

Article

« La trousse médico-légale : technologie sociale et protocolarisation de l'intervention »

Claude Néllisse

Sociologie et sociétés, vol. 28, n° 2, 1996, p. 157-171.

Pour citer cet article, utiliser l'adresse suivante :

<http://id.erudit.org/iderudit/001528ar>

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : erudit@umontreal.ca

La trousse médico-légale : technologie sociale et protocolarisation de l'intervention*



CLAUDE NÉLISSE

La trousse médico-légale est utilisée dans les cas d'agression sexuelle pour assurer l'accueil et les soins qui conviennent à la victime, pour établir l'occurrence de l'agression, pour préciser la nature des actes commis ainsi que leurs séquelles et pour faciliter l'identification du présumé agresseur.

Il s'agit en fait d'une enveloppe apposée sur une boîte scellée. L'enveloppe comprend un guide d'intervention sur l'accueil et les soins immédiats, un formulaire de demande d'expertise du Laboratoire de police scientifique, huit formulaires médicaux en quatre exemplaires (bénéficiaire, agent de la paix, Laboratoire de police scientifique, substitut du procureur général) et des autocollants servant à sceller des sacs de papier ainsi que la boîte elle-même après son utilisation. Cette boîte comprend un spéculum, une enveloppe pour les prélèvements les plus usuels (sang, salive, sécrétions vaginales...), une autre pour des prélèvements complémentaires moins fréquents (par exemple sur la peau s'il y a des taches de sperme) et un grand sac de polythène destiné à contenir des vêtements. Ces prélèvements nécessitent des écouvillons, des lames, des paquets d'éprouvettes qui seront réinsérés dans les sacs sur lesquels seront apposés les autocollants identifiés et numérotés selon chacun d'eux. « Comprendre les victimes d'agression sexuelle... et leur besoin de réconfort » est le titre qui revient très visiblement et en leitmotiv sur toutes les enveloppes ainsi que sur tous les documents de présentation.

La trousse médico-légale [TML] est issue de travaux supervisés par un comité interministériel constitué à l'automne 1979 dans la foulée d'une recommandation du Conseil du statut de la femme (C.S.F., 1978, rec. 2.57). Ces travaux, qui seront longuement analysés dans la suite de ce texte, procèdent de tiraillements et de laborieux compromis entre trois logiques : celle des professions sanitaires, celle de la transformation juridique de la problématique du viol et celle de l'action communautaire des mouvements féministes. La composition de la TML québécoise résulte de plus de l'adaptation aux conditions locales d'une variété d'autres trousseaux (*kits and protocols*) mises au point aux États-unis (FBI et compagnies privées), en Grande-Bretagne et ailleurs au Canada (GRC). Une première version voit le jour en janvier 1984.

* Des versions antérieures et partielles de ce texte ont bénéficié de la lecture attentive et critique de N. Dodier et C. Limoges. Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma gratitude. Je demeure, bien entendu, seul responsable du contenu de ce texte.

Suite aux premières évaluations (Gingras, 1988), une seconde version la stabilise depuis juin 1987 dans la forme décrite au paragraphe précédent¹.

Les trousses sont disponibles à l'urgence de certains hôpitaux, dans certaines cliniques et CLSC ainsi qu'aux services de police, ceux de la Sûreté du Québec en particulier. Depuis 1987, le nombre de trousses analysées par les services des expertises judiciaires se situe annuellement entre 400 et 500, avec une baisse notable depuis 1992 (G.T.S.A.C.S., 1995). Notons aussi que la TML n'est utilisée dans sa totalité que dans les 48 heures suivant l'agression ou l'abus, qu'elle n'est pas indispensable à une décision de poursuivre, qu'elle ne dispense pas le médecin de témoigner en Cour, le tribunal n'en usant généralement que de manière limitée² (Ministère de la Justice du Québec, 1990 ; Di Domenico, 1995).

Ainsi décrite, la TML est à l'évidence une technologie mineure : son coût est modique, son utilisation n'exige aucune compétence particulière et la portée de ses applications est fort modeste. On est aux antipodes du tomographe axial, ou même des techniques de dialyse rénale. On est encore loin, quant aux usages en particulier, du *pap-test* ou des médicaments. Quel intérêt peut-il y avoir alors à analyser un objet aussi humble ?

Mon attention s'est portée sur la TML dès son apparition. J'assurais alors un cours universitaire de deuxième cycle portant sur les conditions sociales et institutionnelles d'établissement des diagnostics (et plus généralement des jugements professionnels) avec une attention particulière sur les malentendus et les querelles qu'occasionne leur circulation d'un secteur ou d'un univers professionnel à un autre. J'avais l'intuition que la TML représentait alors une manière « nouvelle » d'affronter pratiquement ces questions.

J'ai immédiatement engagé une recherche exploratoire qui devait me permettre, de 1987 à 1994, d'enregistrer le plus possible de commentaires publics émis sur la TML, d'interviewer une vingtaine de personnes engagées d'une manière ou d'une autre dans sa création, sa mise en œuvre ou son application et d'observer directement les travaux de deux tables régionales de concertation en matière de violence faite aux femmes.

Conduite selon la démarche générale d'une sociologie qualitative de type *grounded theory* (Strauss et Corbin, 1990), cette recherche me permet aujourd'hui de soutenir deux thèses qui seront détaillées, thématiques et justifiées dans le présent texte.

La première porte sur la fonctionnalité opératoire de la TML. Son apparente simplicité s'avère rapidement bien trompeuse : elle agglomère des instruments et des outils composites pour constituer un type d'entités peu reconnues jusqu'à présent dans les univers technoscientifique et professionnel et que j'appelle, avec Limoges (1987), des *technologies sociales*.

La seconde porte sur les raisons d'être de cette technologie sociale. La TML « produit » certes à la fois des soins et des constats médico-légaux. Mais ce n'est sans doute pas là l'essentiel : elle contribue bien plus à enclencher un engagement forcé, public et négocié des professionnels dans un processus général d'action tel que chacun se doit — victime ou plaignante comprise — d'inscrire ses actes dans ce que nous appellerons une *protocolarisation de l'intervention*.

La TML est un cas exemplaire de protocoles d'intervention, dans le sens le plus récent de cette expression et sur lequel nous reviendrons en dernière partie. Aussi modeste soit-elle, elle pose ainsi des questions de fond sur les conditions et le sens même des pratiques

1. La différence entre les deux versions n'est pas essentielle pour la suite de nos propos, bien qu'elle soit intéressante du point de vue des modalités de traitement écrit et graphique des informations. Les formulaires de la seconde sont à peine moins nombreux, mais ils ont permis une plus grande précision et une économie substantielle de temps. La dernière version élimine aussi une prise de sang destinée à relever la présence éventuelle d'alcool ou de drogue dans le sang de la victime. Dans ce cas, la victime était jugée moins crédible et plus susceptible de gestes ambigus, voire de consentement implicite : elle devenait coupable (voir note 14 ci-après). L'application de la première version nécessitait une durée de plus de deux heures, tandis que celle de la seconde ne nécessite plus que de 45 à 90 minutes dépendant de ce qui doit précisément être relevé ou pas. Notons que son application est rémunérée de façon spéciale (jusqu'à 160 dollars).

2. Notons que l'examen médical ordinaire, consigné dans le dossier d'hôpital, peut toujours être utilisé au tribunal. Si la victime ne désire pas porter plainte, il est cependant conseillé au médecin de faire son examen à l'aide des formulaires de la trousse. Si elle hésite à poursuivre, elle peut cependant consentir par écrit à l'usage de la trousse, laquelle sera conservée au froid, à l'hôpital, durant trois à quatre jours.

professionnelles contemporaines, particulièrement lorsque celles-ci s'arriment les unes aux autres pour former un cadre social dit d'intervention.

