



HAL
open science

Prise en charge médico-psychologique immédiate aux urgences des personnes adultes victimes d'agressions sexuelles : revue systématique de la littérature

Siamak Djahanbani

► To cite this version:

Siamak Djahanbani. Prise en charge médico-psychologique immédiate aux urgences des personnes adultes victimes d'agressions sexuelles : revue systématique de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02497428

HAL Id: dumas-02497428

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02497428>

Submitted on 3 Mar 2020

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 MEDICALES

Année 2019

N° 3190 - 2019

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 25 octobre 2019 par

DJAHANBANI Siamak

Né le 19 juillet 1988 à Lille

**Prise en charge médico-psychologique immédiate aux urgences des personnes adultes
victimes d'agressions sexuelles : Revue Systématique de La Littérature.**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Erick GOKALSING

Jury

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, Président

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD, Juge

Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEWICZ, Juge

Madame le Docteur Alice BRUGIROUX-YVARS, Juge

Monsieur le Docteur Erick GOKALSING, Juge

Monsieur le Professeur Louis JEHEL, Rapporteur

REMERCIEMENTS aux membres du Jury

Au Président du Jury :

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Je tiens aussi à vous remercier ici de votre implication dans la formation des internes de psychiatrie.

Au Rapporteur :

Monsieur le Professeur Louis JEHEL

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail, j'en suis très honoré.

Aux Juges :

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de faire partie des membres du jury. Je tiens aussi à vous remercier ici de votre implication dans la formation des internes de psychiatrie.

Madame le Docteur Alice BRUGIROUX-YVARS

Je vous suis très reconnaissant d'accepter de juger ce travail de thèse.

Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEWICZ

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. J'en profite ici pour te remercier de ton investissement dans la formation des internes de psychiatrie de la subdivision Océan Indien.

Au directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Erick GOKALSING

Je te remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Je te remercie aussi pour ta disponibilité, ton soutien, ta confiance et ton investissement.

REMERCIEMENTS personnels

A ma famille,

Notamment à ma mère pour la correction des fautes d'orthographe, de conjugaison et de grammaire,

A tous les collègues que j'ai rencontrés durant ces années de formation avec lesquels j'ai partagé d'inoubliables moments et qui m'ont beaucoup apporté,

A La Frontale,

A Los Teoporos,

A Marie,

A Flora, pour l'aide et le soutien nécessaire,

A tous les amis rencontrés, pour ces riches et surprenants moments passés ensemble.

Et je remercie particulièrement le Docteur Yann DELANNOY, le Docteur Emilie CHRISTIN, Madame Séverine VANHOOVE et le Docteur Frédérique WAREMBOURG concernant les échanges que nous avons eus sur le sujet de mon travail.

Table des Matières

Liste des abréviations	6
Définitions	6
Avant-Propos	7
INTRODUCTION	8
A. Epidémiologie des violences sexuelles	8
B. Conséquences des violences sexuelles sur la santé.....	8
1) Conséquences physiques	9
2) Conséquences psychologiques	9
a) Conséquences immédiates et à court terme	10
b) Conséquences à moyen et long terme	10
1. Trouble de stress post-traumatique	10
2. Trouble dépressif majeur et trouble dépressif persistant	11
3. Trouble de l'utilisation d'alcool et troubles de l'utilisation d'autres substances	11
4. Idées suicidaires et tentatives de suicide	11
5. Autres troubles	11
6. Comorbidités	13
7. Autres considérations	13
c) Impact des agressions sexuelles comparativement aux autres événements traumatiques	14
C. Les modalités de prise en charge médico-psychologique des victimes d'un événement potentiellement traumatique collectif	15
1) Interventions d'urgence existantes pour les victimes d'évènement traumatique collectif	16
a) L'intervention médico-psychologique immédiate proposée par les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique en France	16
b) Premiers Secours Psychologiques, ou Psychological First Aid	18
2) L'efficacité des prises en charge médico-psychologiques pour les personnes victimes d'évènement traumatique	19
a) A propos de la prise en charge immédiate	19
b) Remarques sur les prises en charge post-immédiates et à long terme	19
D. Ouverture	20
METHODE	22
RESULTATS	24
A. Cadre	26
1) Un personnel spécifiquement formé est recommandé	26
2) Une prise en charge coordonnée est recommandé	27
3) Un lieu spécifique est recommandé ainsi que des soins centralisés	27
B. Evaluation	28
1) Antécédents psychiatriques	28
2) Antécédents de victimation	28
3) Evènements de vie récents	28
4) Etat psychologique et émotionnelle	28
5) Risque suicidaire, auto-agressivité et hétéro-agressivité	29

C. Interventions	29
1) Attitude du soignant	29
2) Restaurer un sentiment de sécurité	30
3) Restaurer un sentiment de contrôle	30
4) Evaluer et promouvoir la sécurité du patient	30
5) Evaluer et promouvoir le soutien social	30
6) Soins spécifiques	31
a) <i>Defusing</i> et verbalisation des émotions	31
b) Premiers secours psychologiques et Soutien psychologique	31
c) Intervention spécialisée de santé mentale	32
d) Thérapies médicamenteuses	32
D. Informations	32
1) Psychoéducation	32
2) Informations sur les services disponibles	33
E. Orientation	33
DISCUSSION	35
CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	57
Annexe 1. Études incluses dans l'analyse	58
Annexe 2. Synthèse des résultats	60
Annexe 3. Impact Event Scale	64
Annexe 4. Feelings and Behaviour Questionnaire	65
Annexe 5. CISP – Critical item suicide potential assessment	66
Annexe 6. Questionnaire RUD - Risque Urgence Dangerosité	67
Annexe 7. PDI - Peritraumatic Distress Inventory (version française)	68
Annexe 8. PDEQ - Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (version française)	69
Annexe 9. STRS-A3 (version française)	70

Liste des abréviations

CAUVA : Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Agression

CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

PFA : Psychological First Aid (Premiers secours psychologiques)

RCC : Rape Crisis Center

RUD : Risque Urgence Dangerosité

SANE : Sexual Assault Nurse Examiner

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TDM : Trouble dépressif majeur

TSA : Trouble de stress aigu

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

Définitions

Agression sexuelle (selon le code pénal en France) : Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise¹.

Note : Cette précédente définition regroupe aussi les termes de *violences sexuelles* ou *d'abus sexuels*. Ces différents termes seront utilisés ci-après.

Viol (selon le code pénal en France) : Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol².

AVANT-PROPOS

Lors de ma formation au Diplôme d'Etudes Spécialisées de Psychiatrie, il m'est progressivement apparu empiriquement que, dans la population de patients que je prenais en charge, la fréquence d'antécédents biographiques d'abus sexuels, notamment d'abus sexuels dans l'enfance et souvent d'abus répétés, semblait élevé.

Par curiosité, mes recherches m'ont poussé à explorer la littérature qui examine les liens de causalités complexes entre abus sexuel dans l'enfance et troubles psychiatriques. De fil en aiguille, le sujet de ce travail de thèse est apparu. Un élément majeur ayant amené à sa constitution est le fait qu'en interrogeant les professionnels de santé travaillant auprès des victimes d'agression sexuelle, il en ressortait un constat commun qui est celui que la prise en charge à l'hôpital (via les urgences, l'unité médico-judiciaire ou les services spécialisés) sur le plan médico-psychologique (intervention immédiate de professionnels spécialisés ou orientation vers eux à court terme) n'était pas clairement définie ou protocolisée mais était souvent intervenant-dépendant. De là, est venue l'idée de rechercher s'il existait des recommandations et protocoles à travers une revue systématique de la littérature.

L'introduction de ce travail reprend l'épidémiologie concernant les violences sexuelles, les conséquences sur la santé de telles agressions, ainsi que les prises en charge existantes destinées aux victimes d'évènement traumatique non sexuel. Ce travail a eu pour objectif de vérifier si de telles mesures thérapeutiques étaient en définitive proposées aussi aux victimes adultes de violences sexuelles se présentant aux urgences après une agression récente.

INTRODUCTION

A. Epidémiologie des violences sexuelles

A travers le monde, les violences sexuelles, qu'elles soient infligées par un partenaire intime, une personne de l'entourage ou une personne inconnue, sont fréquentes et leurs victimes sont nombreuses.

Dans l'« Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes », 0,3 à 12 % des femmes déclarent avoir été forcées, après l'âge de 15 ans, à avoir des rapports sexuels ou à accomplir un acte sexuel par une personne autre qu'un partenaire intime.

La prévalence de la violence sexuelle infligée par un partenaire au cours de la vie, chez les femmes de 15 à 49 ans interrogées dans cette même étude, variait de 6 % au Japon à 59 % en Éthiopie, les chiffres dans la majorité des lieux étudiés oscillant entre 10% et 50 %³.

Durant l'enquête « ENVEFF » (enquête nationale sur les violences envers les femmes en France) réalisée en 2000 en France métropolitaine, 11% des femmes ont déclaré avoir subi une(des) agression(s) sexuelle(s) au cours de la vie⁴.

Selon le rapport d'enquête « Cadre de vie et de sécurité » paru en 2017, en moyenne, chaque année en France entre 2012 et 2016, 0,4 % des personnes âgées de 18 à 75 ans (soit environ 158 000 personnes) ont déclaré avoir été victimes de violences sexuelles de la part d'une (ou plusieurs) personne(s) ne vivant pas avec elles (« en dehors du ménage ») ; cette proportion n'est pas significativement différente des années précédentes entre 2007 et 2011. Environ trois victimes sur dix de violences sexuelles « en dehors du ménage » ont subi un viol, ce qui représente chaque année environ 50 000 personnes âgées de 18 à 75 ans. Les femmes sont largement majoritaires parmi les victimes de violences sexuelles (78 % des victimes en moyenne entre 2007 et 2011 et 79 % entre 2012 et 2016). Les jeunes majeurs de moins de 30 ans représentent 45 % parmi les victimes de violences sexuelles âgées de 18 à 75 ans.

Par ailleurs, chaque année entre 2012 et 2016, 63000 personnes en moyenne, âgées de 18 à 75 ans, ont déclaré avoir subi des violences sexuelles avec ou sans violences physiques de la part d'une (ou plusieurs) personne(s) vivant avec elles (« au sein du ménage »)⁵.

Selon l'enquête « VIRAGE » réalisée en 2015 en France métropolitaine, 14,47 % des femmes de 20 à 69 ans ont déclaré avoir subi au moins une forme d'agression sexuelle au cours de leur vie. Près d'un quart de ces femmes ont été victimes d'un viol, plus d'un sixième d'une tentative de viol et près d'un tiers d'attouchements du sexe. 3,94 % des hommes ont déclarés avoir subi au moins une agression sexuelle au cours de la vie⁶.

Durant l'enquête « ENVEFF » réalisée au début des années 2000 à La Réunion, 8.2% des femmes ont déclarés avoir subi une(des) agression(s) sexuelle(s) au cours de leur vie⁷. L'enquête « VIRAGE », plus récente, réalisée en 2018 à La Réunion révèle une incidence, au cours de douze mois, de 1.4% de femmes victimes de violences sexuelles au sein du couple et de 0.2% de femmes victimes de violences sexuelles dans l'espace public⁸.

B. Conséquences des violences sexuelles sur la santé

Les conséquences d'une agression sexuelle sur la santé sont nombreuses et variées, à la fois sur le plan physiques et psychologiques, à court et à long terme.

1) Conséquences physiques

Les victimes d'agression sexuelle sont susceptibles de présenter, dans les suites, des **blessures physiques** génitales et/ou non génitales.

Dans les suites d'un viol, les victimes peuvent être susceptibles de contracter des **infections sexuellement transmissibles** (infections par *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, VIH, *Virus de l'hépatite B*, *Treponema pallidum*, VPH, HSV2) ou d'être exposées au risque, pour les femmes, de **grossesse non désirée**.

Il existe des recommandations et des protocoles bien définis sur la prise en charge des conséquences physiques des violences sexuelles⁹ (la prophylaxie des infections sexuellement transmissibles et la contraception d'urgence par exemple).

2) Conséquences psychologiques

L'agression sexuelle est reconnue comme un évènement potentiellement traumatique ; il est aussi largement reconnu qu'un tel évènement a de multiples conséquences sur la santé psychique. Être victime d'une agression sexuelle constitue un évènement traumatique grave qui porte atteinte à l'intégrité physique et psychique de la personne. Dans ces circonstances, le trauma réside – en plus du fait d'être potentiellement confronté à la mort physique – dans la mort de soi en tant que sujet, dans la mort psychique. En effet, dans l'agression sexuelle la victime est niée dans son existence, dans son identité ; son statut est réduit à celui d'objet.

Les personnes victimes d'agression sexuelle sont des sujets plus à risque de présenter ou de développer des troubles psychiatriques et de subir des conséquences psychologiques à long terme entraînant un retentissement sur la qualité de vie.

a) Conséquences immédiates et à court terme

Les personnes victimes d'un évènement potentiellement traumatique peuvent réagir de plusieurs manières dans les suites immédiates de cet évènement. Les réactions de stress sont l'ensemble des réactions physiologiques et psychologiques mises en œuvre pour s'adapter à un évènement.

Certaines personnes sont en état de stress adapté, c'est-à-dire que les réactions de stress leur permettent de maintenir un comportement adapté pour faire face à la situation.

Certaines personnes sont en état de stress dépassé. Elles présentent alors un état de sidération, d'agitation, de fuite panique ou des comportements automatiques.

Enfin, certaines personnes peuvent être en état de stress compliqué et présenter une décompensation d'un trouble psychiatrique sous-jacent^{10, 11}.

A court terme, un trouble de stress aigu (TSA) peut se constituer (59% de patients présentent un TSA deux semaines après un viol selon une étude de Elikit et al.¹²) ; les victimes sont susceptibles aussi de présenter une symptomatologie d'anxiété, une symptomatologie dépressive, des idées suicidaires voire des tentatives de suicide, ainsi que des affects négatifs tels que de la honte, de la culpabilité, de la colère, de la tristesse et de la peur¹³⁻¹⁴.

b) Conséquences à moyen et long terme

Dans les conséquences psychologiques pouvant survenir à moyen et long terme, on retrouve de nombreux troubles psychiatriques chez les personnes ayant été victimes d'agression sexuelle.

1. Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Il est mis en évidence dans la littérature que les personnes ayant été victimes d'agression sexuelle présentent un risque plus élevé que le reste de la population, de présenter un TSPT au cours de leur vie¹⁵⁻¹⁹ soit après un TSA apparu après l'évènement, soit plus tardivement après une phase asymptomatique dite « de latence ». Ce risque reste élevé même si la ou les agressions surviennent uniquement à l'âge adulte¹⁸, et même si l'agression sexuelle est unique²⁰. Le pourcentage de personnes ayant été victimes d'agression sexuelle et présentant ou ayant présenté un TSPT au cours de leur vie est de 24 % (selon l'étude de Zinzow et al.¹⁹) à 65% (selon l'étude de Nöthling et al.²¹).

Bien que les symptômes apparentés au stress post-traumatique soient très fréquents peu de temps après une agression sexuelle – c'est-à-dire moins d'un mois après l'agression - (94% des patients en présentent entre 10 jours et deux semaines après un viol selon l'étude de Rothbaum et al.²²), ils peuvent régresser spontanément selon la résilience du patient. En effet, 35% à 47%²²⁻²⁴ des

personnes victimes d'agression sexuelle présente un TSPT 3 mois après l'agression. Mais pour certains patients cette pathologie persiste et devient chronique ; selon certaines études 39% à 87%²⁵⁻²⁶ des femmes victimes d'agression sexuelle présentent un TSPT 6 mois après l'agression.

Certaines études mettent en évidence que les victimes présentant un TSPT à 1 mois révèlent une symptomatologie initiale plus sévère²². Par ailleurs, les victimes de viol qui ne montrent pas d'amélioration de la symptomatologie dans le mois qui suit l'agression continuent de souffrir d'un TSPT à 3 mois²². **Cela pourrait confirmer un intérêt à l'identification précoce des facteurs prédictifs du développement du TSPT chronique et à l'utilisation d'interventions de prévention.**

Plusieurs caractéristiques cliniques pré-, péri- et post-traumatiques ont été mises en évidence dans la littérature comme facteurs de risque de développer un TSPT, après avoir été exposé à un évènement potentiellement traumatique (y compris à une agression sexuelle), ou comme facteurs protecteurs (tableau 1).

Tableau 1. Facteurs de risque de développement d'un TSPT et facteur protecteurs

<p>Facteurs de risque Pré-traumatique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sexe féminin^{15, 26} - Antécédents familiaux de troubles psychiatriques²⁷⁻²⁹ - Antécédents personnels de troubles psychiatriques²⁷ (épisode dépressif caractérisé^{16, 26, 30, 31}, trouble de l'usage des substances¹⁶) - Antécédents d'exposition à un traumatisme antérieur^{16, 23, 26, 27, 28, 29} - Abus sexuels dans l'enfance ou abus physiques dans l'enfance^{26, 27, 29}
<p>Facteurs de risque Péri-traumatique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La perception d'une menace pour sa vie^{16, 24, 28, 29, 30, 32, 33, 34} - La dissociation péri-traumatique^{21, 24, 27, 28, 29} (non consensuel) - La réaction émotionnelle négative péri-traumatique (tel que les sentiments de peur, d'impuissance, d'horreur, de culpabilité et de honte)^{23, 28} - Le fait d'avoir subi des blessures au cours de l'agression^{16, 17, 26, 30, 31, 33} - La violence au cours de l'agression^{26, 34}
<p>Facteurs de risque Post-traumatique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les individus signalant des niveaux inférieurs de perception du soutien social (de l'entourage et de la société) après l'évènement traumatique ont présenté des niveaux plus élevés de symptômes de TSPT^{21, 25, 27, 28, 29, 34}
<p>Facteurs Protecteurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le soutien social est mis en évidence comme facteur de résilience^{21, 25, 27, 28}

Plus spécifiquement pour le traumatisme sexuel, des facteurs péri-traumatiques supplémentaires ont été identifiés :

- le fait d'avoir été victimes de plusieurs actes au cours de l'agression²⁶
- le fait d'avoir été agressé sexuellement par un groupe de personnes²⁶.

