Société Scientifique de Médecin Générale

Avec le soutien de l'AVIQ

Guide de Pratique Clinique
« La violence sexuelle envers les femmes majeures
Abordée en médecine générale »

Auteurs

Pierre Litt : médecin généraliste, SSMG

Marie-Astrid Berrewaerts : médecin généraliste, SSMG

Geneviève Bruwier : médecin généraliste, professeur émérite de l'Uliège, SSMG

Thierry Van der Schueren : médecin généraliste, SSMG

Table des matières

1.1. Public cible 4

1.2. Population cible 4

1.3. Epidémiologie 5

1.4. Concepts 5

La dynamique des violences sexuelles 5

Mythes concernant les violences sexuelles 6

Décision partagée : 6

Secret professionnel : 6

Viol : 6

2. Recommandations cliniques 7

2.1. Par quelles interventions le médecin généraliste peut-il prévenir les agressions sexuelles envers les femmes ? 7

2.2. Quelles sont les interventions permettant de dévoiler, de dépister et de diagnostiquer précocement les femmes victimes d'agressions sexuelles en médecine générale ? 7

La détection des violences sexuelles 9

2.3. Quelles sont les interventions efficaces à proposer aux femmes victimes de violences sexuelles ? 16

2.3.2. Interventions à réaliser dans les 5 jours suivant l'agression 22

Contraception d'urgence 25

Prophylaxie post-exposition au HIV 27

Traitement présomptif IST 30

Vaccination VHB 32

Intervention psychologique/mentale 33

2.4. Vers quels référents le médecin généraliste peut-il orienter les femmes victimes de violences sexuelles en fonction des situations spécifiques rencontrées ? 37

a. Les ressources existantes ? 37

b. Comment le médecin généraliste peut-il collaborer avec le service d'aide spécialisé ? 37

2.5. Publications SSMG apparentées 38

3. Élaboration du GPC 38

3.1. Le groupe d'auteur 38

3.2. Choix de la méthodologie 39

3.3. Élaboration des questions de recherches 39

3.4. Elaboration des messages clefs 40

2.3 Évaluation sur le terrain 43

3.5. Implication des patients 43

3.6. Mise à jour et financement 43
3.7. Mise en application 43
3.8. Évaluation économique 44
4. Bibliographie 44
Outils 1 : 54
Annexe 1 : Lexique 55
Annexe 2 : Mythe et violences sexuelles 56
Annexe 3 : Stratégies de Recherches 58
Stratégie de recherche revue systématiques et méta-analyses 58
Cochrane library 58
MEDLINE 58
TRIPDATABASE 58
Stratégie de recherche littérature primaire 59
Psychinfo 59
Medline 62
Annexe 4 : Critères d'inclusion et d'exclusion de la recherche bibliographique 66
Critères d'inclusion 66
Critères d'exclusion 66
Annexe 5 : Schéma CanMEDS 67
Annexe 6 : Evaluation du niveau de et de la force des recommandations 68
Annexe 7 : Flowchart des résultats de la recherche de littérature 69

1.1. Public cible

Le public cible principal de ce travail constitué de l'ensemble des médecins généralistes exerçant en région Wallonne. Les autres professionnels de santé exerçant dans un cadre de première ligne de soins et concernés par cette problématique (sages-femmes, infirmières, psychologues, assistant sociaux, ...) peuvent y trouver des informations utiles à leur pratique dans la limite de leurs compétences respectives. Il est à préciser que ces recommandations n'ont pas été élaborées en incluant spécifiquement ce public concerné vu qu'ils n'ont pas été associés au développement, ni à la validation de ce GPC.

1.2. Population cible

Les femmes adultes victimes de violence sexuelles en Belgique francophone quel que soit la temporalité de l'aggression.

La définition des violences sexuelles est issue de la définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS) issue du « World report on violence and health ».[3]

L'OMS définit la violence sexuelle comme suit :

« Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaires ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail".

Cette définition comprend :
1) le viol conjugal ou commis par un petit ami
2) le viol commis par des étrangers ou des connaissances
3) les avances sexuelles importunes ou le harcèlement sexuel (à l'école, au travail, etc.)
4) le viol systématique, l'esclavage sexuel et d'autres formes de violence particulièrement répandues lors des conflits armés (par ex., la grossesse forcée)
5) la violence sexuelle à l'encontre des personnes handicapées physiques ou mentales
6) le viol et les sévices sexuels infligés aux enfants
7) les formes dites « coutumières » de violence sexuelle, telles que le mariage ou la cohabitation forcés ou la coutume de l'héritage de l'épouse. »

Cette définition a le mérite d'être large et très ouverte ce qui permet d'explorer de façon presque exhaustive les violences sexuelles. Cependant elle est trop vaste pour faire le sujet d'une seule recommandation. Le groupe de travail a donc limité ses recherches aux points prioritaires 1, 2, et 5. Ces points correspondent aux situations les plus fréquemment rencontrées en Belgique dans une pratique de médecine générale, or les points traitant de la population pédiatrique et le harcèlement sexuel. C'est deux derniers sous-groupes ont été exclus car ils nécessitaient à eux seuls des GPC spécifiques.

1.3. Epidémiologie

En Europe, 3 700 000 de femmes ont été victimes de violences sexuelles en 2011, selon une estimation réalisée par une étude menée par l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne auprès d'un échantillon 42 000 femmes.[1] Cette même étude européenne estimait que près de 11% des femmes européennes avait déjà subi une violence sexuelle depuis l'âge de 15 ans, et que 5% des femmes auraient été violées depuis l'âge de 15 ans.

En Belgique, 25,6% des Belges auraient été exposées à une /des violences sexuelles jugées graves selon une étude menée par SOS viol et Amnesty international[2] en 2014 auprès d'un échantillon de 2000 personnes.

Ces chiffres restent toutefois une estimation compte tenus la difficulté d'obtenir des chiffres fiables, étant donné que l'on estime que, en Europe, seulement 30 à 39% des victimes de violences sexuelles révèlent avoir été agressées[1], et seulement 16% des victimes porteraient plainte en Belgique.[2] Néanmoins Ces chiffres mettent clairement en évidence la fréquence de cette problématique.

1.4. Concepts

La dynamique des violences sexuelles

La revue de littérature réalisée par l'OMS en 2003[5] a identifié plusieurs causes de violences sexuelles. Une violence sexuelle est avant tout un acte agressif dont les facteurs sous-jacents sont plus le contrôle et le pouvoir sur la personne que le désir sexuel. Les motivations de

l'auteur sont rarement la passion, mais plutôt le fait de dégrader, dominer, humilier, terroriser et contrôler la victime. Ces violences ont pour conséquence pour la victime une atteinte profonde de leur intimité, de leur sécurité et de leur bien-être.

Mythes concernant les violences sexuelles

Les violences sexuelles sont associées à de nombreuses méconnaissances ancrées dans notre société dont l'origine se trouve dans la conception de la sexualité au niveau sociétal, religieux et culturel. Différents mythes issus de GPC OMS 2003[5] sont repris dans l'Annexe 1.

Décision partagée :

« Ce concept décrit le processus au cours duquel, lorsqu'une décision relative à la santé individuelle d'un patient doit être prise, praticien(s) et patient partagent une information médicale, notamment les éléments de preuve scientifique, et où le patient reçoit le soutien nécessaire pour exprimer ses préférences et envisager les différentes options possibles relatives aux soins, afin de choisir d'un commun accord entre elles de manière éclairée. » (Haute Autorité de Santé. Etat des lieux - Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». (2013). Consulté le 05/06/2018 sur www.has-sante.fr)

Secret professionnel :

« Devoir imposé par la loi et les mœurs, à certaines personnes, de ne pas révéler les choses secrètes dont elles deviennent les confidents nécessaires en raison de leur état ou des fonctions qu'elles exercent »

(Répertoire pratique du droit belge, (1943))

Viol :

« Art. 375.[…] Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit et par quelque moyen que ce soit, commis sur une personne qui n'y consent pas, constitue le crime de viol.

Il n'y a pas consentement notamment lorsque l'acte a été imposé par violence, contrainte [, menace, surprise] ou ruse, ou a été rendu possible en raison d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale de la victime.[…]»

(Le code Pénal disponible (1867). Consulté le 18/06/2018 sur : http://www.ejustice.just.fgov.be/)

2. Recommandations cliniques

2.1. Par quelles interventions le médecin généraliste peut-il prévenir les agressions sexuelles envers les femmes ?

En ce qui concerne la prévention primaire, 3 revues systématiques[10],[11],[12]ont identifié des preuves prouvant l'efficacité l'EVRAS (l'éducation la vie relationnelle, affective et sexuelle). Cette approche n'est pas applicable en médecine générale.

2.2. Quelles sont les interventions permettant de dévoiler, de dépister et de diagnostiquer précocement les femmes victimes d'agressions sexuelles en médecine générale ?

1. Disposer dans le cabinet médical de supports d'informations tels que des affiches portant sur les violences sexuelles (GPP)

2. Assurer le secret médical (GPP)

3. S'intéresser voire se former à la problématique des violences sexuelles. (GPP)

Explication :

53% des victimes n'ont pas révélé un passé d'agression sexuelle à leur médecin car elles pensaient que cela ne relevait pas de leurs compétences.[13]

Une réponse appropriée est de disposer **des supports d'informations** concernant les violences sexuelles dans la salle d'attente. C'est un moyen peu coûteux qui permet d'informer les patientes que leur médecin généraliste est sensibilisé à cette problématique.

Ces supports d'information peuvent aussi bien être des affiches que des dépliants, voire des vidéos et contenir des informations utiles tel qu'un numéro de téléphone d'une structure spécialisée. Ils sont à disposer dans différents lieux du cabinet médical tels que le cabinet de consultation, l'espace d'accueil, les toilettes. Il est utile d'y inclure des informations spécifiques pour certaines minorités, telles les populations migrantes, lesbiennes, personnes à mobilité réduite, …

Une autre barrière rapportée par une majorité de victimes est la crainte que leur révélation soit divulguée à autrui.[13] Une réponse apportée par le législateur a été de soumettre les médecins aux articles 458 du code pénal belge concernant **le secret professionnel.**

*« Art. 458.Les **médecins**, […] dépositaires, par état ou par profession, des **secrets qu'on leur confie**, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice (ou devant une commission d'enquête parlementaire) et […], les **auront révélés**, seront **punis** d'un emprisonnement [d'un an à trois ans et d'une amende de cent euros à mille euros ou d'une de ces peines seulement] » ((1867). Le code Pénal disponible sur : http://www.ejustice.just.fgov.be/)*

Le médecin est donc soumis à l'obligation légale de garder secrète toute information apprise dans l'exercice de sa profession, donc le fait même qu'une personne soit venue le consulter. Les limites du secret sont décrites dans la recommandation 4.

Le secret est aussi rappelé dans l'article 25 du code de déontologie médicale [14]qui rappelle que le secret subsiste après le décès du patient. Le médecin doit veiller à ce que ses collaborateurs (consœur, confrère, secrétaire) le respectent aussi.

Dans l'optique de préserver le secret professionnel, la configuration du cabinet médical doit aussi favoriser la confidentialité des utilisateurs. Aucune information concernant la consultation médicale ne doit être entendue par autrui au sein du cabinet de consultation ou du secrétariat. Il en va de même pour les dépliants d'information, disponibles dans un espace où ils pourront être pris en toute discrétion.

Afin de favoriser la révélation et la prise en charge des victimes de violences sexuelles, il est recommandé aux médecins généralistes de **se sensibiliser voire de se former** à la problématique. Un minimum acceptable selon le GPC WHO[9] est d'être formé au soutien de première ligne. Celui-ci est abordé dans la recommandation 6. Le GPC WHO[9] propose aux médecins de se sensibiliser aux attitudes appropriées et inappropriées, de savoir quand et comment s'enquérir des violences sexuelles, ainsi que de connaitre les prises en charge et les services existants.

<u>Base de la recommandation</u>

La recommandation concernant les **supports d'information** repose sur un avis d'experts mis en évidence lors d'une revue systématique de la littérature[13]. La mise en place de cette mesure étant peut coûteuse, le groupe d'auteurs recommande cette pratique.

La **confidentialité** est recommandée par le GPC WHO[9], lui-même basé sur le manuel « psychological first aid » développé par le « World Health Organization's (WHO) mhGAP Guidelines Development Group »[15]. Des études montrent que la confidentialité est une barrière au dévoilement.[13] Par ailleurs, le médecin est soumis à l'article 458 du code pénal régissant le secret professionnel et à l'article 25 du code de déontologie médicale.[14]

La recommandation sur la **sensibilisation et la formation** est basée sur des avis d'experts issus du GPC WHO[9] et d'une revue systématique[13].

La détection des violences sexuelles

4. Poser des questions pertinentes favorisant la révélation de violences sexuelles chez une patiente présentant une situation clinique potentiellement causée ou compliquée par une agression sexuelle telle que décrite dans le tableau 1. Envisager cette démarche uniquement si les conditions reprises dans le tableau 3 sont réunies. (GPP)

5. Le dépistage systématique des violences sexuelles n'est pas recommandé. (GPP)

Explication

La violence sexuelle est une problématique fréquente dans la population belge (voir épidémiologie). Cependant, ce sujet reste encore tabou car seulement 30 à 39% des victimes révèlent avoir été agressées,[1] et ce, malgré les nombreuses complications qui y sont associées (voir tableau 2.).

Cette « omerta » est en partie expliquée par plusieurs barrières. En ce qui concerne spécifiquement la médecine générale, selon une revue systématique[13], jusqu'à 27% des

victimes interrogées n'avaient pas relevé l'agression à leur médecin car il ne l'avait pas demandé, et 53% parce qu'elle ne pensaient pas que le médecin généraliste était en mesure leur apporter une aide.

Dans le but d'affranchir les victimes de ces barrières, il est recommandé que le médecin généraliste recherche une histoire de violence sexuelle chez une patiente présentant une situation clinique potentiellement causée ou compliquée par une agression sexuelle (tableau 1).

L'objectif de l'identification des victimes souffrant de complications est d'améliorer la prise en charge de leurs complications. [16],[17]

Cette démarche diagnostique est par ailleurs jugée acceptable par 87% des femmes européennes interrogées dans un contexte de violence contre le genre.[1]

Le médecin de famille a une place importante dans cette démarche diagnostique. D'une part, parce que cette population à tendance à plus souvent consulter son médecin généraliste.[13] D'autre part, parce que cette démarche diagnostique vise à répondre à un besoin de la patiente (le motif de la consultation). En effet, cette approche centrée sur les besoins de la patiente correspond au cadre des compétences de base d'un médecin selon CanMED [18] (voir Annexe 5). Ce dernier est le référentiel pédagogique du « Canadese Royal College of physicians and surgeons » décrivant les compétences du médecin nécessaire pour répondre aux besoins des patientes.

En pratique, pour identifier les victimes de violences sexuelles il est intéressant d'utiliser la démarche diagnostique proposée par le GPC « Détection des violences conjugales »[19], publié par la SSMG.

Ce processus consiste à interroger la patiente à partir de questions ouvertes pour avancer dans l'anamnèse jusqu'à nommer concrètement les violences. C'est donc une suite de questions cliniques « en entonnoir » qui débute par une question ouverte que le clinicien juge opportune face à une des situations cliniques rencontrée dans le tableau 1., associée éventuellement à des facteurs de risques du tableau 2.

Par exemple :
« Avez-vous déjà vécu un évènement traumatique ? »

« Était-ce lié au fait que vous soyez une femme ? »

« Est-ce que cela touchait votre sexualité ? »

« Etiez-vous consentante ? »

Durant l'entretien, le professionnel de santé doit avoir conscience que le secret appartient à la patiente et par conséquent que sa révélation reste un acte volontaire. Il doit donc nécessairement veiller à ne pas exercer de pression sur la patiente.

Selon le GPC SSMG[19] cette démarche à l'avantage de laisser des portes ouvertes pour une future révélation s'il n'y en a pas eu durant la consultation.