LA TROUSSE MÉDICO-LÉGALE COMME TECHNOLOGIE SOCIALE

UN PROBLÈME DE DÉFINITION

Dans la documentation comme dans les entrevues, la TML est définie bien différemment par chacun des acteurs. Les médecins y voient essentiellement des instruments de prélèvement accompagnés des formulaires adéquats. À l'inverse, les travailleuses sociales impliquées dans l'accueil et le suivi psycho-social des services d'urgence parlent d'un guide d'intervention accompagné de la trousse médico-légale proprement dite. Policiers et procureurs la considèrent comme un outil juridique. Les travailleuses communautaires qui accompagnent parfois les victimes parleront elles aussi de guide d'intervention, tandis que leurs organisations — les CALACS (Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel) — rappellent volontiers qu'elle était aussi un projet aux objectifs multiples.

Effectivement, les objectifs communément répétés dans la documentation officielle étaient, dans les premières années du moins, : 1. être un guide pour le soutien moral et psycho-social de la victime ; 2. assurer à toutes ces dernières un accueil et des soins égaux et universels ; 3. constituer en bonne et due forme un constat médico-légal ; 4. faciliter les procédures judiciaires tant dans les démarches de la plaignante que dans la poursuite de l'agresseur et dans l'établissement de son éventuelle culpabilité ; 5. combattre les mythes et préjugés entourant le type d'agression en cause³.

À la variété de ces définitions et de ces objectifs correspond aussi une diversité des composantes. La TML regroupe en effet des savoirs nouvellement attestés (que l'agression provoque un état de crise aiguë immédiate, que beaucoup de victimes démenteront, etc.), des dispositions réglementaires, des schémas opératoires, des conseils bienveillants (par exemple, donner à la victime de l'information sur l'examen qu'elle va subir), des consignes attitudeles et relationnelles (par exemple, pour les prélèvements, respectez l'intimité de la personne ; aidez-la à comprendre ce qui lui arrive), des informations organisationnelles et bien évidemment de nombreux instruments de prélèvement. Quelle attitude prendre face à une telle hétérogénéité ? Un objet aussi humble et trivial peut-il être sérieusement tenu pour effectivement polyvalent ?

On peut facilement en rabattre de ses prétentions. Ainsi les médecins diront qu'« il n'y a rien là » : à l'exemple du spéculum, tous les autres instruments sont banals et disponibles dans la plupart des cabinets médicaux et dans toutes les salles d'urgence. Les formulaires sont construits selon des formes simples et familières. On a coutume de dire que les trois quarts des activités prescrites font partie d'un examen médical ordinaire. Quant à la documentation écrite restante, elle est vue alors comme un ensemble d'informations ou de conseils généraux prévenants mais non essentiels.

Les travailleuses sociales et les CALACS diront que la TML est le résultat d'intentions amples et généreuses, mais que les résultats ne sont pas à la hauteur : l'examen médical est une « fin en soi » et une procédure trop complexe, les divers besoins de la victime sont souvent laissés pour compte, elle n'évite ni le témoignage des médecins à la Cour ni la pénible répétition du récit de la victime... Un policier très impliqué en la matière nous a dit que la TML

3. La liste des objectifs telle que présentée ici ne se retrouve pas comme telle dans un document fondateur. Elle n'est pas non plus une synthèse que j'aurais construite en ajoutant des énoncés rencontrés ici et là. Elle représente assez fidèlement ce qu'on retrouve dans la douzaine de documents ou d'articles qui l'ont présentée, à sa création, à des auditoires divers. Ces présentations ont été faites dans *La Revue de la Sécurité du Québec* (avril 1984), *Carrefour des Affaires sociales* (1984, vol. VI, n° 2) ainsi que dans plusieurs guides, manuels et colligés de textes utilisés dans des formations adressées spécialement aux membres de la Sécurité du Québec, à des médecins et à tous les membres des tables ou comités régionaux intéressés.

« serait plus utile encore si les intervenants sociaux connaissaient mieux ses limites et surtout si les médecins écrivaient plus lisiblement et acceptaient plus souvent de témoigner ».

Chacun en appelle au réalisme. Et le sociologue pourrait en faire autant en tenant ces objectifs ambitieux et ces définitions variées pour des projections idéologiques ou des justifications naïves propres à des militants ou à des professionnels particulièrement enclins à une vision volontariste de leur action.

À y regarder de plus près, cet appel au réalisme est toujours un appel au réalisme... des autres à partir du point de vue particulier qui est le sien. La TML, en partie par sa modestie et sa trivialité probablement, invite chacun à la voir comme un *outil*, comme un « simple outil », pourrait-on dire. Chacun de ceux qui en font usage s'intéresse à la part qui le regarde directement et le sociologue, quant à lui, voudrait pouvoir disposer d'une définition applicable à tous et pour tous. Ces visions techniques ou strictement instrumentales réduisent la TML à une seule de ses dimensions et s'interdisent par là de la concevoir pleinement comme l'objet composite et hétéroclite qu'elle est très matériellement.

Plutôt que de convenir d'une définition empirique ou théorique, il nous paraît préférable, sociologiquement parlant, de tenir la TML pour un agglomérat foncièrement composite. Cette propriété spécifique une fois admise, il restera alors à en comprendre la « fonctionnalité multidirectionnelle » et à s'interroger ultimement sur les raisons d'être d'une telle hétérogénéité qui, nous l'avons vu, vaut autant pour les définitions et les objectifs que pour la nature des composantes.

DES OUTILS À UNE TECHNOLOGIE.

Pratiquement, chaque acteur impliqué peut considéré la TML comme une nouveauté à verser dans sa traditionnelle « boîte à outils », comme un élément de plus dans la panoplie des techniques à sa disposition. Et pourtant, ce nouvel outil ne change pas substantiellement les manières de faire antérieures. Ainsi, la TML est muette sur les opérations techniques susceptibles de réduire une ecchymose pas plus qu'elle ne précise ce qu'il faut entendre par « écoute active » de la victime. Elle ne dit pas plus au médecin comment composer une anamnèse qu'elle ne guide le policier dans le résumé de l'événement à inscrire dans la demande d'expertise.

Mais elle rend obligatoire tel ou tel instrument de prélèvement en signalant cependant qu'il n'est pas nécessaire de les recueillir tous, leur pertinence devant être jugée en fonction du récit de la victime. Elle invite le médecin ou le personnel paramédical à proposer à la victime un accompagnement tout au long de la visite elle-même. Préalablement à cette dernière, elle oblige la victime à dire si elle désire ou non porter plainte. Dans l'éventualité où elle porte plainte, le personnel de l'établissement doit en aviser un agent de la paix, « immédiatement », lit-on sur le dossier de la boîte. Et cet agent devra être présent lorsque le médecin paraphera les scellés.

D'un côté, la TML n'innove pas vraiment quant à la nature des actes professionnels. Pour sa part, le médecin continuera à décider de manière autonome et responsable de la nature médicale des problèmes et à proposer les soins jugés les plus appropriés. Mais par ailleurs, on est loin de ce « colloque singulier », de cette « alliance thérapeutique » où ce médecin, habité par sa seule médecine, mobiliserait à chaque nouvel acte le meilleur de ses forces intellectuelles pour les mettre au seul service de sa patiente.

Avec la TML, tous les actes (des plus communs au plus spécifiques) de tous les protagonistes (médecins comme travailleuses sociales ou communautaires, infirmières comme agents de la paix) sont infléchis — voire contraints — dans un « système de travail » organisé autour d'une division du travail et d'une finalité propres à une nouvelle classe de cas (c'est-à-dire « les agressions à caractère sexuel »). Autrement, dit les actes à poser sont toujours à « double face » : ils doivent satisfaire aux normes et standards communément exigés dans leur ordre professionnel respectif en même temps qu'ils doivent trouver place et répondre au réquisit d'un ordre de travail *ad hoc* et expressément construit. Dans ce nouvel ordre, chacun y est en même temps un ACTEUR professionnel, maître et responsable de son action et de l'usage des

outils qui sont les siens, et un AGENT « fonctionnaire » d'un système qui le dépasse en le reliant de fait à tous les autres.

