



Regroupement québécois
des centres d'aide et de lutte
contre les agressions
à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S.)

REPRESENTATION ECRITE DU
REGROUPEMENT QUEBECOIS DES CENTRES D'AIDE
ET DE LUTTE CONTRE LES AGRESSIONS A CARACTERE SEXUEL

A LA
COMMISSION D'ENQUETE SUR LES SERVICES DE SANTE
ET LES SERVICES SOCIAUX

MARS 1986

1- LES GRANDS PRINCIPES

Dans les années '60, un large consensus social s'établissait autour de grands objectifs tenus, à l'époque, pour pratiquement indiscutables: Un réseau de services de santé et de services sociaux public, universel et gratuit, véritablement accessible et de qualité. Quoique les moyens d'atteindre ces objectifs aient été - et sont encore aujourd'hui - éminemment discutables, ces grands principes représentaient et représentent toujours non pas un indice de prospérité à remettre en question selon le contexte économique, mais un réel progrès social à préserver, d'autant plus qu'une crise économique a de graves effets sur la santé de la population.

A- Un réseau public

Les systèmes publics de santé et de services sociaux coûtent moins chers que les systèmes privés,

- . dans les années '70, les dépenses totales de santé représentaient 7%, en moyenne, du P.N.B. canadien contre 9% du P.N.B. américain.
*(Soderstrom 1983)

y compris en temps de crise économique.

- . en 1982, les dépenses de santé ont atteint 8.5% du P.N.B. au Canada, mais elles ont grimpé à 10.5% aux Etats-Unis.
(Financial Post Avril 1984)

Ce n'est d'ailleurs pas, non plus, le caractère public de notre système de santé qui fait augmenter les coûts parce que les gens consulteraient "pour rien". La R.A.M.Q. elle-même constate que ce ne sont pas les consommateurs, mais les médecins qui déterminent la demande.

(Les consommateurs et les coûts de santé au Québec 1971-1975)

La gestion publique permet non seulement un financement simple, une efficacité administrative et un contrôle des coûts à travers les tarifs médicaux, les budgets des institutions et les nouvelles technologies, mais un choix public des priorités à établir. Malgré un réseau public, il faut encore combattre le secret et tout particulièrement en ce qui a trait aux nouvelles technologies de reproduction, exiger l'accès aux données afin que les priorités de recherche n'échappent pas complètement aux principales intéressées. Mais, à la limite, sans un réseau public, notre démarche, aujourd'hui, ne serait même pas possible.

* Professeur à l'Université McGill

B- Universalité et gratuité

Un système universel et gratuit assure un minimum de sécurité matérielle et par là, émotive, à tout le monde en évitant aux gens à revenus moyens des problèmes financiers très graves et aux plus démunis une perpétuelle humiliation avec, pour conséquence, dans les deux cas, de retarder, souvent jusqu'à ce qu'il soit trop tard, la demande de soins ou services.

Le réseau doit demeurer universel et gratuit dans la mesure même où la sélectivité des programmes sociaux y compris l'introduction de tickets modérateurs ou de surfacturation, ne réduit ni la pauvreté, ni les coûts sociaux tout en menaçant sérieusement la santé de la population.

La remise en question de l'universalité et de la gratuité du réseau de services de santé et de services sociaux aurait, de plus, deux conséquences très graves. D'abord, si la gratuité était réservée à la population vivant sous le seuil de la pauvreté, où les femmes sont majoritaires, les payeurs d'impôts ne tarderaient pas à questionner à leur tour des programmes sociaux qui ne leur seraient plus accessibles. En plus de cette rupture de consensus social, un réseau qui ne serait plus universel et gratuit renverrait à l'ensemble des femmes du Québec le poids de la totalité des services non rendus, comme par exemple, le soin des personnes âgées ou handicapées.

C- Des services accessibles et de qualité

Les services de santé et les services sociaux doivent être disponibles non seulement en principe, mais en pratique. Les coupures budgétaires ne doivent pas les rendre inaccessibles et/ou déficients que ce soit à travers les disparités régionales, encore énormes en 1986, les fermetures de lits ou de places d'hébergement, les coupures de postes et de services essentiels.