Tableau 1. Situations cliniques associées aux violences sexuelles

<u>Situations cliniques associés aux violences sexuelles :</u>
Santé mentale
- Situation de violence conjugale
- Tentative de suicide ou idées suicidaires
- Symptômes de troubles anxieux
- Alcoolisme, toxicomanie
- Symptômes de troubles affectifs (dépression, bipolaire, dysthymie)
- Personnalité Borderline
- Symptômes psychiatriques sévères (troubles bipolaires)
- Troubles du sommeil
- Troubles de l'alimentation dont obésité
- Jeu pathologique
Santé sexuelle
- Symptômes gynécologiques d'étiologie indéterminée dont les douleurs pelviennes et dysfonctions sexuelles
- Comportement sexuels à risques
- Infection Sexuellement Transmissible (IST)

- Grossesse et particulièrement les grossesses non désirées, suivi aléatoire ou tardif de la grossesse, ou compliqué de fausses couches, prématurité, dépression post natale
- Avortement
- Contraception d'urgence
- Dépistage IST

Santé physique

- Symptômes inexpliqués au niveau gastro-intestinal, gynécologique, respiratoire, …
- Fatigue chronique
- Syndromes douloureux chroniques dont la fibromyalgie
- Lésions traumatiques (voir article) surtout si explications vagues
- Maladie chronique : telle que RCUH, céphalées, HIV

Tableau 2. Facteurs de risque associés aux violences sexuelles

Facteurs de risque pour une agression sexuelle

- Le genre féminin
- Le jeune âge
- Un handicap physique ou mental
- Les maladies « chroniques »
- Les problèmes de santé mentale
- La grossesse
- L'alcoolisme
- Les victimes de maltraitance infantile ou d'exposition à la violence intrafamiliale
- Intoxication éthylique, drogue licite ou non
- La prostitution
- Les lesbiennes et bisexuelles
- Les situations de précarité financière
- Etudiante en supérieur

À la suite de la recherche en cascade, plusieurs situations cliniques potentiellement causées ou compliquées par les violences sexuelles ont été identifiées au niveau de la santé mentale, sexuelle, et physique.

Santé mentale

Selon une récente revue systématique de la littérature[16], les violences sexuelles sont associées à de nombreuses psychopathologies et particulièrement au PTSD et aux idées suicidaires . Une telle association est retrouvée dans le cadre des violences sexuelles perpétrées durant l'enfance.[20] Les troubles anxieux et dépressifs sont aussi fortement associés aux violences sexuelles perpétrées durant l'enfance.[21],[22] Des recherches menées dans le contexte de première ligne de soins[17] confirment ces conclusions.

D'autres situations cliniques sont associées aux violences sexuelles : Symptômes de troubles anxieux (PTSD[23],[24],[25],[26] ; anxieux[27],[28]) ; Symptômes de troubles affectifs (dépression[29],[30] ; troubles bipolaires [31]) : Personnalité Borderline[32] ; Troubles Obsessionnels Compulsifs[33] ; Troubles du sommeils[34] ; Alcoolisme, toxicomanie.[35],[36],[37],[38] ; Jeu pathologique[39] ; Tentative de suicide ou idées suicidaires[16],[40],[41],[42],[43] ; Troubles de l'alimentation dont obésité [44] ; Violences intrafamiliales[45], [45]
Voire des complications psychosociales telles que vivre sans domicile fixe.[46],[47]

Santé sexuelle et obstétrique

Les violences sexuelles sont associées à de nombreuses complications au niveau de la santé sexuelle : Symptômes gynécologiques d'étiologie indéterminée dont les douleurs pelviennes [48], des dysfonctions sexuelles[49] et dysménorrhée[50] ; IST[51] ; Comportements sexuels à risques[52] ; Les avortements répétés[53],[54]
Elles sont aussi associées à la grossesse[55] et particulièrement aux grossesses non désirées[56] , travail compliqué[57] de fausses couches, prématurité[58] , dépression post natale[59] et prénatale[60].

Santé physique

Les violences sexuelles peuvent avoir de nombreuses conséquences physiques[17] soit directement dues au traumatisme physique comme des lésions génitales[61],[62],[63] soit dues à un traumatisme psychique compliqué de symptômes psychosomatiques[64]. A partir de ces

différents traumatismes il est fréquent de rencontrer des symptômes dont l'origine est inexpliquée au niveau gastro-intestinal, gynécologique, neurologique…[65]

D'autres répercussions physiques ont été répertoriées : Syndrome de fatigue chronique[65],[64] ; Troubles gastro-intestinaux inexpliqués[66] ; Syndromes douloureux chroniques[64] dont la fibromyalgie[67] ; Obésité[68],[69],[70]

Des associations avec des maladies chroniques ont été identifiées : entre autres recto colite ulcéro hémorragique[71], céphalées[72],[73]

<u>L'attention du clinicien doit être renforcée en présence des facteurs de risques suivants</u>

- Le genre féminin : selon différentes études de prévalence et épidémiologiques, les femmes sont plus souvent victimes de violences sexuelles[1],[2]
- Le jeune âge : les femmes entre 18 et 29 ans sont plus à risques. [1],[2]
- Les personnes souffrant d'un handicap sont significativement plus souvent atteintes de violences sexuelles que le reste de la population. [1]
- Les maladies « chroniques » (Epilepsie, maladies cardio-vasculaires et respiratoires chroniques, maladie du foie)[74]
- Les problèmes de santé mentale. Plusieurs études associent les violences sexuelles à des maladies mentales sévères.[75]
- La grossesse[55] est une période à risque de violences sexuelles, particulièrement dans un cadre d'IPV.[56]
- L'alcoolisme[76]
- Les victimes de maltraitance infantile ou d'exposition à la violence intrafamiliale.[77]
- Intoxication éthylique[78], ou par une drogue licite ou non[79].
- La prostitution : les travailleuses du sexe sont plus à risque de vivre des violences sexuelles[80]
- L'orientation sexuelle (Lesbiennes et Bisexuelles) : les différentes études réalisées aux Etats-Unis démontrent une haute prévalence de violences sexuelles dans cette population[81].
- La population précarisée[82]
- Intoxication éthylique : l'intoxication éthylique associée à la consommation volontaire de drogue est une situation à risque de violences sexuelles. La perception du danger serait atténuée par la consommation d'alcool[78]. Ce risque est majoré lorsque l'alcool est associé à une drogue.[79]

- Plusieurs études réalisées aux Etats-Unis rapportent une plus haute prévalence de violence sexuelle parmi les étudiantes de supérieur selon une revue systématique.[83]
- Les violences conjugales.[84]

Dans l'optique de répondre aux besoins de la patiente, plusieurs considérations sont nécessaires pour entreprendre cette démarche diagnostique.

Tout d'abord, cette démarche ne peut s'envisager qu'en condition de sécurité. C'est-à-dire **sans que le potentiel agresseur puisse écouter la consultation** et en garantissant le **secret médical**.

Ensuite, le médecin doit être **sensibilisé et formé** à aborder cette problématique en consultation et être capable d'offrir au minimum un soutien de première ligne aux femmes qui révèlent une violence sexuelle telle que décrite dans la recommandation 5.

Il doit aussi connaitre préalablement les différentes **structures de soins** disponibles pour prendre en charge la patiente selon ses besoins spécifiques ainsi que leur mode d'orientation tel que décrit dans la recommandation 5.

Cette approche doit se faire dans le respect, sans presser la patiente qui peut craindre la réponse du médecin.[13]

Tableau 2. Conditions nécessaires pour rechercher les violences sexuelles

- **La confidentialité est assurée** - **Le secret médical est respecté** - **Le médecin est intéressé voire formé à rechercher et à prendre en charge des violences sexuelles** - **Le médecin a préalablement établi un réseau de soins pour la prise en charge des victimes de violences sexuelles.**

<u>Base de la recommandation</u>

La revue de littérature n'a identifié aucune preuve concernant la détection des victimes de violences sexuelles. Néanmoins le GPC WHO[9] recommande, sur base d'avis d'experts, de

former les professionnels de santé à l'identification des violences contre le genre dont les violences sexuelles. Une revue systématique de la littérature[13] propose d'aider les victimes à révéler les agressions en présence de situations cliniques évoquant une violence sexuelle.

Le dépistage systématique des violence sexuelles n'est pas recommandé car aucunes preuves n'ont été identifiées concernant son efficacité et ses répercussions possibles, bien que plusieurs avis d'experts isolés le préconisent (« The American College of Obstetricians and Gynecologists »[85] et cinq articles issus d'une revue systématique de la littérature[13]).

Preuves concernant les conditions nécessaires pour rechercher les violences sexuelles

Selon le groupe de travail du GPC WHO[9] et du GPC SSMG[19] concernant la prise en charge des violences conjugales, un dépistage ne peut s'envisager que sous les conditions reprises dans le tableau 2 garantissant la sécurité de la patiente et lui proposant une prise en charge adéquate. La notion de secret médical est traitée dans la recommandation 2 et 5 et celle sur le travail en réseau est abordée dans les recommandations 27 et 28.

La formation est recommandée par le groupe de travail du GPC WHO[9] sur base d'avis d'experts.

2.3. Quelles sont les interventions efficaces à proposer aux femmes victimes de violences sexuelles ?

2.3.1. Soutien à apporter quel que soit le temps écoulé depuis l'agression

6. Un support de première ligne doit être offert à toute femme révélant une violence sexuelle, quel qu'en soit la forme, et quel qu'en soit l'auteur. Tout professionnel de santé doit pouvoir offrir ce soutien tel que décrit dans le tableau 3, ou à défaut, référer la patiente vers un professionnel de santé capable de l'offrir immédiatement. (GPP)

Explication

À la suite d'une agression sexuelle, les besoins sont extrêmement variables d'une victime à l'autre. Ils dépendent, entre autres, du temps écoulé depuis l'agression, des circonstances de

l'agression, de sa sévérité et de ses conséquences, ainsi que des spécificités médicales de la patiente.

Devant ces situations complexes, le professionnel de santé doit apporter au minimum un **soutien de première ligne**[9] à la victime quel que soit l'agression, l'agresseur, et les circonstances de l'agression. Il consiste entre autres aux éléments suivants résumés dans le

Tableau 3. Soutien de première ligne

Le soutien de première ligne consiste entre autres à :

- **Si besoin, aider la victime à améliorer sa sécurité et celle de ses enfants.**
- **Procurer un soutien et des soins pratiques qui correspondent à ses préoccupations, sans toutefois les lui imposer, sans entraver son autonomie.**
- **Valider la révélation de la patiente sans porter de jugement et la réconforter.**
- **L'interroger sur d'éventuels antécédents de violences. Ecouter son récit, sans la pousser à parler (des précautions doivent être prises lorsqu'un sujet sensible est abordé en présence d'un interprète).**
- **Procurer des informations à propos des ressources juridiques existantes voire d'autres services qu'elle pense utile.**
- **Lui procurer ou mobiliser un soutien social**

Le professionnel de santé doit s'assurer que :

- **La consultation se déroule en privé**
- **Le secret médical est respecté, et que la patiente est informée des limites de ce secret.**

Premièrement, assurer **la sécurité de la patiente et de ses enfants.** Ce point doit être l'élément prépondérant de la prise en charge. [9]

Deuxièmement, procurer une **écoute empathique et réconfortante**. Un comportement froid et distant ou en évitant le contact des yeux peut être perçu par la victime comme un manque d'intérêt de la part du professionnel.[13]

Troisièmement, **valider** la révélation de la victime. Affirmer que l'on croit en sa révélation est perçu comme particulièrement positif par les victimes. [13] Cela peut consister en de simples phrases telles que « C'est une bonne chose que vous puissiez en parler ».

Quatrièmement, il est intéressant de **questionner la victime sur un passé de violence** sans néanmoins la forcer à parler. Cela afin de comprendre le contexte de l'agression et d' offrir à la victime une aide adaptée. Une attention particulière sera portée à la confidentialité lorsque le médecin pose des questions à la patiente en présence d'autrui. Si lors de cette anamnèse la patiente rapporte des violences conjugales, le médecin peut se référer à la publication de la SSMG « Détection des violences conjugales » 19.

Cinquièmement, **inclure la patiente dans la prise de décision** en lui proposant les différentes options possibles et réalisables. Le médecin veillera à soutenir la patiente dans ce choix tout en veillant à respecter son autonomie en la plaçant au centre de la décision. Cette approche est préconisée dans toutes les relations médecin-patient par CanMEDS et son efficience confirmée par une étude[86] évaluant l'apport de l'alliance thérapeutique dans l'amélioration des symptômes de PTSD.

Sixièmement, procurer une **aide juridique.** Elle peut être apportée à la patiente en renseignant les structures d'aide au justiciable (voir outils 2 Service d'Aide Policière aux Victimes (SAPV)).

Septièmement, activer **le support social**. Le médecin peut proposer différentes structures spécialisées à la patiente : Support social Aide Social au Justiciable (voir répertoire). Il peut aussi lui proposer d'en faire part à ses proches, en sachant que la majorité des victimes dévoilent cette violence à un proche en premier.[1],[9] Néanmoins, le professionnel veillera à assurer le secret médical étant donné qu'une crainte importante des victimes réside dans le fait que leur famille soit informée.[87]

Enfin, assurer le **secret médical** conformément à l'article 458, 458bis, et 458ter du code pénal. Il est important d'informer la patiente des limites de cette confidentialité et des informations

enregistrées dans le dossier médical conformément à l'article 23 du code de déontologie belge.[14]

Si le professionnel de santé n'est pas capable d'apporter un tel soutien, il est recommandé qu'il réfère immédiatement la patiente vers un prestataire de soins apte à le fournir et si possible dans la structure où il exerce, ou à défaut, en externe.

Si le médecin perçoit que la patiente risque de ne pas poursuivre le suivi, un maximum d'aspects de la prise en charge doivent être abordés lors du premier contact.

Remarque 1 :

Ces recommandations s'appliquent aussi aux femmes vulnérables telles que les femmes vivant avec un handicap physique ou mental, enceintes victimes de violences sexuelles. En effet, en plus de leurs besoins spécifiques, elles ont besoin du même support de base que la population générale. [56]

Cependant, chez ces personnes, la gestion de la sécurité peut entrer en contradiction avec le secret médical. Le législateur a donc établi les limites du secret dans les articles 458, 458bis, 458ter du code pénal Belge. Tout d'abord, l'article 458bis autorise le professionnel de santé soumis au secret médical à informer le procureur en cas de danger grave et imminent.

« Art. 458bis.[Toute personne qui, par état ou par profession, est ***dépositaire de secrets*** *et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue [* ***aux articles 371/1] [5 à 377,*** *[…], qui a été commise sur un mineur ou sur* ***une personne qui est vulnérable*** *en raison de son âge, d'un état de grossesse, [de la violence entre partenaires,] d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale* ***peut****, […],* ***en informer le procureur du Roi****, soit lorsqu'il existe un* ***danger grave et imminent*** *pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée, et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité, soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité.]1 »*

((1867). Le code Pénal. Disponible sur : http://www.ejustice.just.fgov.be/)

Note : Les articles 371 à 377 du code pénal couvrent entre autres l'attentat à la pudeur et le viol.

Selon l'article 458bis, un médecin qui a connaissance d'une violence sexuelle dans le cadre du secret médical peut en informer le procureur du Roi face une personne vulnérable (en raison de son âge, d'une grossesse, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou mentale) seulement dans les deux situations suivantes. Soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour la santé physique et/ou mentale de son patient et qu'il n'est pas apte à assurer son intégrité. Soit s'il est face à des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres personnes mineures ou vulnérables soient victimes des infractions précitées.

Il est nécessaire de comprendre qu'il s'agit d'une autorisation et que le secret prime. Le médecin doit donc faire son possible pour tenir le secret.

L'attitude préconisée par l'article 29 du code de déontologie médicale belge[14] est la suivante. Face à une situation telle que décrite ci-dessus, le médecin doit discuter du problème avec sa patiente et l'inciter à prendre elle-même les mesures nécessaires.

Si cette mesure n'est pas suffisante, avec l'accord du patient, le médecin consulte un professionnel de santé compétant dans ce domaine ou une équipe pluridisciplinaire. Toujours avec son accord, il consulte les proches de la patiente et uniquement dans son intérêt.

Enfin, si cela s'avère nécessaire, le médecin peut consulter le procureur du roi. Le code insiste à nouveau sur les deux situations possibles. Premièrement, lorsqu'une personne vulnérable est en danger grave et de façon imminente. Deuxièmement, en présence d'indices concernant un danger sérieux et grave menaçant d'autres personnes vulnérables.

Si le doute ne semble pas acceptable pour le professionnel de santé, il peut faire part de la situation à un professionnel de santé compétant en la matière, voire au président de l'ordre des médecins se sa chambre provinciale, sans citer le nom de la patiente si cette dernière n'a pas donné son accord.

Il existe deux autres exceptions au secret médical pouvant concerner la sécurité de la patiente, mais non initiées par le médecin.

Tout d'abord, lorsque le médecin est appelé en justice à rendre un témoignage (ou face à une commission parlementaire (Cf. article 458 du code Pénal Belge)

Ensuite lorsque le médecin est appelé pour une concertation organisée pour donner suite à une autorisation motivée du procureur du Roi, selon l'article 458ter du code pénal belge.