2. Trouble dépressif majeur (TDM) et trouble dépressif persistant

Selon la littérature, les personnes ayant été victimes d'agression sexuelle sont plus à risque de présenter un TDM au cours de leur vie^{15, 16, 17, 19, 35} comparativement à la population générale. Ce risque reste élevé même en cas d'agression sexuelle unique à l'âge adulte²⁰. Le pourcentage de personnes ayant été victimes d'agression sexuelle et présentant ou ayant présenté un TDM au cours de leur vie est de 20% (selon Zinzow et al.¹⁹) à 56% (selon Nöthling et al.²¹). A 6 mois après une agression sexuelle, selon les études, on retrouve chez les femmes 47% à 51% de TDM²⁵⁻²⁶. Certains facteurs de risque de développer un TDM ont été mis en évidence comme la dissociation peri-traumatique²¹, ou encore le fait d'avoir été menacé par une arme durant l'agression²⁵.

De même, il est mis en évidence dans plusieurs publications que les personnes ayant été victimes d'agression sexuelle sont plus à risque, de présenter une dysthymie³⁵.

3. Trouble de l'utilisation d'alcool et troubles de l'utilisation d'autres substances

La littérature évoque aussi que les personnes ayant été victimes d'agression sexuelle sont plus à risque de présenter un trouble de l'utilisation d'alcool et d'autres substances au cours de leur vie^{15, 17, 18, 35, 36}, comparativement à la population générale. Ce risque reste élevé même si la ou les agressions surviennent uniquement à l'âge adulte¹⁸ et ce même en l'absence de troubles de l'utilisation de substances antérieurement³⁶.

4. Idées suicidaires et tentatives de suicide

Les victimes d'agression sexuelle sont plus à risque de présenter des idées suicidaires³⁷⁻³⁸ et tentatives de suicide^{15, 37, 38, 39} dans les suites de l'agression et au cours de la vie entière, comparativement à la population générale et aux victimes d'autres événements traumatiques.

5. Autres troubles

Il est mis en évidence dans plusieurs publications que les personnes ayant été victimes d'agression sexuelle sont plus à risque, comparativement à la population générale, de présenter un trouble obsessionnel-compulsif^{15, 17, 35}, un trouble panique¹⁷, un trouble d'anxiété sociale³¹, un trouble

d'anxiété généralisée³⁵, des troubles sexuels^{22, 40}, des troubles des conduites alimentaires^{15, 20}, des troubles à symptomatologie somatique³³ et d'autres troubles de l'humeur¹⁵.

Enfin, il persiste à long terme chez un nombre important de victimes un ressenti de honte, de culpabilité et de désespoir ainsi qu'une faible estime de soi entraînant une souffrance ayant un impact sur la qualité de vie¹³⁻¹⁴.

6. Comorbidités

Les personnes victimes d'agression sexuelle présentent rarement un trouble isolé mais un ensemble de comorbidités associées¹⁵ ; l'identification d'une vulnérabilité partagée ou d'un lien de causalité entre différents troubles ne font pas consensus¹⁵.

Les publications sur le sujet révèlent que les personnes victimes d'agression sexuelle présentant un TSPT ont un risque supérieur de présenter un autre trouble psychiatrique comorbide^{16, 24, 32, 41, 42} (TDM^{16, 26, 32, 42, 43}, trouble de l'utilisation de l'alcool et d'autres substances¹⁶, trouble panique^{16, 32}, agoraphobie^{16, 32}, trouble obsessionnel-compulsif³², trouble d'anxiété sociale^{16, 32}, trouble d'anxiété généralisée¹⁶, phobie spécifique¹⁶), par rapport aux personnes ayant vécu un événement traumatique mais ne présentant pas de TSPT. Cependant, ces troubles peuvent apparaître aussi de manière isolée.

Il y aurait une vulnérabilité partagée entre le TSPT et le TDM^{42, 43}. Ainsi une dépression préexistante peut rendre les individus plus vulnérables au TSPT après un traumatisme et, inversement, la présence d'un TSPT peut augmenter le risque de survenue d'un premier TDM⁴³.

Il est établi que l'exposition à un événement traumatique facilite le risque de développer un trouble de l'utilisation d'alcool et d'autres substances ; il est aussi montré que les troubles de l'utilisation d'alcool et de substances exposent d'avantage à certains types d'événements traumatiques^{18, 36}.

7. Autres considérations

Il semble important de noter que :

- Lors de la confrontation avec le milieu médical ou le milieu judiciaire, les personnes victimes d'agression sexuelle sont susceptibles de vivre une « seconde victimation » ; qui serait, en pratique, une détresse majorée par la perception d'attitudes négatives des autres vis-à-vis d'eux^{44, 45}. Campbell et Raja définissent cette « seconde victimation » comme « *une conséquence prolongée et aggravée de certains crimes ; elle résulte d'attitudes (et de comportements) négatifs vis-à-vis de la victime, entraînant un manque de soutien, voire même le sentiment d'être blâmé et le sentiment d'aliénation* »⁴⁶

- Les personnes présentant des troubles psychiatriques sont plus fréquemment victimes d'agressions sexuelles que la population générale^{18, 30}.

Tous ces éléments impliquent la nécessité d'une prise en charge spécialisée initialement et surtout d'une prise en charge psychologique sur le long terme.

c) Impact des agressions sexuelles comparativement aux autres évènements traumatiques

Les personnes victimes d'agression sexuelle sont plus à risque développer un TSPT par rapport à des personnes victimes d'un événement traumatique non sexuel^{24, 32, 33, 47}.

Par ailleurs, et plus particulièrement dans le cas d'un viol, elles sont plus à risque de présenter des idées suicidaires, des tentatives de suicide^{37, 48} et une symptomatologie dépressive que les personnes victimes d'autres évènements potentiellement traumatiques³⁷.

Enfin, des données indiquent que, comparées aux victimes d'évènements non criminels (accident, catastrophe naturelle...), les victimes de viol sont plus susceptibles de présenter un trouble de l'usage de l'alcool et d'autres substances¹⁶.

En somme, il ressort de la littérature qu'il y a un risque supérieur de développer un trouble psychiatrique chez les personnes victimes d'agression sexuelle que chez les personnes victimes d'un autre évènement traumatique¹⁵.

Ceci est un argument qui plaide en faveur de la nécessité d'une prise en charge spécifique des victimes d'agression sexuelle en vue de prévenir ces troubles. Il se pose la question de savoir quel type de prise en charge pourrait leur être proposée.

Partant du fait qu'une agression sexuelle est un évènement potentiellement traumatique ; il semble indispensable d'explorer la littérature existante relative à la prise en charge médico-psychologique des victimes d'évènement traumatique de manière générale. Comme la plupart des travaux explorant la prise en charge médico-psychologique immédiate se focalisent sur les victimes d'évènement collectif, nous allons voir les propositions de soins existantes à ce propos. Ces propositions pour la prise en charge des victimes d'évènements traumatiques collectifs peuvent très bien être extrapolées à celle pour les victimes d'évènements individuels notamment d'agression sexuelle car les conséquences sur le plan psychiatriques sont similaires.

C. Les modalités de prise en charge médico-psychologique des victimes d'un évènement potentiellement traumatique collectif

Selon la littérature^{10, 49-51}, suite à un évènement à potentialité traumatique il faut distinguer :

- Les prises en charge immédiates qui auront pour objectif de faire régresser les symptômes de stress présentés par les victimes dans les premières 48 heures suite à l'évènement
- Les prises en charge post-immédiates ayant pour objectif la prise en charge du Trouble de Stress Aigu et la prévention des pathologies psychiatriques qui peuvent potentiellement s'installer au long cours (essentiellement le TSPT, le TDM et les troubles de l'utilisation de substances)
- Les prises en charge à distance qui auront effectivement pour objectif de traiter les pathologies si elles se développent

La prise en charge est étroitement liée à la temporalité des symptômes (figure 1). En raison de notre sujet, nous allons nous focaliser sur les soins immédiats.

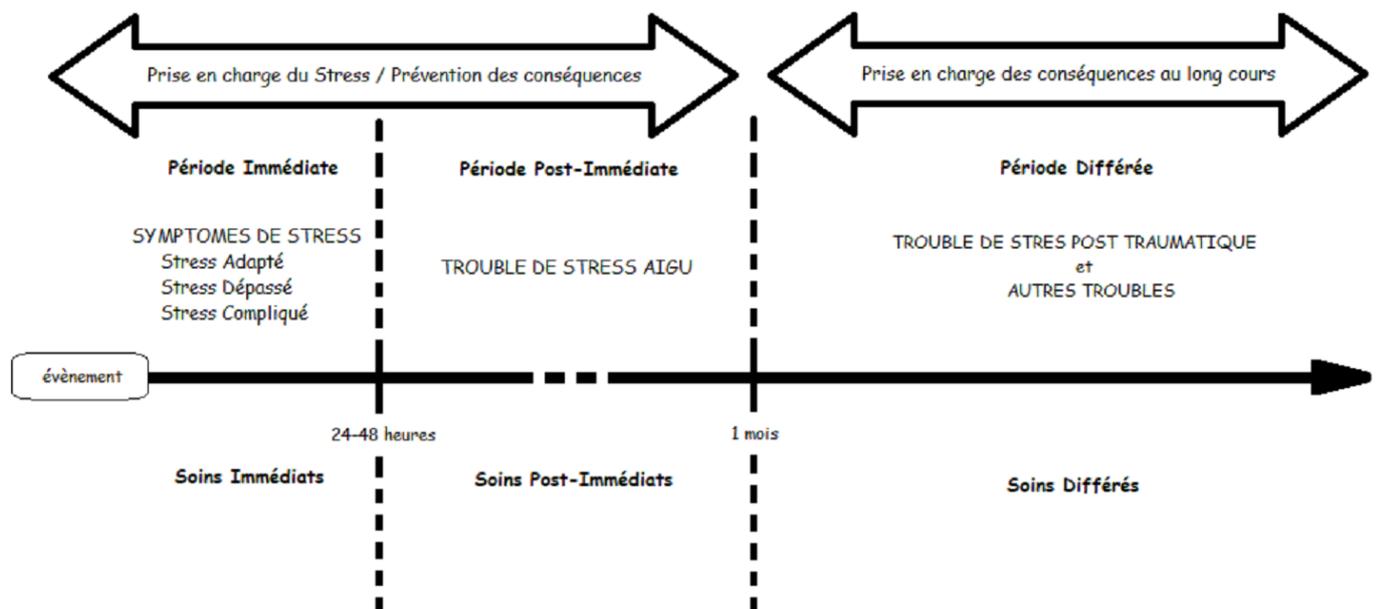


Figure 1. Temporalité des Symptômes et des Soins

1) Interventions d'urgence existantes pour les victimes d'évènements traumatiques collectifs

Il existe des prises en charge psychologiques immédiates bien définies destinées aux personnes victimes d'évènements traumatiques collectifs (catastrophe naturelle ou humaine, attentat terroriste, accident de grande ampleur).

a) L'intervention médico-psychologique immédiate proposée par les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) en France^{10, 11, 49, 52}

En France, la prise en charge médico-psychologique immédiate est définie pour les victimes de catastrophes collectives. Elle a été développée par les CUMP et a été inspirée des expériences de la psychiatrie en milieu militaire. Les CUMP ont été créés dans le contexte de la survenue de nombreux attentats terroristes en France en 1995. Une CUMP est composée de personnels soignants (psychiatres, psychologues ou infirmiers) ayant une expérience en santé mentale et est déclenchée par le SAMU pour intervenir lors de tels évènements.

La mission de la CUMP est d'évaluer et de trier les blessés psychiques et de leur prodiguer des soins médico-psychologiques immédiats :

- *Defusing* pour les personnes en état de stress adapté
- Procurer une médication voire indiquer une hospitalisation, si cela est nécessaire, pour les personnes en état de stress dépassé ou de décompensation d'un trouble psychiatrique sous-jacent
- Préparer le devenir des victimes et leur donner les informations qui leur seront utiles

Les premiers éléments de la prise en charge consistent à assurer les besoins immédiats du patient en terme :

- De besoins matériels :
 - Assurer la sécurité du patient
 - Satisfaire un minimum de confort (couverture, eau, nourriture,)
 - Recevoir dans un environnement accueillant et rassurant
- De besoins d'informations :
 - Dans la mesure du possible ; donner des réponses simples et exactes
 - Ne pas élaborer de fausses promesses

Le Defusing (« déhocage » ou encore « désamorçage » psychologique)

Le *Defusing*, c'est une première verbalisation en terme de vécu (faits, émotions, pensées). Ce soin s'adresse aux victimes, impliqués et témoins, ainsi qu'aux sauveteurs, lors d'un événement traumatique collectif ; il doit s'effectuer uniquement auprès des personnes en stress adapté. Cette intervention s'effectue dans les premières heures ayant suivi l'événement. Les entretiens sont généralement de courte durée (15-20 minutes), en individuel ou par petits groupes. Habituellement, cette prise en charge immédiate se déroule à proximité des lieux de l'événement (mais dans un local assurant toute la sécurité nécessaire) ou à l'hôpital. Elle s'effectue par des professionnels soignants de la CUMP formés spécifiquement à cette technique.

L'objectif du *Defusing* est d'inciter le sujet, en état de stress adapté, à verbaliser son expérience vécue de l'événement, dans le but de réduire les symptômes cliniques en favorisant la décharge émotionnelle pour permettre à l'individu d'intégrer l'événement dans son histoire.

En pratique, les principales recommandations de cette technique psychothérapeutique particulière sont les suivantes :

- I- Être proactif et aller au-devant des victimes
- II- Se présenter par son nom et sa fonction
- III- Avoir une attitude contenante ; et faire preuve d'empathie, de bienveillance et avoir une attitude d'écoute ; avoir une attitude réhumanisante
- IV- Laisser le choix au patient de parler ou pas ; poser des questions ouvertes et avoir une attitude non-intrusive (c'est à dire que le vécu de l'événement doit être rapporté par le sujet de manière totalement volontaire) (ex : « avez-vous envie d'en parler? qu'est ce qui s'est passé ? Comment vous sentez-vous ? »...)
- V- Donner des repères dans le temps et dans l'espace ; rassurer le patient sur sa sécurité immédiate ; donner les informations dont on dispose
- VI- C'est une technique souple qui doit s'adapter au patient
- VII- Ne pas chercher à dédramatiser l'évènement ou ses conséquences, ni minimiser la situation. En particulier, il est conseillé de préserver le sentiment de culpabilité du patient s'il l'exprime tout en évitant de le renforcer.

Les médicaments de l'urgence médico-psychologique

Il n'existe pas de consensus sur la molécule anxiolytique à utiliser en première intention à la phase aiguë entre l'hydroxyzine, les benzodiazépines et les nouveaux antipsychotiques. Cependant il est recommandé, pour les patients en état de stress dépassé, d'utiliser une anxiolyse médicamenteuse non sédatrice⁵² à demi-vie courte.

Préparer le devenir des victimes

Lors de cette prise en charge il est important de :

- **Donner des informations** : Informer les victimes sur les symptômes immédiats pouvant être ressentis et la possibilité des troubles ultérieurs (fiche écrite) ; les orienter vers un accompagnement social et juridique (associations d'aide aux victimes)
- **D'Indiquer la possibilité d'un suivi ultérieur** (consultation de psychotraumatisme) et/ou de proposer un *debriefing* ultérieur. En effet, il est recommandé que les soins immédiats soient une amorce vers des soins ultérieurs

b) Premiers Secours Psychologiques, ou Psychological First Aid⁵³⁻⁵⁴

Processus conceptualisé dans les années 70-80 dans les pays anglophones notamment aux États-Unis, les premiers secours psychologiques (*PFA*) consistent en un ensemble systématique d'actions d'aide visant à réduire la détresse initiale causée par des événements traumatiques et à favoriser un fonctionnement adaptatif à court et à long terme. Les *PFA* s'adressent aux personnes exposées aux catastrophes ou au terrorisme, ainsi qu'aux premiers intervenants et aux autres secouristes. Les intervenants formés à délivrer les *PFA* ne sont pas systématiquement des professionnels de santé. C'est une technique soutenue par l'OMS.

L'objectif des premiers secours psychologiques est de réduire la détresse, de répondre aux besoins actuels et de promouvoir le retour à un bon fonctionnement adaptatif, et non de révéler les détails des expériences et des pertes traumatiques.