Ce système d'emprise plus ou moins contraignant sur les outils et les pratiques usuelles de chacun est dit ici une *technologie*. Par opposition à une technique, une technologie conjugue trois composantes de nature différente (un ensemble d'équipements technico-matériels, une division-coordination du travail et une rationalité réflexive scientifico-culturelle) de telle manière que ce nouvel assemblage constitue une entité active, différenciée et autonome par rapport aux constituants de base⁴.

Avant de caractériser cette entité, il est important d'en bien saisir la nouveauté — et l'embarras qu'elle cause — pour les professionnels et pour toute autre personne impliquée dans les « services à la personne ». L'idéal type du travail professionnel dans ces services reste en effet le travail artisanal qui, ne connaissant pas « la séparation du producteur et du mécanisme de production » (Rolle, 1988, p. 41) fait du professionnel lui-même le sujet héroïque de « son » action, le maître d'œuvre de « ses » moyens et de « ses » résultats⁵. Sous l'emprise d'une technologie, le professionnel est dépossédé d'une partie de son autorité, de son monopole et de la responsabilité ultime du sens et du déroulement de son action ; lesquels sont transférés à un processus de recomposition plus collectif, anonyme, transpersonnel. Par la technologie, il y a socialisation de la forme traditionnelle du travail professionnel où chacun devient à la fois le producteur ET le subordonné d'un régime de travail qui n'est plus celui qui lui est familier.

LA TML, TECHNOLOGIE SOCIALE

La majorité des énoncés qui composent le guide ou qui fonctionnent comme instructions dans les formulaires portent, contrairement à ce qu'on trouve habituellement dans un manuel, non sur « comment faire telle ou telle opération », mais sur « comment se conduire à l'égard de tel ou tel autre protagoniste » (victime d'abord et professionnels ensuite). Ainsi, la TML comme technologie est-elle d'abord un certain régime de travail qui ne peut être réduit à ses seules dimensions techniques mais doit être regardé comme créateur d'interactions professionnelles nouvelles dans le cours même du travail. Sa nature est d'abord sociale et relationnelle.

On peut penser que si la TML prend la peine d'énoncer de telles consignes « relationnelles », c'est bien que « normalement », dans l'univers habituel qui est le sien, l'acteur visé par la consigne ne serait nullement prédisposé à agir dans le sens de cette dernière.

Ainsi, par la TML, la victime sera invitée à se faire accompagner à la visite médicale, ce qui est bien rare en dehors des visites d'enfants ou de personnes en perte d'autonomie. Par ailleurs, le questionnaire proposé n'étant qu'un guide, selon la TML elle-même, celle-ci ajoutera « laissez-lui (à la victime) le loisir de s'exprimer, de prendre ses propres décisions et d'avoir le contrôle sur le déroulement de l'examen ». Suite à une observation des peurs et phobies éventuellement présentes dans une réaction traumatique, la consigne suivante peut s'appliquer : « Si elle ne veut plus habiter son logis, vous pouvez écrire une lettre pour son propriétaire, ce qui l'aidera dans ses démarches pour rompre son bail ».

4. La définition de la technologie proposée ici n'a rien de particulier. Elle est conforme, pour l'essentiel, à celle qui préside aux travaux de nombreux auteurs « classiques » en la matière ; qu'ils soient philosophes (BEAUNE, 1980 ; LADRIÈRE, 1977 ; RIEU, 1990) ou historiens (GUILLERME, 1984 ; LIMOGES, 1987) ou sociologues (BEAUCHEMIN, 1983 ; MAHEU et BEAUCHEMIN, 1987). Ma définition reste générale et ne préjuge en rien des positions à prendre ou à ne pas prendre dans les débats plus contemporains autour des analyses « constructivistes » des systèmes science-technologie.

5. Selon une vision professionnaliste classique, on se doit de comprendre ce qui se passe dans le bureau d'un professionnel à l'égal de ce que Rolle observe dans l'atelier artisanal : « L'acte de travail est, sous la même forme, une conduite de l'ouvrier, et l'opération primordiale à partir de laquelle on peut reconstituer l'organisation de son atelier. Cet acte exprime finalement, et épuise, tout le savoir du travailleur. Autant dire qu'il a été appris par l'expérience et que la préparation et l'exercice du travail se confondent totalement. L'opération se déroule au rythme de l'individu, et n'est orientée que par l'image du but final, de l'objet souhaité. » (ROLLE, 1988, p. 46.) Dans le même sens on peut comprendre la force de ce lieu commun du professionnalisme qui veut que le professionnel soit lui-même son meilleur instrument de travail.

Ce n'est pas la seule relation à la victime que la TML aménage de façon inhabituelle, mais bien toutes les relations avec les autres acteurs, constitués pour l'occasion en « réseau de travail », si on peut dire. Ainsi, qu'en est-il de la consigne évoquée plus haut qui veut que la pertinence des examens soit jugée en fonction du récit de la victime ? Ce récit, en pareilles circonstances, n'est pas un fait simple et univoque. La victime peut avoir été rencontrée — c'est très fréquent — par une travailleuse sociale à l'urgence ou par une travailleuse communautaire. Ou encore par un policier-patrouilleur. Ainsi a-t-elle déjà pu en livrer et en discuter une première version. Et dans tous les cas, on a déjà dû lui parler de la TML et du choix qu'elle impose : porter plainte ou pas. Un tel choix ne sera pas sans effet sur la construction du récit.

Les versions se succèdent et ne se ressemblent pas toujours. Chacun participe à un rôle assez crucial : amener la victime à en stabiliser une. Car de celle-ci dépendra non seulement la nature des examens à faire, mais aussi la possibilité de porter plainte ou non ainsi que l'issue du procès. L'enjeu de ce récit est tel que les acteurs impliqués conviendront souvent de la nécessité de « s'en parler⁶ ». Mais la TML est ici silencieuse. Elle ne dit pas si le médecin doit ou non partir des récits antérieurs. Elle ne dit pas non plus si le résumé de l'événement par l'agent de la paix devrait être fait avant ou après la visite médicale. « S'en parler » ou pas et s'en expliquer sont alors des gestes professionnels auxquels incite directement la TML mais dont l'accomplissement est le fruit même des interactions en cours de travail. Autrement dit : travailler, pour ces agents, c'est nécessairement construire le cadre interactif de leurs actes professionnels propres.

Par cet exemple, nous voulons faire apparaître ici la « fonctionnalité sociale » de la TML. Elle crée une action ensemble (Livet, 1994), « situation de travail collective » là où chacun réglerait normalement ses actions sur son seul cadre professionnel entendu au sens large. Plus encore, elle tente une coordination des interactions en mettant en relation réglée des univers disjoints (c'est-à-dire le réconfort — mieux, le *caring* —, les soins physiques et l'expertise médico-légale), en même temps qu'elle maintient globalement leurs spécificités. Car le médecin examine et soigne, il n'a pas à faire enquête sur les événements. Celle-ci relève toujours du policier, qui n'a rien à dire sur les examens médicaux qui devraient ou pas être faits. Et les travailleuses sociales ou communautaires peuvent la rassurer, la supporter et l'aider à comprendre ce qui lui arrive sans avoir à la conseiller sur les soins requis.

La TML met en quelque sorte en demeure les agents de régler leurs pratiques (actions et jugements) les unes sur les autres sans se départir pour autant de leur professionnalité propre. Pour mieux comprendre cette situation de travail nous suggérons une analogie avec « l'usage des objets en cours d'action » qu'analysent aujourd'hui les sciences socio-cognitives⁷ (Conein, Dodier, Thévenot, 1993).

Dans cette perspective, la TML pourrait être dite « technologie socio-cognitive », artefact cognitif, « outil artificiel conçu pour conserver, exposer et traiter l'information dans le but de satisfaire une fonction représentationnelle » (Norman, 1993, p. 18). Mais compte tenu de ce qu'on a dit précédemment, on devrait éviter de voir cet outil selon le modèle classique de l'action. La TML n'est pas un objet mû directement et uniquement par la seule volonté d'un agent désireux d'atteindre un but et d'exécuter rationnellement un plan-programme (Suchman,

6. L'enjeu de ces récits était plus fort encore jusqu'en 1983, alors que la procédure pénale accordait une grande valeur probante à la « plainte spontanée » : narration des événements faite rapidement, pour la première fois, et dont les paroles de la victime devaient être retranscrites telles quelles. Même si la preuve de plainte spontanée n'est plus présentée aujourd'hui au procès, les policiers et avocats rencontrés pensent toujours que, sans elle, la poursuite a beaucoup moins de chances de succès. Sur la question du temps, un enquêteur d'expérience nous a dit que « une plainte dans les 20 minutes, ça c'est bon ».

