

AGRESSIONS SEXUELLES ET DROGUES DU VIOL



**Un phénomène
méconnu**



Agressions sexuelles et «drogues du viol»

Document d'information
Comité femmes et
sécurité de la Petite Patrie

Recherche et première rédaction du texte :

Francine Bernèche

Rédaction du document final:

Francine Bernèche

Mireille Bouffard,

Louise Lacroix,

Jocelyne Moretti,

Annie Marcil,

Julie Fournier,

Francis Labonté,

et les membres du comité «Femmes et Sécurité de la Petite-Patrie» :
Direction de la santé publique (DSP) Régie régionale de la santé et des
services sociaux de Montréal-Centre

Coordonnatrice du comité, Écho des femmes de la Petite Patrie

Organisatrice communautaire au CLSC La Petite-Patrie

Agent, poste de quartier 35 (SPCUM)

Agent, poste de quartier 34 (SPCUM)

Tandem Montréal Rosemont-Petite Patrie

Collaborations spéciales:

Voir l'annexe 2

Mise en page:

Véronique Giguère

Impression:

Scribec

Toute citation ou reproduction est permise à condition d'en citer les sources.

Publié par le Comité Femmes et sécurité de la Petite Patrie. Patrie (Montréal)

Second tirage, décembre 2000 (Des corrections mineures ont été apportées au document.)

La réalisation de ce document a été possible grâce à la subvention de la Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, dans le cadre de la priorité Violence faite aux femmes.

ISBN 2-9806780-0-8

Dépot légal - Bibliothèque nationale du Québec 2000

Dépot légal - Bibliothèque nationale du Canada 2000

Comité Femmes et sécurité de la Petite Patrie

(514) 277-7445

En 1999, Émilie se réveille. Elle est dans un hôtel du centre-ville avec un collègue de travail. Il lui dit qu'ils ont eu une « belle nuit » et qu'elle s'est « défoncée » au lit. Émilie ne se souvient de rien. Elle a envie de protester, mais elle a honte d'elle-même et garde le silence. « Je me sens violée », pense-t-elle, et elle quitte la chambre, perturbée.

À partir de l'an 2000, Émilie s'adressera - nous le souhaitons - au CLSC ou au poste de police de son quartier. Les intervenantes et intervenants, renseignés sur les « drogues du viol », l'aideront à mieux comprendre ce qui lui est arrivé et la soutiendront dans ce qu'elle vit à la suite de cette agression sexuelle.

Des cas comme celui d'Émilie, des intervenantes et intervenants en voient chaque semaine. Toutefois, les statistiques en parlent peu. Des « drogues du viol » sont en cause : s'agit-il de GHB, de Rohypnol ou d'autres drogues en circulation?

Vous êtes une intervenante ou un intervenant. Voici de l'information sur les agressions sexuelles et les « drogues du viol » qui pourrait vous aider à mieux comprendre, à apporter votre soutien et, qui sait, à contribuer éventuellement à changer les choses!



Table des matières

Remerciements	5
Préambule	7
Introduction	9
1. Problématique et démarche utilisée	13
2. Portrait des « drogues du viol »	15
2.1 Bref historique	15
2.2 Principales caractéristiques	16
2.3 Principaux effets	17
2.4 Aspect légal	19
3. Situation dans la région montréalaise	21
4. Interrogations à poursuivre	23
4.1 Un phénomène stable ou en progression?	23
4.2 Un paradoxe à considérer	24
4.3 Une diversité de points de vue	25
4.4 L'évolution des contextes d'utilisation des « drogues du viol »	26
4.5 La banalisation et la consommation étendue des drogues en cause	26
4.6 Le profil des agresseurs	27
5. Mesures de protection et de prévention	29
5.1 Mesures face aux agressions sexuelles	29
5.2 Mesures spécifiques aux agressions liées aux « drogues du viol »	30
5.2.1 Mesures s'adressant aux individus : « Garder son verre à l'œil »	31
5.2.2 Mesures s'adressant à l'entourage : « Se serrer les coudes »	32
5.2.3 Mesures s'adressant aux autres personnes concernées : « Prendre ses responsabilités »	32
5.3 Campagnes de prévention	34
6. Recours et démarches	37
6.1 Actions immédiates	37
6.2 Dénonciation de l'agression sexuelle	38
7- Recommandations	41
Conclusion	43
Annexe 1	45
Sources d'information et références	
Annexe 2	53
Liste des personnes ressources qui ont contribué au document	
Annexe 3	55
Liste d'actions menées par le Comité Femmes et sécurité de la Petite Patrie	
Annexe 4	57
Liste des membres du Comité Femmes et sécurité de la Petite Patrie	
Annexe 5	59
Ressources dans la région de Montréal	



Remerciements

Le Comité Femmes et sécurité de la Petite Patrie tient à remercier particulièrement Francine Bernèche pour le travail de recherche et de rédaction qu'elle a effectué avec rigueur et patience. Ce document a pris une ampleur insoupçonnée au départ, et Francine a bien voulu continuer cette démarche avec nous, avec les balbutiements et interrogations qu'un tel work-in-progress suppose. Louise Lacroix, de l'Écho des femmes de la Petite-Patrie, et Mireille Bouffard, de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, ont assuré une supervision active et efficace tout en participant à la finalisation du texte, ainsi que l'ensemble du Comité Femmes et sécurité. Plusieurs autres personnes ont contribué à la réalisation de ce document par l'apport d'informations, de commentaires critiques et de références fort utiles compte tenu de leur expertise. Nous remercions ces personnes pour leur précieuse collaboration :

Nathalie Brault, psychologue à la *Clinique pour victimes d'agression sexuelle de l'Hôtel-Dieu* et présidente de la *Table de concertation en matière d'agressions à caractère sexuel* - Région de Montréal;

Luc Chabot, responsable des programmes d'études en toxicomanie (Université de Montréal) et Magali Dufour, son adjointe;

Pierre Leduc, lieutenant-détective chargé d'enquêtes à la *Division des crimes majeurs - agressions sexuelles* - (Service de police de la Communauté urbaine de Montréal) et Michel Leclerc, enquêteur au SPCUM, ainsi que Suzanne Bousquet des affaires juridiques au SPCUM;

Carole Péclet, toxicologue judiciaire au *Laboratoire des sciences judiciaires et de médecine légale* (ministère de la Sécurité publique);

Nicole Perreault, psychologue à la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre;

Deborah Trent, coordonnatrice au *Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal*.

Isabelle Dallaire, intervenante à *Trêve pour elles*.

L'expérience, l'intérêt et les idées de tous ces intervenants et intervenantes ont permis de bien engager ce projet et de l'alimenter sur plusieurs plans. Nous avons cherché à rapporter le plus fidèlement possible les propos des personnes interviewées à qui nous avons d'ailleurs transmis la version préliminaire de ce document. Si le texte comporte encore des inexactitudes après avoir été corrigé, nous nous en excusons et souhaitons que ce soit sans préjudice pour les personnes concernées.

Enfin, notons que la concertation et la collaboration à l'échelle du quartier avec les membres du comité *Prévention de la violence de la Table de concertation jeunesse Villeray-Petite Patrie* a eu un effet catalyseur sur les travaux du comité initiateur. L'implication des groupes lors des journées d'information et de sensibilisation et des séances de créativité pour le développement d'outils de prévention a enrichi le travail de tout le milieu.

Préambule



Depuis 1996, sous le leadership de l'Écho des femmes de la Petite-Patrie et grâce à un apport financier de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de Montréal-Centre, le Comité Femmes et sécurité de la Petite Patrie a réalisé plusieurs actions visant à promouvoir la sécurité des femmes dans les lieux publics¹. Le comité et ses partenaires considèrent la sécurité urbaine dans une perspective globale en incitant bien sûr les femmes à se protéger, mais aussi en agissant sur l'environnement global et les milieux de vie en vue de promouvoir leur sécurité. L'intervention sur cette problématique entraîne des bénéfices en matière de prévention, car il est démontré que promouvoir la sécurité des femmes a un effet bénéfique sur la sécurité des enfants, des personnes âgées, handicapées, bref de toute la population.

Au fil des années, les membres du comité, de même que leurs collaborateurs et collaboratrices, ont été interpellés par la réalité de femmes victimes d'un viol commis à la suite de la consommation involontaire de «drogues du viol». Cette réalité ne doit pas être minimisée, car le viol vient au deuxième rang, après le meurtre, parmi les crimes que les femmes craignent le plus (Warr et Stafford, 1983, cités dans Paquin, 1996).; d'autre part, 59 % des femmes agressées sexuellement ont aussi été sévèrement battues (Riger et Gordon, 1978, citées dans Paquin, 1996). Crimes violents et parfois mortels,

les viols entraînent des conséquences physiques et psychologiques graves.

Même si l'appellation courante de «drogues du viol», aussi nommées «drogues des violeurs», fait explicitement référence aux viols, nous préférons utiliser le terme plus général d'*agression sexuelle* qui englobe des actes à caractère sexuel pouvant aller des attouchements non désirés aux attaques blessant la victime ou mettant sa vie en danger. Ceci permet d'inclure les viols parmi l'ensemble des cas possibles et de rappeler le caractère violent de ces actes criminels.

Notre préoccupation à l'égard des agressions sexuelles liées aux «drogues du viol» est double. D'une part, elle concerne la nature et les conséquences de l'*agression sexuelle* elle-même définie comme un acte à caractère sexuel posé ou obtenu sans le consentement de l'autre. Associée selon des degrés variables à de la violence, cette agression comporte toujours un élément de contrainte (physique, verbale ou psychologique) et constitue un acte de domination exercé en général par des hommes sur des femmes ou des enfants. L'agresseur soumet l'autre à ses propres désirs par la force ou la menace, implicite ou explicite. L'agression sexuelle porte donc atteinte à l'intégrité de la personne, ainsi qu'à ses droits fondamentaux et à sa sécurité (Québec, 1999).

¹ Voir la liste d'actions présentée à l'annexe 3.

D'autre part, outre la gravité des agressions sexuelles, le contexte dans lequel les «drogues du viol» sont utilisées et le fait qu'elles entraînent soumission et amnésie chez les victimes nous interpellent aussi. Particularité déroutante, les victimes «endormies» par une «drogue du viol» paraissent, aux yeux des témoins, être «actives et consentantes» aux abus commis à leur endroit. L'utilisation de «drogues du viol» à des fins d'agression sexuelle constitue en fait un acte de domination comme l'est l'agression elle-même. User de drogues pour obtenir une relation sexuelle avec une femme ou une adolescente qui n'est pas en mesure d'exprimer son désaccord donne aux agresseurs un pouvoir socialement très inquiétant et soulève des questions qu'il vaut la peine d'explorer plus à fond.

Le Comité Femmes et sécurité de la Petite Patrie vous offre aujourd'hui un document d'information sur la question des agressions sexuelles liées aux «drogues du viol». La prévention de ces agressions, mais aussi la réduction des souffrances des victimes, ont constitué notre principale motivation tout au long de cet ouvrage. Ce document invite à la solidarité sociale et à la responsabilisation de tous : hommes, femmes, médias, personnes de divers milieux faisant de l'intervention ou occupant des postes de décision. Au-delà des statistiques qui ne peuvent que donner un aperçu partiel du phénomène, c'est bien davantage la portée sociale de l'utilisation des «drogues du viol» qui nous préoccupe et la réduction de leurs effets dévastateurs. Nous espérons que ceux et celles qui prendront connaissance de ce document en soient enrichis.

Les membres du Comité Femmes et sécurité de la Petite-Patrie

Le Rohypnol^{MD} est le nom commercial du flunitrazépam tel que produit par la compagnie Hoffman-LaRoche. Comme ce nom revient souvent dans le document, nous indiquerons simplement Rohypnol pour ne pas alourdir le texte.

Introduction



Être en sécurité dans les rues, les transports en commun ou d'autres lieux publics est un élément clef de la participation à la vie urbaine et un indice important de la qualité de vie pour tous les citoyens et citoyennes. L'insécurité urbaine fait partie du vécu de la ville, mais elle s'avère plus contraignante pour les femmes que pour les hommes. Les résultats de plusieurs sondages montrent que la plupart des femmes vivent de l'insécurité dans leurs déplacements en ville : en 1981, 75 % des résidentes de la ville de Montréal déclaraient ressentir une certaine ou une très grande insécurité en marchant seules le soir dans leur quartier (*Solliciteur général*, 1985, cité dans Martel, 1999); par ailleurs, selon un sondage réalisé en 1997 par le *Service de police de la Communauté urbaine de Montréal (CUM)*, 1998, citée dans Martel, 1999), 57 % des femmes habitant une municipalité de l'île de Montréal craignaient de marcher seules le soir dans leur quartier (par rapport à 22 % des hommes). Cette peur (parfois qualifiée de sentiment d'insécurité) entraîne des effets secondaires malheureux pour les femmes, tels se déplacer moins, éviter des emplois ou des activités ayant

lieu en soirée, réduire leur fréquentation des lieux publics.

La question de la sécurité urbaine met en évidence une réalité propre aux femmes, engendrée avant tout par le fait que les viols existent et sont principalement commis à l'encontre des petites filles, des adolescentes et des femmes adultes. Selon les données de l'enquête de Statistique Canada sur la violence envers les femmes (1993, citée par le Groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, 1995), 21% des Québécoises ont déjà été victimes d'attaques sexuelles²; en outre, 39 % des Québécoises de 18 ans et plus ont été victimes d'au moins une agression sexuelle depuis l'âge de 16 ans³. En 1993, 1341 agressions sexuelles ont été rapportées sur le territoire de la Communauté urbaine de Montréal et, selon les dernières données disponibles, ce nombre s'élève à 1380 en 1998 (*SPCUM*, 1999). Il est à noter que, selon le Code criminel, les agressions sexuelles sont classées comme des voies de fait et ne font pas uniquement référence aux viols⁴. Les statistiques policières incluent non seulement les attaques

² Réponses à la question suivante : Est-ce qu'un inconnu, un homme pendant un rendez-vous amoureux, un amoureux, votre conjoint ou un autre homme vous a déjà forcée ou a essayé de vous forcer à vous livrer à une activité sexuelle, en vous menaçant, en vous immobilisant ou en vous blessant physiquement d'une façon quelconque?

³ Réponses à la question suivante : Est-ce qu'un inconnu ou un homme (autre que votre conjoint ou un amoureux) s'est déjà livré sur vous à des attouchements sexuels contre votre gré, c'est-à-dire qu'il vous a touchée, empoignée, embrassée ou caressée?

⁴ Le droit pénal canadien a utilisé le terme « viol » jusqu'en janvier 1983. Selon les anciens articles 143 et 145 CCR, l'interdiction de viol et les sanctions encourues étaient classées dans la section des « infractions d'ordre sexuel ». Depuis 1983, le viol fait partie des « voies de fait » (article 265 CCR) où il se trouve inclus parmi les agressions sexuelles. Les sentences diffèrent selon qu'il s'agit d'un acte criminel ou d'une infraction sommaire.

sexuelles, classées le cas échéant comme agressions armées ou graves, mais comprennent aussi les attouchements sexuels non désirés. Compte tenu de la sous-déclaration plus importante de ce dernier type d'agression, nous pouvons estimer que ces statistiques rendent davantage compte des viols ou des tentatives de viol, dont le nombre ne semble pas être en baisse. Plus encore, le problème des agressions sexuelles se complexifie avec l'usage des «drogues du viol» dont on ne connaît pas toutes les conséquences. Cette situation dérange et insécurise les femmes, les parents et la population concernée par la prévention des agressions sexuelles.