Le comportement de l'intervenant doit être le suivant :

- avoir une attitude calme
- avoir une attitude non intrusive
- être disponible
- parler de manière simple et concrète
- faire preuve de sensibilité
- faire preuve d'une écoute attentive.

Conçues comme une composante initiale d'une intervention globale en cas de catastrophe ou de traumatisme, les *PFA* s'articulent autour des **huit actions principales et objectifs suivants** :

1. Le contact : il faut entrer en contact avec les victimes de manière non intrusive, en établissant un lien de confiance, en se présentant avec son nom et sa fonction. Il faut demander à la victime si elle est d'accord pour s'entretenir.

2. La sécurité et le confort : il faut assurer la sécurité physique immédiate. Il faut procurer un confort physique et émotionnel, et promouvoir un sentiment de sécurité ; il faut éviter une exposition non nécessaire à un traumatisme supplémentaire et au rappel du traumatisme.

3. La stabilisation : si une victime est émotionnellement débordée (en pleur, en état d'agitation...) il est nécessaire de l'aider à retrouver son calme en l'amenant dans un endroit calme, en se montrant contenant.

En cas de nécessité (persistance de l'état) il est parfois essentiel d'orienter vers un professionnel de santé mentale s'il y a un échec des mesures de bases.

4. Les besoins et préoccupations actuels : il faut identifier les besoins et les préoccupations des victimes en termes d'informations et tenter de les satisfaire.

5. L'assistance pratique : il faut identifier les besoins et préoccupations matériels des victimes et offrir une aide pratique à la victime afin de répondre à ses besoins et préoccupations immédiats.

6. Le lien avec les soutiens sociaux : il faut promouvoir le soutien social, de l'entourage (famille, amis) ou des intervenants et structures d'aide locale.

7. Les informations sur les stratégies d'adaptation : il faut fournir à la personne des informations (y compris des informations sur les réactions au stress et l'adaptation à son stress) susceptibles de l'aider à faire face à l'événement et à ses conséquences. Il faut aider à mettre en place des stratégies d'adaptation positive (qui comprend des éléments tels que parler à une autre personne pour obtenir du soutien, se reposer suffisamment, faire de l'exercice et se livrer à des activités de distraction positives), et d'éviter les stratégies d'adaptation négative (ces façons problématiques de faire face comprennent la consommation d'alcool ou de drogues, le retrait de la famille ou des amis ou le fait de travailler trop longtemps).

8. Le lien avec les services disponibles : il faut établir un lien entre les victimes et les services nécessaires (aides aux victimes, santé mentale) et les informer des services disponibles qui pourraient être nécessaires à l'avenir.

2) L'efficacité des prises en charge médico-psychologiques pour les personnes victimes d'évènement traumatique

a) A propos des prises en charge immédiates

L'efficacité des techniques de prise en charge immédiate pour la prévention de la survenue ultérieure de troubles psychiatriques (notamment du TSPT) n'a pas encore été démontré.

Le *Defusing* a été décrit dans une étude récente comme étant perçue comme bénéfique par les patients⁵⁵ ; en effet, dans cette étude 93% des patients interrogés 1 mois après un évènement traumatique disait avoir été apaisé par la prise en charge de la CUMP.

Pour les *PFA*, chacune des composantes de ce programme sont montrées comme bénéfiques, mais peu de recherches ont été menées sur la manière dont l'ensemble des stratégies d'intervention peut réduire la détresse post-traumatique⁵⁴.

b) Remarques sur les prises en charge post-immédiates et à long terme

Les prises en charge post-immédiates et à court terme

Aucune intervention précoce n'a réellement montré une efficacité pour réduire le risque de présenter un TSPT au long cours ; mais certaines interventions comme des techniques de thérapie cognitivo-comportementale (TCC), d'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ou de psychoéducation montrent une efficacité pour diminuer la détresse initiale et/ou accélérer le rétablissement en cas de trouble de stress-post traumatique précoce^{29, 56-64}.

Les prises en charge à long terme

Ces dernières décennies se sont développées des thérapies efficaces, telles que les TCC ou l'EMDR, qui ont fait leurs preuves pour prendre en charge les personnes victimes d'évènement traumatique présentant un trouble de stress-post traumatique⁶⁵⁻⁶⁹. La thérapie de reconsolidation avec utilisation de *Propranolol* (bêta-bloquant) est prometteuse⁷⁰⁻⁷¹.

D. Ouverture

En somme, les agressions sexuelles sont des événements courants ; les conséquences psychologiques sont fréquentes et invalidantes pour les personnes qui en sont victimes ; c'est pourquoi, la prise en charge des personnes victimes d'agression sexuelle sur le plan médico-psychologique est un problème majeur de santé publique.

Il est établi comme une évidence que les personnes victimes d'évènement potentiellement traumatique collectif doivent bénéficier d'une prise en charge spécialisée immédiate. Par ailleurs, les prises en charge psychothérapeutique et/ou pharmacologique pour traiter dans un second temps un TSPT installé chez ces victimes ont montré leur efficacité.

De manière analogue à la prise en charge psychologique des victimes d'évènement traumatique collectif, il est nécessaire que les personnes victimes d'agression sexuelles puissent bénéficier d'une intervention spécialisée immédiate. Il est aussi nécessaire, afin de faciliter l'accès aux soins, qu'elles soient informées des potentielles conséquences psychologiques et des services de soins disponibles.

Cependant, d'après les professionnels de santé, que nous avons pu rencontrer, qui travaillent auprès des victimes d'agression sexuelle, il semble ne pas exister de protocole bien défini ou de recommandations opposables sur la prise en charge médico-psychologique immédiate des personnes victimes d'agression sexuelle au niveau national en France ; alors qu'il existe une prise en charge systématisée sur le plan somatique.

Par ailleurs, c'est une préoccupation de la politique gouvernementale actuelle. En effet, au sein du projet de loi renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes, adopté le 5 juillet 2018 au Sénat, les élus du Palais du Luxembourg ont voté un Amendement pour intégrer dans tous les Projets Régionaux de Santé (PRS) un volet obligatoire sur la prise en charge des violences sexuelles. Ils ont ainsi ajouté à la liste des éléments constitutifs du PRS, prévue par l'article L.1434-2 du Code de santé publique, un "programme régional relatif à la prévention des violences sexuelles et à l'accès aux soins des victimes de ces violences »⁷². De plus, le Ministère des solidarités et de la santé, lançait le 19 juin 2018 un appel à projets national pour l'identification de dispositifs de prise en charge globale du psychotraumatisme pour toutes les victimes⁷³. Il apparaît donc comme une nécessité que soit défini un parcours de soins dès les premiers instants après une agression sexuelle et que l'aspect médico-psychologique y soit considéré.

L'objectif du travail présent est de faire un état des lieux sur les recommandations et les protocoles de soins existants en termes de prise en charge médico-psychologique (évaluation, orientation, surveillance, thérapeutique) immédiate des personnes adultes victimes d'agression sexuelle.

Existe-t-il des méthodes de repérage des victimes d'agression sexuelle à risque de développer des troubles tel que le TSPT et le TDM ? Existe-t-il un protocole proposant une surveillance systématique à court terme pour ces personnes ? Existe-t-il des stratégies thérapeutiques immédiates tel le *defusing* ou le *PFA* préconisées pour ces personnes?

Nous proposons d'établir une revue systématique de la littérature afin de répondre à cette question.

METHODE

Nous avons cherché des publications dans les bases de données PubMed, PsycINFO et SUDOC.

Les recherches dans la base de données PubMed ont été réalisées avec la combinaison suivante de mots-clefs (*("Rape"[Mesh]) OR ("Sex Offenses"[Mesh]) AND ("Crisis Intervention"[Mesh]) OR ("Patient Care Management"[Mesh])*)) via le constructeur de requêtes bibliographiques médicales sur CISMef (catalogue et index des sites médicaux de langue française).

Nous avons abouti à la combinaison suivante : (*(("rape"[MH] OR ("rape"[TW] OR "rapes"[TW] OR "gender-based violence"[TW] OR "Intimate partner violence"[TW] OR "forcible intercourse"[TW] OR "Rape - assault (event)"[TW] OR "Rape - assault"[TW] OR "Rape - assault (finding)"[TW] OR "Sexual assault (finding)"[TW] OR "Sexual assault"[TW])) OR ("sex offenses"[MH] OR ("sex offenses"[TW] OR "abuses, sexual"[TW] OR "abuse, sexual"[TW] OR "violence, sexual"[TW] OR "offense, sex"[TW] OR "sex offense"[TW] OR "offenses, sex"[TW] OR "sexual abuse"[TW] OR "sexual violences"[TW] OR "sexual violence"[TW] OR "violences, sexual"[TW] OR "sexual abuses"[TW] OR "Sexual offending behavior (finding)"[TW] OR "Sexual offending behavior"[TW] OR "Sexual offending behaviour"[TW] OR "Sexual offence"[TW])))) AND ((("crisis intervention"[MH] OR ("crisis intervention"[TW] OR "intervention, crisis"[TW] OR "interventions, crisis"[TW] OR "critical incident stress debriefing"[TW] OR "crisis interventions"[TW] OR "Crisis intervention (regime/therapy)"[TW] OR "Crisis intervention, NOS"[TW] OR "Crisis therapy"[TW] OR "Crisis intervention (procedure)"[TW])) OR ((("patient care management"[MH] OR ("patient care management"[TW] OR "management, patient care"[TW] OR "care management, patient"[TW] OR "management of practice"[TW] OR "home visit"[TW] OR "management competency"[TW]))))*)

Concernant la Base de données PsycINFO, les recherches ont été réalisées avec les combinaisons suivantes de mots-clefs « Subjects » (*Sex Offenses OR Sexual Abuse OR Rape*) AND (*Crisis Intervention OR Primary Health Care*) et de mots-clefs « MeSH » (*Rape OR Sex Offenses*) AND (*Crisis Intervention OR Patient Care Management*).

Enfin, la Base de données SUDOC a été explorée avec les mots-clefs suivants : « *Victimes d'abus sexuels* » et « *Victimes de Viol* ».

Nous avons limité les recherches aux résultats publiés entre 1997 et Avril 2018, disponibles à la date du 15 mai 2018.

Les critères d'inclusion des publications étaient les suivants :

- 1- publication en anglais ou en français
- 2- population étudiée : patient majeur
- 3- population étudiée : victimes d'une agression sexuelle récente (<4semaines)
- 4- publication à propos de la prise en charge médico-psychologique immédiate (évaluation, orientation, traitement).

A chaque étape de la recherche, le choix des articles éligibles dans la base de données a été réalisé par deux lecteurs de manière indépendante. Pour juger de l'accord entre les lecteurs, le kappa de Cohen mesurant la concordance inter-évaluateur a été calculé pour la première étape de la sélection (sélection par lecture des titres des articles).

Pour chaque article, s'il y avait désaccord, une concertation avait lieu afin de résoudre la différence entre les choix des lecteurs.

D'autres publications citées dans la bibliographie des articles sélectionnés, potentiellement éligibles à la lecture de leur titre, ont été intégrés à la sélection après lecture intégrale de leur contenu.

Le texte intégral de chaque publication sélectionnée a été lu. Les données qui en ont été extraites sont celles qui étaient relatives à la prise en charge immédiate (autrement dit dans les suites rapprochées de l'évènement) des victimes d'agression sexuelle sur le plan médico-psychologique. Ces données ont été classées en cinq catégories définies selon la littérature à propos de la prise en charge immédiate habituelle des victimes d'évènement potentiellement traumatique :

- le cadre (le dispositif d'accueil, l'organisation des soins) ;
- l'évaluation du patient ;
- les interventions entreprises auprès du patient ;
- l'information donnée au patient ;
- l'orientation après la prise en charge initiale.

La constitution de cette revue et la rédaction ont été faites en considérant les recommandations PRISMA⁷⁴.

RESULTATS

Pour la première étape de la sélection, la concordance des choix des deux lecteurs a été de 88% ; le kappa de Cohen mesurant l'accord entre les lecteurs a été retrouvé à 0.50.

Parmi toutes les publications trouvées (1647 dans PubMed, 233 dans PsycINFO et 210 dans SUDOC), soit 2090 au total, celles jugées potentiellement admissibles en fonction de leurs titres (110 dans PubMed, 36 dans PsycINFO, 23 dans SUDOC), soit 169, ont bénéficié d'une lecture de leur résumé.

Parmi ces 169 publications, 22 ont été sélectionnés après lecture de leur résumé. La majorité des publications explorées durant notre recherche concernaient des aspects somatiques ou médico-légaux de la prise en charge des victimes ; également une grande partie était centrée sur des aspects qui ne nous intéressaient pas dans ce présent travail car concernaient la prise en charge des mineurs ou concernaient une prise en charge à distance de l'agression.

Parmi les 22 publications restantes après lecture de leur résumé, 8 ont été exclus par rapport à leur contenu intégral qui ne correspondait pas à notre sujet de recherche. Par la suite, 8 publications figurant dans la bibliographie des articles sélectionnés ont été jugées pertinentes au regard du sujet et intégrées à la sélection. Le diagramme de flux (figure 2) résume les étapes de la sélection.

Pour la suite de ce travail, les 22 publications sélectionnées sont référencées dans le texte par des lettres dont la correspondance est notée dans l'**Annexe 1**.

Une synthèse des résultats est présentée sous forme de tableau dans l'**Annexe 2**.

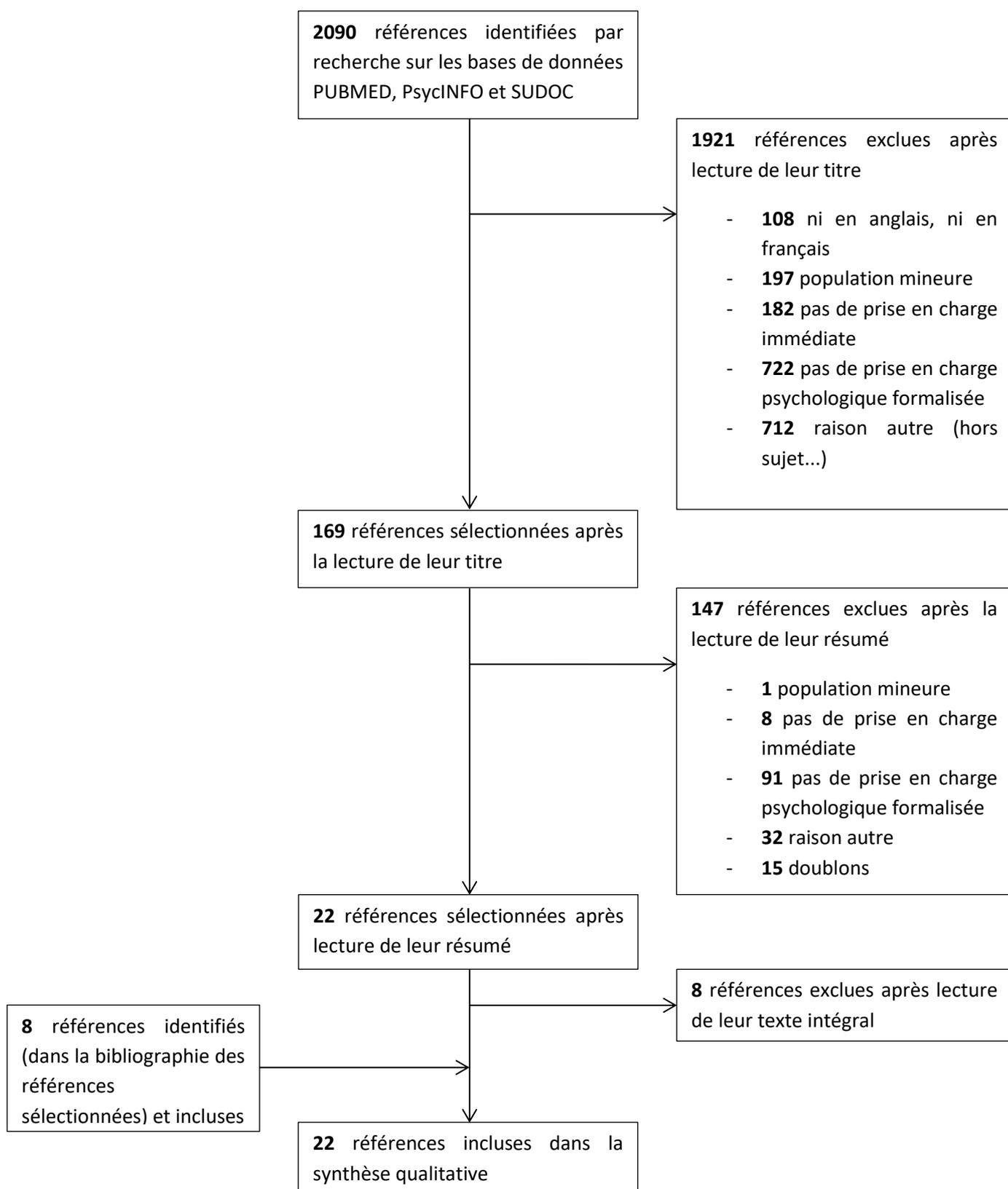


Figure 2. Diagramme de flux : sélection des publications

A. Cadre

Cette rubrique rassemble les données des publications à propos de la manière globale dont est pris en charge le patient et de l'organisation des soins.