7. Je m'en tiens ici à une suggestion, dans la mesure où je n'ai pu aller plus loin jusqu'à présent. Car la mise à l'épreuve empirique d'une telle théorisation exigerait en effet des observations de type ethnométhodologique. Celles-ci seraient pour le moins inconvenantes si on devait les mettre en œuvre en « situations réelles ». On peut penser à des situations reconstruites, mais l'exercice est périlleux et le travail est coûteux en temps et en énergie. Il reste préférable pour le moment de fonder cette analogie par discussions théoriques et observations contextuelles indirectes.

1987, 1990). Elle est bien plus un artefact circulant entre les protagonistes, un objet transitoire qui vise moins à alléger les tâches cognitives (attention, raisonnement, jugement...) de chacun qu'à faciliter un cours d'action commun rapide, stable et effectif. Elle serait, selon l'heureuse expression de Limoges, un « interfact⁸ » (communication personnelle).

Dans cette même veine, on pourrait décrire cette fonctionnalité d'une autre manière. La TML est comme un même environnement social *ad hoc* qui tend à empêcher chacun de contenir ou de réduire son action à ses seules dimensions techniques et professionnelles. Admettons les approches cognitivistes de l'« action située » (Suchman, 1987), selon lesquelles notre capacité d'accomplir une tâche donnée ainsi que les formes de cet accomplissement dépendent pour une part essentielle de l'environnement. Nous suggérons alors de voir la TML comme une spécification d'un environnement social artificiel qui « force » expressément l'interruption du cours normal et routinier des activités professionnelles les plus coutumières pour mieux faire converger virtuellement les ressources cognitives de chacun et les engager ainsi dans la production conjointe d'un bien polyvalent.

LA TROUSSE MÉDICO-LÉGALE COMME PROTOCOLARISATION DE L'INTERVENTION

Parler d'un bien polyvalent, c'est admettre l'hétérogénéité foncière des résultats de l'action en présupposant ici qu'il n'y a ni unité de but ni finalité ultime à la TML. Nous ne voulons pas dire par là que chaque agent n'a pas de but pour chacune de ses activités, mais simplement que la TML, comme entité active, ne fixe pas à tous un même but général à partir duquel chacun pourrait, pour sa part, déduire logiquement ce qu'il a à faire. La TML n'est pas un programme d'action.

Nous voulons, au contraire, prendre au sérieux la variété des objectifs avoués et montrer qu'ils sont immanents aux activités elles-mêmes. Et c'est justement en saisissant cette étrange variété et cette immanence que nous serons le mieux à même de comprendre la raison d'être de ce type de technologie.

LA TML ET SES CHICANERIES

À la relecture de cette suite d'objectifs (voir ci-dessus), deux commentaires viennent immédiatement à l'esprit. D'abord, aucun des objectifs ne s'adresse en propre à une profession ou un agent en particulier. Personne ne peut dire que tel ou tel d'entre eux relève de son champ de compétences. Ce sont donc bien les objectifs d'un « système d'action », et non les buts d'une activité professionnelle. Si on était tenté de les imputer à un acteur, il faudrait penser à un acteur collectif « haut placé » : une politique gouvernementale ou une certaine volonté publique exprimée par une instance particulière.

Par ailleurs, cette liste d'objectifs indique en creux la situation négative qu'ils veulent changer. Ainsi, on sous-entend que les agressions sexuelles font l'objet de mythes et de préjugés, que les victimes manquent de soutien moral et psycho-social, que le système de santé ne leur est pas aussi accessible qu'à d'autres clientèles et que les procédures judiciaires sont particulièrement malaisées pour elles. Ces jugements renvoient directement aux critiques que les féministes adressaient directement, dans les années soixante-dix, aux systèmes sanitaires, judiciaires et de service social. C'est dans cette mouvance idéologique qu'il faut lire le sens de la TML et l'acteur collectif qui la promeut pourrait être dit « les mouvements féministes et des femmes⁹ ».

8. Dans le même courant d'idées, LIMOGES nous a fait voir l'intérêt d'un rapprochement possible avec des notions récemment développées dans l'analyse socio-historique des sciences et des technologies ; soit celles de « paquet standardisé » [*standardized package*] (FUJIMORA, 1992) et d'« objet-frontière » [*boundary objects*] (STAR, 1988).

9. J'emploie l'expression « mouvements féministes et des femmes » pour ne pas entrer dans les débats sur ce qu'est ou pas le féminisme ni sur qui est féministe ou ne l'est pas. Mais plus positivement, je pense que la TML est apparue précisément au point de passage des « luttes féministes contre le viol » aux « revendications des femmes ».

Mais la TML n'est pas le fruit direct des luttes féministes. À notre connaissance, aucun des centres d'aide aux victimes de viol et aucune étude critique en la matière n'a recommandé l'établissement d'une telle trousse. Elle naîtra de la rencontre d'une velléité politique mandant un comité interministériel *ad hoc* — le GIVACS¹⁰ — et d'un « comité-terrain informel » composé de jeunes médecins et d'une travailleuse sociale qui, dès 1976, voient à mettre sur pied, dans quatre hôpitaux montréalais, des services d'urgence adaptés aux besoins des victimes de ce type d'agressions.

Ces professionnels sont en contact, depuis 1973 déjà, avec les services de police de la CUM et le Laboratoire de police scientifique. Aux dires de ces médecins et des autorités policières elles-mêmes, les patrouilleurs et les enquêteurs de cette époque se plaignaient beaucoup. « On était de plus en plus attaqué dans les journaux et obligés de s'expliquer dans des réunions organisées par des féministes [...] et c'est [...] les hôpitaux et les médecins qui refusent de faire les examens des victimes, qu'on aurait besoin » (policier de la SQ)¹¹.

La rencontre de ces fonctionnaires et professionnels ne sera pas sans heurts. Les premiers reprochent essentiellement aux seconds de n'avoir pas une vue assez large des problèmes, et ces derniers blâment les premiers pour leur méconnaissance complète du travail médical¹². La TML sera constituée trois ans plus tard grâce à la participation « active et énergique » (*sic*) de deux médecins aux réunions du comité GIVACS (un « comité flyé », selon l'un d'eux) et grâce aussi à l'implication des représentants du Laboratoire de police scientifique, « des gens sérieux, eux (à la différence des représentants du Ministère de la Justice) [...] qui savent ce qui se fait aux États-unis et en Angleterre » (médecin).

Nous insistons sur cet épisode parce qu'il manifeste un état des rapports interprofessionnels et intersectoriels que l'on retrouvera tout au long de la gestion et des usages mêmes de la TML. La vie interne des comités et des équipes est ponctuée de chicanes permanentes. Ce terme de « chicane » est préférable à celui de « controverse » ou de « conflit¹³ ». Il n'y a jamais eu de véritables discussions suivies et argumentées ni de débats critiques sur les fondements scientifiques ou éthiques d'une telle approche. Personne, à vrai dire, n'en conteste le bien-fondé, mais personne, à l'inverse, ni le défend carrément (les évaluations consignées par Gingras, 1988, sont très révélatrices à ce sujet). Aujourd'hui encore, tout le monde trouve à redire et chacun, à l'entendre, pourrait facilement s'en passer. Tous tiennent à apporter des aménagements à un objet auquel « ils croient sans trop y croire ».

contre la violence », le viol n'étant alors qu'un type de voie de faits ou d'agression contre la personne. Ce passage correspond à un changement de tendance observable dans d'autres mouvements sociaux. Une analyse plus précise de ce point nous éloignerait trop de notre texte. À ce sujet, voir par exemple PITCH (1985) et KRYWIN et coll., (1979). Juridiquement le droit pénal canadien enregistre ce changement au *Code criminel* dans ses « amendements de 1983 » (ou *Projet de loi C-127*). Pour plus de détails, voir NÉRON (1994).