« Art. 458ter. [1 § 1er. Il n'y a pas d'infraction lorsqu'une personne qui, par état ou par profession, est ***dépositaire de secrets, communique*** *ceux-ci dans le* ***cadre d'une concertation organisée*** *[…]* ***moyennant une autorisation motivée du procureur du Roi.***
Cette concertation peut exclusivement être organisée soit en vue de ***protéger l'intégrité physique et psychique de la personne ou de tiers****, soit en vue de prévenir les délits […] dans le cadre d'une organisation criminelle, [...]]1 »*
((1867). Le code Pénal. Disponible sur : http://www.ejustice.just.fgov.be/)

Il est à noter qu'à l'heure de l'écriture de ce GPC un *« code de signalement à l'usage des professionnels liés au secret professionnel (voir art. 458Bis du Code Pénal) et confrontés à des situations de violences entre partenaires »* est en cours d'élaboration par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes.

Remarque 2 :

Plusieurs attitudes sont à exclure car elles ont été identifiées comme inappropriées ou n'aidant pas à la prise en charge[13] :

- Blâmer la victime pour l'agression : la réponse jugée la plus négative par les victimes
- Minimiser l'agression ou la dédramatiser peut-être perçu par la victime comme un manque d'intérêt de la part du professionnel.
- Distraire la patiente en lui conseillant par exemple de penser à autre chose, n'est pas jugé utile par les victimes.
- Avoir un comportement froid avec la patiente, c'est à dire, éviter un contact oculaire, ne procurer aucun support émotionnel, ou changer de sujet.
- Douter de la véracité de la révélation.

Bases de la recommandation

La recommandation concernant le soutien de première ligne de soins a été élaborée à partir du GPC WHO[9] reposant sur des avis d'experts et le GPC « Psychological First Aid »[15] qui lui-même a été élaboré sur base d'avis d'experts par le World Health Organization's (WHO) mhGAP Guidelines Development Group.

2.3.2. Interventions à réaliser dans les 5 jours suivant l'agression

7. Proposer un soutien de première ligne aux femmes victimes d'une agression sexuelle, quel qu'en soit l'auteur. (GPP)

8. Réaliser une anamnèse complète abordant entre autres

- Le temps écoulé depuis l'agression et le type d'agression

- Le risque de grossesse

- Le risque d'infection par le HIV et les autres IST

- Le statut de santé mentale

(GPP)

8 bis. Proposer aux victimes de viol de les référer pour un examen clinique complet (y compris un examen génital) vers un professionnel de santé apte à réaliser les prélèvements médico-légaux, idéalement dans les 72 heures suivant l'agression voire le plus tôt possible.

<u>Explication</u>

Face à une révélation d'agression récente, le premier rôle du médecin est d'exclure toute menace vitale pour la patiente et de soigner les possibles traumatismes physiques.

Ensuite, il est recommandé d'apporter un soutien de première ligne tel que décrit dans la recommandation 5, en étant particulièrement attentif à la sécurité de la patiente.

Il est à noter que cette étape ne doit surtout pas être négligée car la prise en charge psychologique est souvent la principale attente des patientes qui décident de révéler une violence sexuelle à leur médecin généraliste.[88]

Tableau 4. Soutien de première ligne dans les 4 jours suivant l'agression

Le soutien de première ligne inclut :

- Procurer des soins et un soutien pratique répondant aux préoccupations de la victime, sans entraver son autonomie
- Ecouter sa révélation, sans la forcer à parler ou à révéler des informations
- La réconforter et l'aider à apaiser ou diminuer son anxiété

Une fois ces éléments pris en considération, le médecin doit s'assurer que les besoins médicaux et médico-légaux de la patiente soient pris en charge par un professionnel de santé compétent, à même de réaliser une anamnèse et un examen clinique médico-légal.[5]

L'anamnèse peut être néanmoins réalisée par le médecin généraliste lui-même, son but étant d'évaluer la santé mentale, le risque d'IST, le risque de grossesse et de contamination par le HIV.

L'examen clinique, quant à lui, a comme objectif d'évaluer des éventuels traumatismes physiques et de réaliser les prélèvements médico-légaux chez la patiente. Or il n'est pas recommandé que le médecin généraliste procède aux prélèvements des preuves pour deux raisons. Premièrement, il n'est pas habilité à réaliser un « Set d'agression » (S.A.S) dans un cadre de médecine ambulatoire.[89] Deuxièmement, les professionnels de santé amenés à réaliser cet examen doivent être spécifiquement formés à la description de ces lésions en raison des potentielles répercussions judicaires pour la victime et l'agresseur.[5]

Vu que l'examen médico-légal ne peut pas être réalisé par le médecin généraliste, l'examen clinique doit idéalement être réalisé en un temps dans une structure capable de répondre aux différents besoins médicaux et psychologiques de la patiente, et apte à réaliser les prélèvements médico-légaux. Une telle approche évite de multiplier les examens cliniques qui peuvent représenter une surcharge émotionnelle délétère pour la victime. [5]

En pratique, si une patiente se présente dans les 7 jours suivant l'agression, le médecin généraliste dispose de trois possibilités pour référer la patiente.

Soit vers un service de police pour déposer plainte. Le service de police réfèrera ensuite la patiente vers un service d'urgence ou un institut médico-légal pour réaliser les prélèvements.

En effet les SAS utilisés dans les services d'urgences nécessitent un réquisitoire du procureur du roi, ce qui implique que la victime dépose une plainte. Au sein du service des urgences elle bénéficiera ensuite d'une prise en charge médicale et psychologique.

Soit directement vers un service d'urgence si le traumatisme nécessite de référer la patiente vers un service d'urgence dans l'heure.

Soit vers un CPVS pour la prise en charge médico-légale, médicale et psychologique. Il est à noter que les prélèvements réalisés au sein des CPVS n'impliquent pas nécessairement un dépôt de plainte contrairement au kit SAS réalisé dans un service d'urgence, et peuvent être conservés plusieurs mois, laissant ainsi un temps de réflexion à la victime pour porter plainte. [89]

Pour optimaliser les chances de retrouver des traces d'ADN, les prélèvements médico-légaux doivent être récoltés dans les 72h suivants l'agression, voire le plus rapidement possible. Cependant, des traces d'ADN peuvent subsister jusqu'à 7 jours.[90] La patiente doit éviter de se laver ou de changer de vêtement entre l'agression et l'examen médico-légal. [89]

Remarque 3 :

Un algorithme décisionnel a été réalisé afin d'aider le prestataire de soins dans la prise en charge précoce (Voir Outil). Il a été élaboré à partir d'un outil GPC WHO[9] et adapté selon les résultats de la revue de littérature.

Base de la recommandation

La recommandation concernant le soutien de première ligne de soins a été élaborée à partir de la recommandation du GPC WHO[9] reposant sur une adaptation du GPC « Psychological First Aid »[15] qui lui-même a été élaboré sur base d'avis d'experts par le World Health Organization's

(WHO) mhGAP Guidelines Development Group. Ce GPC est proposé par l'OMS à tout professionnel de santé confronté à la prise en charge de base de victime d'un évènement traumatique.

La recommandation concernant l'anamnèse et l'examen clinique est issue du GPC WHO[9]. Elle repose sur 2 GPC WHO 2003 et WHO 2004 de faibles qualités méthodologiques ne comportant pas de niveau de preuve, et sur un manuel de prise en charge des victimes de violence sexuelles spécifique des situations humanitaires.

Contraception d'urgence

9. Proposer une contraception d'urgence aux survivantes d'un viol se présentant dans les 5 jours suivant le viol. Idéalement, débuter la contraception le plus tôt possible, pour optimaliser l'effet du traitement. (GRADE 1 B)

10. La contraception de première intention dans les 72h suivant l'agression est le « Levonorgestrel ». Une dose unique de 1.5 mg est recommandée. Si une contraception orale n'est pas disponible ou réalisable, un stérilet au cuivre (DIU) peut-être proposé comme contraception d'urgence en prenant en compte le risque d'IST. Le DIU peut être inséré jusqu'à 5 jours après le viol en l'absence de contre-indication médicale. (GRADE 1B)

11. La contraception de première intention dans les 72 heures à 120 heures suivant le viol est l'ulipristal Acetat. Une dose unique de 30 mg est recommandée. (GRADE 1C)

12. Si une femme se présente au-delà du délai suffisant pour une contraception d'urgence, ou en cas d'échec de la contraception d'urgence, ou si une femme est enceinte à la suite d'un viol, un avortement dans des conditions de sécurité peut lui être proposé. (GPP)

Explication

Selon le GPC WHO[9] 5% des viols se compliquent d'une grossesse non désirée chez les femmes en âge de procréer. Une étude[56] retrouve jusqu'à 21 % de grossesse non désirée dans le cadre d'un viol associé à un contexte de violences conjugales. Il est donc nécessaire de proposer une contraception d'urgence aux victimes.

Les contraceptions orales d'urgence sur le marché sont extrêmement sûres et bien tolérées d'après le groupe d'auteur du WHO. Néanmoins, il est nécessaire de respecter les contre-indications médicales. Ces dernières sont répertoriées dans l'application **contr'appception**

développe par la SSMG et le Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique (GGOLFB).

La contraception d'urgence de **première intention** dans les **72h** suivant le viol est le **Levonogestrel 1.5 mg p.o. en dose unique.** Un schéma thérapeutique avec une dose unique est préféré pour des raisons d'adhérence au traitement. Cette molécule est enregistrée en Belgique pour une utilisation jusqu'à 3 jours après le contact sexuel.

Avant 120h un **DIU en cuivre** ne peut être envisagé que si le risque d'IST a été pris en compte. Le DIU est la contraception d'urgence la plus efficace selon le groupe d'auteur du WHO, le WHO 2016 et la Cochrane et doit être disponible pour les femmes souhaitant une contraception d'urgence.

Entre 72h et 120h l'Ulipristal Acetat 30 mg p.o. en dose unique est une alternative efficace selon la recommandation Domus Medica.[91] Cette molécule est enregistrée en Belgique pour une utilisation jusqu'à 5 jours après le contact sexuel.

En pratique ces stratégies peuvent être proposées directement par le médecin généraliste ou par le service des urgences voir par un CPVS si la patiente souhaite une prise en charge supplémentaire.

Un test de grossesse n'est pas nécessaire, cependant s'il est réalisé et que le résultat est positif, une contraception d'urgence n'apportera aucun bénéfice.

Si une femme est enceinte à la suite d'un viol, le professionnel de santé doit proposer un avortement. L'avortement est dépénalisé en Belgique s'il est réalisé dans les 14 semaines d'aménorrhée. Ce délai est variable à travers les différents pays européens.

Un avortement peut être réalisé en centre de planning familial ou dans un service de gynécologie.

<u>Bases de la recommandation</u>

Les recommandations concernant la contraception d'urgence ont été élaborées à partir du GPC WHO, lui-même élaboré en extrapolant les preuves recueillies au sein de la population générale. Selon les auteurs, l'efficacité d'une contraception d'urgence a un effet

probablement similaire dans la population en général et la population victime de violences sexuelles.

Quatre GPC ont été identifiés par les auteurs (WHO 2004[92], FIGO 2010[93], ACOG 2010[94], Cochrane 2008[95]). Trois des GPC recommandaient le Lévonorgestrel comme premier choix et seulement un recommandait le mefipristone. Dans la majorité des pays dont la Belgique, cette dernière thérapeutique n'est pas accessible.

Les 4 GPC confirment qu'un DIU peut être utilisé comme contraception d'urgence en l'absence de contre-indication.

L'utilisation des oestro-progestatifs comme contraception d'urgence n'est pas recommandée par le groupe d'auteurs, car d'autres stratégies sont disponibles en Belgique.

L'Ulipristal Acetat est recommandé si la contraception orale d'urgence ne peut être administrée dans les 72 heures suivant le viol et ce dans les 5 jours. La recommandation est élaborée à partir de la mise à jour du GPC WHO 2004[92] sur la contraception d'urgence vu son efficacité prouvée jusqu'à 120 heures, malgré un faible niveau de preuve. Une méta-analyse de bonne qualité rapporte deux études d'équivalence. Le GPC WHO 2004[92] considérait que des preuves supplémentaires étaient nécessaires pour recommander l'Ulipristal Acetat, en pointant son absence de la liste des médicaments essentiels de l'OMS et l'absence de preuve de qualité. Cependant, depuis la publication du GPC WHO 2004[92] l'Ulipristal Acetat fait partie de la dernière version de liste des médicaments essentiels de l'OMS.[96]

Par ailleurs, cette molécule fait partie des contraceptifs remboursés par l'INAMI. L'Ulipristal Acetat n'est cependant pas un premier choix dans le contexte belge vu son prix élevé selon un synopsis[97] analysant cette dernière méta-analyse.

Aucune preuve n'a été identifiée concernant un avortement chez une victime d'agression sexuelle, dès lors cette recommandation repose sur un consensus d'experts réalisé par le groupe d'auteur du GPC WHO.

Prophylaxie post-exposition au HIV

13. Envisager de référer la patiente pour une prophylaxie post-exposition pour le VIH (PEP) chez les femmes se présentant dans les 72 heures suivant le viol. La décision d'initier le traitement doit se baser sur une décision partagée avec la patiente. (GPP)

14. Aborder le risque d'infection par le HIV avec la victime pour déterminer l'utilisation de la PEP, ce qui inclut :

- **La prévalence du HIV dans la zone géographique**
- **Les limitations de la PEP**
- **Le statut sérologique HIV et les caractéristiques de l'auteur si connu**
- **Les caractéristiques de l'agression, dont le nombre d'agresseurs**
- **Les effets secondaires de la PEP**
- **La probabilité de l'infection par le HIV**

(GPP)

15. Si la PEP HIV est utilisée :

- Débuter le traitement aussi rapidement que possible dans les 72 heures.

- Procurer un suivi HIV par test et counseling à la première consultation

- S'assurer du suivi à intervalle régulier

- Le choix des molécules et du schéma doit suivre les recommandations nationales.

- Proposer en priorité les molécules avec le moins d'effet secondaires.

(GPP)

16. La PEP doit s'accompagner d'un counseling centré sur l'adhérence au traitement. (GRADE 1C)

Explications

Le VIH est une complication potentiellement gravissime du viol[9]. Cependant un traitement prophylactique existe. Pour être efficace et remboursé, il doit être administré dans les 72h suivant le viol et si possible le plus rapidement possible[9],[98]. En Belgique la PEP ne peut être initiée qu'au sein des CPVS, des service d'urgences voire des centres de référence SIDA.

La décision d'initier la PEP doit se baser sur une décision partagée avec la victime après avoir abordé les risques de transmission du VIH, et l'efficacité de la PEP (voir bases de la recommandation).

En Belgique, le risque de transmission est calculé en multipliant le risque que la source soit infectée (le statut sérologique de l'agresseur si connu, et l'utilisation d'un préservatif) par les risques dus à l'exposition (le type de rapport : anal insertif, vaginal insertif, oral avec éjaculation ou non). Ce calcul est réalisé au sein d'une matrice issue des recommandations nationales du « Belgian guidelines for non-occupational VIH post-exposure prophylaxies 2017 » [98], réalisé à partir des prévalences nationales.

Bien que ce GPC Belge soit de mauvaise qualité selon AGREE II[8], il fait office de protocole en vigueur en Belgique et a obtenu l'aval de l'ensemble des centre HIV Belges qui sont les seules institutions habilitées à poursuivre le suivi des PEP. Par ailleurs, cet outil aborde les différents éléments utiles à la prise de décision selon le GPC WHO.[9]

Une sérologie HIV est recommandée avant d'initier une PEP HIV. Les patients séropositifs pour le HIV ne sont pas éligibles pour ce traitement en raison de son inefficacité, cependant ils peuvent bénéficier d'une thérapie antirétrovirale dans un centre de référence SIDA. [98]

Le médecin généraliste n'ayant pas accès à la prescription de la PEP en Belgique, le schéma de traitement dépend du choix du spécialiste ou du protocole de la structure de référence qui organisera le suivi clinique et les différents prélèvements nécessaires. [98]

Si une PEP est initiée, les professionnels de santé doivent être conscients que l'adhérence au traitement est faible. Selon une méta-analyse de 2017[99] évaluant l'adhérence des victimes de violences sexuelles à la PEP HIV, seul 25.7% des patientes avaient suivi le schéma complet. Les raisons de cette faible observance étaient d'une part les effets secondaires tels que les nausées, les vomissements, et d'autre part les réminiscences de l'agression ou d'autres évènements intercurrents dans la vie de la survivante.

Il est donc recommandé d'offrir un counseling à la patiente pour favoriser l'adhérence à la PEP HIV. Cette approche peut être en partie apportée par le médecin généraliste dans l'optique des soins centrés sur la patiente (CanMEdS Annese 5) en abordant, à travers un éventuel suivi, les difficultés spécifiques qu'elle rencontre avec la prise quotidienne de la PEP.