L'accessibilité, la qualité des services et son corollaire, la continuité dépendent d'une évaluation rationnelle des besoins en personnel et en équipement de services axés sur la personne et non sur le morcellement de son corps et ne devrait pas relever d'une psychose des déficits.

Les femmes sont les premières à souffrir de cette dernière et de moult façons: La contraception qui n'est pas reconnue dans le concept de santé, l'avortement qui n'est toujours pas libre et gratuit, la présomption automatique que toutes sont hétérosexuelles, le développement inadéquat du réseau des Centres de femmes, des maisons pour femmes victimes de violence et des Centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle.

Les femmes en souffrent en tant que bénéficiaires "majoritaires" des services, en tant que travailleuses "majoritaires" du secteur public, en tant que ménagères "plus que majoritaires" à cause du fardeau des services non rendus et en tant qu'héritières "majoritaires" d'une conception de plus en plus étroite du travail rémunéré qui fait d'elles des bénévoles "formées", enrégimentées, souvent même conscrites en ce qui concerne les bénéficiaires du Bien-Etre Social.

Les institutions publiques excluent de plus en plus des tâches rémunérées toute "l'humanisation des soins" (donner à manger, faire la toilette, frictionner le dos, etc...) qu'elles renvoient aux bénévoles. Mais il ne s'agit plus du réconfort, des petits luxes qu'offraient les bénévoles auparavant, mais de soins essentiels dont la continuité dépend d'équipes de services permanentes. Les bénévoles se proposent pour rendre gracieusement service aux bénéficiaires, non pour dispenser gratuitement les services qui relèvent du personnel salarié des institutions. Ce que certains qualifient de revalorisation du bénévolat est en réalité une exploitation, une volonté de retour en arrière aux jours où les femmes assuraient massivement, sans salaire et sans équipement le gros des tâches des services publics actuels.

2- LE POINT DE VUE DES FEMMES

Peu de temps après la cristallisation de ces grands principes au Québec, des femmes, de plus en plus nombreuses, se sont intéressées à la santé sur leurs propres bases. Les fruits de nos réflexions et de nos pratiques sont, comme ces grands principes, toujours d'actualité, d'autant plus, même qu'on s'est rendu compte (C.S.F. 1985) que c'est le secteur santé qui affichait le bilan le plus négatif de la politique d'ensemble à la fin de la décennie.

A- Le grand "C", les trois "D" et les deux "P"

Que ce soit à travers l'organisation des luttes sur l'avortement et la contraception libres et gratuits, l'auto-santé et les pratiques alternatives, le retrait préventif et la santé sécurité au travail, que ce soit à travers les publications qui ont rallié les groupes de femmes comme l'Essai sur la santé des femmes, Nous, notre santé, nos pouvoirs, Va te faire soigner t'es malade, ressort constamment l'importance primordiale pour les femmes de reprendre le Contrôle sur nos corps par la Désexisation, la Démédicalisation, la Déprofessionnalisation, bref, une Prise en charge pour une réelle Prévention. Ce qui se résume si rapidement aujourd'hui au point de sonner creux comme un slogan évidé est bien au contraire le résultat de notre "consensus social" propre issu de dix-sept ans de luttes. Nos revendications précises peuvent varier selon les champs d'intervention, mais elles sont toutes axées sur le contrôle de nos corps et de nos vies.

B- Les groupes de femmes sur le terrain de la santé et des services sociaux

Les groupes de femmes qui luttent sur le terrain de l'avortement et la contraception, de la violence faite aux femmes et aux enfants, de l'accouchement réapproprié par les femmes, pour l'intégration des sages-femmes, les centres de santé, les collectifs sur l'auto-santé et les médecines douces, sur les nouvelles technologies de reproduction, forment un réseau parallèle dont l'apport et la complémentarité au réseau public doit être reconnu.