10. GIVACS, pour *Guide d'intervention auprès des victimes d'agression à caractère sexuel*. Cette velléité politique conjoint elle-même deux mouvements « de la même famille » : les consultations du Conseil du statut de la femme (1978) visant une politique d'ensemble de la condition féminine et les 11 colloques régionaux qui, en 1978 aussi, sous la direction d'un comité interministériel restreint (Justice, Affaires sociales, C.S.F. et Comité de la protection de la jeunesse), avait pour thème « La violence envers les femmes et les enfants et dans la pornographie ». À noter qu'à cette époque, nous sommes, en matière d'administration publique, dans l'engouement de la concertation par les sommets socio-économiques.

11. Avant 1973, dans l'éventualité certaine d'un procès, l'examen des victimes se déroulait le plus souvent à l'Institut de médecine légale et de police scientifique, « à la morgue, quoi ! » selon l'expression d'un de ses employés. En 1973, cette responsabilité incombait aux hôpitaux, qui étaient pour le moins réticents, selon les policiers. « Y fallait toujours courir d'un hôpital à l'autre [...] jusqu'à 4 parfois. » (Policier de la CUM.) Je n'ai pu vérifier ni l'origine ni la nature de ce transfert de responsabilité.

12. « [...] des représentants du GIVACS sont venus nous voir, sans s'annoncer [...] ils avaient des ébauches de formulaires et des propositions de tests [...] pour une trousse qui devait être mise au point assez vite [...] les tests ne me frappent pas mais les formulaires, ça ne tenait pas debout du tout [...] des ébauches, mais ça n'avait aucun sens, quand on a su le temps que le comité a mis pour produire ça ! [...] je me souviens très bien, on commençait par les antécédents, puis l'examen venait avant l'histoire » (Un médecin, membre du « comité informel »).

13. Le terme « chicane » que j'emploie est redevable à GAUMER (1988), qui en fait un usage semblable dans l'intéressante analyse qu'il fait de l'implantation de la CTMSP — laquelle est aussi, à nos yeux, une technologie sociale. Par ailleurs, tous les sujets de discussion répertoriés par MARTIN (1985) en Floride se retrouvent également au Québec. Mais je leur donne un statut moins fort que celui de la controverse.

Nous suggérons deux explications à cet état de chicanes semi-indifférentes. D'abord, « la problématique du viol¹⁴ » n'est pas aussi également et unanimement partagée que l'opinion commune tend à le laisser croire. Bien sûr, ses principales affirmations (les viols existent, c'est un crime odieux...) sont irréfutables officiellement et en public. Mais en privé, les évidences vacillent souvent encore : « Est-ce bien un viol ? Ils se fréquentent depuis deux ans ; elle avait bu quelques bières, paraît-il, et que faisait-elle à une heure du matin dans ce parc ? Même qu'elle n'avait que des petits « bleus » dans le cou !. »

Ainsi, pratiquement, toute situation concrète de violence proche du stéréotype du viol désempare encore littéralement toutes les personnes qu'elles impliquent — professionnels ou pas — à l'exception de toutes celles qui, avec les années, par la formation et l'expérience, ont acquis une familiarité certaine avec ce type de situation¹⁵. Les bonnes volontés semblent bien insuffisantes et, de l'avis de beaucoup, les appréhensions, les méfiances, les vieux mythes et les divergences d'appréciation hantent encore tous les milieux.

La seconde explication est plus structurelle : les médecins et juristes — à l'exception de quelques femmes dans chaque institution et par région — manifestent toujours une grande réticence à intervenir auprès des victimes d'agression sexuelle¹⁶. Les médecins invoquent les pertes de temps et d'argent qu'occasionne un témoignage en Cour. Mais il y a aussi les raisons culturelles dites aux paragraphes précédents et le fait — comme pour les juristes — que de tels cas ou de telles causes se situent très bas dans la hiérarchie des actes et des spécialités professionnelles. Mais plus critique encore est le fait que, depuis son existence même, la TML n'a fait l'objet que de peu d'attention de la part de l'administration judiciaire, et ce en dépit des demandes réitérées par les autres partenaires (Gingras, 1988 et Ministère de la Justice du Québec, 1990).

Il est étonnant qu'une des raisons d'être de la TML — fournir des constats médico-légaux — soit presque ignorée par l'institution à laquelle elle est censée servir en bout de ligne. Comment peut-on demander aux médecins de pratiquer des expertises sans connaître les attentes précises et recevoir les feedbacks adéquats de la part de ceux qui en feront usage ? La fonction d'expert-témoin, interface entre deux institutions bien différentes, est toujours très inconfortable. Deux études (Di Domenico, 1995 et Ministère de la Justice du Québec, 1990) et quelques juristes rencontrés suggèrent comme explications le fait que le nombre de cas d'agression sexuelle pour lesquelles une TML fut mise en œuvre est plutôt faible et que, le cas

14. Par « problématique du viol », on entend la manière avec laquelle le « mouvement féministe et des femmes » a sorti le viol de la clandestinité pour en faire un fait social et le construire en même temps comme « problème social ». Cela va d'une définition du viol comme le rituel le plus achevé et le plus archaïque de domination des hommes-mâles sur les femmes-femelles à une définition en termes de violence à caractère sexuel exercée sur la personne. Outre le travail de visibilité et de définition, le mouvement a exhibé le stéréotype du viol comme un acte de courte durée où la femme, de bonne moralité certaine, était attaquée par un inconnu surgi des recoins d'un lieu public et qui, en résistant de toutes ses forces à son agresseur, s'en sortait nécessairement avec des blessures physiques visibles. Le mouvement s'est attaché plus particulièrement à montrer comment les mythes et les idéologies sexistes au fondement de ce stéréotype étaient profondément enracinés dans la société en général, avec des effets particulièrement stables et discriminatoires dans les institutions sociales, médicales et judiciaires. On explique ainsi bien le pourcentage exceptionnellement élevé de plaintes classées par la police comme non fondées que le second traumatisme qu'est, pour la victime, son témoignage en Cour. On rend compte ainsi bien de l'incompréhension ou de l'indifférence de beaucoup à l'égard des séquelles psychologiques que laisse le procès, surtout en l'absence de traces physiques, quand la victime devient présumée coupable et qu'en fin de compte, « pour le juge, des faits, c'est la parole d'un homme contre celle d'une femme » (NÉRON, 1993, p. 2) Sur ces mythes, voir par exemple BORDEAUX et coll. (1987) ; BROWNMILLER (1976) ; GTACS (1995), L'HEUREUX-DUBÉ, (1991).

15. La difficulté particulière de travailler avec des victimes d'agression sexuelle m'a été signalée avec insistance par une infirmière et une travailleuse sociale en santé mentale qui se sont engagées l'une et l'autre dans ce « champ de pratique » après plus d'une dizaine d'années de travail professionnel dans des champs voisins.

16. En se fiant aux commentaires verbaux ou écrits fournis par les animateurs de comités, tables de concertation, sessions de formation..., on aboutirait approximativement à un pourcentage de présence réelle — par rapport aux présences théoriques possible — de 90 % pour les représentants des organismes communautaires, de 80 % pour ceux des forces policières, de 70 % pour ceux des personnels de la santé et des services sociaux, 20 % pour ceux des médecins et moins encore pour ceux de la justice. Mais ces derniers pourcentages sont très variables suivant les époques et les régions.

échéant, l'agresseur ne nie plus les faits mais invoque le consentement de la femme. On peut dire ici que la TML n'a pas suivi l'évolution juridique : le matériel de prélèvement a toujours été centré sur la recherche du sperme avec référence principale au viol par pénétration. Les examens peuvent bien être aujourd'hui plus conformes aux amendements de 1983, mais ils sont toujours plus sensibles aux marques physiques de la violence qu'au contexte relationnel des événements. Mais celui-ci peut-il être amené en justice par la seule vertu d'un artefact, aussi raffiné soit-il ?

