



**HAL**  
open science

# Parcours de soin des victimes d'agression sexuelle à Bordeaux : une étude prospective sur le suivi hospitalier et en médecine générale

Julie-Anne Tjoncke

► **To cite this version:**

Julie-Anne Tjoncke. Parcours de soin des victimes d'agression sexuelle à Bordeaux : une étude prospective sur le suivi hospitalier et en médecine générale . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01524817

**HAL Id: dumas-01524817**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01524817>**

Submitted on 18 May 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2017

Thèse n° 55

Thèse pour l'obtention du

**DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 4 Mai 2017

**Par TJONCKE Julie-Anne**

Née le 24 Février 1990 à Béthune

---

**Parcours de soin des victimes d'agression sexuelle à  
Bordeaux. Une étude prospective sur le suivi  
hospitalier et en médecine générale.**

---

Sous la direction du Docteur Émilie CHRISTIN

Membres du jury

<b>Madame le Professeur Sophie GROMB-MONNOYEUR</b>	Présidente
<b>Monsieur le Professeur Charles CAZANAVE</b>	Rapporteur
<b>Madame le Docteur Marie-Catherine FILLASTRE</b>	Juge
<b>Monsieur le Docteur Philippe CASTERA</b>	Juge
<b>Madame le Docteur Émilie CHRISTIN</b>	Juge

Thèse pour l'obtention du

**DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 4 Mai 2017

**Par TJONCKE Julie-Anne**

Née le 24 Février 1990 à Béthune

---

**Parcours de soin des victimes d'agression sexuelle à  
Bordeaux. Une étude prospective sur le suivi  
hospitalier et en médecine générale.**

---

Sous la direction du Docteur Émilie CHRISTIN

Membres du jury

<b>Madame le Professeur Sophie GROMB-MONNOYEUR</b>	Présidente
<b>Monsieur le Professeur Charles CAZANAVE</b>	Rapporteur
<b>Madame le Docteur Marie-Catherine FILLASTRE</b>	Juge
<b>Monsieur le Docteur Philippe CASTERA</b>	Juge
<b>Madame le Docteur Émilie CHRISTIN</b>	Juge

# Remerciements aux membres du jury

**Merci au P<sup>r</sup> Sophie GROMB-MONNOYEUR** de me faire l'honneur de présider cette soutenance de thèse. Merci de m'avoir accepté dans votre service et de me permettre d'apprendre la profession de médecin légiste. Grâce à vous je peux enfin faire ce qui me passionne et pour ça un grand merci.

**Merci au P<sup>r</sup> Charles CAZANAVE** d'avoir accepté d'être rapporteur de cette thèse. Merci pour votre temps et vos corrections qui ont permis d'améliorer ce travail.

**Merci au D<sup>r</sup> Philippe CASTERA** d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de s'être intéressé à ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma gratitude.

**Merci au D<sup>r</sup> Marie-Catherine FILLASTRE-BERTSCH** pour son enthousiasme à faire partie de ce jury, pour sa sympathie, pour m'avoir transmis ses connaissances et pour m'avoir fait confiance pour prendre soin de ses patients.

**Enfin un grand merci au D<sup>r</sup> Émilie CHRISTIN** qui a accepté de diriger cette thèse et qui a fait un travail remarquable. Merci pour ta patience, pour le temps que tu m'as consacré, pour ta disponibilité, ton soutien et tes encouragements.

# Remerciements personnels

Je tiens tout d'abord à remercier toute l'équipe du CAUVA pour leur aide et leur implication dans ce travail de thèse.

## À ma famille

Un grand merci à mes parents, qui chacun à leur façon ont toujours été d'un grand soutien, dans les périodes de joie et celles plus difficiles. Vous avez toujours cru en moi et vous m'avez donné la force d'y arriver.

Maman, merci d'être toujours présente quand j'ai besoin de toi, merci pour ton dévouement et tes bons conseils.

Papa, merci pour ta confiance et merci d'être là. Tu es d'un grand soutien et d'une grande aide dans ma vie.

Sans vous, je ne serai pas celle que je suis aujourd'hui; je vous aime.

Un énorme bisous à Clotilde et Salomé, mes sœurs adorées. Je suis très fière de vous deux et je vous aime plus que tout.

Une pensée émue pour Mamie Rose, qui nous a quitté trop tôt.

À Cathy et Philippe, qui m'ont accueilli dans leur famille et qui ont été d'un grand soutien lorsque j'avais besoin d'eux. Merci pour votre bon cœur et votre générosité.

## À mes amis

Une pensée particulière pour So, la seule qui réussit l'exploit de me faire faire un skype ;) Merci pour les souvenirs mémorables des moments passés ensemble, pour les gyros de Ios à 6h du mat', pour réussir à me donner le sourire quoi qu'il arrive. Malgré les départs à l'étranger et les années qui passent tu es toujours présente à mes côtés depuis presque 10 ans. Merci pour ton indispensable amitié.

À Titou, pour son amitié inconditionnelle depuis toutes ces années, sa folie et son enthousiasme, son humour et tout le reste! Merci d'avoir été là, de m'avoir soutenue, d'avoir cru en moi, et d'être mon amie depuis tout ce temps.

À Claire, dont l'amitié m'est très précieuse depuis notre rencontre. Un grand merci pour les souvenirs des folles journées BU, pour tous les bons moments passés ensemble, et pour ceux qu'on passe encore maintenant.

À Cam, une amie de longue date, avec qui j'ai partagé d'excellents moments, à l'étranger, à la fac, en internat, et qui est toujours à mes côtés. Best colloc ever!

Quelques mots pour Jéjé, le juiffin que j'aime tant, le seul capable de m'entraîner dans des plans pas possible, et grâce à qui je garde des souvenirs mémorables de Mikonos et de La Paz. Malgré la distance rien ne change, et ça c'est génial!

À Carole, pour être toujours là malgré les années passées à l'étranger, que je retrouve maintenant dans la région avec grand plaisir. Merci pour ta précieuse amitié.

Et un grand merci à tous les autres de la Funky Family: Marie, Marine, Caro, Laure, Béné, Léa, Mathou, Horty, Manon, Charles, Géo, JB, Caza, Etienne, Tib, Diego, Raph et Brice. Grâce à vous mes souvenirs des années fac seront toujours fabuleux! Merci d'être toujours là, merci pour les supers moments qu'on passe tous ensemble, merci pour les voyages toujours géniaux. Je vous aime tous et tout ça n'aurait pas été pareil sans vous! Petit bug up à Caza pour les "supers" surnoms dont il m'a affublé toutes ces années ;)

Une pensée pour mon meilleur ami Gauthier, qui est toujours là pour m'écouter et me conseiller quand j'ai besoin de lui. Merci de toujours me soutenir dans mes projets, merci pour ta confiance et ton amitié.

Un big kiss à ceux de VSL, qui m'ont fait passé de supers moments et un super semestre! De superbes rencontres pendant ces 6 mois, et de nouveaux amis avec qui j'espère partager encore plein de belles choses.

À Soraya, meilleure co-interne ever, que j'ai hâte de revoir dès qu'elle arrêtera de voyager 5 minutes!

À Dodo, l'inimitable, surtout ne change rien on t'adore comme tu es!

À Estelle, Mathilde, Émilie et Tonri que j'aime beaucoup et avec qui je passe toujours de très bons moments. Trop hâte de vous revoir au prochain semestre les loulous!

À Katell, qui a rendu la colloc géniale! Une très belle rencontre qui nous vient de la Bretagne ;)

À Charly, Vincent et Cricri, qui m'ont bien fait marrer pendant ces 6 mois et que j'espère revoir très bientôt.

## **À l'homme de ma vie**

Le mot de la fin revient évidemment à Geoffrey, avec qui j'ai tout traversé, qui m'a supporté et me supporte toujours dans mes périodes de stress, qui me soutient dans les moments de doute, qui a toujours cru en moi. Tu m'as donné les moyens de réussir, de me surpasser. Tu as pris du temps pour m'aider dans ce travail de thèse, merci encore pour ta patience et ton investissement. Tu es et à toujours été un pilier, tu rends ma vie plus belle et sans toi je n'en serai pas là. Je suis heureuse d'avancer à tes côtés. Je t'aime.

# *Notes*

# Abréviations

Par ordre alphabétique:

ADN : Acide désoxyribonucléïque

ALAT : Alanine aminotransférase

CAUVA : Centre d'accueil en urgence des victimes d'agression

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CMI : Certificat médical initial

EDTA : Éthylène diamine tétra-acétique

ENVEFF : Enquête nationale sur les violences faites aux femmes

GBL: Gammabutyrolactone

GHB : Gamma-hydroxybutyrate

HSV : Herpes simplex virus

HTLV : Human T-cells lymphotropic virus

INED : Institut national d'études démographiques

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IST : Infection sexuellement transmissible

ITT : Incapacité totale de travail

LSD : Lysergsäurediethylamid : diéthylamide de l'acide lysergique

NFS : Numération formule sanguine

ONVF : Observatoire national des violences faites aux femmes

OPJ : Officier de police judiciaire

PCR : Polymerase chain reaction

PSA : Prostate specific antigen

SAU: Service d'Accueil d'Urgences

SMIT: Service de Maladies Infectieuses et Tropicales

TPE : Traitement post-exposition

UMJ : Unité médico-judiciaire

VAS : Victime d'agression sexuelle

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

# Table des matières

<b>I</b>	<b>Introduction</b>	<b>10</b>
1.	Problématique . . . . .	10
2.	Définition d'une victime d'agression sexuelle . . . . .	11
2.1	Définition d'une infraction . . . . .	11
	<i>Élément légal</i> . . . . .	11
	<i>Élément moral</i> . . . . .	11
	<i>Élément matériel</i> . . . . .	11
	<i>Classification des infractions</i> . . . . .	11
2.2	Définition d'une agression sexuelle . . . . .	12
3.	Données épidémiologiques . . . . .	13
4.	Le parcours de soin d'une victime d'agression sexuelle . . . . .	15
4.1	L'accueil . . . . .	15
4.2	La prise en charge médicale . . . . .	16
4.3	La prise en charge médico-légale et judiciaire . . . . .	17
	<i>Cadre juridique</i> . . . . .	17
	<i>Les prélèvements à visée d'identification génétique</i> . . . . .	19
	<i>Les prélèvements à visée toxicologique</i> . . . . .	20
4.4	La prise en charge psychologique . . . . .	22
4.5	Le suivi . . . . .	24
5.	Intérêts de l'étude . . . . .	26
<b>II</b>	<b>La prise en charge des victimes d'agression sexuelle au CHU de Bordeaux</b>	<b>27</b>
1.	Prise en charge initiale au CAUVA . . . . .	28
1.1	Réquisition initiale . . . . .	28
1.2	Les venues spontanées . . . . .	28
	<i>Les procédures CAUVA-1 et CAUVA-2</i> . . . . .	28
	<i>Les procédures conservatoires</i> . . . . .	29

2.	Collaboration avec les Services d'Accueil d'Urgences (SAU) et le Service de Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) du CHU de Bordeaux . . . . .	30
<b>III</b>	<b>Mesures thérapeutiques préventives</b>	<b>32</b>
1.	Contraception d'urgence . . . . .	32
2.	Prophylaxie des IST bactériennes . . . . .	33
3.	Prévention des IST virales . . . . .	34
3.1	Le VIH . . . . .	34
3.2	L'Hépatite B . . . . .	37
3.3	L'Hépatite C . . . . .	38
<b>IV</b>	<b>Étude</b>	<b>39</b>
1.	Objectifs . . . . .	39
2.	Matériels et Méthodes . . . . .	40
3.	Résultats . . . . .	42
3.1	Profil des patients inclus . . . . .	42
3.2	Résultat sur le critère de jugement principal . . . . .	44
3.3	Communication entre les services hospitaliers et la médecine de ville	45
3.4	Résultats secondaires . . . . .	46
4.	Discussion . . . . .	48
<b>V</b>	<b>Conclusions et Perspectives</b>	<b>58</b>
	<b>Bibliographie</b>	<b>60</b>
	<b>Annexes</b>	<b>68</b>
	Annexe 1: Modèle de réquisition . . . . .	68
	Annexe 2: Feuille de recueil des données au CAUVA . . . . .	68
	Annexe 3: Questionnaire d'infectiologie . . . . .	68
	Annexe 4: Questionnaire médecin généraliste : patient TPE . . . . .	68
	Annexe 5: Questionnaire médecin généraliste : patient non TPE . . . . .	68
	<b>Résumé</b>	<b>74</b>
	<b>Abstract</b>	<b>75</b>

# I. Introduction

## 1. Problématique

La prise en charge globale d'une victime d'agression sexuelle (VAS) est longue, complexe, et nécessite l'intervention de plusieurs professionnels de santé. De plus, lorsque l'agression est récente, il s'agit d'une urgence médicale et médico-légale, car de nombreux enjeux se jouent dans les premières heures suivant l'agression: réalisation de prélèvements pour l'identification de l'agresseur (judiciarisation du dossier, prise en charge médico-légale), pour la prise en charge médicale (recherche d'une infection sexuellement transmissible (IST), d'une grossesse, mesures thérapeutiques préventives) et pour assurer une prise en charge psycho-sociale, indispensables au bien-être global de la victime. Se pose alors le problème de l'articulation de ces différents intervenants et de la mise en place d'un parcours de soin le plus simple et le plus court possible pour la victime.

Nous commencerons par quelques définitions afin de bien cerner le sujet puis nous poursuivrons par la présentation de quelques chiffres, afin d'évaluer l'ampleur de la problématique. Enfin, nous présenterons les différentes étapes du parcours de soin d'une VAS.

## 2. Définition d'une victime d'agression sexuelle

### 2.1 Définition d'une infraction

Dans le droit pénal, l'infraction est constituée par trois éléments(1) : l'élément légal, l'élément moral et l'élément matériel.

#### *Élément légal*

Il ne peut y avoir infraction si les éléments qui la composent ne sont pas définis par la loi, tel que le dispose l'article 111-3, alinéa 1 du Code pénal(2). C'est le principe de légalité. On notera également la notion de légalité des peines : il ne peut y avoir application d'une peine si celle-ci n'a pas été prévue ou déterminée par la loi.

#### *Élément moral*

Il se définit par la volonté consciente et délibérée de l'auteur de commettre une infraction. L'intention d'accomplir un acte matériel, avec conscience que ce dernier est défendu par la loi pénale est un élément essentiel de la définition d'une infraction.

#### *Élément matériel*

C'est le dernier élément nécessaire à la constitution d'une infraction. Un acte est nécessaire, avec comme conséquence un dommage physique et/ou psychique pour la victime. La matérialité des faits est prouvée par l'éventuel recueil de preuves lors de l'examen médical de la victime.

#### *Classification des infractions*

Les infractions sont classées en trois catégories selon la gravité du comportement qu'elles révèlent.

Le premier groupe est celui des infractions les moins graves, les contraventions, qui sont punies de peines d'amende et de peines complémentaires. Elles sont subdivisées en cinq classes, la classe déterminant le montant de l'amende encourue. La juridiction compétente est le tribunal de police(3).

Les délits désignent des infractions avec volonté de transgresser une norme sociale importante, jugées en tribunal correctionnel. Les auteurs encourent des peines d'amendes, des peines complémentaires et des peines d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à 10 ans pour les plus graves(3).

Enfin les crimes, constituant une violation des interdits fondamentaux de notre société, sont jugés à la Cour d'Assises et peuvent être punis de peines de réclusion criminelle à perpétuité (temps ferme ou sursis), de peines d'amendes voire de peines complémentaires(3).

## 2.2 Définition d'une agression sexuelle

D'après l'article 222-22 du Code pénal, « *constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise* »(4). La contrainte peut être physique ou morale, et ce peu importe les liens existant entre la victime et l'agresseur (même s'ils sont mariés).

Les agressions sexuelles autres que le viol sont des délits punis de 5 ans d'emprisonnement maximum et de 75 000 euros d'amende(5). Cependant, il existe des circonstances aggravantes qui peuvent majorer la peine encourue :

- Circonstances liées au lien entre la victime et l'agresseur : ascendant ou toute personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait, personne abusant de l'autorité que lui confère sa fonction, agresseur conjoint ou concubin de la victime.
- Circonstances liées aux caractéristiques de l'agression: usage ou menace d'une arme, action par plusieurs personnes, agresseur en état d'ivresse ou sous l'emprise de stupéfiants, mise en contact de la victime avec l'agresseur via un réseau de communication électronique.
- Lorsque l'agression a entraîné une blessure ou une lésion.
- Lorsque l'agression est commise sur une victime qui se livre à des activités de prostitution.

Le viol est quant à lui défini comme «*tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise*»(6). Il peut donc s'agir d'une pénétration pénienne, que celle-ci soit buccale, vaginale ou anale, d'une pénétration digitale ou instrumentale. Il s'agit d'un crime puni de quinze ans de réclusion criminelle(6). Les circonstances aggravantes précédemment définies sont également valables dans les cas de viols, auxquelles il faut rajouter(7) :

- Victime mineure de moins de 15 ans.
- Etat de vulnérabilité de la victime.
- Violence en raison de l'orientation ou de l'identité sexuelle de la victime.
- Mutilation ou infirmité permanente consécutives au viol.

### 3. Données épidémiologiques

La prévalence réelle des violences sexuelles est difficile à connaître, en raison du faible pourcentage de dépôt de plainte et/ou de consultation médicale(8). Des données émanant de sources diverses et hétérogènes ont été étudiées afin d'aborder cette réalité.

Environ 15 000 agressions sexuelles et 10 000 viols par an seraient enregistrés par la gendarmerie et la police en France(9). Une étude réalisée à Marseille par Niort et al.(10) montre que, sur une période de 10 ans, 1,5 % des victimes consultant à l'unité médico-judiciaire (UMJ) sont examinées pour suspicion de viol (n=592). Mais ces données ne reflètent que les cas judiciairisés et ne sont donc pas représentatives de la prévalence réelle des violences sexuelles.

Des enquêtes nationales apportent des données supplémentaires ; en 2000, l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) portant sur un échantillon représentatif de la population féminine des 20-59 ans, indique que 11 % des femmes avaient subi au moins une agressions sexuelle au cours de leur vie(11). Les agressions les plus fréquentes étaient les tentatives de rapports forcés, les attouchements et les rapports forcés.

Selon une étude réalisée par l'Observatoire National des Violences faites aux Femmes (ONVF) à partir des données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) entre 2010 et 2015, environ 84 000 femmes seraient victimes de viol ou de tentatives de viol par an(12).

En 2016, l'Institut National d'Études Démographiques (INED) publie les premiers résultats de l'étude "Virage"(13) : sur une année, 62 000 femmes et 2 700 hommes âgés de 20 à 69 ans déclarent avoir subi un viol ou une tentative de viol.

