En médecine générale, un soutien de première ligne doit être offert immédiatement à toute victime révélant des violences sexuelles.

Le médecin généraliste confronté à une situation de violences sexuelles doit fournir au minimum un soutien de première ligne [1]. Ce soutien doit répondre aux attentes et demandes de la victime. Il est exclu d'imposer quoi que ce soit au patient. **Valider** les propos de la victime, la **réconforter**, la **soutenir** et l'**informer** sont des attitudes essentielles.
Le soutien de 1ère ligne est une méthode pour répondre dans l'urgence aux besoins des victimes de violences.
Pour assurer ce **soutien de première ligne**, un minimum de préparation est nécessaire : liste de coordonnées des services et ressources locales (services juridiques, aides diverses, hébergement d'urgence, …).
Le travail en réseau : les ressources

> **Aider la victime à améliorer sa sécurité et celle de ses enfants.**
> **Procurer à la victime les soins et le soutien qui correspondent à sa demande. Ne rien imposer.**
> **Valider les révélations de la victime sans juger. Réconforter la victime.**
> **Interroger la victime sur d'éventuels antécédents de violence.**
> **Procurer à la victime des informations à propos des ressources juridiques et des services utiles.**
> **Procurer et/ou mobiliser un soutien social à la victime.**

Le professionnel de santé doit s'assurer de la confidentialité de la consultation, du caractère privé de l'entretien et du respect du secret médical.
Fiche N°4 - GPC Violences sexuelles - Secret médical

Assurer en toutes circonstances le secret médical et informer la victime des limites de ce secret.

Une aide efficace aux victimes se prépare en établissant un réseau de prise en charge. Pour ce faire, chaque généraliste établira un répertoire des services potentiellement utile au niveau local.

Le médecin de famille établit un répertoire des services d'aide pour la prise en charge des victimes de violences sexuelles afin d'être prêt en cas de révélation.

Bibliographie: *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines*. (World Health Organization, 2013).
Code de déontologie médicale – Ordre des médecins – Ordomedic. Available at: https://www.ordomedic.be/fr/code-2018/contenu/. (Accessed: 5th August 2018)
World Health Organization's (WHO) mhGAP Guidelines Development Group. Psychological first aid. (2009).
Offermans, A.-M. et al. Détection des violences conjugales. SSMG (2018). Available at: https://www.ssmg.be/guides-de-pratique-clinique/ (2018)

SSMG Société Royale
Wallonie familles santé handicap AVIQ

Vers quels référents le médecin généraliste peut-il adresser les victimes de violences sexuelles ?

Le travail en réseau est central dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles. Dans ce cadre, il est recommandé de créer son réseau avant d'être confronté à une situation de dévoilement. Il est utile de disposer des informations sur le public cible des référents, leurs horaires, les moyens de les contacter et le vecteur pour leur référer une victime.

Développer son réseau régional de manière anticipative en recueillant toutes les informations pratiques sur le public cible, les horaires, les moyens de contact et les modes de renvoi.

Parmi les structures d'aide à identifier au niveau local et régional, citons les structures d'écoute, d'aide téléphonique et de soutien psychologique (SOS Viol, Ecoute Violences Conjugales), les services d'aide aux justiciables, les maisons de justice, les services d'accueil et d'assistances aux victimes des parquets et zones de police, les services de prise en charge des auteurs (Praxis, Rescue), les services de santé mentale, les équipes SOS enfants, les services d'hébergement, les psychologues, les psychiatres …

Le travail en réseau : les ressources

Le médecin de famille doit créer son répertoire personnel local avec les coordonnées et infos principales des services potentiellement utiles à la victime et ses enfants, leur santé physique et mentale, leur hébergement et leur sa protection.

Dix centres de prise en charge précoce des victimes de violences sexuelles (CPVS) sont actifs en Belgique dont le CHU Saint-Pierre à Bruxelles et, en Wallonie, Vivalia à Arlon, le CHU à Charleroi, le CHU des Bruyères à Liège et le CHRM à Namur. Ces centres réalisent des prélèvements médico-légaux, proposent une aide médicale, un soutien psychologique et offrent la possibilité de déposer plainte. Idéalement, la victime doit y être référée au plus tôt (dans les **7 jours suivant** les faits et idéalement **72 h** après les faits**)**. Pour des faits moins récents et jusqu'à 1 mois, il est souhaitable de convenir d'un rendez-vous.

Les CPVS(www.cpvs.belgium.be) sont des structures particulièrement adaptées et efficaces pour venir en aide aux victimes de violences sexuelles. La ligne « SOS Viol » 0800 98 100 est à la disposition tant des victimes, de leurs proches que des soignants. Attention lors du travail en réseau au respect de la déontologie médicale.

Tout renvoi d'une victime vers un partenaire d'aide ne peut être réalisé qu'avec le consentement explicite de la victime.
Seule exception : les patients vulnérables en situation de danger imminent.