Ce réseau ne forme pas et ne peut former une "alternative" au réseau public, au sens plein du terme, puisqu'il ne peut ni ne veut le remplacer sur tous les fronts; il n'est pas et ne saurait être une réponse aux projets actuels de désinstitutionnalisation.

Son rôle est d'abord et avant tout l'action, la réflexion et l'exploration de voies nouvelles pour avancer les intérêts des femmes en matière de santé et ce, sur une base autonome. Sans ses coudées franches, le réseau des groupes de femmes ne pourra jamais continuer à développer des objectifs, des approches voir des techniques originales à très peu de frais.

Il ne pourra pas non plus continuer à suppléer temporairement aux lacunes des services publics ni leur fournir fréquemment, comme c'est le cas depuis plusieurs années, une expertise sûre... en plus d'être gratuite, non reconnue et le résultat de sacrifices pécuniaires considérables de la part de toutes celles qui y ont travaillé. Combien de groupes, en effet, reçoivent plusieurs fois par semaine des appels d'institutions publiques pour des conseils, des références, de la documentation. Cette "récupération", plutôt qu'odieuse, pourrait être "normale" si le travail des groupes était reconnu et financé convenablement.

Tout comme dans les services publics, le bénévolat a ses limites dont la principale outre l'épuisement des intéressées est de briser la continuité du travail. Or c'est cette continuité, qui permet de dépasser manifestations et symptômes pour cerner les causes des problèmes des femmes et identifier, par voie de conséquence, les possibilités de prévention.

Or le rôle de prévention des groupes n'est ni reconnu, ni financé; les maisons d'hébergement, par exemple, sont financées sur la base du nombre d'appels de détresse qu'elles reçoivent et l'on continue à nommer "prévention" le fait d'envoyer les femmes à la radiologie cancérogène pour détecter le cancer du sein plutôt que de s'attaquer aux causes!

Dans un contexte où le curatif déborde déjà les capacités des services publics et où, malgré toutes les meilleures intentions, une réorganisation en vue de programmes de prévention qui dépassent le dépistage précoce est, pour le moins, une possibilité à moyen terme, le réseau des groupes de femmes est indispensable... pourvu qu'on lui en fournisse les ressources...

3- LES SERVICES DE SANTE ET LES SERVICES SOCIAUX EN REGARD DES AGRESSIONS SEXUELLES

A- La problématique des agressions sexuelles et l'historique des services auprès des femmes et enfants agressé-e-s sexuellement

On sait aujourd'hui qu'une fille sur quatre (1/4) et un garçon sur dix (1/10) sont agressés sexuellement avant l'âge de 18 ans. On sait également qu'une canadienne sur cinq (1/5) sera agressée sexuellement au cours de sa vie.

C'est donc dire qu'un grand nombre de femmes et d'enfants ont à vivre chaque jour cette expérience traumatisante. Tout aussi inacceptable est le fait que la plupart d'entre elles et eux la vivent sans un soutien adéquat, ce qui aggrave inévitablement les conséquences néfastes pour leur santé mentale. Et combien de petites filles agressées sexuellement sont aujourd'hui des femmes adultes que la psychiatrie "soigne" à cause de problèmes qui se révèlent en fait, être des conséquences directes de l'agression.

Traditionnellement, les agressions sexuelles sont perçues comme un délit dû à une impulsion sexuelle soudaine et irrésistible, ressentie par un "manique" solitaire qui passe impérativement à l'acte, en agressant une femme inconnue qui, de toute façon, l'a provoqué et qui a finalement consenti.

Ces mythes qui entourent les agressions sexuelles sont tenaces. D'ailleurs, au Québec et au Canada (et dans le monde occidental), les années '70, marquées par les constatations suivantes, le démontrent bien:

- Le système judiciaire canadien n'assume ni la protection, ni la réparation aux femmes agressées sexuellement;
- Le Code Criminel Canadien considère le viol comme un crime sexuel et non pas comme étant avant tout un crime contre la personne;
- Le Code Criminel Canadien ne criminalise pas le viol d'une épouse par son mari;
- Les plaintes d'agressions sexuelles traitées par l'appareil policier sont généralement considérées comme "non fondées";
- Les victimes de viol sont considérées comme une "clientèle marginale"; les services sociaux pour les femmes agressées sexuellement sont donc nettement déficients (en terme de quantité et de qualité):

Par exemple: - Des hôpitaux refusent d'assurer un examen médical aux victimes de viol;

- L'expertise spécifique nécessaire à une intervention répondant aux besoins des femmes agressées sexuellement est quasi absente.

