être requise, en fonction de certains critères (voir la section sur les critères de référence à un médecin). De plus, l'urgentologue présent à l'urgence peut-être consulté par l'IIVAS si une ordonnance est requise ou pour un certificat de retrait du travail. L'urgentologue sera également avisé par l'IIVAS lors du congé de l'urgence de la victime tel que prévu par la loi sur les services de santé et les services sociaux.

Clientèle cible

La clientèle visée par ce projet est toute femme victime d'agression sexuelle âgée de plus de quatorze (14) ans.

Formation offerte

Afin de pouvoir exercer des fonctions spécialisées en agression sexuelle, les infirmières du projet pilote doivent recevoir une formation universitaire théorique de 45 heures (Ledray, 1997; Ledray, 1999; Littel, 2001) portant, entre autres, sur les sujets suivants :

- Le droit et les questions juridiques;
- L'intervention en situation de crise;
- Les syndromes reliés au traumatisme de l'agression sexuelle;
- L'examen physique de la victime d'agression sexuelle;
- L'examen vulvaire, vaginal et anal;
- Les blessures susceptibles d'être retrouvées lors d'une agression sexuelle;
- La trousse médicosociale et légale et les preuves médico-légales;
- Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS);
- La documentation du dossier de la victime ainsi que la manière de remplir les documents des troussees médicosociales sans prélèvements médico-légaux et médico-légale;
- L'intervention médicosociale auprès d'adolescentes.

À la formation théorique s'ajoute une formation pratique. Cette dernière est divisée en deux parties distinctes. La première comprend un stage de trois journées

auprès d'un gynécologue afin d'exécuter des examens vaginaux ainsi que des tests de Papanicolaou (Pap). Ce stage permet à l'infirmière de se sentir plus à l'aise et d'acquérir de l'expérience pratique. Par la suite, les infirmières sont évaluées conjointement par des médecins urgentologues et des infirmières durant leurs quatre (4) premiers cas d'agression sexuelle. Cette partie permet d'évaluer leur aptitude à effectuer un examen physique, à appliquer des ordonnances collectives, à effectuer divers prélèvements et à compléter des trousse médicosociales sans prélèvements médicolégaux ainsi que des trousse médicolégales, tout en respectant les normes de leur profession.

Interventions infirmières

Voici les diverses interventions qu'une IIVAS réalise dans le cadre du projet pilote (Ledray, 1999; Littel, 2001). Bien que l'article 36 de la Loi sur les infirmières (OIIQ, 2003) permette un rôle accru des infirmières, pour certaines interventions, des ordonnances collectives (OC) demeurent obligatoires afin d'encadrer la pratique infirmière, dans certains cas. Par conséquent, les interventions nécessitant une ordonnance collective sont indiquées à l'aide d'une OC. Ainsi, l'infirmière :

- Intervient en situation de crise;
- Aide à la prise de décision (compléter une trousse médicosociale sans prélèvements médicolégaux ou une trousse médicolégale, porter plainte ou pas aux autorités policières, ...);
- Procède à l'évaluation physique et mentale de la victime (référence à un médecin en fonction de critères spécifiques, voir la section s'y rapportant);
- Procède à l'examen vulvaire et/ou vaginal et/ou anal et/ou buccal de la victime et note les blessures, le cas échéant;
- Soigne des blessures mineures;
- Procède à des prélèvements afin de compléter la trousse médicolégale (à l'aide d'une OC);
- Effectue un dépistage d'ITSS, de drogues du viol et autres (à l'aide d'OC);

- Offre à la victime une contraception orale d'urgence en fonction des facteurs de risque (à l'aide d'une OC);
- Offre à la victime un traitement prophylactique contre certaines ITSS (à l'aide d'OC contre : la gonorrhée, la chlamydia). (Attention, les lignes directrices du guide d'intervention médicosociale (MSSS, 2004) ne recommandent pas de traitement prophylactique contre des ITSS, sauf s'il y a présence de facteurs de risque). Toutefois, l'IIVAS a la responsabilité d'offrir le vaccin contre l'hépatite B ainsi que des immunoglobulines chez les personnes n'ayant pas été vaccinées et ces interventions ne nécessitent pas d'OC, elles font partie de la loi sur la santé publique (OIIQ, 2003).
- Assure la prise en charge et réfère la victime à un suivi médical et psychosocial.

L'organisation particulière des services est présentée à l'annexe A.

Critères de référence à un médecin

En cours d'intervention, tel que mentionné précédemment, l'IIVAS doit référer la victime d'agression sexuelle à un médecin en fonction de problématiques particulières. En plus des critères présentés ci-après, l'IIVAS consulte l'urgentologue, au besoin, pour des ordonnances, des arrêts de travail, au congé de l'urgence de la victime, etc.

- Pertes de conscience entourant l'agression sexuelle, perte du sens de l'orientation;
- Troubles mnésiques;
- Douleurs physiques, par exemple :
 - Douleurs thoraciques ou abdominales;
 - Blessures à la tête ou céphalées;
 - Douleurs aux bras, aux jambes et/ou au dos
 - Lacérations nécessitant des points de suture, brûlures;
- Lésions génitales ou anales ou saignements génitaux (non reliés au cycle menstruel) ou rectaux depuis l'agression;

- Insertion d'objets étrangers dans le vagin ou le rectum, s'il y a des symptômes ou risque de présence de corps étrangers;
- Cliente enceinte;
- Préoccupation quant à la sécurité de la victime;
- Présence de symptômes de santé mentale inquiétants ou d'un problème psychiatrique actif connu; présence d'idéations suicidaires;
- Existence d'un problème de santé grave (cancer, maladie du rein, etc.);
- Pour tout autre motif laissé au jugement de l'infirmière (allergies multiples, observations inquiétantes, etc.) (Stermac & Stripe, 2002).

Faisabilité

De par sa structure actuelle d'organisation des services offerts aux victimes d'agression sexuelle, le CHPLG présente de nombreux avantages dans le cadre de l'implantation d'un projet pilote. En effet, un régime de garde d'infirmières est déjà en vigueur et un budget est déjà prévu à cet effet. De plus, le CHPLG fait preuve d'une ouverture favorable à l'implantation d'un projet pilote et les infirmières du régime de garde ont déjà reçu une partie de la formation de base essentielle au développement d'une expertise dans l'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle.

Toutefois, en plus du programme actuel, le CHPLG nécessite la formulation d'ordonnances collectives afin d'encadrer le nouveau rôle des IIVAS et de répondre à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec. Une formation pratique complémentaire est aussi nécessaire (voir annexe C).

Afin de réaliser la mise en œuvre du projet pilote, un plan d'action est détaillé ci-après. Ce plan d'action est articulé autour de quatre principaux thèmes soit, l'élaboration du programme, son implantation, son plan de communication et finalement son évaluation.

Plan d'action du projet pilote

Élaboration

Cette partie consiste, d'une part, à concevoir le projet pilote ainsi que les divers mécanismes d'encadrement de la pratique infirmière et, d'autre part, à planifier la mise en œuvre du projet pilote.

Pour ce faire, divers outils ont été élaborés afin de gérer de manière optimale le temps et l'énergie investis dans ce projet par les différents intervenants. Ainsi, une structure de fractionnement des tâches permettant d'identifier les diverses tâches à accomplir a été réalisée (Annexe C). Par la suite, une charte des responsabilités permettant d'attribuer aux divers intervenants certaines des tâches à accomplir (Annexe D) a été créée. Finalement, un graphique de Gantt (Annexe E) permettra d'échelonner les diverses tâches à accomplir sur une période de temps donnée.

En ce qui a trait au contenu du projet pilote, un groupe de travail a été formé afin d'assurer la légalité et la cohérence des interventions proposées ainsi que l'encadrement du projet. Il est constitué de délégués de divers milieux concernés par ce projet pilote. Ainsi, on retrouve des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, du ministère de la Justice, de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, du Comité des centres désignés de Montréal, du groupe de travail sur l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle ainsi que du Centre Hospitalier Pierre-Le Gardeur.

Implantation

L'implantation du projet pilote se résume à la mise en œuvre du programme approuvé par le groupe de travail. Pour ce faire, le Centre Hospitalier Pierre-Le Gardeur en assure la maîtrise et le contrôle.

Plan de communication

Afin d'effectuer une mise en œuvre couronnée de succès, il est primordial que les divers acteurs ayant un rôle dans le projet pilote en soient informés. Ainsi, un plan de communication visera en premier lieu les infirmières qui seront au centre du projet pilote ainsi que les urgentologues. De plus, les autorités policières, les procureurs adjoints de la Couronne du secteur ainsi que divers organismes communautaires impliqués dans l'intervention médicosociale et le suivi de la clientèle seront informés des différentes modifications apportées à l'organisation des services. Par la suite, tous ces acteurs seront mis au courant des derniers développements du projet pilote, au moment opportun. Ce dernier transfert d'information sera laissé à la discrétion de la direction du CHPLG.

Évaluation

Puisqu'il s'agit d'un projet novateur pour le Québec, il est essentiel d'en évaluer les éléments en termes de structure, de processus et d'effets. Ainsi, l'évaluation à moyen terme permettrait d'identifier les forces et les améliorations à apporter à ce projet pilote ainsi qu'à la formation offerte. L'évaluation devrait privilégier une épistémologie mixte largement recommandée lorsqu'on aborde des phénomènes innovants à caractère préventif et curatif. Ainsi, des approches qualitatives et quantitatives seraient proposées afin d'évaluer les diverses composantes du projet pilote. Cela permettrait, en fonction des résultats obtenus, d'apporter des modifications au programme et à la formation actuels afin de mieux desservir la population cible et d'améliorer l'efficacité et l'efficience des services offerts aux victimes d'agression sexuelle. Par la suite, il sera possible de suggérer une implantation provinciale de ce projet pilote.

Échéancier

L'évaluation pourrait être réalisée d'ici environ deux ans soit, à la fin de l'année 2009. Le programme n'étant pas encore implanté, il faut compter environ une année complète avant la fin de la période de probation des cinq infirmières du programme. En effet, chacune de ces infirmières sera évaluée à quatre (4) reprises par un médecin lorsqu'elles effectuent les prélèvements précisés dans la trousse médico-légale. Or, basé sur les données internes de 2005-2006, le programme pour victimes d'agression sexuelle

ne reçoit qu'environ vingt (20) à vingt-cinq (25) victimes de plus de 14 ans, par année. Par conséquent, chaque infirmière mettra au moins un an pour terminer sa période de probation. Il faut aussi tenir compte des congés de maladie ou de maternité ainsi que des démissions ou des réaffectations. Finalement, la collecte de données ne peut pas débuter avant de disposer d'un minimum de données cumulées suivant la période de stabilisation des opérations. Or, si l'on attend douze (12) mois suivant la fin de la période de probation des infirmières avant de procéder à la collecte des données, on peut espérer environ quinze (15) à vingt (20) cas de victimes âgées de plus de 14 ans ayant subi une agression sexuelle puisqu'il faut prendre en considération le suivi médicosocial pouvant s'échelonner sur une période longitudinale de trois (3) mois.

Conclusion

Le présent rapport fait état du contexte provincial et local en matière d'organisation des soins relative aux services offerts aux victimes d'agression sexuelle. Un projet pilote ainsi qu'un lieu d'implantation ont été proposés. Finalement, la planification de l'élaboration, de l'implantation et du plan de communication du projet a été jointe à ce document. Or, certains principes ont guidé l'élaboration du projet pilote soit : une intervention globale visant le mieux-être de la victime d'agression sexuelle, l'orientation ministérielle en matière de multidisciplinarité, la structure actuelle de services pour les victimes d'agression sexuelle, les normes québécoises en matière d'agression sexuelle ainsi que l'encadrement légal de la profession infirmière, par le projet de loi 90. Puis, une évaluation a été fortement suggérée d'ici environ deux ans. L'auteure de ce document recommande une implantation définitive du projet pilote qu'au terme de la diffusion des résultats obtenus dans le cadre de cette évaluation d'impact et ce, dans le but ultime de protéger la clientèle.

De plus, il est essentiel de comprendre que le principal fondement de ce projet est une collaboration entre l'infirmière, le médecin et l'intervenante psychosociale pour offrir des services et des soins de qualité aux victimes d'agression sexuelle et ce, de façon concertée et efficiente.

Finalement, puissent les aboutissements de ce projet pilote contribuer à impliquer davantage les infirmières dans le développement actuel d'un réseau de professionnels ayant une expertise centrée sur les besoins de santé globale rencontrés auprès des victimes d'agression à caractère sexuel. Dans un tel réseau, les infirmières ainsi regroupées pourraient partager leurs expertises et travailler à améliorer les services offerts aux victimes d'agression sexuelle.

Bibliographie

Ahrens, C.E., Campbell, R., Wasco, S.M., Aponte, G., Grubstein, L. & Davidson II, W.S. (2000). Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Programs : Alternative Systems for Service Delivery for Sexual Assault Victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(9), 921-943.

Campbell, R., Dorey, H., Naegeli, M., Grubstein, L. K., Bennett, K. K., Bonter, F. & al. (2004). An Empowerment Evaluation Model for Sexual Assault Programs: Empirical Evidence of Effectiveness. *American Journal of Community Psychology*, 34, 251-261.

Campbell, R., Townsend, S. M., Long, S. M., Kinnison, K. E., Pulley, E. M., Adames, S. B. & Wasco, S. M. (2005). Organizational Characteristics of Sexual Assault Nurse Examiner Programs: Results from the National Survey Project. *Journal of Forensic Nursing*, 1(2), 57-64

Ciancone, A. C., Wilson, C., Collette, R., Gerson, L. W. (2000). Sexual Assault Nurse Examiner Programs in the United States. *Annals of Emergency Medicine*, 35(4), 353-357.

Department of Health .(2001). Nurses Provide Emergency Care for Sexual Assault Victims Department of Health (2001). Nova Scotia : Department of Health.

Du Mont, J., Parnis, D. (2003). Forensic Nursing in the Context of Sexual Assault : Comparing the Opinions and Practices of Nurse Examiners and Nurses. *Applied nursing research*, 16(3), 173-183.

Kagan-Krieger, S. & Rehfeld, G. (2000). The sexual assault nurse examiner. *Canadien nurse*, 96(6). 21-24.

Kent, H. (2000). SANE nurses staff Alberta's sexual assault response team. *CMAJ*, 162(5), 683.

Ledray, L. E. (1997). Sexual Assault : Clinical Issues SANE Program Staff : Selection, Training, and Salaries. *Journal of Emergency Nursing*, 23(5), 491-495.

Ledray, L. E. (1999). Sexual Assault Nurse Examiner : Development & Operation Guide. Minnesota : U.S. Department of Justice.

Little, K. (2001). Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Programs : Improving the Community Response to Sexual Assault Victims. U.S. Department of Justice.