<u>Bases de la recommandation</u>

Concernant les preuves de **l'efficacité PEP HIV**, la revue de littérature du GPC WHO[9] a mis en évidence 4 études (deux études cas témoins et deux de suivi) qui ne correspondent pas à

l'ensemble de leurs critères de recherche. Une des études cas témoins[100] a mis en évidence une efficacité de la PEP HIV comparée au groupe n'ayant pas reçu de traitement. Les deux études de suivi[101],[102] ont rapporté un taux de séroconversion de respectivement 0% et 3,7%. Vu le faible niveau de preuve, les auteurs du GPC WHO[9] ont basé leur recommandation sur trois GPC reposant sur des preuves issues de la population générale (CDC 2010[103]; FIGO 2010[93]; WHO 2008[104]).

En ce qui concerne **le counseling** aucune étude rapportant une intervention efficace pour améliorer l'adhérence n'a été identifiée. La recommandation se base donc sur le consensus d'expert du GPC WHO.[9]

Traitement présomptif IST

17. Proposer aux victimes d'un viol un traitement présomptif pour les infections suivantes : Chlamydia, Gonorrhée, et Trichomonas. (GPP)

Explication

Les infections sexuellement transmissibles sont une complication potentielle du viol.[51]

Il est recommandé de proposer un traitement présomptif plutôt qu'un traitement ciblé sur une analyse. Cette approche a été élaborée par les auteurs du GPC WHO[9] sur base d'un consensus d'expert en considérant que le risque de perdre de vue la patiente le temps des analyses supplantait celui du traitement présomptif.

La PEP IST consiste à administrer un traitement présomptif couvrant une potentielle infection à Chlamydia Trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae, Trichomonas Vaginales non compliquées. En l'absence de GPC belge spécifique à la PEP IST, le groupe d'auteurs propose le schéma dans le tableau 4. issu des recommandations du Belgian Antibiotic Coordination Committe (BAPCOC)[105] concernant le traitement de l'urétrite d'origine indéterminée et de la Vulvo-vaginite. Une priorité est donnée au traitement minute vu l'incertitude concernant l'observance.

Tableau 6. Traitements présomptifs adaptés à partir des recommandations du BAPCOC [105]

IST	Traitement

Chlamydia Trachomatis	Ceftriaxone 500mg en une injection
Et	Et
Neisseria Gonorrhoeae	Azithromycine 2g p.o. en une prise
Trichomonas Vaginalis	Métronidazole 2g p.o. en une prise

Une stratégie basée sur un traitement ciblé à partir d'analyses n'est pas recommandé. Néanmoins, cette stratégie peut être discutée avec la patiente dans le cadre de l'alliance thérapeutique vu l'absence de preuve concernant cette recommandation. Une approche intéressante est de choisir la prise en charge sur base d'une décision partagée abordant les implications des différentes stratégies.

En pratique soit la patiente est référée pour tous motifs précités vers un CPVS ou à un service d'urgences, soit le médecin lui propose un traitement présomptif en fonction de l'adhérence thérapeutique espérée. Si l'option du traitement présomptif n'est pas retenue, un suivi sérologique doit être planifié (voir fiches IST réalisé par la SSMG ; disponibles sur https://www.ssmg.be/).

Il est à noter qu'un GPC concernant la prise en charge des IST est en cours d'élaboration par le Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).

Bases de la recommandation

La recommandation sur la prise en charge des IST a été élaborée sur base du GPC WHO[9] dont les recommandations sont issues de deux GPC (CDC 2010[103]; FIGO 2010[93]). Les groupes d'auteurs n'ont identifié aucune preuve concernant la prise en charge des IST chez les victimes de violences sexuelles. Le groupe d'auteur du GPC WHO a donc élaboré ses recommandations sur base de preuves recueillies au sein de la population générale, en motivant que l'efficacité d'une prophylaxie post-exposition IST serait certainement similaire pour les victimes de violences sexuelles.

Le choix d'un traitement présomptif plutôt que d'un traitement ciblé sur un test diagnostique repose sur des avis d'experts. Ceux-ci concluaient que cette dernière approche était moins efficiente. En effet, le temps nécessaire entre les prélèvements et l'administration du

traitement représentait un risque majeur de perdre de vue la patiente, empêchant ainsi l'administration du traitement requis.

La prophylaxie post-exposition pour la Syphilis n'est pas recommandée étant donné que le GPC ne la recommande que dans des pays avec une forte incidence. Or, en 2013 la prévalence de la syphilis était de 9/100 000 habitants en Belgique selon l'ISP. [106]

Vaccination VHB

18. Proposer à toute victime d'un viol un schéma vaccinal pour le virus de l'hépatite B (VHB), pour autant que son statut immunitaire soit évalué à l'aide d'un prélèvement sanguin. Si la victime est immunisée, aucune vaccination ne doit être proposée. (GPP)

Explication

L'infection par VHB est une complication possible du viol.

La prise en charge dépend du statut immunitaire VHB de la victime. Soit celui-ci est connu, soit le médecin peut l'évaluer avec une recherche de l'Ac Anti-HBs sur un prélèvement sanguin.

Si la victime est immunisée, aucune prise en charge supplémentaire n'est nécessaire.

Si la victime n'est pas immunisée et que le statut sérologique de l'agresseur n'est pas connu, un schéma de vaccination doit être proposé comme prophylaxie post-exposition. Cette prise en charge concorde avec la publication du conseil supérieur de la santé (CSS) belge concernant les expositions professionnelles au sang.[107] En pratique, si la patiente nécessite d'être référée pour tout autre motif, le vaccin sera administré dans un CPVS ou un service d'urgence.

Selon le GPC WHO[9] le traitement doit être effectué dans les 5 jours suivant l'agression pour être efficace. En pratique, dans les centres SIDA belges proposent cette stratégie jusqu'à 7 jours après l'agression. La recommandation belge concernant la PEP HIV rapporte une efficacité partielle jusqu'à 15 jours.

Si le médecin a des doutes quant à l'observance de la patiente, un traitement présomptif est préférable sans évaluation du statut sérologique.

Il est à noter qu'en Belgique les personnes nées après 1999 sont généralement vaccinées via le calendrier vaccinal de l'ONE.

Base de la recommandation

Les preuves concernant la vaccination et l'évaluation du statut immunitaire des victimes sont issues du GPC WHO[9]. Celui-ci est basé sur les recommandations du GPC CDC [103] élaborées à partir de preuves indirectes concernant les accidents d'exposition professionnelle au sang.

Intervention psychologique/mentale

Intervention psychologiques/mentales dans les 4 premiers jours suivant l'agression

19. Proposer un support de première ligne tel que décrit dans la recommandation 6. (GPP)

20. Procurer un support écrit reprenant les éventuels « outils » pour gérer le stress proposés lors de la consultation. (Avertir la patiente du risque de reprendre un tel document si l'agresseur vit à son domicile). (GPP)

21. La méthode du débriefing psychologique n'est pas recommandée (GRADE 1C)

Interventions psychologiques/mentales jusqu'à 3 mois après l'agression

22. Continuer de proposer un support de première ligne tel que décrit dans la recommandation 6. (GPP)

23. Proposer une « attente vigilante » à la patiente durant 1 à 3 mois suivant l'agression, sauf si celle-ci souffre d'idées suicidaires, de symptômes dépressifs, d'un mésusage d'alcool ou de drogue, d'automutilation, de difficultés dans la réalisation des tâches quotidiennes. « L'attente vigilante » consiste à expliquer à la patiente que son état va probablement s'améliorer tout en lui proposant un suivi régulier pour plus de support. (GRADE 1C)

24. Si la patiente éprouve des difficultés à réaliser ses tâches quotidiennes, référer la patiente pour une psychothérapie vers un professionnel de santé possédant une expertise en matière de violence sexuelle. Différentes psychothérapies sont envisageables dont une Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) ou la désensibilisation et reprogrammation par des mouvements oculaires (EMRD). (GRADE 1C)

25. Si la personne a un tout autre problème de santé mentale (symptômes de dépression, de mésusage de l'alcool ou de drogue, idées suicidaires ou automutilation) procurer des

soins conformément aux recommandations nationales concernant ce problème de santé mentale.

Interventions psychologiques/mentales trois mois après l'agression

26. Rechercher des problèmes de santé mentale (symptômes de stress, PTSD, dépression, mésusage de drogue ou d'alcool, idée suicidaire ou automutilation) et traiter la dépression, le mésusage d'alcool ou de drogue et les autres problèmes de santé mentale suivant le guide WHO. (GPP)

27. Si un PTSD est mis en évidence, proposer de référer la patiente pour une psychothérapie. Différentes psychothérapies sont envisageables dont une TCC ou une EMRD. (GRADE 1C)

Explication

Les besoins psychologiques suite à une agression sont variables d'une patiente à l'autre (cf. tableau 2) et varient en fonction du temps écoulé depuis l'agression[108], [17]. En plus du soutien de base proposé dans la recommandation 5, il est recommandé d'adapter son suivi en fonction des différentes comorbidités rencontrées et de la temporalité de l'agression.

En pratique, la prise en charge psychologique consiste en un soutien de première ligne tel que décrit dans la recommandation 4. en veillant à la sécurité de la patiente et son bien-être.

Ensuite, il est nécessaire de réaliser une anamnèse visant à rechercher les potentiels antécédents psychologiques de la patiente et les complications de l'agression. Le médecin recherchera donc des symptômes dépressifs, un mésusage d'alcool ou de drogue licite ou illicite, des symptômes psychotiques, des idées suicidaires, et des envies d'automutilation. Le médecin veillera aussi à savoir si l'auteur est un proche de la patiente (mari, compagnon, membre de la famille,…). Cette anamnèse doit être réalisée sans exercer de pression sur la patiente.

Finalement sur base des plaintes de la patiente, de son anamnèse, et de la temporalité de l'agression le médecin va proposer une prise en charge à la victime dont les interventions sont les suivantes.

Intervention dans les 4 jours suivant l'agression

- Proposer un support de première ligne comme décrit dans la recommandation 5.

- Proposer un support d'information reprenant différentes stratégies d'adaptation. Si la patiente le reprend à son domicile, elle doit être avertie des risques encourus si l'auteur vit au domicile.
- Dans ce contexte d'urgence, le médecin ne doit pas omettre l'aspect médical et judicaire de la prise en charge

Intervention jusqu'à 3 mois

- Proposer une surveillance vigilante (« watfull waiting ») à la patiente durant un à trois mois en l'absence de comorbidité ou de complications telles qu'un syndrome dépressif, un mésusage de l'alcool, de l'automutilation, des difficultés à réaliser les tâches quotidiennes. Cette surveillance implique d'expliquer à la patiente que son état va probablement s'améliorer avec le temps, et de lui proposer un suivi régulier.
- Si la patiente est incapable de réaliser les tâches quotidiennes, elle doit être référée vers un professionnel de santé possédant une expertise en matière de violences contre le genre afin de lui proposer un TCC ou EMDR.

3 mois après l'agression

- Continuer de rechercher des éventuelles complications de santé mentale et référer si besoin en fonction du tableau clinique et de la spécificité de la patiente. Différents protocoles sont proposés dans WHO 2009[108]. En particulier pour un PTSD, proposer une CBT ou un EMDR.

Pour toute prise en charge, plusieurs considérations sont nécessaires :

Premièrement, si une psychothérapie est indiquée, le médecin doit être conscient que les preuves concernant les interventions de santé mentale à proposer aux femmes victimes d'agressions sexuelles sont limitées et suggèrent un effet positif de l'EMDR et du TCC sur le PTSD (en particulier, cognitive processing therapy, prolonged exposure, sadns stress inocilation therapy).

Deuxièmement, le médecin doit avoir conscience que ces interventions peuvent être potentiellement délétères lorsqu'elles sont réalisées de façon inadéquate chez une patiente potentiellement vulnérable. Ces thérapies seront donc réalisées par des professionnels de

santé formés avec une bonne connaissance des violences sexuelles tels que SOS viol et les CPVS.

Troisièmement, une attention particulière devra être donnée aux femmes porteuses d'un handicap physique ou mental ainsi qu'aux femmes enceintes selon leurs spécificités.

Bases de la recommandation

La recommandation concernant le support d'information a été élaborée à partir du GPC WHO9, lui-même basé sur un consensus d'expert. Cette mesure est d'autant plus recommandée que son coût est faible et qu'elle a peu d'effets secondaires si des précautions sont prises en ce qui concerne l'agresseur.

Le soutien de première ligne est recommandé pour la prise en charge des victimes de traumatisme, contrairement au débriefing psychologique qui ne l'est plus. Ces recommandations ont été élaborées par les auteurs du GPC WHO sur base d'un consensus d'expert du « World Health Organization's (WHO) mhGAP Guidelines Development Group »[15] qui a revu les preuves existantes concernant les deux méthodes en 2009.

Concernant les interventions de santé mentale chez les victimes de viol par un professionnel de santé, la revue systématique WHO 2013 a identifié 10 études répondant partiellement aux critères de recherche de qualité variable.

Ces études analysaient 10 thérapies différentes dont 4 sont considérées comme des TCC. Les 6 autres sont considérées comme spécifiques dont l'EMDR.

Sur base de ces articles, le groupe de travail a conclu que de relativement courtes interventions dont certaines formes de TCC et l'EMDR avaient un effet positif sur la santé mentale de femmes victimes d'agression sexuelle. Il faut cependant noter que ces recommandations reposent sur des preuves difficilement généralisables vu les nombreuses limites méthodologiques identifiées, et l'hétérogénéité des interventions étudiées.

Ces recommandations ont été confirmées par des articles de bonne qualité étudiant la population générale.

La recherche de littérature complémentaire a identifié 4 études supplémentaires [109], [110], [111], [112], dont deux de bonne qualité méthodologique. Ces résultats correspondent à ceux de la

revue de littérature du GPC WHO9 avec les mêmes restrictions concernant leur application vu les limites méthodologiques et l'hétérogénéité des interventions étudiées.

2.4. Vers quels référents le médecin généraliste peut-il orienter les femmes victimes de violences sexuelles en fonction des situations spécifiques rencontrées ?

a. Les ressources existantes ?

b. Comment le médecin généraliste peut-il collaborer avec le service d'aide spécialisé ?

28. Connaître les structures adaptées à la prise en charge de violences sexuelles ainsi que les protocoles et procédures existants. (GPP)

29. Établir des modalités d'orientation au préalable vers les différents centres de référence. (GPP)

Explications

Le travail en réseau est central de la prise en charge des victimes de violences sexuelles, particulièrement lors d'un dévoilement précoce, étant donné les besoins urgents (médicaux, psychologiques, médico-légaux, de sécurité, et sociaux).

Pour orienter la victime vers la structure la plus adaptée à ses besoins, et dans des conditions de sécurité optimale, il est recommandé que le médecin crée son réseau à priori. C'est-à-dire organiser son réseau avant d'être face à une situation de dévoilement.

En recherchant les différentes structures existantes dans sa région, le médecin doit idéalement se renseigner sur leurs compétences spécifiques ainsi que leur public cible. Il est recommandé de connaitre leurs modalités d'orientation tel que leurs horaires de disponibilités, les moyens de les contacter, et par quels vecteurs leur référer les victimes.

Les structures existantes pour la prise en charge des violences sexuelles sont peu nombreuses en Belgique. Cependant, à l'heure de la publication de ce GPC, un projet pilote visant à répondre à cette lacune est en cours. Ce sont les centres de prise en charge précoce des

victimes de violences sexuelles (CPVS) à Bruxelles, Liège et Gand. Ce type de centre a prouvé son impact positif sur l'amélioration des symptômes de PTSD dans des centres étrangers.[113],[114]

Des structures d'écoute téléphonique sont disponibles en Belgique et ont prouvé leur efficacité.

Lorsque le médecin réfère un patient vers un partenaire de soins, il peut contacter la structure ad hoc par téléphone ou lettre de référence fournie au patient, si celui-ci a donné son accord conformément à l'article 27 du code de déontologie[14].

Base de la recommandation

Les recommandations sont issues de preuves indirectes provenant du GPC SSMG[19], qui étudie spécifiquement les violences conjugales. Celui-ci est basé sur une revue systématique de la littérature qui a entre-autres étudié les violences sexuelles dans un contexte de violences conjugales. Cette revue a mis en évidence un impact positif concernant l'aide apportée aux victimes de violences conjugales.