Ces situations, intimement reliées au manque de connaissance et à la mauvaise compréhension des causes et des conséquences individuelles et sociales des agressions sexuelles, ont ainsi maintenu les femmes agressées sexuellement dans la solitude, la honte, la peur et la vulnérabilité.

L'émergence des groupes de femmes se préoccupant de la violence faite aux femmes et plus particulièrement des agressions sexuelles n'est pas accidentelle: C'est la réponse des femmes à ces multiples injustices vécues par les femmes agressées sexuellement et qui maintiennent ainsi l'ensemble des femmes dans la peur et qui freinent notre droit à la mobilité.

C'est dans ce contexte que naît au Québec, en 1975, un premier Centre d'aide aux victimes de viol à Montréal. En peu de temps, six Centres sont mis sur pied à travers la province. Ces Centres sont mis sur pied par des femmes qui décident de se prendre en main, d'apporter du soutien aux femmes agressées et de revendiquer tant au niveau social que légal.

La mise sur pied et la viabilité des Centres d'aide ont été confrontés à de longues et pénibles luttes. Premièrement, le problème auquel s'attaquaient les Centres d'aide rencontrait des résistances majeures au sein de l'ensemble des intervenant-e-s et des instances gouvernementales (présence des préjugés, intérêt mitigé à corriger des situations). Deuxièmement, la survie financière de nos groupes a été l'objet de: 1^o Négociations; 2^o Coupures des fonds; 3^o Tentatives de récupération imposées par le Ministère des Affaires Sociales du Québec, par le biais des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale. Puis finalement, une subvention renouvelée annuellement assure le financement de base minimal au fonctionnement d'un Centre (bien que nous le jugeons encore insuffisant).

Afin de renforcer l'efficacité de ces luttes, de réduire l'isolement et de favoriser l'échange et la formation des travailleuses et militantes de chaque Centre, les CALACS se sont regroupés, en 1979, en formant le Regroupement québécois des Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS).

B- L'aide aux femmes et enfants agressé-e-s sexuellement: La situation actuelle

Les Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel ont deux grands objectifs: Aider les femmes et enfants agressé-e-s sexuellement et sensibiliser la population afin d'enrayer les agressions sexuelles.

Pour ce qui est de l'aide directe, les Centres d'aide ont développé des services pour répondre adéquatement aux besoins des femmes agressées sexuellement. Ces services sont:

- Ligne téléphonique d'urgence: 24 heures par jour, 7 jours par semaine;

- Suivi: Rencontres individuelles pour permettre de surmonter les conséquences de l'agression;
- Information et accompagnement pour les démarches que les femmes décident d'entreprendre (hôpital, police, cour, etc...);
- Rencontre de groupe (groupe de parole, de prise en charge, etc...) pour permettre aux femmes d'échanger sur leurs vécus et de cheminer avec d'autres;
- Référence: Aux intervenants que les femmes désirent consulter.
- Ressource médicale: Certains CALACS offrent une ressource médicale. Il s'agit de médecins (des femmes pour la plupart) recrutés et formés par les Centres d'aide, qui sont disponibles pour dispenser les soins médicaux requis suite à une agression sexuelle. L'examen se déroule soit à l'hôpital, soit dans un autre lieu offrant une atmosphère calme et chaleureuse.

Le réseau des affaires sociales (par l'entremise des urgences hospitalières, les CLSC et CSS) offre un lieu où les femmes et enfants violenté-e-s sont susceptibles de s'adresser pour recevoir de l'aide. Le bilan dressé par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux dans sa Politique d'aide aux femmes violentées, sur les services actuels de son réseau, démontre que le plus important reste à faire. On y déplore le manque de connaissance sur la problématique, la difficulté de développer des approches spécifiques et adaptées et les difficultés de dépister et d'aider adéquatement. Les CALACS sont bien placés pour confirmer ces faits.