Logan, T. K., Cole, J., Capillo, A. (2006). Program and Sexual Assault Survivor Characteristics for One SANE Program. *Journal of Forensic Nursing*, 2(2), 66-74.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). (2004). Guide d'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle. Québec : MSSS.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2003). Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Montréal : OIIQ.

Organisation mondiale de la Santé. (2005). *Gestion clinique des Victimes de Viol : développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays*. Genève : Organisation mondiale de la Santé/Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies.

Patterson, R., Campbell, R. & Townsend, S. M. (2006). Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Program Goals and Patient Care Practices. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 180-186.

Seng, J. S., Arbor, A. & Sanubol, M. (2004). The First Year as Sexual Assault Nurse Examiner: Role Transition and Role-related Stress Within a New SANE Team. *Journal of Emergency Nursing*, 30(2), 126-133

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

Stermac, L.E. & Stirpe, T. S. (2002). Efficacy of a 2-year-old Sexual Assault Nurse Examiner Program in a Canadian Hospital. *Journal of Emergency Nursing*, 28(1), 18-23.

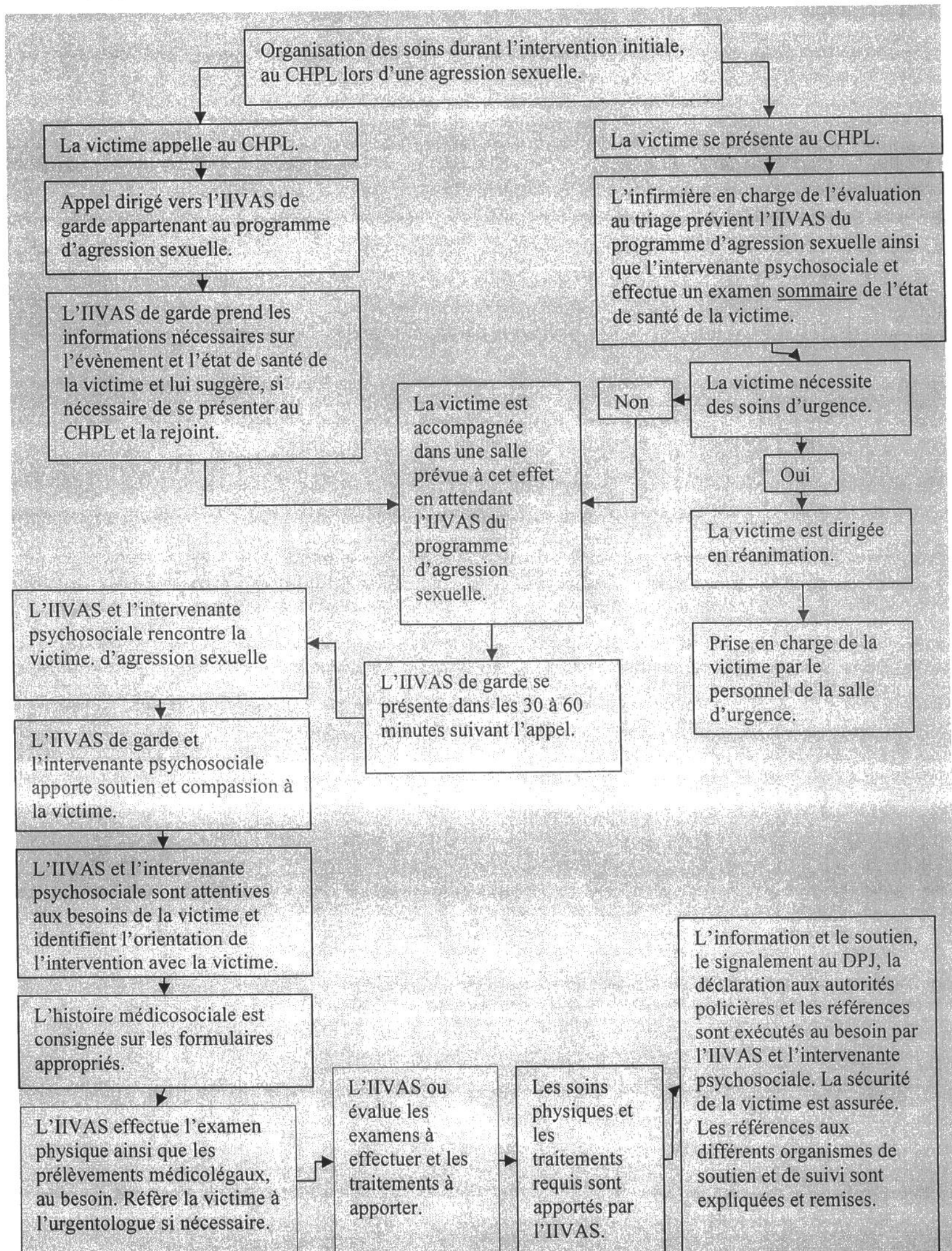
Stermac, L., Dunlap, H. & Bainbridge, D. (2005). Sexual Assault Services Delivered by SANEs. *Journal of Forensic Nursing*, 1(3), 124-128.

Workowski, K. A. & Berman, S. M. (2006). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *MMWR*, 55 (RR11), 1-94.

Annexes

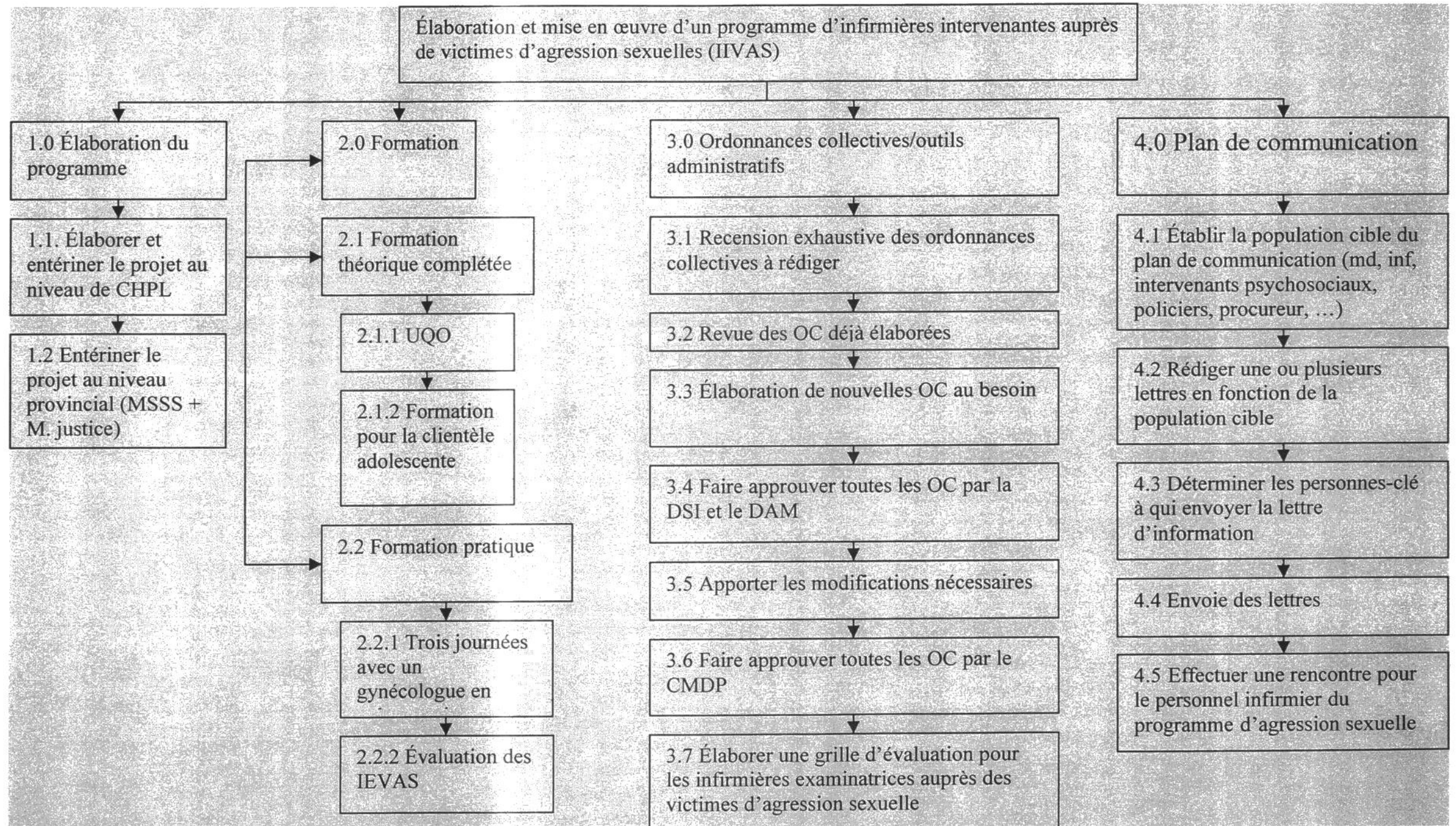
Annexe A

Organisation des services proposée au CHPLG dans le cadre du projet pilote



Annexe B

Structure de Fractionnement des Tâches



Annexe C
Charte des responsabilités

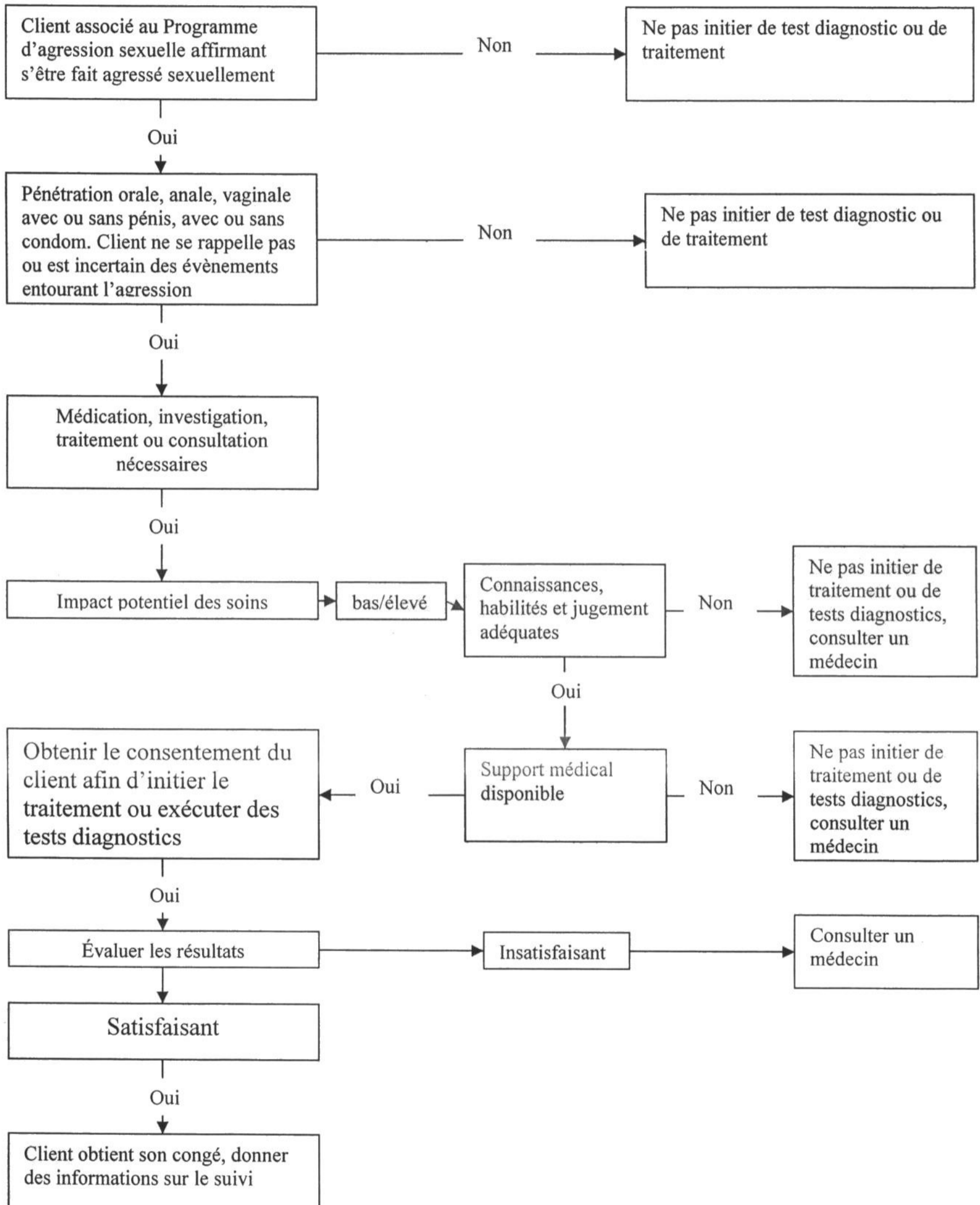
Lots	Intervenants						
	DSI	DAM	Responsable programme pour VAS	Qualité des soins	Urgentologues/ Gestionnaire de l'urgence	Autres (secrétaire)	Étudiante à la maîtrise
1.0							
1.1							
1.2							
2.0							
2.1							
2.1.1							
2.1.2							
2.2							
2.2.1							
2.2.2							
3.0							
3.1							
3.2							
3.3							
3.4							
3.5							
3.6							
3.7							
4.0							
4.1							
4.2							
4.3							
4.4							
4.5							

Annexe D
Graphique de Gantt

Tâches	Mois						
	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sep
1.0 Élaboration du programme	■	■					
1.1 Élaborer et entériner le projet au CHPL	■						
1.2 Entériner le projet au niveau provincial (MSSS + Ministère de la justice)	■	■					
2.0 Formation	■	■	■				
2.1 Formation théorique complétée	■	■	■				
2.1.1 Formation UQO (complétée)							
2.1.2 Formation pour la clientèle adolescente							
2.2 Formation pratique	■	■	■				
2.2.1 Trois journées avec un gynécologue en colposcopie	■	■	■				
2.2.2 Évaluation des IEVAS (à 5 reprises)	■	■	■	■	■	■	■
3.0 Ordonnances collectives/outils admin.							
3.1 Recension exhaustives des OC à rédiger							
3.2 Revue des OC déjà élaborées							
3.3 Élaboration de nouvelles OC au besoin							
3.4 Faire approuver toutes les OC par la DSI et le DAM							
3.5 Apporter les modifications nécessaires							
3.6 Faire approuver toutes les OC par le CMDP							
3.7 Élaborer une grille d'évaluation pour les IEVAS							
4.0 Plan de communication							
4.1 Établir la population cible du plan de communication							
4.2 Rédiger une ou plusieurs lettres en fonction de la population cible							
4.3 Déterminer les personnes-clé à qui envoyer la lettre d'information							
4.4 Envoie des lettres							
4.5 Effectuer une rencontre pour le personnel infirmier du programme d'agression sexuelle							

Appendice E
Ordonnances collectives

Algorithme d'impact potentiel des soins



Programme d'agression sexuelle

Nom de l'ordonnance collective

Initier une mesure diagnostique ayant pour objet la gestion du risque de grossesse et d'infections transmises sexuellement et par le sang.