1) Un personnel spécifiquement formé est recommandé

Le programme *SANE* (Sexual Assault Nurse Examiner) aux États-Unis, propose une prise en charge spécialisée des patients victimes d'agression sexuelle par des infirmières formées à la collecte de preuves médico-légales, aux soins somatiques immédiats et à court terme, à la prise en charge psychologique immédiate. La formation *SANE* inclut la formation à la prise en charge psychologique immédiate^{b,j,t}.

De manière analogue, l'OMS dans ses recommandations^q, préconise qu'idéalement les services de santé et les services médico-légaux devraient être fournis au même moment et par la même personne, et que ce personnel de santé doit recevoir une formation spécifique.

Dans le même registre, Jina et al. ainsi que Decker et al. insistent sur le fait que le personnel prenant en charge les victimes de violence sexuelle doit être formé spécifiquement à cela^{d,h}.

Dans le rapport de l'OMS « Appui à la santé mentale et soutien psychosocial en cas de violence sexuelle liée aux conflits : principes et interventions », il est préconisé que des intervenants devant prendre en charge des personnes victimes d'agression sexuelle soient formés aux *Premiers Secours Psychologiques*^p. Decker et al. aussi font cette même recommandation^d.

Dans le protocole de soins du Kenya proposé par le ministère de la santé, il est indiqué que les patients victimes d'agression sexuelle bénéficient initialement systématiquement d'une consultation avec un professionnel formé à la victimologie (*trauma counselling*)^{i,n} et qu'un suivi soit planifié. Le *trauma counselling* est une mesure qui représente un soutien psychologique et un accompagnement à travers les soins et les autres dispositifs tels que l'accompagnement social et judiciaire.

Dans le même registre, les recommandations du *National SATU* (Sexual Assault Treatment Unit) *Guidelines Development Group* (qui est un groupe de réflexion pluriprofessionnel destiné à constituer un protocole pluriprofessionnel pour la prise en charge des victimes d'agression sexuelle) recommandent un contact systématique, après accord du patient, avec un intervenant du *Rape Crisis Center* (RCC) ; intervenant formé au soutien psychologique des victimes d'agression sexuelle^o.

2) Une prise en charge coordonnée est recommandée

◦ Coordination des services de soins entre eux

Le protocole présenté par Warembourg prévoit une organisation entre les différents services de soins ^u (entre gynécologie/médecine légale et psychiatrie).

Le protocole de prise en charge au Kenya décrit aussi une coordination des soins ⁱ.

Enfin, dans le protocole de soins présenté par Winchenne et al. ^v, il est décrit une organisation pour une coordination des soins (soins somatiques, médico-légaux et psychiatriques). L'équipe de liaison de psychiatrie est aussi systématiquement sollicitée par le médecin qui reçoit le patient, avec son consentement.

◦ Coordination entre les services de soins et les services judiciaires et sociaux

Plusieurs publications préconisent une prise en charge coordonnée entre les différents services (structure d'aide aux victimes, services médicaux, services de santé mentale, justice) afin de minimiser les conséquences psychologiques chez les victimes d'agression sexuelle et faciliter l'accès aux soins ^e. ^s. Decker et al. décrivent la même nécessité de coordinations et citent l'exemple des *Rape Crisis Center (RCC)* ^d, structures d'accompagnement qui fournissent une aide aux victimes afin d'avoir accès aux différents services médical, légal, psychologique et judiciaire. Le Protocole du *National SATU Guidelines Development Group* expose aussi le fait de contacter systématiquement un membre du *RCC* afin d'accompagner la victime dans la prise en charge ^o.

Winchenne et al. ^v propose une coordination des services de santé et de justice ; il y est explicitement détaillé la communication entre service judiciaire et service de santé.

3) Un lieu spécifique est recommandé ainsi que des soins centralisés

Deux publications évoquent la nécessité de recevoir le patient dans une pièce au calme ^{n,f}. Jina et al. préconisent d'effectuer la prise en charge dans une salle d'examen dédiée à l'accueil de victimes d'agression sexuelle avec tous les soins disponibles sur place ^h. Dans le protocole de soins présenté par Winchenne et al., il est de même spécifié d'effectuer la prise en charge dans un Box dédié ^v.

Eogan et al. préconisent que la prise en charge psychologique soit réalisée sur le même lieu mais dans une pièce différente de l'examen physique ^e.

Dans le même registre, plusieurs publications préconisent une prise en charge centralisée ^{e, h, q, s} ; c'est-à-dire où la prise en charge médico-légale, psychologique et judiciaire soient effectuées au même endroit.

B. Evaluation

Plusieurs publications mentionnent qu'une évaluation particulière doit accompagner la prise en charge des victimes d'agression sexuelle dès les premiers instants ; en particulier une évaluation des éléments suivants :

1) Antécédents psychiatriques

Plusieurs publications recommandent d'explorer les antécédents psychiatriques personnels^{g, j, q,} et familiaux^r. Harrison et al. expliquent que c'est dans le but d'orienter le patient systématiquement vers les services de santé mentale en cas d'antécédents^g.

2) Antécédents de victimation

Plusieurs auteurs préconisent de recueillir les antécédents d'agression sexuelle^t et/ou d'abus sexuel^j. Harrison et al. soulignent que des antécédents d'abus sexuel ou d'autres expositions à des événements potentiellement traumatiques nécessitent que le patient soit adressé systématiquement aux services de santé mentale^g.

3) Evènements de vie récents

Harrison et al.^g précisent aussi de rechercher un changement ou un événement récent important dans la vie du patient (et donnent comme exemple : une procédure judiciaire en cours ; une grossesse). La présence d'un tel évènement pouvant être générateur d'un stress supplémentaire et pouvant induire que les personnes puissent ressentir une plus grande détresse après une agression sexuelle. Pour cette raison, Harrison et al. recommandent dans ces circonstances d'adresser le patient aux services de santé mentale systématiquement pour un suivi psychologique.

4) Etat psychologique et émotionnel

Plusieurs articles préconisent l'évaluation psychologique et émotionnelle du patient sans en préciser les modalités^{c, f, h, j}.

Dans le même registre, dans le protocole de prise en charge *SANE* présenté par Ledray et al. il convient de relever les attitudes et comportements du patient durant la prise en charge initiale^j.

Harrison et al. préconisent d'utiliser deux outils d'évaluation :

- l'*Impact Scale* (**Annexe 3**) qui évalue la symptomatologie liée au stress post-traumatique (comme l'*Impact Event Scale*). Un score égal ou supérieur à 17/35 pour les symptômes de répétition, égal ou supérieur à 20/40 pour les symptômes d'évitement à l'*Impact Scale* nécessite que l'on oriente le patient vers les services de santé mentale.

- le *Feelings and Behaviour Questionnaire* (**Annexe 4**) qui évalue les sentiments et les comportements ^g. Un score supérieur ou égal à 4 pour cet outil nécessite que l'on oriente le patient vers les services de santé mentale.

5) Risque suicidaire, auto-agressivité et hétéro-agressivité

Plusieurs publications indiquent la nécessité d'évaluer le risque suicidaire ^{a, c, d, j, s} et d'auto-agressivité ^c.

Dans le protocole *SANE*^j, il est précisé d'évaluer le risque suicidaire à l'aide de l'outil *Critical Item Suicide Potential Assesment* (CISPA ; **Annexe 5**) si :

- le patient exprime des pensées suicidaires ou auto-agressives
- il a des antécédents de pensées suicidaires ou de tentative de suicide
- l'infirmière *SANE* craint que le patient tente de se faire du mal

Cet outil permet d'évaluer le risque suicidaire, afin solliciter une consultation d'urgence avec un psychiatre si un risque est présent ^j.

Resnick et al. évoquent aussi le fait d'évaluer le risque de volonté d'homicide de la victime envers l'auteur des faits ^s (si ce dernier est connu).

C. Intervention

Certains articles retenus décrivent de manière détaillée les interventions pouvant être proposées auprès des patients dans un but thérapeutique. Parmi ceux-ci on peut retenir :

1) Attitude du soignant

Les préconisations concernant l'attitude dont doit faire preuve le soignant qui accueille une victime d'agression sexuelle sont fréquemment mentionnées dans l'ensemble de cette revue. Il est ainsi recommandé :

- De se présenter et d'expliquer sa fonction ^{b, j, n, q}
- D'appeler le patient par son nom ; de garder le contact visuel ^{b, q}
- D'avoir une attitude calme ^{a, b, d, q, r} ; d'instaurer un rapport de confiance ^{b, d, n}
- De faire preuve d'une attitude respectueuse ^{d, q, r}
- D'être à l'écoute ^h ; d'être disponible ^{b, q} ; d'aller au rythme du patient ^{n, q}
- D'expliquer la prise en charge ^{b, j, q} et les examens médico-légaux

- De faire preuve d'empathie ^{a, d, h, n, q}
- D'avoir une attitude directive, mais non contraignante ^a ; de ne pas être intrusif ^{d, l}
- De ne pas mettre le patient dans une position d'objet ^b ; d'avoir une attitude réhumanisante ^{b, n}
- De ne pas avoir de jugement de valeur ^{b, d, h, l, m, n, q}, ne pas avoir une attitude d'incrédulité ^{d, q}
- De rassurer et de valoriser le patient ^{h, q}

Face au sentiment de culpabilité présenté fréquemment par les patients, certains auteurs préconisent d'avoir un discours déculpabilisant ^q. D'autres au contraire recommandent de respecter ce ressenti, la culpabilité étant une manière de se réapproprier un sentiment de contrôle sur l'événement ^l. La revue de Bronchard et al. (publiée en 1999 à propos de la prise en charge des victimes récentes de viol) révélait déjà cette controverse ^a.

2) Restaurer un sentiment de sécurité immédiate

Plusieurs publications recommandent de restaurer un sentiment de sécurité chez le patient ^{a, d, h, o, q, r} en lui rappelant entre autres que l'événement est terminé et qu'il est à présent en sécurité.

3) Restaurer un sentiment de contrôle

Plusieurs auteurs insistent aussi sur le fait de restaurer un sentiment de contrôle chez le patient ^{a, b, d, h, n, q} notamment en donnant le choix au patient ^{a, b, j, o, q}, en favorisant la prise de décision ^d (le choix par rapport aux soins, à la prise en charge, au fait de porter plainte ou non) et laissant le rythme de la prise en charge au souhait du patient ^d.

4) Evaluer et promouvoir la sécurité du patient

Plusieurs publications préconisent d'évaluer ^{a, d, e, k, n, s} et de promouvoir ^{a, d, e, j, k, n, s} la sécurité du patient à court et à moyen terme, par exemple, en s'assurant que la victime est en situation de sécurité après l'hôpital ^{e, k}, en aidant le patient à planifier sa sécurité ^o. Dans certains cas, il est même conseillé d'orienter le patient immédiatement vers les ressources pouvant lui trouver un hébergement ^{j, s}.

Certains auteurs précisent de prendre des mesures immédiates pour protéger le patient en cas de risque suicidaire, selon la situation, soit en proposant une prise en charge ambulatoire avec un accompagnement par l'entourage ^{a, c} et une orientation vers le médecin généraliste ^c soit en proposant une prise en charge hospitalière ^j.

5) Evaluer et promouvoir le soutien social

Plusieurs publications indiquent d'évaluer le soutien de l'entourage, c'est-à-dire de chercher la présence ou pas d'un soutien familial ou amical ^{a, d, g}, et d'évaluer leur réactions bénéfiques ou

délétères^{a, r}. Dans le même registre, il est préconisé de promouvoir le soutien social^{a, d, q, r}, c'est-à-dire, d'une part, de promouvoir le soutien de l'entourage (famille, amis)^{d, h, l, m, o}, d'autre part, de mettre en lien la victime avec des associations d'aide aux victimes, des aides sociales^{d, r}.

6) Soins Spécifiques

a) *Defusing* et verbalisation des émotions

Le protocole de prise en charge des victimes d'agression sexuelle au Centre Hospitalier de Mayotte présenté par Winchenne et al. préconise l'intervention systématique de spécialistes de santé mentale (équipe de psychiatrie de liaison) pour un *defusing* sans en préciser les modalités^v.

Bronchard et al. dans leur publication évoquent le fait d'inciter le récit des événements par la victime de la manière suivante : laisser le choix à la victime de raconter ou non, ne pas imposer ; faire verbaliser les émotions rattachées à l'événement traumatique^a.

De manière analogue, l'OMS préconise d'aider le patient à verbaliser ses émotions^q et le *National SATU Guidelines Development Group* recommande d'aider le patient à identifier et à verbaliser ses émotions^o. Majerowicz et al. proposent aussi une intervention immédiate avec un professionnel de santé mentale, si le patient donne son accord, pour une verbalisation du vécu émotionnel^l.

Osterman et al. suggèrent, dans un des points de la prise en charge qu'ils conseillent, de faire en sorte de corriger les erreurs d'attribution, c'est-à-dire de décrire avec le patient les faits de l'événement en favorisant une description objective afin de diminuer le biais cognitifs pouvant amener de l'anxiété, de la honte et de la culpabilité^r.

b) *Premiers secours psychologiques* et Soutien psychologique

Deux publications préconisent le *Psychological First Aid* (PFA) comme intervention^{d, p}. Celle-ci peut être réalisée par un professionnel formé qui n'est pas systématiquement un professionnel de santé mentale.

Dans le même registre le *National SATU Guidelines Development Group* recommande un accompagnement de soutien par un membre du personnel du RCC^o.

De même, le protocole de soins au Kenya^{i, n} décrit un accompagnement initial par une personne formé au soutien psychologique.

Enfin, plusieurs publications prônent l'évaluation^{b, h, n, o, q} et la satisfaction des besoins et préoccupations immédiats^{h, k}.

La publication du *National SATU Guidelines Development Group* préconise une *intervention en cas de crise*, sans donner plus de précisions sur les modalités^o.

c) Intervention spécialisée de santé mentale

Warembourg propose une intervention immédiate du psychiatre de garde en urgence, s'il y a des critères cliniques de gravité d'état de stress aigu (et qu'un récapitulatif de ces critères soit à disposition des services de gynécologie et de médecine légale) ^u. Winchenne et al. ^v proposent une intervention systématique de l'équipe de psychiatrie de liaison.

d) Thérapies médicamenteuses

A propos des thérapies médicamenteuses, il y a peu de données dans cette revue de la littérature.

Majerowicz et al. évoquent la possibilité de prescrire un anxiolytique de type benzodiazépine si il y a nécessité. Ils évoquent aussi l'éventualité d'une prescription de Béta bloquants sans donner d'avantage de précisions ^l. De manière analogue, Winchenne et al. ^v évoquent la prescription de psychotrope, s'il y a nécessité, sans donner d'avantage de précisions.

D. Informations

Selon les publications que nous avons retenues, la prise en charge des victimes d'agression sexuelle dans les suites de l'évènement doit comporter la communication d'un certain nombre d'informations à délivrer aux patients, qu'elles soient par rapport à l'évènement et aux troubles présentés ou aux différents services accessibles aux victimes.

1) Psychoéducation

Plusieurs publications préconisent d'informer les patients sur les symptômes et/ou réactions ayant pu survenir durant l'agression ou pouvant survenir après une agression ^{a, d, h, n, o, q, r} ; certaines précisent de remettre cette information à l'écrit ^h.

Certains auteurs préconisent d'informer aussi l'entourage proche ^{a, l, o, q, r} des manifestations pouvant survenir afin de leur donner plus de compréhension sur les comportements et réactions de la victime afin qu'il puisse être plus compréhensifs et plus soutenant.

Il est préconisé selon deux publications de restaurer et de soutenir une adaptation efficace par la psychoéducation du patient ^{n, r}.

De manière analogue, dans les recommandations du ministère de la santé du Kenya, il est suggéré de donner aux victimes des informations sur les mécanismes d'adaptation et des conseils sur la manière d'éviter les situations qui les rendent vulnérables à la violence sexuelle à l'avenir. Il est proposé

d'identifier et normaliser les sentiments de culpabilité, de gêne, de faible estime de soi et de désespoirⁿ.

Le *National SATU Guidelines Development Group* ajoute aussi de remettre au patient une information écrite sur ce que sont les violences sexuelles^o. En somme, les auteurs recommandent de faire de la psychoéducation des patients et de leur entourage.

2) Informations sur les services disponibles

◦ Services de soins disponibles

Plusieurs publications évoquent l'importance d'informer le patient sur les soins disponibles ultérieurement^{b, n, o, q} et la nécessité de remettre au patient des informations écrites concernant les coordonnées des différents services de soins disponibles^{b, d, f, j, q}; certaines publications ajoutent de manière plus spécifique de remettre les coordonnées des services de santé mentale^{b, e, l, v}.

◦ Structures d'aide aux victimes et services d'accompagnement social et/ou juridique

Plusieurs auteurs recommandent d'informer les patients sur l'existence de structures et associations d'aide aux victimes de violence^{c, n, v} et/ou de leur en remettre les coordonnées^{f, l, o, q, s}.

Dans le but de répondre à certains besoins des victimes, il est recommandé par certaines publications d'informer sur la possibilité d'un accompagnement social et/ou juridique^{c, l} de transmettre aussi les coordonnées des services d'accompagnement social^q et juridique^{d, q}, ainsi que les coordonnées des abris d'urgence^{q, s}.