Au niveau international, on retrouve des chiffres très variables ; une revue de la littérature de 2014 couvrant 56 pays estimait que 7,2 % (IC 95 % ; 5,2-9,1) des femmes auraient été victimes de violences sexuelles au cours de leur vie (14).

Aux États-Unis, une enquête réalisée en 2011 estimait qu'environ 19,3 % des femmes et 1,7 % des hommes auraient été violés au cours de leur vie ; 1,6 % des femmes ont déclaré avoir été violées au cours des 12 mois précédant l'enquête(15).

Une autre étude estime que selon les estimations, jusqu'à 20 % des femmes et 3 % des hommes seraient victimes d'un viol ou d'une tentative de viol dans leur existence(16).

Les VAS sont donc majoritairement des femmes plutôt jeunes(12)(17)(18). L'étude réalisée à l'UMJ du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Timone (Marseille)(10) montre 90 % de femmes parmi les VAS, avec un âge moyen de 25,8 ans et une médiane à 22 ans.

Mais les hommes peuvent également être victimes de violences sexuelles, même si la prévalence de ces faits est sous-estimée, probablement du fait d'une sous-déclaration de la part des victimes. Une étude réalisée au Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Aggression (CAUVA) du CHU de Bordeaux(19) retrouve 112 cas d'agression sexuelle chez un homme avec pénétration buccale et/ou anale, ce qui représente 0,3 % des patients vus au CAUVA depuis son ouverture en 1999. L'âge moyen de ces victimes était de 29,7 ans. Dans l'étude réalisée par Niort et al, l'âge moyen des hommes VAS était de 17,9 ans(10).

Enfin, une étude réalisée aux Etats-Unis estime que 78,7 % des femmes et 71 % des hommes victimes de viols l'ont été avant l'âge de 25 ans(15).

Mais les victimes d'agression sexuelle parlent peu; selon une enquête téléphonique menée en 2006 sur un échantillon aléatoire(20), 46 % des femmes et 62 % des hommes ayant subi une violence sexuelle ne s'étaient jamais exprimé avant l'enquête. Entre 5 % et 10 % seulement des femmes victimes de viol porteraient plainte(9)(12)(21)(22).

Il semblerait cependant que cette tendance se modifie chez les patients plus jeunes(20), qui s'expriment de plus en plus sur ces violences.

Les autorités et le système judiciaire expliquent ce phénomène par l'amélioration de la considération des victimes, la facilitation du dépôt de plainte, la médiatisation des violences sexuelles, la création de numéros verts et l'intervention des mouvements féministes et des associations d'aide aux victimes(9). Ceci peut expliquer, au moins en partie, que le nombre de déclarations de violences sexuelles ait doublé entre 2000 et 2006(11)(20).

## 4. Le parcours de soin d'une victime d'agression sexuelle

### 4.1 L'accueil

L'accueil doit se faire dans le calme et le plus sereinement possible, afin que la victime se sente en confiance et puisse narrer son histoire et se sentir écoutée. Son adhésion est nécessaire pour que l'examen se déroule dans les meilleures conditions possibles. Il est donc fondamental de lui fournir une explication sur les conditions et le déroulement de l'examen, les objectifs de ce dernier ainsi que le cadre légal (dépôt de plainte et réquisition). De la qualité relationnelle de l'accueil dépend l'accompagnement et la récupération sur le plan psychologique.

Ce premier entretien permettra en outre de définir l'urgence de la situation en fonction du délai écoulé depuis les faits ; si ce délai est inférieur à 48h, il s'agit d'une urgence médicale et médico-légale dont il faut pouvoir expliquer les conséquences : rien ne doit différer les constatations et les prélèvements médico-légaux (identification de l'agresseur et analyses toxicologiques notamment) ainsi que la mise en place de mesures thérapeutiques préventives (en particulier concernant le risque d'infection à VIH)(8)(22)(23).

Les médecins généralistes, étant susceptibles d'accueillir des VAS, doivent connaître les acteurs de la prise en charge pour accompagner au mieux leur patient(e). Pour la plupart insuffisamment formés à l'exercice de la consultation médico-légale et ne disposant pas du matériel indispensable aux différents prélèvements, il est nécessaire d'adresser ces patients aux UMJ. Cela permet également d'éviter la situation ambivalente d'être à la fois soignant et expert(8), comme le précise le code de déontologie médicale « *Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade* »(24).

D'autre part, il est idéal que l'accueil et l'information du patient se fassent par des professionnels spécialisés en victimologie, afin de ne pas prendre le risque d'aggraver le traumatisme subi par des maladresses liées à un défaut d'expérience. Les UMJ disposent par ailleurs des différents intervenants permettant une prise en charge pluridisciplinaire.

Un maillage territorial s'est mis en place depuis les circulaires relatives à la réforme de la médecine légale avec plusieurs niveaux de prise en charge(25) :

- Un niveau régional composé de structures hospitalières ayant une activité thanatologique et de médecine légale du vivant.
- Un niveau départemental composé d'UMJ hospitalières dédiées à la médecine légale du vivant.
- Un niveau local de proximité : services des urgences et médecins libéraux.

Il existerait donc dans chaque département des UMJ spécialisées dans la médecine légale du vivant. Le médecin généraliste ne pouvant pas refuser d'accueillir une VAS, il paraît essentiel qu'il ait connaissance de ces services afin d'adresser les patients victimes pour une prise en charge spécialisée.

Quelques conseils pourront être donnés d'emblée à la victime, comme éviter toute toilette et garder les sous-vêtements portés au moment de l'agression dans un sac en papier. Le médecin généraliste doit, dans la mesure du possible, recommander à son/sa patient(e) de porter plainte ; il peut également signaler les faits au Procureur de la République, avec l'accord de la victime, ou sans son accord si elle est mineure ou vulnérable(26).

## 4.2 La prise en charge médicale

Tout praticien, qu'il soit médecin généraliste, urgentiste ou médecin légiste doit être apte à prendre en charge une VAS, tout au moins initialement.

Il explique le déroulement de l'examen à la victime, adopte une attitude bienveillante et empathique, sans jamais renvoyer une impression de doute ou de méfiance. Il est en effet capital de ne pas majorer ni de faire revivre le traumatisme à la victime(8)(22).

Après l'accueil, le médecin procède à l'interrogatoire de la victime ; il recherche ses antécédents médicaux, gynéco-obstétriques et psychologiques, la prise d'un traitement, d'une contraception. Il l'interroge également sur les circonstances de l'agression (date, heure, prise de toxiques, pénétration, éjaculation etc.) et il cherchera s'il y a eu une toilette intime depuis les faits, un changement de vêtement, si la patiente s'est brossée les dents ou est allée à la selle. On lui demandera si elle a déjà eu des rapports et, le cas échéant, la date de son dernier rapport consenti.

Puis l'examen clinique est réalisé, et c'est là qu'intervient l'expérience du médecin légiste, rompu à cet exercice. L'examen de la surface tégumentaire permet de rechercher des traces de violence physique. L'examen gynécologique permet de statuer sur la présence de lésion traumatique de la région vulvaire, de l'hymen et sur l'existence d'une défloration au sens médico-légal du terme, récente ou ancienne, et dans la mesure du possible, il sera couplé à un examen au spéculum pour l'examen endovaginal.

En dernier lieu le médecin examine la région anale, avec examen soigneux des plis radiés de l'anus et évaluation de la tonicité sphinctérienne(8)(23).

Le médecin devra ensuite expliquer l'intérêt des différents prélèvements effectués, et cela avec des mots simples afin que la compréhension par le patient soit aussi optimale que possible.

Les prélèvements à visée de santé publique peuvent être effectués par n'importe quel médecin et ont pour objectif de rechercher une infection préexistante à l'agression, si toutefois cette dernière est récente(8)(22)(23). Il conviendra de les renouveler à distance afin de rechercher une infection imputable à un acte de pénétration non protégée lors de l'agression sexuelle.

Les prélèvements à visée médico-légale seront détaillés dans un chapitre spécifique.

Des écouvillons vaginaux voire pharyngés et anaux pourront être effectués à la recherche d'IST, notamment à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*.

Au niveau sanguin, différents examens sont effectués pour la recherche d'autres IST, le bilan préventif et/ou préthérapeutique : sérologies VIH (*Virus de l'Immunodéficience Humaine*), syphilis, VHB (*Virus de l'hépatite B*), VHC (*Virus de l'hépatite C*), HSV (*Herpes Simplex Virus*), dosage des bêta-HCG (chez la femme en âge de procréer), bilan biologique (NFS, bilan hépatique et fonction rénale)(8)(23)(27).

L'ensemble des constatations effectuées par le médecin est consigné dans un certificat médical initial, purement descriptif, listant les lésions traumatiques observées. Le terme de viol, dont nous avons vu la définition plus haut, est une qualification pénale (notion juridique), qui ne peut être employée par un médecin dans un certificat.

L'examen clinique d'une VAS nécessite de l'expérience, notamment en ce qui concerne l'examen gynécologique. Le médecin légiste, qui effectue ces actes de manière quotidienne, possède également la compétence de se prononcer éventuellement sur la compatibilité entre les lésions observées et les faits décrits ainsi que celle de réaliser des prélèvements à visée médico-légale.

Les différentes mesures à visée thérapeutique et préventive feront l'objet d'un chapitre à part entière.

### **4.3 La prise en charge médico-légale et judiciaire**

#### ***Cadre juridique***

L'examen pratiqué par le médecin peut se faire ou non sur réquisition judiciaire.

Le Procureur de la République, ou sur autorisation de celui-ci, l'officier de police judiciaire, peut avoir recours à toute personne qualifiée pour procéder à des constatations ou

à des examens techniques ou scientifiques(28)(29). Il peut ainsi être amené à réquisitionner un médecin qui apportera éventuellement des éléments de preuves de la commission de l'infraction, sans que l'obligation au secret professionnel ne puisse lui être opposée. Cette réquisition est un document écrit et signé de l'autorité judiciaire, comportant une mission précise.

Le médecin réquisitionné est tenu d'exécuter la mission d'ordre médico-légal qui lui est confiée(30). Tout défaut de réponse à une réquisition judiciaire est passible d'une peine de 3 750 euros(31)(32), sauf motif légitime(33) :

- Si la réquisition concerne un parent proche, un collaborateur professionnel.
- Si le médecin réquisitionné est soignant du patient concerné.
- Pour inaptitude physique (maladie, invalidité) à condition que cette inaptitude soit justifiée et constatée, l'autorité requérante devant en être avertie le plus rapidement possible.
- En cas de force majeure.
- Pour clause de conscience du médecin requis si les constatations ne sont pas de sa compétence. Il doit en alors en avvertir l'autorité requérante.
- Enfin, le médecin peut se récuser s'il estime que les conditions de lieux et d'examen sont de nature à compromettre la qualité de ses actes et à nuire à la confidentialité et à l'intimité indispensables à cette consultation(34).

Il atteste qu'il a accompli sa mission personnellement(35) et prête serment par écrit d'apporter son concours à la justice en son honneur et conscience, sauf s'il figure sur liste d'experts (Cour de cassation ou Cour d'appel)(28).

Il doit informer la personne de sa mission et du cadre juridique dans lequel son avis est demandé(36).

Enfin, il rédige et signe un rapport descriptif contenant les seules réponses aux questions posées dans la mission(35), qui sera remis uniquement aux autorités requérantes, à la différence du praticien rédigeant un certificat à la demande du patient qui devra le lui remettre "*en mains propres pour faire valoir ce que de droit*".

Dans la pratique, pour les cas d'agression sexuelle, ce sont des médecins spécialistes qui sont réquisitionnés (gynécologues, urgentistes, médecins légistes).

Si l'examen ne se fait pas sur réquisition judiciaire, l'examen et les prélèvements doivent être réalisés comme dans le cadre d'une réquisition, et conservés afin d'anticiper un éventuel dépôt de plainte.

Concernant le recueil de preuve, le médecin procède à l'examen clinique précédemment décrit, ainsi qu'à des prélèvements qui ont plusieurs objectifs : identifier l'agresseur d'une part et rechercher une consommation (volontaire ou non) de substances psychoactives chez la victime d'autre part.

### ***Les prélèvements à visée d'identification génétique***

Les prélèvements à visée d'identification génétique doivent être réalisés par un médecin expérimenté, qui prend les précautions nécessaires afin d'éviter toute contamination exogène (port de masque, charlotte, gants stériles, etc.).

Ils sont effectués par écouvillonnage, à tout endroit jugé utile par le médecin en fonction des dires de la victime et du contexte de l'agression (type de pénétration, notion d'éjaculation etc.) : vulvo-vaginal, anal, buccal, mais également sur la surface corporelle et les vêtements(23). Un balayage à la lumière de Wood peut permettre de mettre en évidence des traces de liquide biologique à prélever. On pensera également à faire des prélèvements sous-unguéaux si la victime déclare avoir griffé son agresseur.

Lorsqu'il y a eu éjaculation, l'analyse cytologique des écouvillons vaginaux réalisés dans les 2-3 jours après le coït peut retrouver des spermatozoïdes (délai maximal décrit : 7 à 10 jours)(23).

Au niveau anal, en l'absence de défécation, ce délai est de 24h environ(23).

Dans la cavité buccale, la conservation des spermatozoïdes est éphémère, de l'ordre de quelques heures (le plus long délai décrit est de 21h)(23).

Les écouvillons peuvent également être analysés en biologie moléculaire pour rechercher un ADN autre que celui de la victime, en biochimie à la recherche de plasma séminal, de phosphatase acide prostatique, de PSA (antigène spécifique prostatique)(37)(38).

A noter que des écouvillons buccaux sont également réalisés afin d'obtenir une empreinte génétique de référence de la victime.

Les prélèvements à visée d'identification génétique sont conservés par congélation à  $-20^{\circ}\text{C}$ (8)(23). Les vêtements et sous-vêtements sont préservés de la putréfaction des liquides biologiques dans des sachets en papier kraft, après séchage, au sec et à température ambiante.

### *Les prélèvements à visée toxicologique*

Les prélèvements pour analyse toxicologique(23)(39)(40)(41) sont réalisés dans les cas de suspicion de soumission chimique, lorsque la victime évoque un épisode d'amnésie des faits, des troubles de la conscience ou des troubles du comportement. Trois types de prélèvement sont préconisés : sang, urines et cheveux.

Le prélèvement de sang(40) se fait sur trois tubes EDTA (Éthylène Diamine Tétracétique, qui permet d'éviter la formation in vitro de GHB (Gammahydroxybutyrate)) de 10ml chacun (deux pour l'analyse et un pour une éventuelle contre-expertise).

Les urines sont recueillies dans deux tubes secs de 30ml (un pour l'analyse et un pour une éventuelle contre-expertise), et conservées à l'abri de la lumière pour éviter la dégradation du LSD.

Sont recherchés dans le sang et les urines l'éthanol, le cannabis, les benzodiazépines et hypnotiques, les amphétamines et dérivés, le GHB, les autres stupéfiants, l'atropine et la scopolamine, les substances volatiles ; un screening large de médicaments sera également effectué(40).

Ces prélèvements (sang et urines) doivent être analysés sans délai ; en effet certaines molécules ont une demi-vie très courte et ne sont rapidement plus détectables. C'est le cas du GHB par exemple, dont le mésusage est apparu dans les années 1990 où il était utilisé à des fins récréatives de façon volontaire, mais également à des fins délictueuses voire criminelles, du fait de sa facilité d'obtention(42) et d'administration (forme liquide, absence de goût et d'odeur)(43). Depuis une quinzaine d'années, le GBL (Gammabutyrolactone), précurseur du GHB, est également utilisé.

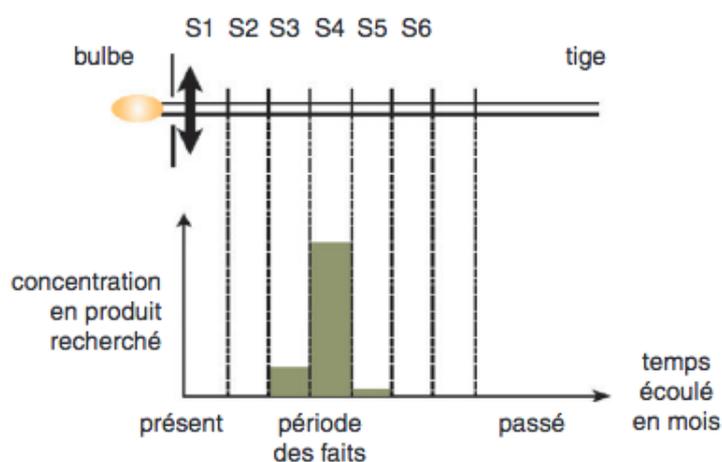
Suite à leur ingestion, les effets apparaissent dans l'heure et durent quelques heures(42)(44). De manière dose-dépendante(42), apparaissent une amnésie, une hypotonie musculaire, une désinhibition, une euphorie et une stimulation du désir sexuel, une somnolence, puis à des doses plus élevées, une bradycardie, une bradypnée et un coma(42)(43)(44).

Le diagnostic de soumission chimique à GHB ou à GBL est très difficile à poser, notamment du fait d'une demi-vie très courte, ce qui en fait des agents idéaux de soumission chimique. A titre d'exemple, les prélèvements à visée toxicologiques doivent être faits dans les 6-8h au niveau plasmatique et dans les 12h dans les urines(43)(44).

Pour d'autres molécules, les délais de détection peuvent aller jusqu'à 5 jours dans le sang et 10 jours dans les urines(45).

Lorsque les prélèvements sont tardifs, l'analyse capillaire est parfois le seul recours, avec des délais de détection de plusieurs semaines voire plusieurs mois en fonction de la longueur des cheveux.

Cette analyse se fait sur 4 mèches de cheveux prélevées en région occipitale coupées à ras du cuir chevelu(40)(46). Chaque mèche doit être de diamètre équivalent à un crayon à papier, orientées racine-pointe à l'aide d'une cordelette, et prélevées 3 à 5 semaines après les faits. Ce délai permet, en se basant sur une vitesse de pousse de 1 cm par mois, d'identifier le premier segment comme celui correspondant à la période des faits d'agression, les segments plus distaux correspondant à la période avant les faits. L'analyse segmentaire de la mèche de cheveux permet de différencier une exposition unique (seul le premier segment est positif) d'une exposition chronique (usage thérapeutique par exemple, où tous les segments analysés sont positifs)(45).



*Analyse segmentaire d'une mèche de cheveux(45)*

La première mèche sera analysée pour rechercher des stupéfiants et effectuer un screening médicaments, la deuxième pour les sédatifs type benzodiazépines et hypnotiques, et la troisième pour le GHB, avec des sections de 3mm. La dernière mèche est conservée en cas de contre-expertise.