Date de mise en vigueur :

Date de révision :

Professionnels habilités

Autorisation :

Les infirmières du programme d'agression sexuelle du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur qui a complété les formations requises.

Formation requise :

- ◆ Diplôme en soins infirmiers
- ◆ Enregistrement à l'OIIQ
- ◆ Période d'orientation du programme complétée
- ◆ Détenir une formation d'« Infirmière intervenant auprès de victimes d'agression sexuelle » (IIVAS)
- ◆ Détenir la formation du Centre hospitalier Pierre Legardeur.

Secteur d'activité visé

Le Programme d'agression sexuelle

Clientèle visée

Toute cliente de quatorze (14) ans et plus se présentant au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, suite à une agression sexuelle ayant eu lieu dans les cinq (5) derniers jours.

Activités réservées

- ◆ Résultats sanguins de base dans le cadre d'une prophylaxie contre le VIH
- ◆ Analyse urinaire dans le cadre d'une prophylaxie contre le VIH et/ou d'une prophylaxie contre une grossesse.
- ◆ Analyse sanguine de base afin d'identifier le statut de la personne en ce qui a trait au VIH
- ◆ Dépistage d'ITSS (chlamydia, gonorrhée, trichomonas) urinaire
- ◆ Utilisation d'écouvillons pour des fins d'identification d'ADN au niveau vaginal, anal et/ou oral.
- ◆ Prise de sang et d'urine pour des fins de toxicologie.

Indications

- ◆ Toute femme de quatorze (14) ans et plus ayant été agressée sexuellement dans les cinq (5) derniers jours, ayant subi une pénétration vaginale, orale et/ou anal par un pénis, sans égard à l'utilisation d'un condom ou lors d'une situation où la personne ne se souvient pas des événements de l'agression ou si la personne est incertaine des événements et qu'elle désire un dépistage. La signature du consentement à cet effet est requise.
- ◆ Personnes étant sous les soins d'une IIVAS
- ◆ Voir les conditions spécifiques de chaque test diagnostique (dans la pièce jointe intitulée : « Guide des tests diagnostics et leurs spécificités »)
- ◆ Si la cliente désire ces tests diagnostics suite à une agression sexuelle et/ou si la cliente avait récemment contracté une ITSS.

Processus décisionnel basé sur :

- ◆ L'histoire de l'agression
- ◆ L'histoire médicale
- ◆ L'examen physique de la cliente
- ◆ À la demande de la cliente
- ◆ Les protocoles du CH Pierre-Le Gardeur
- ◆ Des données probantes (études, ...)
- ◆ Les lignes directrices en matière d'agression sexuelle (guide d'intervention médicosociale, ...)
- ◆ L'algorithme décisionnel « Impact potentiel des soins »

Contre-indications

- ◆ La condition de santé de la personne ne le permet pas, les conditions ci-dessus ne sont pas respectées
- ◆ Les indications du « Guide des tests diagnostics et leurs spécificités » ne sont pas rencontrées
- ◆ Le client ne rencontre pas les critères ci-haut mentionnés

Limites / Référence au médecin

Directives/référence aux outils cliniques

- ◆ Guide des tests diagnostics et leurs spécificités
- ◆ Algorithme décisionnel « Impact potentiel des soins »

Sources

- ◆ Documents provenant du « The New Women's College Hospital », révisé en avril 2005.
- ◆ MSSS. (2004). Guide d'intervention médicosocial. Québec : La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- ◆ **Autres**

Processus d'élaboration

Rédigé par :

Traduit et adapté par Myriam Bartura inf. BSc. MSc(é).
Nom et fonction de la personne

2007-05-20
Date

Personnes consultées :

Nom et fonction de la personne

Date

Nom et fonction de la personne

Date

Processus d'approbation

Validé par :

Direction des soins infirmiers

Date

Approuvé par :

Direction des services professionnels

Date

Président du CMDP

Date

Examens diagnostics pour le Programme d'agression sexuelle

Laboratoire	Examen diagnostique	Indications cliniques	Contre-indication/Consultation à un médecin nécessaire
Biochimie	Électrolytes	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client veut obtenir un traitement prophylactique contre le VIH; ◆ Client à risque de VIH, nécessite des résultats de base pour fins de prophylaxie contre le VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client ne veut pas de médication prophylactique contre le VIH mais une ponction veineuse a été faite. ◆ Si le client désire obtenir une prophylaxie contre le VIH et les résultats sont anormaux
	Fonction hépatique (ALT, ALP, AST, Bili, Amylase, Albumine)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client veut une prophylaxie contre le VIH ◆ Client à risque pour le VIH, nécessite des résultats de base pour fins de prophylaxie contre le VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Consulter le médecin si les résultats sont anormaux. ◆ Nécessite une consultation auprès d'un spécialiste du VIH si AST, ALT, ALP ou bilirubine > de 5X la limite normale.
	Fonction hépatique (INR, PT, PTT)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Maladie hépatique suspectée ou connue et le client veut une médication prophylactique contre le VIH 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Consulter le médecin en cas de résultats anormaux ◆ Peut nécessiter une consultation auprès d'un spécialiste du VIH
	Fonction rénale	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client veut une prophylaxie contre le VIH ◆ Client à risque pour le VIH, nécessite des résultats de base pour fins de prophylaxie contre le VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Consulter le médecin en cas de résultats anormaux ◆ Peut nécessiter une consultation auprès d'un spécialiste du VIH
	Glycémie	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client veut une prophylaxie contre le VIH ◆ Client à risque pour le VIH, nécessite des résultats de base pour fins de prophylaxie contre le VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Consulter le médecin en cas de résultats anormaux

	CK	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client veut une prophylaxie contre le VIH ◆ Client à risque pour le VIH, nécessite des résultats de base pour fins de prophylaxie contre le VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Consulter le médecin en cas de résultats anormaux
	Analyse urinaire	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client veut une prophylaxie contre le VIH ◆ Client à risque pour le VIH, nécessite des résultats de base pour fins de prophylaxie contre le VIH. ◆ Infection du tractus urinaire suspecté ◆ Lors de la recherche de drogues du viol (dans la trousse médico-légale) si le client se présente dans les 72 heures suivant l'agression et que l'utilisation de drogues du viol est suspectée en fonction de l'histoire de l'agression ◆ Recherche de Chlamydia 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Consulter le médecin en cas de résultats anormaux
	HCG veineux ou urinaire	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Cliente asymptomatique à risque de grossesse, besoin de résultats de base ◆ Cliente symptomatique à risque de grossesse, besoin de résultats de base ◆ Cliente a eu une pénétration vaginale non protégée depuis ses dernières menstruations ◆ Dernières menstruations il y a > de 4 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Si résultat positif : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consulter un médecin avant d'administrer des antibiotiques ou une immunisation en prophylaxie ▪ Consulter un spécialiste du VIH si la cliente veut une prophylaxie contre le VIH
Hématologie	CBC	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client veut une prophylaxie contre le VIH ◆ Client à risque pour le VIH, nécessite 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Consulter le médecin en cas de résultats anormaux ◆ Consulter un spécialiste du VIH si :

		des résultats de base pour fins de prophylaxie contre le VIH.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hb <90g/L ▪ Absolute neutrophil count <500 cell/μL ▪ Plaquettes <20 000 cell/μL
Microbiologie	Dépistage d'hépatite HBsAG, HbsAC	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client asymptomatique/non-immunisé à risque d'hépatite B, nécessitant des résultats de base ◆ Client incertain de son statut immunitaire ◆ Client n'ayant pas complété sa vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client immunisé ◆ Consulter un médecin si les résultats sont anormaux
	VIH (en attente ou pour examen immédiat)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client veut une prophylaxie contre le VIH ◆ Client à risque de contracter le VIH, nécessite des données de bases pour fins de prophylaxie contre le VIH ◆ Client ne désire pas de prophylaxie contre le VIH mais désire obtenir une prise de sang dans l'éventualité qu'un futur test s'avère positif ◆ Client s'est fait mordre avec déchirure de la peau 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client ne veut pas être dépisté ◆ Contacter un spécialiste en VIH si résultats positifs
Microbiologie	Syphilis-VDRL	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client asymptomatique à risque d'ITSS/grossesse nécessitant des résultats de base ◆ Client à risque d'ITSS/grossesse, présentant des symptômes localisés nécessitant des résultats de base 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client ne veut pas être dépisté ◆ Consulter un médecin si les résultats sont positifs ou si le client présente un chancre ou une syphilis systémique (fièvre, frisson, prurit, lymphadénopathie)
	Culture de Chlamydia	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client asymptomatique à risque 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client ne veut pas de dépistage

	trachomatis (pharyngée, urétrale, cervicale, rectale)	<p>d'ITSS nécessitant des résultats de base</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Client à risque d'ITSS présentant des symptômes localisés, nécessitant des résultats de base ◆ Client ayant eu des résultats positifs à une ITSS et ayant complété un traitement, nécessitant des résultats reflétant la guérison 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Consulter un médecin si le client présente de signes et symptômes d'une ITSS systémique (fièvre, frisson, PID, lymphadénopathie) ou si les résultats sont anormaux
	Culture pour la gonorrhée de base (pharyngée, urétrale, cervicale, rectale)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client asymptomatique à risque d'ITSS nécessitant des résultats de base ◆ Client à risque d'ITSS présentant des symptômes localisés, nécessitant des résultats de base ◆ Client ayant eu des résultats positifs à une ITSS et ayant complété un traitement, nécessitant des résultats reflétant la guérison 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client ne veut pas de dépistage ◆ Consulter un médecin si le client présente de signes et symptômes d'une ITSS systémique (fièvre, frisson, PID, lymphadénopathie) ou si les résultats sont anormaux
	Culture de la bactérie trichomonase (vaginal)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client asymptomatique à risque d'ITSS nécessitant des résultats de base ◆ Client à risque d'ITSS présentant des symptômes localisés, nécessitant des résultats de base ◆ Client ayant eu des résultats positifs à une ITSS et ayant complété un traitement, nécessitant des résultats reflétant la guérison 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client ne veut pas de dépistage ◆ Consulter un médecin si le client présente de signes et symptômes d'une ITSS systémique (fièvre, frisson, PID, lymphadénopathie) ou si les résultats sont anormaux
	Candidose à	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client asymptomatique à risque 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client ne veut pas de dépistage

	coloration de gram (vaginal)	<p>d'ITSS nécessitant des résultats de base</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Client à risque d'ITSS présentant des symptômes localisés, nécessitant des résultats de base ◆ Client ayant eu des résultats positifs à une ITSS et ayant complété un traitement, nécessitant des résultats reflétant la guérison 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Consulter un médecin si le client présente de signes et symptômes d'une ITSS systémique (fièvre, frisson, PID, lymphadénopathie) ou si les résultats sont anormaux
	Vaginose bactérienne coloration de gram (vaginal)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client asymptomatique à risque d'ITSS nécessitant des résultats de base ◆ Client à risque d'ITSS présentant des symptômes localisés, nécessitant des résultats de base ◆ Client ayant eu des résultats positifs à une ITSS et ayant complété un traitement, nécessitant des résultats reflétant la guérison 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client ne veut pas de dépistage ◆ Consulter un médecin si le client présente de signes et symptômes d'une ITSS systémique (fièvre, frisson, PID, lymphadénopathie) ou si les résultats sont anormaux
Centre des sciences judiciaires	Prélèvement oral, vaginal et rectal pour fins d'identification d'ADN	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client ayant été pénétré au niveau oral, anal et/ou vaginal par un pénis, avec ou sans éjaculation, avec ou sans condom, désirant compléter la trousse médicolegale 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client n'ayant pas été pénétré dans la région orale, anale ou vaginale
	Toxicologie : sang et urine	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client se présentant dans les 72 heures suivant une agression et se sentant « drogué » et sexuellement agressé ◆ Vérification de l'état d'ébriété 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Consulter un médecin si le client présente des signes d'altération de conscience

Programme d'agression sexuelle

Nom de l'ordonnance collective

Initier un traitement prophylactique contre la gonorrhée, la chlamydia et la syphilis.

Date de mise en vigueur :

Date de révision :

Professionnels habilités

Autorisation :

Les infirmières du programme d'agression sexuelle du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur qui ont complété les formations requises.

Formation requise :

- ◆ Diplôme en soins infirmiers
- ◆ Enregistrement à l'OIIQ
- ◆ Période d'orientation du programme complétée
- ◆ Détenir une formation d'« Infirmière intervenant auprès de victimes d'agression sexuelle » (IIVAS)
- ◆ Détenir la formation du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur
- ◆ Comprendre la présente ordonnance collective.

Secteur d'activité visé

Le Programme d'agression sexuelle

Clientèle visée

Toute cliente de quatorze (14) ans et plus se présentant au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, suite à une agression sexuelle ayant eu lieu dans les cinq (5) derniers jours.

Activité réservée

Initier un traitement thérapeutique en prophylaxie d'une gonorrhée, d'une chlamydia et d'une syphilis suite à une agression sexuelle à risque élevé.

Cefixime 400mg per os (en dose unique) *ou* ofloxacine 400mg per os (en dose unique)
ou ceftriaxone 125mg IM (en dose unique)

PLUS

Azithromycine 1g per os (en dose unique)

Indications

- ◆ Les probabilités de transmission sont élevées
- ◆ Impossibilité d'effectuer des cultures et les probabilités de transmission sont élevées
- ◆ L'agresseur est infecté
- ◆ La victime présente des symptômes qui laissent croire à une infection
- ◆ La victime désire une médication prophylactique.

Processus décisionnel basé sur :

- ◆ L'histoire de l'agression
- ◆ L'histoire médicale
- ◆ La possibilité d'interaction médicamenteuse
- ◆ L'examen physique de la cliente
- ◆ À la demande de la cliente
- ◆ Les protocoles du CH Pierre-Le Gardeur
- ◆ Des données probantes (études, ...)
- ◆ Les lignes directrices en matière d'agression sexuelle (guide d'intervention médicosociale, ...)
- ◆ L'algorithme décisionnel « Impact potentiel des soins »

Contre-indications

- ◆ Allergie à une des composantes des médicaments
- ◆ La cliente ne veut pas de prophylaxie
- ◆ Les risques de contracter une ITSS sont faibles
- ◆ L'infirmière étant avec la cliente n'a pas reçu la formation adéquate
- ◆ Voir en annexe les contre-indications spécifiques au traitement.

Références au médecin

Besoin d'ordonnance si l'établissement n'assume pas la médication.

Directives/Référence aux outils cliniques

- ◆ Algorithme décisionnel « Impact potentiel des soins »
- ◆ Tableau d'information sur la médication (en annexe)
- ◆ Compendium Pharmaceutique Canadien

Sources

Agence de santé publique du Canada. (2006). Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement : édition 2006. Récupéré le 25 mai 2007 au http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti_2006/sti_intro2006_f.html#pr .