E. Orientation :

Plusieurs études préconisent d'orienter les patients auprès des services de santé mentale ou auprès d'un psychologue pour une prise en charge. Cependant cette orientation n'est pas faite de manière systématique mais uniquement :

- à la demande du patient ou s'il présente des antécédents d'agression sexuelle^s
- si le patient a des antécédents psychiatriques, un changement important récent dans sa vie (procédure judiciaire en cours, grossesse), des antécédents d'expositions à des événements potentiellement traumatiques (sexuel ou non) et/ou des scores positifs à deux outils d'évaluation : *Impact Scale* et *Feelings and behaviour Questionnaire*^g
- selon l'évaluation initiale de l'équipe de liaison de psychiatrie^v
- si cela est nécessaire (sans donner plus de précisions)^{f, h, p, q}

D'autres publications en revanche recommandent une prise en charge systématique :

- Le patient est recontacté par l'équipe de psychiatrie de liaison de manière systématique, pour lui proposer une consultation, s'il n'a pas rencontré de psychiatre aux urgences. De plus, le patient est contacté pour proposer une prise en charge spécialisée en psychotraumatologie dans la semaine qui suit l'agression pour une éventuelle *intervention psychothérapeutique post-immédiate* (verbalisation du vécu et des émotions) ^u
- Dans un protocole de soins au Kenya, il est indiqué que les victimes bénéficient d'une consultation avec un professionnel formé à la prise en charge des victimes d'agression sexuelle à 2 semaines et à 4 semaines ⁱ, qu'un suivi de 5 séances est recommandé et qu'elles peuvent ensuite, si nécessaire, être référées à un psychiatre ⁿ.

DISCUSSION

L'objectif de ce travail était d'étudier les prises en charge médico-psychologiques immédiates existantes destinées aux victimes d'agression sexuelle se présentant aux urgences. La méthode que nous avons utilisée afin d'explorer ce sujet a consisté en une revue systématique de la littérature.

Concernant la méthode que nous avons utilisée pour tenter de répondre à notre question de recherche, plusieurs points forts peuvent être relevés.

En premier lieu, bien que nous n'ayons pas analysé toutes les bases de données médicales et psychologiques existantes, nous nous sommes concentrés sur les bases de données qui sont les plus utilisées et qui sont des références concernant les recherches médicales et psychologiques (PubMed et PsycINFO).

De plus, nous avons exploré la base de données française SUDOC qui permet d'avoir accès à de nombreux documents de tous types dont la littérature dite « grise ».

De surcroît, l'exploration de la bibliographie des publications sélectionnées a permis d'intégrer des documents majeurs concernant notre problématique de recherche ; documents que nous n'avions pas trouvés via nos recherches sur les bases de données explorées.

D'autre part, les mots-clefs qui ont été employés pour construire les algorithmes de recherche sont ceux répertoriés dans les thésaurus de référence de chaque base de données. Ainsi, le thesaurus MeSH (Medical Subject Headings) a été consulté pour les recherches via PubMed. Le thesaurus MeSH et le thesaurus PsycINFO ont été utilisés concernant PsycINFO. Enfin, le thesaurus RAMEAU (Répertoire d'Autorité-Matière Encyclopédique et Alphabétique Unifié) a été exploité pour SUDOC. Il est important de noter aussi que pour obtenir une bonne correspondance entre les termes français et les mots-clefs existants en anglais, nous avons eu recours au Constructeur de Requêtes Bibliographiques Médicales (CRBM) via le Catalogue et Index des Sites Médicaux de Langue Française (CISMeF).

Par ailleurs, la période couverte par notre recherche est conséquente : elle est d'une vingtaine d'années entre le 1^{er} janvier 1997 et le 31 avril 2018. Bien que l'intérêt pour ce sujet qu'est la prise en charge des victimes d'agression sexuelle soit déjà développé à la fin des années 70 et dans les années 80, nous voulions explorer les données récentes à ce propos.

Un autre élément fort de notre méthode est le fait que deux lecteurs aient participé à la sélection des publications. Cela permettait d'éviter d'omettre une publication dans la sélection et de minimiser un biais de confirmation. La concordance retrouvée entre les sélections des deux lecteurs est de 88% ; le kappa de Cohen calculé est retrouvé à 0.50 ce qui montre un accord modéré entre les deux

lecteurs. Cet accord modéré peut être expliqué, selon nous, par la différence d'expérience sur le sujet des deux lecteurs ; de plus, les titres des publications étaient souvent peu explicites ; en outre il y a eu des erreurs d'attention en élaborant la sélection vis-à-vis des critères « *publication en anglais ou en français* » et « *population étudiée : patient majeur* ». Cependant, lors de la discussion pour s'accorder sur chaque article pour lequel il y avait divergence d'opinion, il n'y a pas eu de difficultés à trouver rapidement un consensus.

Enfin, les recommandations PRISMA pour l'écriture de revues systématiques et de méta-analyses ont été considérées, et nous avons fait en sorte de coïncider au mieux avec celles-ci.

Cependant quelques points faibles sont à relever.

La période considérée pour constituer notre revue se termine le 30 avril 2018 car nous avons commencé la sélection des publications en mai 2018. Or la synthèse de ce travail a lieu près d'un an après. Cependant, plus récemment, nous avons refait une recherche avec le même algorithme, sur la base de données PubMed au-delà de cette période, du 1^{er} mai 2018 au 31 juillet 2019. Celle-ci a identifiée 83 publications mais uniquement l'une d'entre elles était potentiellement éligible à la lecture du titre puis du résumé. Cette dernière aurait été intéressante à analyser de manière plus détaillée car elle étudie des interventions visant à améliorer la prise en charge du risque suicidaire notamment en formant le personnel infirmier, en utilisant un outil d'évaluation de ce risque et en orientant les victimes vers des services de suivi à court terme⁷⁵. Elle n'apporte cependant rien de fondamental puisque nous avons déjà parlé de l'importance d'évaluer le risque suicidaire dans nos résultats.

Nous pouvons nous demander si les algorithmes de recherche que nous avons employés étaient appropriés. Car, malgré le fait que les mots-clefs que nous avons adoptés semblent pertinents pour explorer les bases de données de manière exhaustive concernant notre problématique de recherche, le nombre de publications hors-sujet que nous avons rencontré durant la sélection est important et le nombre de publications finalement retenues est faible. Cependant, il y a suffisamment d'éléments pertinents dans ces documents pour dégager des points essentiels de la prise en charge des victimes d'agression sexuelle sur lesquels s'accorder.

◦ **A propos d'un dispositif d'accueil.**

Il semble se dégager un consensus dans cette revue concernant le fait que les patients doivent être pris en charge par des **personnes formées spécifiquement** à la prise en charge des victimes d'agression sexuelle, notamment formées face aux besoins psychologiques des victimes^{b, d, h, i, j, n, o, p, q, t}.

Cette constatation est en accord avec les travaux concernant la prise en charge des personnes victimes d'évènement traumatique d'une manière générale⁵². Ceci est proposé dans le but de préserver

les patients à l'exposition d'une « seconde victimation » dûe à des attitudes négatives qu'ils pourraient percevoir des soignants et/ou au manque de compétences des soignants dans la prise en charge globale des personnes victimes d'agression sexuelle^{34, 45} ; c'est pourquoi il y a nécessité de former les soignants susceptibles de recevoir ces victimes à leur prise en charge globale et notamment à leurs besoins psychologiques.

A travers le monde, il existe différents modèles de prise en charge qui font intervenir des personnes spécifiquement formées. Par exemple, le programme *SANE*, développé aux États-Unis, dont le principe est l'intervention d'infirmières spécialisées dans l'accueil et la prise en charge des victimes d'agression sexuelle. Même si ce service est avant tout axé sur l'aspect médico-légal, les infirmières reçoivent une formation sur la prise en charge psychologique des victimes⁷⁶ : les besoins émotionnels de la victime de viol et comment y répondre ; l'intervention en situation de crise auprès de la victime de viol ; l'évaluation du risque suicidaire ; les ressources existantes et les besoins de la victime de viol pour permettre la sortie dans de bonnes conditions et le suivi (y compris l'évaluation et la planification de la sécurité).

De même, au Kenya existent les *Trauma Counselors*, qui sont formés à la prise en charge psychologique des personnes victimes d'agression sexuelle^{h n}. Ces professionnels les reçoivent systématiquement d'emblée en consultation et organisent un suivi systématique (à 2 et 4 semaines), pour permettre une bonne observance et compréhension des soins médicaux et des résultats d'examen mais aussi pour évaluer l'évolution du retentissement psychologique.

Dans plusieurs publications, il est décrit **une organisation afin de mieux coordonner d'une part les soins mais aussi l'accès aux autres services** tels que le système judiciaire, les associations de soutien aux victimes.

Le but est de faciliter l'accès à tous les soins physiques (prévention du risque de grossesse, prévention des IST, soins des blessures), à la possibilité de porter plainte, au soutien psychosocial, et aux soins médico-psychologiques. En effet, les personnes victimes d'agressions sexuelles sont peu nombreuses à bénéficier de l'intégralité des soins possibles⁴⁵, dont les soins psychologiques ; c'est une population aussi qui a peu recours aux services judiciaires pour porter plainte⁴⁵. Une agression sexuelle est un évènement exceptionnel et personne n'est coutumier des démarches à entreprendre dans ce cas ; de plus c'est un évènement qui peut générer beaucoup de stress, de repli sur soi et de culpabilité ; ainsi, les interventions doivent être centrées autour de la victime et aller vers elle ; aussi, la victime doit être guidée et accompagnée.

La coordination de l'accès aux différents services peut se faire via un *RCC*^d (centres d'aide aux victimes de viol) comme il en existe aux États-Unis, et qui proposent actuellement une intervention en cas de crise et du conseil à court terme. L'intervention en situation de crise est

généralement proposée sous la forme d'une ligne d'assistance téléphonique et d'un soutien/accompagnement pour avoir accès aux services médicaux ou juridiques. Bien que de nombreux *RCC* fournissent ce type de services depuis des décennies, il n'existe que peu de recherches évaluant leur impact sur les victimes d'agression sexuelle⁴⁵ ; cependant il semble que cet accompagnement lors des différentes procédures médicales et judiciaires facilite l'accès aux soins et à la possibilité de porter plainte pour les victimes⁴⁵.

Cette coordination peut aussi parfois se faire au sein même d'un service hospitalier. En France, le CAUVA (Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Aggression, localisé à Bordeaux) peut être interprété comme une structure analogue au *RCC* sur le plan de la coordination des différents services, à la différence que ce sont des professionnels de santé qui interviennent et que c'est la structure du CAUVA qui fait office de lieu centralisé⁷⁷.

A ce propos, les recommandations vis-à-vis du lieu de réception des personnes victimes d'agression sexuelle sont consensuelles dans notre revue. Il serait pertinent de recevoir la victime dans un **endroit calme**^{n, r}, dans un **lieu unique**^e, d'effectuer la prise en charge dans **une salle d'examen dédiée** à l'accueil de victimes d'agression sexuelle avec tous les soins disponibles sur place^{h, v} et idéalement de pouvoir assurer une **prise en charge globale centralisée**^{e, h, q, s} ; c'est-à-dire où la prise en charge médico-légale, psychologique et judiciaire soient effectuées au même endroit. Un lieu calme et confidentiel légèrement excentré de l'effervescence des urgences, où peuvent intervenir les différents acteurs de la prise en charge globale, permettrait potentiellement un environnement plus rassurant. Ces modalités visant à permettre des **services centrés sur la personne** afin que la victime d'agression sexuelle ne subisse pas des déplacements multiples dans différents services, cela favorisant potentiellement l'inconfort et le traumatisme secondaire⁴⁵. Aux États-Unis, le programme SANE a cette fonction de centralisation de la prise en charge⁴⁵.

◦ A propos de l'évaluation du patient.

Globalement, dans notre revue, l'évaluation de l'état psychologique du patient est réalisée par le personnel (infirmières, médecins) qui prend en charge la personne victime d'agression sexuelle initialement. Il est généralement préconisé d'explorer les **antécédents psychiatriques personnels**^{g, j, q, r} et **familiaux**^r, de recueillir les **antécédents d'agression sexuelle**^t et/ou **d'abus sexuel**^j, d'**évaluer le risque suicidaire**^{a, c, d, j, s} et d'auto-agressivité^c, d'évaluer l'état psychologique et émotionnel du patient^{c, f, h, j}.

En effet, certains points mentionnés semblent pertinents et essentiels lors d'une évaluation globale du fait que :

- Les antécédents psychiatriques et familiaux^{27, 28}, ainsi que les antécédents d'agression sexuelle sont des facteurs de risque de développer un TSPT²⁶⁻²⁷

- Les personnes victimes d'agression sexuelle sont plus à risque à court terme de présenter des idées suicidaires et des tentatives de suicide^{37, 38, 39, 48}
- Dans l'état émotionnel et psychologique global du patient, la perception d'une menace pour sa vie durant l'évènement^{16, 26, 28, 30, 32, 33}, la dissociation péri traumatique^{21, 24, 27, 28}, la réaction émotionnelle négative péri traumatique (tel que les sentiments de peur, d'impuissance, d'horreur, de culpabilité et de honte)^{23, 28} sont des facteurs de risque de développer un TSPT

Cependant, d'autres points sont évoqués de manière isolée comme, dans la publication d'Harrison et al.^g, le fait d'explorer un changement ou un évènement récent dans la vie du sujet. Cet élément n'est pas mis en évidence comme facteur de risque de développer un trouble psychiatrique par la suite dans les publications à propos des personnes victimes d'évènement traumatique non spécifié ou d'agression sexuelle. Peut-être que les auteurs considèrent ces évènements comme un potentiel élément fragilisant générateur de stress quotidien donc amenant davantage à un risque d'être impacté par l'agression sexuelle. Cependant, il peut être noté qu'un évènement récent négatif dans sa vie est un facteur de vulnérabilité de tentative de suicide⁷⁸.

Comme autre point apparaissant de manière isolé dans notre revue, il est évoqué, dans la publication de Resnick et al.^s, d'évaluer le risque de volonté d'homicide. Cela a-t-il un intérêt direct ou indirect dans la prise en charge médico-psychologique? Ils précisent qu'au sein de l'évaluation de cet élément, il est nécessaire de pouvoir identifier avec le patient ses sentiments, de peur ou de colère, qui le conduisent à cette volonté. Donc, l'évaluation primordiale semble plus devoir s'axer sur l'évaluation des émotions et sentiments du patient (peur, colère, honte, culpabilité...), ce qui doit amener systématiquement à évaluer les conséquences induites par ses émotions (refus de soins, velléités d'homicide, velléités suicidaires...).

Peu de publications dans notre revue mentionnent dans quel but est réalisée l'évaluation, à l'exception d'Harrison et al.^g qui précisent que l'évaluation a pour finalité d'évaluer s'il y a nécessité d'orienter le patient auprès des services de santé mentale et Ledray et al.^j qui indiquent d'évaluer le risque suicidaire du patient afin d'orienter celui-ci immédiatement et systématiquement à un psychiatre en urgence en cas de risque élevé.

Il est important de dire que l'évaluation initiale doit avoir pour but le triage des victimes^{10, 49}, c'est-à-dire :

- L'identification des personnes pour qui une prise en charge psychiatrique spécialisée s'impose en immédiat : les personnes à risque suicidaire élevé ou en état de stress compliqué
- L'identification des personnes à risque de développer un trouble psychiatrique sur le moyen et long terme, avec lesquels il faut maintenir un contact à court terme pour une surveillance

rapprochée avec un professionnel de santé mentale en vue de la prise en charge précoce du trouble ; même si sur ce point-là, il n'existe pas actuellement de possibilité de prédire la survenue ultérieure d'un TSPT, d'un TDM ou d'un trouble de l'utilisation de l'alcool par exemple

Si les professionnels de santé mentale restent les mieux placés pour une évaluation spécialisée de ces divers éléments, les possibilités en pratique peuvent être limitées de par le manque d'effectifs, par le fait qu'ils ne sont pas présents dans toutes les structures d'urgence et qu'ils ne soient pas présents 24h/24.

Pour parer à cela, il semble nécessaire que les soignants de premières lignes soient capables d'effectuer une évaluation initiale pertinente afin d'orienter avec justesse les patients pour lesquels il y a un besoin d'une évaluation plus spécialisée, d'une intervention immédiate ou d'un suivi spécialisée de santé mentale à court terme. La pertinence de l'évaluation initiale pourrait être augmentée par le fait d'améliorer les connaissances du personnel de première ligne en les formants davantage (à la symptomatologie clinique, aux facteurs de risques de TSPT) et/ou de développer l'utilisation systématique de certaines échelles d'évaluation.

En somme, il paraît important que tous les patients bénéficient d'une **évaluation systématique du risque suicidaire**, même par des professionnels qui ne sont pas spécialistes de santé mentale. Il paraît aussi pertinent que **les patients les plus à risque de développer des troubles psychiatriques** (TSPT, TDM) **soient identifiés** et programmés de manière systématique en consultation avec un professionnel de santé mentale et/ou recontactés par eux systématiquement. Pour cela des outils simples d'utilisation (comme le propose Harrison et al. ^g dans notre revue) permettant d'identifier et de prendre en charge ces patients paraît nécessaire.