C- La prévention des agressions sexuelles: La situation actuelle

Pour les CALACS, l'aspect préventif est essentiel pour contrer le problème de la violence faite aux femmes et enfants. Les CALACS ont d'ailleurs développé au fil des années, une expertise fort enviable et ayant fait ces preuves. Des milliers de personnes ont été rencontrées et sensibilisées à la problématique des agressions sexuelles par le biais des activités de prévention et de sensibilisation des Centres d'aide (pour l'année 1984-85, ces activités ont rejoint plus de 12 500 personnes au Québec - données recueillies auprès des CALACS membres du Regroupement québécois). Les activités de prévention et de sensibilisation des CALACS se résument ainsi:

- Service d'information et de documentation;
- Conférences et animations pour groupes communautaires et sociaux et pour intervenant-e-s;
- Ateliers de prévention des abus sexuels envers les enfants (programme ESPACE dont nous reparlerons plus loin) s'adressant aux parents, enseignant-e-s et aux enfants de 6 à 12 ans;

- Programme de prévention et de sensibilisation pour les étudiant-e-s de niveau secondaire, collégial et universitaire;
- Recherche, revendication et recommandations aux autorités concernées.

Ces activités de prévention et de sensibilisation, en plus de favoriser le dévoilement des situations de violence vécues par les femmes et les enfants (en d'autres mots, le dépistage), ont aussi pour objectif de s'attaquer aux causes réelles de la violence faite aux femmes:

- En informant adéquatement sur les agressions sexuelles;
- En suscitant des changements dans les rapports sociaux, politiques, économiques, émotifs, etc... entre les hommes et les femmes, entre les adultes et les enfants;
- En favorisant la création d'alternatives;
- En changeant la socialisation des femmes et celle des enfants;
- En favorisant l'échange sur le vécu des femmes et enfants et le regroupement afin de s'organiser pour contrer ce problème.

L'approche préventive des Centres d'aide s'articule à partir de notre expérience du vécu des femmes et enfants agressé-e-s. Faisant appel à une implication de toute la communauté, elle donne des outils au milieu pour qu'il se prenne en charge, ce qui, à long terme, ne peut que réduire les besoins d'intervention curative.

Quant au réseau des affaires sociales, il affiche un bilan presque nul en regard de la prévention des agressions sexuelles (la politique d'aide aux femmes violentées le démontre bien). Et, comme nous le verrons dans les prochaines lignes, il est très improbable qu'il puisse aller à fond dans cette approche étant donné les nombreuses contraintes auxquelles il doit répondre.

D- Les services de santé et les services sociaux au Québec VS la problématique des agressions sexuelles: Quel sera l'avenir?

Bien que le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, en collaboration avec d'autres partenaires, ait entrepris diverses mesures pour corriger et améliorer les services de son réseau auprès des femmes et enfants agressé-e-s sexuellement, nous nous interrogeons sur le réalisme de ses objectifs (notamment ceux exprimés dans la Politique d'aide aux femmes violentées). Nous sommes forcés d'admettre que le réseau des affaires sociales contient un grand nombre de contraintes difficilement réconciliables avec des objectifs d'aide adéquate et de prévention.

En effet, les limites de ces institutions telles que la bureaucratie, les structures de travail hiérarchisées et fragmentées entraînant une multiplication inutile (voir nocive) des interventions et des intervenant-e-s, le débordement du réseau (il n'y a qu'à regarder les listes d'attentes des signalements d'enfants abusés dans la plupart des CSS, donc des délais interminables), sont clairement en opposition avec les besoins réels de ces populations.

Le programme de formation intensif en intervention auprès des femmes violentées pour les établissements du réseau, actuellement mis en opération par le M.S.S.S., risque d'être considérablement dilué à cause de ses structures.