Bibliographie: *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines*. (World Health Organization, 2013).
Campbell Library. Campbell Collaboration Available at: https://campbellcollaboration.org/library/forensic-nurse-examiners-vs-doctors-for-rapesexual-assault.html. (Accessed: 6th August 2018)
World Health Organization's (WHO) mhGAP Guidelines Development Group. Psychological first aid. (2009).
Code de déontologie médicale - Ordre des médecins - Ordomedic. Available at: https://www.ordomedic.be/fr/code-2018/contenu/. (Accessed: 25th March 2020))
Le Code Pénal disponible sur: http://www.ejustice.just.fgov.be

Quelle prise en charge psychologique proposer aux victimes de violences sexuelles ?

Le professionnel de santé doit pouvoir fournir un soutien de première ligne immédiatement à la victime [1].
Fiche N°2 - GPC Violences sexuelles - - Soutien de 1ère ligne
Plusieurs attitudes ont été identifiées comme inappropriées. Elles sont donc à exclure [2].

✘	✔
Blâmer la victime pour son agression	Confirmer le statut de victime
Minimiser les faits ou dédramatiser l'agression	« Ce qui vous est arrivé est inacceptable »
Conseiller de penser à autre chose	« Ces faits occupent toutes vos pensées, non ? »
Adopter une attitude froide, distante	Regarder la personne, marquer son empathie
Douter de la véracité des révélations	« Je crois tout ce que vous me dites »

L'anamnèse recherchera aussi d'éventuels antécédents psychiatriques ou de violences ainsi que des complications : PTSD, difficultés d'exercer les tâches quotidiennes, idées suicidaires, dépression, mésusage d'alcool ou de drogues, automutilation.

Un suivi est proposé et conseillé à la patiente pendant les 3 premiers mois (attente vigilante) afin de détecter la survenue d'éventuels symptômes psychiques et assurer une prise en charge.

Le syndrome de stress post-traumatique (PTSD) doit faire l'objet d'une prise en charge psychothérapeutique spécialisée (SOS Viol, si moins de 3 mois les CPVS, le réseau de soins local ...).

< 4 JOURS
- Soutien de première ligne
- Pas de débriefing psychologique

4 J - 3 MOIS
- Soutien de première ligne
- « Attente vigilante et bienveillante»
- Si survenue de troubles psychiques: prise en charge spécialisée

› 3 MOIS
- Rechercher et traiter un problème de santé mentale
- PTSD: prise en charge spécialisée

Bibliographie: *1. Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines.* (World Health Organization, 2013).
2.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).

SSMG Société Royale
Wallonie familles santé handicap AVIQ

Quelle prise en charge médicale proposer aux victimes de violences sexuelles ?

A la suite d'une agression sexuelle, les besoins sont très variables d'une victime à l'autre.
Dans le cadre des aspects somatiques à prendre en charge si nécessaire, citons

Réaliser une anamnèse complète : type d'agression, temps écoulé depuis les faits, risque d'infection, risque de grossesse, …

PRISE EN CHARGE MEDICO-LEGALE

Si les faits sont récents, le médecin de famille propose de référer la victime d'un viol vers un centre habilité aux soins et aux prélèvements médico-légaux tels qu'un CPVS aussi rapidement que possible (7 jours après les faits et idéalement <72H)

Ce type de services est disponible 24H/24 dans les centres de prise en charge des violences sexuelles (CPVS). Les prélèvements médico-légaux doivent être effectués le plus tôt possible, idéalement dans les 72 heures qui suivent les faits. A noter que cela est encore possible si nécessaire dans les 7 jours. Ces prélèvements peuvent être effectués même si la victime s'est complètement lavée. Il est utile qu'elle emporte les vêtements portés au moment des faits.

PRISE EN CHARGE DE LA CONTRACEPTION

Dans tous les cas et le plus tôt possible
→ Proposer une contraception d'urgence à toute survivante d'un viol si absence de contraception certaine (prise régulière de pilule, stérilet)

Dans les 72 h
→ Levonorgestrel 1,5 mg une fois per os

Entre 72 h et 5 jours
→ Acétate d'ulipristal 30 mg une fois per os

> 5 jours ou échec de la contraception d'urgence
→ Proposer un avortement dans des conditions de sécurité

PRISE EN CHARGE DU HIV

Evaluer le risque d'infection par le HIV (sur base du type d'agression et d'agresseur(s), la prévalence du HIV, …). Si l'agression date de moins de 72H, proposer de référer la patiente pour une prophylaxie post-exposition (PEP).

SSMG Société Royale
Wallonie familles santé handicap AVIQ

En cas de PEP, assurer le suivi de ce traitement mal toléré et qui doit être pris 28 jours. La PEP n'est disponible que via les centres de référence SIDA, les services d'urgence ou les CPVS.

PRISE EN CHARGE DES IST

Jusqu'à 7 jours après l'agression, traiter présomptivement les infections à Chlamydia et Gonocoques plutôt que d'attendre les résultats de tests.
Une vaccination hépatite B doit être proposée à toute victime non immunisée.

En médecine générale, il s'agit d'un traitement qui combine Doxycycline 100 mg par voie orale deux fois par jour **pendant 7 jours** + 1 g de Ceftriaxone en IM en une dose unique.

Au CPVS, l'Azithromycine 1g en une prise peut être proposé en fonction du risque de non observance au traitement. Ces traitements peuvent être administrés dans les CPVS.

Bibliographie: *1. Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines.* (World Health Organization, 2013). 2.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). World Health Organization's (WHO) mhGAP Guidelines Development Group. *Psychological first aid.* (2009).