Department of Health and Human Services: Centers for Disease Control and Prevention (2006). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(RR-11), 1-98.

MSSS. (2004). Guide d'intervention médicosociale. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

The New Women's College Hospital. (2005). Sexual Assault/Domestic Violence Care Centre : Medication List [document inédit].

PROCESSUS D'ÉLABORATION

Rédigé par :

Traduit et adapté par Myriam Bartura inf. BSc. MSc(é).

Nom et fonction

2007-05-20

Date

Personne consultées :

Nom et fonction

Date

Nom et fonction

Date

PROCESSUS D'APPROBATION

Validé par :

Directrice des soins infirmiers

Date

Approuvé par :

Président du CMDP

Date

Liste des médicaments prophylactiques lors d'agression sexuelle

Classe des médicaments	Nom des médicaments	Dosage, fréquence et mode d'administration des médicaments	Indications de traitement	Contre-indications spécifique des médicaments
Antibiotique	Azithromycine (Zithromax)	1g po (dose unique)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client se présente moins de 72 hres suite à une agression sexuelle comportant des risques élevés de transmission d'ITSS ◆ Peut être administré chez un client ayant des allergies à la pénicilline ◆ Peut être administré à une femme enceinte ◆ Le client ne se souvient pas des événements entourant l'agression ◆ Traitement prophylactique contre la chlamydia 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client allergique à l'Azithromycine ou l'Erythromycine ◆ Ne pas utiliser en même temps que des antiacides ◆ Consulter un médecin si le client rapporte des antécédents de dysfonction hépatique et/ou rénale ou des signes et symptômes de maladie inflammatoire pelvienne (fièvre, douleur pelvienne, perte vaginale anormale, saignement vaginal, dyspareunie, diminution de la mobilité cervicale re : douleur)
	Cefixime (Suprax)	400 mg po (dose unique)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Prophylaxie contre la gonorrhée 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client allergique aux céphalosporines ou à la pénicilline ◆ Consulter un médecin si la cliente est enceinte ou si elle allaite.
	Ofloxacine	400 mg po (dose unique)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Administrer en prophylaxie contre la gonorrhée si 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Hypersensibilité à l'ofloxacine ou aux autres

			allergie aux céphalosporines ou aux pénicillines	fluoroquinolones ◆ Enfants ◆ Consulter un médecin si la cliente est enceinte.
Antibiotiques (suite)	Ceftriaxone	125 mg IM (dose unique)	◆ Prophylaxie contre la gonorrhée.	◆ Client allergique aux céphalosporines ou à la pénicilline
Vaccins	Engerix B ou Recombivac HB	Engerix B : 19 ans et - : 0.5 ml 20 ans et + : 1.0 ml Recombivax HB : 10 ans et - : 0.25 ml 11-19 ans : 0.5 ml 20 ans et + : 1.0 ml N.B. inject IM dans le deltoïde.	◆ Client se présente dans les 72 heures suivant l'agression sexuelle ◆ Agresseur à risque d'être porteur d'une ITSS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Homme homosexuel ou bisexuel ▪ Usager de drogues injectables ▪ Détenu ou ex-détenu ▪ Porteur du VIH, Hép A, B ou C ▪ Individu issu d'une communauté où l'hép B est endémique ▪ Voyageur ayant eu des contacts sexuels ou été en contact avec du sang dans des régions endémiques où l'hép B et le VIH sont endémiques ▪ Agresseur inconnu 	◆ Client allergique aux levures, au mercure, au thimerisol, à l'hydroxyde d'aluminium ◆ Client ayant eu une réaction anaphylactique au vaccin ◆ Client ayant une température buccale de plus de 38°C ◆ Consulter un médecin si le client est immunodéficient, est enceinte ou allaite.

			<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client ne se souvenant pas des circonstances de l'agression ◆ Client n'étant pas immunisé contre l'hépatite B ou incertain de son statut immunitaire. 	
Antiémétique Dimenhydrinate	Gravol	50 mg po (dose unique)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client recevant de la COU ◆ Client ayant une histoire de nausées et vomissement lors de la prise d'antibiotiques ou de COU ◆ La victime désire une médication prophylactique contre les ITSS et/ou une grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Allergie à une des composantes du dimenhydrinate ◆ Hypersensibilité aux narcotiques ◆ Le client conduit seul de l'hôpital à son domicile ◆ Le client ne veut pas de prophylaxie ◆ L'infirmière étant avec le client n'a pas reçu la formation adéquate
Analgésique Acétaminophène	Tylénol	500 mg po (dose unique)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Client ayant une douleur légère à modérée durant le temps qu'il passe avec l'IVASS. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Augmentation de la température, de la blessure, de la rougeur, ou de l'œdème au site de la douleur ◆ Douleur sévère ◆ Hypersensibilité aux Tylénol ◆ Perte de conscience ◆ Blessure à la tête ◆ Dysfonction hépatique

Programme d'agression sexuelle

Nom de l'ordonnance collective

Initier un traitement prophylactique contre l'hépatite B

Date de mise en vigueur :

Date de révision :

Professionnels habilités

Autorisation :

Les infirmières du programme d'agression sexuelle du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur qui ont complété les formations requises.

Formation requise :

- ◆ Diplôme en soins infirmiers
- ◆ Enregistrement à l'OIIQ
- ◆ Période d'orientation du programme complétée
- ◆ Détenir une formation d'« Infirmière intervenant auprès de victimes d'agression sexuelle » (IIVAS)
- ◆ Détenir la formation du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur
- ◆ Comprendre la présente ordonnance collective.

Secteur d'activité visé

Le Programme d'agression sexuelle

Clientèle visée

Toute femme âgée de quatorze (14) ans ou plus se présentant au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, suite à une agression sexuelle ayant eu lieu dans les cinq (5) derniers jours.

Activité réservée

Initier un traitement thérapeutique en prophylaxie contre l'hépatite B, suite à une agression sexuelle à risque élevé chez un client partiellement immunisé ou non-immunisé. Voir l'algorithme décisionnel : « Prophylaxie de l'hépatite B »

Indications

- ◆ Les probabilités de transmission sont élevées
- ◆ L'agresseur est infecté
- ◆ La victime présente des symptômes qui laissent croire à une infection
- ◆ La victime désire une médication prophylactique.

Processus décisionnel basé sur :

- ◆ L'histoire de l'agression
- ◆ L'histoire médicale
- ◆ La possibilité d'interaction médicamenteuse
- ◆ L'examen physique de la cliente
- ◆ À la demande de la cliente (si non immunisée)
- ◆ Les protocoles du CH Pierre-Le Gardeur
- ◆ Des données probantes (études, ...)
- ◆ Les lignes directrices en matière d'agression sexuelle (guide d'intervention médicosociale, ...)
- ◆ L'algorithme décisionnel « Impact potentiel des soins »
- ◆ L'algorithme décisionnel « Prophylaxie de l'hépatite B »

Contre-indications

- ◆ Allergie à une des composantes du vaccin
- ◆ La cliente ne veut pas de prophylaxie
- ◆ Les risques de contracter une ITSS sont faibles
- ◆ L'infirmière étant avec le client n'a pas reçu la formation adéquate
- ◆ Les contre-indications spécifiques au traitement (voir en annexe « Liste des médicaments prophylactiques lors d'agression sexuelle »).

Références au médecin

Il s'agit d'un acte infirmier par conséquent, la référence à un médecin est primordiale si un doute est présent suite à l'évaluation clinique de l'IIVAS.

Directives/Référence aux outils cliniques

- ◆ Algorithme décisionnel « Impact potentiel des soins »
- ◆ L'algorithme décisionnel « Prophylaxie de l'hépatite B »
- ◆ Liste des médicaments prophylactiques (en annexe)
- ◆ Compendium Pharmaceutique Canadien

Sources

Agence de santé publique du Canada (2006). Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement : édition 2006. Récupéré le 25 mai 2007 au http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti_2006/sti_intro2006_f.html#pr.

MSSS. (2004). Guide d'intervention médicosociale. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

The New Women's College Hospital. (2005). Sexual Assault/Domestic Violence Care Centre : Medication List [document inédit].

PROCESSUS D'ÉLABORATION

Rédigé par :

Traduit et adapté par Myriam Bartura inf. BSc. MSc(é).

Nom et fonction

2007-05-20

Date

Personne consultées :

Nom et fonction

Date

Nom et fonction

Date

PROCESSUS D'APPROBATION

Validé par :

Directrice des soins infirmiers

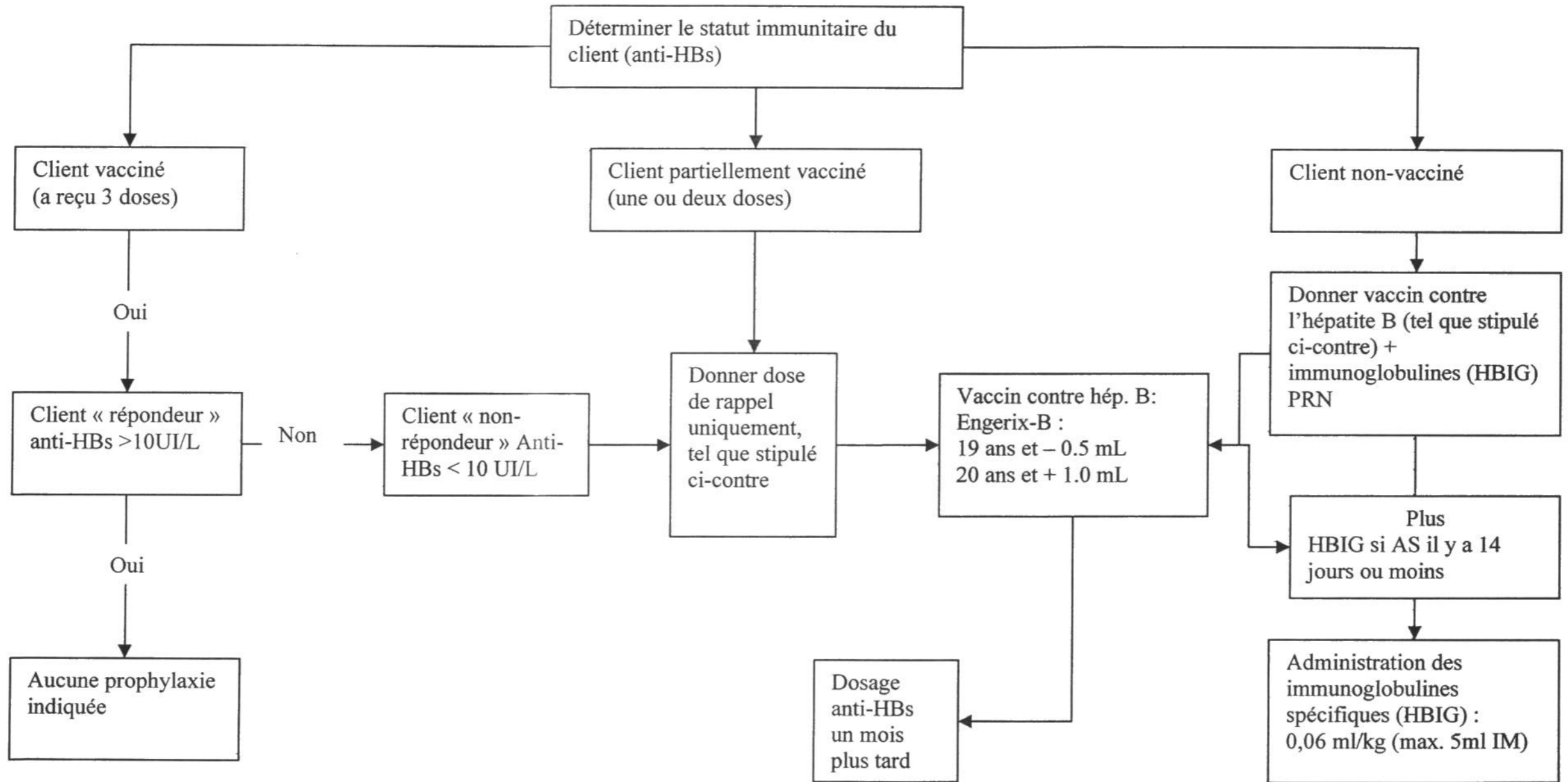
Date

Approuvé par :

Président du CMDP

Date

Algorithme décisionnel Prophylaxie de l'hépatite B



N.B. Les immunoglobulines constituent un dérivé sanguin et ne peuvent donc pas être administrées chez des Témoins de Jéhova.

Programme d'agression sexuelle

Nom de l'ordonnance collective

Initier un traitement de « dimenhydrinate » contre les nausées.

Date de mise en vigueur :

Date de révision :

Professionnels habilités

Autorisation :

Les infirmières du programme d'agression sexuelle du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur qui ont complété les formations requises.

Formation requise :

- ◆ Diplôme en soins infirmiers
- ◆ Enregistrement à l'OIIQ
- ◆ Période d'orientation du programme complétée
- ◆ Détenir une formation d'« Infirmière intervenant auprès de victimes d'agression sexuelle »
- ◆ Détenir la formation du Centre hospitalier Pierre Le-Gardeur
- ◆ Comprendre la présente ordonnance collective.

Secteur d'activité visé

Le Programme d'agression sexuelle

Clientèle visée

Toute femme de quatorze (14) ans et plus se présentant au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, suite à une agression sexuelle ayant eu lieu dans les cinq (5) derniers jours.

Activité réservée

Initier un traitement thérapeutique de « dimenhydrinate » (Gravol) contre les nausées reliées au contraceptif oral d'urgence (COU).

Posologie : Dimenhydrinate 50 mg po (en dose unique)

Indications

- ◆ Client recevant de la COU
- ◆ Client ayant une histoire de nausées et vomissement lors de la prise d'antibiotiques ou de COU
- ◆ La victime désire une médication prophylactique contre les ITSS et/ou une grossesse.

Processus décisionnel basé sur :

- ◆ L'histoire de l'agression
- ◆ L'histoire médicale

- ◆ La possibilité d'interaction médicamenteuse
- ◆ L'examen physique de la cliente
- ◆ À la demande de la cliente
- ◆ Les protocoles du CH Pierre-Le Gardeur
- ◆ Des données probantes (études, ...)
- ◆ Les lignes directrices en matière d'agression sexuelle (guide d'intervention médicosociale, ...)
- ◆ L'algorithme décisionnel « Impact potentiel des soins »

Contre-indications

- ◆ Allergie à une des composantes des « Graval »
- ◆ Hypersensibilité aux narcotiques
- ◆ La cliente conduit seule de l'hôpital à son domicile
- ◆ La cliente ne veut pas de prophylaxie
- ◆ L'infirmière étant avec la cliente n'a pas reçu la formation adéquate

Références au médecin

- ◆ La cliente est âgée
- ◆ La cliente est asthmatique
- ◆ La cliente est enceinte ou allaite
- ◆ La cliente vomit de manière persistante
- ◆ La cliente est alcoolique et utilise d'autres sédatifs, tranquillisants ou antihistaminiques

Directives/Référence aux outils cliniques

- ◆ Algorithme décisionnel « Impact potentiel des soins »
- ◆ Liste des médicaments prophylactiques (en annexe)
- ◆ Compendium Pharmaceutique Canadien

Sources

The New Women's College Hospital. (2005). Sexual Assault/Domestic Violence Care Centre : Medication List [document inédit].