L'évaluation du risque suicidaire pourrait se faire par les soignants de première ligne (comme le propose Ledray et al. ^j dans notre revue) via un outil d'évaluation. Le questionnaire RUD (Risque Urgence Dangerosité ; **Annexe 6**), qui reprend les éléments présents dans les recommandations de l'HAS⁷⁸ à propos de l'évaluation du risque suicidaire, pourrait par exemple être employé.

L'identification des patients à risque de développer un TSPT ultérieur pourrait se faire en recherchant systématiquement tous les facteurs de risques et facteurs protecteurs. Aussi des outils évaluant la détresse péri-traumatique, la dissociation péri-traumatique ou la réponse adrénurgique initiale au stress - qui sont des bons prédicteurs d'une évolution potentielle vers un trouble de stress post-traumatiques⁷⁹⁻⁸¹ - pourraient être utilisés ; outils comme le PDI *Peritraumatic Distress Inventory*⁸² (**Annexe 7**) et le PDEQ⁸³ *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire* (**Annexe 8**) (questionnaires validés dans leur version française^{84, 85}) ou le STRS-A3⁸¹ (outil visant à quantifier l'activation péri-traumatique du système nerveux autonome ; **Annexe 9**).

◦ **A propos des interventions.**

Il semble y avoir un consensus, dans notre revue, en ce qui concerne **l'attitude que doit avoir le soignant** qui accueille une personne victime d'agression sexuelle ; attitude qui a pour but d'instaurer un rapport de confiance, de restaurer un sentiment de sécurité, de restaurer un sentiment d'appartenance à la communauté des vivants, de restaurer un sentiment d'humanité, d'éviter un second traumatisme^{45, 49 50}.

Une controverse a cependant lieu à propos du sentiment de culpabilité. Certains auteurs préconisent d'avoir un discours déculpabilisant^q, d'autres auteurs au contraire recommandent de respecter ce ressenti, la culpabilité étant une manière de se réapproprier un sentiment de contrôle sur l'évènement^l ; la revue de Bronchard et al.^a révélait déjà cette controverse. A ce propos, plusieurs publications concernant la prise en charge des personnes victimes d'évènement traumatique pensent qu'il ne faut pas chercher à déculpabiliser de manière hâtive les victimes^{11, 50, 86}. Selon certains auteurs, cette culpabilité immédiate est à comprendre comme une tentative de regagner de la maîtrise sur l'évènement¹¹ ; évènement qui survient de manière brutale et inattendue et qui soustrait à l'individu tout contrôle de la situation. Nous pensons en effet que **cette culpabilité est à recevoir, à écouter et à respecter** dans l'immédiat après un tel évènement comme une agression sexuelle. Un travail spécifique psychothérapique autour de cette notion de culpabilité doit avoir lieu mais dans un deuxième temps.

Pour aller dans le même sens, plusieurs publications recommandent de **restaurer un sentiment de contrôle** chez le patient^{a, b, d, g, n, q} ; cela dans la même optique de redonner au patient de la maîtrise sur ce qui lui arrive.

Il semble aussi y avoir consensus dans notre revue quant au fait de **restaurer un sentiment de sécurité** chez le patient^{a, d, h, o, q, r}, **d'évaluer et de promouvoir la sécurité** du patient^{a, d, e, j, k, n, s} à court et moyen terme (que ce soit de le protéger d'autrui ou de soi-même), **d'évaluer et de promouvoir le soutien social**^{a, d, g, h, l, m, n, q, r}. Nous avons vu aussi que de nombreuses publications prônent **l'évaluation et la satisfaction des préoccupations et des besoins immédiats**, ainsi que d'autres éléments essentiels contenus dans le *Defusing* et les *PFA*^{a, b, h, k, l, n, o, q, r}.

En somme, on peut noter que de nombreuses publications, à propos de la prise en charge des victimes d'agression sexuelle, proposent des actions concrètes présentes dans les techniques de *Defusing* et de *PFA*. Aussi nous verrons par la suite, concernant l'information à donner au patient lors de la prise en charge immédiate, que de nombreuses données font consensus dans cette revue et correspondent à des éléments essentiels contenus dans le *Defusing* et le *PFA*. Or, seulement deux publications évoquent le terme de *PFA*^{d, p} et une seul celui de *Defusing*^v, alors que ce sont deux interventions existantes concernant les victimes d'évènement traumatique collectif^{11, 49, 52, 53, 54}. Les

soins psychologiques immédiats après un évènement traumatique collectif sont bien définis et organisés ; mais de manière surprenante, pour les victimes d'un évènement individuel – qu'elle soit victime d'un accident ou d'une agression (sexuelle ou non) – la prise en charge psychologique immédiate semble ne pas être systématique partout.

Une hypothèse pour l'expliquer pourrait être que ce soit un défaut de connaissances, concernant les conséquences médico-psychologiques d'un évènement traumatique, de la part des professionnels non spécialisés ; ou un défaut de connaissance concernant la façon de les prendre en charge dans les suites immédiates sur le plan médico-psychologique, de la part des professionnels de santé mentale. En effet, les connaissances en psychotraumatologie et leur expansion sont assez récentes, et seule une partie minime des soignants y est sensibilisée.

Une autre hypothèse serait que toutes les mesures contenues dans le *Défusing* ou les *PFA* soient considérées comme « du bon sens » et qu'il ne soit pas vu comme nécessaire qu'elles soient structurées et considérées systématiquement dans ces circonstances.

Il nous paraît judicieux et nécessaire que des **interventions telles que le *Defusing* ou les *PFA*** soient réalisées à titre systématique pour les victimes d'agression sexuelle comme pour les victimes d'évènement traumatique collectif.

Les différences apparentes entre *Defusing* et *PFA* résident dans le fait que au sein de l'intervention de *Defusing*, il est mentionné l'action de favoriser, sans la forcer, la verbalisation de l'évènement (faits, émotions, pensées) ; de plus, dans le *Defusing*, il est souhaitable que les intervenants soient du personnel soignant. A part cela, les deux interventions se superposent dans leur description^{10, 11, 49, 52, 53, 54}.

Pour former le personnel non spécialiste de santé mentale, il peut être intéressant de préférer les *PFA* car ceux-ci ne sont pas axés sur la verbalisation du vécu émotionnel. Il semble plus pertinent que le *Defusing* soit réservé à un personnel plus qualifié en psychotraumatologie car la verbalisation forcée peut favoriser une reviviscence traumatique. D'autant plus que les mesures immédiates de support pratique font plus consensus que la verbalisation des faits et des émotions²⁹.

Ainsi, on pourrait envisager dans un protocole pluriprofessionnel de prise en charge des victimes d'agression sexuelle, que celles-ci soit reçues systématiquement par un professionnel de santé mentale formé au *Defusing* ; d'autant plus que l'expertise de professionnels spécialistes permettrait une amélioration de l'orientation à court terme. Pour cela, il faudrait généraliser la formation à l'intervention médico-psychologique de crise et à la psychotraumatologie ou améliorer leur diffusion et leur accès, pour ces professionnels.

A défaut d'un nombre suffisant de professionnels de santé mentale formés à la technique de *Defusing* ; il pourrait être envisagé que les intervenants de première ligne dans la prise en charge de ces victimes (le personnel des urgences notamment) aient accès à une formation spécifique sur la prise en charge des victimes d'agression sexuelle⁸⁷ dont la prise en charge médico-psychologique comprenant les *PFA*.

Une consultation spécialisée immédiate de santé mentale est recommandée dans certaines circonstances, notamment une consultation d'urgence avec un psychiatre s'il y a des critères cliniques de gravité d'état de stress aiguë selon Warembourg^u ou en cas de risque suicidaire élevé selon Ledray et al^j. Le protocole de prise en charge pluridisciplinaire des victimes d'agression sexuelle au Centre Hospitalier de Mayotte – présenté dans la thèse française de médecine générale soutenue par Winchenne^v – expose que les victimes doivent être rencontrées systématiquement par un professionnel de santé mentale (équipe de liaison de psychiatrie), sans qu'il soit précisé si ce personnel est formé de manière spécifique à la victimologie et à la psychotraumatologie.

Outre l'intervention de crise type *Defusing* dont devraient bénéficier les victimes d'agression sexuelle auprès des professionnels de santé mentale, il est nécessaire qu'elles rencontrent ces spécialistes dès leur admission aux urgences dans d'autres circonstances. Si ces professionnels ne peuvent intervenir systématiquement, comme nous l'avons discuté précédemment (de par le manque d'effectifs, du fait qu'ils ne sont pas présents dans toutes les structures d'urgence, qu'ils ne soient pas présents 24h/24), il y a là nécessité en cas de risque suicidaire, de stress dépassé ou de stress compliqué qu'ils soient sollicités. L'**intervention immédiate d'un professionnel de santé mentale** (qu'il soit formé à l'intervention de crise ou non) doit donc **dépendre de l'évaluation clinique initiale** du patient ; à cet égard – comme nous l'avons déjà vu précédemment - les soignants des services d'urgences (ou les soignants de services spécialisés : UMJ, gynécologie...) doivent recevoir une formation spécifique de l'évaluation psychologique et des premiers soins immédiats.

A propos des thérapies médicamenteuses, il y a peu de données dans cette revue de la littérature. Seules, deux thèses françaises de médecine générale évoquent la prescription d'anxiolytique sans donner davantage de précisions ; et l'une d'entre elles évoque le *propranolol* comme piste thérapeutique sans donner d'avantage de précisions. Or, bien que le *propranolol* ait été étudié comme perspective de traitement précoce pour prévenir le développement d'un TSPT⁸⁸, son efficacité n'a pas été prouvée⁸⁹. Ce produit fait actuellement l'objet de travaux pour juger de son efficacité dans des psychothérapies pharmacologiquement induites portant sur la reconsolidation de la mémoire traumatique⁹⁰ (méthode Brunet) mais c'est un autre sujet : il s'agit de soins post-immédiats et/ou différés.

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, il n'existe pas de consensus sur l'emploi d'une molécule anxiolytique plutôt qu'une autre dans la prise en charge de victimes d'évènement traumatique collectif⁵². La prescription d'un traitement anxiolytique se fait selon l'état clinique et l'évaluation du médecin (spécialiste ou pas), elle n'est pas systématique ; c'est avant tout un traitement symptomatique pour diminuer l'anxiété si celle-ci est invalidante. Il n'existe pas à ce jour de traitement connu, médicamenteux⁸⁹ ou non médicamenteux, prophylactique vis-à-vis du TSPT. La détresse initiale peut être prise en charge de manière efficace par des traitements spécifiques : par des molécules anxiolytiques non sédatives, mais la thérapie médicamenteuse n'est pas le pivot de la prise en charge médico-psychologique immédiate, c'est un traitement complémentaire.

◦ **A propos des Informations données aux patients**

Il semble y avoir un consensus à travers les publications de notre revue sur la nécessité de faire de la **psychoéducation** auprès des patients^{a, d, h, n, o, q, r} et de leur entourage^{a, l, o, q, r}. La psychoéducation regroupe l'éducation et les informations remises aux patients à propos des symptômes de stress pouvant se manifester durant l'agression et au décours, de l'évolution possible de la symptomatologie vers un trouble de stress post-traumatique à distance, ainsi que des stratégies d'adaptation. La psychoéducation donne certaines connaissances au patient qui permettent de normaliser ses ressentis, qu'il comprenne les réactions qui ont pu survenir ou qui sont présentes actuellement ; cela pouvant rassurer et/ou diminuer les sentiments de honte ou de culpabilité. Ces connaissances visent aussi à faciliter l'accès aux soins de santé mentale en expliquant que certaines manifestations qui sont habituels après un évènement traumatique peuvent persister et devenir invalidantes chez certaines personnes, et que dans ces circonstances des thérapeutiques existent auprès des professionnels de santé.

De même, il apparaît important d'**informer le patient** sur les soins disponibles ultérieurement^{b, d, f, j, n, o, q} notamment de remettre les coordonnées des services de santé mentale^{e, l, v}.

L'autre information importante porte sur les structures existantes d'aide aux victimes de violence^{c, f, l, n, o, q, s, v}, notamment les associations, dans le but de répondre à certains besoins des victimes, ou de proposer un accompagnement social et/ou juridique^{c, d, l, n, q} ainsi que les coordonnées des abris d'urgence^{q, s}.

Il paraît pertinent que **les informations soient remises par écrit**^{b, d, f, j, l, n, o, s}. En effet, pour les personnes victimes d'agression sexuelle comme pour les personnes victimes d'autres événements potentiellement traumatiques, le stress fait que l'information peut ne pas être traitée ou rester confuse⁹¹.

Ces recommandations, tant celles à propos de la **psychoéducation** que celles à propos des **informations à donner au patient sur l'accès aux différents services existant** (de santé, d'aide

sociale, juridique, d'aide aux victimes) - **avec un support écrit** contenant les coordonnées - dont il pourra avoir besoin immédiatement ou ultérieurement, sont en accord avec les recommandations et protocoles de prise en charge des personnes victimes d'évènement traumatique. En effet, dans les écrits à propos du *Defusing* et des *PFA*, on retrouve comme éléments essentiels de la prise en charge la psychoéducation ainsi que l'information aux sujets des différents services disponibles ; les soins immédiats étant considérés comme une amorce vers des soins ultérieurs^{11, 52, 54}.

Il semble pertinent que ces informations soient délivrées par des personnes formées (ou au moins sensibilisées) à la victimologie et à la psychotraumatologie, pas nécessairement des professionnels de santé mentale, mais toute personne pouvant être au contact des victimes en première ligne de soins (le personnel des urgences, de gynécologie, de l'UMJ, de médecine générale).

◦ **A propos de l'orientation des patients suite à la prise en charge initiale.**

Concernant l'orientation du patient vers des professionnels de santé mentale, plusieurs possibilités sont envisagées au sein de cette revue ; certaines publications préconisent une prise en charge systématique, d'autres une prise en charge selon les circonstances.

Le protocole pour la prise en charge des victimes d'agression sexuelle au Kenya inclut des consultations de suivi à 2 semaines et 4 semaines après l'agressionⁱ (ainsi qu'une consultation immédiate) par du personnel forméⁿ, notamment sur le plan psychologique, à la prise en charge des victimes d'agression sexuelle. Ces consultations permettent la vérification de l'observance des traitements, l'information sur le risque de grossesse et d'IST, le soutien psychologique, la psychoéducation, et l'orientation vers les professionnels spécialisés selon les circonstances (infectiologue, psychiatre).

Dans la publication de Warembourg^u, il est proposé au patient d'être recontacté de manière systématique par l'équipe de liaison de psychiatrie si la personne n'a pas rencontré de psychiatre aux urgences. Par ailleurs, il est proposé de recontacter systématiquement le patient dans la semaine qui suit pour une prise en charge spécialisée en consultation de psychotraumatologie afin qu'il puisse bénéficier éventuellement d'une *intervention psychothérapeutique post-immédiate*.

A l'inverse, pour d'autres auteurs, l'orientation des patients auprès des services de santé mentale ou auprès d'un psychologue pour une prise en charge à court terme ne doit pas être systématique mais plutôt selon les circonstances, en fonction de l'évaluation initiale de facteurs de risques établis et de l'état clinique.

La proposition de Harrison et al.^g d'orienter les patients en fonction du score à certains questionnaires spécifiques pour identifier les personnes les plus à risque semble être une idée pertinente. L'orientation

en fonction d'une évaluation initiale spécialisée proposée par Winchenne et al. ^v semble aussi pertinente mais difficile parfois à mettre en place.

Cependant, étant donné le risque évolutif sur le plan du retentissement psychologique, très variable d'un individu à l'autre, après une agression sexuelle, il paraît important de discuter une **orientation systématique vers les professionnels de santé mentale formés à la psychotraumatologie**, soit en programmant un rendez-vous d'emblée soit en spécifiant au patient qu'il sera recontacté par le service spécifié (comme le propose Warembourg), pour que les patients puissent bénéficier d'une réévaluation systématique à court terme faisant office de prévention tertiaire par rapport au TSPT. En effet, c'est la gravité des symptômes post-traumatiques précoces environ une à deux semaines après le traumatisme qui est actuellement l'indicateur le plus simple de risque de TSPT chronique²⁹, l'identification rapide de ce trouble permettant de mettre en place des interventions adaptées en post-immédiat. Le fait de recontacter systématiquement les patients peut-être un champ d'action à considérer, car si les coordonnées des services de santé mentale sont remises, il a été montré que du fait du sentiment de honte et de la culpabilité, peu de victimes d'agression sexuelle consultent pour demander de l'aide⁴⁵.

Un modèle comme le système de veille du Dispositif VIGILANS⁹² en France, pourrait être à étendre aux victimes d'agressions sexuelles. Vigilans rappelle de manière systématique entre 10 et 20 jours après la sortie de l'hôpital tout suicidant ayant déjà fait une tentative de suicide antérieurement car il existe dans cette population un risque non négligeable de réitération d'un geste suicidaire. On pourrait donc proposer un dispositif similaire, basé sur « l'éthique de l'inquiétude »⁹³, pour les victimes d'agression sexuelle car il existe un risque non négligeable d'évolution vers une pathologie qui se chroniciserait, l'idée étant de l'identifier suffisamment tôt pour intervenir et la traiter.