LA TML ET LES PROTOCOLES

Les dimensions « socio-sanitaires », par contre, font l'objet d'un développement toujours progressif et sur une base consensuelle plus large, sinon plus solide. Le « mouvement féministe et des femmes » enregistre des avancées dans les divers secteurs de l'action publique en intégrant le viol dans la classe des « agressions et abus sexuels » et en généralisant l'approche prônée à toutes les formes de violence ; violence faite aux femmes, d'abord, et ultimement violence à la personne.

Dès le départ, aux yeux de ce mouvement, pour beaucoup (Gingras, 1988, p. 25), le guide d'intervention de la TML doit être compris comme le premier pas d'un document qui devrait intégrer l'ensemble des actions nécessaires à une satisfaction complète des besoins des victimes : de la réponse policière au suivi psycho-social. Une telle attente est de fait renforcée par la présence, dès le début de son existence, de quelques protocoles d'accueil et de services aux victimes établissant, dans quelques hôpitaux montréalais, les relations avec la police et le type de tests requis.

Ces protocoles internes aux établissements s'enrichiront et se généraliseront quelque peu de 1977 à 1986, date à laquelle le comité interministériel GIVACS entérinera un projet d'implantation et d'évaluation de la TML dans trois régions volontaires (pour plus de détails, voir Gingras, 1988). Ce projet, du type recherche-action, insufflera beaucoup d'énergie dans ces trois régions et conduira à la mise sur pied de tables de concertation régionales ainsi qu'à la production de guides ou de protocoles régionaux d'intervention socio-médico-judiciaire¹⁷. Un mouvement est lancé au Québec qui verra se multiplier, d'année en année depuis les débuts de 1990, un nombre toujours croissant de protocoles dits d'intervention dans tous les secteurs où il est question de violence, d'abus, de négligence... et plus largement de dépendance, de protection, de placement, de réinsertion...

La TML n'a pas généré d'elle-même les protocoles d'intervention. Nous voudrions montrer cependant qu'elle a tout d'un protocole et que sa « simplicité » laisse mieux voir ce que peuvent être et ce pour quoi existent ces protocoles qui, aujourd'hui, l'intègrent et la dépassent.

Sur la nature des protocoles en cause, nous nous en tiendrons, faute de place, à quelques traits de base¹⁸. Un protocole est un document public qui prescrit à la fois une politique et les procédures de mise en œuvre conséquentes. Comme politique sociale, il fait suite à une action gouvernementale visant : 1) la concertation et l'arrimage entre secteurs, professions et institutions bien séparées ; 2) la coordination de services personnalisés, continus et complets. Dans une telle *policy*, les protocoles représentent un moment particulier situé entre les intentions interministérielles d'une part, et les manuels techniques ou opérationnels, d'autre part.

17. La région de Montréal disposait déjà, bien avant ce projet, de sa Table de concertation en matière d'agressions à caractère sexuel de la région de Montréal. Celle-ci, en effet, dès 1980, avait pris le relèvement du « comité-terrain » informel dont nous avons dit l'importance dans la constitution de la TML. Sa composition est restée sensiblement la même jusqu'à aujourd'hui, et plusieurs personnes du début y sont toujours actives.

18. La présente étude s'insère dans des observations et des enquêtes sur ces protocoles et sur ce qui en tient lieu : les « investissements de forme » (THÉVENOT, 1985) techniques, administratifs, réglementaires et représentationnels (SUCHMAN, 1988) des pratiques professionnelles dans les services à la personne. De telles études visent à nourrir des réflexions sur « l'esprit gestionnaire » (OGIEN, 1995) ; esprit qui préside à la métamorphose de ces pratiques sous l'égide et au profit d'une forme plus générale d'action publique de plus en plus communément appelée « l'intervention » (NÉLISSE, 1993).

Les protocoles sont établis, gérés, évalués par des tables ou des comités régionaux ou locaux qui prennent soin de regrouper des représentants de tous les acteurs communautaires, professionnels et institutionnels impliqués directement ou pas dans une problématique donnée. Il y est implicitement admis que chacun de ces représentants consulte son propre milieu et obtient son assentiment lorsqu'un changement, même mineur, est apporté au protocole. Les décisions sont toujours prises à l'unanimité. Le comité s'assure une auto-formation et une mise à jour soutenue quant à ce qui a trait à cette problématique, dont il devient, en quelque sorte, le *leader* reconnu. Il agit parfois en qualité de consultant à la Régie régionale, à la demande de celle-ci. Il peut lui arriver de réagir publiquement, mais à titre privé, sur des événements ou des questions controversées. Il assure également des formations offertes en même temps à des intervenants provenant de tous les secteurs concernés.

Le protocole fait toujours officiellement consensus. Néanmoins, sa création et ses mises à jour sont émaillées de mille et une tractations et chicaneries tout à fait identiques à celles que nous avons décrites plus haut. Il est indéniablement un « paquet » de petits compromis résultant d'une rencontre, constamment à refaire, entre des intérêts toujours différents, souvent divergents et quelquefois contradictoires.

Le protocole est relationnel et conventionnel tout en énonçant des descriptions et des prescriptions susceptibles de rendre les activités opérantes. Le terme de protocole se rapporte, en effet, à deux impératifs d'action différents. Dans un premier temps, il réfère à la logique « politique » de la puissance dans l'action pour en produire une pacification ; que ce soit comme acte écrit engageant les parties suite à un différend (protocole d'entente) ou comme recueil des règles à observer quant aux préséances, aux places, aux bonnes conduites dans des relations officielles entre parties toujours potentiellement en litiges (protocole diplomatique). Dans un second temps, il réfère à la logique « technique » de la méthode dans l'action pour produire une efficacité sûre ; que ce soit pour garantir *a priori* un résultat recherché (protocole opératoire en chirurgie) ou pour interpréter et évaluer correctement *a posteriori* des résultats déjà donnés (protocole de passation d'un test en psychologie).

Pratiquement chaque protocole peut revêtir l'une ou l'autre de ces quatre significations. Je suggère cependant que ces quatre significations sont plutôt des dimensions toujours présentes et qu'un protocole est justement la tentative, laborieuse, provisoire et imparfaite, de fondre et d'unifier en une seul parcours de travail ces deux logiques d'action.

Ces deux logiques sont en effet inséparables dès lors que l'action n'est plus seulement celle d'un professionnel unique et indépendant (ou celle d'une autorité professionnelle centralisant un système hiérarchique avec délégation des compétences), mais qu'elle est devenue celle d'une coordination collective, d'une action socialisée sans maître d'œuvre où chacun se doit de respecter les compétences des autres. Dans cette seconde situation de travail, les choix rationnels et techniques sont suspendus à des convergences — voire à des accords — sur les places et valeurs de chacun et sur les finalités de l'action globale. À défaut de cette concertation, *in concreto* et toujours à refaire en cours d'action, les pratiques correctes et efficaces dans leurs univers propres se télescoperont et s'annuleront bien vite dans une action commune mêlée, inefficace et souvent contre-productive.

Un dernier trait marquant des protocoles est, à l'exemple de la TML, leur caractère composite. À la diversité des composantes s'ajoute aussi la distribution de chacune d'elles sur des échelles bien polarisées. Certains éléments sont tenus pour nécessaires, d'autres pour discrétionnaires. Ils peuvent être descriptifs ou normatifs, généraux ou spécifiques, différenciés ou communs, banaux ou nouveaux, très contraignants ou pas... En ce sens, les protocoles sont à la fois familiers et inhabituels, et c'est ce mixte — ce voyage plus ou moins contraint entre du connu et du nouveau, de l'obligatoire et du discrétionnaire — qui permet à chacun d'orienter ou de réorienter partiellement ses pratiques sur celles des autres sans avoir à « obéir » à des règles étrangères¹⁹.