Le réseau des affaires sociales devra donc revoir ses structures. D'autant plus que les individu-e-s, qui le composent, démontrent généralement un intérêt marqué pour cette problématique et pour la recherche de solutions.

En terme préventif nous devons faire le même constat (d'autant plus que le réseau est complètement paralysé par le "curatif"). Les agressions sexuelles sont un problème d'ordre social et non individuel et toute la communauté doit s'impliquer afin d'y remédier. Une approche préventive efficace doit mener à des changements profonds. Est-ce que le réseau des affaires sociales, a, dans sa forme actuelle, suffisamment de souplesse pour aborder des situations vécues dans leur communauté avec assez d'imagination, de créativité (pour mieux entrevoir des alternatives) et d'efficacité pour corriger dans des délais raisonnables ce genre de situations?

Les CALACS ont contribué, et ont comme mission de continuer à le faire, à certains changements nécessaires à l'élimination des agressions sexuelles. Le fait que depuis peu, le réseau des affaires sociales se préoccupe de la violence faite aux femmes n'est pas dû au hasard: Les groupes de femmes, tels les CALACS, ont délibérément forcé celui-ci à se positionner par rapport à cette problématique. Les amendements majeures au Code Criminel Canadien relatifs aux agressions sexuelles, ne proviennent certainement pas de la seule initiative du législateur; il a fallu que les groupes de femmes fassent d'énormes pressions pendant plusieurs années pour démontrer la désuétude de ces textes de loi et forcer le gouvernement fédéral à intervenir. Combien d'agresseurs, non "récupérables" par l'appareil policier, ont été dénoncés et par le fait même, ont dû renoncer à leur comportement grâce à l'intervention de groupes de femmes?

Nous pourrions vous illustrer, pendant plusieurs pages, comment des groupes, comme les CALACS, sont des éléments déclencheurs essentiels à des changements profonds dans notre société. Les CALACS, étant issus, rappelons le, des problèmes et de la "conscientisation" des femmes du milieu, nourrissent leur intervention d'aide directe et de sensibilisation publique d'une réflexion approfondie sur le vécu des femmes par rapport aux agressions sexuelles. Le lien entre l'intervention - l'action - la réflexion est l'élément essentiel d'une approche préventive à long terme.

Si bien que pour nos groupes, la façon dont l'Etat entend supporter nos initiatives est cruciale. Les agressions sexuelles, étant un problème social, l'Etat doit assumer sa part de responsabilités en soutenant adéquatement les ressources qui s'en préoccupent. Ce soutien (ressources financières notamment) qui contribue à la viabilité et la visibilité de nos groupes, nous permet sans contredit de mener des actions, de susciter des changements et d'offrir aux femmes et enfants agressé-e-s sexuellement un lieu qui leur convient.

Les groupes, comme les Centres d'aide, étant un moyen collectif, libre idéologiquement et politiquement doivent maintenir ces marges de manoeuvres pour être véritablement agent de changement. La valeur de notre pouvoir de changement est intimement liée à notre liberté d'action.

C'est finalement toute l'application de la Politique d'aide aux femmes violentées qui nous préoccupe, puisqu'elle démarque les orientations que le gouvernement du Québec entend soutenir par rapport au problème criant de la violence faite aux femmes. Dans ce document, le Ministère constate à plusieurs reprises que la solution à ce problème relève de "l'action conjuguée de plusieurs partenaires". Comment cela se concrétisera-t-il? Le gouvernement n'aurait-il pas intérêt, au nom de la "cause" à tout le moins, à considérer les groupes de femmes comme les nôtres, comme de véritables partenaires (c.-à-d. avec des responsabilités correspondant aux ressources offertes)? Va-t-il encore négliger nos pratiques, nos perspectives? Le dossier de la trousse médico-légale est un exemple flagrant de l'absence de "partnership" (l'économie étant le sujet de l'heure...). L'ensemble des intervenant-e-s visé-e-s par l'application de cette trousse clamaient depuis des mois son caractère humiliant et tout à fait inadéquat en fonction des objectifs véhiculés. Le bon sens est parfois difficile à faire comprendre...