Il importe de bien situer les viols liés aux «drogues du viol» dans le contexte global des agressions sexuelles. Ainsi, il est entendu qu'avoir des relations sexuelles non consenties ou obtenues par la coercition, avec une partenaire qui, sous l'influence de l'alcool ou de drogues, ne peut donner son accord de façon consciente constitue une agression sexuelle. L'enjeu est la capacité de la personne d'accepter ou de refuser d'avoir une telle relation, peu importe si sa consommation de drogues ou d'alcool ait été volontaire ou non. D'autre part, les victimes de viol (généralement des femmes) ne peuvent être blâmées pour la violence exercée contre elles, car il est clair qu'elles ne «méritent» pas d'être violées et ne demandent jamais à l'être.

Les agressions sexuelles sont encore perçues à tort comme des actes dont les femmes sont en partie responsables, que ce soit par leur présence en certains lieux ou occasions, leur attitude, leur habillement ou pour d'autres motifs qui relèvent des mythes et préjugés entretenus à l'égard des victimes de tels actes.

Ces croyances, auxquelles les hommes adhèrent plus souvent que les femmes, servent généralement à justifier l'utilisation de la coercition sexuelle (Tourigny et Lavergne, 1995, cités dans Tourigny et Dufour, 2000).

Nous avons aussi affaire à un type de crime, l'agression sexuelle, comptant parmi les moins déclarés aux corps policiers (Groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, 1995) pour plusieurs raisons qui tiennent, entre autres, aux valeurs culturelles ou socialement dominantes, aux liens avec l'agresseur incitant à le protéger et à la double victimisation des femmes lors des procédures légales. C'est donc à partir de sondages et d'études que sont obtenus les taux les plus élevés d'agressions à caractère sexuel commises par un inconnu (Tourigny et Lavergne, 1995). Les responsables de ces recherches mentionnent d'ailleurs que certaines victimes, en dévoilant l'agression subie, précisent qu'elles ne l'ont jamais racontée à quiconque auparavant (Groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, 1995). Comme dans le cas des agressions sexuelles envers les enfants⁵, les signalements retenus ne sont en fait qu'une mince partie de la réalité et ne reflètent probablement que les situations comptant parmi les plus graves. Et combien parmi les cas déclarés ne se rendent pas au terme des procédures judiciaires?

Pourquoi se préoccuper en particulier des agressions sexuelles liées aux «drogues du viol», vouloir fournir de l'information à leur sujet et chercher à les prévenir de façon spécifique? Dans les cas des agressions perpétrées avec l'aide de «drogues du viol», plusieurs éléments concourent, d'une part, à accentuer la gravité du traumatisme chez les victimes et, d'autre

⁵ Dans certains ouvrages, on estime même que de 75% à 90% des agressions sexuelles ne sont jamais signalées aux organismes de protection des enfants (Groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, 1995). On pourrait donc estimer que pour un cas déclaré, il en existe au moins sept à neuf autres qui ne le seront jamais.

part, à minimiser la gravité de ces actes criminels chez les agresseurs. En effet, le contexte initial de rencontre sociale (soirée, bar, etc.), la conjonction souvent notée entre la consommation d'alcool et l'ingestion involontaire de drogues, l'effet de *black out* et l'absence de souvenirs contribuent à renforcer la culpabilité des victimes en créant l'impression qu'elles avaient accepté d'emblée d'avoir des rapports sexuels. Pour les agresseurs, l'utilisation de ces drogues comme moyen d'en arriver à leurs fins semble faire partie d'une stratégie de déculpabilisation, la gravité de l'acte ne pouvant toutefois être minimisée sous prétexte que ces drogues sont considérées comme inoffensives, qu'elles circulent dans certains milieux ou que l'agresseur jugeait sa victime consentante parce qu'il la connaissait déjà plus ou moins.

Nous croyons également que la nature des «drogues du viol» amplifie la sous-déclaration des agressions sexuelles commises grâce à ces drogues. Dans le cas de ces agressions, les obstacles à la déclaration sont renforcés de multiples façons : soumission apparente de la victime, perte de mémoire des événements, absence de preuve quant au viol et à l'ingestion involontaire de drogues, hésitation à déclarer une consommation de drogues dont la victime pourrait être tenue responsable, manque d'information sur ces substances autant de la part des victimes que des intervenants et intervenantes, etc. La difficulté de détection constitue une particularité importante de ces agressions, car pour dépister la présence de drogues, la victime doit subir des tests dans les heures suivant l'agression (de 12 à 48 heures selon les drogues). On peut donc imaginer à quel point la dénonciation de l'agression peut être difficile pour une femme victime d'un viol commis alors qu'elle semblait collaborer, sous l'effet d'une «drogue du viol». Cette femme peut se sentir encore plus impuissante devant le sys-

tème judiciaire, puisqu'elle ne peut démontrer ni l'intoxication dont elle a fait l'objet, ni le viol qu'elle a subi en plus d'avoir tout oublié, ni la résistance qu'elle aurait dû normalement démontrer devant l'agresseur. En outre, compte tenu des effets de ces drogues et de leur contexte d'utilisation, le suivi thérapeutique s'avère encore plus difficile que dans d'autres cas d'agression sexuelle, ce qui ne contribue pas au dévoilement de l'agression.

Nous avons donc cherché à mieux connaître le phénomène des agressions sexuelles liées aux «drogues du viol» et à vous communiquer ces informations dans le présent document. Ce document ne prétend toutefois pas faire le tour de toutes les questions, plusieurs demeurant encore sans réponse. Nous exposons d'abord la problématique liant les agressions sexuelles aux «drogues du viol» et la démarche adoptée pour colliger les informations pertinentes. Nous décrivons ensuite brièvement les «drogues du viol» (historique, caractéristiques, effets, aspect légal) avant de donner un aperçu de la situation à l'échelle montréalaise. Le quatrième chapitre propose quelques éléments de réflexion en faisant ressortir des paradoxes, des questionnements pour lesquels nous manquons encore d'informations bien que la réflexion s'amorce sur ces questions. Les derniers chapitres sont consacrés à la présentation des mesures de protection et de prévention, ainsi que des recours et des démarches à envisager. Des recommandations visant à promouvoir la sécurité, à prévenir ces abus, à informer la population et à soutenir les victimes concluent le document.



Au cours de la dernière décennie, des cas de viol pouvant être liés à la consommation involontaire de drogues ou de médicaments ont été rapportés dans plusieurs villes nord-américaines. Par ailleurs, les campus universitaires américains font depuis un certain temps déjà l'objet d'articles sur l'utilisation des «*date rape drugs*» (drogues liées à un viol commis dans le contexte d'une fréquentation ou d'un rendez-vous – *date rape* – ou perpétré par une connaissance – *acquaintance rape* –), un phénomène localisé d'abord en Floride et au Texas avant de se répandre dans plusieurs autres États américains. Il existe donc, tant au Canada qu'aux États-Unis, une préoccupation grandissante concernant la circulation de drogues identifiées comme des «drogues du viol» et leur utilisation à des fins d'agression sexuelle. Au Canada, c'est surtout depuis le milieu des années 1990 que les informations sur ces drogues ont commencé véritablement à être médiatisées dans les quotidiens et les magazines ainsi que dans les journaux universitaires.

Les cas d'agression sexuelle liés aux «drogues du viol» présentent des points communs : la victime se réveille généralement dans un état de confusion et peut souffrir de vomissements. Son état et son environnement lui laissent croire qu'il s'est passé quelque chose : par exemple, elle se retrouve nue ou sans sous-vêtements dans un lieu inconnu où des indices révèlent que des actes sexuels ont été commis (préservatifs usagés, etc.). Mais la victime ne se souvient de rien depuis le moment où elle a pris une boisson dans un bar ou lors d'une soirée. Son intuition reste en état

d'alerte : quelque chose lui est arrivé, elle le sent même si elle ne peut s'en souvenir, ce qui laisse place à la confusion et aux doutes, sentiments venant amplifier les malaises ressentis. Ces cas mettent souvent en cause des adolescentes et des jeunes femmes, mais les femmes adultes sont aussi concernées. L'agresseur peut être une personne qu'elles connaissent, un individu rencontré dans un contexte d'activités sociales (pub, boîte de nuit, fête, etc.) ou même un groupe d'hommes, comme cela s'est déjà produit (*Joseph, 1998*).

Les «drogues du viol» peuvent être introduites à peu près n'importe où, autant dans les bars, les boîtes de nuit et les parties *rave* que dans des soirées «arrosées» de campus universitaires. Elles se retrouvent également dans les pubs, les brasseries et les cafés, bref dans tous les endroits où des boissons (alcooliques ou non) sont servies. Les soirées privées ne font pas exception non plus.

Le climat «clandestin» qui entoure l'utilisation des «drogues du viol» permet de supposer que les agresseurs avec qui les victimes peuvent avoir plus ou moins «fraternisé» ont préparé sciemment leur stratégie à des fins criminelles. Parmi les nombreux effets de ces drogues, le plus utile aux agresseurs est sans doute la soumission des victimes qui, dans un état de semi-inconscience, paraissent consentir à leurs visées et ne sont pas en mesure, après le fait, de se rappeler ce qui s'est passé. Les victimes sont ainsi dépossédées de leurs capacités de réaction, que ce soit au moment même de l'agression ou par

la suite, en hésitant bien sûr à dénoncer cette agression, faute de souvenirs ou de preuves.

Le caractère particulier des agressions sexuelles perpétrées avec l'aide de «drogues du viol» tend à accroître les traumatismes subis par les victimes. En premier lieu, l'absence de souvenirs crée confusion et désarroi chez ces femmes. Le climat de doute quant aux circonstances entourant l'agression leur enlève ainsi toute emprise sur les faits vécus. De plus, le fait de ne pas pouvoir identifier qu'on a été une victime ralentit le processus de rétablissement dont la première étape est précisément de reconnaître cette victimisation (Dufour et Nadeau, 2000). En second lieu, de telles agressions restent souvent sans poursuite criminelle, faute de témoignage ou de plainte, compte tenu de l'amnésie qui s'ensuit. On peut supposer que le rétablissement des victimes peut aussi être affecté par cette impossibilité de témoigner sur ce qui s'est passé. En outre, la culpabilisation des victimes risque d'être alimentée par le fait qu'elles pouvaient paraître, à tort, plus ou moins consentantes, une décharge qu'invoquent souvent les agresseurs. Or, la culpabilité est l'un des facteurs déterminants dans la symptomatologie des victimes. En dernier lieu, la transmission de maladies vénériennes, du virus HIV et les grossesses non désirées peuvent s'ajouter aux traumatismes du viol, sans compter les conséquences parfois dramatiques de l'ingestion des drogues elles-mêmes (étouffement dû aux vomissements, dépression respiratoire, etc.).

Les dangers des «drogues du viol» concernent finalement toutes les couches de la société. N'oublions pas que si ces drogues peuvent être utilisées en vue de commettre des agressions sexuelles, elles peuvent l'être aussi à d'autres fins en mettant à profit les effets engendrés par

leur ingestion (soumission, confusion, etc.) : elles peuvent servir, par exemple, à voler des consommateurs rencontrés dans un débit de boissons ou à obtenir une modification testamentaire de la part de personnes âgées (*Le Nouvel observateur*, 20-26 janvier 2000).

Afin de recueillir les informations nécessaires à la réalisation de ce document, plusieurs démarches ont été effectuées. Dans un premier temps, le sujet a été débattu avec un groupe *ad hoc* formé de représentants et représentantes de divers organismes invités par le comité «Femmes et sécurité de la Petite-Patrie» à participer à une démarche de créativité qui a conduit à l'élaboration de stratégies et d'activités préventives. La recherche documentaire⁶ a été effectuée à partir de diverses revues scientifiques et populaires, de banques de données et de sites Internet. De plus, des informations sur la situation montréalaise ont été obtenues à partir d'entrevues menées en face à face ou par téléphone auprès de plusieurs personnes ressources⁷. Par ailleurs, au fur et à mesure du déroulement de la recherche, la documentation de base s'est enrichie de plusieurs autres références, documents ou coupures de presse fournis par les instigatrices de l'étude ou des personnes ressources. Les données recueillies demeurent bien sûr incomplètes et ne peuvent rendre compte de façon exhaustive de tous les aspects de la question. De plus, les sources utilisées comportent des limites, car les recherches scientifiques demeurant peu nombreuses sur ce sujet, nous avons dû tirer une partie des informations de quotidiens ou de magazines présentant une vision particulière du phénomène.

⁶ Voir à l'annexe 1 les informations relatives à cette recherche documentaire (banques de données, descripteurs, sites Internet, etc.).

⁷ Voir la liste de ces personnes en annexe 2.



Selon la *Roofie Foundation*⁸, plusieurs types de drogues peuvent être identifiées comme des «drogues du viol» : le Rohypnol, le GHB (acide gamma-hydroxybutyrique), la ketamine, le «Spice Girls» (une concoction d'éphédrine, de diazépam et de ketamine), le témazépam (appelé «jellies») ainsi qu'un mélange appelé «Special K», «Vit K» ou «Super K» (composé d'ecstasy moulue avec de la ketamine). Parmi cet éventail de drogues, on fait le plus souvent référence au Rohypnol et au GHB comme «drogues du viol», auxquelles des articles scientifiques récents ajoutent un produit anesthésiant, la ketamine (*Lyman, Hughes-McLain et Thompson, 1998; Smith, 1999*).

De multiples drogues peuvent être utilisées dans le contexte d'une agression sexuelle et ce phénomène n'est pas nouveau en soi. Toutefois, l'intérêt porté au Rohypnol et au GHB, leur médiatisation et l'abondance d'informations à leur sujet ne permettent pas de les négliger : nous en faisons donc une présentation succincte.

2.1 Bref historique

Le Rohypnol et le GHB ont en commun d'avoir initialement servi et de servir encore à des fins médicales. Cette utilisation remonte aux années 1970 en Europe : le Rohypnol, principalement pour traiter des troubles du sommeil et le GHB, comme anesthésiant pour faciliter les accouchements. Dans les années 1980 et jus-

qu'au début des années 1990, le GHB se vendait librement comme supplément alimentaire dans les magasins d'alimentation naturelle, tant en Amérique du Nord qu'en Europe. Ce produit, populaire surtout dans les milieux du culturisme, permettrait de réduire les graisses et d'augmenter la masse musculaire; on lui attribue les effets d'une hormone de croissance. Ce serait aussi depuis les années 1980 que les cocaïnomanes se serviraient du Rohypnol comme «drogue secondaire» pour restreindre progressivement les effets stimulants de la cocaïne. Par ailleurs, cette drogue, décrite comme un «succédané de l'héroïne» (Jamouille, 1996), peut contribuer à atténuer les effets secondaires d'un sevrage à l'héroïne.

Au cours des années 1990, le Rohypnol et le GHB ont gagné en popularité auprès de la clientèle adolescente et des jeunes adultes. Aux États-Unis, le Rohypnol est considéré comme la drogue la plus souvent choisie par les jeunes et celle qui se répand le plus rapidement dans certaines parties du pays, notamment dans les États du sud et de la côte ouest. On parle beaucoup du problème que représente sa consommation à l'échelle des campus américains par des jeunes qui croient ce produit inoffensif et le prennent sans restriction (*Joseph, 1998*). Par ailleurs, le GHB devient aussi de plus en plus populaire, car on croit généralement que cette drogue synthétique offre un effet semblable à celui de l'alcool tout en entraînant moins

⁸ Organisme sans but lucratif et apolitique mis sur pied en Grande-Bretagne dans le but de faire connaître le problème des viols commis avec l'aide des «drogues du viol» et de suivre l'évolution de la situation.

d'effets non désirés («gueule de bois»). Le GHB est en circulation surtout dans les boîtes de nuit, les soirées techno et les parties *rave* où il est utilisé comme «drogue récréative». En France, il est considéré comme l'une des drogues les plus dangereuses du moment, plus perverse même que *l'ecstasy* (*Paris Match*, novembre 1999).