19. On pourrait peut-être analyser ces mécanismes de réorientation pratique en faisant appel aux théories psychosociales de l'engagement, de la rationalisation et des conduites en situation de « soumission librement consentie »

En résumé, un protocole, tant par sa construction concertée que par sa composition mixte, est bien un « investissement de forme » (Thévenot, 1985) créateur d'un ordre et d'un processus négociés de travail (Strauss, 1992). Par lui, tous les acteurs impliqués de fait dans une « problématique » (l'État comme les usagers, les gestionnaires comme les praticiens, les professionnels comme les bénévoles ou les travailleurs communautaires) prennent part à une action commune propre à cette problématique. L'action commune s'appelle « intervention » et le protocole a la propriété d'y engager chacun.

LA TML, CONTRAINTE À ET ENGAGEMENT DANS L'INTERVENTION

Récemment, dans une réunion de travail d'un comité local d'actualisation d'un plan régional d'organisation des services en santé mentale, une représentante des groupes communautaires proposait que « la TML soit utilisée par l'hôpital régional X ». Sommée de justifier sa demande, elle s'expliqua ainsi : « Les femmes agressées sexuellement subissent un sérieux traumatisme, nous devons assurer un suivi [...] nous voulons que l'hôpital s'implique, qu'il fasse son travail, la TML est là pour ça [...] » Le représentant d'un CLSC lui fit remarquer que « ça doit déjà être le cas », puisque, à sa connaissance, « il y a un protocole pour les agressions sexuelles qui avait été signé, il y a plusieurs années entre l'hôpital, la police et le CLSC ». Étonnement de la travailleuse communautaire, qui dit n'en avoir jamais rien su et se demande pourquoi, « une fois encore, le réseau avait oublié ou exclu les groupes communautaires ! ». S'ensuit une discussion d'un quart d'heure sur ce point, somme toute mineur pour un comité en santé mentale. Résultat : une proposition adressée à la table de concertation régionale sur la violence faite aux femmes demandant d'actualiser et de revoir le protocole en impliquant les groupes communautaires et en faisant un suivi plus serré des pratiques hospitalières.

Cette anecdote illustre très bien notre dernier point. La TML, comme tout autre protocole, permet à chaque acteur de s'impliquer dans une action commune à partir de sa compétence (professionnelle ou autre) et d'y « contraindre » les autres sur la base d'une réciprocité des engagements. Une telle situation peut être dite relever « de l'intervention » et les acteurs mutuellement impliqués de fait se dénomment également, au-delà de leurs statut et pouvoirs respectifs, « intervenants ».

C'est un lieu commun aujourd'hui d'énoncer ceci : l'intervention, pour mettre un terme à un problème social, une misère, un fléau, un drame, une situation inadmissible..., nécessite la participation de tous les intervenants qui doivent agir dans des perspectives complémentaires. L'intervention est ici un impératif moral général ascendant qui oriente, guide et mandate, à certaines conditions, les pratiques de tous genres afin d'arrimer « naturellement » le service à la personne qui les justifie concrètement à un intérêt d'ordre public qui les légitime politiquement.

Cet impératif est d'autant plus critique et urgent que les services à la personne sont, à l'instar d'autres secteurs d'activités, en état de crise permanente. L'action « dans des perspectives complémentaires » y est d'autant plus difficile encore qu'on a affaire, comme c'est le cas en matière d'agression sexuelle, à des problématiques en émergence où l'action est plus incertaine et risquée, où les intérêts sont potentiellement conflictuels et où les appréciations des personnes et des situations sont moralement et politiquement controversées. L'action commune n'est plus possible sur la base d'un consensus implicite et du partage de valeurs centrales. La communauté d'action n'étant plus un donné tacite, il faut la construire par et dans cette action même. La coordination effective et satisfaisante de cette dernière doit se faire sur fond de

(BEAUVOIS, 1994). Parlant de la contrainte dans l'action, on pourrait nous objecter que les protocoles ne sont que des documents écrits (*by-the-book*), alors que la TML est d'abord contraignante par son équipement matériel. L'objection tient peu, dans la mesure où l'usage du matériel y est partiellement discrétionnaire. De plus, la plupart des protocoles d'intervention comprennent ou recommandent explicitement l'usage d'instruments de mesure standardisés, lesquels constituent une observation « armée », comme on dit parfois, tout à fait équivalente à tout matériel de prélèvement, de mesurage ou d'enregistrement.

divergences irréductibles en engageant tout un chacun dans une autorégulation visant une convergence potentielle aussi bien des moyens que des finalités.

Les protocoles sont les traces les plus officielles de cette autorégulation. Mais ces documents figés, provisoires et particuliers (avec les technologies sociales qu'ils activent, bien sûr) n'ont de sens qu'en regard de ce processus social quasi permanent de négociation concertante ; processus que nous nommons protocolarisation de l'intervention et qui consiste, au fond, à engager tous les intervenants dans des ententes pratiques — à leurs faire faire la paix — de telle manière qu'ils puissent poser les actions qui conviennent les unes aux autres avec une efficacité technique et une justesse politique acceptables. Ce faire-la-paix particulier transforme les conflits « substantifs » propres à un champ d'intervention donné en transactions procédurales immanentes à et constructives de l'action elle-même. Ce faisant, des accords pratiques et effectifs sont possibles en évitant le coûteux (et illusoire ?) détour par un consensus sur les valeurs préalable à l'action.

* * *

Évaluant la TML, le Groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel écrit :

Malgré les lacunes de l'instrument, le groupe de travail constate que la trousse a facilité la concertation dans le passé. La trousse et le guide ont été des prétextes, des points de départ à une plus grande collaboration entre les intervenantes et les intervenants concernés. (GTACS, 1995, p.69.)

Je partage cet avis, à ceci près que la trousse médico-légale n'est pas qu'un instrument et qu'elle est plus qu'un prétexte à la concertation. Polyvalente comme instrument, elle était investie au départ de cinq objectifs. Il serait certes possible pour chacun d'eux de faire le bilan de ses résultats pour constater très probablement qu'en regard de chacun d'eux, elle s'avère un instrument plus ou moins lacunaire. Et c'est comme constat médico-légal qu'elle est probablement plus défailtante : prisonnière de l'image stéréotypée du viol, pour une part, et de son instrumentation matérielle, pour une autre, la TML a à cet égard de moins en moins de sens en justice. Ce que confirmerait la baisse progressive de son utilisation.

Mais son principal effet social n'est pas là. Comme technologie, elle permet une coordination potentielle d'actions tendanciellement divergentes en engageant les acteurs dans une concertation spécifique. Ce faisant, elle est plus que le prétexte à une concertation qui, en quelque sorte, se serait cherchée et voulue elle-même. Elle en a été plutôt — et en est encore — son texte même, si on peut dire. C'est elle — ou plus précisément la protocolarisation qui la produit et l'active au jour le jour — qui « fait » la concertation. Et cette dernière est aujourd'hui le préalable obligé de l'intervention comme action commune configurant des pratiques différentes sur un intérêt public en conjuguant une efficacité pratique à une justesse politique.

Comment juger un tel résultat ? La trousse médico-légale rend-elle effectivement l'intervention à la fois plus juste et plus efficace ? Cette évaluation me paraît un peu prématurée. Elle nécessite, au préalable, de prendre l'exacte mesure de ces phénomènes assez récents que sont, à la jointure des pratiques professionnelles et de l'action publique, la concertation des acteurs et la procéduralisation de l'intervention. Elle exigera aussi qu'on donne la parole aux victimes et surtout qu'on prenne cette parole plus au sérieux, si tant est qu'on veuille donner suite à cette reconnaissance — récente elle aussi — de ce que le professionnel est moins bon juge de la qualité de son service que ne l'est l'utilisateur.

Claude NÉLISSE
Département de service social
Université de Sherbrooke
Sherbrooke, Québec,
Canada J1K 2R1

RÉSUMÉ

La trousse médico-légale est à la fois un guide d'accueil et de soins des personnes agressées sexuellement et un ensemble d'instruments et de formulaires servant à dresser un constat médico-légal. Nous nous proposons dans cet article de l'examiner sous deux angles. D'abord, en regard de sa fonctionnalité opératoire, on montrera qu'elle est une technologie sociale susceptible de faire converger les tâches cognitives des acteurs concernés vers une coordination collective de l'action. On verra, en second lieu, que la raison d'être d'une telle technologie tient moins à sa capacité technique qu'à sa capacité à enclencher un engagement forcé et négocié des professionnels dans un processus d'action publique émergent : la protocolarisation de l'intervention dans les services à la personne.