Association des pharmaciens du Canada. (2005). Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS). Ottawa : Association des pharmaciens du Canada.

PROCESSUS D'ÉLABORATION

Rédigé par :

Adapté et traduit par Myriam Bartura inf. BSc. MSc(é).
Nom et fonction

2007-05-20
Date

Personne consultées :

Nom et fonction

Date

Nom et fonction

Date

PROCESSUS D'APPROBATION

Validé par :

Directrice des soins infirmiers

Date

Approuvé par :

Président du CMDP

Date

Programme d'agression sexuelle

Nom de l'ordonnance collective

Initier un traitement d'acétaminophène contre une douleur légère à modérée

Date de mise en vigueur :

Date de révision :

Professionnels habilités

Autorisation :

Les infirmières du programme d'agression sexuelle du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur qui ont complété les formations requises.

Formation requise :

- ◆ Diplôme en soins infirmiers
- ◆ Enregistrement à l'OIIQ
- ◆ Période d'orientation du programme complétée
- ◆ Détenir une formation d'« Infirmière intervenant auprès de victimes d'agression sexuelle » (IIVAS)
- ◆ Détenir la formation du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur
- ◆ Comprendre la présente ordonnance collective.

Secteur d'activité visé

Le Programme d'agression sexuelle

Clientèle visée

Toute femme de quatorze (14) ans et plus se présentant au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, suite à une agression sexuelle ayant eu lieu dans les cinq (5) derniers jours.

Activité réservée

Initier un traitement thérapeutique d'acétaminophène contre une douleur légère à modérée.

Posologie : acétaminophène 500 mg po (en dose unique)

Indications

- ◆ Cliente ayant une douleur légère à modérée durant le temps qu'elle passe avec l'IIVAS.

Processus décisionnel basé sur :

- ◆ L'histoire de l'agression
- ◆ L'histoire médicale

- ◆ La possibilité d'interaction médicamenteuse
- ◆ L'examen physique de la cliente
- ◆ À la demande de la cliente
- ◆ Les protocoles du CH Pierre-Le Gardeur
- ◆ Des données probantes (études, ...)
- ◆ Les lignes directrices en matière d'agression sexuelle (guide d'intervention médicosociale, ...)
- ◆ L'algorithme décisionnel « Impact potentiel des soins »

Contre-indications

- ◆ Augmentation de la température, de la blessure, de la rougeur, ou de l'œdème au site de la douleur
- ◆ Douleur sévère
- ◆ Hypersensibilité à l'acétaminophène
- ◆ Perte de conscience
- ◆ Blessure à la tête
- ◆ Dysfonction hépatique

Références au médecin

En fonction des recommandations du CMDP

Directives/Référence aux outils cliniques

- ◆ Algorithme décisionnel « Impact potentiel des soins »
- ◆ Liste des médicaments prophylactiques (en annexe)
- ◆ Compendium Pharmaceutique Canadien

Sources

The New Women's College Hospital. (2005). Sexual Assault/Domestic Violence Care Centre : Medication List [document inédit].

Association des pharmaciens du Canada. (2005). Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS). Ottawa : Association des pharmaciens du Canada.

PROCESSUS D'ÉLABORATION

Rédigé par :

Traduit et adapté par Myriam Bartura inf. BSc. MSc(é).
Nom et fonction

2006-12-20
Date

Personne consultées :

Nom et fonction

Date

Nom et fonction

Date

PROCESSUS D'APPROBATION

Validé par :

Directrice des soins infirmiers

Date

Approuvé par :

Président du CMDP

Date

Appendice F
Guide d'entrevue

Guide d'entrevue

Le présent guide d'entrevue semi structuré est inspiré du cadre écologique PRECEDE/PROCEED. Il a pour but de cumuler des connaissances sur l'évaluation de l'élaboration d'un projet pilote d'intervention médicosociale au Québec. Les données recueillies resteront confidentielles. Elles ne seront utilisées uniquement dans le cadre d'une maîtrise en Sciences Infirmières et de publications subséquentes, y étant reliées.

1. Selon vous, quelles sont les réalités actuelles du milieu qui favorisent le développement d'un projet pilote d'intervention médicosociale dispensé par des infirmières, auprès de victimes d'agression sexuelle?
2. À votre avis, quels défis spécifiques sont posés par votre région?
3. Toujours selon vous, quels défis spécifiques sont posés par la clientèle desservie? (jeune/adultes)
4. Quels ont été les principaux enjeux ou les résistances lors de l'élaboration du programme au niveau :
 - a) Politiques (conditions politiques favorables ou nécessaires pour le projet pilote)
 - b) Sociaux
 - c) Administratifs
 - d) Scientifiques
 - e) Professionnels
 - f) Épidémiologiques
5. Quels ont été, selon vous, les éléments facilitant et nuisant à l'élaboration du programme?
6. Quels sont, selon vous, les éléments clés d'une planification réussie pour la mise en œuvre? (interdisciplinarité, collaboration, etc.)

7. Qu'elles sont les barrières qui doivent être éliminées, à votre avis, pour le succès de la mise en œuvre?
8. Comme vous le savez, l'UQO a offert une formation au personnel infirmier travaillant auprès de victimes d'agression sexuelle. Selon vous, quels objectifs éducationnels (connaissances) et pratiques devraient être visés par l'offre d'une formation spécifique universitaire?
9. D'après vous, quels sont les éléments de la formation qui ont été les plus aidant?
10. Selon vous, quels sont les éléments de la formation qui devraient être ajoutés?
11. À votre avis, quelles sont les retombées attendues du projet pilote?
12. Estimez-vous que le projet pilote mènera à un déploiement provincial? Justifiez pourquoi.
13. À votre avis, quels sont les acteurs organisationnels qui devraient être mobilisés dès le début de l'élaboration d'un projet pilote? Pourquoi?
14. Que pensez-vous du devis final présenté en comité de travail? Justifier et présenter les suggestions d'améliorations.
15. Quelles recommandations faites-vous quant à une élaboration future d'un tel projet?

Merci pour le temps que vous avez investi pour compléter ce questionnaire.

Appendice G
Consentement



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 595-3900
www.uqo.ca

Formulaire de consentement

Étude de cas : **Évaluation du processus d'élaboration et du devis final de la structure d'un projet pilote d'intervention médicolégale dispensée par des infirmières intervenant auprès de victimes d'agression sexuelle (IIVAS).**

Nous sollicitons par la présente votre participation à un projet de maîtrise en sciences infirmières qui vise à analyser l'élaboration du processus d'élaboration d'un nouveau programme s'adressant aux victimes d'agression sexuelle. Les objectifs de ce projet de recherche sont :

- L'évaluation des éléments de processus ayant facilité l'élaboration du devis de programme en vue de l'implantation du projet pilote;
- L'identification des principaux enjeux lors de l'élaboration du programme;
- L'identification des éléments éducationnels essentiels à une pratique autonome des infirmières auprès de victimes d'agression sexuelle.

Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer à une entrevue individuelle enregistrée sur bande audio. Celle-ci se fera en personne à votre lieu de travail et durera entre 60 et 90 minutes.

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles *et dénominalisées*. Votre confidentialité sera assurée à l'aide d'un numéro qui vous sera octroyé lors des entrevues. Les résultats généraux obtenus seront diffusés dans le cadre d'un rapport sommaire, d'un essai, d'éventuelle conférence et/ou sous forme d'article scientifique.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans le bureau de la chercheure et les seules personnes qui y auront accès sont Myriam Bartura et Judith Lapierre, directrice d'essai. Elles seront détruites dans cinq (5) ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Les risques associés à votre participation sont minimes et le chercheur s'engage à mettre en œuvre les

moyens nécessaires pour les réduire ou y pallier. Le seul inconvénient est le temps passé à participer au projet, soit environ de 60 à 90 minutes. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'élaboration d'un projet pilote en intervention médicolégale dispensé par des infirmières (IIVAS) du Québec sont les bénéfices directement anticipés. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Myriam Bartura au 819-319-2296. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, communiquez avec Lorraine Savoie-Zajc, présidente du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, au 819-595-3900 poste 4406.

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps de l'étude sans préjudice. Puisque votre participation se doit d'être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement de la recherche. En conséquence, vous ne devriez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

Nom du participant : _____

Signature du participant : _____

Date : _____

Nom de l'étudiante à la maîtrise: Myriam Bartura

Signature de l'étudiante : _____

Date : _____

Appendice H
Certificat d'éthique



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale Hull, Gatineau (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone : (819) 595-3900
www.uqo.ca

Notre référence : projet 777

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

Objet : Etude de cas : Évaluation du processus d'élaboration et du devis final de la structure d'un projet pilote d'intervention médicolégale dispensée par des infirmières intervenant auprès de victimes d'agression sexuelle ayant réalisé avec succès un cours théorique universitaire ainsi qu'un stage pratique

Soumis par : Madame Myriam Bartura
Étudiante
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

c.c. Judith Lapierre, Directrice de recherche

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au 15 juin 2008.

Au nom du Comité,

Martin Noël
Comité d'éthique de la recherche

Le 14 juin 2007

Date d'émission



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale Hull, Gatineau (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone : (819) 595-3900
www.uqo.ca

Gatineau, le 14 juin 2007

Madame Myriam Bartura
Étudiante
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

c.c. Judith Lapierre, Directrice de recherche

Objet : Etude de cas : Évaluation du processus d'élaboration et du devis final de la structure d'un projet pilote d'intervention médico-légale dispensée par des infirmières intervenant auprès de victimes d'agression sexuelle ayant réalisé avec succès un cours théorique universitaire ainsi qu'un stage pratique

Demande de certificat d'éthique

Dossier : 777

Bonjour madame Bartura,

Je tiens d'abord à vous remercier des précisions et des modifications que vous avez apportées suite à nos commentaires. Je veux également souligner le soin avec lequel vous avez répondu à nos questions. Suite à l'examen de l'ensemble de la documentation reçue, nous constatons que votre projet rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

C'est donc avec plaisir que je joins le certificat d'approbation éthique qui est valide pour une durée d'un an à compter de sa date d'émission. Votre approbation éthique pourra être renouvelée par le Comité d'éthique de la recherche suite à la réception du Rapport de suivi continu requis en vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*. De fait, toute recherche en cours doit faire l'objet d'une surveillance éthique continue et cette responsabilité relève des chercheurs eux-mêmes. Pour plus d'information, je vous invite à consulter le site internet de l'éthique (<http://www.uqo.ca/recherche/ethique/>).

Par conséquent, vous devez faire parvenir au Comité d'éthique de la recherche un Rapport de suivi continu le ou avant le **15 juin 2008**. Dans l'éventualité où une demande de renouvellement de l'approbation éthique serait requise, vous devrez déposer votre Rapport au moins 45 jours avant l'échéance du certificat afin de vous assurer d'avoir une approbation éthique valide pendant toute la durée de vos activités de recherche.

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous souhaite bon succès dans la réalisation de cette étude.

Martin Noël
Professeur
Comité d'éthique de la recherche

p.j.

Appendice I
Présentation du programme SANE

Programme SANE (Sexual Assault Nurse Examiner)

Myriam Bartura
Inf, B. Sc, M. Sc. (étu)

Québec, 1^{er} juin 2006.

Objectifs de la présentation

- Présenter le programme SANE ainsi que son efficacité;
- Offrir de l'information quant à la disponibilité d'une formation adéquate;

Myriam Bartura

2

Plan de la présentation

- Historique
- Mission, objectifs généraux et spécifiques
- Fonctionnement du programme SANE
- Interventions infirmières
- Possibilités d'implantation
- Quelques études à l'appui
- Endroits où l'on retrouve le programme SANE au Canada
- Avantages
- Formation
- Projet de maîtrise

Myriam Bartura

3

Historique

- Début : fin des années 1970
- 1976 : Memphis (Tennessee),
- 1977 : Minneapolis (Minnesota),
- 1979 : Amarillo (Texas) donc, 3 centres en fonction
- 1999 : 300 centres (SANE, 2005)
- Initié par : infirmières et des « leaders » politique.

Informations tirées de Ledray, 1999; Littel, 2001; Melton & al., 2001

Myriam Bartura

4

Mission

- La mission du programme SANE est « de rencontrer les besoins des victimes d'agression sexuelle en prodiguant une évaluation médico-légale et des traitements immédiats empreints de compassion, de sensibilité, de compréhension et adaptés culturellement » [traduction libre] (Ledray, 1999).

Myriam Bartura

5

Objectifs généraux

- Mieux répondre aux besoins des victimes d'agressions sexuelles.
- Informer le public afin de prévenir les agressions sexuelles et apporter un suivi psychologique aux victimes afin de diminuer les effets à long terme (Melton & al., 2001).

Myriam Bartura

6

Objectifs spécifiques

- Aider le système judiciaire en amassant des preuves médico-légales et en apportant un témoignage pour une éventuelle comparution en cour.

Particulièrement au niveau communautaire:

- Apporter des traitements confidentiels, compatissants et appropriés sur un point de vue physique, émotionnel et social, jusqu'à ce que les problèmes liés à l'agression soient résolus

Myriam Bartura

7

Objectifs spécifiques (suite)

- Augmenter les connaissances de la communauté à propos du problème des agressions sexuelles en faisant la promotion de ces centres comme étant une référence pour les victimes.
- Élaborer des conférences dans les écoles, dans les groupes communautaires.
- Apporter des connaissances aux professionnels du corps médical et judiciaire, aux policiers et aux leaders communautaires.

Myriam Bartura

8

Fonctionnement du programme SANE

- Groupe d'infirmières ayant reçu la formation SANE;
- Disponibilité par téléavertisseur, à tour de rôle;
- Le service est en fonction 24h/jour, 365 jours par année;
- L'infirmière de garde se doit de répondre aux appels en 30 à 60 minutes (Ledray, 1999; Littel, 2001).

Myriam Bartura

9

Accueil de la victime d'agression sexuelle

- Le personnel médical des urgences (infirmières et médecins) doit s'assurer qu'aucune blessure de la victime ne met sa vie en danger.
- On estime à environ 3% le nombre de victimes qui nécessite une hospitalisation (Kagan-Drieger & Rehfeld, 2000; Williams, 2003).
- L'infirmière SANE prend la victime en charge.

Myriam Bartura

10

Interventions de l'infirmière SANE

- Intervenir en situation de crise, afin de diminuer l'anxiété de la victime;
- Obtenir des preuves qu'une agression a eu lieu et si la force a été utilisée;
- Trouver des preuves sur l'identité de l'assaillant.