Nous ne détaillerons pas ici les techniques d'analyse qui relèvent de la spécialité, mais il est intéressant de noter que les appareils utilisés pour l'analyse toxicologique dans les procédures judiciaires possèdent des seuils de détection plus fins que ceux utilisés en routine en médecine. C'est tout l'intérêt de judiciariser une procédure, permettant ainsi de diagnostiquer des cas de soumission chimique qui ne l'auraient pas été dans un parcours médical classique.

S'il ne sont pas analysés immédiatement, les prélèvements de sang et d'urines sont congelés à  $-20^{\circ}\text{C}$ , et les cheveux sont conservés au sec et à température ambiante. Tous les échantillons devront être conservés jusqu'à extinction de toute procédure judiciaire ou recours possibles et ne pourront être détruits qu'avec l'accord de l'autorité requérante. Si la justice n'est pas saisie de l'affaire, il est conseillé de conserver les échantillons(40).

L'analyse de ces échantillons, qu'ils soient à visée d'identification ou à visée toxicologique, n'est pas systématique ; la décision appartient à la justice. Il importe au médecin légiste d'éclairer le magistrat sur l'utilité de ces analyses pour la procédure, en fonction du contexte des faits d'agression.

#### 4.4 La prise en charge psychologique

Il n'y a pas de réaction typique à l'expérience de la violence sexuelle(47). Plusieurs réactions comportementales peuvent cependant être décrites(8)(48), comme l'agressivité, l'agitation, la confusion, la sidération, le mutisme, l'inhibition ou l'état de stress aigu.

Ce dernier est très fréquemment retrouvé du fait de la perte d'intégrité physique imposée par l'agression, avec des réactions de sursaut, d'anxiété, de labilité thymique ou d'anesthésie affective. On retrouve aussi parfois une dissociation péri-traumatique avec déréalisation, dépersonnalisation et amnésie dissociative.

Des mécanismes de défense(49) se mettent rapidement en place avec un désir de retour à la vie normale, qui peut expliquer le délai parfois important entre l'agression et la consultation médicale ou le dépôt de plainte. Les émotions parfois ressenties par la victime telles que la honte et la culpabilité sont délétères, et l'accueil de la victime peut alors être bénéfique en l'aidant à comprendre ses émotions.

La prise en charge psychologique est donc impérative en urgence, au même titre que la prise en charge médicale et médico-légale. La qualité de l'accueil et de la prise en charge initiale conditionnera la récupération de la victime sur le plan psychologique.

Le médecin s'attachera tout d'abord à recueillir les antécédents de la victime sur le plan psychologique et il recherchera la prise d'un traitement psychotrope. Il importera de lui expliquer les différentes conséquences possibles sur son état de santé, et notamment de l'informer sur les symptômes du syndrome de stress post-traumatique, qui est retrouvé dans 50 à 85 % des cas selon les études(18)(49)(50)(51). L'exposé de ces

symptômes permet de rassurer la victime qui a «*peur de perdre la raison*»(52) : troubles du sommeil avec cauchemars et reviviscences, troubles du comportement alimentaire, anxiété, difficulté de concentration etc.

D'autres conséquences à moyen et long terme sont décrites: anxiété, dépression, tentatives de suicide, consommation abusive d'alcool ou de drogues, trouble panique, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif(18)(51)(53).

Les conséquences sur la vie sexuelle des victimes sont également nombreuses : baisse de la libido, abstinence, vaginisme, anorgasmie, flash-back de l'agression pendant le rapport, aversion sexuelle. L'abstinence sexuelle totale est rapportée dans plus de 25 % des cas(47)(54).

Les anglo-saxons définissent le "*rape trauma syndrome*"(47), comme «*the stress response pattern of a person who has experienced sexual violence*»(55), que l'on pourrait traduire comme "un modèle de réponse de stress d'une personne ayant fait l'expérience de violences sexuelles". Il est décrit en deux phases ; une phase aiguë et une phase à long terme.

La phase aiguë est une phase de désorganisation, qui commence immédiatement après l'agression et persiste environ 2-3 semaines. La victime éprouve des émotions fortes, mais qui tendent à être contrôlées, comme si tout allait bien. Puis, une fois le sentiment d'insécurité dissipé, des sentiments commencent à s'exprimer : humiliation, honte, culpabilité, autodépréciation, désespoir, colère, désir de vengeance, peur d'une autre agression.

Une phase à plus long terme succède à cette phase aiguë ; c'est une phase de réorganisation. Elle peut être adaptée ou inadaptée, et est très variable en fonction de l'âge de la victime, de sa situation de vie, de sa personnalité, de la qualité de son entourage. Des troubles phobiques et des dysfonctionnements sexuels peuvent apparaître.

S'il est fondamental d'accueillir et de prendre en charge la victime le plus rapidement possible, il est également important d'avoir connaissance du fonctionnement psychique d'une VAS ; une sidération initiale peut masquer une détresse et une déstabilisation psychologique. Il importerait donc de revoir la victime à 2-3 jours des faits(8), afin de faire le constat « à froid » de son état psychologique.

## 4.5 Le suivi

Un suivi pluridisciplinaire doit être proposé pour les VAS selon une fréquence qui varie dans la littérature selon le profil de la victime.

Sur le plan médical, il convient de revoir une première fois la victime 2-3 jours après l'examen initial, afin d'évaluer la nécessité de poursuivre le traitement post-exposition (TPE) éventuellement prescrit (trithérapie antirétrovirale à visée préventive)(8).

Nous retiendrons ici les recommandations du groupe d'experts d'infectiologie pour le calendrier de suivi biologique(56).

Chez la victime traitée, une prise de sang sera réalisée à J15 et J30, avec NFS, bilan hépatique et fonction rénale, afin de rechercher des effets secondaires du TPE. Le rendez-vous de la deuxième semaine sera également l'occasion de donner les résultats des bilans initiaux (IST bactériennes et virales). Si la recherche de VHC a été faite chez l'agresseur présumé et qu'elle est positive, il conviendra de réaliser à J15 et J30 une PCR VHC chez la victime. Ensuite, des analyses seront faites à M2 et M4, avec sérologies VIH et syphilis, afin de rechercher une séroconversion. Là encore, une PCR VHC sera indiquée si l'agresseur présumé est positif, ainsi qu'un dosage des Ac anti-HBs, anti-HBc et Ag HBs si la victime n'a pas été vaccinée ou si elle est non répondeuse.

Chez la victime non traitée, un bilan sera pratiqué à 6 semaines, avec sérologies VIH de 4ème génération et syphilis, afin de rechercher une séroconversion précoce, ainsi qu'une PCR VHC si l'agresseur présumé est positif. Le dernier bilan est programmé à 3 mois, avec PCR VHC si l'agresseur présumé est positif, et dosage des Ac anti-HBs, anti-HBc et Ag HBs si la victime n'a pas été vaccinée ou si elle est non répondeuse.

Des rapports sexuels protégés avec usage de préservatif sont recommandés pendant la durée de surveillance biologique, soit jusqu'à réception des résultats du 3<sup>ème</sup> mois.

Ces consultations de suivi biologique sont autant d'occasion de réévaluer la victime sur le plan psychologique, et de lui proposer un éventuel suivi à plus long terme par un intervenant ayant de l'expérience dans le domaine de la victimologie.

Pour la victime qui ne nécessite pas de suivi biologique, des consultations de suivi devront malgré tout être mises en place, car même en l'absence de lésion traumatique physique et de risque de maladie sexuellement transmissible, l'agression sexuelle constitue une atteinte à l'intégrité physique et psychique qu'il conviendra de surveiller.

Il est donc nécessaire, pour chaque VAS, d'identifier un médecin référent qui organise le suivi ultérieur à la prise en charge initiale ; il n'y a pas de recommandation qui définit quel praticien doit être le médecin référent, bien que le gouvernement estime que la première consultation à 2-3 jours devrait être effectuée par un médecin référent VIH, afin d'évaluer l'indication de poursuivre le TPE(57). On peut également considérer que le médecin traitant, étant donné sa position centrale dans la prise en charge du patient, a une place privilégiée pour être médecin référent ; en cas de nécessité d'avis spécialisé, concernant un traitement antirétroviral par exemple, il pourra s'adresser à un confrère.

## 5. Intérêts de l'étude

Les VAS sont nombreuses, leur prise en charge est longue, complexe, et nécessite l'intervention de plusieurs professionnels de santé.

Pour qu'elle soit la plus complète et la plus efficace possible, il faut nécessairement une bonne compréhension de la part de la victime, ainsi que son adhésion.

La prise en charge initiale d'une VAS est bien codifiée, mais le suivi ultérieur l'est moins. Chaque centre à son protocole, et il persiste des incertitudes. Quel est le médecin référent du suivi ? A quelle fréquence revoir les patients ? Quel suivi mettre en place pour les patients non exposés au risque de maladie sexuellement transmissible ?

La revue de la littérature ne nous a pas permis de trouver d'autre étude sur ce sujet précis, ce qui en fait un sujet original ; c'est un sujet complexe qui nécessite de suivre les patients dans un parcours long, compliqué, et souvent incomplet. Cela oblige également les différents intervenants à remettre en cause leur prise en charge.

Les structures pluridisciplinaires telles que le CAUVA (Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Agresion) du CHU de Bordeaux permettent de réunir plusieurs étapes de ce parcours du combattant, mais une consultation aux urgences pour la délivrance du TPE ainsi qu'une consultation spécialisée en infectiologie pour évaluer sa poursuite restent nécessaires. A Bordeaux, le suivi est assuré par le médecin traitant, médecin pivot des différents intervenants dans le parcours de soin des VAS.

L'étude de ce parcours de soin permettra de mettre en exergue les avantages et les inconvénients de cette prise en charge complexe afin d'améliorer nos pratiques et de rendre le parcours de soin le plus simple possible pour la victime.

## II. La prise en charge des victimes d'agression sexuelle au CHU de Bordeaux

Le CAUVA est né d'une convention signée le 30 novembre 1999 entre le CHU de Bordeaux, le Ministère de la Justice, le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de la Défense. Il s'agissait donc d'une volonté pluri-institutionnelle d'améliorer la problématique du parcours du combattant que représentait la prise en charge médicale, paramédicale et judiciaire du patient victime de violence.

Cette structure a pour ambition d'accueillir et de prendre en charge toutes les victimes de violences physiques, psychiques ou sexuelles, majeures et mineures, et ce de manière pluridisciplinaire en une seule unité de temps et de lieu, comme le recommande un certain nombre d'auteurs(48)(58).

Le CAUVA est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 19h, avec une astreinte médicale et paramédicale le week-end et la nuit pour les urgences médico-légales (agressions sexuelles récentes de moins de 48h et violences aggravées).

Plusieurs professionnels interviennent dans ce service: médecins légistes, infirmières et puéricultrices, assistantes socio-éducatives, psychologues, juristes d'associations d'aide aux victimes, cadres de santé et secrétaires.

En 2016, toutes causes confondues, 4 354 victimes ont été examinées au CAUVA dont 15 % pour des violences de nature sexuelle (659 victimes). Parmi elles 554 femmes et 105 hommes (respectivement 84 % et 16 %).

Ces chiffres sont comparables à ceux de 2015, où 3 750 victimes avaient été reçues toutes causes confondues, 20 % d'entre elles pour des faits de violence sexuelle (732 cas). La répartition selon le sexe était quasi identique : 83 % de femmes (611 victimes) et 17 % d'hommes (121 victimes).

# 1. Prise en charge initiale au CAUVA

Plusieurs cadres de prise en charge sont possibles :

- Si la victime a préalablement déposé plainte : examen sur réquisition initiale.
- Si la victime n'a pas déposé plainte, c'est une "venue spontanée" ; elle peut venir au CAUVA de son propre chef, être adressée par un médecin généraliste, un médecin des urgences, ou, lorsqu'elle est hospitalisée, par le service d'hospitalisation. Pour ces victimes, différentes procédures ont été mises en place.

## 1.1 Réquisition initiale

Ce type de prise en charge représente environ 90 % des cas du CAUVA. Lorsque la victime a préalablement déposé plainte, les autorités judiciaires prennent attache avec le service afin de prendre un rendez-vous pour la victime. Une fois le rendez-vous fixé, une réquisition judiciaire est adressée à un médecin légiste du CAUVA, sur délégation du directeur général du CHU. Cette réquisition comporte une mission (cf paragraphe "*4.3 La prise en charge médico-légale et judiciaire*") de l'introduction pour plus de précision), lui permettant d'examiner la victime, de réaliser les prélèvements jugés nécessaires et de déterminer une Incapacité Totale de Travail (ITT) (Modèle de réquisition en Annexe 1).

## 1.2 Les venues spontanées

### *Les procédures CAUVA-1 et CAUVA-2*

Il faut que la victime soit dans un désir de dépôt de plainte et qu'il s'agisse de violence d'une "particulière gravité" (ITT de plus de 8 jours, mutilation ou infirmité permanente, violences avec circonstances aggravantes).

L'équipe médicale du CAUVA va contacter directement les autorités judiciaires, après avoir fait signer un consentement à la victime. Il sera demandé à l'Officier de Police Judiciaire (OPJ) son accord afin d'obtenir une réquisition pour examiner la victime dans un cadre judiciaire.

S'il refuse, la victime pourra soit directement aller déposer plainte soit consulter un médecin pour faire constater ses blessures et obtenir un certificat médical initial (CMI), document qui, dans la pratique, faciliterait la prise de la plainte.

S'il est d'accord, deux cas de figure sont envisageables :

- L'état de santé de la victime ne nécessite pas une hospitalisation de longue durée : un rendez-vous est pris avec l'OPJ pour le futur dépôt de plainte ; c'est la procédure CAUVA-1.
- L'état de santé de la victime nécessite une hospitalisation de longue durée (plusieurs jours) : l'OPJ se déplace à l'hôpital pour prendre la plainte de la victime. C'est la procédure CAUVA-2.

Dans les deux cas, dès réception de la réquisition, le médecin légiste examinera la victime qui pourra bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire ; le rapport sera transmis en suivant à l'autorité requérante.

### ***Les procédures conservatoires***

Si la victime ne souhaite pas déposer plainte, un dossier conservatoire peut lui être proposé, mais uniquement dans les cas de violences de nature sexuelle ou de violences intrafamiliales. Pour les autres types de violence, en l'absence de souhait de dépôt de plainte, le médecin légiste du CAUVA ne pourra pas prendre en charge la victime, du fait que ce soit un service médico-judiciaire et non un service de soin ; celle-ci devra alors se mettre en relation avec un médecin, urgentiste ou généraliste par exemple, pour faire constater ses blessures et obtenir un CMI.

Dans le cadre de cette procédure conservatoire, le rapport et les prélèvements éventuellement réalisés sont conservés au CAUVA pendant 3 ans. Un document attestant qu'un examen a été effectué au CAUVA est remis à la victime. En l'absence de procédure judiciaire amorcée, aucun CMI ne sera délivré.

La victime garde la possibilité de déposer plainte pour les faits de violence pour lesquels elle a été examinée. Elle remettra alors aux autorités judiciaires le document sus-cité, permettant aux OPJ de réquisitionner le CAUVA pour récupérer les éléments médico-judiciaires du dossier.

Au-delà d'un délai de 3 ans, les éléments sont détruits, comme convenu dans la convention.

En résumé, pour la victime d'agression sexuelle :

- Qui a déposé plainte  $\Rightarrow$  examen sur réquisition.
- Qui n'a pas déposé plainte mais qui le souhaite  $\Rightarrow$  procédure CAUVA-1 ou 2
- Qui ne souhaite pas déposer plainte  $\Rightarrow$  dossier conservatoire.

## **2. Collaboration avec les Services d'Accueil d'Urgences (SAU) et le Service de Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) du CHU de Bordeaux**

Comme nous l'avons vu, dans la majorité des cas la victime est orientée au CAUVA par un OPJ. Elle est alors prise en charge sur le plan médico-légal, sur réquisition judiciaire. Si un TPE est indiqué ou si des soins sont nécessaires, la VAS est ensuite adressée aux urgences. Un contact téléphonique entre le médecin légiste et le médecin urgentiste est alors établi. Il sera doublé d'un courrier, rédigé à l'attention de l'urgentiste, et remis à la victime.

Le bilan sanguin pré-TPE est alors effectué au CAUVA, lors de la prise de sang pour recherche d'IST.

La VAS est ensuite accompagnée aux urgences par une infirmière du CAUVA, où une nouvelle admission est nécessaire puisqu'elle n'est pas passée initialement par les urgences. Elle est vue par un médecin qui prescrit et délivre le kit d'urgence, comprenant quatre jours de traitement par Stribild® (association fixe d'antirétroviraux). À cette occasion, un CMI sera également rédigé par l'urgentiste.

Lorsqu'initialement la victime arrive aux urgences, elle est orientée vers le CAUVA secondairement, où elle sera examinée soit sur réquisition judiciaire lorsqu'elle a déposé plainte, soit dans le cadre de l'une des procédures précédemment décrites.

Dans un premier temps, l'urgentiste examine la victime, rédige un CMI et effectue éventuellement un bilan sanguin (qui servira le cas échéant de bilan pré-TPE).

Dans un second temps, il se met en relation avec le médecin légiste du CAUVA pour l'informer d'une part de la présence d'une VAS, et d'autre part du caractère éventuellement urgent de l'examen médico-légal, qui varie en fonction de l'existence ou non d'une pénétration pénienne et du délai écoulé depuis les faits. Après l'examen initial par l'urgentiste, la victime est donc examinée d'un point de vue médico-légal, avec notamment un examen gynécologique effectué par le médecin légiste du CAUVA.

Dans un troisième temps, elle sera éventuellement réadressée aux urgences, avec appel téléphonique et courrier aux urgentistes, pour délivrance du TPE.

La décision de prescrire un TPE est prise de façon collégiale entre l'urgentiste et le médecin légiste.

L'information concernant la suite de la prise en charge, notamment sur le plan infectieux, est délivrée à la victime au décours de ces entretiens médicaux. Les coordonnées du SMIT du CHU Pellegrin sont remises à la victime avec comme consigne de téléphoner pour prendre rendez-vous dans les 48-72h.

Un courrier rédigé à l'attention des médecins du SMIT est remis à la victime, et une copie est envoyée par email au secrétariat concerné. Les praticiens spécialistes sont ainsi informés de la prise en charge initiale et de l'initiation d'un TPE. Un courrier est également envoyé au médecin traitant, sauf refus de la victime.