2.5. Publications SSMG apparentées

- Détection des violences conjugales : https://www.ssmg.be/wp-content/images/ssmg/files/Recommandations_de_bonne_pratique/VF_RBP_ViolencesConjugales.pdf

- Les violences conjugales : l'approche clinique - en cours de révision. - Maltraitance infantile : http://ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/RBP_maltraitance_infantile_2014.pdf

- Maltraitance des personnes âgées : http://ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/VF_RBP_MaltraitancePA.pdf

- La dépression chez l'adulte : http://ssmg.be/images/ssmg/files/Recommandations_de_bonne_pratique/RBP_Depression_SSMG .pdf

3. Élaboration du GPC

3.1. Le groupe d'auteur

Le groupe d'auteurs de ce GPC est issu d'une équipe de recherche de la SSMG constituée dans le cadre du projet du plan national de lutte contre les violences intrafamiliales. Il s'agit de Pierre Litt (médecin généraliste, SSMG), Marie-Astrid Berrewaerts (médecin généraliste, SSMG), Geneviève Bruwier (médecin généraliste, professeurs émérites de l'Uliège, SSMG), Thierry Van der Schueren (médecin généraliste, SSMG).

3.2. Choix de la méthodologie

Le groupe de travail a choisi d'utiliser la méthodologie « ADAPT » selon le « Manuel à l'attention des partenaires concernés par la mise à jour des guides de pratique clinique conformément au format d'EBMPreacticenet.be », publié le 10/01/2017 par le groupe de travail Réalisation de Recommandation de Première Ligne de la plateforme EBMPracticenet.be[6]

À la suite d'une première recherche de littérature, le public cible ainsi que la population cible ont été sélectionnés, ces propositions ont ensuite été revues par le groupe de travail au cours de plusieurs réunions.

3.3. Élaboration des questions de recherches

A partir de ces éléments, le groupe de travail a élaboré 7 questions cliniques sur base de leur expérience du sujet et de lectures préparatoires. Ces questions ont ensuite été révisées par un panel de 12 parties prenantes au cours d'entretiens préparatoires. Les entretiens ont été enregistrés et sont disponibles sur demande.

Le panel est constitué d'un médecin généraliste, d'un représentant des Centres de Prise en Charge des Violences Sexuelles (CPVS), un gynécologue, un infectiologue, un médecin travaillant en centre de planning familial, un juriste spécialisé en droit pénal, un psychologue spécialisé en violences sexuelles, un médecin légiste, une représentante d'un centre d'accueil téléphonique, un représentant d'une mutuelle, un représentant de l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ). [7]

Etant donné qu'aucune association de victime n'a été identifiée, les victimes n'ont pas pu être incluses dans le panel de parties prenantes vue l'absence de représentant officiel.

Il en résulte les 5 questions de recherche qui ont servi de base à la recherche de littérature pour établir les recommandations.

1. Par quelles interventions le médecin généraliste peut-il prévenir les agressions sexuelles envers les femmes ?
2. Quelles sont les interventions permettant de dévoiler, de dépister et de diagnostiquer précocement les femmes victimes d'agressions sexuelles en médecine générale ?
3. Quelles sont les interventions efficaces à proposer aux femmes victimes de violences sexuelles ?
4. Vers quels référents le médecin généraliste peut-il orienter les femmes victimes de violences sexuelles en fonction des situations spécifiques rencontrées ?

b. Les ressources existantes ?

c. Comment le médecin généraliste peut-il collaborer avec le service d'aide spécialisé ?

5. En Belgique, dans un contexte de relation thérapeutique (médecin patient), quelles sont les interventions légales et déontologiques relatives à la prévention, au diagnostic, au dévoilement, aux interventions, et au fait de référer une victime d'agression sexuelle ?

3.4. Elaboration des messages clefs

Sur base de ces questions, les auteurs ont recherché les GPC existant sur le sujet en utilisant les termes *Sexual violence, Harassment, sexual assault, sex offenses, rape, sexual violence.*

Ils ont été introduits dans les moteurs de recherches suivants : GIN, SIGN, NICE, HAS, KCE, Minerva, SSMG, Domus Medica, artsennet, guidelinecentral, tripdatabase, sumsearch, RACGP.

Sur base de cette recherche, une sélection de GPC a été réalisée en trois étapes par deux auteurs de façon indépendante. Une première sélection a été réalisée sur la pertinence de leur titre. Ensuite, le contenu des GPC retenus a été évalué sur leur pertinence. Finalement les GPC restants ont ensuite été évalués sur base de la grille AGREE II[8] en analysant leur champ,

leur objectif, la participation des groupes concernés, la rigueur d'élaboration du GPC, la clarté et la présentation, l'applicabilité, ainsi que l'indépendance éditoriale.

Deux GPC ont ainsi été recommandés avec réserve et un GPC a été recommandé comme GPC source : « *WHO. (2013). Responding to Intimate partner violence and sexual violence against women : WHO clinical and policy guidelines* »[9]

Les GPC recommandés avec réserve ont été utilisés ponctuellement pour étayer les bases de certaines recommandations dans des domaines où la réserve qui leur était soumise n'avait pas lieu d'être.

Les GPC exclus ont été utilisés occasionnellement dans les explications des recommandations.

Le contenu du GPC source a ensuite été analysé par les auteurs en extrayant les messages clefs correspondants aux questions cliniques, au public cible et à la population cible. Pour chaque message clef, sa cohérence avec les sources a été évaluée. Cependant, cette étape fut limitée par l'absence de rapport méthodologique, malgré le fait qu'ils soient mentionnés dans le GPC. Plusieurs courriels ont été envoyés aux auteurs et à l'éditeur pour les obtenir. À l'heure de l'écriture de ce GPC le groupe d'auteur est toujours en attente d'une réponse.

Après discussion de chaque message clef retenu, il en est ressorti 4 éléments nécessitant une recherche bibliographique complémentaire. Premièrement, le caractère non-actuel du GPC publié en 2013. Deuxièmement, l'absence de méthodologie. Troisièmement, l'absence de réponse aux questions concernant le diagnostic, la prévention et l'aspect déontologique. Quatrièmement, ce GPC n'était pas adapté au contexte de la première ligne de soins belge.

La recherche bibliographique complémentaire en cascade a donc été réalisée en recherchant les revues systématiques dans les bases de données « Cochrane Database of Systematic Reviews », « MEDLINE » à partir des moteurs de recherches de TRIPDATABASE et Ovid, les stratégies de recherche sont détaillées dans l'Annexe 3.

Les résultats ont été complétés par une recherche de littérature primaire dans la « MEDLINE » et « PsycInfo » à partir du moteur de recherche Ovid dont les stratégies de recherche sont détaillées dans l'Annexe 3.

Ces recherches couvrent la période comprise entre la date de recherche bibliographique du GPC retenu[9] et la date où les différentes stratégies de recherches ont été introduites dans les moteurs de recherches. En l'absence de rapport méthodologique, la date considérée comme date de recherche est la seule date citée dans le travail préparatoire (septembre 2011).

La sélection des articles s'est faite en deux étapes par deux membres du groupe de travail de manière indépendante sur base des critères de recherches en Annexe 4. Tout d'abord, une première sélection a été réalisée sur base du titre et de l'abstract. Ensuite, la pertinence ainsi que la qualité méthodologique des articles retenus a été analysée par les auteurs pour établir une sélection finale d'articles visant à compléter les messages clefs ou élaborer de nouveaux messages. Les résultats de la lecture critique de littérature sont repris dans l'annexe 7.

D'autres articles ont été rajoutés à cette sélection à partir des bibliographies des articles étudiés ainsi qu'à travers les entretiens avec les différentes parties prenantes.

Les niveaux de preuves des recommandations ainsi que leur forces ont été attribués sur base de la méthodologie abrégée décrite en Annexe 6.

L'avis des victimes concernant la problématique a été évalué en introduisant dans la stratégie de recherche de littérature primaire le Mesh terms « Patient Participation/ » et les termes libres « (patient* adj2 (activation* or empowerment* or engagement* or involvement* or participation*)).ti,ab,kf. ».

Des avis ponctuels concernant la méthodologie ont été demandés à plusieurs experts externes.

Les messages clefs ainsi formulés sur base de la littérature ont été adaptés par les parties prenantes suivants au cours d'une procédure DELPHI.

- Un médecin généraliste : Dr Luc Erpicum (Médecin de famille à Clavier)
- Un gynécologue : Dr Véronique Masson, (gynécologue au CHR de liège)
- Les "Centres de prise en charge des victimes de violences sexuelles (CPVS)" représenté par Mme Virginie Bay (CPVD Liège, Infirmière Chef de services au CHU de liège)
- Un médecin travaillant en planning familiales SSMG : Dr Guillaume Lefebvre (Médecin de famille au centre de Planning Familial du Midi à Bruxelles)

- Une psychologue spécialisée en violence : Pf Fabienne Glowacz (professeur à l'ULiège)
- Une représentant d'un centre de télé-accueil : Mme Marie-Christine Jacques (Directrice du centre « télé-accueil Liège »)
- Un médecin légiste : Pf Philippe Boxho (professeur de médecine légale à l'ULiège).
- Un représentant de SOS viol : Mme Joëlle Delmarcelle (Coordinatrice de l'association « SOS VIOL »)
- Un représentant de l'AVIQ : Dr Laeticia Perrone (Médecin au département Bien-être et santé)
- Un représentant des mutualités : Dr Valérie Fabry (Médecin conseiller à la direction de la mutualité Solidaris)

2.3 Évaluation sur le terrain

Les recommandations ainsi formulées ont ensuite été testées auprès du public cible au cours de trois ateliers situé à Liège, Namur , et Mons. Sur 30 généraliste consulté suite à l'atelier de 2 heures basé sur les recommandation formulé, un score de 3,9 sur 5 a été obtenus.

3.5. Implication des patients

Il a été décidé par les auteurs de ne pas impliquer directement des patient vu le caractère sensible de la problématique et le risque de traumatisme secondaire. Des associations de patiente ont été recherchées au sein de l'ULI sans succès.

Les auteurs ont donc décidés d'impliqué les différents parties prenants comme mentionné dans la méthodologie

3.6. Mise à jour et financement

Le GPC a été fiancé par l'AVIQ qui n'est intervenu à aucun des stades de son élaboration.

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt.

Une mise à jour du guide est prévue tous les 5 ans. Elle aura pour but d'actualiser les messages clefs sur base d'une recherche systématique de la littérature.

3.7. Mise en application

La SSMG a prévus de mettre en application ce GPC au travers des moyens suivants :

- Organisation de module de formations

- Organisation d'une grande journée de formation
- Réalisation de fiche pratique diffusée par la SSMG à destination des médecins généralistes
- Diffusion des outils créés et des recommandation sur son site internet
- Diffusion du GPC sur son site internet

3.8. Évaluation économique

Aucune étude concernant le coût de la prise en charge de cette problématique n'a été identifiée par le groupe d'auteur.

La prise en charge des victime décrite dans ce GPC sur base de symptômes clinique est néanmoins considérée comme utile par les auteurs et les parties prenantes étant donnés qu'elle permettrait de mettre fin à une errance diagnostique, parfois couteuse.

4. Bibliographie

1. Violence against women: an EU-wide survey. Main results report. *European Union Agency for Fundamental Rights* (2014). Available at: http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report. (Accessed: 5th August 2018)

2. Amnesty Internationnal & SOS Viol. Etude des opinions et des comportements de la population belge en matière de violences sexuelles. (2014). Available at: http://www.sosviol.be/presse/amnesty.php#/amnesty. (Accessed: 5th August 2018)

3. OMS | Rapport mondial sur la violence et la santé. *WHO* Available at: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/. (Accessed: 5th August 2018)

5. WHO. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. (2003). Avaible at : http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/.(Accessed: 5th August 2018)

6. Groupe de travail Réalisation de Recommandation de Première Ligne. Manuel à l'attention des partenaires concernés par la mise à jour des guides de pratique clinique conformément au format d'EBMPreacticenet.be. (2017).

7. Le 'Stakeholder Involvement' dans les processus du KCE. Available at: /fr/le-stakeholder-involvement-dans-les-processus-du-kce. (Accessed: 5th August 2018)

8. Welcome to the AGREE Enterprise website. - AGREE Enterprise website. Available at: https://www.agreetrust.org/. (Accessed: 6th August 2018)

9. *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines*. (World Health Organization, 2013).

10. DeGue, S. *et al.* A systematic review of primary prevention strategies for sexual violence perpetration. *Aggress. Violent Behav.* **19,** 346–362 (2014).

11. OMS. Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence. (2010).

12. Center for Disease Control and Prevention (CDC). The public health approach to violence prevention. (2012).

13. Lanthier, S., Du Mont, J. & Mason, R. Responding to Delayed Disclosure of Sexual Assault in Health Settings: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse* **19,** 251–265 (2018).

14. Code de déontologie médicale - Ordre des médecins - Ordomedic. Available at: https://www.ordomedic.be/fr/code-2018/contenu/. (Accessed: 5th August 2018)

15. World Health Organization's (WHO) mhGAP Guidelines Development Group. Psychological first aid. (2009).

16. Dworkin, E. R., Menon, S. V., Bystrynski, J. & Allen, N. E. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. [Review]. *Clin. Psychol. Rev.* **1,** 65–81 (2017).

17. Rajan, G. *et al.* Diagnoses of sexual abuse and their common registered comorbidities in the total population of Stockholm. *J. Epidemiol.* **71,** 592–598 (2017).

18. Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A,. Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins. (2015).

19. Offermans, A.-M. *et al.* Détection des violences conjugales. SSMG (2018). Available at: https://www.ssmg.be/guides-de-pratique-clinique/(Accessed: 5th August 2018)

20. Afifi, T. O. *et al.* Child abuse and mental disorders in Canada. *CMAJ Can. Med. Assoc. J.* **186,** E324-332 (2014).

21. Li, M., D'Arcy, C. & Meng, X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. [Review]. *Psychol. Med.* **46,** 717–730 (2016).

22. Lindert, J. *et al.* Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. [Review]. *J. Public Health* **59,** 359–372 (2014).

23. Jayawickreme, N. *et al.* Primum non nocere (first do no harm): symptom worsening and improvement in female assault victims after prolonged exposure for PTSD. *Depress. Anxiety* **31,** 412–419 (2014).

24. Bishop, M., Rosenstein, D., Bakelaar, S. & Seedat, S. An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder. *Ann. Gen. Psychiatry* (2014). doi:10.1186/1744-859X-13-16

25. Walsh, K. *et al.* National prevalence of posttraumatic stress disorder among sexually revictimized adolescent, college, and adult household-residing women. *JAMA Psychiatry* **69,** 935–942 (2012).

26. Lu, W. *et al.* Public mental health clients with severe mental illness and probable posttraumatic stress disorder: Trauma exposure and correlates of symptom severity. *J. Trauma. Stress* **26,** 266–273 (2013).

27. Gallo, E. A. G., Munhoz, T. N., Loret de Mola, C. & Murray, J. Gender differences in the effects of childhood maltreatment on adult depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl.* **79,** 107–114 (2018).

28. Maniglio, R. Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders: a systematic review of reviews. *Trauma Violence Abuse* **14,** 96–112 (2013).

29. Mandelli, L., Petrelli, C. & Serretti, A. The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. *Eur. Psychiatry J. Assoc. Eur. Psychiatr.* **30,** 665–680 (2015).

30. Infurna, M. R. *et al.* Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. [Review]. *J. Affect. Disord.* **1,** 47–55 (2016).

31. Maniglio, R. Prevalence of child sexual abuse among adults and youths with bipolar disorder: A systematic review. *Clin. Psychol. Rev.* **33,** 561–573 (2013).

32. de Aquino Ferreira, L. F., Queiroz Pereira, F. H., Neri Benevides, A. M. L. & Aguiar Melo, M. C. Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Res.* **262,** 70–77 (2018).

33. Miller, M. L. & Brock, R. L. The effect of trauma on the severity of obsessive-compulsive spectrum symptoms: A meta-analysis. [Review]. *J. Anxiety Disord.* **1,** 29–44 (2017).

34. Steine, I. M. *et al.* Sleep disturbances in sexual abuse victims: a systematic review. *Sleep Med. Rev.* **16,** 15–25 (2012).

35. Walsh, K. *et al.* Patterns of drug and alcohol use associated with lifetime sexual revictimization and current posttraumatic stress disorder among three national samples of adolescent, college, and household-residing women. *Addict. Behav.* **39,** 684–689 (2014).

36. Kapur, N. A. & Windish, D. M. Health care utilization and unhealthy behaviors among victims of sexual assault in Connecticut: Results from a population-based sample. *J. Gen. Intern. Med.* **26,** 524–530 (2011).

37. Fuller-Thomson, E., Roane, J. L. & Brennenstuhl, S. Three Types of Adverse Childhood Experiences, and Alcohol and Drug Dependence Among Adults: An Investigation Using Population-Based Data. *Subst. Use Misuse* **51,** 1451–1461 (2016).

38. Meng, X. & D'Arcy, C. Gender moderates the relationship between childhood abuse and internalizing and substance use disorders later in life: a cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry* **16,** 401 (2016).