Le Rohypnol et le GHB présentent aussi de l'intérêt pour les consommateurs adultes qui peuvent s'en servir, par exemple, à des fins d'auto-thérapie (relaxation, «désinhibition», etc.). Le Rohypnol continue d'être légalement prescrit dans plusieurs pays, notamment pour soulager de graves maux de dos ou de l'insomnie sévère. Le GHB sert encore à des fins médicales dans certains pays, entre autres, aux États-Unis où son utilisation se limite cependant à la recherche sur le traitement de la narcolepsie (accès brusque de sommeil).

2.2 Principales caractéristiques

Nous présentons d'abord les traits communs des «drogues du viol» avant de décrire de façon séparée les caractéristiques du Rohypnol, puis celles du GHB.

- Traits communs

Rappelons d'abord que le Rohypnol et le GHB ne sont pas des «potions magiques» essentiellement différentes d'autres drogues appartenant à la même classe de produits. Toutes ces substances bénéficient de certaines caractéristiques communes, à savoir qu'elles peuvent se dissoudre dans les liquides et qu'elles sont généralement inodores, incolores et insipides. Elles peuvent donc être mêlées à des boissons alcoolisées ou non (café, thé, eau) à l'insu des

victimes qui n'ont alors aucune idée de ce qu'on leur a fait ingurgiter. Le Rohypnol et le GHB ne sont donc pas les seules substances⁹ susceptibles d'être utilisées pour produire les effets recherchés, notamment la «soumission chimique» des victimes potentielles, qui ne sont pas des effets «hors du commun». Plusieurs drogues peuvent en effet entraîner des conséquences similaires à plus ou moins long terme et à des degrés divers

De multiples informations, émises, reprises et complétées par diverses sources médicales, sociales, communautaires, policières ou judiciaires, décrivent en abondance les caractéristiques du Rohypnol et du GHB. En résumé, leur profil¹⁰ est le suivant :

- Rohypnol (flunitrazépam)

Le Rohypnol est l'appellation commerciale du flunitrazépam. Il s'agit d'un sédatif/hypnotique (classé parmi les benzodiazépines), dont la puissance équivaldrait selon certains à dix fois celle du diazépam (Valium). Ce produit a été développé et commercialisé depuis 1975 par la compagnie pharmaceutique *Hoffman-La Roche*, dont le siège social se trouve en Suisse.

Le Rohypnol se présente généralement sous la forme de comprimés ronds et blancs, légèrement plus petits que l'aspirine et sécables. L'identification du fabricant ressemble à celle que l'on retrouve sur d'autres comprimés, tels les Ritrovil et les Valium : d'un côté, le monogramme «*Roche /1* ou *Roche /2*» et de l'autre, une entaille en forme de croix.

⁹ Selon la liste dressée en 1999 par Carole Pécelet, toxicologue judiciaire au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale, les drogues absorbées involontairement peuvent comprendre un large éventail d'amnésiants, de sédatifs ou d'hypnotiques.

¹⁰ Source principale d'information : fiches préparées par Micheline Gaudet, toxicologue judiciaire au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale (Montréal, décembre 1996-janvier 1997).

Les comprimés de Rohypnol portent plusieurs surnoms, dont ceux de «roofies», «roachies», «La Rocha», «ropes», «Roche» ou encore «the forget pill», «the date rape drug». Ce produit peut apparaître comme une substance légale et inoffensive, puisqu'il est souvent présenté dans son emballage original (bubble pack). Son coût est relativement peu élevé, soit moins de 5 \$ le comprimé en 1999.

- GHB (acide Gamma-HydroxyButyrique)

Le GHB est une substance endogène présente dans le système nerveux central et dans plusieurs tissus de l'organisme des mammifères. Il a été synthétisé en 1960 par l'équipe française du Dr Henri Laborit. Les chercheurs se sont d'abord intéressés aux propriétés anesthésiques et d'induction au sommeil de ce produit, puis à ses interactions avec d'autres dépresseurs du système nerveux central.

Le GHB se présente généralement sous la forme d'un liquide dans une petite fiole, mais il arrive également qu'il circule sous la forme de poudre ou de granulé. Sa production n'est pas associée à une compagnie pharmaceutique spécifique comme dans le cas du Rohypnol. Le GHB est une drogue de synthèse dont la fabrication ne requiert que deux éléments chimiques de base et ne demande aucun matériel de laboratoire particulier; en outre, la formule peut être facilement obtenue sur Internet.

Le GHB est aussi surnommé «drogue du violeur», «Easy Lay» ou «Ecstasy liquide». L'attrait de cette drogue auprès des jeunes tient en partie à son coût peu élevé, soit de 5 \$ à 20 \$ la petite fiole de liquide.

2.3 Principaux effets

La nature, l'intensité et la durée des effets observés en relation avec les «drogues du viol» varient selon la dose absorbée, la voie d'absorption, le métabolisme de l'individu, la

consommation combinée d'autres substances (drogues ou alcool) et les circonstances de l'absorption.

- Effets cliniques

Versées dans la boisson d'une personne qui ne se doute de rien, les «drogues du viol» la maintiendront dans un état actif, mais avec des manifestations de somnolence (plus rarement de quasi-inconscience) et ce, pour une durée variable. Après l'absorption d'une telle drogue, les victimes peuvent aussi ressentir des étourdissements ou devenir désorientées. Elles peuvent avoir des bouffées de chaleur ou de froid et une sensation de nausée. Certaines éprouveront même de la difficulté à se déplacer avant de s'évanouir. Comme pour plusieurs autres substances de même nature, l'effet de ces drogues est accru si on les combine à de l'alcool ou à d'autres drogues. Outre ces effets communs, on peut distinguer des effets particuliers liés au Rohypnol ou au GHB. Ces effets sont résumés dans le tableau suivant.

- Rohypnol (Flunitrazépam)

Pris à dose thérapeutique (0,5 à 2 mg), le Rohypnol produit de la somnolence et induit au sommeil, effets qui peuvent apparaître rapidement (de 20 à 30 minutes environ après l'absorption de la drogue pour l'effet sédatif) et se poursuivre pendant huit à douze heures. La personne risque aussi de ne pas se souvenir de ce qui s'est passé durant les heures qui ont suivi l'absorption de Rohypnol, cette perte de mémoire pouvant durer jusqu'à 24 heures. Bien qu'il soit un sédatif, le Rohypnol peut par ailleurs susciter un comportement agressif, notamment s'il est combiné à de l'alcool. Une surconsommation de Rohypnol peut aussi provoquer une chute de la pression veineuse centrale (Jamouille, 1996). Bien que cela arrive rarement, une posologie supra-thérapeutique de Rohypnol (plus de 2 mg) peut

Tableau 1 : Effets cliniques du Rohypnol et du GHB

Rohypnol (flunitrazépan)		GHB (acide gamma hydroxybutyrique)	
Posologie	Effets	Posologie	Effets
0,5-2 mg	Somnolence Induction au sommeil Perturbation visuelle Incoordination musculaire Disparition des inhibitions Confusion Léthargie Nausée Perte de mémoire	10 mg/kg	Amnésie Hypotonie
		20-30 mg/kg	Induction au sommeil
Plus de 2 mg (0,5-2 mg si associé avec un dépresseur du système nerveux central)	Coma Dépression respiratoire Décès	50 mg/kg et plus	Somnolence rapide Inconscience (apparition abrupte du sommeil) Coma Hallucinations Vomissements Énurésie Mouvements myocloniques Hypothermie

Source : Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine égale, décembre 1996-janvier 1997.

entraîner le coma et éventuellement le décès de la personne qui a pris une telle dose. Enfin, l'utilisation régulière de Rohypnol peut mener à la dépendance.

- GHB (acide Gamma-HydroxyButyrique)

L'effet de somnolence qui suit l'absorption de GHB (50 mg/kg et plus) se manifeste rapidement (au bout de 15 minutes en moyenne) et peut durer de trois quarts d'heure à huit heures (2,7 heures en moyenne). Selon l'importance de la dose ingérée, d'autres effets peuvent aussi apparaître : amnésie, inconscience et même coma. Les symptômes suivants peuvent indiquer qu'il y a eu surconsommation de cette drogue : défaillance du foie, vomis-

sements, problèmes respiratoires (dont l'issue peut être fatale, ce qui reste toutefois rare).

- Effets liés aux agressions sexuelles

Dans l'ensemble, les « drogues du viol » sont des substances qui peuvent affecter de façon significative ou même annihiler les fonctions qui permettent généralement de résister ou de tenter de résister à une agression sexuelle. On mentionne souvent les effets suivants de ces drogues : jugement faussé, absence d'inhibition donnant une impression de collaboration ou de soumission, confusion, ainsi qu'excitabilité dans certains cas. Dans un objectif d'abus sexuel, un agresseur acquiert grâce à l'usage de ces drogues un pouvoir tout à fait

déroutant pour la prévention, notamment du fait que les victimes paraissent consentantes. Ces phénomènes de «soumission chimique» des victimes et de «contrôle par l'esprit» exercé par les violeurs interpellent les milieux d'intervention, comme nous en discuterons plus loin.

2.4 Aspect légal

- Rohypnol (Flunitrazépan)

La prescription et la vente de Rohypnol sont illégales au Canada et aux États-Unis. Au Canada, la première saisie de cette substance (3500 doses) aurait eu lieu en janvier 1999 à North Vancouver (Colombie-Britannique). Comme le Rohypnol peut être obtenu de façon légale (à partir d'une ordonnance médicale) dans un grand nombre de pays (entre 60 et 80 selon les sources d'information), il peut toutefois être introduit en petites quantités au pays par l'intermédiaire de voyageurs internationaux. Aux États-Unis, les saisies de Rohypnol datent de 1989 et ce produit ne peut être légalement importé depuis 1996. Avant cette date, les voyageurs pouvaient apporter pour leur usage personnel l'équivalent d'une prescription de trois mois. L'importance des entrées de Rohypnol à la frontière mexicaine a contribué au renforcement de la législation américaine. Le Mexique - l'un des pays où se fabrique le Rohypnol et où il peut être prescrit médicalement - et certains pays d'Amérique latine continuent d'être les principales sources d'approvisionnement illégal de ce produit aux États-Unis.

- GHB (acide Gamma-HydroxyButyrique)

Aux États-Unis, la vente du GHB est illégale, mais sa possession reste légale (*Smith*, 1999). L'agence fédérale de contrôle des drogues (*Drug Enforcement Administration* ou *DEA*) tente d'en faire

une «substance contrôlée», comme l'ont déjà fait 20 États américains. Les changements de classification du GHB, d'abord identifié comme supplément alimentaire par la FDA (*Food & Drug Administration*), puis comme «drogue dangereuse», ont provoqué un débat qui met en cause les effets jugés bénéfiques de ce produit et les intérêts de la FDA.

En France, la MILDT (*Mission interministérielle de lutte contre la drogue*) vient de classer le GHB comme stupéfiant (avril 1999). L'interdiction de vente aux particuliers touche le produit de base servant à le fabriquer (le gamma OH). Il appert en effet que les laboratoires clandestins pullulent déjà en France et en Europe (*Paris Match*, novembre 1999).

Au Canada, la possession de GHB est interdite depuis mars 1998. Cette drogue serait fabriquée en grande quantité en Ontario, surtout dans la région de Toronto (*GRC*, 1998). Le trafic de GHB a été à l'origine d'une dizaine d'incidents dans la région de Québec en 1998, dont la saisie d'un litre du produit. Plus récemment, en janvier 2000, le *Service de police de la Communauté urbaine de Montréal (SPCUM)* trouvait 20 ml de GHB, en plus de 70 g d'héroïne, lors d'une perquisition visant à mettre fin aux activités d'un réseau spécialisé dans le trafic d'héroïne à Montréal.

- Sanctions

Le Rohypnol et le GHB comptent maintenant parmi les substances dont la possession, le trafic et la possession en vue d'en faire le trafic sont interdits par la loi canadienne (Loi réglementant certaines drogues et autres substances ou LRC DAS). Les pénalités prévues pour les substances inscrites à l'Annexe III de cette loi¹¹

¹¹À la suite d'une modification, le flunitrazépan et le GHB (sous l'appellation d'acide hydroxy-4 butanoïque) ont été ajoutés aux substances listées dans l'Annexe III.

varient selon qu'il s'agit d'un acte criminel ou d'une infraction sommaire. Dans le premier cas, la personne jugée coupable peut écoper de trois ans d'emprisonnement au maximum pour possession d'une substance interdite et de 10 ans pour trafic ou possession en vue d'en faire le trafic. Dans le second cas, les peines vont d'une amende maximale de 1000 \$ (première infraction) à 2000 \$ (récidive) ou de six à douze mois de prison pour possession ; s'il y a trafic, l'emprisonnement peut atteindre une durée maximale de 18 mois.

Dans les faits, il semble que les sanctions pour possession de «drogues du viol» restent faibles au Canada. Selon les informations recueillies auprès de personnes ressources, on compterait moins de cinq cas d'arrestation par année concernant les «drogues du viol». Les sanctions apparaissent relativement peu sévères : par exemple, trois mois de prison pour possession de 52 fioles de GHB et une amende seulement pour possession d'une fiole. Notons enfin que la simple consommation d'une drogue ne constitue pas un délit punissable selon le Code criminel canadien.



À Montréal, les premiers indices de circulation de «drogues du viol» sur les campus universitaires remontent à un incident survenu à l'Université McGill à l'automne 1996. Dans un bar du campus, deux jeunes femmes ont consommé séparément une bière qu'un individu leur avait offerte et à laquelle il avait mêlé une drogue que l'on suppose être du Rohypnol. Ces deux femmes ont souffert par la suite des mêmes symptômes : confusion, difficulté à s'exprimer, manque de coordination des mouvements, etc. L'individu a proposé à l'une d'entre elles de la reconduire chez elle, mais un ami de la jeune femme alerté par son état «bizarre» est intervenu au moment opportun et l'a raccompagnée en toute sécurité.

Comme le souligne Luc Chabot, des programmes d'études en toxicomanie de l'Université de Montréal, ce sont les saisies ponctuelles de GHB effectuées par le *Service de police de la Communauté urbaine de Montréal (SPCUM)* qui permettent de savoir que cette drogue est en circulation dans la région montréalaise. D'après lui, il n'existe pas de données statistiques fournissant des informations précises sur l'importance de la consommation de GHB ou de Rohypnol à l'échelle métropolitaine ou encore sur son accroissement dans le temps.

Le Rohypnol et le GHB ne constitueraient pas, comparativement à la cocaïne par exemple, des drogues de haute consommation dans la région montréalaise. Le milieu du crime organisé serait donc moins intéressé à les produire

et à en faire le commerce. Les services policiers auraient aussi tendance à concentrer leurs efforts sur les drogues les plus dommageables et à ne pas accorder la priorité à des drogues «secondaires» comme le Rohypnol et le GHB.