Si les patients prennent leur rendez-vous et s'y présentent, ils sont reçus en consultation par un médecin du SMIT qui évalue l'indication de la poursuite du TPE ainsi que l'observance et la tolérance du traitement. Des ordonnances pour des sérologies de contrôle à distance sont remises au patient. Le médecin rédige un courrier au médecin traitant ainsi qu'au médecin légiste qui a pris en charge initialement la victime.

Le suivi à moyen et long terme de la victime est assuré par le médecin traitant ; les patients ne sont revus ni au CAUVA, ni dans le SMIT. La communication avec les médecins généralistes est donc primordiale pour que ces derniers soient informés de la prise en charge globale initiée dans ce contexte d'agression. Ainsi, lorsqu'une VAS consulte son médecin traitant dans les suites de son passage à l'hôpital Pellegrin, il n'est pas nécessaire qu'elle raconte à nouveau son parcours.

# III. Mesures thérapeutiques préventives

Une fois l'examen clinique et les prélèvements effectués, le médecin statue sur la mise en place de mesures thérapeutiques préventives, avec l'accord de la victime ; il prendra en compte le risque de grossesse et le risque d'IST bactérienne et virale.

## 1. Contraception d'urgence

Les critères d'administration d'une contraception d'urgence sont un risque de grossesse (pénétration pénienne vaginale non protégée) chez une patiente en âge de procréer, se présentant dans les 5 jours suivant l'agression et souhaitant prévenir une grossesse(47).

Il est indispensable d'informer la patiente sur l'importance d'éviter tout risque de grossesse dans un contexte de risque d'infection par le VIH et de toxicité potentielle du TPE lors de la fécondation(56).

L'Ulipristal acétate (Ellaone®) est le plus souvent prescrit, en une dose unique per os. Il n'y a pas de contre-indication médicale absolue(59), hormis l'hypersensibilité à la substance active ; des précautions d'emploi sont nécessaires en cas d'insuffisance hépatique sévère ou d'asthme sévère.

Dans ce cas, une contraception d'urgence par pose de dispositif intra-utérin peut être proposée ; les contre-indications sont notamment les malformations utérines, les infections en cours et les saignements inexplicables.

Il importe au médecin de donner toutes les informations nécessaires à la patiente afin qu'elle puisse prendre une décision quant à une éventuelle grossesse.

## 2. Prophylaxie des IST bactériennes

Elle est proposée dans les cas d'agression sexuelle en raison du suivi parfois difficile des VAS(23) pour prévenir une infection bactérienne ultérieure et rassurer la victime (ainsi qu'un éventuel partenaire intime qui risquerait de contracter l'infection).

Les infections les plus fréquemment contractées par les VAS et pour lesquelles il existe des options thérapeutiques efficaces sont la syphilis, les infections à *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* et *Trichomonas vaginalis*(47).

Les recommandations françaises(60)(61) proposent comme traitement préventif des infections à *Neisseria gonorrhoeae* une injection de ceftriaxone 250 ou 500mg en intramusculaire ou intra-veineux, et pour les infections à *Chlamydia trachomatis*, une monodose d'azithromycine 1g par voie orale ; en deuxième intention, un traitement par doxycycline 100mg deux fois par jour pendant 7 jours. Ces recommandations sont en accord avec les directives européennes(62).

Concernant l'infection à *Trichomonas vaginalis*(63), un traitement par métronidazole est proposé (2 g par voie orale en dose unique); en deuxième intention sera prescrit le tinidazole(même posologie).

Enfin, pour prévenir l'infection par le *Treponema pallidum*, responsable de la syphilis, un traitement par benzathine pénicilline(63) peut être proposé (2,4 millions d'unités en injection intramusculaire). A noter que si le traitement par ailleurs contient 1 gramme d'azithromycine ou 14 jours de doxycycline, tétracycline ou érythromycine, la benzathine pénicilline n'est pas indispensable.

## 3. Prévention des IST virales

### 3.1 Le VIH

De nombreuses études animales ont prouvé que l'administration rapide d'un traitement antirétroviral après exposition au VIH permet d'éviter l'infection, mais que l'administration après 72h était inefficace(64)(65)(66)(67) ; ce sont les prémisses du TPE.

Chez l'homme, des données fiables sur l'efficacité d'un TPE ont été publiées ; il s'agit principalement d'une étude cas-témoins(68) réalisée sur des agents de santé en France, au Royaume-Uni et aux États-Unis, qui met en évidence une forte corrélation négative entre la probabilité d'infection par le VIH suite à une blessure par piqûre d'aiguille et l'utilisation d'un antirétroviral après l'exposition.

Une autre étude comparant deux groupes, l'un avec traitement précoce et l'autre avec traitement retardé conclut que l'initiation précoce de la thérapie antirétrovirale réduit les taux de transmission sexuelle du VIH-1(69).

Aucun essai prospectif randomisé sur le TPE n'a été fait chez l'homme, et il est peu probable que cela soit fait un jour. En effet, il ne serait pas éthique de ne pas administrer un traitement à des personnes exposées alors que des données suggèrent son efficacité.

En conclusion, les experts recommandent d'initier un traitement par trithérapie antirétrovirale précocément, dans un délai de 48h(56)(57)(70). Ce traitement, à visée prophylactique, est également appelé traitement post-exposition (TPE), terme que nous emploierons préférentiellement dans ce travail.

L'hypothèse avancée pour expliquer l'efficacité de ce traitement est que la prise immédiate d'antirétroviraux réduirait la réplication virale du VIH, réduisant ainsi le risque de transmission du virus aux personnes séronégatives exposées(71).

Malgré ces données, l'accès au TPE n'est toujours pas garanti pour la population générale de tous les pays européens(72).

Le risque de transmission sexuelle du VIH varie selon les pratiques, de 0,01 % à 3 % lorsque le sujet source est connu séropositif et non traité(73) ; le risque est faible en cas de fellation, et augmente en cas de rapports vaginaux insertifs, anaux insertifs, vaginaux réceptifs. Il est maximal en cas de rapports anaux réceptifs avec éjaculation (risque théorique 40 fois plus élevé que pour un acte de fellation).

L'éjaculation du sujet infecté, les rapports sexuels violents, la présence de sang lors du rapport et la présence de lésions génitales ulcérées majorent le risque de transmission(56).

Concernant l'indication du TPE, il n'existe pas de protocole standard ; quelques pays européens ont tout de même mis en place des lignes directrices(72), comme en France, où le gouvernement a publié plusieurs circulaires(57)(70) précisant dans quel cas le TPE est indiqué : si le statut sérologique du sujet source (agresseur présumé) est inconnu, un TPE doit être initié si le contact biologique résulte d'une pénétration vaginale ou anale, dans un contexte de violence.

Par ailleurs, les experts(56) ont également émis des recommandations précises sur les indications de la prophylaxie antirétrovirale après une exposition sexuelle, en fonction du type de rapport et du statut VIH de la personne source :

Expositions sexuelles				
Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source			
	positif		inconnu	
	CV détectable	CV indétectable*	Groupe à prévalence élevée**	Groupe à prévalence faible
Rapport anal réceptif	TPE recommandé		TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation	TPE recommandé	TPE non recommandé ***	TPE recommandé	TPE non recommandé

\* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est indétectable depuis plusieurs mois, les experts considèrent qu'il est légitime de ne pas traiter. Si un TPE était instauré, il pourra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

\*\* Groupe à prévalence élevée : personne source ayant des partenaires sexuels multiples, ou originaire de région à prévalence du VIH >1 %, ou usager de drogue injectable, ou facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (viol, ulcération génitale ou anale, IST associée, saignement).

\*\*\* Un TPE peut néanmoins être envisagé au cas par cas en présence de facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (viol, ulcération génitale ou buccale, IST associée, saignement).

#### *Indication du TPE après exposition sexuelle(56)*

D'autres auteurs se sont intéressés à l'indication du TPE dans le contexte spécifique d'agression sexuelle en fonction du risque de séropositivité de l'agresseur(74) (consommation de drogues intraveineuses, pratiques sexuelles à risque, partenaires sexuels multiples, homme ayant des rapports sexuels avec des hommes, personne venant d'une population à forte prévalence du VIH), et en fonction de différents facteurs augmentant le risque de transmission (présence d'IST concomitante, d'ulcères génitaux, de lésion traumatique génitale ou extra-génitale avec saignement, exposition sexuelle multiple, incluant les agressions sexuelles avec multiples agresseurs).

En conclusion, nous retiendrons que le TPE est indiqué dans tous les cas d'agression sexuelle avec pénétration pénienne non protégée, d'autant plus si l'agresseur présumé vient d'une population à forte prévalence de VIH ou à des pratiques sexuelles à risque.

Nous retiendrons deux cas dans lesquels l'on peut se dispenser du TPE (immédiatement ou dans un second temps) : celui où la victime est antérieurement connue comme séropositive au VIH(75) et celui où le statut VIH de l'agresseur est connu (séronégatif ou séropositif **avec** charge virale récente indétectable). Ces deux situations nécessitent néanmoins l'avis d'un spécialiste infectiologue.

Plusieurs schémas thérapeutiques sont possibles(56) : une trithérapie comportant : une association fixe de 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (fumarate de Ténofovir disoproxil + Emtricitabine ou fumarate de Ténofovir disoproxil + Lamivudine), un inhibiteur de protéase boosté (Lopinavir, Atazanavir ou Darunavir) ou un inhibiteur de l'intégrase (Raltégravir, Elvitégravir).

A Bordeaux, les urgentistes délivrent un TPE pour 4 jours. Depuis le dernier semestre 2016, il s'agit du Stribild<sup>®</sup>, une association fixe de 4 molécules en 1 comprimé par jour : un inhibiteur d'intégrase (Elvitégravir), un potentialisateur pharmacocinétique (Cobicistat) et deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (Emtricitabine et fumarate de Ténofovir disoproxil)(76). Ce nouveau traitement, en accord avec les recommandations d'experts, a été autorisé par la Food and Drug Administration en Août 2012(77) ; on note cependant qu'il n'a pas démontré sa supériorité en terme d'efficacité par rapport aux autres inhibiteurs de la transcriptase inverse disponibles, et qu'il n'est recommandé qu'en deuxième intention(78).

A l'initiation du TPE, la quantité de médicaments fournie dépend des centres ; elle peut correspondre à une seule dose, ou aux premiers jours de traitements, ou à la durée totale recommandée qui est de 28 jours(56)(75).

Le plus souvent, lorsque la prise en charge initiale n'est pas assurée par des infectiologues, des « kits » sont délivrés, contenant entre 5 et 7 jours de traitement(70) (le plus souvent 4 jours(56)(57)(70)), sous condition que le patient revienne dans les 72h pour une réévaluation de l'indication du TPE par un spécialiste(57). L'avantage de ces kits est d'éviter le gaspillage de médicaments, à la fois de la part du patient s'il arrête précocément son traitement, et à la fois par les structures de soins lorsque les médicaments stockés arrivent à expiration.

Cela permet également de revoir le patient quelques jours plus tard, et de prendre le temps lors de cette consultation dédiée d'expliquer l'intérêt du traitement, l'importance de l'observance et les éventuels effets secondaires possibles.

La dispensation du traitement est faite par un médecin référent VIH de l'établissement ou par un médecin urgentiste(57).

Un bilan pré-thérapeutique sera nécessaire avec NFS, fonction rénale, bilan hépatique et dosage des béta-HCG(56).

Le TPE peut être arrêté précocement(56), sur décision d'un expert infectiologue, notamment si le résultat de la sérologie VIH du patient source est négatif ou si la charge virale est indétectable. Lors de la consultation dans les 72h, le spécialiste réévalue le risque et celui-ci peut estimer que le risque encouru lors de l'exposition ne justifie pas la poursuite d'un TPE. Enfin, la mauvaise tolérance peut également être un critère d'arrêt, mais dans ce cas le spécialiste pourra être amené à modifier le schéma thérapeutique.

Un suivi sérologique VIH à six semaines en l'absence de TPE, et à 2 et 4 mois en cas de prescription de TPE est recommandé par les experts(56). Si la personne source est séronégative pour le VIH, il est inutile d'effectuer une surveillance ultérieure, sauf s'il existe un risque de primo-infection en cours chez la personne source (appartenance à un groupe à risque élevé pour le VIH).

## 3.2 L'Hépatite B

Le risque de transmission sexuelle du VHB étant nettement plus élevé que celui du VIH (30 à 40 %)(56), il convient de proposer une prise en charge spécifique aux VAS.

Si la victime n'est pas immunisée et que l'agresseur présumé est porteur du VHB, ou de statut VHB inconnu mais appartient à un groupe de prévalence élevée, une sérovaccination sera prescrite. Lorsque le statut VHB de l'agresseur est inconnu et qu'il n'appartient pas à un groupe à prévalence élevée, la vaccination seule sera proposée(56).

La vaccination anti-VHB doit être débutée au mieux dans les 72 heures suivant l'exposition, éventuellement jusqu'à J7 ; elle comporte trois injections intramusculaires à M0, M1 et M6(56)(75)(63).

Les immunoglobulines spécifiques doivent être administrées dans les 72 heures suivant l'exposition, par voie intramusculaire.

A noter que même si les TPE comportent des molécules actives contre le VHB, elles ne sont pas suffisamment efficaces pour se soustraire à la vaccination(56).

Concernant le suivi de la victime ayant été vaccinée après l'agression, un contrôle des anticorps anti-HBs sera effectué à l'issue du schéma vaccinal complété.

Si la victime n'est pas répondeuse ou n'a pas été vaccinée, le suivi reposera sur le dosage de l'ALAT et des marqueurs du VHB (anticorps anti-HBc et anti-HBs, Ag HBs) à 3 ou 4 mois (l'idéal étant de se calquer sur le suivi du VIH pour éviter de multiplier les examens sanguins).

### **3.3 L'Hépatite C**

Aucune étude n'ayant démontré son efficacité, il n'est pas recommandé de prescrire un traitement préventif anti-VHC. Seul un suivi sérologique sera proposé en fonction du statut sérologique de l'agresseur présumé(56) :

- S'il est inconnu, le suivi VHC sera couplé au suivi VIH (S6 et M3 ou M2 et M4, en fonction de la prise ou non d'un TPE).
- Lorsque le patient source à une PCR VHC positive, il est recommandé d'ajouter au suivi précédent une PCR VHC chez le patient victime à 2 et 4 semaines.

# IV. Étude

## 1. Objectifs

Les soignants du CAUVA n'ont pas toujours un retour sur la suite de la prise en charge, tant médicale que judiciaire; en partant du postulat que le parcours médical d'une VAS est un parcours long et complexe, nous avons envisagé l'hypothèse que celui-ci n'était pas toujours compris par les patients, du fait notamment du contexte de survenue de l'agression (faits nocturnes, contexte d'alcoolisation) ainsi que de la complexité et de la pluralité de la prise en charge et que par conséquent il y avait un risque de perte de vue du patient dans son parcours de soin et son suivi.

Nous avons mené une étude dont **l'objectif principal** était d'évaluer le parcours de soin des VAS initialement prises en charge au CAUVA du CHU de Bordeaux.

Le critère de jugement principal était le nombre de patients ayant une consultation médicale (en infectiologie ou en médecine générale) après leur passage au CAUVA.

**Les objectifs secondaires** concernent d'une part l'étude de la communication entre les services hospitaliers (à savoir le CAUVA et le service d'infectiologie), ainsi qu'entre ces services et les médecins généralistes des patients. D'autre part, nous avons souhaité analyser le profil des patients inclus ainsi que l'observance et la tolérance du TPE par Stribild® lorsque celui-ci été prescrit.

## 2. Matériels et Méthodes

Cette étude était menée entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 31 décembre 2016 à Bordeaux. Il s'agissait d'une étude descriptive observationnelle quantitative avec recrutement monocentrique prospectif au CAUVA.

Le protocole a reçu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes Sud-Ouest et Outre-Mer III de Bordeaux.

Était incluse toute personne de plus de 15 ans et 3 mois se présentant au CAUVA pour violence sexuelle avec exposition sexuelle, c'est-à-dire avec pénétration pénienne non protégée, et présentant alors un risque d'IST.

Étaient exclus les patients qui n'avaient pas eu de prélèvement de santé publique à visée de diagnostic d'IST. En effet, l'absence de ce prélèvement peut permettre de raccourcir éventuellement le parcours de soin, un suivi médical somatique n'étant pas indispensable.

Le recrutement se faisait au CAUVA à l'aide d'une feuille de recueil (Annexe 2) remplie par l'infirmière recevant le patient, après information et recueil de son consentement écrit. Nous avons utilisé une feuille de traçabilité préexistante que l'équipe remplissait à chaque consultation, sur laquelle était renseignée la prise en charge (contraception d'urgence, trithérapie), les types de prélèvements effectués et le(s) destinataire(s) des courriers avec les résultats (patient, médecin traitant, secrétariat d'infectiologie). Nous avons inclus de nouveaux éléments utiles à l'étude tel que le type de procédure encadrant l'examen (réquisition, CAUVA-1, CAUVA-3 etc), la date, l'heure, les circonstances et les caractéristiques de l'agression. Nous avons également modifié le mode de communication avec le service d'infectiologie, qui ne se faisait plus par courrier mais par email.

Une réunion a eu lieu afin d'informer l'équipe du CAUVA de cette étude et de leur expliquer les critères d'inclusion. Nous leur avons fourni la nouvelle feuille de recueil de données en leur expliquant ce qui avait été modifié.

Deux groupes de patients étaient décrits : les patients justifiant d'un traitement post-exposition VIH (groupe TPE) et les patients ne bénéficiant pas de TPE (groupe non TPE), soit par refus, soit car les critères de prescription n'étaient pas remplis.

Toute agression sexuelle avec pénétration pénienne orale, vaginale ou anale non protégée datant de moins de 48h indiquait la prescription d'un TPE.

Les patients du groupe TPE étaient adressés aux urgentistes du CHU Pellegrin pour délivrance du kit de trithérapie antirétrovirale prophylactique (contenant du Stribild®).

Un courrier avec les coordonnées du SMIT du CHU de Bordeaux était ensuite remis à ces patients qui devaient prendre un rendez-vous dans les 48-72h.

La partie hospitalière du suivi des patients TPE se faisait grâce à un questionnaire (Annexe 3) qui était fourni aux médecins du SMIT du CHU de Bordeaux. Il permettait de comptabiliser le nombre de patients venant effectivement en consultation d'infectiologie et de répondre à des objectifs secondaires concernant l'observance et la tolérance du TPE. Les médecins infectiologues qui réalisaient les consultations de suivi ont été formés au remplissage de ce questionnaire lors d'une réunion.

Le suivi non hospitalier se faisait via les médecins traitants, par contact téléphonique un mois minimum après la consultation d'infectiologie.