Informations tirées de: Kagan-Krieger & Rehfeld, 2000

Myriam Bartura

11

Interventions de l'infirmière SANE

- Obtenir, au courant de l'entrevue, les informations pertinentes au traitement telles que l'histoire de santé du patient et les détails du crime;
- Accomplir un examen fonctionnel psychologique afin de déterminer
 - si la victime est orientée dans les trois sphères (temps, espace, personne);
 - s'il y a présence d'un risque de suicide;
- Exécuter un examen physique (spécifique);

Informations tirées de: Ledray, 1999; Littel, 2001; Ciancone & al., 2000

Myriam Bartura

12

Interventions de l'infirmière SANE

- Amasser et préserver des pièces à conviction et documenter le tout;
- Effectuer des prises de sang ainsi qu'un prélèvement urinaire et envoyer le tout à un laboratoire désigné qui est en mesure de déceler l'usage possible de « drogues du viol »;
- Traiter et/ou référer la personne pour un traitement médical (l'infirmière SANE est en mesure de traiter des blessures mineures telles que de légères abrasions et lacérations).

Informations tirées de: Ledray, 1999; Littel, 2001; Ciancone & al., 2000)

Myriam Bartura

13

Interventions de l'infirmière SANE

- Octroyer à la victime un traitement prophylactique contre des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS);
- Apporter à la victime les références médicales et psychologiques nécessaires ainsi que des soins et du support.

** Il est à noter que les examens ne sont jamais exécutés sans le consentement des victimes (Ciancone & al., 2002).

Informations tirées de: Ledray, 1999; Littel, 2001; Ciancone & al., 2000

Myriam Bartura

14

Possibilités d'implantation

- En milieu communautaire: dans un centre communautaire ou une maison privée
- En milieu hospitalier:
 - Plus facile d'assurer la chaîne de preuves;
 - Plus facile de conserver (storage) les preuves médico-légales ;
 - Matériel déjà existant par conséquent diminution des coûts d'implantation.

Myriam Bartura

15

Quelques études à l'appui

- Melton et al. (2001) rapportent que l'intégrité des preuves médico-légales prélevées par des infirmières SANE sont excellentes et que ces infirmières sont aussi crédibles que des médecins lors de témoignages en cour.

Myriam Bartura

16

Quelques études à l'appui

- Conclusions émanant des études :
 - Diminution du temps d'attente pour les victimes;
 - Augmentation de l'efficacité des prélèvements;
 - Augmentation de la rapidité d'exécution;
 - Diminution des coûts.

Informations tirées de : Melton & al., 2001

Myriam Bartura

17

Quelques études à l'appui

- Sievers et al. (2003) ont étudié les différences entre les prélèvements effectués par des infirmières SANE versus ceux d'infirmières non-spécialisées et de médecins.
- Cette étude a comparée 279 trousses remplies par des inf. SANE contre 236 remplies par des inf. non spécialisées et des médecins.
- Résultats : les trousses remplies par les inf SANE sont plus adéquates, plus complètes.
- Ledray & Simmelink (1997) étaient arrivées aux mêmes conclusions.

Myriam Bartura

18

Quelques études à l'appui

- Campbell (2004) affirme que différentes études ont prouvé que lorsque des trousse médicolégales sont complétées par des infirmières SANE :
 - Augmentation significative des plaintes formulées auprès des autorités (sont passées de 50% à 72%);
 - Augmentation significative de trousse utilisées (sont passées de 30% à 88%);
 - Augmentation du nombre de chefs d'accusation (sont passés de 5.4 à 7.0) portés contre les présumés agresseurs;
 - Augmentation du nombre d'inculpations (sont passées de 57% à 69%).

Myriam Bartura

19

Quelques études à l'appui

- Stermac et al. (2002) ont prouvé à l'aide d'un échantillon de 515 femmes, que les infirmières du programme SANE :
 - Exécutent les trousse médicolégales plus rapidement que les médecins (3 1/4 versus 4 heures);
 - Sont moins souvent interrompu par rapport aux médecins (25.1% versus 20.0%).

** Cette étude fut conduite à Toronto, Ontario.

Myriam Bartura

20

D'autres études à l'appui

- Du Mont & Parnis (2003) ont démontré l'efficacité d'une formation adéquate quant au développement du jugement clinique des infirmières.
- Campbell & al. (2001) et Campbell (2005), ont analysé de près le sentiment de victimisation secondaire qui est relativement fréquent suite aux examens effectués par des médecins.

Myriam Bartura

21

Fait intéressant

- Il est à noter qu'à Oujébougamou et à Great Whale, les médecins et les infirmières en sont venus à une entente : même si les médecins sont présents au dispensaire, ce sont les infirmières qui s'occupent des trousse médicolégales car ils se sont aperçus que les victimes portent davantage plainte et qu'elles acceptent plus souvent les prélèvements lorsque ce sont des infirmières qui les effectuent.

Myriam Bartura

22

Endroits où l'on retrouve le programme SANE au Canada

- Le programme est disponible au Manitoba (Kagan-Drieger & Rehfeld, 2000), en Colombie Britannique par le biais du « Sexual Assault Services » au « BC Women's Health Centre » à Vancouver ainsi qu'à Prince George.

Myriam Bartura

23

Endroits où l'on retrouve le programme SANE au Canada

- En Ontario, plus précisément à Toronto ainsi qu'à Ottawa (Stermac & Stirpe, 2002), un tel programme SANE est en fonction.
- L'hôpital général de North Bay vient de se doter de ce programme (Stephens, 2004), lui aussi.

Myriam Bartura

24

Endroits où l'on retrouve le programme SANE au Canada

- Pour sa part, la Nouvelle-Écosse a emboîté le pas avec un projet pilote de trois ans (Nova Scotia Department of Health, 2001).
- Malheureusement, au Québec, un tel programme n'est pas en fonction.

** Il est à noter que selon un communiqué de l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec, la loi 90 permet à l'infirmière de compléter la trousse médico-légale.

Myriam Bartura

25

Avantages

- Diminution du temps d'attente pour les victimes passant de 4 - 12 heures à ½ - 1 heure (surtout qu'elles ne peuvent ni manger, ni boire, ni uriner afin de préserver les preuves médico-légales).
- Permet de libérer les médecins.
- Diminution des coûts pour le système de santé.

Myriam Bartura

26

Formation

- Possibilité d'obtenir un certificat ou une maîtrise en « forensic nursing ».
- L'Université de Calgary ainsi que celle de Mount Royal College offrent un diplôme en Forensic Nursing. L'Université de Saskatchewan en fait de même.
- Une formation de base d'environ 40 heures est disponible via des consultants.

Myriam Bartura

27

Formation

- Deux formations sont disponibles:
 - Celle qui est destinée aux adultes
 - Celle qui est destinée aux enfants (préalable: formation destinée aux adultes)
- En plus de recevoir une formation sur la collecte de preuves médico-légales, les infirmières SANE reçoivent des notions concernant le traumatisme relié à l'agression sexuelle, la dynamique émotionnelle, les mythes véhiculés dans la société et sur le syndrome traumatique du viol (rape trauma syndrome)(Stermac & Stripe, 2002) et identifié par Burgess & Holstrom (1974).

Myriam Bartura

28

Formation

- Université du Québec en Outaouais
- Disponible dès l'automne 2006
 - Formation de près de 45 heures
 - Formation de niveau bacc. (augmentation de l'accessibilité, diminution des coûts, ...)

Myriam Bartura

29

Formation

- Thèmes abordés :
 - Système judiciaire (aspects légaux)
 - Équité et droit aux services
 - Intervention de crise (cheminement de la victime)
 - Collecte des preuves (trousse médico-légale)
 - Examen physique général (avec spécificité des endroits où il faut accorder une attention particulière ex. poignets)
 - Examen vaginal (incluant les blessures les plus susceptibles d'être retrouvées)
 - Adulte mâle
 - ITSS (infections transmises sexuellement et par le sang)

Myriam Bartura

30

Sujet de maîtrise

- Implantation du programme au centre hospitalier Pierre-Legardeur de Lachenaie.
- Le programme sera en vigueur dès le début de l'année 2007.
- Maîtrise: porte sur l'évaluation du processus d'implantation (doctorat : évaluation de l'impact du projet?!)

Myriam Bartura

31

Références

- Campbell, R. (2004). The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) programs. National Electronic Network on Violence Against Women.
- Campbell, R. (2005). What Really Happened? A Validation Study of Rape Survivors' Help-Seeking Experiences With the Legal and Medical Systems. *Violence and Victims*, 20(1), 55-68
- Campbell, R., Wasco, S. M., Ahrens, C. E., Sefl, T., Barnes, H. E. (2001). Preventing the "Second Rape": Rape Survivors' Experiences With Community Service Providers. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(12), 1239-1259.
- Ciancone, A. C., Wilson, C., Collette, R., Gerson, L. W. (2000). Sexual Assault Nurse Examiner Programs in the United States. *Annals of Emergency Medicine*, 35(4), 353-357.
- Du Mont, J., Parnis, D. (2003). Forensic Nursing in the Context of Sexual Assault : Comparing the Opinions and Practices of Nurse Examiners and Nurses. *Applied nursing research*, 16(3), 173-183.

Myriam Bartura

32

Références

- Kagan-Krieger, S. & Rehfeld, G. (2000). The sexual assault nurse examiner. *Canadien nurse*, 96(6), 21-24.
- Kent, H. (2000). SANE nurses staff Alberta's sexual assault response team. *CMAJ*, 162(5), 683.
- Ledray, L. E. (1999). Sexual Assault Nurse Examiner: Development & Operation Guide. Washington: U.S. Department of Justice.
- Little, K. (2001). Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Programs: Improving the Community Response to Sexual Assault Victims. États-Unis: U.S. Department of Justice.
- Melton, L., Secrest, J., Chien, A., Andersen, B. (2001). A Community Needs Assessment for a SANE Program Using Neuman's Model. *Journal of the American academy of nurse practitioners*, 13(4), 178-186.
- Nurses Provide Emergency Care for Sexual Assault Victims Department of Health (2001). Nova Scotia : Department of Health.

Myriam Bartura

33

Références

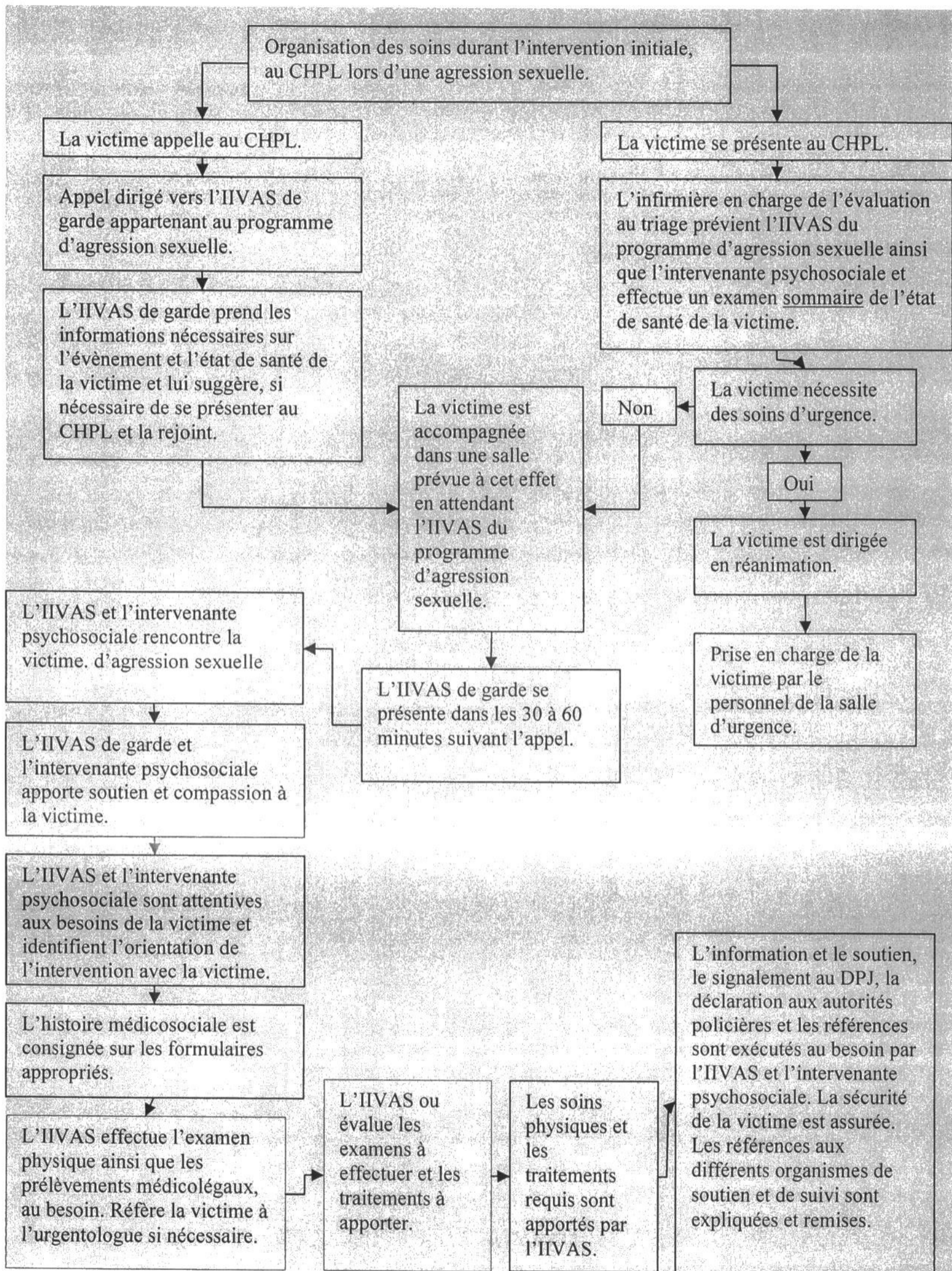
- Sievers, V., Murphy, S. & Miller, J. (2003). Sexual assault evidence collection more accurate when completed by sexual assault nurse examiners: Colorado's experience. *Journal of Emergency Nursing*, 29, 511-514.
- Stermac, L. E., Stirpe, T. S. (2002). Efficacy of a 2-years-old Sexual Assault Nurse Examiner Program in a Canadian Hospital. *Journal of emergency nursing*, 28(1), 18-23.
- Williams, J. M. (2003). Sexual assault: Transferring the patient to a SAFE program. *Topics In Emergency Medicine Frederick*, 25(3), 233-236.
- Stephens, P. (2004). ER provides a special service for sexual assault. Hôpital général de North Bay. Récupéré le 10 août 2005. www.nbgq.on.ca/news_main02.asp?id=291#jul1004
- U.S. Department of Justice, Office on violence against women. (2004). *A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations*. Récupéré le 15 août 2005. <http://www.ncjrs.org/pdffiles1/ovvw/206554.pdf>

Myriam Bartura

34

Appendice J
Organisation des services

Organisation des services proposée au CHPLG dans le cadre du projet pilote



Appendice K
Expérience et vécu de la victime d'agression sexuelle ainsi que les retombées sur le filet
de sécurité sociale.