Toutefois, la présence de GHB dans la saisie d'un important stock d'héroïne (SPCUM, janvier 2000) laisse croire que les réseaux de trafiquants ne seraient pas totalement indifférents au commerce de ces drogues. La circulation de GHB et de Rohypnol dans les parties rave laisse aussi croire que la tendance est en train de changer vers une augmentation de la consommation de ces drogues, comme le prouvent des saisies récentes effectuées lors de telles soirées. Comme le note Luc Chabot, les participants à ces événements sont souvent dupes en regard des drogues qu'ils y consomment.

Selon Nathalie Brault, psychologue à la Clinique pour victimes d'agression sexuelle de l'Hôtel-Dieu et présidente de la Table de concertation en matière d'agressions à caractère sexuel (Région de Montréal), les agressions sexuelles susceptibles d'être liées aux «drogues du viol» pourraient représenter environ 15 % des 200 cas d'agression sexuelle traités annuellement par la clinique. Les personnes ressources rencontrées s'accordent par ailleurs pour dire que, faute de données statistiques sur les agressions sexuelles liées aux «drogues du viol», il est difficile d'affirmer ou de prouver que ce phénomène est en hausse dans la région montréalaise. C'est surtout à partir du milieu des années 1990 que l'on

a commencé à associer les «drogues du viol» à des cas d'agression sexuelle, mais il est possible que des agressions commises auparavant en utilisant des drogues ayant des effets semblables à ceux du GHB ou du Rohypnol n'aient pas été identifiées comme étant liées à des «drogues du viol». Il a donc pu y avoir une sous-estimation de ce phénomène qui, combinée à la prise de conscience récente face à cette réalité, mettrait davantage en relief les cas actuels. Certaines personnes estiment donc qu'il n'y a pas eu de changement dans l'évolution de ce phénomène, alors que pour d'autres, il y aurait effectivement une tendance à la hausse de ces actes criminels dans la région montréalaise depuis deux ou trois ans. La nouvelle vague de laboratoires «maisons» et l'accès à certains sites Internet favoriseraient également l'accroissement récent de ce phénomène.



Le manque de données statistiques, d'informations et d'unanimité selon les milieux d'intervention sur l'utilisation de ces drogues et l'accueil des victimes nous amènent à soulever des questions importantes.

4.1 Un phénomène stable ou en progression?

Il reste difficile d'évaluer dans quelle mesure l'utilisation de «drogues du viol» à des fins d'agression sexuelle est très répandue ou en progression. En effet, les agressions sexuelles liées à l'ingestion involontaire de «drogues du viol» demeurent largement sous-déclarées et leur fréquence paraît être de nature anecdotique, au Canada notamment. Un article récent (Smith, 1999) fournit cependant des données, valables pour l'ensemble des États-Unis, sur les cas d'agression sexuelle où la victime était sous l'influence du Rohypnol ou du GHB : pour ce qui est du Rohypnol, au moins 26 cas survenus entre 1994 et 1998 mettent en cause l'utilisation de cette drogue; pour le GHB, 22 cas ont été rapportés à l'agence américaine responsable du contrôle des drogues (Drug Enforcement Administration ou DEA) depuis le début de 1996 jusqu'en mars 1999.

Les analyses effectuées depuis dix ans pour l'ensemble du Québec par le *Laboratoire des sciences judiciaires et de médecine légale* (situé à Montréal) ont permis de déceler et de démontrer la présence de diverses substances dans des cas d'agressions sexuelles liées à l'ingestion involontaire de drogues. Les substances identifiées sont plutôt qualifiées de «médicaments usuels» par rapport au Rohypnol et au GHB¹², car elles peuvent généralement être obtenues en vente libre dans les pharmacies ou sur ordonnance médicale. Dans l'ensemble, ces médicaments auraient des effets semblables à ceux recherchés lorsque le Rohypnol ou le GHB sont utilisés à des fins d'agression sexuelle. En ce qui concerne le Québec tout au moins, il serait donc inexact de considérer que les «drogues du viol» n'incluent que ces deux drogues, alors qu'elles n'apparaissent même pas dans les analyses effectuées à la suite d'une déclaration de viol et concluant à une ingestion involontaire de drogues¹³. Une étude récente (ElSohly et Salamone, 1999) indique d'ailleurs que ces deux drogues se retrouvent dans moins de 5 % des échantillons d'urine prélevés dans 1179 cas de viol¹⁴ commis aux États-Unis entre mai 1996 et juin 1998.

¹²Entrevue téléphonique avec Carole Pécelet, toxicologue judiciaire au Laboratoire des sciences judiciaires et de médecine légale.

¹³Selon C. Pécelet, il y aurait eu un cas d'ingestion volontaire de GHB parmi l'ensemble des analyses effectuées.

¹⁴Selon l'étude (ElSohly et Salamone, 1999), le GHB a été décelé dans 4,1 % des cas et le Rohypnol, dans 0,5 %. Si l'on exclut les échantillons ne contenant aucune des neuf catégories de substances testées (échantillons négatifs), le GHB se retrouve dans 6,7 % des 711 échantillons positifs et le Rohypnol, dans 0,8 % d'entre eux. Notons que cette étude a été menée par les Laboratoires ElSohly et Roche Diagnostics.

Plusieurs auteurs, américains surtout mais aussi canadiens, considèrent qu'il y a eu au cours des dernières années une hausse du nombre de cas rapportant l'utilisation de drogues, souvent combinées à de l'alcool, à des fins d'agression sexuelle (neuf références bibliographiques citées dans l'article d'ElSohly et Salamone, 1999). Mais les avis sur cette question semblent surtout dépendre de l'expérience de terrain et de l'expertise des individus ou des organismes concernés. De plus, les informations rapportées par les journaux ou les organismes d'aide donnent généralement un portrait plus alarmant de la situation que ne le font les revues scientifiques.

En Ontario, le *Toronto Star* prévenait déjà la population en novembre 1998 à l'effet que les agressions sexuelles reliées aux «drogues du viol» avaient augmenté à travers la province, ce qui incitait un centre de prévention (*Halton's Violence Prevention Council*) à mettre sur pied une campagne d'information. Par ailleurs, une représentante de la *Ontario Coalition of Rape Crisis Centres* rapporte qu'à Toronto et ailleurs en Ontario, les centres reçoivent chaque semaine des appels de femmes qui paraissent avoir été droguées au Rohypnol ou à d'autres drogues ayant un effet similaire¹⁵. À Montréal, l'expérience des intervenantes auprès des victimes d'agression sexuelle et leur collaboration avec les travailleurs et travailleuses des milieux communautaires tendent à confirmer cette tendance, soit l'augmentation du nombre de victimes des «drogues du viol», sans que pour autant les données statistiques révèlent une hausse effective de cas.

4.2 Un paradoxe à considérer

Il existe un élément important, soit la nécessité de faire le plus tôt possible après l'agression des prélèvements d'urine et de sang chez les victimes d'agressions sexuelles pouvant être liées à une ingestion involontaire de drogues. En effet, comme pour la plupart des drogues, les traces des «drogues du viol» disparaissent rapidement du système des personnes qui en ont absorbé. Or, il est à peu près impossible de détecter la présence de ces drogues dans l'urine d'une personne si le prélèvement n'est pas fait en deçà des durées limites prévues pour chaque substance, soit de 12 à 24 heures pour le GHB et de 24 à 48 heures pour le Rohypnol¹⁶.

Dans leur article, ElSohly et Salamone (1999) concluent que près de 20 drogues peuvent être en cause dans les cas d'agression sexuelle, mais ils ne peuvent déterminer si leur ingestion a un lien direct avec l'agression ou s'inscrit plutôt dans la consommation habituelle de la victime avant l'agression. Les chercheurs ont eu recours aux tests les plus performants pour déceler la présence de Rohypnol et de GHB. Ils soulignent toutefois que la détection du GHB demande des tests particuliers qui ne font pas partie de l'arsenal habituel de tests utilisés par les laboratoires. Ils recommandent donc de tenir compte des nouvelles drogues en circulation en incluant, par exemple, les tests de détection du GHB dans les analyses effectuées dans les cas d'agression sexuelle. Il est toutefois à noter que si les tests ne sont pas faits automatiquement, c'est à la demande de groupes d'aide aux victimes qui craignent que ces informations soient utilisées contre elles en cour.

¹⁵ Source : *Toronto Star*, Nov. 12, 1998

¹⁶ Smith (1999) mentionne cependant la possibilité de détecter du Rohypnol jusqu'à un délai de 72 heures après l'ingestion d'une dose d'au moins 2 mg. Mais il reste que pour ces drogues (Rohypnol, GHB et autres tranquillisants), la période offrant la plus grande garantie de détection se situe en deçà de 12 heures (Gravel, 1997).

Ces éléments d'information et les constats déjà faits sur la faible prévalence de drogues comme le Rohypnol et le GHB parmi l'ensemble des drogues en cause dans les cas d'agression sexuelle nous amènent à nous demander pourquoi on ne trouve pas plus de traces de ces drogues pourtant existantes et utilisées. Est-ce une question de délais dans les prélèvements, d'accessibilité et de sensibilité des tests, de manque de support ou d'information autant chez les victimes que chez les intervenants et intervenantes? Est-ce qu'il y aurait vraiment une sur-médiatisation de ces drogues par rapport à d'autres utilisées aux mêmes fins ou une moindre circulation de ces drogues (Rohypnol ou GHB) à Montréal?

4.3 Une diversité de points de vue

Compte tenu des informations recueillies ainsi que de la formation et de l'expérience des intervenants et intervenantes de divers domaines, nous faisons l'hypothèse que des réalités professionnelles différentes peuvent influencer la perception différentielle de l'évolution du phénomène des «drogues du viol» et de l'importance relative de certaines drogues dans le contexte des agressions sexuelles.

En effet, les «drogues du viol» n'apparaissent pas comme un phénomène nouveau en soi pour les intervenants et intervenantes du domaine de la toxicologie qui travaillent dans un milieu habitué à faire face à l'introduction de nouvelles substances engendrant des conséquences néfastes. Ainsi, l'utilisation du GHB ou du Rohypnol est nécessairement relativisée, puisqu'elle est replacée dans l'ensemble des drogues pouvant servir aux mêmes fins. De plus, l'intérêt soudain pour ces substances spécifiques (GHB et Rohypnol) est interprété comme tenant davantage à une poussée médiatique qu'à un réel accroissement de leur usage,

lequel n'est pas démontré par les analyses effectuées en laboratoire au cours des dernières années. L'accent n'est donc pas mis sur une ou deux drogues en particulier, mais la préoccupation réelle à l'égard des «drogues du viol» concerne plutôt un large éventail de drogues dont l'utilisation à des fins d'agression sexuelle ne serait pas récente et resterait méconnue du grand public. Ce point de vue se retrouverait également parmi des intervenants et intervenantes des milieux judiciaires et de certaines unités spécialisées des milieux policiers. Le problème des «drogues du viol» est reconnu, sans qu'il soit vu pour autant comme un phénomène en expansion caractérisé par l'utilisation de GHB ou de Rohypnol. Par ailleurs, la consommation et la circulation de ces deux drogues peuvent être perçues comme un phénomène d'importance secondaire comparé à tout ce qui touche la cocaïne ou l'héroïne, par exemple.

Le phénomène est analysé sous d'autres angles lorsque les intervenants et intervenantes consultés proviennent d'organismes œuvrant auprès des femmes et des jeunes et/ou travaillant dans les domaines communautaires, de l'éducation ou de la santé. Leur préoccupation concernant les «drogues du viol» s'inscrit d'emblée dans une perspective globale axée sur le problème des agressions sexuelles. Elle est alimentée par les expériences vécues par les victimes qui se présentent dans les urgences des hôpitaux ou dans les centres d'aide. Cette préoccupation est d'autant plus vive que, pour les intervenants et intervenantes en prévention de la violence envers les femmes et en promotion de la santé des jeunes, les «drogues du viol» font penser à la «nouvelle bactérie résistante à l'antibiotique» utilisé et jugé efficace jusqu'alors. Bien qu'elles existent depuis un certain temps déjà, les «drogues du viol» n'en demeurent pas moins une nouvelle forme de criminalité, du moins si

on les regarde du point de vue des actions préventives à adopter.

4.4 L'évolution des contextes d'utilisation des «drogues du viol»

Destinées d'abord à un usage thérapeutique, puis servant davantage à un usage personnel, dans quelle mesure des drogues comme le Rohypnol ou le GHB, maintenant entre les mains d'agresseurs sexuels et de voleurs, pourraient-elles profiter à plus long terme à des réseaux organisés de criminels? Un article récent, paru dans une revue de criminologie (Brenzinger, 1998), met en évidence l'utilisation que peuvent faire les «violeurs en série» (*serial rapists*) de drogues obtenues sur ordonnance médicale ou fabriquées de façon artisanale afin d'accélérer le processus de soumission de leurs victimes. Le contrôle exercé par les agresseurs sur des personnes qui semblent «actives», mais qui, en fait, ne peuvent opposer aucune résistance efficace à l'agression dont elles sont victimes constitue d'ailleurs l'aspect le plus nouveau et le plus déroutant de l'usage de ces produits, selon *Le Nouvel Observateur* (20-26 janvier 2000). Dans ce dossier sur les drogues de synthèse, les auteurs font aussi ressortir les liens des revendeurs avec «l'euromafia» qui se trouverait de plus en plus impliquée dans «l'industrialisation» de ces drogues.

L'évolution des «drogues du viol» est donc passée de l'usage médical à l'usage personnel pour aboutir finalement au contrôle ou à la prise de pouvoir sur l'esprit et le corps d'autres personnes (Lyman *et al.*, 1998). Même s'il faut éviter d'accorder trop d'importance aux propos alarmistes, il n'en demeure pas moins que des considérations de l'ordre de la sécurité des collectivités se posent. Qu'en serait-il si ces drogues étaient utilisées lors d'actes de violence urbaine et que des groupes organisés y trouvaient un outil efficace? Les «drogues du viol»

interpellent, compte tenu de l'évolution possible de leur usage vers un scénario «vol-violence». La mobilisation et la concertation de tous les réseaux nous semblent incontournables afin de prévenir l'élargissement des contextes d'utilisation des «drogues du viol».

4.5 La banalisation et la consommation étendue des drogues en cause

Plusieurs personnes s'inquiètent de l'utilisation du Rohypnol et du GHB pour des raisons qui ne se rapportent pas directement aux agressions sexuelles. Trois grands sujets d'inquiétude reviennent souvent dans les écrits sur cette question : la banalisation de l'usage de ces drogues, leur circulation en hausse (surtout parmi les jeunes) et la méconnaissance de leurs effets néfastes. Or, ces tendances peuvent à des degrés divers influencer l'évolution du phénomène des agressions sexuelles liées aux «drogues du viol», ne serait-ce que parce qu'il est certainement plus facile de se servir de drogues jugées inoffensives, d'usage plus ou moins courant et pouvant être obtenues sans trop de difficultés. Le développement de la «toxicomanie cool» doit donc être pris en considération si l'on veut mieux appréhender la question des «drogues du viol». De plus, ceci doit être vu globalement dans le contexte de l'utilisation et la banalisation des psychotropes dans les relations amoureuses et sexuelles.

Le dossier récent du *Nouvel Observateur* lie l'utilisation du GHB, qui serait en train d'exploser en France, à la consommation en hausse des drogues de synthèse (comme l'*ecstasy*) lesquelles seraient perçues à tort comme inoffensives. Il met en relief la banalisation et la multiplication de ces drogues qui bénéficieraient d'une «bienveillance diffuse» dans certains milieux en raison, entre autres, de leur apparence inoffensive et de leur coût peu élevé. Or, les neurobiologistes considèrent que l'*ecstasy*, drogue de synthèse généralement

utilisée dans les *raves*, peut entraîner une dégénérescence des cellules nerveuses à moyen et à long terme, notamment au niveau des terminaisons à sérotonine (Jean-Paul Tassin interviewé par *Le Nouvel Observateur*, 20-26 janvier 2000).