Le suivi des patients non TPE se faisait de la même façon, par contact téléphonique avec les médecins traitants au moins un mois après la consultation au CAUVA.

Ces appels permettaient de savoir si les médecins traitants avaient été informés de la prise en charge au CAUVA et/ou en infectiologie, s'ils avaient revu les patients en consultation, et s'ils avaient, pour le groupe TPE, des informations concernant l'observance et la tolérance du traitement. Ces données étaient consignées sur un questionnaire (Annexes 4 et 5). Deux questionnaires différents ont été réalisés, un pour chaque groupe de patient. Les appels téléphoniques et les questionnaires ont été effectués et remplis par la même personne.

Les données ont été anonymisées et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel et du test exact de Fisher, adapté à l'analyse de faibles effectifs, ayant fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

### 3. Résultats

#### 3.1 Profil des patients inclus

Soixante et un patients étaient inclus entre le 1<sup>er</sup> septembre 2016 et le 31 décembre 2016. Les éléments de leur profil sont présentés dans le Tableau 1.

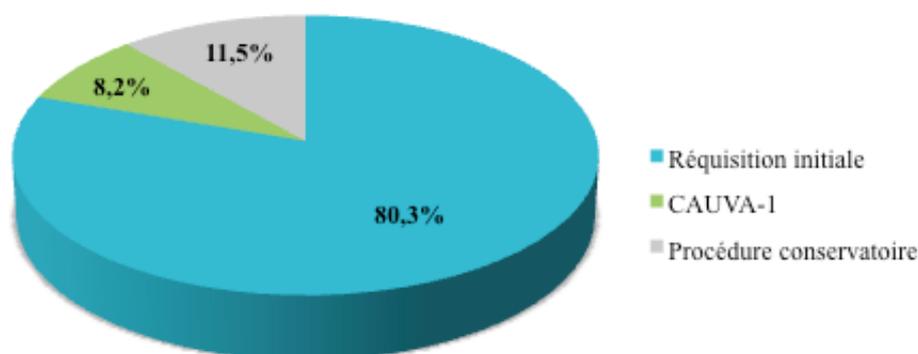
Il y avait 35 victimes dans le groupe TPE (traitement post-exposition prescrit), soit 57 % des victimes incluses, et 26 dans le groupe non TPE (43 %).

Les femmes étaient majoritairement représentées, avec 58 femmes (95 %) et 3 hommes (5 %). L'âge médian était de 21 ans, avec des extrêmes de 15 à 55 ans.

**Tableau 1: Principales caractéristiques des 61 patients analysés**

<b>Caractéristiques</b>	<b>Effectifs (% total patients)</b>
<b>Sexe</b>	
Féminin	58 (95)
Masculin	3 (5)
<b>Âge en années</b>	
Moyen	26,2 ans
Médian	21 ans
<b>Délai de consultation</b>	
<48h	43 (70)
>48h	18 (30)
<b>Auteur des violences</b>	
Connu	37 (61)
Inconnu	24 (39)
<b>Type de pénétration</b>	
Pénio-buccale	14 (23)
Pénio-vaginale	40 (66)
Pénio-anale	10 (16)
<b>Annésie des faits</b>	22 (36)
<b>Consommation volontaire d'alcool</b>	16 (26)
<b>Suspicion de soumission chimique</b>	12 (20)

Quarante-neuf victimes (80,3 %) étaient examinées sur réquisition judiciaire initiale, 7 dans le cadre d'une procédure conservatoire (11,5 %) et 5 dans le cadre d'une procédure de réquisition secondaire CAUVA-1 (8,2 %).



*Répartition des victimes selon la procédure de prise en charge*

Soixante-dix pourcent des victimes avaient consulté au CAUVA dans les 48h suivant l'agression (la totalité du groupe TPE et 8 patients du groupe non TPE).

L'auteur était connu dans 61 % des cas.

Concernant le type d'agression, les cas de pénétration pénienne vaginale étaient les plus fréquents, avec 40 cas (66 %). Les faits d'agression avec pénétration buccale (14 cas, soit 23 %) et de pénétration anale (10 cas, soit 16 %) étaient moins souvent rapportés.

Vingt-deux victimes alléguaient une amnésie des faits (36 %); ces victimes avaient tendance à consulter plus rapidement au CAUVA, mais cette différence n'était pas statistiquement significative ( $p = 0,5598$ ).

De la même façon, les victimes ayant consommé volontairement de l'alcool (26 %, 16 cas) ou ayant une suspicion de soumission chimique (20 %, 12 cas) avaient cette tendance à consulter plus rapidement, mais sans différence statistiquement significative (respectivement  $p = 0,35$  et  $p = 1$ ).

### 3.2 Résultat sur le critère de jugement principal

Vingt-cinq patients avaient eu une consultation médicale après leur passage au CAUVA (41 %), en infectiologie ou en médecine générale (Tableau 2). 18 patients étaient du groupe TPE et 7 du groupe non TPE.

Ces résultats semblent indiquer que les patients TPE avaient plus souvent une consultation médicale après le CAUVA que les non TPE mais cette différence n'était pas statistiquement significative ( $p = 0,1147$ ). De la même façon, les patients TPE ne consultaient pas plus souvent un médecin généraliste ( $p = 0,7695$ ).

Quatorze victimes du groupe TPE ont eu une consultation en infectiologie (40 %), dont une par téléphone.

Quatre patients du groupe TPE et 7 patients du groupe non TPE ont eu uniquement une consultation en médecine générale, soit 11 victimes au total (18 % des patients inclus).

**Tableau 2: Consultation médicale après passage au CAUVA**

	Groupe TPE n (%)	Groupe non TPE n (%)	Total patients n (%)
<b>Consultation en infectiologie</b>	14 (40)	-	14
<b>Consultation chez le médecin traitant</b>			
Uniquement	4 (11,5)	7 (27)	11 (18)
Consultation en infectiologie et chez le médecin traitant	4 (11,5)	-	4
<b>Total patient ayant consulté</b>	<b>18 (51)</b>	<b>7 (27)</b>	<b>25 (41)</b> <i>p = 0,1147*</i>

\* Analyse par test de Fisher

Les victimes agressées par un inconnu ne consultaient pas plus de médecin (infectiologie ou généraliste) que les autres ( $p = 1$ ).

### 3.3 Communication entre les services hospitaliers et la médecine de ville

Soixante-quinze pourcent des médecins traitants ont été contactés ; certains patients n'avaient pas de médecin référent ou avaient refusé qu'il soit appelé (Tableau 3).

Par ailleurs, trois médecins n'étaient pas joignables et deux avaient refusé de répondre à l'étude.

Quatre-vingt-neuf pourcent des médecins contactés étaient informés des faits d'agression, soit par un courrier du CAUVA ou de l'infectiologue (42 cas), soit par réception de résultats de prélèvement de santé publique (33 cas), soit parce que le patient était revenu en consultation (15 cas), soit par plusieurs de ces moyens combinés. Les trois médecins qui n'étaient pas informés de l'agression avaient déclaré ne pas avoir pas reçu le courrier du CAUVA.

**Tableau 3: Appel des médecins généralistes\***

<b>Total des médecins contactés</b>	46
Dont médecins non joignables	3
<b>Total des médecins non contactés</b>	15
Nombre de patients n'ayant pas de médecin traitant	11
Nombre de patients ayant refusé que leur médecin soit contacté	4

\* *Les données sont des effectifs*

Concernant la communication entre les services (Tableau 4), dans 25 cas un courrier du CAUVA était reçu dans le service d'infectiologie, soit pour 71 % des patients du groupe TPE. Dans 10 cas, la secrétaire d'infectiologie nous avait informé qu'aucun courrier n'avait été reçu, sans raison apparente.

Un courrier du CAUVA était envoyé au médecin traitant pour 80 % des 61 patients inclus (Tableau 4).

Les cas où aucun courrier n'était envoyé correspondaient soit à des patients qui n'avaient pas de médecin traitant (7 cas) soit à des patients qui avaient refusé que leur médecin soit contacté (4 cas).

Soixante-neuf pourcent des courriers envoyés par le CAUVA étaient rapportés comme reçus par les médecins généralistes (34 sur 49 courriers envoyés) (Tableau 4).

**Tableau 4: Communication entre les services hospitaliers  
et la médecine libérale\***

	Groupe TPE	Groupe non TPE	Total patients
Courriers CAUVA reçus en infectiologie	25	-	25
Courriers CAUVA envoyés au MG**	27	22	49
Courriers CAUVA reçus par MG	19	15	34
Courriers d'infectiologie envoyés au MG	9	-	9
Courriers d'infectiologie reçus par MG	8	-	8

*\*Les données sont des effectifs*

*\*\*MG : Médecin Généraliste*

Huit des médecins contactés rapportent ne pas avoir reçu le courrier envoyé par le CAUVA. Sur ces 8 médecins, un seul n'avait reçu que des résultats de prélèvements de santé publique et avait été informé des faits d'agression par ce biais.

Un seul médecin a déclaré n'avoir reçu que le courrier d'infectiologie.

Un courrier du SMIT était également envoyé au médecin traitant ; sur les 9 courriers envoyés, 8 avaient été déclarés comme reçus par les médecins traitants (Tableau 4).

### 3.4 Résultats secondaires

Une poursuite de TPE a été prescrite pour 100 % des patients venus en consultation d'infectiologie (14 cas sur 14) ; les critères retrouvés pour justifier cette prescription étaient le statut sérologique inconnu de l'agresseur (13 cas), les stigmates d'une agression violente (10 cas) et/ou une amnésie de l'épisode (4 cas).

Le plus souvent, les infectiologues poursuivaient le traitement prescrit par les urgences, à savoir le Stribild<sup>®</sup> (11 cas). Dans un cas le traitement a été modifié (Eviplera<sup>®</sup>) sans que la raison ne soit précisée par le médecin prescripteur ; dans deux cas le traitement prescrit n'était pas renseigné.

Il y a eu un cas d'interaction médicamenteuse déclaré en consultation d'infectiologie (prise concomitante de Propranolol et de Lercanidipine) (Tableau 5).

Quatre-vingt-douze pourcent des patients du groupe TPE ayant consulté en infectiologie étaient observants (12/14 cas) (Tableau 5).

**Tableau 5: Observance et tolérance du TPE en consultation d'infectiologie\***

<b>Observance</b>	12 (92)
<b>Effets secondaires</b>	6 (46)
Douleur abdominale	3
Diarrhée	1
Nausées	4
<b>Interaction médicamenteuse</b>	1 (8)

*\*Les données sont des effectifs (avec pourcentages par rapport au nombre de patients venus en consultation d'infectiologie)*

Parmi les patients du groupe TPE ayant revu leur médecin généraliste, 5 sur 7 avaient été observants, soit 63 % (Tableau 6).

**Tableau 6: Observance et tolérance du TPE en médecine libérale\***

<b>Observance</b>	5
<b>Effets secondaires</b>	0
<b>Interaction médicamenteuse</b>	0

*\* Les données sont des effectifs*

Concernant les effets secondaires, il n'y a eu aucun cas déclaré en médecine générale. Il y a eu 6 cas de mauvaise tolérance déclarés lors de la consultation d'infectiologie (soit 46 % des patients revus en consultation spécialisée et 10 % de l'ensemble des patients inclus) : trois patients se plaignaient de douleur abdominale, quatre de nausées et un de diarrhée. Il n'a pas été noté de cas d'asthénie ou d'insuffisance rénale (Tableaux 5 et 6).

## 4. Discussion

Au terme de cette étude, dont l'objectif principal était d'évaluer le parcours de soin des VAS à Bordeaux, seuls 41 % des patients inclus avaient vu un médecin spécialiste ou généraliste après la prise en charge initiale hospitalière. Il semblerait que les patients prenant un TPE aient un meilleur suivi sur le plan médical, du fait des consultations de suivi en infectiologie. Concernant le suivi post-hospitalier chez le médecin généraliste, seuls 18 % des patients étaient allés consulter.

Nous avons inclus soixante et un patients ce qui représente environ 5 % de la population ayant consulté au CAUVA entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 31 décembre 2016, toutes causes confondues.

Sur cette même période, 141 victimes avaient consulté pour des violences de nature sexuelle, dont 43 % étaient incluses dans l'étude sur le critère de pénétration pénienne non protégée. On constate donc que plus de la moitié des patients reçus au CAUVA pour des violences de nature sexuelle ne rapportent pas de faits de pénétration pénienne non protégée (faits d'attouchements, de pénétration pénienne protégée, de pénétration digitale ou instrumentale par exemple). Les VAS représentent une part non négligeable de l'activité du CAUVA, d'autant plus si l'on compare ce résultat avec celui de l'étude réalisée par Niort et al(10) : dans le service de médecine légale du CHU de Timone à Marseille, entre 2003 et 2013, l'incidence des victimes de viol présumé était de 1,5 %.

Concernant le profil des VAS, nous avons inclus principalement des femmes, avec un âge médian de 21 ans, ce qui est concordant avec les résultats de Niort et al (plus de 90 % de femmes incluses, avec médiane à 22 ans)(10), ainsi qu'avec une étude réalisée en Seine-Saint-Denis (89 % de femmes incluses avec âge médian à 23 ans)(18).

Quatre-vingt-huit pourcent des patients inclus dans l'étude étaient examinés sur réquisition judiciaire, initiale ou secondaire (CAUVA-1). Ce paramètre peut difficilement être comparé avec d'autres études, étant donné le fonctionnement très spécifique du CAUVA. Dans les deux études précédemment citées, l'examen sur réquisition judiciaire était un critère d'inclusion. Dans une étude réalisée à Dakar sur les victimes d'abus sexuels, 15 % étaient examinées sur réquisition judiciaire(79).

Par ailleurs, selon Carrieri, il existe une forte différence entre le nombre de VAS et le nombre de bénéficiaires du TPE(80), ce qui est confirmé par Chariot et al (prescription dans 17 % des cas)(18), mais peu concordant avec les résultats de notre étude, dans laquelle 57 % des patients inclus avaient reçu un TPE.

Ceci peut s'expliquer par le fait que 70 % des patients de notre étude avaient consulté dans les 48h suivant l'agression, justifiant donc une prescription de TPE. Dans l'étude de Chariot et al(18), le délai étudié était de 3 jours, expliquant le nombre plus faible de patients justifiant d'un TPE, car hors délai selon les recommandations.

Nous pouvons également expliquer ce résultat par le choix de nos critères d'inclusion, qui comportaient notamment la notion de rapport sexuel non protégé, ce qui majore logiquement le nombre de patients justifiant d'un TPE.

Le délai de consultation des VAS décrit dans les études est variable ; 64 % des victimes avaient consulté dans les 3 jours dans l'étude de Chariot et al(18), alors que dans une autre étude, le délai moyen de consultation était de 15 jours(79) avec un peu moins de 30 % de patients consultant dans les 24h après les faits d'agression.

Les données rapportées par la littérature concernant la connaissance de l'agresseur sont toutes concordantes : il est connu dans plus de la moitié des cas. On note tout de même quelques contrastes dans les chiffres: 71 % pour Chariot et al(18), 51 % des cas pour Dieme et al(79), 61 % dans notre étude. Une autre étude révèle que 28 % des victimes déclaraient que l'agresseur, connu, faisait partie du cercle familial(10).

Par ailleurs, dans une enquête nationale sur les violences faites aux femmes, 90 % des femmes déclarant avoir été victimes de violences sexuelles rapportaient connaître leur agresseur(12).

Enfin, selon Chariot et al, les victimes auraient plus tendance à consulter après la prise en charge initiale lorsqu'elles sont agressée par une personne connue(18), résultat que nous n'avons pas mis en évidence.

Le type de pénétration pénienne alléguée par les victimes concernait, par ordre décroissant, la sphère vaginale (66 % des cas), la sphère buccale (23 % des cas), puis la sphère anale (16 % des cas). Ces chiffres sont concordants avec ceux retrouvés par les auteurs déjà cités (pénétration vaginale dans 67 % des cas pour Dieme et al(79), 65 % des cas pour Niort et al(10), 55 % des cas pour Chariot et al(18))

A propos des circonstances des faits de violence, notre étude mettait en évidence 36 % de cas d'amnésie, ce qui semble élevé comparativement aux résultats trouvés par d'autres auteurs(18) ; d'autre part, 26 % des patients inclus ont déclaré avoir consommé volontairement de l'alcool dans les heures entourant les faits de violence, ce qui est un constat fréquent(10)(18).

**Le fait marquant de cette recherche est que moins de la moitié des patients inclus ont eu une consultation avec un médecin spécialiste (infectiologue) ou généraliste après leur passage au CAUVA.** Il y a donc une perte de vue importante des VAS après une prise en charge initiale hospitalière, ces patients perdus de vue ayant alors un parcours de soin et un suivi incomplets.

L'hypothèse que nous avançons pour expliquer ce résultat, c'est que l'information donnée au patient n'est pas intégrée ; il s'agit d'une information lourde, complexe, et donnée en un minimum de temps par plusieurs professionnels.

De plus, la situation psychologique de certaines victimes, en état de choc, occasionnellement amnésiques des faits, les rendent peu réceptives à un message de prévention. Il faut noter qu'elles sont parfois sous l'emprise de substance (alcool, médicaments, drogues) lors de la consultation médico-légale en urgence, et ne sont alors pas toujours aptes à comprendre les différentes étapes du parcours de soin.

La remise d'une plaquette d'information écrite pourrait être un outil intéressant, permettant aux victimes d'avoir à disposition toutes les informations nécessaires à leur suivi, de les lire au calme afin de mieux les intégrer.

**Parmi les patients ayant pris un traitement post-exposition VIH, 40 % ont vu un infectiologue pour évaluer la poursuite du TPE.** On peut donc considérer que 60 % des patients à qui on délivre un kit d'urgence suite à une agression sexuelle ne la prennent que 4 jours ou moins, alors qu'il est recommandé de la prendre 28 jours, et qu'un TPE dont la durée est ainsi raccourcie ne permet pas d'assurer une prévention efficace contre l'infection par le VIH(56).

Ces résultats sont à moduler car il est possible que certains patients n'habitant pas Bordeaux ou ayant été pris en charge initialement dans un autre hôpital que Pellegrin aient consulté un infectiologue d'un autre centre hospitalier.

De plus, **cette étude montre que seuls 18 % des patients ont vu leur médecin traitant après l'agression**, ce qui témoigne du fait que la victime, après une agression et un premier contact médical hospitalier qui se veut préventif, ne s'oriente pas systématiquement vers son médecin traitant pour assurer le suivi de sa prise en charge.