Comme une agression sexuelle est un événement à considérer comme étant à l'interface du système médical, du système social et du système judiciaire, il pourrait être bénéfique de s'inspirer du modèle existant au Kenya dans lequel un professionnel (infirmier, médecin, psychologue, travailleur social) ayant reçu une formation spécifique reçoit systématiquement la victime en consultation de suivi à 2 et 4 semaines pour guider le patient à travers le parcours de soins, l'informer des recours à la justice, l'orienter vers les structures d'aide aux victimes, et surveiller le retentissement de l'agression sur le plan psychologique. Un système analogue dans lequel une personne référente « piloterait » le parcours de soin des victimes dans les suites post-immédiates de l'agression afin de favoriser le fait qu'elles puissent bénéficier de l'intégralité des soins médicaux et médico-psychologiques, mais aussi qu'elles puissent bénéficier d'un soutien psycho-social dans les différentes démarches qui peuvent être entreprises semblerait intéressant à mettre en place. La personne référente serait alors un « **gestionnaire de cas** » comme il peut y avoir pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer⁹⁴.

CONCLUSION

Comme nous l'avons vu, il existe en France une organisation spécifique destinée à la prise en charge médico-psychologique rapide des victimes d'évènement traumatique collectif⁴⁹. Bien que, les victimes d'agression sexuelle soient encore plus à risque de développer des troubles psychiatriques dans les suites d'une agression, en France il n'existe pas de protocole de référence au niveau national concernant la prise en charge sur le plan médico-psychologique de cette population, malgré le fait que ce soit une préoccupation de santé publique de plus en plus présente. Il existe certains protocoles spécifiques selon les lieux (ex : protocole pluridisciplinaire au Centre Hospitalier de Mayotte^v) et il existe des structures établies pour faciliter la prise en charge globale médicale, médico-légale, psychologique et judiciaire (comme le Cellule d'Accueil d'Urgences des Victimes d'Aggression à Bordeaux⁷⁷) mais ces processus restent isolés.

Il semble nécessaire pourtant, étant donné la fréquence des agressions sexuelles et le retentissement psychologique et psychiatrique, d'établir des recommandations et de constituer un protocole pour que les personnes victimes d'agression sexuelle puissent bénéficier des soins médico-psychologiques immédiats adaptés.

Le premier point essentiel, est que le personnel susceptible de recevoir les personnes victimes d'agression sexuelle (en urgence, gynécologie, médecine légale, psychiatrie...) bénéficie d'une **formation spécifique** leur enseignant des notions : de victimologie, sur les besoins immédiats des victimes sur le plan psychologique, l'évaluation psychologique initiale, le concept de « second traumatisme » et sur le *Defusing* (pour les professionnels de santé mentale) ou les *Premiers Secours Psychologique* ; et que cette formation ne soit pas destinée uniquement aux personnes qui y soient sensibilisés ou intéressés mais requise pour tous ces professionnels.

En France, la Circulaire du *Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes* du 25 novembre 2015⁹⁵, instaure la mise en place dans chaque service d'urgence d'un médecin référent «violences faites aux femmes» chargé d'organiser des temps de sensibilisation/information du personnel et d'identifier un réseau de partenaires au sein de l'établissement (gynéco-obstétriciens, UMJ, Psychiatre...) et à l'extérieur (associations impliquées dans la prise en charge des femmes victimes, médecins généralistes). Cependant, ce projet n'est pas axé sur la prise en charge médico-psychologique immédiate des personnes victimes d'agression sexuelle de manière spécifique. Ces référents devraient particulièrement être informés sur les risques de morbidité psychiatrique des victimes et devraient clairement avoir dans leur mission un objectif d'organiser une évaluation médico-psychologique pour chaque victime et faciliter la mise en place de soins médico-psychologiques.

Le second point réside dans le **dispositif d'accueil**. Il est impératif que les victimes d'agression sexuelle puissent être identifiées dès leur arrivée aux urgences et orientées dans une pièce au calme, qu'on s'informe sur leurs attentes et besoins immédiats, qu'on leur propose systématiquement de contacter une personne soutenant de leur entourage. Il faut que les différentes personnes intervenant dans la prise en charge se déplacent auprès de la victime et non l'inverse ; au mieux, que la prise en charge s'effectue dans un établissement spécialisée type CAUVA. En somme, il est nécessaire de mettre en place un dispositif dédié à la prise en charge des victimes d'agression sexuelle et que ce dernier intègre une prise en charge centralisée.

Pour le troisième point, il est recommandé d'établir une **prise en charge structurée médico-psychologique immédiate** : un protocole qui s'intégrerait à la prise en charge globale déjà existante des personnes victimes d'agression sexuelle.

Cette procédure pourrait contenir :

- 1- Une évaluation clinique.
 - a. Les antécédents psychiatriques personnels, les antécédents d'exposition à des événements traumatiques (dans l'enfance et à l'âge adulte)
 - b. Les questionnaires d'évaluation *Peritraumatic Distress Inventory*, *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire* et/ou le STRS-A3
 - c. Une évaluation du risque suicidaire via la RUD (suivie, en cas de risque avéré, de l'intervention des professionnels de santé mentale pour une évaluation spécialisée)
- 2- Une évaluation de la situation sociale.
 - a. Le mode de vie (seul ou entouré), les personnes ressources, la situation financière...
 - b. Les perspectives après la sortie de l'hôpital en termes de soutien et d'hébergement
- 3- Des informations à expliquer au patient et à lui remettre par écrit.
 - a. Les réactions pouvant être présentées par une personne pendant une agression et immédiatement après
 - b. La symptomatologie pouvant être présentée peu de temps après une agression et l'évolution possible
 - c. Les coordonnées des différents services de soins (gynécologie, infectiologie, médecine-légale)
 - d. Les coordonnées des services de santé mentale (psychiatrie de liaison, service de psycho-traumatologie, urgences psychiatrique, Centre Médico-Psychologique)
 - e. Les coordonnées des associations d'aides aux victimes et d'association contre la violence faite aux femmes, les coordonnées des services d'accompagnement juridique, d'aide sociale et d'hébergement d'urgence

Au mieux, une prise en charge spécifique serait réalisée par un professionnel soignant formé aux soins médico-psychologiques immédiats.

Il faut prendre systématiquement les coordonnées du patient pour que le personnel d'un service dédié (unité de psychotraumatologie ? unité de victimologie ? mission étendue au dispositif Vigilans ?) puisse **recontacter la personne systématiquement**, évaluer et proposer un rendez-vous spécialisé avec une échéance brève (7-10 jours) afin de faire le point sur l'évolution de l'état psychologique après l'agression et de dépister le risque suicidaire à nouveau ainsi que le risque de trouble de stress-post traumatique.

Enfin, il serait intéressant aussi que chaque victime soit référée dès les premiers instants à une personne formée en victimologie et aux besoins en termes de soins en cas d'agression sexuelle. Cette personne qui serait « **gestionnaire de cas** » dont le rôle serait, en plus d'un soutien psycho-social, d'être une personne identifiable vers qui la personne pourrait se diriger en cas de besoin et qui ferait le lien avec les services dont la victime pourrait requérir (santé, social, juridique...), jouant le rôle d'un facilitateur. De surcroît, ce référent irait au-devant des demandes de la victime en fournissant les informations sur les différentes procédures médicales, sociales et judiciaires. La complexité de la situation en cas d'agression sexuelle est liée au fait que ce type d'évènement est au carrefour des systèmes médical, social et juridique, que ces systèmes rentrent en interaction et que la situation est à considérer comme dynamique. En effet, la condition de la victime sur le plan médico-psychologique, sociale et judiciaire n'est pas figée et évolue dans le temps (la situation de vie privée de la victime peut évoluer : la victime peut ne pas vouloir porter plainte initialement puis s'y résoudre ; l'état émotionnel et psychologique peut être déstabilisé au fil de la procédure judiciaire). Considérant cette complexité, un suivi sur le long terme, avec une personne bien identifiée par la victime et qui s'adapte à la personne en fonction de ses besoins selon le moment, serait recommandable. Le principe étant de maintenir un lien solide avec la victime sans être intrusif.

Bibliographie

1. Code Pénal. Article 222-22. (version à jour au 10 juillet 2019)
2. Code Pénal. Article 222-23. (version à jour au 10 juillet 2019)
3. Organisation Mondiale de la Santé. Étude multipays de l’OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l’égard des femmes : premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005. [en ligne] <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9241593512/fr/>. (consulté le 8 juillet 2019).
4. Elizabeth Brown. « Les enquêtes « Enveff » sur les violences envers les femmes dans la France hexagonale et ultramarine », *Pouvoirs dans la Caraïbe*, 17 | 2012. mis en ligne le 26 janvier 2012. [en ligne] <http://journals.openedition.org/plc/860>. (consulté le 7 juillet 2019).
5. Ministère de l’intérieur. Rapport d’enquête « cadre de vie et sécurité » 2017. Déc 2017. [en ligne] <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-cadre-de-vie-et-securite-2017>. (consulté le 8 juillet 2019).
6. Alice Debauche, Amandine Lebugle, Elizabeth Brown, et al. Présentation de l’enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Collection : Documents de travail [en ligne], n° 229, 2017. [en ligne] <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/>. (consulté le 8 juillet 2019).
7. Jaspard Maryse, Widmer Isabelle, Nartz Emilie, Catteau Christine. Enquête nationale sur les violences envers les femmes à La Réunion (ENVEFF-REUNION) – enquête quantitative 2003. Publication ARS, 2003. [en ligne] <https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/enquete-nationale-sur-les-violences-envers-les-femmes-enveff-lile-de-la-reunion>. (consulté le 8 juillet 2019).
8. Institut National d’Etudes Démographiques. Violences envers les femmes dans les espaces publics, au travail et dans les couples à La Réunion : Premiers résultats de l’enquête Virage dans les Outre-mer. Ined, 2018. [en ligne] <https://viragedom.site.ined.fr/fr/les-premiers-resultats/>. (consulté le 8 juillet 2019).
9. Organisation Mondiale de la Santé. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. [en ligne] https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/. (consulté le 9 juillet 2019).
10. Baup C., Gromb-Monnoyeur S. La prise en charge psychologique des victimes de catastrophes collectives. *Ethics, Medicine and Public Health*. 2016 jan-mar;2(1):5-12.
11. Prieto N., Lebigot F. Les soins psychiques précoces en cas de catastrophe. *Revue francophone du Stress et du Trauma*. 2003;1:29-33.
12. Elklit A., Christiansen DM. ASD and PTSD in rape victims. *J Interpersonal Violence*. 2010 Août;25(8):1470-88.
13. Burnam MA., Stein JA., Golding JM., Siegel JM., Sorenson SB., Forsythe AB., et al. Sexual assault and mental disorders in a community population. *J Consult Clin Psychol*. 1988 Dec;56(6):843-50.

14. Siegel JM., Golding JM., Stein J. A., Burnam MA., Sorenson SB. Reactions to sexual assault: A community study. *Journal of Interpersonal Violence*. 1990 juin 1;5(2):229-246.
15. Dworkin ER., Menon SV., Bystrynski J., Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2017 Août;56:65-81.
16. Kilpatrick DG., Acierno R. Mental health needs of crime victims: epidemiology and outcomes. *J Trauma Stress*. 2003 Apr;16(2):119-32.
17. Winfield I., George LK., Swartz M., Blazer DG. Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. *Am J Psychiatry*. 1990 Mar;147(3):335-41.
18. Xu Y., Olfson M., Villegas L., Okuda M., Wang S., Liu SM., et al. A characterization of adult victims of sexual violence: results from the national epidemiological survey for alcohol and related conditions. *Psychiatry*. 2013;76(3):223-40.
19. Zinzow HM., Resnick HS., McCauley JL., Amstadter AB., Ruggiero KJ., Kilpatrick DG. Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: results from a national survey of women. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Jun;47(6):893-902.
20. Faravelli C., Giugni A., Salvatori S., Ricca V. Psychopathology after rape. *Am J Psychiatry*. 2004 Août;161(8):1483-5.
21. Nöthling J., Lammers K., Martin L., Seedat S. Traumatic dissociation as a predictor of posttraumatic stress disorder in South African female rape survivors. *Medicine (Baltimore)*. 2015 Avr;94(16):e744.
22. Rothbaum BO., Foa EB., Riggs DS., Murdock T., Walsh, W. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*. 1992 juil;5(3):455-475.
23. Elklit A., Christiansen DM. Risk factors for posttraumatic stress disorder in female help-seeking victims of sexual assault. *Violence Vict*. 2013;28(3):552-68.
24. Kessler RC., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Dec;52(12):1048-60.
25. Mgoqi-Mbalo N., Zhang M., Ntuli S. Risk factors for PTSD and depression in female survivors of rape. *Psychol Trauma*. 2017 Mai;9(3):301-308.
26. Tiihonen Möller A., Bäckström T., Söndergaard HP., Helström L. Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. *PLoS One*. 2014 Oct 23;9(10):e111136.
27. Brewin CR., Andrews B., Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000 Oct;68(5):748-66.
28. Ozer EJ., Best SR., Lipsey TL., Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2003 Jan;129(1):52-73.
29. McNally RJ., Bryant RA., Ehlers A. Does Early Psychological Intervention Promote Recovery From Posttraumatic Stress? *Psychol Sci Public Interest*. 2003 Nov;4(2):45-79.
30. Briere J., Jordan CE. Violence against women: outcome complexity and implications for assessment and treatment. *J Interpers Violence*. 2004 Nov;19(11):1252-76.
31. Acierno R., Resnick H., Kilpatrick DG., Saunders B., Best CL. Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. *J Anxiety Disord*. 1999 Nov-Dec;13(6):541-63.

32. Boudreaux E., Kilpatrick DG., Resnick HS., Best CL., Saunders BE. Criminal victimization, posttraumatic stress disorder, and comorbid psychopathology among a community sample of women. *J Trauma Stress*. 1998 Oct;11(4):665-78.
33. Kilpatrick DG., Saunders BE., Amick-McMullan A., Best CL., Veronen LJ., Resnick HS. Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*. 1989;20(2):199-214
34. Ullman SE., Peter-Hagene LC. Longitudinal Relationships of Social Reactions, PTSD, and Revictimization in Sexual Assault Survivors. *J Interpers Violence*. 2016 Mar;31(6):1074-94.
35. Walker EA., Gelfand AN., Gelfand MD., Koss MP., Katon WJ. Medical and psychiatric symptoms in female gastroenterology clinic patients with histories of sexual victimization. *Gen Hosp Psychiatry*. 1995 Mar;17(2):85-92.
36. Kilpatrick DG., Acierno R., Resnick HS., Saunders BE., Best CL. A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *J Consult Clin Psychol*. 1997 Oct;65(5):834-47.
37. Kilpatrick DG., Best CL., Veronen LJ., Amick AE., Villeponteaux LA., Ruff GA. Mental health correlates of criminal victimization: a random community survey. *J Consult Clin Psychol*. 1985 Dec;53(6):866-73.
38. Ullman SE., Brecklin LR. Sexual assault history and suicidal behavior in a national sample of women. *Suicide Life Threat Behav*. 2002;32(2):117-30.
39. Davidson JR., Hughes DC., George LK., Blazer DG. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Jun;53(6):550-5.
40. Van Berlo W., Ensink B. Problems with sexuality after sexual assault. *Annu Rev Sex Res*. 2000;11:235-57.
41. Creamer M., Burgess P., McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med*. 2001 Oct;31(7):1237-47.
42. O'Donnell ML., Creamer M., Pattison P. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. *Am J Psychiatry*. 2004 Août;161(8):1390-6.
43. Breslau N., Davis GC., Peterson EL., Schultz LR. A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biol Psychiatry*. 2000 Nov 1;48(9):902-9.
44. Campbell R., Sefl T., Barnes HE., Ahrens CE., Wasco SM., Zaragoza-Diesfeld Y. Community services for rape survivors: enhancing psychological well-being or increasing trauma? *J Consult Clin Psychol*. 1999 Dec;67(6):847-58.
45. Campbell R. The psychological impact of rape victims. *Am Psychol*. 2008 Nov;63(8):702-17.
46. Campbell R., Raja S. Secondary victimization of rape victims: insights from mental health professionals who treat survivors of violence. *Violence Vict*. 1999;14(3):261-75.
47. Kelley LP., Weathers FW., McDevitt-Murphy ME., Eakin DE., Flood AM. A comparison of PTSD symptom patterns in three types of civilian trauma. *J Trauma Stress*. 2009 Jun;22(3):227-35.