Cet appendice est présenté à titre indicatif seulement. Il présente l'expérience et le vécu de la victime d'agression sexuelle ainsi que les retombées sur le filet de sécurité sociale. Cette section peut s'avérer utile pour les intervenants désirant adapter leurs interventions aux victimes d'agressions sexuelles.

Les expériences et le vécu de la victime d'agression sexuelle

Depuis plus de 30 ans, les pionnières Burgess & Holmstrom (1976) se sont penchées sur les expériences et le vécu des femmes victimes d'agression sexuelle. Spécifiquement, elles se sont intéressées aux mécanismes de défense des victimes lors de leur agression sexuelle. Cette compréhension permet aujourd'hui de mieux saisir les enjeux significatifs à l'accueil de la victime, dans les premiers contacts avec le système de santé post-agression. Dans leur étude de 1976, auprès de 146 victimes s'étant présentées aux urgences, elles ont investigué la façon dont les victimes se sentaient et la manière dont elles ont réagi avant, pendant et après l'agression. Les réponses de 92 personnes de 17 à 73 ans ayant reçu un diagnostic de syndrome traumatique du viol ont été analysées. Avant l'agression, quinze victimes sur 92 ont rapporté une sorte de sixième sens où elles ont eu une conscience perceptuelle, cognitive ou affective d'un danger potentiel. La plupart des victimes ont utilisé une ou plusieurs stratégies en réponse à la menace ressentie. 18 d'entre-elles ont eu recours à une évaluation cognitive afin de déterminer les alternatives possibles, 57 ont pour leur part eu recours à des tactiques verbales afin de dissuader leur agresseur. Des actions physiques ont aussi été utilisées par 21 victimes (comme par exemple, en essayant de fuir les lieux ou en frappant leur agresseur). Le tiers des victimes n'ont toutefois pas été en mesure d'utiliser des stratégies

de défense afin d'éviter l'agression. Ces victimes étaient paralysées physiquement (réaction psychologique) ou encore complètement contrôlées par leur assaillant. De multiples stratégies ont été utilisées chez 31 femmes alors que 27 n'en avaient qu'une et 34 n'en avaient aucune.

Durant l'agression, chaque femme réagit différemment. Les auteurs ont répertorié différents mécanismes de défense. Pour commencer, la majorité des victimes (28) ont utilisé des stratégies cognitives, durant lesquelles elles concentraient leur attention sur leur survie afin de fuir la réalité des événements, restaient calmes et se contrôlaient mentalement afin de ne pas provoquer de violence additionnelle. Certaines se sont attardées aux détails de l'événement ou se remémoraient les conseils de proches dans de telles circonstances. Plusieurs ont adopté des stratégies verbales afin de dissuader leur assaillant de commettre l'agression. Cela s'est traduit par des cris, des hurlements et des sarcasmes. Des actions physiques ont aussi été entreprises par les victimes comme par exemple en se débattant ou en combattant l'agresseur afin d'éviter toute pénétration. Une des défenses psychologiques utilisées était la « fuite psychologique » afin de bloquer tous les sentiments et les émotions qui surgissaient. Des réponses physiques ont été répertoriées et se manifestaient sous forme de nausées, de vomissements, d'incontinence urinaire, d'hyperventilation et de perte de conscience. Finalement, une fois l'attaque terminée, plusieurs victimes essayaient d'alerter des gens ou espéraient que quelqu'un leur vienne en aide. D'autres négociaient leur liberté avec leur assaillant.

Ces résultats nous informent sur les processus psychologiques et mentaux à l'œuvre à l'arrivée de la victime aux urgences en situation de crise apparente ou non. Bien que cette étude apporte des éclairages importants, il est important de noter que les résultats ne s'adressent qu'aux jeunes adultes et adultes et que le processus de sélection des participants demeure relativement nébuleux tout comme les stratégies d'analyse des données. Par ailleurs, suite à leurs agressions, de nombreuses victimes éprouvent un sentiment de culpabilité relié à leur manque de réaction de défense face à leur assaillant.

Plus récemment, Esposito (2005) a interviewé 43 femmes victimes d'agression sexuelle entre 2000 et 2002. « Avoir été forcée ou menacée lors d'une pénétration vaginale, orale ou anale par un pénis, des doigts ou un objet » [traduction libre] était le seul critère de recrutement de l'étude. Des entrevues composées de questions semi-structurées ouvertes et fermées visaient à obtenir des renseignements quant au dévoilement des expériences ressenties lors de l'agression, des comportements suite à l'agression et des soins reçus post agression sexuelle. Un total de 76 agressions sexuelles ont été déclaré par 43 participantes. Cela indique que plusieurs victimes ont déclarées avoir été agressées sexuellement à plusieurs reprises. Parmi les 76 agressions, seulement 20 ont engendrées des traitements. Pour la majorité des participantes, l'entrevue a été extrêmement douloureuse. L'auteure a pris le soin de rapporter exactement la manière dont les victimes décrivaient l'agression (la voix, les hésitations, la longueur des phrases, ...) et a fait des parallèles avec la théorie de Morse. En ce qui concerne l'examen physique qu'ont reçu les victimes, il semble avoir été particulièrement stressant puisque plusieurs n'arrivaient pas à s'en rappeler, l'ayant bloqué complètement de leur mémoire.

La répugnance d'être touchée par des professionnels de la santé qu'ont expérimenté plusieurs victimes semblent être commune comme émotion. On fait aussi la distinction entre le fait de souffrir lorsque la personne est sous le choc et le fait d'endurer lorsque la personne prend conscience du mal qui lui a été infligé. Or, le touché, la proximité ou l'étreinte sont des comportements appropriés lorsque la victime est dans la phase de souffrance mais tend à augmenter la détresse de la personne qui est au stade de l'endurance (Esposito, 2005).

Erickson & al. (2002) ont réalisé une étude qualitative à l'aide d'entrevues semi structurées de 2 heures, auprès de huit femmes s'étant présentées dans une salle d'urgence suite à une agression sexuelle. Cette recherche s'articule autour de trois principaux buts. Premièrement, les auteurs désirent comprendre l'expérience de femmes ayant été agressées sexuellement et ayant reçu des soins de professionnels de la santé (médecins et infirmières) d'un service pour les victimes d'agression sexuelle. Deuxièmement, les auteurs souhaitent découvrir les thèmes qui s'y rapportent et finalement, inventorier les implications de cette étude. Les résultats font ressortir que le respect des professionnels envers la victime, la dignité accordée et le respect de l'être humain avec ses besoins à multiples facettes sont des thèmes prioritaires pour les victimes pour lesquelles la présence infirmière est remarquée comme facteur positif. Les comportements les plus aidants de l'infirmière comprenaient son contact des yeux, son respect du rythme du client, son écoute active et son discours rassurant. Les participantes se sont toutes senties en sécurité. Les victimes ont exprimé l'importance d'être touchées physiquement par le clinicien et elles ont beaucoup apprécié le fait que des options leur

étaient proposées. De cette manière, elles se sentaient en contrôle de la situation. Elles ont rapporté qu'elles avaient été rassurées par l'équipe de soin. Les victimes avaient perçu l'expertise du clinicien ce qui avait créé un climat de confiance. Les informations offertes étaient difficiles à assimiler. Toutefois les répéter à plusieurs reprises, expliquer certaines notions et la disponibilité de certaines informations sous forme écrite semblaient aider à assimiler le tout. Il appert toutefois que les relations avec les policiers ont été tendues et cette expérience a été négative pour les victimes (Erickson & al., 2002). Certaines ont retirées leur plainte prétextant se sentir trahies. D'autres affirment que les policiers ne suivaient pas les pistes qu'elles leur fournissaient et se sentaient jugées (Erickson & al., 2002). Ces « expériences négatives » (Erickson & al., 2002) vécues par les victimes sont possiblement explicable par l'affirmation de Campbell (1998) rapportant « qu'un nombre substantiel de victimes se sont fait dire par le système légal qu'il était impossible de les croire, qu'elles n'étaient pas crédibles ». Or, « diverses études ont établies que les policiers, les avocats, les juges et les médecins ont attribué à la victime des attitudes de provocation lors de l'agression et qualifiant leur accusation de mensongère » [traduction libre] (Campbell, Wasco, Ahrens, Sefl & Barnes, 2001).

Au contraire des résultats d'Esposito (2005) qui affirmait que le toucher était plus ou moins à proscrire dépendamment du stade émotionnel dans lequel se trouvait la victime, la majorité des participantes semblent avoir apprécié le toucher thérapeutique qu'elles ont vécu. Plusieurs femmes ont dénoté le fait d'apprécier un environnement féminin, ce qui est consistant avec les affirmations de Ledray (1996).

Or, on constate que le facteur relationnel est majeur dans l'expérience post-agression des victimes. La victimisation secondaire se définit comme étant « une attitude, des comportements et des pratiques de culpabilisation dirigés vers soi » [traduction libre] (Campbell & al., 2001). Ainsi, Campbell & al. (2001) affirme que « le bien-être de la victime peut être affecté non seulement par un acte de violence mais aussi par des interactions avec un intervenant suite à l'agression » [traduction libre]. Plusieurs recherches révèlent que l'attitude des policiers, du système judiciaire et des médecins causent souvent une victimisation secondaire (Campbell, 2005). Ces résultats sont congruents avec la perception qu'ont les infirmières SANE des acteurs induisant une victimisation secondaire chez les victimes d'agression sexuelle (Maier, 2012). Par ailleurs, Campbell & al. (2001) ont effectué une étude auprès de 102 femmes victimes d'agression sexuelle. Cette recherche qualitative avait pour but d'interviewer des victimes d'agression sexuelle afin de connaître leur expérience face aux services communautaires de suivi suite à une agression sexuelle. Pour ce faire, l'équipe a tenu des entrevues d'une durée de moyenne de 2.27 heures. Suite à un enregistrement vocal, les entrevues ont été codifiées. Puis, trois questionnaires ont été distribués soit « l'échelle de stress post traumatique relié à un crime » (Crime-Related PTS scale) (Sunders, Arata & Kilpatrick, 1990), « l'échelle de dépression » (Depression Scale) (Radloff, 1977) ainsi qu'une version modifiée de « l'inventaire des symptômes physique de Cohen-Hoberman » (Cohen-Hoberman Inventory of Physical Symptoms) (Eby, Campbell, Sullivan & Davidson, 1995). Les résultats confirment que les victimes dont la plainte n'a pas été poursuivie, démontraient un niveau plus élevé de détresse psychologique et physique tout comme les victimes qui n'ont pas reçu de contraception orale d'urgence (la

pilule du lendemain) à l'hôpital. Les femmes les plus à risque de victimisation secondaire lors de l'obtention de services communautaires de suivi sont les minorités ethniques et les femmes victimes d'agression sexuelle provenant d'une personne qu'elles connaissaient. Cette étude a aussi confirmé que les victimes n'ayant pas reçu de contraceptif oral d'urgence présentaient une détresse physique et psychologique accrue. Ces résultats permettent aussi d'affirmer que bon nombre de stressors engendrant une victimisation secondaire sont évités dans le cadre du programme SANE puisque par exemple, la contraception orale d'urgence est administrée dans la plupart du temps (Campbell, Townsend, Long, Kinnison, Pulley, Adames & Wasco, 2006; Ciancone, Wilson, Collette & Gerson, 2000; Ledray, 1999; Logan, Cole & Capillo, 2007; Stermac, Dunlap & Bainbridge, 2005).

Enfin, outre l'expérience d'accueil clinique de la victime, l'expérience du système légal et médical porte aussi son lot d'enjeux. Campbell (2005) a évalué les perceptions de 81 victimes quant à leur vécu avec le système légal et médical. Trois domaines ont été évalués, la distribution des services, les comportements de victimisation secondaire et les émotions de victimisation secondaire. Les données ont été recueillies à l'aide d'une grille de vérification et les entretiens ont été enregistrés. Par la suite, des entrevues et des groupes de discussion ont eu lieu avec des policiers, des procureurs, des médecins, des infirmières et des victimes d'agression sexuelle. Les résultats de l'étude suggèrent qu'il y a en général une concordance significative entre les dires des victimes quant à leur vécu avec les différents intervenants et ceux du corps policier et médical. Toutefois, les policiers semblent décourager les victimes à porter plainte (69%), ils

semblaient réticents à remplir un rapport d'agression (62%), ont posé des questions aux victimes quant à leurs relations sexuelles antérieures (40%) et ont demandé aux victimes si elles avaient répondu de manière sexuelle à l'agression comme par exemple si elles avaient ressentis un orgasme (20%). Suite à leur entretien avec les policiers, les victimes se sentaient dépressives (71%), se culpabilisaient pour l'agression (73%), étaient déçus (91%) et outrées (89%). En ce qui concerne le personnel médical (les médecins et les infirmières), seuls les médecins complétaient les trousseaux médico-légaux. Les infirmières pour leur part s'occupaient de donner de l'information générale. Or, 35% des victimes ont reçu de l'information sur les risques de contamination par le VIH, 28% ont reçu une contraception orale d'urgence, 17% ont reçu une médication en prophylaxie d'une possible contamination au VIH et presque aucune victime n'a reçu d'information à propos d'un suivi médical ou psychologique. De plus, 12% des victimes se sont fait demander par le médecin si elles avaient répondu sexuellement à l'agression sexuelle (Campbell, 2005). Par conséquent, les résultats démontrent de nombreuses questions inappropriées de la part du corps policier et des médecins. Plusieurs victimes ont aussi affirmé avoir discuté avec le médecin d'une émotion qu'elles ressentaient en particulier. À cette expression de sentiment, les médecins auraient fréquemment répondu qu'en général les victimes n'exprimaient pas ce genre de sentiment (Campbell, 2005). Autrement dit, il semblait y avoir une banalisation des sentiments ressentis par les victimes.

En somme, la réponse du système de soin présenté, dresse un portrait morcelé des soins, des informations transmises inadéquatement et des lacunes certaines dans le dépistage et l'administration de médication en prophylaxie d'une grossesse et dans

l'information quant au suivi médical et psychologique. Or, ces éléments font partie intégrante de la réponse proposée par cet essai via le programme « SANE » (Ledray, 1999).

Les retombées sur le filet de sécurité sociale

Les répercussions d'une agression sexuelle sont multiples. Or, en plus d'un effet majeur sur la vie de la victime, une influence se fait sentir dans plusieurs sphères de sa vie et certains facteurs de risque semble prédisposer, selon certains, à des risques accrus. C'est principalement ce que les études suivantes exposeront.