Ce résultat nous fait nous interroger sur le suivi des victimes d'agression sexuelle en médecine générale. Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses pour expliquer ce résultat ; il existe entre le patient et le médecin traitant une relation particulière, de confiance, souvent durable dans le temps. Les VAS qui ont un sentiment de honte et de culpabilité(47) pourraient ne pas souhaiter aborder le sujet de leur agression avec leur médecin, de la même façon qu'elles n'en parleraient pas à leur entourage.

Il est également envisageable que les victimes se posent la question de l'intérêt de consulter leur médecin traitant, dans la mesure où elles ont déjà été prises en charge par plusieurs professionnels et parfois plusieurs médecins. Il est donc capital de leur expliquer, avant leur sortie de l'hôpital, que c'est leur médecin traitant qui recevra les résultats des différents prélèvements, et que c'est lui qui gèrera un éventuel traitement curatif.

Pour citer Chariot et al, certaines victimes pourraient penser « *aller suffisamment bien pour ne pas avoir besoin de consulter* », et d'autres se sentiraient « *trop mal pour revenir évoquer les violences subies* »(18).

C'est également au médecin traitant que revient la charge de s'assurer de l'absence d'IST secondaire à l'agression, en prescrivant au patient des sérologies de contrôle à distance lorsque cela n'a pas été fait en infectiologie. Il est donc primordial d'informer les VAS de la nécessité de consulter leur médecin traitant après la prise en charge initiale hospitalière, même celles prenant un TPE, censées obtenir les ordonnances lors de la consultation d'infectiologie. D'une part parce qu'une majorité d'entre elles ne vont pas à la consultation spécialisée, et d'autre part, parce qu'elles risquent d'oublier l'échéance ou de perdre les ordonnances.

Toutes ces explications permettent d'éviter au patient de penser qu'il n'est nécessaire de consulter qu'en cas de complication.

**Nos résultats confirment donc le constat fait par différents auteurs qu'une majorité des patients étaient perdus de vue après la prescription d'un TPE(80)(81)(82)(83)(84).**

Un courrier était envoyé à chaque médecin traitant, sauf lorsque cela était refusé par la victime ou lorsqu'elle n'avait pas de médecin traitant.

Environ 2/3 des courriers envoyés par le CAUVA ont été déclarés comme reçus par les médecins traitants, mais ce résultat nous paraît moyennement satisfaisant. Il pourrait s'agir d'une erreur d'adresse ou de médecin (de la part du patient ou du secrétariat), d'un amalgame de la part du médecin (du fait de l'envoi de courriers de la part de plusieurs services), ou tout simplement d'un oubli de sa part.

Par ailleurs, un médecin a déclaré n'avoir reçu que des résultats de prélèvements de santé publique, sans courrier, alors que ces résultats sont systématiquement annexés à un courrier. De surcroît, certains médecins généralistes étaient en congés lors de l'étude et n'avaient peut-être pas encore lu le courrier au moment de notre appel téléphonique.

Les résultats concernant cette donnée doivent donc être interprétés avec prudence.

Nous n'avons eu qu'un cas d'interaction médicamenteuse déclaré entre le Stribild<sup>®</sup>, le Propranolol et la Lercanidipine, malgré le risque lié au cobicistat(78). Cela peut s'expliquer par le faible effectif des patients inclus prenant du Stribild<sup>®</sup>, et par le nombre important de perdus de vue après la consultation au CAUVA et plus encore en médecine générale.

A propos de l'observance et de la tolérance du TPE, nous n'avons que peu de données ; du fait du nombre important de perdus de vue dans notre étude, ces paramètres étaient étudiés chez un faible effectif de patients.

L'observance était de 92 % en consultation spécialisée d'infectiologie et de 63 % en médecine générale. Cette différence s'explique par le fait que la consultation spécialisée avait lieu maximum 72 heures après l'initiation du TPE.

Ces données sont cohérentes avec celles retrouvées dans la littérature ; une étude réalisée en Côte d'Ivoire sur la prophylaxie antirétrovirale après une exposition non professionnelle au VIH retrouve une observance de 80,5 %(85). Par ailleurs, certains auteurs indiquent que plus le risque est élevé, meilleure est l'observance(86), ce qui est tout à fait compréhensible.

L'avantage du Stribild<sup>®</sup> est d'être une association médicamenteuse fixe d'un seul comprimé par jour, ce qui améliore l'observance(87)(88)(89) et peut justifier son utilisation.

Quelques cas d'effets secondaires étaient décrits, avec des symptômes à prédominance digestive, ce qui est concordant avec les données de la littérature sur la tolérance du Stribild<sup>®</sup>. La fréquence d'apparition de ces effets varient de 40 à 80 % selon les études(84)(85)(86)(90).

Ces résultats doivent être relativisés, car ils n'ont été étudiés que chez les patients du groupe TPE ayant été à la consultation d'infectiologie. En effet, il n'y a pas eu de cas d'effets secondaires déclaré en médecine générale. Nos résultats ont donc pu être biaisés par le nombre important de perdus de vue.

Plusieurs CHU de France ont été contactés par téléphone ou par email afin de connaître la prise en charge des VAS dans les villes autres que Bordeaux. Dans plusieurs villes des structures ont été mises en place sur le modèle du CAUVA:

- Le Centre d'Accueil des Victimes d'Aggression Sexuelle et de Maltraitance (CAVA-SEM) dans la région de Besançon
- Le Centre d'Accueil des Victimes d'Abus Sexuels (CAVAS) à Dijon.
- Le Centre d'Accueil Spécialisé pour les Aggressions (CASA) à Rouen.
- Le Centre d'Accueil des présumées Victimes d'Aggressions Sexuelles (CAVAS) à Tours.

Ces centres ont pour vocation de prendre en charge en urgence les victimes d'agression notamment sexuelles. Certains proposent également une prise en charge psychosociale.

Dans d'autres villes, les victimes dont la prise en charge est urgente sont vues par le service des urgences générales ou des urgences gynécologiques. Les médecins légistes des unités médico-judiciaires, lorsqu'elles existent, se déplacent alors dans les services concernés afin de procéder à l'examen clinique du patient et aux éventuels prélèvements.

On souligne que dans certains centres, le service de prise en charge diffère en fonction de l'existence ou non d'une réquisition judiciaire.

Concernant le TPE, il est très souvent distribué par les urgentistes. On note toutefois que dans certains centres, il est délivré par les médecins légistes.

On peut souligner l'intérêt d'une telle pratique. En effet, une victime qui se présente aux urgences peut être adressée au médecin légiste le temps de l'examen et des prélèvements, puis ré-adressée aux urgences afin de délivrer le TPE. Cette démarche est complexe, chronophage et parfois mal comprise par les patients.

De plus, lors de la délivrance du TPE, une explication sur les modalités de prise, la nécessité d'une réévaluation spécialisée dans quelques jours, la possibilité d'effets secondaires est nécessaire. Le cas échéant, il faut également fournir les coordonnées du service d'infectiologie afin que les patients puissent prendre un rendez-vous de suivi ultérieur. En augmentant le nombre d'acteurs du parcours de soin, on augmente le risque de perdre cette information au patient, et cela peut léser la victime.

La délivrance du TPE directement par l'équipe de médecine légale pourrait réduire le temps de présence à l'hôpital des patients et simplifier leur parcours de soin.

Cependant une circulaire de 2008 précise que la mise en route d'un TPE n'est possible que par « *le médecin référent VIH de l'établissement ou, en son absence, par le médecin urgentiste* »(57). Il est envisageable que les unités médico-judiciaires délivrent le TPE lorsque celles-ci sont intégrées à un service d'urgences, ce qui n'est pas le cas du CAUVA qui est un service à part entière à visée médico-judiciaire.

Par ailleurs, il faut également resituer le cadre dans lequel ces victimes sont initialement prises en charge. Le rôle des médecins légistes est avant tout la constatation ; dans ce contexte, le soin est l'apanage des urgentistes, des généralistes et des infectiologues. En restant dans cette optique, il serait paradoxal que les unités médico-judiciaires délivrent le TPE aux VAS.

Pour ce qui est relatif au suivi précoce, dans les différents centres hospitaliers contactés, il semble qu'il soit le plus souvent réalisé par les services d'infectiologie. Les patients, de la même façon qu'au CHU de Bordeaux, sont revus par les spécialistes quelques jours après l'initiation du TPE, afin de réévaluer son indication ainsi que sa tolérance.

Le suivi à plus long terme est également fréquemment réalisé par ces équipes spécialisées d'infectiologie; par exemple à Limoges, les patients sont revus à deux et à quatre mois ; à Amiens, les patients sont convoqués à un et trois mois.

D'autres centres ont fait un choix différent. On notera qu'à Nancy, une consultation de suivi est systématiquement proposée à six semaines de l'agression par l'équipe de la maternité, mais il semblerait que l'objectif soit plus un suivi psychologique qu'un suivi somatique. A Dijon, c'est l'unité médico-judiciaire qui assure le suivi du patient, avec des consultations proposées huit jours et un mois après l'agression.

Se pose alors la question du praticien le plus adapté au suivi du patient victime d'une agression sexuelle. Il faut d'abord établir en quoi consiste ce suivi ; il est soit psychologique soit somatique.

Dans le cadre d'un suivi psychologique, les psychologues et psychiatres, qu'ils soient hospitaliers, libéraux ou travaillant au sein d'associations d'aide aux victimes, nous paraissent plus à-même d'être utiles au patient.

Dans le cadre d'un suivi somatique, concernant le risque d'IST, il semble plus judicieux que les patients soient revus par les infectiologues.

Certaines équipes proposent un suivi par l'unité médico-judiciaire, comme en Seine-Saint-Denis, où l'unité médico-judiciaire propose systématiquement aux victimes de violences sexuelles de les revoir un mois après le premier examen ; 45 % des patients se rendent à cette consultation en moyenne(18).

Un suivi par le médecin traitant se discute ; d'une part, étant réceptionnaire des différentes prises en charge effectuées par les spécialistes, il a connaissance de toutes les informations nécessaires. Habituellement, il connaît très bien le patient, ses habits, son mode de vie, ses souhaits, et il pourrait ainsi être le mieux placé pour prendre les décisions les plus adaptées au patient. Le lien particulier qui unit un patient et son médecin traitant pourrait également l'aider à détecter des symptômes inhabituels sur le plan psychique qui l'alerteront. Mais peut se poser la question de leur expérience dans le domaine du suivi spécialisé des VAS : connaissance des recommandations en terme de poursuite de TPE, d'effets secondaires, de rythme de suivi sérologique, de traitement à introduire en cas d'infection par le VIH, *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae*. Toutefois, comme souvent en médecine générale, si la situation dépasse les compétences du médecin, il pourra déléguer la prise en charge à un confrère spécialiste.

A Bordeaux, le suivi est confié aux médecins généralistes, mais notre étude montre que peu de victimes les revoient en consultation après une agression sexuelle et une prise en charge initiale hospitalière. On peut envisager une perte de chance pour ces patients, notamment lorsque le suivi sérologique n'est pas complet, au risque de méconnaître une IST secondaire à l'agression. Mais l'on est en droit de se demander si un suivi par un médecin spécialiste, plutôt qu'un infectiologue, serait plus efficace. Les patients seraient-ils plus à l'aise qu'avec leur médecin traitant ? Feraient-ils la démarche de se déplacer à plusieurs reprises jusqu'au CHU, avec les coûts et contraintes que cela engendre ?

Certaines faiblesses de cette étude ne permettent pas de généraliser nos résultats à toute la population des VAS.

La puissance est faible en raison d'un faible effectif recruté, ce qui explique la faible significativité de nos analyses. Humainement et médicalement, on ne peut que se réjouir de ce constat, mais pour avoir des résultats plus significatifs, il serait nécessaire de refaire cette étude sur une plus longue période, ou sur une population de plus grande envergure, avec par exemple un recrutement multicentrique.

Cette étude présente également un biais de sélection, le recrutement étant monocentrique au CHU de Bordeaux, au sein d'un centre spécialisé dans la prise en charge des victimes d'agression.

Les résultats obtenus ne peuvent donc pas être généralisés à toute la population des VAS ; cependant il existe d'autres villes possédant un centre d'accueil et de prise en charge des victimes d'agression, pour lesquelles ces résultats peuvent être valables.

Par ailleurs, une grande partie des patients reçus au CAUVA et donc des patients inclus dans notre étude, sont examinés sur réquisition judiciaire. Dès lors, notre échantillon comporte beaucoup de cas judiciairisés et n'est pas représentatif de la population des VAS, la majorité des victimes ne portant pas plainte(9)(12)(21)(22).

Le recueil des données au CAUVA et dans le service d'infectiologie a été fait par questionnaire. Bien que les équipes aient été formées, le remplissage d'un questionnaire est soumis à la subjectivité de l'infirmière et du praticien. Il n'est pas possible d'exclure un biais de mémorisation (informations fournies par le patient inexactes) ou que le personnel soignant ait fait une erreur lors du remplissage du questionnaire.

Mais notre étude présente également certaines forces ; le contact téléphonique auprès des médecins généralistes était effectué par une seule personne ce qui limite un éventuel biais d'évaluation. Certains médecins ont refusé de répondre, d'autres n'étaient pas joignables malgré plusieurs tentatives. Au total, 75 % des médecins traitants ont été contactés et étaient systématiquement interrogés sur les données indispensables à l'investigation du critère de jugement principal. Un certain nombre d'entre eux ont apprécié cet appel, le suivi de la part du service du CAUVA et la mention de la nécessité de sérologies de contrôle, qu'ils aient ou non reçu le courrier du CAUVA.

Ce double contact avec le médecin traitant, par voie postale et par voie téléphonique est une approche intéressante ; bien que chronophage, cela permettrait de s'assurer que les courriers soient bien reçus et que toutes les informations soient bien données au médecin généraliste, afin que celui-ci ait tous les outils en main pour assurer le suivi de son patient.

A la place d'un appel téléphonique, nous aurions pu envoyer les questionnaires à remplir par courrier, mais le coût de l'étude aurait été plus important.

Par ailleurs, en questionnant d'abord le médecin sur l'éventuelle réception d'un courrier hospitalier ou de résultats de prélèvements de santé publique, le secret médical était préservé. A aucun moment il n'était demandé directement au médecin s'il était informé de l'agression sexuelle. Bien que les patients étaient avisés du fait que leur médecin traitant serait contacté, cette précaution nous semblait nécessaire.

Les patients étant avertis de cet appel, ils auraient pu être encouragés à prendre rendez-vous, et cela aurait pu créer un biais. Mais cela n'a pas été le cas vu la faible proportion de patients de l'étude ayant consulté leur médecin traitant.

La mise en place de cette étude a par ailleurs permis d'améliorer grandement la communication entre le service d'infectiologie et le service du CAUVA ; lors de l'étude, dans 71 % des cas, un courrier était envoyé au secrétariat d'infectiologie par email.

Les médecins étaient ainsi informés des circonstances et de la date de l'agression, des résultats de l'examen et de l'initiation d'un TPE. Ils n'avaient plus besoin d'interroger une nouvelle fois la victime sur les faits de violence et avaient toutes les informations nécessaires pour évaluer l'indication de la poursuite du TPE.

Cette pratique mériterait d'être poursuivie et encore améliorée, afin que les meilleures chances soient données aux victimes.

Nous avons également créé un questionnaire dédié à cette consultation d'infectiologie (Annexe 3), basé sur les recommandations nationales, et précisant les différents critères de poursuite ou d'arrêt du TPE.

## V. Conclusions et Perspectives

La prise en charge globale d'une victime d'agression sexuelle est longue, complexe, et nécessite de mettre en œuvre les compétences de plusieurs professionnels de santé. Les structures telles que le CAUVA permettent, en réunissant les professionnels en une même unité de temps et de lieu, de simplifier le parcours de soin des victimes d'agression sexuelle. Certaines étapes supplémentaires restent indispensables, notamment en ce qui concerne la prescription et le suivi du TPE.

Pour mettre en évidence la complexité de ce parcours de soin, nous avons cherché à savoir quelle était la part de patients perdus de vue après leur prise en charge initiale au CAUVA du CHU de Bordeaux. Seuls 40 % des patients inclus, qu'ils prennent ou non un TPE, ont vu un médecin, spécialiste infectiologue ou généraliste. Même s'il semblerait que la prise d'une trithérapie antirétrovirale préventive engage les victimes à revoir plus souvent un médecin, moins de la moitié des patients TPE inclus ont vu un médecin du service de maladies infectieuses.

L'information sur le parcours de soin après une agression sexuelle, donnée à la victime en un minimum de temps et par plusieurs professionnels peut parfois être mal ou insuffisamment comprise par les victimes.

Pour permettre une meilleure compréhension et donc une information plus efficace, une plaquette écrite contenant les étapes du parcours de soin, les coordonnées des différents services impliqués, et les examens biologiques de suivi nécessaires pourrait être un outil intéressant. Elle pourrait être personnalisée en fonction du statut TPE ou non TPE de la victime. Cette dernière aurait ainsi accès, quand elle le souhaite, aux informations concernant les étapes importantes de sa prise en charge globale. L'optimisation de l'information donnée initialement pourrait permettre d'améliorer le suivi de ces victimes d'agression sexuelle.

D'autre part, le suivi téléphonique auprès des médecins généralistes est également une approche intéressante ; bien que chronophage, il permettrait de renforcer le lien avec les médecins libéraux, de répondre à leurs questions éventuelles, de rappeler l'intérêt de réaliser des sérologies de contrôle à distance.

Enfin, la délivrance d'ordonnances de sérologies de contrôle par les médecins intervenant dans la prise en charge initiale pourrait permettre de limiter le nombre de patient ne réalisant pas de contrôle sérologique, notamment chez ceux ne consultant pas leur médecin traitant dans les suites de la prise en charge hospitalière. En majorant le nombre de victimes réalisant ces sérologies de contrôle, le risque de méconnaître une infection sexuellement transmissible secondaire à l'agression pourrait diminuer.

Ces ordonnances pourraient être délivrées par le service des urgences, lors de la remise du kit d'urgence de TPE. Mais cette façon de faire écarterait d'emblée les patients vus directement au CAUVA et ne prenant pas de TPE. En effet, dans ce cas précis, il n'est pas prévu dans leur parcours hospitalier qu'ils revoient un médecin (urgentiste ou infectiologue) après le médecin légiste.

Une autre possibilité serait d'envisager que ce soit le service de médecine légale qui fournisse ces ordonnances au patient, dès leur première consultation pour agression sexuelle. Il pourrait s'agir d'ordonnances type, comportant des cases à cocher avec les délais de réalisation adaptés au patient en fonction de son statut TPE ou non TPE et de la date de l'agression.