39. Lane, W. *et al.* Child maltreatment and problem gambling: A systematic review. *Child Abuse Negl.* **58,** 24–38 (2016).

40. Serafini, G. *et al.* Life adversities and suicidal behavior in young individuals: a systematic review. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* **24,** 1423–1446 (2015).

41. Devries, K. M. *et al.* Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a meta-analysis. *Pediatrics* **133,** e1331-1344 (2014).

42. Mallon, S., Galway, K., Hughes, L., Rondon-Sulbaran, J. & Leavey, G. An exploration of integrated data on the social dynamics of suicide among women. *Sociol. Health Illn.* **38,** 662–675 (2016).

43. Fuller-Thomson, E., Baird, S. L., Dhrodia, R. & Brennenstuhl, S. The association between adverse childhood experiences (ACEs) and suicide attempts in a population-based study. *Child Care Health Dev.* **42,** 725–734 (2016).

44. Caslini, M. *et al.* Disentangling the Association Between Child Abuse and Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. [Review]. *Psychosom. Med.* **78,** 79–90 (2016).

45. Alexander, K. A., Volpe, E. M., Abboud, S. & Campbell, J. C. Reproductive coercion, sexual risk behaviours and mental health symptoms among young low-income behaviourally bisexual women: implications for nursing practice. *J. Clin. Nurs.* **25,** 3533–3544 (2016).

46. Edalati, H. & Nicholls, T. L. Childhood Maltreatment and the Risk for Criminal Justice Involvement and Victimization Among Homeless Individuals: A Systematic Review , Childhood Maltreatment and the Risk for Criminal Justice Involvement and Victimization Among Homeless Individuals: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse* 1524838017708783 (2017). doi:10.1177/1524838017708783

47. Sundin, E. C. & Baguley, T. Prevalence of childhood abuse among people who are homeless in Western countries: a systematic review and meta-analysis. [Review]. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **50,** 183–194 (2015).

48. Latthe, P., Mignini, L., Gray, R., Hills, R. & Khan, K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ* **332,** 749–755 (2006).

49. Carreiro, A. V., Micelli, L. P., Sousa, M. H., Bahamondes, L. & Fernandes, A. Sexual dysfunction risk and quality of life among women with a history of sexual abuse. *J. Gynaecol.* **134,** 260–263 (2016).

50. Golding, J. M., Wilsnack, S. C. & Learman, L. A. Prevalence of sexual assault history among women with common gynecologic symptoms. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **179,** 1013–1019 (1998).

51. von Sternberg, K., Cardoso, J. B., Jun, J., Learman, J. & Velasquez, M. M. An examination of the path between recent sexual violence and sexually transmitted infections. *Womens Health Issues* **22,** e283-292 (2012).

52. Abajobir, A. A., Kisely, S., Maravilla, J. C., Williams, G. & Najman, J. M. Gender differences in the association between childhood sexual abuse and risky sexual behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl.* **63,** 249–260 (2017).

53. Perry, R. *et al.* Prevalence of rape-related pregnancy as an indication for abortion at two urban family planning clinics. *Contraception* **91,** 393–397 (2015).

54. Nguyen, P. H. *et al.* The association and a potential pathway between gender-based violence and induced abortion in Thai Nguyen province, Vietnam. *Glob Health Action* **1,** 1–11 (2012).

55. Bazyar, J. *et al.* The prevalence of sexual violence during pregnancy in Iran and the world: a systematic review and meta-analysis. *J. Inj. Violence Res.* **10,** (2018).

56. Miller, E. *et al.* Recent reproductive coercion and unintended pregnancy among female family planning clients. *Contraception* **89,** 122–128 (2014).

57. Munro, M. L., Foster Rietz, M. & Seng, J. S. Comprehensive care and pregnancy: the unmet care needs of pregnant women with a history of rape. *Issues Ment. Health Nurs.* **33,** 882–896 (2012).

58. Margerison-Zilko, C. E., Strutz, K. L., Li, Y. & Holzman, C. Stressors Across the Life-Course and Preterm Delivery: Evidence From a Pregnancy Cohort. *Matern. Child Health J.* **21,** 648–658 (2017).

59. Faisal-Cury, A., Menezes, P. R., d'Oliveira, A. F. P. L., Schraiber, L. B. & Lopes, C. S. Temporal relationship between intimate partner violence and postpartum depression in a sample of low income women. *Matern. Child Health J.* **17,** 1297–1303 (2013).

60. Rich-Edwards, J. W. *et al.* Lifetime maternal experiences of abuse and risk of pre-natal depression in two demographically distinct populations in Boston. *J. Epidemiol.* **40,** 375–384 (2011).

61. Lincoln, C., Perera, R., Jacobs, I. & Ward, A. Macroscopically detected female genital injury after consensual and non-consensual vaginal penetration: a prospective comparison study. *J. Forensic* **20,** 884–901 (2013).

62. McLean, I., Roberts, S. A., White, C. & Paul, S. Female genital injuries resulting from consensual and non-consensual vaginal intercourse. *Forensic Sci. Int.* **204,** 27–33 (2011).

63. Cappelletti, S. *et al.* Variability in findings of anogenital injury in consensual and non-consensual fisting intercourse: A systematic review. *J. Forensic Leg. Med.* **44,** 58–62 (2016).

64. Crofford, L. J. Violence, stress, and somatic syndromes. *Trauma Violence Abuse* **8,** 299–313 (2007).

65. Nelson, S., Baldwin, N. & Taylor, J. Mental health problems and medically unexplained physical symptoms in adult survivors of childhood sexual abuse: an integrative literature review. [Review]. *J. Psychiatr.* **19,** 211–220 (2012).

66. Leserman, J. & Drossman, D. A. Relationship of abuse history to functional gastrointestinal disorders and symptoms: some possible mediating mechanisms. *Trauma Violence Abuse* **8,** 331–343 (2007).

67. Hauser, W., Kosseva, M., Uceyler, N., Klose, P. & Sommer, C. Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: a systematic review with meta-analysis. [Review]. *Arthritis Care Res.* **63,** 808–820 (2011).

68. Steinig, J., Wagner, B., Shang, E., Dölemeyer, R. & Kersting, A. Sexual abuse in bariatric surgery candidates: impact on weight loss after surgery: a systematic review. *Obes. Rev. Off. J. Int. Assoc. Study Obes.* **13,** 892–901 (2012).

69. Midei, A. J. & Matthews, K. A. Interpersonal violence in childhood as a risk factor for obesity: a systematic review of the literature and proposed pathways. *Obes. Rev. Off. J. Int. Assoc. Study Obes.* **12,** e159-172 (2011).

70. Brewer-Smyth, K. Obesity, traumatic brain injury, childhood abuse, and suicide attempts in females at risk. *Rehabil. Nurs. J.* **39,** 183–191 (2014).

71. Fuller-Thomson, E., West, K. J., Sulman, J. & Baird, S. L. Childhood Maltreatment Is Associated with Ulcerative Colitis but Not Crohn's Disease: Findings from a Population-based Study. *Inflamm. Bowel Dis.* **21,** 2640–2648 (2015).

72. Miller-Graff, L. E., Cater, A. K., Howell, K. H. & Graham-Bermann, S. A. Victimization in childhood: General and specific associations with physical health problems in young adulthood. *J. Psychosom. Res.* **79,** 265–271 (2015).

73. Brennenstuhl, S. & Fuller-Thomson, E. The Painful Legacy of Childhood Violence: Migraine Headaches Among Adult Survivors of Adverse Childhood Experiences. *Headache* **55,** 973–983 (2015).

74. Larsen, M.-L., Hilden, M., Skovlund, C. W. & Lidegaard, O. Somatic health of 2500 women examined at a sexual assault center over 10 years. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* **95,** 872–878 (2016).

75. Khalifeh, H., Oram, S., Osborn, D., Howard, L. M. & Johnson, S. Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. [Review]. *Int. Rev. Psychiatry* **28,** 433–451 (2016).

76. Mikton, C., Maguire, H. & Shakespeare, T. A systematic review of the effectiveness of interventions to prevent and respond to violence against persons with disabilities. *J. Interpers. Violence* **29,** 3207–3226 (2014).

77. Werner, K. B. *et al.* The association between childhood maltreatment, psychopathology, and adult sexual victimization in men and women: results from three independent samples. *Psychol. Med.* **46,** 563–573 (2016).

78. Melkonian, A. J. & Ham, L. S. The effects of alcohol intoxication on young adult women's identification of risk for sexual assault: A systematic review. *Psychol. Addict. Behav.* **32,** 162–172 (2018).

79. Anderson, L. J., Flynn, A. & Pilgrim, J. L. A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: A systematic review. *J. Forensic Leg. Med.* **47,** 46–54 (2017).

80. Deering, K. N. *et al.* A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *Am. J. Public Health* **104,** e42-54 (2014).

81. Rothman, E. F., Exner, D. & Baughman, A. The prevalence of sexual assault against people who identify as Gay, Lesbian or Bisexual in the United States: A systematic review. *Trauma Violence Abuse* **12,** 55–66 (2011).

82. Keane, C. A., Magee, C. A. & Kelly, P. J. Is there Complex Trauma Experience typology for Australian's experiencing extreme social disadvantage and low housing stability? *Child Abuse Negl.* **1,** 43–54 (2016).

83. Halstead, V., Williams, J. R. & Gonzalez-Guarda, R. Sexual violence in the college population: a systematic review of disclosure and campus resources and services. *J. Clin. Nurs.* **26,** 2137–2153 (2017).

84. Grace, K. T. & Anderson, J. C. Reproductive Coercion: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse* (2016). doi:10.1177/1524838016663935

85. Committee on Health Care for Underserved Women. ACOG Committee Opinion no. 592: Sexual assault. *Obstet. Gynecol.* **123,** 905–909 (2014).

86. Smith, P. N. *et al.* Attachment and alliance in the treatment of depressed, sexually abused women. *Depress. Anxiety* **29,** 123–130 (2012).

87. Stoner, J. E. & Cramer, R. J. Sexual Violence Victimization Among College Females: A Systematic Review of Rates, Barriers, and Facilitators of Health Service Utilization on Campus. *Trauma Violence Abuse* 1524838017721245 (2017). doi:10.1177/1524838017721245

88. Denis, C., Seyller, M. & Chariot, P. Expectations and perceptions of care among victims of sexual assault who first seek care from emergency, primary care and gynaecological doctors. *Emerg. Med. J.* **33,** 134–138 (2016).

89. Ministre de la Justice - Koen GEENS. DIRECTIVE MINISTERIELLE RELATIVE AU SET AGRESSION SEXUELLE (S.A.S.). (2017).

90. BASHH Guidelines. Available at: http://192.168.1.6/guidelines/. (Accessed: 6th August 2018)

91. Domus Medica. Hormonale anticonceptie. (2011).

92. OMS | Méthodes contraceptives. *WHO* Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241562668/fr/. (Accessed: 6th August 2018)

93. Jina, R. *et al.* Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: Guidelines for the management of female survivors of sexual assault. *Int. J. Gynaecol. Obstet. Off. Organ Int. Fed. Gynaecol. Obstet.* **109,** 85–92 (2010).

94. American College of Obstetricians and Gynecologists. Emergency contraception: practice bulletin. (2010).

95. Cheng, L., Che, Y. & Gülmezoglu, A. M. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst. Rev.* CD001324 (2012). doi:10.1002/14651858.CD001324.pub4

96. WHO | 20th Essential Medicines List (2017). *WHO* Available at: http://www.who.int/medicines/news/2017/20th_essential_med-list/en/. (Accessed: 6th August 2018)

97. Minerva. *Minerva Website* Available at: http://www.minerva-ebm.be/Results/Free?key=ulipristal. (Accessed: 6th August 2018)

98. Libois, A. *et al.* Belgian guidelines for non-occupational HIV post-exposure prophylaxis 2017. *Acta Clin. Belg.* 1–6 (2018). doi:10.1080/17843286.2018.1428506

99. Scannell, M., Kim, T. & Guthrie, B. J. A Meta-Analysis of HIV Postexposure Prophylaxis Among Sexually Assaulted Patients in the United States. *J. Assoc. Nurses AIDS Care JANAC* **29,** 60–69 (2018).

100. Drezett. Post-exposure prophylaxis in raped women. In: IV International Conference on HIV infection in women and children. (2002).

101. Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service | CMAJ. Available at: http://www.cmaj.ca/content/162/5/641. (Accessed: 6th August 2018)

102. Roland, M. E. *et al.* Preventing Human Immunodeficiency Virus Infection Among Sexual Assault Survivors in Cape Town, South Africa: An Observational Study. *AIDS Behav.* **16,** 990–998 (2012).

103. Workowski, K. A., Berman, S. & Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm. Rep. Morb. Mortal. Wkly. Rep. Recomm. Rep.* **59,** 1–110 (2010).

104. WHO | Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection. *WHO* Available at: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/PEP/en/. (Accessed: 6th August 2018)

105. BAPCOC. GUIDE BELGE DES TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX EN PRATIQUE AMBULATOIRE. (2012).

106. ISP. SURVEILLANCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE. *2015*

107. Conseil Supérieur de la Santé. Recommandations en matière de prévention des accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques dans les institutions de soins. (2014).

108. OMS | Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées. *WHO* Available at: http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/fr/. (Accessed: 6th August 2018)

109. Talbot, N. L. *et al.* A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed women with sexual abuse histories. *Psychiatr. Serv.* **62,** 374–380 (2011).

110. Steil, R. *et al.* Dialectical behaviour therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: A pilot study in an outpatient treatment setting. *J. Psychotraumatology* **9,** (2018).

111. Iverson, K. M., King, M. W., Cunningham, K. C. & Resick, P. A. Rape survivors' trauma-related beliefs before and after Cognitive processing therapy: associations with PTSD and depression symptoms. *Behav. Res. Ther.* **1,** 49–55 (2015).

112. Resick, P. A., Williams, L. F., Suvak, M. K., Monson, C. M. & Gradus, J. L. Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *J. Consult. Clin. Psychol.* **80,** 201–210 (2012).

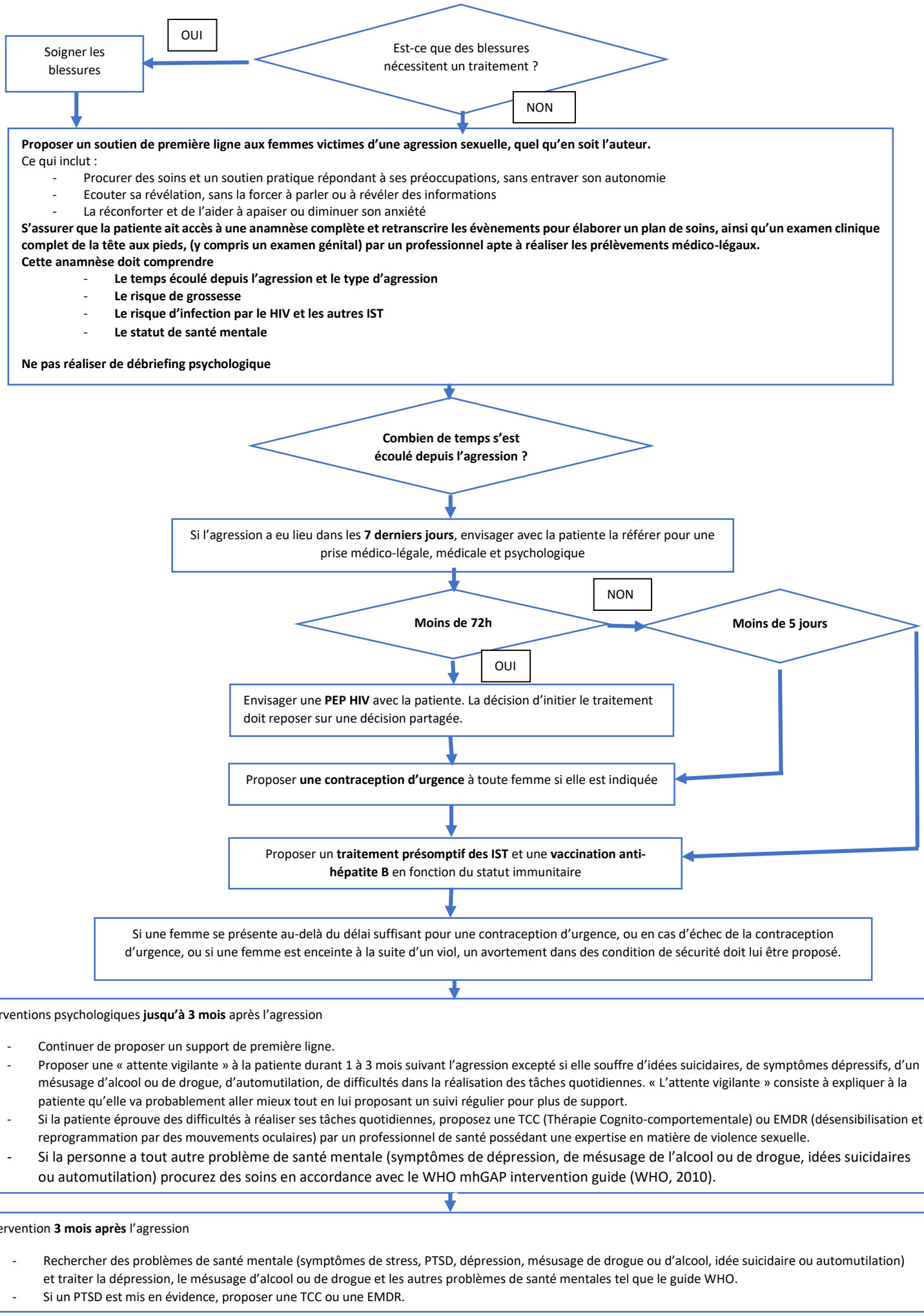
113. Shamu, S., Abrahams, N., Zarowsky, C., Shefer, T. & Temmerman, M. Intimate partner violence during pregnancy in Zimbabwe: a cross-sectional study of prevalence, predictors and associations with HIV. *Trop. Med. Int. Health* **18,** 696–711 (2013).