SUMMARY

The medical legal kit is both a general guide, a guide for the treatment of sexually abused persons and a set of tools and forms for producing forensic reports. We propose to examine this from two angles in this paper. First, from the point of view of its operating functionality, we will demonstrate that it is a social technology which favours the convergence of the cognitive tasks of the actors involved into a collective coordinated action. We will see then that the *raison d'être* of such a technology lies less in its technical capacity than in its contribution in forcing a negotiated involvement by professionals in an emerging process of public action: the increasing degree of protocol in services destined for the individual.

RESUMEN

El « kit » médico-legal es a la vez una guía gratuita de acogida y de cuidados de las personas víctimas de una agresión sexual y un conjunto de instrumentos y de formularios que aseguran una constatación médico-legal. En este artículo se propone considerar el « kit » médico-legal de dos puntos de vista. En primer lugar, con respecto a su funcionalidad operatoria, demostraremos que él es una tecnología social capaz de hacer converger las tareas cognitivas de los actores implicados en una coordinación colectiva de la acción. En segundo lugar, veremos que la razón de ser de tal tecnología reside menos en su capacidad técnica que en su contribución a la producción de un compromiso forzado y negociado de los profesionales en un proceso de acción pública que emerge : la protocolarización de la intervención en los servicios a la persona.

BIBLIOGRAPHIE

- BEAUNE, Jean-Claude (1980), *La Technologie introuvable*, Paris, Vrin.
- BEAUVOIS, Jean-Léon (1994), *Traité de la servitude libérale. Analyse de la soumission*, Paris, Dunod.
- BORDEAUX, Michèle et coll. (1987), « Qualifié : viol. Réflexions sur les constantes d'une pratique » *Actes : Les Cahiers d'action juridique*, n° 56-57, pp. 29-41.
- BROWNMILLER, Susan (1976), *Le Viol*, Montréal, Éd. de l'Étincelle.
- C.A.L.A.C.S. (1993), *Les Agressions sexuelles : dépasser le statu quo*, Montréal, Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel.
- C.S.F. (1978), *Pour les Québécoises : égalité et indépendance*, Québec, Gouvernement du Québec.
- CONEIN, Bernard, DODIER Nicolas et THÉVENOT Laurent (1993), *Les Objets dans l'action*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- DI DOMENICO, Mariangela (1995), *La Violence faite aux femmes : à travers les agressions à caractère sexuel*, Avis du Conseil du statut de la femme, Gouvernement du Québec.
- FRAPPIER, Jean-Yves, HALEY Nancy et ALLARD-DANSEREAU Claire (1990), *Abus sexuels*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- FUJIMURA, John H. (1992), « Crafting Science : Standardized Packages, Boundary Objects and « Translation », in A. PIKERING (dir.), *Science as Practice and Culture*, Chicago, Chicago University Press, 1992, pp. 169-211.
- GAUMER, Benoit (1988), *Une innovation en gestion : le cas d'un système d'admission en hébergement et en soin de longue durée au Québec*, thèse non publiée, maîtrise en Administration des services de santé, Université de Montréal.
- GINGRAS, Pauline (1988), *Implantation dans trois régions-pilotes du Guide d'intervention auprès des victimes d'agression à caractère sexuel*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2 vol. et 6 annexes.
- GREEN, William M. (1988), *Rape. The Evidential Examination and Management of the Adult Female Victim*, Lexington, Lexington Books.
- G.T.A.C.S. (1995), *Les Agressions sexuelles : stop*, rapport du groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, Gouvernement du Québec.
- GUILLERME, Jacques (1984), « Les liens du sens dans l'histoire de la technologie », *Cahiers STS*, n° 2, pp. 23-29.
- JOBIN, Nicole (1981) « Après l'assaut. Le viol à l'extérieur des cadres policiers » in *La revue de la Sureté du Québec*, 11, n° 4, pp. 11-28.
- KRYWIN, Anne et coll. (1979), « Débat : viol et justice pénale » *Déviance et Société*, vol. 3, n° 1, pp. 60-88.
- LADRIÈRE, Jean (1977), *Les Enjeux de la rationalité*, Paris, Aubier.
- L'HEUREUX-DUBÉ (La juge, 1991), dissidence de la juge dans l'arrêt *R. c. Seaboyer*, [1991] 2 R.C.S. 577, pp. 651-654.
- LIMOGES, Camille (1987), « De la technologie comme objet problématique à l'évaluation sociale des technologies » in D. TREMBLAY (dir.), *Diffusion des nouvelles technologies*, Montréal, Éd. A. St Martin, 1987, pp. 169-184.

- LIVET, Pierre (1994), *La Communauté virtuelle. Action et communication*, Combas, Éd. de l'éclat.
- MAHEU, Louis et BEAUCHEMIN, Henri (1987), « Les sociologies de la technologie : des trouvailles certaines et de nombreux problèmes », in P. BERNARD et E. CLOUTIER (dir.), *Sciences sociales et transformations technologiques*, Québec, Conseil de la science et de la technologie, 1987, pp. 83-142.
- MARTIN, Patricia Yancey et coll. (1985) « Controversies Surrounding the Rape Kit Exam in the 1980s : Issues and Alternatives », *Crime and Delinquency*, vol. 31, pp. 223-246.
- MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU QUÉBEC (1990), *Analyse du questionnaire relatif à l'utilisation de la trousse médico-légale et du protocole d'intervention dans le processus judiciaire*, Gouvernement du Québec.
- NÉRON, Josée (1993), *Quand la plaignante cessera-t-elle d'être coupable ?*, Québec, université Laval, *Les Cahiers de recherche du GREMF*, cahier 56.
- NÉRON, Josée (1994), *L'Aggression sexuelle et le droit criminel canadien : l'influence de la codification*, Québec, université Laval, *Les Cahiers de recherche du GREMF*, cahier 62.
- NÉLISSE, Claude (1993), « L'intervention : une surcharge de sens de l'action professionnelle », *Revue internationale d'action communautaire*, 29/69, pp. 167-181.
- NORMAN, Donald A. (1993), « Les artefacts cognitifs » in Bernard CONEIN et coll. (dir.) ; *Les Objets dans l'action*, Paris, Éditions de l'EHESS, pp. 15-34.
- OGIEN, Albert (1995), *L'Esprit gestionnaire. Une analyse de l'air du temps* Paris, Éditions de l'EHESS.
- OUELLET, Réal et MATTE Raymond (1989), *Sondage relatif à l'utilisation de la trousse médico-légale*, Ministère de la Sécurité publique, Gouvernement du Québec.
- PITCH, Tamar (1985), « Violence sexuelle, mouvement féministe et criminologie critique », *Déviance et Société*, vol. 9, n° 3, pp. 257-265.
- RIEU, Alain-Marc (1990), article « Technologie », *Encyclopédie philosophique universelle*, tome 2, Paris, PUF, pp. 2556-2562.
- ROLLE, Pierre (1988), *Travail et salariat*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.
- STAR, Susan Leigh (1988), « The Structure of Ill-Structured Solutions : Boundary-Objects and Heterogeneous Distributed Problem Solving », communication présentée à la *Eighth AAAI Conference*.
- STRAUSS, Anselm, Juliet CORBIN (1990) *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory : Procedures and Techniques*, Newbury Park, CA, Sage.
- STRAUSS, Anselm (1992), *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.
- SUCHMAN, Lucy A. (1988), « Representing Practice in Cognitive Science », *Human Studies*, vol. 11, pp. 305-325.
- SUCHMAN, Lucy A. (1987), *Plans and Situated Actions*, Cambridge, Cambridge University Press.
- THÉVENOT Laurent (1985), « Les investissements de forme », *Cahiers du Centre d'études de l'emploi*, n° 28 , pp. 21-72.