Mais se pose le problème du médecin qui recevrait les résultats : il semble difficile et incongru de mettre en place un suivi dans un service d'urgence, ou dans une unité médico-judiciaire. La mention « Résultats à envoyer au médecin traitant », apposée sur ces ordonnances, permettrait au médecin traitant d'effectuer le suivi, de contrôler l'absence d'IST, et, le cas échéant, de contacter la victime pour l'informer et lui prescrire un traitement adapté.

Toutefois une recherche sur une plus longue période et sur une population de plus grande envergure serait nécessaire afin de confirmer nos résultats qui ne peuvent être généralisés à toutes les victimes d'agression sexuelle.

# Bibliographie

1. Rassat M-L. Droit pénal général. 3ème. Ellipses; 2014.
2. Code pénal - Article 111-3. Code pénal.
3. Direction de l'information légale et administrative. Quels sont les différents types d'infractions pénales? [Internet]. 2012. [cité 22 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/justice/fonctionnement/justice-penale/quels-sont-differents-types-infractions-penales.html>
4. Code pénal - Article 222-22. Code pénal.
5. Code pénal - Article 222-27. Code pénal.
6. Code pénal - Article 222-23. Code pénal.
7. Code pénal - Article 222-24. Code pénal.
8. Chariot P, Dantchev N. Agressions sexuelles chez l'adulte. In: Chariot P, Debout M, Traité de médecine légale et de droit de la santé. Paris: Vuibert; 2010. p. 216-24.
9. Lollivier S, Soullez C. La criminalité en France. Rapport de l'observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. 2014.
10. Niort F, Delteil C, Capasso F, Torrents R, Leonetti G, Piercecchi-Marti M-D. Étude rétrospective épidémioclinique sur 10 ans des victimes de viols reçues en consultation à l'Institut médico-légal de Marseille, CHU de Timone. Analyse de 592 cas de victime de viol. Rev Médecine Légale. 2014;5(2):62-9.
11. Jaspard M, Saurel-Cubizolles M-J, Brown E, Condon S, Firdion J-M, Fougeyrollas-Schwebel D, et al. Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale [Internet]. 2003. [cité 26 oct 2016]. Disponible sur: [http://www.cicred.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/santefemmes/ACTES/Com\\_JaspardSaurel.PDF](http://www.cicred.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/santefemmes/ACTES/Com_JaspardSaurel.PDF)
12. Stop-violences-femmes.gouv.fr. N°8 - « Violences faites aux femmes: les principales données » [Internet]. [cité 26 oct 2016]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/no8-Violences-faites-aux-femmes.html>

13. Stop-violences-femmes.gouv.fr. N°10 - « Les viols, tentatives de viol et agressions sexuelles en France » [Internet]. [cité 3 févr 2017]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/No10-Les-viols-tentatives-de-viol.html>
14. Abrahams N, Devries K, Watts C, Pallitto C, Petzold M, Shamu S, et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *The Lancet*. 2014;383(9929):1648-54.
15. Breiding MJ, Smith SG, Basile KC, Walters ML, Chen J, Merrick MT. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization—national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. *Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summ Wash DC 2002*. 2014;63(8):1-18.
16. Welch J, Mason F. Rape and sexual assault. *BMJ*. 2007;334(7604):1154-8.
17. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans. *Etudes Résultats*. 2007;(598).
18. Chariot P, Scius M, Lorin A-S, Belmenouar O, Tedlaouti M, Boraud C. Violences sexuelles : examen médical des victimes ayant déposé plainte en 2009 en Seine-Saint-Denis (France). *Bull Epidémiologique Hebd*. 2010;(40-41):418-20.
19. Hiquet J, Groleron Gros N, Gromb S. L'homme face aux violences sexuelles. Onze ans d'expérience au centre d'accueil en urgence des victimes d'agression (CAUVA) du CHU de Bordeaux. *Rev Médecine Légale*. 2012;3(2):64-71.
20. Bajos N, Bozon M, Equipe CSF. Les violences sexuelles en France: quand la parole se libère. *Popul Sociétés*. 2008;(445):1-4.
21. Jaspard M, Brown E, Condon S, Firdion J-M, Fougeyrollas-Schwebel D, Houel A, et al. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. *Popul Sociétés*. 2001;(364):1-4.
22. Chariot P. Prise en charge d'une victime de viol : médecine légale. *Conférences Psychiatrie 1 Prise En Charge Victime Viol*. 2011;31-42.
23. Ravache-Quiniry F, Jacobs F, Liesnard C, De Mol J, Parent M, Beauthier J-P. Les agressions sexuelles. In: Beauthier J-P, *Traité de médecine légale*. Bruxelles: De Boeck; 2011. p. 405-38.
24. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. - Article R. 4127-105. *Code de la santé publique*. 2004.
25. Ministère de la Justice et des Libertés. Circulaire du 27 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale. 2011.
26. Code pénal - Article 226-14. *Code pénal*.

27. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés. Le praticien face aux violences sexuelles. 2000.
28. Code de procédure pénale - Article 60. Code de procédure pénale.
29. Code de procédure pénale - Article 77-1-1. Code de procédure pénale.
30. Code pénal - Article R642-1. Code pénal.
31. Code de la santé publique - Article L4163-7. Code de la santé publique.
32. Code de procédure pénale - Article 60-1. Code de procédure pénale.
33. Pouillard Jean. Le médecin auxiliaire de la justice. Conseil national de l'Ordre des médecins; 2001.
34. Code de déontologie médicale - Article 71. Code de déontologie médicale.
35. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. - Article R. 4127-108. Code de la santé publique. 2004.
36. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. - Article R. 4127-107. Code de la santé publique. 2004.
37. Allery J-P, Mieusset R, Rougé D. Les méthodes de détection du sperme utilisées en médecine légale. Rev Fr Lab. 1998;(307):61-4.
38. Graves HC, Sensabaugh GF, Blake ET. Postcoital detection of a male-specific semen protein. Application to the investigation of rape. N Engl J Med. 1985;312(6):338-43.
39. Renaux A, Renaux-Muylkens I, Charlier C, Kintz P, Hassoun A, Mangin P, et al. Toxicologie clinique et médico-légale. In: Traité de médecine légale. De Boeck. Bruxelles; 2011. p. 767-820.
40. Société Française de Toxicologie Analytique. Soumission chimique: Prise en charge toxicologique. Ann Toxicol Anal. 2003;15(4):239-42.
41. Chariot P, Debout M. Traité de médecine légale et de droit de la santé. Paris: Vuibert; 2010.
42. Karila L, Novarin J, Megarbane B, Cottencin O, Dally S, Lowenstein W, et al. Acide gamma-hydroxy-butyrique (GHB) : plus qu'un agent de soumission chimique, une véritable source d'addiction. Presse Médicale. 2009;38(10):1526-38
43. Hiquet J, Grosleron N, Bédry R, Christin E, Dumestre Toulet V, Gromb-Monnoyeur S. Mise en évidence d'une soumission chimique au GBL au Centre d'accueil en urgence des victimes d'agression (CAUVA) du CHU de Bordeaux, à propos d'un cas. Rev Médecine Légale. déc 2013;4(4):197-202.

44. Spadari M, Glaizal M, Tichadou L, Hayek-Lanthois M, Arditti J. Une nouvelle « drogue » : Le gammabutyrolactone (GBL). *Presse Médicale*. nov 2009;38(11):1690-1.
45. Pépin G, Chèze M, Hoizey G, Deveaux M. Chapitre 18 Soumission chimique. In: Kintz P, *Traité de toxicologie médico-judiciaire*. 2ème. Paris: Elsevier Masson; 2012. p. 569-97.
46. Kintz P. Soumission chimique: à la recherche de l'indélectable. *Spectra Anal*. 2007;(255):39-43.
47. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence [Internet]. Genève; 2003 [cité 11 déc 2016]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>
48. Soutoul J-H, Chevrant-Breton O. L'examen en urgence de la femme adulte agressée sexuellement. In: *Les agressions sexuelles de l'adulte et du mineur*. Paris: Ellipses; 1994. p. 36-58.
49. Linet T, Nizard J. Constats de violences sexuelles : rédaction d'un protocole d'accueil et mise en pratique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2008;33(2):99-109.
50. Darves-Bornoz JM, Pierre F, Lépine JP, Degiovanni A, Gaillard P. Screening for psychologically traumatized rape victims. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1998;77(1):71-5.
51. Darves-Bornoz JM. Rape-related psychotraumatic syndromes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1997;71(1):59-65.
52. Guillet-May F, Thiebaugeorges O. Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol. *Médecine Droit*. 2006;2006(76):35-43.
53. Winfield I, George LK, Swartz M, Blazer DG. Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. *Am J Psychiatry*. 1990;147(3):335-41.
54. Tarquinio C, Brennstuhl MJ, Reichenbach S, Rydberg JA, Tarquinio P. Prise en charge précoce de victimes de viols et présentation d'un protocole d'urgence de thérapie EMDR. *Sexologies*. 2012;21(3):147-56.
55. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape Trauma Syndrome. *Am J Psychiatry*. 1974;131(9):981-6.
56. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH: recommandations du groupe d'experts. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé, Conseil national du Sida, Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales; 2013.
57. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité. Recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience hu-

- maine (VIH) [Internet]. 2008. [cité 10 oct 2016]. Disponible sur: [http://www.chu-rouen.fr/mtph/Circulaire%20VIH%2008\\_91t0.pdf](http://www.chu-rouen.fr/mtph/Circulaire%20VIH%2008_91t0.pdf)
58. Guillet-May F, Judlin P, Pichene C, Peton P. Les violences sexuelles: nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire. *Contracept Fertil Sex*. 1997;25(11):872-5.
  59. Haute Autorité de Santé. Contraception d'urgence [Internet]. 2013. [cité 23 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>
  60. Collège des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales. Infections sexuellement transmissibles (IST) : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humains (HPV), trichomonose. In: *ECN Pilly 2016*. 4ème. Paris: CMIT ALINEA Plus; 2015. p. 155-64.
  61. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Mise au point sur le traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées. *Bull Epidémiologique Hebd*. 2006;(1):4-5.
  62. Lanjouw E, Ossewaarde JM, Stary A, Boag F, Van Der Meijden WI. 2010 European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections. *Int J STD AIDS*. 2010;21(11):729-37.
  63. Organisation Mondiale de la Santé. Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur : guide de pratiques essentielles. 2005.
  64. Van Rompay KKA, Miller MD, Marthas ML, Margot NA, Dailey PJ, Canfield DR, et al. Prophylactic and Therapeutic Benefits of Short-Term 9-[2-(R)-(Phosphonomethoxy)Propyl]Adenine (PMPA) Administration to Newborn Macaques following Oral Inoculation with Simian Immunodeficiency Virus with Reduced Susceptibility to PMPA. *J Virol*. 2000;74(4):1767-74.
  65. Otten RA, Smith DK, Adams DR, Pullium JK, Jackson E, Kim CN, et al. Efficacy of postexposure prophylaxis after intravaginal exposure of pig-tailed macaques to a human-derived retrovirus (human immunodeficiency virus type 2). *J Virol*. 2000;74(20):9771-5.
  66. Emau P, Jiang Y, Agy MB, Tian B, Bekele G, Tsai C-C. Post-exposure prophylaxis for SIV revisited: Animal model for HIV prevention. *AIDS Res Ther*. 2006;3:29.
  67. Martin LN, Murphey-Corb M, Soike KF, Davison-Fairburn B, Baskin GB. Effects of Initiation of 3'-Azido,3'-Deoxythymidine (Zidovudine) Treatment at Different Times after Infection of Rhesus Monkeys with Simian Immunodeficiency Virus. *J Infect Dis*. 1993;168(4):825-35.

68. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D, et al. A Case–Control Study of HIV Seroconversion in Health Care Workers after Percutaneous Exposure. *N Engl J Med*. 1997;337(21):1485-90.
69. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *N Engl J Med*. 2011;365(6):493-505.
70. Direction générale de la santé, Direction des hôpitaux, Direction des relations du travail, Direction de la sécurité sociale. Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98-228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH [Internet]. 1998. [cité 13 déc 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-16/a0161057.htm>
71. Tolle MA, Schwarzwald HL. Postexposure prophylaxis against human immunodeficiency virus. *Am Fam Physician*. 2010;82(2):161-6.
72. Rey D, Bendiane MK, Moatti JP, Wellings K, Danziger R, MacDowall W, et al. Post-exposure prophylaxis after occupational and non-occupational exposures to HIV: an overview of the policies implemented in 27 European countries. *AIDS Care*. 2000;12(6):695-701.
73. Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Circulaire DGS / DHOS / DRT / DSS n° 2003/165 du 2 avril 2003 relative aux recommandations de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH [Internet]. 2003. [cité 23 jan 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-23/a0231611.htm>
74. Fong C. Post-exposure prophylaxis for HIV infection after sexual assault: When is it indicated? *Emerg Med J*. 2001;18(4):242-5.
75. Organisation Mondiale de la Santé, Organisation Internationale du Travail. Prophylaxie post-exposition pour prévenir l'infection à VIH. Recommandations conjointes OMS/OIT sur la prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir l'infection à VIH. Genève; 2008.
76. Vidal. STRIBILD 150 mg/150 mg/200 mg/245 mg cp pellic [Internet]. 2016. [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/stribild-129905.htm>
77. US Food & Drug Administration. FDA approves new combination pill for HIV treatment for some patients [Internet]. [cité 13 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm317004.htm>

78. Haute Autorité de Santé. STRIBILD (emtricitabine, cobicistat, elvitégravir et fumarate de ténofovir disoproxil), association d'antiviraux [Internet]. 2015. [cité 13 déc 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2570626/fr/stribild-emtricitabine-cobicistat-elvitegravir-et-fumarate-de-tenofovir-disoproxil-association-d-antiviraux](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2570626/fr/stribild-emtricitabine-cobicistat-elvitegravir-et-fumarate-de-tenofovir-disoproxil-association-d-antiviraux)
79. Dieme MEF, Traore AL, Gueye SMK, Moreira PM, Diouf A, Moreau J-C. Profil épidémioclinique et prise en charge des victimes d'abus sexuels à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2008;37(4):358-64.
80. Carrieri M, Bendiane M, Moatti J, Rey D. Access to HIV prophylaxis for survivors of sexual assault: the tip of the iceberg. *Antivir Ther.* 2006;11(3):391-2.
81. Tissot F, Erard V, Dang T, Cavassini M. Nonoccupational HIV post-exposure prophylaxis: a 10-year retrospective analysis. *HIV Med.* 2010;11(9):584-92.
82. Villes V, Enel P, Bentz L, Lafeuillade A, Ben Diane M, Rey D. Prophylaxie antirétrovirale après une exposition non professionnelle au VIH en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2001 et 2002. *Bull Epidémiologique Hebd.* 2006;(4):35-6.
83. Wiebe ER, Comay SE, McGregor M, Ducceschi S. Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service. *Can Med Assoc J.* 2000;162(5):641-5.
84. Soussy A, Launay O, Aubert M, Chousterman M, Caudron J. Prophylaxie antirétrovirale après agression sexuelle : expérience d'une unité de consultations médico-judiciaires. *Bull Epidémiologique Hebd.* 2000;(29).
85. Ehui E, Tanon A, Guié P, Aba T, Toa-Lou C, Kassi A, et al. Antiretroviral prophylaxis after non-occupational exposure to HIV in Abidjan (Cote d'Ivoire). *Med Mal Infect.* oct 2010;40(10):574-81.
86. Loutfy MR, Macdonald S, Myhr T, Husson H, Du Mont J, Balla S, et al. Prospective cohort study of HIV post-exposure prophylaxis for sexual assault survivors. *Antivir Ther.* 2008;13(1):87-95.
87. Peytavin G, Joly V, Descamps D. Associations fixes « tout en un » d'antirétroviraux en mono-prise quotidienne : mise au point pharmacologique. *J Anti-Infect.* 2014;16(3):137-43.
88. Nachega JB, Parienti J-J, Uthman OA, Gross R, Dowdy DW, Sax PE, et al. Lower pill burden and once-daily antiretroviral treatment regimens for HIV infection: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Infect Dis.* 2014;58(9):1297-307.

89. Perry CM. Elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate single-tablet regimen (Stribild<sup>®</sup>): a review of its use in the management of HIV-1 infection in adults. *Drugs*. 2014;74(1):75-97.
90. Derrick CB, Lu ZK, Caulder CR, Hester EK, Wagner TD, Bookstaver PB. Safety and Tolerability of Stribild in the Southeast United States. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2016;15(5):432-9.

# Annexes

**Annexe 1: Modèle de réquisition**

**Annexe 2: Feuille de recueil des données au CAUVA**

**Annexe 3: Questionnaire d'infectiologie**

**Annexe 4: Questionnaire médecin généraliste : patient  
TPE**

**Annexe 5: Questionnaire médecin généraliste : patient  
non TPE**

# Annexe 1 : Modèle de réquisition

**SURETE DEPARTEMENTALE  
DE LA GIRONDE**  
Brigade Départementale de Protection  
de la Famille  
23 rue François de Sourdis  
BP 912 - 33061 BORDEAUX Cedex

REPUBLIQUE FRANCAISE

DIRECTION GENERALE DE LA POLICE NATIONALE



## REQUISITION A PERSONNE

Nous,   
Brigadier de Police  
Officier de Police Judiciaire  
en fonction à :

Affaire C /X

Nature de l'affaire :

VIOL

Agissant en vertu de l'article 60 du Code de Procédure Pénale,  
Prions et au besoin, requérons,  
Monsieur le Directeur Générale du C.H.U. De Bordeaux et  
par délégation le Chef de Pôle , Madame Sophie GROMB-  
MONNOYEUR, chargée de désigner un médecin légiste expert,  
A l'effet de procéder aux actes ci-après :

1 - Bien vouloir procéder à l'examen médico-légal sur la personne ci  
dessous dénommée :  
, née le : , demeurant .

- 2 - Indiquer si la victime est déflorée, dans l'affirmative, dire si la défloration est récente ou ancienne
- 3 - Effectuer tous prélèvements en vue d'analyses et les conserver jusqu'à autorisation de destruction que vous jugerez utiles, buccaux, anaux, vaginaux, sous-unguéaux. Procéder à leurs examens laboratoires nécessaires dans la mesure où ceux-ci relèvent de la compétence de l'hôpital.
- 4 - Bien vouloir préciser la présence de traces de violences, dans l'affirmative, les décrire, les localiser et les dater dans la mesure du possible.
- 5 - Bien vouloir, le cas échéant, préciser dans les conclusions le nombre de jours d'Incapacité Totale de Travail que les blessures ou lésions engendrent au strict sens pénal du terme, en ayant recours, si besoin est, à l'avis technique d'un psychologue.

RDV LE : .