Aux États-Unis, les écrits en santé publique mettent davantage l'accent sur la consommation de Rohypnol. Outre sa popularité dans le milieu étudiant des campus universitaires, cette drogue semble avoir la réputation tenace d'être inoffensive, malgré les incidents prouvant sa nocivité. De nombreux cas sont rapportés mettant en cause les effets indésirables de son utilisation lors de soirées organisées par des *fraternités* étudiante (vomissements, étourdissements, etc.) ou les conséquences imprévues de sa consommation par des utilisatrices victimes par la suite d'une agression sexuelle commise par des jeunes gens qu'elles connaissaient déjà.

Finalement, on connaît mal les effets des «drogues du viol» à moyen et à long terme. Pour évaluer ces effets, on doit nécessairement tenir compte du niveau de tolérance variable de chacun et de la consommation plus ou moins importante d'alcool d'une victime avant que la drogue ait été mise dans son verre. En Ontario, l'on craint que ce ne soit qu'une question de temps avant qu'il n'y ait une mort due à ces drogues (*Toronto Star*, novembre 1998), ce qui s'est déjà produit aux États-Unis (*Smith*, 1999).

4.6 Le profil des agresseurs

Autre question méritant réflexion : les utilisateurs de «drogues du viol» à des fins d'agression sexuelle ont-ils un profil différent de celui des autres agresseurs sexuels? Dans le document de travail sur les orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle (*Québec*, 1999), certaines attitudes sociales telles l'hostilité envers les femmes, les attitudes stéréo-

typées par rapport aux rôles sexuels et l'acceptation de la violence dans les rapports interpersonnels sont citées comme étant associées à la propension à agresser sexuellement une femme, surtout si cet acte risque fort peu d'être dénoncé par la victime. Ce document indique également que la pression des pairs et certains problèmes de délinquance ou d'ajustement social peuvent constituer d'autres facteurs de risque. Selon la synthèse faite par Tourigny et Lavergne (1995; cités dans Tourigny et Dufour, 2000), le fait de consommer immodérément de l'alcool ou des drogues constituerait un facteur non négligeable d'incitation à l'agression sexuelle, notamment dans les environnements à forte concentration masculine (par exemple, les fraternités étudiantes). En principe, dans le cas des agressions sexuelles liées aux «drogues du viol», nous devrions être en présence d'attitudes ou de facteurs sociaux similaires pour ce qui est des agresseurs.

Un certain nombre de questions spécifiques se posent cependant en ce qui a trait à l'utilisation des «drogues du viol». Y aurait-il une telle banalisation de la consommation de ce type de drogues que leur usage à des fins d'agression sexuelle s'en trouve aussi banalisé? Les agresseurs, qui ont recours à toutes sortes d'arguments pour se déresponsabiliser, ne trouveraient-ils pas, grâce aux propriétés de ces drogues, une justification facile en alléguant que la victime était de toute façon «consentante» et qu'ils n'ont rien fait de mal en «répondant à ses désirs», qu'il ne s'agissait pas d'une agression puisque la contrainte physique n'a pas été employée?

Aurions-nous plutôt affaire à un «nouveau» type d'agresseurs qui verraient dans l'accessibilité des «drogues du viol» un moyen plus facile de commettre un viol? Ces agressions sont probablement préméditées, car l'achat

même de drogues suppose une certaine planification, comme cela a déjà été démontré dans des cas de viol où la victime avait été incitée à consommer de l'alcool (étude de Amir, 1967, citée dans Tourigny et Dufour, 2000). On reconnaît généralement que, dans la majorité des cas d'agression sexuelle (incluant ceux où l'alcool est en cause), les agresseurs sont connus de leur victime. Mais lorsqu'il y a utilisation de «drogues du viol», les victimes sont-elles choisies au hasard dans un contexte public ou font-elles plutôt partie de l'entourage de l'agresseur qui profite du fait que les vertus «amnésiastes» des «drogues du viol» peuvent préserver un certain anonymat? L'usage des *date rape drugs* laisse supposer que l'agresseur n'est pas un étranger pour sa victime.

Bref, sommes-nous devant une augmentation réelle du nombre d'agresseurs et/ou une modification de leur profil allant vers un éventail plus large des types d'agresseurs? Sachant que la majorité des agressions sexuelles sont commises par une personne connue des victimes, doit-on orienter différemment les messages pour une prévention plus efficace de ces agressions? Par ailleurs, comment dénoncer l'utilisation des «drogues du viol» sans susciter l'intérêt d'agresseurs potentiels et, peut-être même, un effet d'entraînement? En limitant les possibilités d'action des agresseurs, les mesures de protection constituent encore les moyens les plus efficaces pour réduire les risques d'agression sexuelle. Enfin, dans un idéal de rapports égalitaires et solidaires, comment faire en sorte que les hommes se sentent concernés par cette forme de violence et deviennent des alliés des femmes dans la prévention? Il faut continuer à croire dans l'implication des hommes afin de dénoncer et d'éliminer les attitudes stéréotypées par rapport aux rôles sexuels et la violence dans les relations interpersonnelles.



Avant de traiter des mesures de protection et de prévention, il convient de faire quelques remarques préalables. Devant les menaces d'agressions sexuelles liées aux «drogues du viol», la première réaction est d'informer les victimes potentielles afin qu'elles se protègent. Plusieurs des mesures envisagées concernent spécifiquement leur comportement, ce qui peut avoir pour effet d'accroître leur responsabilisation et, advenant qu'elles subissent une agression, de renforcer leur culpabilisation au détriment des blâmes envers l'agresseur. Il faudrait donc veiller, en proposant de telles mesures, à ne pas faire porter indûment le poids de l'éventualité d'une agression et de sa concrétisation à celle qui la subit. En mettant l'accent sur le fait que ces mesures visent à réduire les facteurs de risque ou de vulnérabilité ou encore les possibilités d'action de l'agresseur, on peut probablement éviter que les femmes se sentent responsables ou qu'on leur attribue indûment la responsabilité des agressions commises à leur endroit. Notons enfin que le terme de « survivantes », soutenu par l'approche féministe, tend de plus en plus à remplacer celui de « victimes », souvent associé à une attitude passive, pour désigner les femmes ayant été agressées sexuellement.

Selon B. Timmins¹⁷, penser que les femmes peuvent « prévenir » une agression sexuelle (en surveillant leur comportement, etc.) est une

idée fautive, car seul l'agresseur exerce un contrôle effectif sur un tel acte (« Stop Blaming Women », 1996). Dans ce contexte, les mesures concrètes à adopter concernant les « drogues du viol » devraient surtout viser à rendre l'environnement plus sûr et à favoriser la solidarité entre les membres d'un groupe d'amies ou d'amis lors de soirées ou de sorties dans les bars. Somme toute, il apparaît plus approprié de parler de « mesures de protection » pour les femmes et leur entourage et de « mesures de prévention » en ce qui a trait à l'environnement et à la population en général.

5.1 Mesures face aux agressions sexuelles

En collaboration avec les diverses instances concernées, le gouvernement du Québec a réalisé un document intitulé *Les orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*¹⁸. Ces orientations, qui se trouvent en processus de consultation actuellement, visent à offrir un cadre d'action commun pour ceux et celles qui œuvrent dans ce domaine et à harmoniser les différents services offerts à la population, que ce soit pour prévenir les agressions sexuelles ou pour répondre aux besoins des victimes.

La prévention des agressions sexuelles demande d'abord une compréhension commune de ce problème et le partage de valeurs

¹⁷Coordonnatrice externe du Centre sur les agressions sexuelles de l'Association des étudiant(e)s de l'Université McGill en 1996-1997.

¹⁸Québec, Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle, document de travail, 6 mai 1999, 67 p. Ce document de travail, dont plusieurs éléments sont repris dans cette section, sera rendu public ultérieurement.

fondamentales et de principes directeurs à partir desquels pourra être menée la lutte. L'agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux de la personne en matière de sécurité et d'intégrité. Le respect de l'intégrité physique, psychologique et morale des personnes s'impose donc comme première valeur à respecter et à rappeler dans tous les milieux de vie. S'ajoute également le climat de confiance et de sécurité qui doit régner dans la ville, à l'échelle de tous les quartiers, et dont la responsabilité revient en bonne partie aux autorités municipales mandatées par la population lors des élections. Les principes directeurs qui découlent de ces valeurs sont à la base des cinq axes d'intervention proposés dans le document de travail mentionné, soit la promotion, la prévention, le dépistage, l'intervention psychosociale et l'intervention judiciaire et correctionnelle.

Afin de réduire l'incidence et la prévalence des agressions sexuelles, il importe de s'attaquer aux causes immédiates de ce problème en menant des actions multiples et répétées auprès de la population (enfants, adolescentes et adolescents, adultes). Compte tenu de l'insuffisance et de la dispersion des efforts entrepris, les *Orientations gouvernementales* proposent comme premières mesures d'établir une plate-forme d'intervention, d'une part, en sollicitant la mobilisation et le soutien de tous les milieux et, d'autre part, en implantant et en consolidant des politiques et des activités de prévention dans les organismes travaillant auprès des enfants. Une autre mesure concerne plus directement les autorités municipales, puisqu'elle vise à assurer la sécurité dans les lieux publics, notamment par l'amélioration physique du territoire.

Les personnes les plus à risque de subir une agression sexuelle¹⁹ doivent aussi bénéficier des efforts de prévention. Malgré les interventions du milieu communautaire, notamment des *Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)*, les femmes adultes paraissent avoir été négligées en ce qui a trait aux programmes de prévention par rapport aux activités destinées aux enfants ou aux adolescentes et adolescents. Il importe donc de renforcer leurs habiletés à se protéger contre les agressions sexuelles grâce à des programmes et des activités de prévention destinées expressément aux groupes de femmes.

5.2 Mesures spécifiques aux agressions liées aux «drogues du viol»

La meilleure prévention est celle qui débute tôt, dès la petite enfance, par la promotion de rapports harmonieux, égalitaires et respectueux entre les sexes. L'expression des émotions, l'estime de soi et la capacité d'établir et d'affirmer ses limites sont au coeur d'une amélioration de la vie en société. Par ailleurs, la promotion de comportements sexuels responsables contribue à la prévention des agressions sexuelles. Cette promotion est plus facile à réaliser auprès des victimes potentielles, mais elle gagnerait à s'adresser davantage aux agresseurs potentiels. Rappelons-le, même si une femme peut tenter de se protéger, il reste qu'elle a peu de pouvoir en matière de prévention des comportements des agresseurs.

De façon générale, les mesures de protection et de prévention face aux agressions sexuelles visent encore à faire prendre conscience aux femmes que leur sexualité leur appartient et qu'elles peuvent se fier à leurs propres

¹⁹Le document de travail identifie, sur la base d'études déjà réalisées, plusieurs groupes de personnes jugées «plus vulnérables» : les prostituées et les femmes incarcérées ou itinérantes, les personnes handicapées (surtout femmes et enfants), les femmes et les enfants autochtones.

perceptions. Elles ont le droit de décider si, quand et avec qui elles auront une relation sexuelle et de dire «non» en tout temps et en tout lieu, peu importe avec qui cela se passe. Dans cette perspective, qu'une femme ait confiance dans ses perceptions, connaisse ses limites et prenne le temps de comprendre ce qui la met mal à l'aise peut lui permettre de prendre une décision éclairée au moment voulu. Dans une situation d'inconfort, il importe que la personne menacée exprime ses réticences de façon claire et de manière ferme, quitte à crier ou à appeler à l'aide si nécessaire. Or, les capacités de choix et de résistance des femmes sont annihilées dans les cas d'agressions sexuelles liées aux «drogues du viol», ce qui constitue un défi important au plan de la prévention.

Les hommes peuvent et gagnent à s'allier aux femmes dans la prévention des agressions sexuelles. Cette démarche commence par l'élimination des comportements sexistes et des mythes entourant la supériorité masculine dans les rapports sexuels. Plusieurs fausses interprétations sont à revoir de façon à comprendre, entre autres, que le silence ne signifie pas consentement, que «non», «arrête» ou «ça ne me tente pas» signifient toujours «non». Le fait de croire que le *flirt* d'une femme avec un homme indique son consentement à une relation sexuelle ou considérer une amorce de touches ou de contacts sexuels comme une garantie de rapports sexuels complets sont des mythes à éliminer. L'influence des hommes adultes auprès des garçons non seulement comme modèles, mais aussi comme éducateurs sexuels, est à renforcer et pourrait constituer à l'avenir une intervention très efficace dans la réduction des comportements stéréotypés.

Les mesures de protection des agressions sexuelles liées aux «drogues du viol» sont de plusieurs types. Les mesures s'adressant aux

individus concernent principalement les femmes, mais certaines peuvent aussi s'appliquer aux hommes, puisque ces drogues peuvent éventuellement servir à commettre des vols ou des agressions à leur égard. Ces mesures visent surtout à suggérer diverses précautions à prendre lors de la fréquentation d'endroits où ces drogues pourraient être utilisées. D'autres suggestions se rapportent à l'entourage dans la mesure où certains comportements sociaux sont de nature à assurer une meilleure sécurité. Enfin, les propriétaires, les gestionnaires et le personnel des établissements où ces drogues peuvent circuler sont directement interpellés par ce problème et les mieux placés pour proposer des solutions. Leur responsabilisation est indispensable en vue d'assurer une meilleure protection de leur clientèle.

5.2.1 Mesures s'adressant aux individus, aux victimes potentielles: «Garder son verre à l'œil»

Des mesures générales touchant les agressions sexuelles s'appliquent également aux agressions liées aux «drogues du viol». La consommation d'alcool s'inscrit ainsi parmi les facteurs de risque qui se conjuguent pour façonner un contexte d'agression potentielle. De plus, l'introduction de «drogues du viol» dans une boisson est souvent associée au phénomène plus général de consommation d'alcool dans le cadre d'une activité sociale. Garder un esprit clair représente un bon moyen de prévenir et, si possible, de déjouer une agression éventuelle. La vigilance, qui demande que la personne soit éveillée à ce qui se passe autour d'elle, demeure aussi un moyen répandu de protection personnelle, mais encore une fois, elle ne peut s'exercer que dans la mesure du possible.

Les suggestions les plus fréquentes en matière de protection se rapportent à la confiance en son intuition, à l'action rapide et à la vigilance. N'oubliez pas que c'est particulièrement dans les coins où les lumières sont tamisées ou près des pistes de danse que les drogues (comprimé, poudre ou liquide) sont facilement versées dans un verre d'alcool ou d'autre liquide délaissé pour le temps d'une danse ou d'un déplacement quelconque. Le tableau 2 présente une synthèse de ces mesures.

5.2.2 Mesures s'adressant à l'entourage: «Se serrer les coudes»

Les mesures s'adressant à l'entourage se fondent surtout sur la solidarité au sein d'un groupe de personnes ayant des liens de parenté ou d'amitié, ce qui signifie compter les unes sur les autres pour se protéger et prendre soin des autres. Les comportements soudainement exubérants ou inhabituels sont un signe de vulnérabilité, surtout pour une personne qui est habituellement plus introvertie. Vaut mieux faire fausse route que de rester dans l'inaction et mettre en danger l'intégrité d'une personne, même si celle-ci demande qu'on la laisse tranquille. Il faut se rappeler que cette personne est probablement intoxiquée et sera reconnaissante le lendemain - et par la suite - d'avoir bénéficié de la vigilance de ses amies et amis. Même «en virée», un groupe peut former une défense puissante contre «l'arme chimique» représentée par les «drogues du viol» et la contrainte qui peut être exercée. Les principales suggestions sont présentées au tableau 2.