114. Campbell Library. *Campbell Collaboration* Available at: https://campbellcollaboration.org/library/forensic-nurse-examiners-vs-doctors-for-rape-sexual-assault.html. (Accessed: 6th August 2018)

115. Amin, P., Buranosky, R. & Chang, J. C. Physicians' Perceived Roles, as Well as Barriers, Toward Caring for Women Sex Assault Survivors. *Womens Health Issues* **27,** 43–49 (2017).

Outils 1 :

Adapté du « WHO. (2013). Responding to Intimate partner violence and sexual violence against women : WHO clinical and policy guidelines ».



Annexe 1 : Lexique

Dépistage :

> *« Le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. » (OMS)*

Désensibilisation et reprogrammation par des mouvements oculaires (EMDR):

> *« Cette thérapie fait appel à des procédures normalisées qui consistent à focaliser l'attention simultanément sur (a) des associations spontanées d'images, de pensées, d'émotions et de sensations corporelles traumatiques, et (b) une stimulation bilatérale, le plus souvent sous la forme de mouvements oculaires répétitifs. Contrairement à la TCC axée sur le traumatisme, l'EMDR se déroule en l'absence de description détaillée de l'événement, sans mise en cause directe des croyances, et sans exposition prolongée. »* (OMS)

Prestataire de soins de santé :

> *« Personne ou organisation qui dispense des services de soins de santé de manière systématique. Un prestataire de soins de santé peut être un professionnel des soins de santé, un agent de santé communautaire, ou une autre personne possédant une formation et un savoir en matière de santé. Cela peut inclure des agents de santé non professionnels qui ont été formés à la prestation de soins dans leur communauté. Les organisations sont notamment les hôpitaux, les dispensaires, les centres de soins primaires et d'autres postes de prestation de services. Aux fins des présentes recommandations, l'expression « prestataire de soins de santé » désigne en général le prestataire de soins primaires (infirmier ou infirmière, sage-femme, médecin ou autre) » (OMS)*

Thérapie cognitivo comportementale (TCC):

> *« La TCC est basée sur l'idée que nos sentiments et nos comportements sont modifiables par la pensée, et non par des facteurs extérieurs tels que des personnes ou des faits. Une personne peut avoir une idée déformée de la réalité, qui, si elle n'est pas canalisée, peut conduire à des comportements inadaptés. La TCC a, en principe, une composante cognitive (aider la personne à développer sa capacité à reconnaître et à combattre ses idées négatives non réalistes) et une composante comportementale. La TCC varie selon le problème de santé mentale particulier »* (OMS)

Violence à l'encontre des femmes :

> *« Expression générique, définie par l'Organisation des Nations Unies comme "tout acte de violence fondée sur le sexe causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée". Elle recouvre de nombreuses formes différentes de violence à l'égard des femmes et des filles, comme la violence entre partenaires intimes, la violence sexuelle commise par une personne autre que le partenaire, le trafic, et les pratiques préjudiciables telles que les mutilations sexuelles féminines. » (OMS)*

Annexe 2 : Mythe et violences sexuelles

(Adapté de : « WHO. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. (2003). »)

MYTHE	REALITE
Le sexe est la principale motivation du viol.	Le pouvoir, la colère, la domination et le contrôle sont les principaux facteurs de motivation pour le viol.
Seuls certains types de femmes sont violées.	N'importe quelle femme peut être victime de viol. Cependant, beaucoup de personnes croient que les femmes ayant un haut caractère moral (« filles bien ») ne se font pas violer et que les femmes de faible morale se font violer.
Les femmes font de fausses accusations de viol.	Seul un très faible pourcentage de viols signalés serait de faux rapports.
Le viol est commis par un étranger.	La vaste majorité des viols est commise par un agresseur connu.
Le viol inclut beaucoup de violence physique et l'utilisation d'une arme.	La plupart des viols n'impliquent pas beaucoup de force physique. La majorité des victimes rapportent qu'elles craignaient de recevoir de sévères blessures ou d'être tuée et se sont donc défendues à l'attaque. Cela peut aussi expliquer pourquoi peu de force ou d'armes sont nécessaires pour maîtriser les victimes.
Le viol laisse des traces évidentes de blessure.	Comme la plupart des viols n'impliquent pas une force importante, il peut ne pas y avoir de blessures physiques. Ce n'est pas parce qu'une personne n'a pas de blessure physique qu'elle n'a pas été violée. Environ 1/3 des victimes de viol seulement ont subi des blessures physiques visibles.
Lorsqu'une femme dit « non » au rapport sexuel, en réalité elles veulent dire « oui ».	"Non" signifie non ; Les souhaits d'une femme à cet égard doivent être respectés à tout moment.
Les travailleurs du sexe ne peuvent pas être violés.	Tout homme ou femme, indépendamment de son implication dans l'industrie du sexe, peut être violé. Des études montrent qu'une proportion importante de travailleurs du sexe, hommes et femmes, ont été violés par leurs clients, la police ou leurs partenaires.
Le viol entre partenaires intimes n'existe pas.	Tout rapport sexuel forcé ou activité sexuelle forcée constitue un viol, indépendamment du fait que la femme soit ou non mariée à l'auteur. Malheureusement, de nombreuses juridictions ont des exemptions de viol conjugal dans leurs lois ; bien que les femmes mariées soient violées par leur mari, la loi ne le reconnaît pas comme tel.
Le viol est immédiatement signalé à la police.	La majorité des viols ne sont jamais signalés à la police. Parmi ceux qui sont signalés, la plupart le sont plus de 24 heures après l'incident. Les victimes ne se déclarent pas du tout ou reportent le signalement car elles pensent que rien ne sera fait, que l'agresseur peut avoir proféré des menaces contre elles ou leur famille, qu'elles ont peur des

	réactions de la famille ou de la communauté ou qu'elles ont honte ; Certaines victimes estiment simplement que c'est une affaire privée ou ne savent pas où signaler l'incident.

Annexe 3 : Stratégies de Recherches

Stratégie de recherche revue systématiques et méta-analyses

Cochrane library

(le 17/06/18)

1. (sex$ adj2 (violen$ or assault$ or offense$ or abuse$ or aggress$ or coerc$ or crim$ or molestation$ or attack$ or cruel$)).ti,ab,kw.
2. rape$.ti,ab,kw.
3. 1 or 2
4. 3 and 2011:2018.(sa_year).

Nombre de résultats : 14 articles

MEDLINE

(le 29/05/18)

1. Sex Offenses/
2. RAPE/
3. (sex* adj2 (violen* or assault* or offense* or abuse* or aggress* or coerc* or crim* or molestation* or attack* or cruel*)).ti,ab,kf.
4. rape*.ti,ab,kf.
5. 1 or 2 or 3 or 4
6. 5 and 2011:2018.(sa_year).

Nombre de résultats : 114 articles

TRIPDATABASE

(le 19/06/18 et le 05/07/18)

Sexual violence
Sexual assault
Sex offenses
Sexual molestation
Sexual abuse
Sexual cruelty
Sexual crime
Sexual aggression
Sexual attack
Rape

Nombre de résultats : 227 articles

Stratégie de recherche littérature primaire

Psychinfo

(le 05/06/2018)

1. Diagnosis/
2. Screening/
3. Self-Disclosure/
4. diagnos*.ti,ab,id.
5. screening*.ti,ab,id.
6. (histor* adj3 (health* or medical*)).ti,ab,id.
7. (examination* adj2 physical*).ti,ab,id.
8. (symptom* adj2 (assessment* or evaluation*)).ti,ab,id.
9. (health* adj3 (accessibility or availability)).ti,ab,id.
10. (program* adj2 accessibility).ti,ab,id.
11. disclosure*.ti,ab,id.
12. (program* adj2 accessibility).ti,ab,id.
13. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12
14. exp Intervention/
15. Treatment barriers/
16. Advocacy/
17. exp Psychotherapy/
18. Relaxation Therapy/
19. Drug Therapy/
20. exp Antidepressant Drugs/
21. exp Benzodiazepines/
22. Patient Safety/
23. Safety/
24. Cognitive Techniques/
25. exp Neuroleptic Drugs/
26. exp Counseling/
27. Intervention*.ti,ab,id.
28. ((health* or treatment*) adj2 barrier*).ti,ab,id.
29. (((sex* adj3 disease*) or (venereal* adj2 disease*) or chancroid* or (chlamydia* adj2 infection*) or ((granuloma* or lymphogranuloma*) adj2 (inguinale* or venereum*)) or gonorrh* or donovanosis or syphilis or (great* adj2 pox*) or sti or stis or stds or std or hepatitis c or hepatitis b or (hiv adj2 infection*) or (condylomata* adj2 acuminata*) or (genital* adj2 herpes*) or (genital* adj2 wart*) or trichomon* or wound* or injur* or (psychological* adj2 traum*) or (moral* adj2 injur*) or ptsd or (post traumatic* adj2 neurose*) or (stress* adj2 disorder*) or emergency*) adj2 (treat* or intervention* or therap* or management*)).ti,ab,id.
30. (post exposure* adj2 (prophylaxis or prevention*)).ti,ab,id.
31. logotherap*.ti,ab,id.
32. psychotherap*.ti,ab,id.
33. (mental* adj2 service*).ti,ab,id.
34. counsel*.ti,ab,id.
35. (clin* adj2 psy*).ti,ab,id.
36. ((beh* or fam* or group* or cog* or drug* or relaxation*) adj2 therap*).ti,ab,id.
37. psychoanal*.ti,ab,id.
38. psychodynam*.ti,ab,id.
39. pharmacotherap*.ti,ab,id.

40. ((patient* or informal*) adj2 care*).ti,ab,id.
41. (reproductive* adj3 control*).ti,ab,id.
42. safeties.ti,ab,id.
43. safety.ti,ab,id.
44. (hazard* adj2 (control* or management*)).ti,ab,id.
45. (patient* adj2 (ombudsm* or representative*)).ti,ab,id.
46. (clinical* adj2 ombudsm*).ti,ab,id.
47. nootropic*.ti,ab,id.
48. (cognitiv* adj2 (enhancer* or technique*)).ti,ab,id.
49. anxiolytic*.ti,ab,id.
50. (agent* adj2 (anti anxiety* or anxiolytic* or tranquilizing*)).ti,ab,id.
51. (anti anxiety* adj2 (effect* or drug*)).ti,ab,id.
52. antipsychotic*.ti,ab,id.
53. tranquilizer*.ti,ab,id.
54. neuroleptic*.ti,ab,id.
55. antidepressi*.ti,ab,id.
56. thymoanaleptic*.ti,ab,id.
57. thymoleptic*.ti,ab,id.
58. benzodiazepine*.ti,ab,id.
59. contracepti*.ti,ab,id.
60. (fertility adj2 control*).ti,ab,id.
61. abortion*.ti,ab,id.
62. abortifacient*.ti,ab,id.
63. (antischizophrenic* adj2 drug*).ti,ab,id.
64. shelter*.ti,ab,id.
65. advoca*.ti,ab,id.
66. 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65

67. prevention/
68. risk management/
69. health promotion/
70. health education/
71. prevention/
72. prevent*.ti,ab,id.
73. risk*.ti,ab,id.
74. (health adj2 (campaign* or promotion* or education*)).ti,ab,id.
75. (early adj3 intervention*).ti,ab,id.
76. predisposition*.ti,ab,id.
77. At Risk Populations/
78. Risk Assessment/
79. Risk Factors/
80. Predisposition/
81. 67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 75 or 76 or 77 or 78 or 79 or 80
82. Interdisciplinary Treatment Approach/
83. Continuum of Care/
84. Client Transfer/
85. (interprofessional* adj2 relation*).ti,ab,id.
86. (communication* adj2 (interdisciplinary or cross disciplinary or multidisciplinary or research*)).ti,ab,id.
87. (care* adj2 (continuum* or continuity or transition*)).ti,ab,id.

88. ((clinical* or patient*) adj2 (handoff* or handover* or hand off* or hand over*)).ti,ab,id.
89. ((patient* or client*) adj2 (transfer* or turfing* or dumping*)).ti,ab,id.
90. Consultation*.ti,ab,id.
91. referral*.ti,ab,id.
92. (second* adj2 opinion*).ti,ab,id.
93. gatekeep*.ti,ab,id.
94. ((interdisciplinary or multidisciplinary) adj2 treatment*).ti,ab,id.
95. multi agency.ti,ab,id.
96. 82 or 83 or 84 or 85 or 86 or 87 or 88 or 89 or 90 or 91 or 92 or 93 or 94 or 95
97. Civil rights/
98. Abuse reporting/
99. Professional Ethics/
100. Privacy/
101. Secrecy/
102. Duty to Protect/
103. Professional Standards/
104. Legal Processes/
105. Forensic Evaluation/
106. (reporting adj2 (abuse* or mandatory)).ti,ab,id.
107. (right* adj2 (patient* or treatment* or civil*)).ti,ab,id.
108. confidential*.ti,ab,id.
109. secrecy*.ti,ab,id.
110. ethic*.ti,ab,id.
111. privacy*.ti,ab,id.
112. (professional* adj2 standard*).ti,ab,id.
113. (legal* adj2 process*).ti,ab,id.
114. (medicine* adj2 (forensic* or legal*)).ti,ab,id.
115. (forensic* adj2 evaluation*).ti,ab,id.
116. (duty* adj2 protect*).ti,ab,id.
117. ethics/
118. professional ethics/
119. 97 or 98 or 99 or 100 or 101 or 102 or 103 or 104 or 105 or 106 or 107 or 108 or 109 or 110 or 111 or 112 or 113 or 114 or 115 or 116 or 117 or 118
120. Privileged Communication/
121. ((physician* or doctor*) adj3 (relation* or communication*)).ti,ab,id.
122. 120 or 121
123. (patient* adj2 (activation* or empowerment* or engagement* or involvement* or participation*)).ti,ab,id.
124. 13 or 66 or 81 or 96 or 119 or 122 or 123
125. General Practitioners/
126. family physicians/
127. Primary Health Care/
128. family planning/
129. outpatient treatment/
130. (primary adj2 (care* or health*)).ti,ab,id.
131. (general* adj2 practi*).ti,ab,id.
132. (family adj2 (pratice* or medicin* or planning*)).ti,ab,id.
133. (care* adj2 (ambulatory or outpatient*)).ti,ab,id.
134. (outpatient* adj2 service*).ti,ab,id.
135. (health* adj3 (community or neighborhood*)).ti,ab,id.
136. 125 or 126 or 127 or 128 or 129 or 130 or 131 or 132 or 133 or 134 or 135
137. sex offenses/

138. Sexual Abuse/
139. Rape/
140. (sex* adj2 (violen* or assault* or offense* or abuse* or aggress* or coerc* or crim* or molestion* or attack* or cruel*)).ti,ab,id.
141. rape*.ti,ab,id.
142. 137 or 138 or 139 or 140 or 141
143. 124 and 136 and 142
144. 143 and 2011:2018.(sa_year).