Encore une fois, les auteurs Burgess & Holmstrom (1974) ont contribué de façon notable aux connaissances sur les expériences vécues, mais spécifiquement ici, ayant des répercussions sur la vie quotidienne des victimes. L'objet de leur étude visait l'identification des effets immédiats et à long terme de l'agression sexuelle. Pour ce faire, cette étude qualitative comprenait 109 jeunes femmes, 34 enfants de sexe féminin et finalement trois enfants de sexe masculin. Les 146 victimes ont été classées en trois grandes catégories à savoir : « les victimes d'agression sexuelle forcée, les victimes dans l'impossibilité de consentir, les victimes d'une situation stressante pour qui, la relation était consentie au départ mais qui a dépassé leurs attentes et leur contrôle » [traduction libre] (Burgess & Holmstrom, 1974). Les symptômes décrits lors du syndrome traumatique du viol sont basés sur le vécu de 92 femmes adultes victimes d'agression sexuelle forcée. Le groupe participant à l'étude est composé d'autant de victimes de couleur blanche que noire. Des personnes asiatiques ainsi qu'indiennes et s'exprimant en

espagnol ont été interrogées. Ces personnes affichaient des caractéristiques diverses que ce soit au niveau de leur appartenance à une classe sociale particulière, à leur profession, à leur statut marital, à leur nombre d'enfant et même au niveau de leur tenue vestimentaire (allant de la haute couture à la mode hippie). Toutes les victimes ont été interviewées à leur arrivée à l'hôpital par les auteurs de l'étude, sans égard à l'heure et à la date d'arrivée. Un suivi a été réalisé par appel téléphonique ou par des visites à la maison. Le taux des suivis est de 85%.

La définition du concept « d'agression sexuelle forcée » est définie comme suit : « acte charnel d'une femme par un agresseur par la force et contre son gré [...] l'agression sexuelle n'est pas un acte sexuel [mais] [...] un acte de violence avec le sexe en guise d'arme » [traduction libre] (Burgess & Holmstrom, 1974). Les résultats démontrent que le syndrome se présente en une réaction en deux phases. La première est la phase aiguë durant laquelle on retrouve une désorganisation du style de vie de la victime. Les réactions somatiques sont des traumatismes physiques, avec une douleur généralisée au cou, à la poitrine, aux jambes, aux bras et à la gorge. La tension musculaire engendre des céphalées et de la fatigue. De l'hypersomnie ainsi que de l'hyposomnie sont notés. Une vigilance accrue fait aussi partie des symptômes. Une certaine irritabilité gastrique est retrouvée avec un appétit réduit. Des troubles génitaux sont présents tel que des pertes vaginales accrues, une sensation de brûlure lors des mictions. Les réactions émotionnelles varient de la peur, de l'humiliation et de la gêne à la colère, la vengeance et de la culpabilité.

Bien que les réactions soient propres à chaque victime, après avoir vécu la phase aiguë, la victime entre généralement dans la seconde phase, soit le processus à long terme : la réorganisation, au bout de deux à trois semaines. Cette phase est caractérisée par une augmentation de l'activité motrice. Le changement de lieu de résidence est commun tout comme le changement de numéro de téléphone lequel sera souvent placé sur liste rouge. De plus, les victimes se tournent en général davantage vers leur famille ou des amis afin d'y trouver un certain soutien social. Les cauchemars intempestifs, la traumaphobie, la peur lorsqu'elles sont à l'intérieur ou à l'extérieur d'un bâtiment (dépendamment des caractéristiques de l'agression) sont souvent des troubles retrouvés dans la phase de long terme. La peur d'être seule, des foules, des personnes qui sont derrière elles ou encore la peur de la sexualité sont aussi des troubles souvent associés à la phase de long terme. La principale méthode recommandée lors de la gestion du syndrome traumatique du viol est l'intervention de crise. Cette intervention est orientée vers la problématique.

Souvent, une des conséquences les plus connues d'une agression sexuelle est la diminution des rapports sexuels. Campbell, Sefl & Ahrens (2004) se sont penchés sur la question et ont tenté d'effectuer un rapprochement entre des données entourant l'agression sexuelle (âge de la victime, lien avec l'agresseur, consommation d'alcool, ...) et les comportements sexuels à risque de certaines victimes. Fondé sur une théorie écologique, l'étude quantitative consistait à analyser si la théorie écologique est en mesure de prédire le style de comportements à risque qui sera adopté par les victimes. Des entrevues quantitatives ont été menées auprès de 102 femmes et on duré en moyenne

2.27 heures. Les variables étudiées étaient des données démographiques, le bien-être psychologique et la santé physique. Les participantes ont été classées en trois groupes, le groupe à risque élevé (34%), à risque modéré (18%) et à faible risque (48%).

Les résultats de cette étude suggèrent que les personnes qui se retrouvent dans le groupe à risque sont souvent plus jeunes, avaient consommé de l'alcool avant l'agression sexuelle, ont souvent eu une histoire antérieure de victimisation secondaire, souffrent souvent plus de détresse psychologique et physique et ont été agressées par une personne qu'elles connaissaient. À l'opposé, les femmes plus âgées étant dans le groupe à faible risque ont été agressées, en général par quelqu'un qu'elles ne connaissaient pas. De plus, 40% de ces femmes n'ont plus aucune relation sexuelle. Bien que le devis de recherche utilisé ne permette pas d'inférence causale entre les différents groupes, certaines associations peuvent être effectuées. Or, davantage d'études devraient être menées sur l'adoption de pratiques sexuelles à risque mais en attachant une plus grande importance aux différentes variables développementales et autres. Par exemple, si les jeunes femmes faisant partie de l'étude du groupe présentant un risque accru, se situent toutes dans le début de la vingtaine, leurs pratiques à risque sont elles reliées à l'agression ou au développement normal des jeunes femmes (la pensée magique, entre autre)? Cette étude a été choisie car elle présente une autre réalité. Elle pourrait éventuellement être utilisée à des fins de prévention (Basile & Smith, 2011) auprès des victimes ou des groupes à potentiellement plus à risque tel le groupe des 12-18 ans.

Outre, les répercussions, les facteurs de risque, l'impact sur la vie de couples des victimes est de plus en plus documenté. Connop & Petrak (2004) ont mené une recherche qualitative de type phénoménologique à l'aide d'entrevues semi-structurées auprès de six hommes hétérosexuels dont la conjointe avait été agressée sexuellement. Les thèmes abordés étaient les réactions émotionnelles et comportementales des hommes suite à l'agression, les impacts et la signification de l'agression sur leurs relations individuelles, ainsi que les problèmes reliés à la faute et aux responsabilités.

Les données amassées suggèrent que le soutien qu'apporte le partenaire est principalement un support pratique durant lequel il va s'occuper de l'entretien ménager, des enfants, etc. En ce qui a trait au soutien émotionnel, il est axé sur la sympathie, l'affection, le confort et à réassurer la partenaire. De plus, beaucoup d'hommes ont l'impression qu'ils doivent faire abstraction de leurs propres besoins afin de se concentrer sur ceux de leur conjointe. Parmi les participants, cinq d'entre-eux ne sont plus avec leur conjointe de l'époque et trois de ceux-ci affirment que cela résulte de l'agression sexuelle de cette dernière. Les participants ont vécu beaucoup de colère contre l'assaillant de leur conjointe et quelques-uns affirment avoir dirigé leur colère contre leur conjointe. Une diminution de la fréquence des relations sexuelles est commune dans la plupart des couples. Les hommes l'attribuent à l'agression et ils expliquent cela par l'apparition de flash-back chez leur conjointe ou l'élimination de certaines pratiques sexuelles qui remémoraient l'agression à leur conjointe. Ces affirmations sont congruentes avec celles de Burgess & Holmstrom (1974) et de Campbell & al. (2001). Plusieurs hommes affirment que l'agression sexuelle les a forcés à réévaluer leur opinions sur le sexe. Entre

autre, plusieurs participants ont eu peur d'attraper une infection transmise sexuellement. Des difficultés érectiles ont été rapportées. Finalement, les agressions sexuelles ont un effet négatif sur les relations de couples produisant un nombre élevé de ruptures, une diminution de la communication et une très grande détresse puisque l'homme a tendance à ne pas pouvoir exprimer ses sentiments face à la situation. Les mythes sur les agressions sexuelles sont encore bien présents et jouent un rôle majeur dans la perception de l'agression sexuelle. Ces résultats sont donc pertinents en ce sens où ils démontrent qu'un suivi psychologique s'impose, autant pour la victime que pour le conjoint. Parfois même, un suivi conjugal peut être recommandé.

Les auteures ont fait preuve de rigueur scientifique. La subjectivité potentielle fut traitée à l'aide de l'utilisation d'un tiers faisant concorder les thèmes, augmentant ainsi la fiabilité de l'étude. Par ailleurs, le degré d'accord était de 86.4% entre les chercheuses et le juge externe. Plusieurs études démontrent que le soutien social joue un rôle crucial lors du rétablissement de la victime (Burgess & Holdstrom, 1978, Orbuch & al., 1974). Il semble donc primordial de comprendre la dynamique du couple afin d'aider le plus possible la victime et son conjoint. Dans son étude sur les conjoints de victimes, Smith (2005) s'est penché sur les principales émotions ressenties par les hommes. Le déni, la colère, la culpabilité, la dépression, le besoin que justice soit rendue, l'attribution du blâme et l'impression d'avoir été trahi font partie de la gamme d'émotions associés aux conjoints de victimes. Ils ont aussi expérimenté du retrait, des troubles du sommeil et des symptômes du syndrome du stress post-traumatique.

En somme, les résultats présentés amènent certaines pistes complémentaires à celles de Connop & Petrak (2004) telles que la nécessité de renforcer le soutien social dispensé par les programmes de suivi puisqu'il s'agit d'un déterminant de la guérison des victimes. Les problématiques vécues par les hommes conjoints sont suffisamment importantes pour justifier l'intégration au programme de soutien. Cette approche permettrait de soutenir le parcours du couple pour éviter la rupture et favoriser le cheminement de la victime vers la guérison. En plus du conjoint ou en l'absence d'un conjoint, la place des proches est vitale dans la guérison. Or, peu d'études se sont penchées sur les répercussions d'une divulgation auprès d'un ami. Banyard, Moynihan, Walsh, Conh & Ward (2010) ont interrogé 1 241 étudiants fréquentant un collège à savoir si un ou des amis leur avait divulgué une agression sexuelle. 354 étudiants ont répondu par l'affirmative. Or, les hommes avaient tendance à ne pas avoir confiance en leurs habiletés à supporter un ami alors que les femmes se sentaient plus vulnérables et anxieuses. À souligner, 45.6% des répondants manifestaient une colère quant à la société pour l'agression sexuelle vécue par un ou une ami(e). Le développement d'activités de prévention (Basile & Smith, 2011) doit être bonifié par ces informations pertinentes par lesquelles l'éducation constitue la pierre angulaire à cet enjeu de santé publique.

Peu d'études se sont penchées sur les réels coûts monétaires de la violence envers les femmes. C'est ce qu'on tentés d'effectuer Kruse, Sørensen, Brønnum-Hensen & Helweg-Larsen (2011) par le biais d'une étude économique. Il en ressort que les coûts financiers en soins de santé engendrés par des agressions diminuent avec le temps. Toutefois, il en coûte environ 1800 € par année soit, 2 397,96 \$ canadien en date du mois

de mars 2012. De plus, les victimes ayant vécu plusieurs épisodes de violence ainsi que celles ayant des antécédents psychiatriques engendrent des coûts accrus. Ces coûts découlent de visites au service des urgences et d'admissions sur des unités de soins, dans les hôpitaux.

Appendice L
Grille d'évaluation de l'IIVAS

Grille d'évaluation des habiletés durant la période de probation des infirmières intervenant auprès de victimes d'agression sexuelle (IIVAS)

Nom de l'IIVAS : _____

Légende :

Très bien	√
À améliorer	X
Non applicable	N/A

Savoir	Appréciation de chaque évaluation			
	1	2	3	4
Connaît les services offerts par l'équipe d'intervention médicosociale.				
Connaît les ressources pour les personnes victimes d'agression sexuelle.				
Connaît les critères d'utilisation de chacune des trousse.				
Connaît les différentes ordonnances collectives et leurs critères d'application.				
Connaît les différentes options qui s'offrent aux victimes d'agression sexuelle.				
Connaît la procédure à suivre en ce qui a trait aux règles de confidentialité et au consentement aux soins et aux prélèvements.				
Connaît les facteurs de risque d'ITSS et de grossesse.				
Connaît les différents critères de référence à l'urgentologue.				

Savoir être	Appréciation de chaque évaluation			
	1	2	3	4
Se présente à la cliente de façon professionnelle et lui explique son rôle.				
Respecte le code vestimentaire de l'établissement.				
Utilise un langage approprié à la cliente.				
Fait preuve de respect en tout temps.				
Protège l'intimité de la cliente.				
Laisse la cliente prendre ses propres décisions.				

Savoir faire	Appréciation de chaque évaluation			
	1	2	3	4
Explique les différentes options disponibles pour la cliente, selon son histoire.				
Assiste et guide la cliente dans ses prises de décision.				
Récupère, identifie et entrepose adéquatement les vêtements de la cliente.				
Effectue un examen physique en fonction de l'histoire de la cliente.				
Réfère la cliente à l'urgentologue, au besoin.				
Décrit spécifiquement les blessures de la cliente sur les schémas appropriés (formulaires).				
Effectue des prélèvements cutanés afin de recueillir des éléments de preuve.				
Examine la cavité orale de la cliente à la recherche de blessures et y prélève des échantillons d'ADN à l'intérieur des joues.				
Examine les parties génitales à la recherche de lésions et de corps étrangers.				
Effectue des prélèvements vulvaires afin de recueillir des éléments de preuve.				
Effectue un examen vaginal à l'aide d'un spéculum.				
Effectue des prélèvements vaginaux afin de recueillir des éléments de preuve et/ou des corps étrangers.				
Effectue un examen rectal afin de recueillir des éléments de preuve et/ou des corps				

étrangers.				
Effectue adéquatement des prélèvements sanguins et urinaires.				
Amasse et identifie adéquatement tous les prélèvements.				
Amasse toutes les preuves pouvant être en contact avec des éléments de preuve (couche, serviette sanitaire, tampon, etc.).				
Complète adéquatement les formulaires des trousse médicosociales avec ou sans prélèvements médico-légaux.				
Explique les risques d'ITSS et de grossesse à la cliente.				
Donne des médicaments prophylactiques, au besoin, en fonction des ordonnances collectives.				
Donne les instructions nécessaires à la cliente et organise le suivi médical et psychosocial.				
Discute du cas avec l'urgentologue de garde avant le départ de la cliente.				
S'assure de remettre la documentation nécessaire d'IVAC.				

Commentaires :

Signature de médecins ayant procédé à l'évaluation de l'IIVAS

Dates

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Signature de l'IIVAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Signature de l'infirmière en charge du projet pilote

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