5.2.3 Mesures s'adressant aux autres personnes concernées: «Prendre ses responsabilités»

De façon générale, informer les femmes à propos des effets des «drogues du viol» peut leur permettre de se protéger les unes les

autres. Informer l'ensemble de la population sur les caractéristiques et les effets de ces drogues peut aussi permettre de renforcer le soutien apporté par le milieu à la prévention de leurs conséquences néfastes. Devant les intentions des utilisateurs de «drogues du viol», la promotion des valeurs de solidarité et de protection entre les individus peut faire toute la différence et enrichir les interventions. La lumière qui est ainsi jetée sur ce problème pourrait même en venir à perturber les agissements des agresseurs potentiels dont l'intérêt est d'opérer dans l'ombre et d'y demeurer.

D'autres mesures préventives devraient être prises par les compagnies pharmaceutiques mettant sur le marché de tels produits. De plus une révision des lois pourrait inciter davantage les victimes à déposer et poursuivre leur plainte jusqu'au bout des procédures.

Tableau 2 : Mesures de protection suggérées face aux agressions sexuelles liées aux « drogues du viol »

Pour les individus: «Garder son verre à l'œil»	Pour leur entourage: «Se serrer les coudes»	Pour les autres personnes: «Prendre ses responsabilités»
<ul style="list-style-type: none"> • Garder son verre à l'œil et le conserver avec soi lorsqu'on se déplace. • Éviter de boire son verre s'il a été laissé sans surveillance. • Ne boire qu'à partir de contenants non débouchés, surtout s'il s'agit de soirées privées. • Éviter, lors de soirées, de se servir des punchs présentés dans de grands bols. (mesure fondée sur des cas survenus dans des campus universitaires américains). 	<ul style="list-style-type: none"> • Sortir et revenir en groupe. • Prendre soin les uns des autres ou les unes des autres. • Porter attention aux comportements de ses amies et amis, car toute personne paraissant plus ivre qu'elle ne le devrait compte tenu de sa consommation d'alcool, peut être en danger. S'en occuper sur-le-champ et lui accorder une protection immédiate. • Nommer, au sein du groupe, un observateur ou une observatrice efficace des gens, des consommations et des «exubérances» des membres du groupe (sans qu'on puisse se fier totalement à la surveillance des «verres» exercée par une autre personne). 	<ul style="list-style-type: none"> • Toute personne responsable d'une soirée ou d'un établissement porte la responsabilité de la sécurité de sa clientèle.
<ul style="list-style-type: none"> • Refuser toute consommation dont on ignore la provenance. • En cas de malaises, se faire raccompagner en lieu sûr par une personne de confiance, téléphoner à une personne proche ou composer le 911. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenir pour protéger un ami ou une amie lorsque son comportement semble inhabituel. • Se rappeler qu'il vaut mieux intervenir que de laisser l'un ou l'une de ses amis se faire abuser. • Protéger toute personne «vulnérable» en s'interposant lorsqu'un individu propose de la raccompagner ou en avisant le ou la responsable de la soirée de la situation (circonstances douteuses). 	<ul style="list-style-type: none"> • Toute personne responsable d'une organisation visant à informer, éduquer, responsabiliser ou protéger la population doit savoir ce qu'il advient des «drogues du viol» et des mesures à promouvoir en matière de protection et de prévention.
<ul style="list-style-type: none"> • Peu importe ses doutes, se fier à son instinct et avoir confiance en sa capacité à se protéger. • Refuser d'être raccompagné(e) par une personne avec qui on ne se sent pas bien. 	<ul style="list-style-type: none"> • Refuser qu'une personne inconnue s'impose dans son groupe ou sa soirée. • Refuser les «nouveaux trips» qui sont présentés comme inoffensifs. • Ne laisser personne de son groupe derrière en quittant les lieux. • Sortir avec des amis dont l'un ou l'une ne boit pas pour pouvoir conduire en toute sécurité et ramener les autres à la fin de la soirée. 	<ul style="list-style-type: none"> • La promotion des valeurs de solidarité et de protection entre les individus peut faire toute la différence.
<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas hésiter à quitter un endroit si l'entourage n'est pas familier ou si l'environnement ne paraît pas sûr. • Conserver sur soi suffisamment d'argent pour payer ses consommations ou prendre un taxi. • Demander à ses amis ou amies de garder l'œil sur soi. • En cas de malaise, de désorientation ou d'ivresse anormale, confier ses inquiétudes à une personne de confiance. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si un ami ou une amie paraît anormalement ivre et demande même de le ou la laisser tranquille, persister et demander de l'aide au besoin. • Agir dans les limites de ce que l'on se sent capable de faire : cela peut se réduire à téléphoner au 911 ou à un proche de la victime. 	

5.3 Campagnes de prévention

Diverses campagnes de prévention, de plus ou moins grande envergure selon les organismes promoteurs, ont été menées au cours des dernières années dans plusieurs pays (entre autres, au Canada, aux États-Unis et en France). Les objectifs de ces campagnes et les stratégies adoptées montrent qu'il est possible d'agir sur plusieurs fronts pour prévenir les agressions sexuelles liées aux «drogues du viol».

En Ontario, l'accroissement jugé alarmant de ces agressions sexuelles a mené le *Halton's Violence Prevention Council* à planifier une campagne d'information auprès de la population (Toronto Star, novembre 1998). On y incite les femmes à la vigilance quand elles participent à des soirées ou vont dans des bars et à se fier à la solidarité entre copains et copines (*buddy system*). Un comité, le «Rape Drug Awareness Committee», a aussi été mis sur pied en 1998 dans la région de Hamilton-Wentworth en vue de lancer une campagne d'information s'adressant d'abord aux jeunes.

À Los Angeles, le bureau du procureur a mis sur pied une campagne qui visait d'abord à informer la population des problèmes de viol reliés aux drogues et à l'alcool et à prévenir les gens des dangers spécifiques venant des «drogues du viol» dans les bars, boîtes de nuit et autres environnements où se déroulent des soirées. Cette campagne mettait l'accent sur la nécessité pour les victimes de préserver les preuves physiques des agressions sexuelles, tout en avertissant les agresseurs potentiels des sanctions encourues pour de tels crimes.

Dans le cadre de cette campagne, le bureau du procureur a adopté une stratégie en plusieurs volets. Dans un premier temps, on a demandé aux bars, boîtes de nuit et campus universitaires d'installer trois types d'affiches :

les deux premiers s'adressent aux victimes potentielles (notamment ce qu'il faut faire si on est victime d'un viol) et aux agresseurs, alors que le troisième cible la consommation d'alcool comme étant le premier pas vers les «drogues du viol» («*the original date rape drug*»). Des avertissements sont aussi diffusés parmi la population par l'intermédiaire des médias radiophoniques et avec l'aide d'artistes connus dans le domaine de la chanson. Dans un deuxième temps, des programmes d'éducation ont été mis sur pied à l'échelle des campus afin de rejoindre les différents groupes d'étudiants et étudiantes⁰ pour les mettre au courant des problèmes causés par l'alcool et les «drogues du viol». Deux autres stratégies ont été adoptées : d'une part, les services d'urgence des hôpitaux ont été contactés afin qu'on inclut des tests d'urine permettant de détecter des traces de «drogues du viol» dans tout examen médical relatif à un viol; d'autre part, le bureau du procureur a proposé de modifier la législation afin d'accroître les sanctions pour des agressions sexuelles au cours desquelles les victimes auraient été droguées.

En France, les pouvoirs publics visent avant tout à mettre les plus jeunes en garde (*Paris Match*, novembre 1999). Outre les conseils habituels de vigilance (surveiller son verre, etc.), on tente, avec l'aide de l'organisme *Médecins du monde*, de prévenir le danger en assurant une présence dans les soirées *techno*. Afin d'en savoir plus, le MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie) a aussi dépêché des ethnologues dans les parties *rave* et les discothèques, ce qui permettra de savoir quels produits sont réellement consommés par les jeunes. Enfin, les contrôles de police visant le GHB vont être renforcés dans les lieux nocturnes tout en exerçant une vigilance à l'égard des autres drogues. L'organisme *Médecins du monde* doit rendre public incessamment un rapport sur l'état de la drogue

en France (dont trois pages concernant le GHB); ce document devrait aussi se trouver sur le site internet du *MILDT*.

Enfin, selon diverses sources, la compagnie *Hoffman-La Roche*, le fabricant du Rohypnol, a pris plusieurs mesures afin de prévenir les agressions liées à l'ingestion de ce produit. Elle a tout d'abord développé une nouvelle formule qui permet d'allonger le temps de dissolution de cette drogue dans un liquide et de colorer (en bleu) toute boisson dans laquelle elle aurait été versée. La compagnie subventionne également les tests permettant de vérifier la présence de Rohypnol, lesquels sont relativement chers. Ces tests seraient mis gratuitement à la disposition des services d'urgence des hôpitaux, des centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle et des agences de contrôle des drogues, aux États-Unis tout au moins (*Armstrong*, 1997). Enfin, la compagnie s'est impliquée dans la mise sur pied d'une campagne de prévention à l'échelle des États-Unis.

À la suite de l'incident survenu à l'Université McGill en 1996, le *Centre sur les agressions sexuelles de l'Association des étudiant(e)s de l'Université* et le personnel du pub concerné ont rapidement pris des mesures afin d'informer la population sur les «drogues du viol» et d'éviter qu'une telle situation se reproduise. Entre autres actions, l'association a affiché un avertissement (*Health Warning*) venant d'organismes américains sur l'utilisation en hausse du Rohypnol, explicitement identifié comme «drogue du viol». Pour toute personne qui pensait avoir été droguée à son insu, on y donnait comme référence le numéro de téléphone du Centre sur les agressions sexuelles. De plus, cette affiche exposait clairement les sanctions encourues par les agresseurs : expulsion de l'université et poursuite au criminel.

Au cours de l'année 1999, le Comité Femmes et Sécurité de la Petite-Patrie a placé les «drogues du viol» en priorité dans le cadre de son mandat de promotion de la sécurité des femmes. À la fin de l'année 1999, divers organismes communautaires du quartier Petite-Patrie se sont intéressés à cette question et se concertent depuis afin de mieux connaître la problématique, les pistes d'actions et surtout partager une vision préventive commune et respectueuse des diverses réalités et besoins à considérer. Le Comité a aussi publié dans le journal du quartier (*Journal Rosemont Petite-Patrie*) une demi-page fournissant les principaux éléments d'information (position du problème, mesures préventives, ressources disponibles) sous le slogan «Je surveille mon plaisir! Et je veux m'en souvenir!». Par ailleurs, des intervenantes de Trêve pour elles, un centre d'aide et de prévention des agressions sexuelles, sont allées rencontrer les propriétaires ou gestionnaires d'une quinzaine de bars et discothèques montréalais afin de les impliquer dans leur démarche de prévention et d'apposer par la même occasion des affiches informatives dans les toilettes pour femmes de ces établissements. L'accueil reçu a été nettement positif et encourageant pour la poursuite de telles actions. Des affiches ont aussi été posées par cet organisme dans plusieurs Cegeps et universités francophones de la région montréalaise.

D'autres types d'actions ont été menés à l'échelle montréalaise. D'une part, le *GRIP (Groupe de recherche et d'intervention psychosociale)* est présent auprès des jeunes qui fréquentent des parties *rave* de grande envergure; cet organisme renouvelle constamment son site Internet sur les actions préventives qu'il mène. Ce groupe a aussi animé des discussions avec des jeunes filles dans des écoles et maisons de jeunes du quartier. Récemment, le *Bureau de la communauté chrétienne des Haïtiens de Montréal* s'est intéressé à la

question et y a consacré une grande partie de sa populaire émission du dimanche après-midi sur les ondes de la radio communautaire *CIBL*. Entrevues, ligne ouverte, témoignages ont permis d'aborder le sujet au sein de la communauté. Des ateliers d'animation, notamment avec les adolescentes, sont également réalisés.

Il reste cependant que tout le travail de terrain effectué par les intervenantes et intervenants locaux auprès des jeunes, des femmes ou d'autres clientèles rejointes demeure difficile à répertorier, malgré l'efficacité reconnue de ces actions. Par exemple, dans le cadre de leurs interventions habituelles, les travailleurs de rue accompagnent les jeunes et les habilite à se protéger. Les infirmières de la ligne *Info-Santé du CLSC Petite-Patrie* ont été rencontrées; les milieux d'intervention scolaire et policière sont interpellés, notamment via les différentes participations des membres du comité aux instances de concertation du quartier, tels le comité aviseur des postes de police ou un comité de décideurs («*Les lève-tôt*»).

Grâce aux efforts, notamment ceux des intervenants et intervenantes communautaires, et aux fruits de la concertation dans laquelle ce document s'inscrit, nous espérons développer une meilleure connaissance des mesures préventives efficaces et mobiliser les acteurs concernés en vue de promouvoir la sécurité des femmes dans les lieux publics, de prévenir les agressions sexuelles et de soutenir les personnes qui en sont victimes.

Au plan psychologique, être victime d'une agression sexuelle a un effet «toxique» qui affecte également le développement dans le cas de jeunes filles. Malgré les mythes et préjugés l'entourant, l'agression sexuelle est un acte grave qui porte atteinte à l'intégrité fondamentale d'une personne. La dénoncer est un premier pas vers la prévention et la protection sociale pour toutes les personnes qui pourraient en être victimes.



Toute femme agressée sexuellement doit être informée de l'aide existante et obtenir support et encouragement pour en faire usage. Il importe de ne pas affronter la situation seule et d'en parler à quelqu'un de confiance. Enfin, dénoncer l'agression subie permet de se libérer de la responsabilité et de la honte généralement ressenties et peut favoriser la réparation des dommages subis.

6.1 Actions immédiates

Plusieurs organismes qui se sont intéressés à la prévention des agressions sexuelles liées aux «drogues du viol» fournissent des informations sur ce qu'il faut faire lorsqu'une femme pense avoir été droguée ou avoir subi un viol sous l'influence de ces drogues.

Ainsi, l'Université de Toronto conseille aux étudiantes de rapporter dès que possible ce qui s'est passé au Service de police de l'université ou à la Division des agressions sexuelles du Service de police municipal. C'est aussi ce que conseille la *Roofie Foundation*. Par ailleurs, il est recommandé d'avoir recours à de l'aide médicale immédiatement et de ne pas négliger le fait que certains problèmes médicaux engendrés par l'ingestion de «drogues du viol» ne sont pas tout de suite apparents. Si l'on soupçonne qu'une personne puisse avoir été droguée, il faut donc appeler le 911 pour avoir une ambulance ou amener cette personne à l'urgence d'un hôpital.