M.le directeur général ou toute personne mandatée par lui prêtera serment par écrit d'apporter son concours à la justice en son honneur et conscience en tête de son rapport.

pour sa garantie personnelle et afin qu'il n'en ignore et ait à s'y conformer, lui remettons l'original de la présente réquisition judiciaire.

Fait à BORDEAUX, le 16/10/2016  
L'Officier de Police Judiciaire

## Annexe 2 : Feuille de recueil des données au CAUVA

### Suivi prélèvements

ETIQUETTE SIGMA	Date consultation : ...../...../..... Heure consultation: .....h.....	Réfèrent judiciaire : Nom: ..... Service: .....	
	Infirmière :	Médecin légiste :	
Orientation: <input type="checkbox"/> Médecin libéral <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> spontanée <input type="checkbox"/> Plainte/Req° <input type="checkbox"/> Cauva 1 ou 2 <input type="checkbox"/> Cauva 3 ou J3ans <input type="checkbox"/> Autre:.....			
Agression Date des faits: ... /... /..... Heure des faits: .....h.....	Pénétration <input type="checkbox"/> anale <input type="checkbox"/> vaginale <input type="checkbox"/> buccale	Préservatif <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas	Prélèvement santé publique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Lésions récentes <input type="checkbox"/> anale <input type="checkbox"/> vaginale <input type="checkbox"/> buccale		Toxique <input type="checkbox"/> soumission chimique <input type="checkbox"/> conso° volontaire <input type="checkbox"/> substance:.....	
<input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> TOXICO	<input type="checkbox"/> Contraceptif d'urgence <input type="checkbox"/> Trithérapie (via urgence)	<input type="checkbox"/> TEST PSA Nb:..... <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif	<input type="checkbox"/> BIOCHIMIE
<input type="checkbox"/> BACTERIO Plvt locaux <input type="checkbox"/> sans speculum <input type="checkbox"/> AVEC speculum	<input type="checkbox"/> BACTERIO Sang	<input type="checkbox"/> VIROLOGIE	<input type="checkbox"/> HEMATO
<b>Résultats à envoyer à :</b> <input type="checkbox"/> La victime / Tel ..... <input type="checkbox"/> Médecin traitant : Nom : ..... Adresse : ..... <b>Copie courrier médical pour infectiologue à envoyer par mail (par secrétaire CAUVA)</b> <input type="checkbox"/> Mail maladies infectieuses → médecin référent : .....			
Date	<b>Labo. Bactériologie - Parasitologie</b> <input type="checkbox"/> - TPHA, VDRL <input type="checkbox"/> - CHLAMYDIA <input type="checkbox"/> - MYCOPLASMA GENITALIUM <input type="checkbox"/> - TRICHOMONAS <input type="checkbox"/> - GONOCOQUES <input type="checkbox"/> - Prélèvements génitaux (lame)  <input type="checkbox"/> - autres : .....	Date	<b>Laboratoire de Virologie</b> <input type="checkbox"/> - Antigène HBs <input type="checkbox"/> - Ac anti HBs (vaccination) <input type="checkbox"/> - Ac HBc totaux  <input type="checkbox"/> - Ac anti VHC (elisa) <input type="checkbox"/> - IGM anti HSV <input type="checkbox"/> - IGG ANTI HSV  <input type="checkbox"/> - AC ANTI VIH 1+2 <input type="checkbox"/> - autres: .....
	<b>HEMATOLOGIE</b> <input type="checkbox"/> NFS - plaquettes  <b>BIOCHIMIE :</b> <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> HE <input type="checkbox"/> creat <input type="checkbox"/> BHCG		<b>COURRIER</b>  <input type="checkbox"/> fait date :  <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/> victime

# Annexe 3 : Questionnaire d'infectiologie

	<input type="checkbox"/> <b>A risque de séropositivité VIH :</b> <input type="checkbox"/> Consommateur de drogues IV <input type="checkbox"/> Venant d'une population à forte prévalence du VIH <input type="checkbox"/> Pratiques sexuelles à risques, partenaires sexuels multiples <input type="checkbox"/> Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes. Autre raison : .....
<input type="checkbox"/> <b>Non</b> → Pourquoi ? <i>Cocher la ou les propositions exactes</i>	<input type="checkbox"/> Aucun des éléments ci-dessus n'est présent <input type="checkbox"/> <b>Délai</b> entre l'exposition et première dose de PPE > 72h <input type="checkbox"/> Agresseur présumé : <b>séronégatif VIH connu</b> ou <b>séropositif VIH connu avec charge virale indétectable</b> <input type="checkbox"/> Victime : <b>exposition chronique</b> au VIH / <b>antérieurement séropositif VIH.</b> <input type="checkbox"/> Refus de la victime <input type="checkbox"/> Autre raison : .....

### Le traitement :

- Traitement prescrit aux urgences ? .....
- Risque d'interaction médicamenteuse avec un traitement pris par le/la patient(e) ?  
 Oui → Avec quelle molécule ? .....
- Quels médicaments prescrivez-vous ? .....

### La tolérance : Y a-t-il eu des effets secondaires à la PPE ?

- Oui → Les décrire : .....
- Non

### L'observance : Le/la patient(e) a-t-il/elle pris la totalité du traitement prescrit ?

- Oui
- Non → Nombre d'oubli et raisons de l'inobservance : .....

### Le suivi

- Des ordonnances de sérologie de contrôles ont-elles été prescrites ?  
 Oui → Dans quel délai ?  
 6 semaines  
 2 mois  
 3 mois  
 4 mois  
 Autre : .....
- Non → Pourquoi ? .....
- Le médecin traitant va-t-il être informé de la prise en charge en infectiologie ?  
 Oui → Par quelle méthode ? .....
- Non → Pourquoi ? .....

## Questionnaire

Thèse M<sup>lle</sup> TONCKE

A remplir par l'infectiologue lors de la première consultation suivant l'initiation de la prophylaxie post-exposition (PPE).

**Etiquette patient**

- Le/la patient(e) est-il/elle présent(e) ?  Oui  Non. Pourquoi ? .....
- Courrier du CAIVA reçu ?  Oui  Non
- Quelle est la date de cette consultation en infectiologie ? ...../...../.....
- A quelle date a eu lieu l'exposition sexuelle présumée ? ...../...../.....
- Quelle est la date de la première prise de la prophylaxie post exposition (PPE) ? ...../...../.....

### La prophylaxie post-exposition : Poursuite du traitement ?

<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> → Pourquoi ? <i>Cocher la ou les propositions exactes</i>	<p><u>Facteurs en lien avec le traumatisme</u></p> <input type="checkbox"/> Type de rapport <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Insertif (actif) <input type="checkbox"/> Réceptif (passif) <input type="checkbox"/> Ejaculation <input type="checkbox"/> <b>Contact prolongé (&gt;15min)</b> entre les liquides biologiques de l'agresseur et la <b>muqueuse oculaire</b> de la victime <input type="checkbox"/> Contact entre les liquides biologiques de l'agresseur et la <b>peau lésée</b> de la victime <input type="checkbox"/> Agression supposée <b>violente</b>
	<p><u>Facteurs en lien avec la victime</u></p> <input type="checkbox"/> <b>Stigmates de traumatisme violent</b> à l'examen / dermatabrasions / plaies / saignements pendant le rapport <input type="checkbox"/> <b>Annésie</b> totale des faits <input type="checkbox"/> Consommation de <b>drogues en IV</b> <input type="checkbox"/> La victime souffre d' <b>IST concomitantes</b> ou d' <b>ulcères génitaux</b>
	<p><u>Facteurs en lien avec l'agresseur</u></p> <input type="checkbox"/> <b>Statut sérologique inconnu</b> <input type="checkbox"/> <b>Séropositif VIH connu</b> : <input type="checkbox"/> Charge virale indétectable <input type="checkbox"/> Charge virale détectable <input type="checkbox"/> Charge virale non connue

# Annexe 4 : Questionnaire médecin généraliste : patient TPE

## QUESTIONNAIRE MG - PATIENTS TPE

Êtes-vous le médecin traitant de M/Mme...?

- Oui  
 Non

Nom du patient : .....

Numéro du patient dans l'étude : .....

Nom du médecin : .....

Date souhaitée de l'appel : .....

Date de l'appel : .....

### COMMUNICATION

Avez-vous reçu récemment un ou plusieurs courriers en provenance de l'hôpital Pellegrin le/la concernant?

<input type="checkbox"/> OUI			<input type="checkbox"/> NON			
En provenance de quel service ?			Avec-vous reçu un courrier d'un service d'infectiologie autre que le CHU? <input type="checkbox"/> Oui. A quel propos ? <input type="checkbox"/> Agression <input type="checkbox"/> Autre ..... <input type="checkbox"/> Non .....			
<input type="checkbox"/> CAUVA	<input type="checkbox"/> Infectiologie	<input type="checkbox"/> Autre				
Les avez-vous lu ? <input type="checkbox"/> Oui : Vous êtes donc informé que votre patient a été vu au CAUVA pour une suspicion d'agression sexuelle. <input type="checkbox"/> Non .....			D'une manière générale est-ce compliqué pour vous de recevoir différents courriers de plusieurs services pour des mêmes faits pour comprendre votre conduite à tenir ? <input type="checkbox"/> Oui ..... <input type="checkbox"/> Non .....			
Avez-vous reçu des résultats de prélèvements de santé publique ? <input type="checkbox"/> Oui. Lesquels ? ..... <input type="checkbox"/> Non .....			Avez-vous reçu des résultats de prélèvements de santé publique concernant ce/cette patient(e) ?			
			<input type="checkbox"/> Non : arrêt questionnaire		<input type="checkbox"/> Oui. Lesquels ? ..... Savez-vous pour quelle raison ces prélèvements ont été effectués ?	
			<input type="checkbox"/> Non : arrêt questionnaire		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Agression. Comment l'avez-vous su ? ..... <input type="checkbox"/> Autre : Arrêt questionnaire	

Avez-vous revu ce/cette patient(e) en consultation ? Avez-vous eu de ces nouvelles ?

- Oui .....  
 Non .....

Concernant l'agression ?

- Oui .....  
 Non .....

A quelle date ? .....

### VIIH

Avez-vous des informations sur le fait que votre patient prenne une trithérapie antirétrovirale ?

- Oui. Par le patient ? Par le courrier ? .....  
 Non .....

Avez-vous prescrit un bilan ? Que cherchez vous ? (Effets secondaires TPE)

- Oui : .....  
 Non .....

Allez-vous prescrire des sérologies de contrôle ? Dans quel délai/rythme ?

- Oui : .....  
 Non .....

### LE PATIENT

A-t-il été observant ?

- Oui .....  
 Non .....

A-t-il ressenti des effets secondaires ? Lesquels ?

- Oui .....  
 Non .....

A-t-il compris la prise en charge faite par le CAUVA et son parcours de soin ?

- Oui .....  
 Non .....

# Annexe 5 : Questionnaire médecin généraliste : patient non TPE

## QUESTIONNAIRE MG – PATIENTS NON TPE

Nom du patient : .....  
 Numéro du patient dans l'étude : .....  
 Nom du médecin : .....  
 Date souhaitée de l'appel : .....  
 Date de l'appel : .....

Êtes-vous le médecin traitant de M/Mme...?

- Oui  
 Non

### COMMUNICATION

Avez-vous reçu récemment un ou plusieurs courriers en provenance de l'hôpital Pellegrin le/la concernant?

<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	
En provenance de quel service ?		Avez-vous reçu des résultats de prélèvements de santé publique concernant ce/cette patient(e) ?	
<input type="checkbox"/> CAUVA	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Non : arrêt questionnaire	<input type="checkbox"/> Oui : • Lesquels ? ..... ..... .....
L'avez-vous lu ? <input type="checkbox"/> Oui : Vous êtes donc informé que votre patient a été vu au CAUVA pour une suspicion d'agression sexuelle. <input type="checkbox"/> Non .....			<input type="checkbox"/> Savez-vous pour quelle raison ces prélèvements ont été effectués ? .....
Avez-vous reçu des résultats de prélèvements de santé publique ? <input type="checkbox"/> Oui. Lesquels ?..... ..... <input type="checkbox"/> Non .....		<input type="checkbox"/> Non : arrêt questionnaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Agression. Comment l'avez-vous su ? ..... ..... <input type="checkbox"/> Autre.....

Avez-vous revu ce/cette patient(e) en consultation ? Avez-vous eu de ces nouvelles ?

- Oui .....  
 Non .....

Concernant l'agression ?

- Oui .....  
 Non .....

A quelle date ? .....

### VIH

Avez-vous prescrit un bilan ? Que cherchez vous ?

- Oui : .....  
 Non .....

Allez-vous prescrire des sérologies de contrôle ? Dans quel délai/rythme ?

- Oui : .....  
 Non .....

### LE PATIENT

A-t-il compris la prise en charge faite par le CAUVA et son parcours de soin ?

- Oui .....  
 Non .....

# Résumé

**INTRODUCTION** La prise en charge et le suivi des victimes d'agression sexuelle (VAS) avec exposition sexuelle nécessitent l'intervention de plusieurs professionnels de santé délivrant une grande quantité d'information à la victime et rendant l'ensemble de la prise en charge complexe.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le parcours de soin des VAS initialement prises en charge au Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Aggression (CAUVA) du CHU de Bordeaux.

**MÉTHODES** Il s'agit d'une étude descriptive prospective avec recrutement monocentrique au CAUVA, incluant les patients de plus de 15 ans et 3 mois consultant pour agression sexuelle avec exposition sexuelle et bénéficiant de prélèvements de santé publique. Deux groupes de patients ont été décrits en fonction de la prescription ou non d'un traitement post-exposition VIH (TPE et non TPE). Plusieurs questionnaires de suivi ont été réalisés en consultation d'infectiologie et de médecine générale.

**RÉSULTATS** Nous avons inclus 61 patients du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2016, 35 dans le groupe TPE et 26 dans le groupe non TPE. Il y avait 58 femmes et 3 hommes. Soixante-dix pourcent avaient consulté dans les 48h suivant l'agression. Les pénétrations péniennes vaginales étaient les plus fréquentes (66 %). Une amnésie des faits était rapportée dans 22 cas et une consommation d'alcool dans 16 cas. Une soumission chimique était suspectée dans 12 cas. Seuls 41 % des patients inclus avaient eu une consultation médicale après leur passage au CAUVA, 14 en infectiologie et 11 en médecine générale.

**CONCLUSION** Cette étude souligne l'importance du lien à maintenir et à renforcer avec les médecins généralistes, permettant d'améliorer le suivi post-hospitalier des VAS. Elle fait également ressortir l'importance d'optimiser l'information délivrée initialement aux victimes nous amenant à proposer la création d'une plaquette écrite personnalisée reprenant les messages fournis oralement.

# Abstract

**TITLE** Care pathway for sexual assault victims in Bordeaux. A prospective study on follow-up care in hospital and in general practice.

**INTRODUCTION** The care pathway for sexual assault victims (SAV) is intricate ; initial care and follow-up involve intervention of several healthcare professionals who provide much information for the victim.

The main purpose of this study was to analyze the care pathway of the SAV initially seen by the doctors at the "*Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Agression*" (CAUVA) at the Bordeaux University Hospital.

**METHODS** This is a descriptive prospective study with monocentric admission, including patients older than 15 years and 3 months old consulting at the CAUVA following sexual assault with sexual exposition. Patients with blood sample in search of sexually transmitted infections were included in the research. Two arms of patients have been described, depending on the prescription or not of post-exposure prophylaxis HIV (PEP and not PEP). Several follow-up questionnaires have been carried out in consultation of infectiology and general medicine.

**RESULTS** 61 patients were included from september 1<sup>st</sup> to december 31<sup>st</sup> 2016 ; 80% of them were examined on judicial requisition. There were 58 women and 3 men, 35 persons in the "PEP" group and 26 in the "non PEP" group. 70% of them were consulted within 48h following the assault. Penile vaginal penetrations were the most frequent ones (66%). 22 victims related an amnesia linked to the circumstances of the assault and 16 an alcoholic consumption. Chemical submission was suspected in 12 cases. 41% of the patients included (25/61) had a medical consultation after their examination at the CAUVA, 14 in the infectiology department and 11 in general practice.

**CONCLUSION** This study emphasizes the necessity of maintaining and strengthening the link with general practitioners, in order to improve the post-hospital follow-up of the victims. We also suggest optimizing the information initially given to the victims through a personalized brochure containing all the messages conveyed verbally.

**Parcours de soins des victimes d'agression sexuelle à Bordeaux. Une étude prospective sur le suivi hospitalier et en médecine générale.**

**Care pathway for sexual assault victims in Bordeaux. A prospective study on follow-up care in hospital and in general practice.**

**INTRODUCTION** La prise en charge et le suivi des victimes d'agression sexuelle (VAS) avec exposition sexuelle nécessitent l'intervention de plusieurs professionnels de santé délivrant une grande quantité d'information à la victime et rendant l'ensemble de la prise en charge complexe.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le parcours de soin des VAS initialement prises en charge au Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Aggression (CAUVA) du CHU de Bordeaux.

**MÉTHODES** Il s'agit d'une étude descriptive prospective avec recrutement monocentrique au CAUVA, incluant les patients de plus de 15 ans et 3 mois consultant pour agression sexuelle avec exposition sexuelle et bénéficiant de prélèvements de santé publique. Deux groupes de patients ont été décrits en fonction de la prescription ou non d'un traitement post-exposition VIH (TPE et non TPE). Plusieurs questionnaires de suivi ont été réalisés en consultation d'infectiologie et de médecine générale.

**RÉSULTATS** Nous avons inclus 61 patients du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2016, 35 dans le groupe TPE et 26 dans le groupe non TPE. Il y avait 58 femmes et 3 hommes. Soixante-dix pourcent avaient consulté dans les 48h suivant l'agression. Les pénétrations péniennes vaginales étaient les plus fréquentes (66 %). Une amnésie des faits était rapportée dans 22 cas et une consommation d'alcool dans 16 cas. Une soumission chimique était suspectée dans 12 cas. Seuls 41 % des patients inclus avaient eu une consultation médicale après leur passage au CAUVA, 14 en infectiologie et 11 en médecine générale.

**CONCLUSION** Cette étude souligne l'importance du lien à maintenir et à renforcer avec les médecins généralistes, permettant d'améliorer le suivi post-hospitalier des VAS. Elle fait également ressortir l'importance d'optimiser l'information délivrée initialement aux victimes nous amenant à proposer la création d'une plaquette écrite personnalisée reprenant les messages fournis oralement.

**Disciplines** Médecine générale - Médecine légale - Infectiologie

**Mots-clés** "Continuité des soins", "Victimes" "Infractions sexuelles", "Prophylaxie après exposition".