Nombre de résultats : 254 articles

Medline

(le 05/06/2018)

1. Diagnosis/
2. Early Diagnosis/
3. "Diagnostic Techniques and Procedures"/
4. Mass Screening/
5. Medical History Taking/
6. Physical Examination/
7. Symptom Assessment/
8. Health Services Accessibility/
9. Disclosure/
10. diagnos*.ti,ab,kf.
11. screening*.ti,ab,kf.
12. (histor* adj3 (health* or medical*)).ti,ab,kf.
13. (examination* adj2 physical*).ti,ab,kf.
14. (symptom* adj2 (assessment* or evaluation*)).ti,ab,kf.
15. (health* adj3 (accessibility or availability)).ti,ab,kf.
16. (program* adj2 accessibility).ti,ab,kf.
17. disclosure*.ti,ab,kf.
18. Rape/di [Diagnosis]
19. (program* adj2 accessibility).ti,ab,kf.
20. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19

21. Post-Exposure Prophylaxis/
22. Emergency Treatment/
23. exp Psychotherapy/
24. exp Psychiatric Somatic Therapies/
25. exp Patient Care/
26. Reproductive Control Agents/
27. exp Sexually Transmitted Diseases/th
28. Hepatitis B/th
29. Hepatitis C/th
30. Trichomonas Infections/th
31. "Wounds and Injuries"/th
32. Stress Disorders, Post-Traumatic/th
33. Stress Disorders, Traumatic, Acute/th
34. Stress Disorders, Traumatic/
35. Psychological Trauma/th
36. Patient Safety/

37. Safety/
38. Safety Management/
39. exp Psychotropic Drugs/
40. Patient Advocacy/
41. Contraception, Postcoital/
42. Abortion, Induced/
43. Abortifacient Agents/
44. Contraceptive Agents/
45. Rape/rh [Rehabilitation]
46. exp Counseling/
47. (((sex* adj3 disease*) or (venereal* adj2 disease*) or chancroid* or (chlamydia* adj2 infection*) or ((granuloma* or lymphogranuloma*) adj2 (inguinale* or venereum*)) or gonorrh* or donovanosis or syphilis or (great* adj2 pox*) or sti or stis or stds or std or hepatitis c or hepatitis b or (hiv adj2 infection*) or (condylomata* adj2 acuminata*) or (genital* adj2 herpes*) or (genital* adj2 wart*) or trichomon* or wound* or injur* or (psychological* adj2 traum*) or (moral* adj2 injur*) or ptsd or (post traumatic* adj2 neurose*) or (stress* adj2 disorder*) or emergency*) adj2 (treat* or intervention* or therap* or management*)).ti,ab,kf.
48. (post exposure* adj2 (prophylaxis or prevention*)).ti,ab,kf.
49. logotherap*.ti,ab,kf.
50. psychotherap*.ti,ab,kf.
51. (mental* adj2 service*).ti,ab,kf.
52. counsel*.ti,ab,kf.
53. (clin* adj2 psy*).ti,ab,kf.
54. ((beh* or fam* or group* or cog* or drug* or relaxation*) adj2 therap*).ti,ab,kf.
55. Psychoanal*.ti,ab,kf.
56. psychodynam*.ti,ab,kf.
57. pharmacotherap*.ti,ab,kf.
58. ((patient* or informal*) adj2 care*).ti,ab,kf.
59. (reproductive* adj3 control*).ti,ab,kf.
60. safeties.ti,ab,kf.
61. safety.ti,ab,kf.
62. (hazard* adj2 (control* or management*)).ti,ab,kf.
63. (patient* adj2 (ombudsm* or representativ*)).ti,ab,kf.
64. (clinical* adj2 ombudsm*).ti,ab,kf.
65. nootropic*.ti,ab,kf.
66. (cognitiv* adj2 (enhancer* or technique*)).ti,ab,kf.
67. anxiolytic*.ti,ab,kf.
68. (anti anxiety* adj2 (effect* or drug*)).ti,ab,kf.
69. (agent* adj2 (anti anxiety* or anxiolytic* or tranquilizing*)).ti,ab,kf.
70. antipsychotic*.ti,ab,kf.
71. tranquilizer*.ti,ab,kf.
72. neuroleptic*.ti,ab,kf.
73. antidepressi*.ti,ab,kf.
74. thymoanaleptic*.ti,ab,kf.
75. Intervention*.ti,ab,kf.
76. thymoleptic*.ti,ab,kf.
77. ((health* or treatment*) adj2 barrier*).ti,ab,kf.
78. benzodiazepine*.ti,ab,kf.
79. contracepti*.ti,ab,kf.
80. (fertility adj2 control*).ti,ab,kf.
81. Abortion*.ti,ab,kf.
82. Abortifacient*.ti,ab,kf.

83. (antischizophrenic* adj2 drug*).ti,ab,kf.
84. shelter*.ti,ab,kf.
85. advoca*.ti,ab,kf.
86. 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 75 or 76 or 77 or 78 or 79 or 80 or 81 or 82 or 83 or 84 or 85
87. Preventive Health Services/
88. Risk Management/
89. Health Promotion/
90. Primary prevention/
91. Early Medical Intervention/
92. Health education/
93. "Early Intervention (Education)"/
94. prevent*.ti,ab,kf.
95. risk*.ti,ab,kf.
96. (health* adj2 (campaign* or promotion* or education*)).ti,ab,kf.
97. (early adj3 intervention*).ti,ab,kf.
98. predisposition*.ti,ab,kf.
99. Rape/pc [Prevention & Control]
100. Sex Offenses/pc [Prevention & Control]
101. Risk/
102. Risk Factors/
103. Risk Assessment/
104. 87 or 88 or 89 or 90 or 91 or 92 or 93 or 94 or 95 or 96 or 97 or 98 or 99 or 100 or 101 or 102 or 103
105. Interprofessional Relations/
106. Interdisciplinary Communication/
107. Continuity of Patient Care/
108. Patient Handoff/
109. Patient Transfer/
110. Transitional Care/
111. Gatekeeping/
112. "Referral and Consultation"/
113. (interprofessional* adj2 relation*).ti,ab,kf.
114. (communication* adj2 (interdisciplinary or cross disciplinary or multidisciplinary or research*)).ti,ab,kf.
115. (care* adj2 (continuum* or continuity or transition*)).ti,ab,kf.
116. ((clinical* or patient*) adj2 (handoff* or handover* or hand off* or hand over*)).ti,ab,kf.
117. ((patient* or client*) adj2 (transfer* or turfing* or dumping*)).ti,ab,kf.
118. consultation*.ti,ab,kf.
119. referral*.ti,ab,kf.
120. (second* adj2 opinion*).ti,ab,kf.
121. Gatekeep*.ti,ab,kf.
122. ((interdisciplinary or multidisciplinary) adj2 treatment).ti,ab,kf.
123. multi agency.ti,ab,kf.
124. 105 or 106 or 107 or 108 or 109 or 110 or 111 or 112 or 113 or 114 or 115 or 116 or 117 or 118 or 119 or 120 or 121 or 122 or 123
125. Mandatory Reporting/
126. Patient rights/
127. Confidentiality/
128. Forensic Medicine/

129. (reporting adj2 (abuse* or mandatory)).ti,ab,kf.
130. (right* adj2 (patient* or treatment* or civil*)).ti,ab,kf.
131. (communication* adj2 privileged).ti,ab,kf.
132. confidential*.ti,ab,kf.
133. secrecy*.ti,ab,kf.
134. ethic*.ti,ab,kf.
135. privacy*.ti,ab,kf.
136. (legal* adj2 process*).ti,ab,kf.
137. (medicine* adj2 (forensic* or legal*)).ti,ab,kf.
138. (forensic* adj2 evaluation*).ti,ab,kf.
139. (duty* adj2 protect*).ti,ab,kf.
140. exp Ethics/
141. RAPE/lj [Legislation & Jurisprudence]
142. Sex Offenses/es, lj [Ethics, Legislation & Jurisprudence]
143. (professional* adj2 standard*).ti,ab,kf.
144. 125 or 126 or 127 or 128 or 129 or 130 or 131 or 132 or 133 or 134 or 135 or 136 or 137 or 138 or 139 or 140 or 141 or 142 or 143
145. Patient Participation/
146. (patient* adj2 (activation* or empowerment* or engagement* or involvement* or participation*)).ti,ab,kf.
147. 145 or 146
148. Physician-patient relations/
149. ((physician* or doctor*) adj3 (relation* or communication*)).ti,ab,kf.
150. 148 or 149
151. 20 or 86 or 104 or 124 or 144 or 147 or 150
152. General Practitioners/
153. exp General Practice/
154. Primary Health Care/
155. Family Planning Services/
156. Patient Care Team/
157. (general* adj2 practi*).ti,ab,kf.
158. (family adj2 (pratice* or medicin* or planning*)).ti,ab,kf.
159. (primary adj2 (care* or health*)).ti,ab,kf.
160. Ambulatory Care/
161. Community Health Centers/
162. (care* adj2 (ambulatory or outpatient*)).ti,ab,kf.
163. (outpatient* adj2 service*).ti,ab,kf.
164. (health* adj3 (community or neighborhood*)).ti,ab,kf.
165. 152 or 153 or 154 or 155 or 156 or 157 or 158 or 159 or 160 or 161 or 162 or 163 or 164
166. Sex Offenses/
167. RAPE/
168. (sex* adj2 (violen* or assault* or offense* or abuse* or aggress* or coerc* or crim* or molestation* or attack* or cruel*)).ti,ab,kf.
169. rape*.ti,ab,kf.
170. 166 or 167 or 168 or 169
171. 151 and 165 and 170
172. 171 and 2012:2018.(sa_year).

Nombre de résultats : 334 articles

Annexe 4 : Critères d'inclusion et d'exclusion de la recherche bibliographique

Critères d'inclusion

1. Guide de pratique clnique et consensus établis sur base d'une méthodologie adéquate

2. Revues systématiques avec des données quantitatives suffisantes

3. Etudes originales de bonne qualité avec des données quantitatives suffisantes (études randomisées contrôlées, études de prévalence, rapport de recherche…)

Critères d'exclusion

1. Articles sans description de la méthodologie utilisée, basés seulement sur l'avis d'un expert et ne reposant pas sur une étude de cohortes, une étude cas-témoins ou une étude randomisée contrôlée

2. Discussions et rapports de cas – à moins qu'ils ne fournissent directement des informations sur des recommandations ou des revues systématiques

3. Articles qui ne peuvent être retenus sur base du titre uniquement et qui ne font pas état d'un résumé – à moins que l'article ne mentionne des données tertiaires ou quaternaires de qualité (telles que Cochrane ou Clinical Evidence)

4. Articles hors sujet de recherche (Cf. : définition violences sexuelles, public cible, population cible)

Annexe 5 : Schéma CanMEDS

Le schéma CanMEDS. Disponible sur : http://canmeds.royalcollege.ca/fr/apropos

Note : Ce schéma illustre les synergies entre les différentes compétences du médecin selon CanMEDS 2015

Annexe 6 : Evaluation du niveau de et de la force des recommandations

Méthode pragmatique et résumée utilisée pour l'attribution des grades :

QUALITE DE LA PREUVE (≈ niveaux de preuve)

- Élevée : il est hautement improbable que des travaux de recherche plus poussés changent notre confiance dans l'estimation de l'effet (**lettre A**)
- Moyenne : il est probable que des travaux de recherche plus poussés aient une influence sur notre confiance dans l'estimation de l'effet et changent l'estimation de l'effet (**la lettre B**)
- Faible et très faible : il est hautement probable que des travaux de recherche plus poussés aient un impact important sur notre confiance dans l'estimation de l'effet et changent probablement l'estimation de cet effet, ou toute estimation de l'effet est très incertaine (**lettre C**)

FORCE DE LA RECOMMANDATION (≈ niveaux de recommandation)

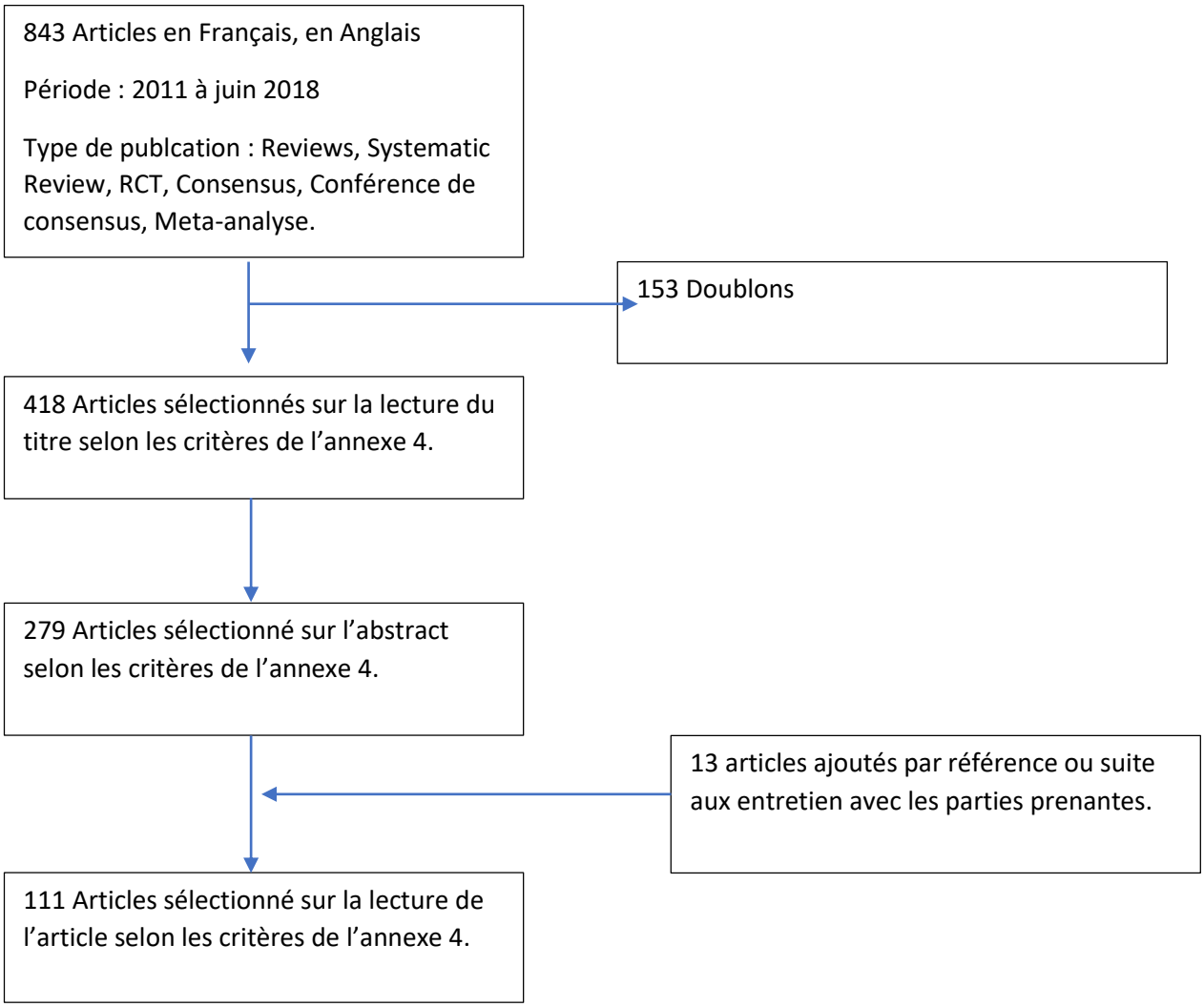
- **Recommandation forte 1**
  Basée sur les données probantes disponibles. Lorsque les médecins sont tout-à-fait certains que l'application de la recommandation est davantage positive que négative
- **Recommandation faible 2**
  Basée sur les données probantes disponibles. Si les médecins estiment que les avantages et inconvénients sont (environ) en équilibre ou qu'il existe une incertitude quant à l'importance des avantages et des inconvénients.

Issus du « Manuel à l'attention des partenaires concernés par la mise à jour des guides de pratique clinique conformément au format d'EBMPreacticenet.be » publié le 10/01/2017 par le groupe de travail Réalisation de Recommandation de Première Ligne de la plateforme EBMPracticenet.be6

Certaines recommandations se sont vu attribué une notation « GPP » (« Good Practice Points ») utiliser par certains GPC anglophones, et qui équivaut à une recommandation basée sur base d'un consensus d'experts cliniques.

Le GPC WHO utilisant un système GRADE différent, un système de conversion standard a été réalisé après analyse de la méthodologie utilisée par l'OMS :

- Les qualités de preuves « Hight » correspondent à une qualité de preuve élevée (lettre A)
- Les qualités de preuve « moderate » correspondent à une qulité de preuve moyenne (lettre B)
- Les qualités de preuve « Low » et « very low » correspondent à une qualité de preuve faible (lettre C)
- Les mentions « Indirect Evidence » et « No relevant evidence was identified » correspondent à la notation GPP

Annexe 7 : Flowchart des résultats de la recherche de littérature

Les résultat de la revue de littérature sont repris dans le Flowchart suivant