Comme les «drogues du viol» enlèvent tout souvenir de ce qui s'est passé et que les tra-

ces de ces drogues disparaissent rapidement de l'organisme, il est difficile de rassembler des preuves de l'absorption d'une telle drogue et de l'agression subséquente. Tandis que les victimes tentent de se rappeler ce qui s'est passé et de reconstituer tant bien que mal des événements dont elles n'ont aucun souvenir ou ne gardent que des flashes, les traces des drogues disparaissent progressivement de leur système (processus commun à la plupart des drogues). Or, il est à peu près impossible de détecter ces drogues dans l'urine d'une personne si le prélèvement n'est pas fait rapidement. Le temps est donc crucial lorsqu'il s'agit de passer des tests. Plus tôt la victime passera ces tests, plus il sera facile de détecter la drogue dans son système et plus vite elle pourra obtenir l'aide appropriée. Malgré ces contraintes, tous les organismes conseillent de demander que les services de santé ou de police prennent un échantillon d'urine pour en tester la toxicologie. Dans la mesure du possible, il faudrait aussi garder un échantillon de la boisson prise par la victime (alcool ou autre) à des fins d'analyse, ce qui pourrait permettre de déceler des traces de la drogue versée dans un verre ou tout autre contenant.

Notons tout de suite que le consentement écrit de la victime est exigé pour effectuer des prélèvements. Il importe aussi que les tests soient contrôlés²⁰. Par ailleurs, certains mettent en cause la plus ou moins grande facilité d'utili-

²⁰ Les National Medical Services (NMS), situés en Pennsylvanie (États-Unis), proposent le test du *Prevalent «Date Rape»' Drugs Screen & Confirmation* (©1998) sur leur site Internet (www.nmslab.com). (Relevé : 8 déc. 1999).

sation de ces tests. Les avis varient toutefois quant aux raisons motivant leur sous-utilisation : d'une part ces tests peuvent coûter relativement cher aux institutions, bien qu'ils soient offerts gratuitement dans certains cas. D'autre part, selon un autre avis, ils seraient sous-utilisés parce que l'on craint plutôt que l'information obtenue se retourne contre la victime au moment du procès.

6.2 Dénonciation de l'agression sexuelle

Puisque la victime ne peut le plus souvent se rappeler aucun détail du crime, il est plus difficile de poursuivre l'agresseur à la cour, mais cela ne veut pas dire impossible. On rapporte des exemples de poursuites couronnées de succès, comme celle du procureur Bob Nichols (Broward County, États-Unis) intentée en février 1996 contre un adulte et trois jeunes gens qui commettaient leurs agressions sexuelles en administrant des roofies à leurs victimes. Dans la région de Toronto, des arrestations ont aussi été effectuées dans des cas où cette drogue avait été glissée à son insu dans le verre d'une femme afin d'affaiblir ses résistances.

Il est essentiel de dénoncer cette infraction criminelle pour que, tout d'abord, la victime reçoive l'aide nécessaire suite à ce traumatisme et aussi pour permettre la connaissance de ce crime qui reste encore méconnu des autorités. Lorsque la victime vient au poste de police pour porter plainte, un rapport d'événement est alors rédigé et acheminé à la section des « agressions sexuelles ». C'est de cette manière seulement que les services policiers pourront obtenir de l'information sur la quantité d'agressions sexuelles commises avec l'utilisation des « drogues du viol », sur les victimes et les endroits ciblés, de même que sur le « modus operandi » ou la manière d'agir des agresseurs. Les enquêteurs et les analystes des services de police

pourront alors faire des liens, ce qui facilitera la prévention aussi bien que les mesures dissuasives comme les arrestations et les mises en accusation.

Si l'agression vient de survenir ou dans un délai de 24 à 48 heures :

- La victime ne doit pas prendre de bain, de douche vaginale, ni aucun antibiotique.
- La victime doit appeler le 911 ou se rendre au service de police le plus près.
- Le policier ou la policière en service prendra en charge la victime et l'informerá de la nécessité d'un examen médico-légal et de la possibilité que certains prélèvements soient effectués au cours de cet examen (consentement écrit de la victime exigé). La victime sera transportée le plus tôt possible vers un centre hospitalier désigné.
- La victime peut être accompagnée en tout temps par une personne de son choix.
- Lorsque nécessaire, le policier ou la policière protégera la scène du crime et récupérera tous les éléments de preuve pertinents, y compris les vêtements de la victime, pour expertise.
- Le policier ou la policière rédigera un rapport d'événement qui résumera les faits. Par la suite, la personne chargée de l'enquête prendra la déclaration de la victime et l'informerá du déroulement de l'enquête.

Dans sa campagne de prévention, le Service de police de l'Université de Toronto insiste pour bien spécifier que toute personne qui rapporte avoir été violée sous l'influence de drogues ne sera pas poursuivie pour consommation de drogues et sera traitée en toute

dignité et comme toute autre victime d'un viol. En effet, la consommation d'une drogue n'est pas un délit punissable selon le Code criminel canadien, encore moins pour les personnes qui en auraient absorbé de façon involontaire.



■ Prévention

Intensifier les programmes de promotion des rapports égalitaires hommes-femmes et d'élimination des stéréotypes sexistes dès la petite enfance.

Prévoir des campagnes de sensibilisation/prévention orientées précisément vers les jeunes/étudiants et étudiantes en abordant non seulement le sujet des agressions sexuelles liées aux «drogues du viol», mais aussi celui de la consommation de ces drogues.

Informers la population encore ignorante de l'existence et de la circulation des «drogues du viol» en veillant toutefois à ne pas l'alarmer et élargir éventuellement cette campagne de prévention en faisant aussi référence à l'alcool.

Installer une ligne 24 heures sur 24 destinée aux informations sur la distribution des «drogues du viol» (la personne responsable de cette ligne pourrait être jumelée à un enquêteur ou enquêtrice de la Division des stupéfiants du SPCUM).

Obtenir, en collaboration avec la Division des stupéfiants du SPCUM, le témoignage d'experts lors de la parution d'un trafiquant à la cour afin d'en arriver à une sentence appropriée à l'acte reproché et de ramener le sentiment de sécurité parmi la population.

■ Information

Chercher à obtenir le plus d'informations possibles sur le nombre de cas d'agressions sexuelles liées aux «drogues du viol» et leur importance relative par rapport à l'ensemble des agressions sexuelles pour la région montréalaise.

Recueillir de l'information qualitative auprès de femmes ayant été victimes de telles agressions afin de mieux documenter cette question à partir d'expériences vécues.

Tenir des rencontres entre différents types d'intervenantes et d'intervenants (aide aux victimes, toxicologues, policiers, juristes, etc.) afin de confronter les points de vue et d'en venir à une meilleure évaluation du problème (affinement de la problématique).

Conscientiser la population, les parents, les éducateurs et les éducatrices, les intervenants et les intervenantes à ce problème en s'appuyant sur une réflexion approfondie touchant les enjeux en cause.

Aller chercher plus d'informations auprès des groupes travaillant avec les agresseurs.

■ Formation

Permettre aux intervenants et aux intervenantes de parfaire leurs connaissances sur cette question en tenant des rencontres et en assurant un suivi des informations de base contenues dans ce document.

Former divers groupes de personnes (intervenants et intervenantes, policiers et policières, personnel de bars, etc.) de façon à ce qu'elles puissent reconnaître facilement les symptômes dus aux «drogues du viol» et agir en conséquence. (Cette formation devrait s'adresser en priorité aux intervenants et intervenantes de première ligne, tel le personnel médical et d'urgence dans les hôpitaux).

■ Disponibilité des ressources

Établir un relevé exhaustif des ressources disponibles à l'échelle montréalaise qui pourrait être présenté sous forme de répertoire.

■ Lois, politiques et programmes

Mieux connaître la situation au plan légal, car les informations à ce sujet sont disparates et peu diffusées. Vérifier si des amendements sont possibles tout en préservant l'intégrité et la protection de la victime.

Voir si des actions ont déjà été menées au plan des sanctions et ce qui pourrait être fait à ce sujet, notamment en ce qui concerne la responsabilisation des agresseurs.

Revoir les protocoles existants (prélèvements à la suite d'une agression sexuelle, références à la police ou au CLSC en cas d'agression sexuelle, etc.) afin de tenir compte de la spécificité des «drogues du viol».

Faire des pressions auprès des compagnies pharmaceutiques pour qu'elles fassent encore plus d'efforts pour rendre ces produits plus facilement détectables (ex. : goût du produit)

Conclusion



Même s'il a fait l'objet d'une médiatisation accrue au cours des dernières années, le problème des agressions sexuelles liées aux «drogues du viol» demeure plutôt mal connu. L'accent mis sur le GHB et le Rohypnol, l'absence de données statistiques sur les agressions sexuelles liées à ces drogues, la diffusion d'informations partielles et parfois contradictoires risquent même de discréditer les préoccupations exprimées à l'égard de ce problème, notamment de la part des organismes s'occupant des victimes de ces viols. Au-delà du caractère anecdotique des cas reconnus et de l'aspect mythique du phénomène (dû à l'image de «substances secrètes» associée à ces drogues), il reste que des agressions sexuelles sont commises en intoxiquant la victime afin d'obtenir sa soumission avec, en prime, l'assurance qu'elle ne reviendra à elle qu'après le fait et ne pourra se souvenir des événements.

Il importe de se pencher sur ce phénomène, ne serait-ce que pour prendre enfin conscience des enjeux importants que représentent ces agressions sexuelles commises à la suite de l'ingestion involontaire de drogues, quelles qu'elles soient. Ces enjeux tiennent compte avant tout des victimes potentielles. Trois aspects sont à considérer : la dénonciation de l'agression sexuelle, le traumatisme subi et la prévention de tels crimes.

Prévenir les agressions sexuelles commises à la suite de l'ingestion de «drogues du viol» exigera au cours des prochaines années une meilleure connaissance du phénomène et un effort de la part des nombreuses instances concernées. Ce problème interpelle non seule-

ment les intervenants et intervenantes communautaires, ceux et celles du domaine de la santé et de l'éducation, mais aussi les propriétaires, les gestionnaires et le personnel des établissements ayant un permis d'alcool ou accueillant des groupes de personnes lors d'activités sociales (*parties rave*, soirées *techno*, fêtes étudiantes, etc.). Il faudra sans doute approfondir la question de la responsabilité sociale et légale de ces établissements dans les années à venir.

L'information et la sensibilisation de tous les niveaux décisionnels ainsi que la compréhension de la spécificité de ce phénomène ne pourront être que bénéfiques aux femmes, victimes effectives ou potentielles de ces agressions sexuelles. D'autres actions peuvent être aussi des gages de succès : la promotion du rapport égalitaire entre hommes et femmes et ce, dès le jeune âge ; l'engagement et la solidarité des hommes ; la contribution financière des instances publiques et privées ; la reconnaissance du phénomène comme enjeu social et porteur de réflexion sur nos valeurs. Il serait dommage de revivre ici le déni ou la minimisation d'une problématique comme les victimes de violence sexuelle en ont malheureusement payé le prix.

Les groupes de femmes, forts des gains obtenus par l'approche féministe, seront sans doute appelés à jouer un rôle de premier plan dans la mise en œuvre de mesures préventives, mais ne pourront parvenir à leurs fins sans un support et un engagement véritable des acteurs sociaux interpellés dans les domaines de l'éducation, de la santé, de la sécurité et de la justice.

Annexe 1



Sources d'information et références

La recherche documentaire a été menée en utilisant plusieurs sources d'information, tant formelles qu'informelles. Une exploration systématique a d'abord été effectuée dans plusieurs banques de données, dont les principales sont : Francis, Medline, PAIS International, Repère (Services documentaires multimedia) et Sociofile. Les catalogues de différentes universités montréalaises (Université de Montréal, Université McGill, UQAM) et des facultés concernées par le sujet ont aussi été consultés ainsi que ceux de centres spécialisés (par exemple, le Centre québécois de documentation en toxicomanie). Enfin, la navigation sur plusieurs sites Internet a permis de recueillir une grande partie de l'information, compte tenu que la médiatisation du phénomène des « drogues du viol » est relativement récente. La liste des sites jugés les plus pertinents est présentée à la fin de cette annexe.

Les mots clefs ou descripteurs les plus fréquemment employés (avec ou sans opérateurs booléens) pour repérer les documents pertinents avaient trait soit aux agressions sexuelles (agression sexuelle, crime, femmes, viol, violence; *acquaintance rape, crime, date rape, rape, sexual assault, women*), soit aux drogues elles-mêmes (Rohypnol, GHB, Kétamine; drogues du viol, drogues des violeurs; *date rape drugs, rape drugs*). Des descripteurs plus larges ou plus spécifiques ont été ajoutés au besoin.

Cette recherche documentaire a été enrichie au fur et à mesure de l'étude par l'apport de documents ou de références venant de diverses sources : les membres du Comité Femmes et sécurité de la Petite Patrie et les personnes interviewées, mais aussi d'autres personnes travaillant en collaboration avec les précédentes. Cette contribution a permis de recueillir des informations touchant des domaines d'intervention ou de recherche plus pointus et de faire un suivi de l'actualité concernant les « drogues du viol » à partir des médias les plus courants (presses, magazines).

Le repérage effectué à partir des banques de données, catalogues universitaires et sites Internet a été achevé au printemps 2000. Une mise à jour a été effectuée en novembre 2000 sur certains points, notamment l'aspect légal. Cette mise à jour partielle a permis de constater que la question des « drogues de viol » suscitait de plus en plus d'intérêt et que les interrogations dont nous faisons mention dans ce document alimentaient plusieurs débats. Il s'agit donc maintenant d'assurer le suivi de l'information recueillie.

Les références bibliographiques présentées ci-dessous constituent une liste sélective des documents existants, notamment pour ce qui est de vastes domaines de recherche et d'intervention comme les agressions sexuelles et la sécurité en milieu urbain. Il ne s'agissait pas de faire une recen-

sion des écrits sur tous les thèmes touchés par la question des agressions sexuelles et des «drogues du viol», mais plutôt de mettre l'accent sur ce phénomène particulier en faisant référence au besoin à des documents généraux ou traitant d'aspects spécifiques liés à la question traitée. Enfin, la liste présentée ci-dessous ne comprend que les documents les plus récents, publiés à partir des années 1990.

Afin d'en faciliter l'utilisation, les références ont été regroupées sous de grands thèmes : Agressions sexuelles, Drogues, Prévention et intervention, Sécurité et sentiment de sécurité en milieu urbain. De toute évidence, il existe des chevauchements entre ces catégories et des choix de classement ont dus être faits : par exemple, une référence traitant à la fois de drogues et d'agressions sexuelles a été classée dans la catégorie «drogues».

Références bibliographiques (liste sélective)

Agressions sexuelles

Curtis, David G. (1997)

Perspectives on Acquaintance Rape. The American Academy of Experts in Traumatic Stress, Inc. 9 p.

Di Domenico, Mariangela, avec la collaboration de Guylaine Bérubé (1995)

La violence faite aux femmes : à travers les agressions à caractère sexuel. Coordination : Jacqueline Ramoisy. Québec : Conseil du statut de la femme. 82 p.

Dufour, Magali H. et Louise Nadeau (2000)

Trajectoire de rétablissement des victimes d'abus sexuel résilientes. Texte présenté au Congrès canadien de psychologie. Version anglaise soumise à la revue *Journal of Interpersonal Violence*, 16 p.

Dufour, Magali H., Nadeau, Louise et Karine Bertrand (2000)

«Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel : État de la question». *Child Abuse and Neglect*, vol. 24, no 6, pp. 781-797.

Fontaine, Isabelle, avec la collaboration de Catherine Bérard (1996)

Guide pour faciliter le passage des victimes d'agression à caractère sexuel à la cour. Coordination : Diane Lemieux et Claudette Vandal. Montréal : Regroupement québécois des CALACS, 81 p.

Néron, J. (1998)

«Les femmes victimes d'agression sexuelle au Canada : toujours coupables ? ». Conférence de *Plaidoyer-Victimes*, tenue le 25 mars.

Phaneuf, Gordon F. (1993)

La violence dans les fréquentations. Ottawa : Santé et Bien-être social Canada, Centre national d'information sur la violence dans la famille, février. 7 p.

Rhynard, Jill, Marlene Krebs et Julie Glover (1997)

«Sexual Assault in Dating Relationships». *Journal of School Health*, Vol. 67, no 3, March, pp. 89-93.

Roy, Maurice (1990)

«Agression». *Justice*, avril, 5 p.

Roy, Geneviève, Francoeur, Diane et Marc Boucher (1999)

«Le viol : notre responsabilité». *Le Clinicien*, vol. 14, no 2, février, pp. 79-88.

Santé Canada (1990)

La violence dans les fréquentations. Ottawa : Centre national d'information sur la violence dans la famille.

Tourigny, Marc et Chantal Lavergne (1995)

Les agressions à caractère sexuel : état de la situation, efficacité des programmes de prévention et facteurs associés à la dénonciation. Montréal : Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale (LAREHS), Université du Québec à Montréal. 87 p.

Drogues

Armstrong, Robert (1997)

«When drugs are used for rape». *Journal of Emergency Nursing*, «Sexual Assault : Clinical Issues». vol. 23, no 4, pp. 378- 381.

Bismuth, Chantal, Dally, Sylvain et Stephen W. Borron (1997)

«Chemical Submission : GHB, Benzodiazepines, and Other Knock Out Drops». Commentary, *Clinical Toxicology*, vol. 35, no 6, pp. 595-598.

Brenzinger, Mark A. (1998)

«Serial rapists and their use of clandestine chemicals». *Crime and Justice International*, vol. 14, May, pp. 6 et suivantes.

City of Toronto, Department of Public Health, (1996)

«Facts on Rohypnol (Flunitrazepam)». *Fax on Drugs*, The Metro Toronto Research Group on Drug Use. vol. 1, no 3, August 30. 2 p.

Cole, Richard (1998)

«Rohypnol in < 0.1% of Cases : "Date Rape Drug" Used Little». *ABCNEWS.com. Health & Living Archive*, February 13. 3 p.

Dion, Guy Ati (1999)

Les pratiques policières et judiciaires dans les affaires de possession de cannabis et autres drogues, de 1995 à 1998 : portrait statistique. Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT), janvier. 58 p.

Drummer, Olaf H., Marie L. Syrjanene et Stephen M. Cordner (1993)

«Deaths Involving the Benzodiazepine Flunitrazepam». *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, vol. 14, no 3, pp. 238-243.

ElSohly, M.A. et S.J. Salamone (1999)

«Prevalence of Drugs Used in Cases of Alleged Sexual Assault». *Journal of Analytical Toxicology*, vol. 23, May/June, pp. 141-146.

Gravel, Esthel (1997)

«Rohypnol, G.H.B. et autres tranquillisants», *Info-Couronne*, avril, pp.2-3.

GRC - Gendarmerie royale du Canada (1999)

Situation au Canada : drogues illicites 1998. Ottawa : Direction des renseignements criminels, Sous-direction des analyses criminelles, Section de l'analyse antidrogue, 26 mars. 11 p.

Jamouille, Marc (1996)

«Le Rohypnol™, une drogue dure amnésiante : Résultats d'une recherche en médecine de famille». *Psychotropes. Revue internationale des toxicomanies (R.I.T.)*, no 2, juin, pp. 53-66.

Laure, Patrick *et al.* (1999)

«Psychostimulants et amphétamines». *Toxibase. Revue documentaire*, no 1, 1er trimestre, pp. 1-16.

Louagie, Henk K. *et al.* (1997)

«A Sudden Awakening from a Near Coma After Combined Intake of Gamma-Hydroxybutyric Acid (GHB) and Ethanol». *Clinical toxicology*, vol. 35, no 6, pp. 591-594.

Nightingale, Stuart L. (1991)

«From the Food and Drug Administration : Warning About GHB», *J.A.M.A.*, vol. 265, no 14, April 10, pp. 1802.

Québec, Ministère de la Sécurité publique (1999)

L'alcool et les drogues lors d'agressions sexuelles. Guide préparé par Carole Pécelet, toxicologue judiciaire. Montréal : Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale. 2 p.

Québec, Ministère de la Sécurité publique (1997)

Rohypnol (flunitrazépam). Guide préparé par Micheline Gaudet, toxicologue judiciaire. Montréal : Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale, 21 janvier. 3 p.

Québec, Ministère de la Sécurité publique (1996)

Acide Gamma Hydroxybutyrique (GHB). Guide préparé par Micheline Gaudet, toxicologue judiciaire. Montréal : Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale, 10 décembre. 3 p.

Santé Canada (1993)

«Sujet : Acide gamma-hydroxybutyrique». In *Manuel sur le statut des produits*, Renseignement généraux, 19 février, p. 73.

Schwartz, Richard H. *et* Andrea B. Weaver (1998)

«Rohypnol, The Date Rape Drug». *Clinical Pediatrics*, vol. 37, pp. 321-322.

Smith, Kelly M. (1999)

«Drugs Used in Acquaintance Rape». *Journal of the American Pharmaceutical Association*, vol. 39, v^o 3, May/June, pp. 519-525.

SPCUM - Service de police de la Communauté urbaine de Montréal (2000)

Le SPCUM met fin à un réseau spécialisé dans le trafic d'héroïne dans le secteur Nord. Montréal : SPCUM, Section des communications, 18 janvier. 2 p. [Communiqué de presse].

Tourigny, Marc *et* Magali H. Dufour (2000)

La consommation de drogues ou d'alcool en tant que facteur de risque des agressions sexuelles envers les enfants : une recension des écrits. Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT), avril. 113 p.

U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health (1997)

«Rohypnol and GHB», *NIDA Infobox*, National Institute on Drug Abuse, pp. 1-2.

U.S. News (1996)

«Victims of "date rape" drug testify : Congress urged to adopt stronger penalties». *U.S. News Story Page*, July 17. 3 p. [Communiqué de presse].

Prévention et intervention

Funston, Mike et Ashante Infantry (1998)

«Be wary of Date-Rape Drugs, Ad Campaign Urges Women». *The Toronto Star*, Toronto, November 12, p. A25. [Coupure de presse].

Groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel (1995)

Les agressions sexuelles : Rapport du groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel. Co-auteurs : Diane Lemieux et le MSSS. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 175 p.

Horswell, Cindy (1996)

«Teen's death spurs warning about Gamma "date-rape" drug». *The Gazette*, Montreal, September 16, p. E9. [Coupure de presse].

Hunter, Sharon (1997)

Warning : Robyphol, "The Date Rape Drug". Connecticut Sexual Assault Crisis Services. 2 p.

Joseph, Jenifer (1998)

«Teens, College Students Get High on Date-Rape Pill : The Young Woman's Drug ? ». *ABCNEWS.com. Health & Living Archive*, November 2. 3 p.

Ledray, Linda E. (1996)

«Date rape drug alert». *Journal of Emergency Nursing*, «Sexual Assault : Clinical Issues». Vol. 22, no 1, p. 80.

Lyman, Susan A., Carol Hughes-McLain et Gerald Thompson (1998)

«"Date-Rape Drugs" : A Growing Concern». *Journal of Health Education*, vol. 29, no 5, September/October, pp. 271-274.

Mainville, Michael (1997)

«Warning issues on "date-rape drug" : Might be circulating on campus, McGill women told». *The Gazette*, Montreal, January 3, p. A4. [Coupure de presse].

Malaurie, Guillaume (2000)

«Dossier : La déferlante des drogues chimiques», *Le Nouvel Observateur*, 20-26 janvier, pp. 4-12.

Mercie, Susan (1998)

Date Rape : Unmixing Message. D.I.N. Publications/Do It Now Foundation, avril, 7 p.

Pirish, Angela (1996)

«Fear in the singles bars : Help for rapists?». *The Gazette*, Montreal, September 30, p. E3 [Coupure de presse].

Québec (1999)

Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle, Document de travail, 6 mai, 67 p.

Sauvé, Mathieu-Robert (1997)

«Alerte aux "drogues du viol" : Le GHB et le Rohypnol pourraient faire des ravages à Montréal». *Forum*, 8 décembre, p. 7. (Interview avec Luc Chabot)

Timmins, Barbara

«Stop blaming women». Réponse à un article du Daily paru le 16 octobre 1996 («Suspected beverage doping at McGill : two incidents reported at Gert's Pub»). 1 p.

Trierweiler, Valérie (1999)

«Alerte à la drogue des violeurs». *Paris Match*, 9 décembre, p. 113.

University of Toronto Police (1999)

Date Rape Drug Awareness. Toronto : University of Toronto, University Police. Mise à jour : 28 novembre, 4 p.

Vandal, Claudette (1997)

Les pratiques d'intervention féministe dans les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S.). Mémoire de maîtrise. Montréal : Université du Québec à Montréal (UQAM), Intervention sociale, avril. 185 p.

Sécurité et sentiment de sécurité en milieu urbain

Bruneau, Serges et Charles Couture (1995)

«La violence des hommes». *Par le trou de la serrure*, Revue sur la sécurité et la qualité de vie, Tandem Montréal, Vol. 5, décembre, pp. 7-8.

Chartrand, Michèle (1992)

«Les coupables courent toujours mais les responsables s'organisent». *Par le trou de la serrure*, Revue sur la sécurité et la qualité de vie, Tandem Montréal, Vol. 3, novembre, pp. 8-11.

Lahaise, Marie-Dominique (1990)

«Les femmes et la ville : Le droit à la quiétude». *Par le trou de la serrure*, Revue sur la sécurité et la qualité de vie, Tandem Montréal, Vol. 1, no 1, novembre, pp. 21-22.

Martel, Diane(1999)

«La peur du crime en milieu urbain». *Rapport synthèse*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (RRSSSMC), Direction de la santé publique (DSP), Vol. 3, no 3, décembre, pp. 1-4.

Martel, Diane(1999)

La peur du crime en milieu urbain dans l'ensemble de la population et chez les femmes : recension des écrits. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (RRSSSMC), Direction de la santé publique (DSP), décembre. 112 p.

Paquin, Sophie (1998)

Pour un quartier plus sûr, Comité Femmes et sécurité de la Petite Patrie, 50 p.

Paquin, Sophie (1996)

Le sentiment d'insécurité des femmes en milieu urbain : quelques approches théoriques. Montréal : Ville de Montréal, Service des sports, des loisirs et du développement social, Femmes et ville. 30 p.

Rouleau, Renée (1997)

«L'insécurité urbaine : Un mal qui paralyse les femmes». *Téoros*, automne, pp. 25-28.

Sites Internet

Alcool et autres drogues (Santé Canada)

<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/alcool-autresdrogues> [site en chantier]

Do It Now Foundation (America's drug information connection)

<http://doitnow.org>

Gendarmerie royale du Canada

<http://www.rcmp-grc.gc.ca>

Les agressions sexuelles, c'est sérieux ! Faut en parler !

<http://pages.infinet.net/aidenet>

Ministère de la Justice Canada

<http://canada.justice.gc.ca>

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)

<http://www.drogues.gouv.fr>

National Center for Biotechnology Information

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Sexual Assault information Page

<http://www.cs.utk.edu/~bartley/saInfoPage.html>

Substance Abuse Network of Ontario (SANO)

<http://sano.arf.org>

The Roofie Foundation (organisme sans but lucratif britannique)

<http://www.faze.com/trf>

Annexe 2



Liste des personnes ressources qui ont contribué au document

Nathalie Brault

Clinique pour les victimes d'agression sexuelle de l'Hôtel-Dieu

3840, rue St-Urbain
Montréal (Québec)
H2W 1T8

Luc Chabot

Faculté de l'éducation permanente
Pavillon 3744, Jean Brillant/
Université de Montréal
C.P. 6128, Succ. Centre-Ville
Montréal (Québec)
H3C 3J7

Pierre Leduc

Division des crimes majeurs – agressions sexuelles
Service de police de la CUM
7275, rue Sherbrooke est, bureau 605
Montréal (Québec)
H1N 1E9

Carole Pécelet

Laboratoire des sciences judiciaires et de médecine légale

1701, rue Parthenais, 5e étage
Boîte postale 1500, succ. C
Montréal (Québec)
H2L 4K6

Nicole Perreault

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 1M3

Deborah Trent

Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal
1801, de Maisonneuve Ouest, 4e étage
Montréal (Québec)
H3H 1J9

Annexe 3



Liste d'actions menées par le Comité Femmes et sécurité de la Petite Patrie

- campagne de sensibilisation et production d'un dépliant «L'autre façon d'aborder les femmes»
- participation aux rénovations menées au métro Rosemont selon des principes d'aménagement sécuritaire pour les femmes. Production du document «Pour un quartier plus sûr» relatant cette démarche collective.
- marches exploratoires dans divers lieux publics du quartier, tels que le métro Rosemont, le parc Père-Marquette, des viaducs, la piste cyclable Réseau vert, etc.
- interventions en milieu scolaire, en collaboration avec la Table concertation-jeunesse Villeray-Petite Patrie, dans le cadre de la prévention de la violence dans les relations amoureuses.
- interventions dans le quartier sur des questions d'aménagement sécuritaire pour les femmes.
- offre de cours d'auto-défense et animations visant l'empowerment des femmes face à l'insécurité
- et c'est à suivre!

Annexe 4



Liste des membres du Comité Femmes et sécurité de la Petite-Patrie

Madame Louise Lacroix
Échos des femmes de la Petite Patrie
6020, av. Christophe Colomb
Montréal (Québec)
H2S 2G2
Tél : 277-7445
Fax : 277-9359
courriel : echopp@rocler.qc.ca

Madame Jocelyne Moretti
CLSC Petite Patrie
6520, rue Saint-Vallier
Montréal (Québec)
H2S 2P7
Tél : 273-5600 poste 412
Fax : 272-6278
Courriel : jmoretti@ssss.gouv.qc.ca

Monsieur Francis Labonté
Tandem Montréal Rosemont
Petite-Patrie
6310, av. Christophe Colomb
Montréal (Québec)
H2S 3B6
Tél : 270-8988
Fax : 270-6312
Courriel : tandem3@qc.aira.com

Madame Annie Marcil
Poste de quartier 35
6665, av. Papineau
Montréal (Québec)
H2G 2X3
Tél : 280-0135
Fax : 280-0635

Madame Julie Fournier
Poste de quartier 34
920, rue Bélanger est
Montréal (Québec)
H2S 2P4
Tél : 280-0134
Fax : 280-0634

Monsieur Daniel Ballard
Sports, Loisirs et développement social
Ville de Montréal
5015, 9e avenue
Montréal (Québec)
H1Y 2S3
Tél : 872-6555
Fax : 872-4665

Madame Mireille Bouffard
Direction de la santé publique de
Montréal-Centre
Écologie humaine et sociale
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
Tél : 528-2400 poste 3366
Fax : 528-2426
Courriel : mbouffar@santepub-mtl.qc.ca

Annexe 5



Ressources dans la région de Montréal

= Recours rapide au 911 ou:

- Info-santé CLSC du quartier (24 heures par jour, sept jours par semaine)
- Service de police du quartier
- Trêve pour elles, Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (Tél. : (514) 251-0323)
- Mouvement contre le viol et l'inceste (514) 278-9383
- Centre pour les victimes d'agression sexuelle de Montréal (7 jours/24h) (Tél. : 934-4504)
- Clinique pour victimes d'agression sexuelle de l'Hôtel-Dieu (Tél. : (514) 843-2645)