48. Stein DJ., Chiu WT., Hwang I., Kessler RC., Sampson N., Alonso J., et al. Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS One*. 2010 Mai 13;5(5):e10574.
49. Ducrocq F. Approches thérapeutiques immédiates et post-immédiates du psychotraumatisme. *Stress et Trauma*. 2009;9(4):237-240
50. Creminter D., Laurent A. Syndrome de stress post-traumatique : clinique et thérapie. *EMC – Toxicologie – Pathologie*. 2005 déc;2(4):178-184.
51. Rubovszky G. Prise en charge des traumatismes psychiques par le praticien. *Rev Med Suisse*. 2006;2(52).
52. Rerbal D., Prieto N., Vaux J., Gloaguen A., Desclefs JP., Dahan B., et al. Organisation et modalités d'intervention des Cellules d'Urgence Médicopsychologique. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) en collaboration avec l'Association de formation et de recherche des cellules d'urgence médicopsychologique - Société française de psychotraumatologie (AFORCUMP-SFP). *Ann Fr Med Urgence*. 2017 dec 29;7(6):410–424.
53. National Child Traumatic Stress Network /National Center for PTSD. Psychological First Aid - Field Operation Guide, 2nd Edition ; 2006. [en ligne] <https://www.nctsn.org/resources/psychological-first-aid-pfa-field-operations-guide-2nd-edition>. (consulté le 11 juillet 2019)
54. Ruzek JI., Brymer MJ., Jacobs AK., Layne CM., Vernberg EM., Watson PJ. Psychological first aid. *Journal of Mental Health Counseling*. 2007 jan;29(1):17-49.
55. Prieto N., Cheucle E., Faure P., Digard F., Dalphin C., Pachiaudi V., et al. Defusing des victimes des attentats de Paris. Eléments d'évaluation un mois après. *Encéphale*. 2018 avr ;44(2):118-121.
56. Bryant RA., Harvey AG., Dang ST., Sackville T., Basten C. Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol*. 1998 Oct;66(5):862-6.
57. Bryant RA., Moulds ML., Nixon RV. Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: a four-year follow-up. *Behav Res Ther*. 2003 Avr;41(4):489-94.
58. Bryant RA., Sackville T., Dang ST., Moulds M., Guthrie R. Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *Am J Psychiatry*. 1999 Nov;156(11):1780-6.
59. Foa EB., Hearst-Ikeda D., Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *J Consult Clin Psychol*. 1995 Dec;63(6):948-55.
60. Foa EB., Zoellner LA., Feeny NC. An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. *J Trauma Stress*. 2006 Fév;19(1):29-43.
61. Resnick H., Acierno R., Kilpatrick DG., Holmes M. Description of an early intervention to prevent substance abuse and psychopathology in recent rape victims. *Behav Modif*. 2005 Jan;29(1):156-88.
62. Resnick H., Acierno R., Holmes M., Kilpatrick DG., Jager N. Prevention of post-rape psychopathology: preliminary findings of a controlled acute rape treatment study. *J Anxiety Disord*. 1999 Jul-Aug;13(4):359-70.
63. Veronen LJ., Kilpatrick DG. Stress management of rape victims. In: Meichenbaum D., Jaremko M.E., editors. *Stress Reduction and Prevention*. Springer, Boston, MA ;1989. p 341-374

64. Saltini A., Rebecchi D., Callerame C., Fernandez I., Bergonzini E., Starace F. Early Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) intervention in a disaster mental health care context. *Psychol Health Med.* 2018 Mar;23(3):285-294.
65. Charney ME., Hellberg SN, Bui E, Simon NM. Evidenced-Based Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Updated Review of Validated Psychotherapeutic and Pharmacological Approaches. *Harv Rev Psychiatry.* 2018 May/Juin;26(3):99-115.
66. Chen YR., Hung KW., Tsai JC., Chu H., Chung MH., Chen SR., et al. Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One.* 2014 Août 7;9(8):e103676.
67. Cusack K., Jonas DE., Forneris CA., Wines C., Sonis J., Middleton JC., Feltner C., Brownley KA., Olmsted KR., Greenblatt A., Weil A., Gaynes BN. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2016 Fév;43:128-41.
68. Schäfer I., Chuey-Ferrer L., Hofmann A., Lieberman P., Mainusch G., Lotzin A. Effectiveness of EMDR in patients with substance use disorder and comorbid PTSD: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2017 Mar 16;17(1):95.
69. Valiente-Gómez A., Moreno-Alcázar A., Treen D., Cedrón C., Colom F., Pérez V., et al. EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. *Front Psychol.* 2017 Sep 26;8:1668.
70. Brunet A., Saumier D., Liu A., Streiner DL., Tremblay J., Pitman RK. Reduction of PTSD Symptoms With Pre-Reactivation Propranolol Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry.* 2018 Mai 1;175(5):427-433.
71. Giustino TF., Fitzgerald PJ., Maren S. Revisiting propranolol and PTSD: Memory erasure or extinction enhancement? *Neurobiol Learn Mem.* 2016 Avr;130:26-33.
72. Hospimédia. Le Sénat veut insérer dans tous les PRS un volet obligatoire relatif aux violences sexuelles. 2018 juillet 6[en ligne] <https://www.hospimedia.fr/actualite/brevs/20180706-politique-de-sante-le-senat-veut-inserer-dans>. (consulté le 11 juillet 2019).
73. Ministère des solidarités et de la santé. INSTRUCTION N° DGOS/R4/2018/150 du 19 juin 2018 relative à l'appel à projet national pour l'identification de dispositifs de prise en charge globale du psycho traumatisme. 2018 juin 19. [en ligne] <http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=43648>. (consulté le 11 juillet 2019).
74. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinesither Rev.* 2015 jan ;15(157):39-44
75. Cochran CB. An Evidence-Based Approach to Suicide Risk Assessment After Sexual Assault. *J Forensic Nurs.* 2019 Juin;15(2):84-92.
76. Ledray LE. Sexual assault nurse examiner (SANE) development and operation. Washington DC, Office for Victims of Crime, U.S. Department of Justice, 1998. guide [en ligne] https://www.ncjrs.gov/ovc_archives/reports/saneguide.pdf. (consulté le 9 juillet 2019).
77. Actusoins. Au Cauva, des infirmières auprès des victimes d'agression. 2015 juin-juil-août;(17):44-45. [en ligne] https://issuu.com/actusoins/docs/actusoins_n17_juin_2015/44. (consulté le 27 juillet 2019)

78. Haute Autorité de Santé (HAS) La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Recommandation de bonne pratique. 2000. [en ligne] https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge. (page consultée le 03/09/2019).
79. Nishi D., Matsuoka Y., Yonemoto N., Noguchi H., Kim Y., Kanba S. Peritraumatic Distress Inventory as a predictor of post-traumatic stress disorder after a severe motor vehicle accident. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2010 mar 24;64:149-56
80. Bunnell BE., Davidson TM., Ruggiero KJ. The Peritraumatic Distress Inventory: Factor structure and predictive validity in traumatically injured patients admitted through a Level I trauma center. *J Anxiety Disord*. 2018 avr;55:8-13.
81. Bracha HS., Williams AE., Haynes SN., Kubany ES., Ralston TC., Yamashita JM. The STRS (shortness of breath, tremulousness, racing heart, and sweating): A brief checklist for acute distress with panic-like autonomic indicators; development and factor structure. *Ann Gen Hosp Psychiatry*. 2004 Avr 22;3(1):8.
82. Brunet A., Weiss DS., Metzler TJ., Best SR., Neylan TC., Rogers C., et al. The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2. *Am J Psychiatry*. 2001 Sep;158(9):1480-5.
83. Marmar, C.R., Weiss, D.S., & Metzler, T.J. The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In : Wilson JP., Marmar CR., editors. *Assessing psychological trauma and posttraumatic stress disorder*. New York : The Guilford Press ; 1997. p. 412-428.
84. Jehel L., Brunet A., Paterniti S., Guelfi JD. Validation of the Peritraumatic Distress Inventory's French translation. *Can J Psychiatry*. 2005 Jan;50(1):67-71.
85. Birmes P., Brunet A., Benoit M., Defer S., Hatton L., Sztulman H., Schmitt L. Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *Eur Psychiatry*. 2005 Mar;20(2):145-51.
86. Daligand L. Culpabilité et traumatisme. *Revue francophone du stress et du trauma*. 2001;1(2):99-101.
87. Christofides NJ., Jewkes RK., Webster N., Penn-Kekana L., Abrahams N., Martin LJ. "Other patients are really in need of medical attention"--the quality of health services for rape survivors in South Africa. *Bull World Health Organ*. 2005 Jul;83(7):495-502.
88. Vaiva G., Ducrocq F., Jezequel K., Averland B., Lestavel P., Brunet A., et al. Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma. *Biol Psychiatry*. 2003 Nov 1;54(9):947-9.
89. Sijbrandij M., Kleiboer A., Bisson JJ., Barbui C., Cuijpers P. Pharmacological prevention of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2015 mai;2(5):413-21.
90. Brunet A., Saumier D., Liu A., Streiner DL., Tremblay J., Pitman RK. Reduction of PTSD Symptoms With Pre-Reactivation Propranolol Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry*. 2018 Mai 1;175(5):427-433.
91. Gagnon SA., Wagner AD. Acute stress and episodic memory retrieval: neurobiological mechanisms and behavioral consequences. *Ann N Y Acad Sci*. 2016 Apr;1369(1):55-75.
92. Vigilans. Page d'accueil. [en ligne] <http://dispositifvigilans.org/>. (consulté le 27 juillet 2019)

93. Walter M., Jousset D., Traisnel C., Berrouiguet S., Lemmey C. Les racines philosophiques du « rester en lien » : la clinique du souci. *Encephale*. 2019 jan;45(S1):3-6.
94. La lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la Maladie d'Alzheimer. N°41 – Avril 2016. Enquête Nationale auprès des gestionnaires de cas. [en ligne] https://www.cnsa.fr/documentation/lettre_observatoire_41.pdf. (consulté le 03 septembre 2019)
95. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. CIRCULAIRE N° DGOS/R2/MIPROF/2015/345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgences, de référents sur les violences faites aux femmes [en ligne]. 2015 nov 25 [consulté le 25 juillet 2019]. Disponible sur : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/12/cir_40284.pdf

ANNEXES

Annexe 1. Études incluses dans l'analyse

- a. Bronchard M. Prise en charge des adolescents et des adultes vus dans les suites récentes de viols extra-familiaux. Mémoire pour le Diplôme d'Etudes Spécialisées : Psychiatrie : Paris 7 : 1999.
- b. Campbell R., Patterson D., Adams AE., Diegel R., Coats S. A participatory evaluation project to measure SANE nursing practice and adult sexual assault patients' psychological well-being. *J Forensic Nurs.* 2008;4(1):19-28.
- c. Cybulska B. Immediate medical care after sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013 Fév;27(1):141-9.
- d. Decker SE., Naugle AE. Immediate Intervention for Sexual Assault : A Review with Recommendations and Implications for Practitioners. *J Aggress Maltreatment Trauma.* 2009 mai 15;18(4):419-441.
- e. Eogan M., McHugh A., Holohan M. The role of the sexual assault centre. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013 Fév;27(1):47-58.
- f. Grignard S. Prise en charge des victimes d'agressions sexuelles : à propos de 129 dossiers du service de gynécologie obstétrique du CHU de Besançon. Thèse d'exercice : Médecine : Besançon : 2004 : 2004BESAM054.
- g. Harrison JM., Murphy SM. A care package for managing female sexual assault in genitourinary medicine. *Int J STD AIDS.* 1999 Mai;10(5):283-9.
- h. Jina R., Jewkes R., Munjanja SP., Mariscal JD., Dartnall E., Gebrehiwot Y. Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: Guidelines for the management of female survivors of sexual assault. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010 Mai;109(2):85-92.
- i. Kilonzo N., Theobald SJ., Nyamato E., Ajema C, Muchela H, Kibaru J, et al. Delivering post-rape care services: Kenya's experience in developing integrated services. *Bull World Health Organ.* 2009 Juil;87(7):555-9.
- j. Ledray LE. Sexual assault nurse examiner (SANE) development and operation guide. Washington DC, Office for Victims of Crime, U.S. Department of Justice, 1998. [en ligne] https://www.ncjrs.gov/ovc_archives/reports/saneguide.pdf. (consulté le 9 juillet 2019).
- k. Linden JA. Clinical practice. Care of the adult patient after sexual assault. *N Engl J Med.* 2011 Sep 1;365(9):834-41.
- l. Majerowicz E. La prise en charge, au centre hospitalier de Troyes, des femmes de plus de 15ans victimes d'agression sexuelle. Etude rétrospective entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2014. Thèse d'exercice : Médecine : Médecine générale : Reims : 2015 : 2015REIMM137.
- m. McConkey TE., Sole ML., Holcomb L. Assessing the female sexual assault survivor. *Nurse Pract.* 2001 Juil;26(7 Pt 1):28-30, 33-4, 37-9; quiz 40-1.

- n. Ministry of Health/Division of Reproductive Health. National guidelines on the medical management of rape/sexual violence. Nairobi: Tonaz Agencies; 2004. [en ligne] http://www.drh.go.ke/html/guidelines_Gender.asp. (consulté le 9 juillet 2019).
- o. National SATU Guidelines Development Group. Recent rape/sexual assault : National Guidelines on referral and forensic clinical examination in Ireland. 3rd ed. 2014. [en ligne] <https://aran.library.nuigalway.ie/handle/10379/4947>. (consulté le 9 juillet 2019).
- p. Organisation Mondiale de la Santé. Appui à la santé mentale et soutien psychosocial en cas de violence sexuelle liée aux conflits : principes et interventions. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012. [en ligne] https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_18/fr/. (consulté le 9 juillet 2019).
- q. Organisation Mondiale de la Santé. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. [en ligne] https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/. (consulté le 9 juillet 2019).
- r. Osterman JE., Barbiaz J., Johnson P. Emergency psychiatry: emergency interventions for rape victims. *Psychiatr Serv.* 2001 Juin;52(6):733-4.
- s. Resnick H., Acierno R., Holmes M., Dammeyer M., Kilpatrick D. Emergency evaluation and intervention with female victims of rape and other violence. *J Clin Psychol.* 2000 Oct;56(10):1317-33.
- t. Vrees RA. Evaluation and Management of Female Victims of Sexual Assault. *Obstet Gynecol Surv.* 2017 Jan;72(1):39-53.
- u. Warembourg F. Place de la consultation de psychotraumatologie dans l'accueil des victimes d'agression sexuelle. 5^{ème} congrès de SFMU, Conférences psychiatrie 1 : prise en charge des victimes de viol. Paris, 2011;p. 21-9. [en ligne] https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2011/donnees/fs_conf.htm. (consulté le 9 juillet 2019).
- v. Winchenne A. Elaboration et mise en place d'un protocole de prise en charge pluridisciplinaire des victimes d'agression sexuelle à Mayotte. Thèse d'exercice : Médecine : Médecine générale : Paris 7 : 2016 : 2016PA07M134.

Annexe 2. Synthèse des résultats

Auteur. Année de publication. Pays. Type de publication. Spécialités des auteurs ou fonctions.	Cadre	Evaluation	Intervention	Informations	Orientation
<p>a. Bronchard et al. 2000. France. Thèse / revue de la littérature. Psychiatrie.</p>		Risque suicidaire	Attitude du soignant ; Restaurer un sentiment de sécurité ; Restaurer un sentiment de contrôle ; Evaluer et promouvoir la sécurité du patient ; Evaluer et promouvoir le soutien social ; Verbalisation des émotions	Psychoéducation du patient et de l'entourage	
<p>b. Campbell et al. 2008. Etats-unis. Etude prospective sans groupe témoin. Psychologie.</p>	Personnel formé		Attitude du soignant ; Restaurer un sentiment de contrôle ; Evaluer et satisfaire les besoins du patient	Informations sur les soins ; Coordonnées des services de soins ; Coordonnées des services de santé mentale	
<p>c. Cybulska. 2013. Royaume-Uni. Recommandations d'auteur. Directeur d'un <i>Sexual Assault Referral Center</i>.</p>		Evaluation de l'état psychologique ; Risque suicidaire ; auto-agressivité	Promouvoir la sécurité du patient	Associations d'aide aux victimes ; Services d'aide juridique	
<p>d. Decker et al. 2009. Etats- unis. Recommandations d'auteurs basées sur la littérature. Psychologie.</p>	Personnel formé ; Coordination des différents services	Risque suicidaire	Attitude du soignant ; Restaurer un sentiment de sécurité ; Restaurer un sentiment de contrôle ; Evaluer et promouvoir la sécurité du patient ; Evaluer et promouvoir le soutien social ; <i>Psychological First Aid</i>	Psychoéducation ; Coordonnées des différents services de soins ; Coordonnées des services d'aide juridique ;	
<p>e. Eogan et al. 2013. Irlande. Recommandations d'auteurs d'après la littérature. Gynécologues-obstétriciens.</p>	Coordination des différents services ; Prise en charge centralisée		Evaluer et promouvoir la sécurité du patient	Coordonnées des services de santé mentale	

Auteur. Année de publication. Pays. Type de publication. Spécialités des auteurs ou fonctions.	Cadre	Evaluation	Intervention	Informations	Orientation
f. Grignard et al. 2004. France. Thèse. Médecine générale.		Evaluation de l'état psychologique		Coordonnées des services de soins ; Coordonnées associations d'aide aux victimes	Psychologue (non systématique)
g. Harrison et al. 1999. Angleterre. Recommandations d'auteurs. Gynécologue, Psychologue.		Antécédents psychiatriques ; Antécédents de victimation ; Evénements de vie récent ; Symptomatologie de TSA ; Evaluation de l'état psychologique			Service de santé mentale (non systématique)
h. Jina et al. 2010. International. Recommandations. Gynécologues- Obstétriciens.	Prise en charge centralisée ; lieu dédié ; personnel formé	Evaluation de l'état psychologique	Attitude du soignant ; Restaurer un sentiment de sécurité ; Restaurer un sentiment de contrôle ; Promouvoir le soutien social ; Evaluer et satisfaire les besoins du patient ;	Psychoéducation	Professionnel de santé mental (non systématique)
i. Kilonzo et al. 2009. Kenya. Protocole de Soins. <i>Liverpool VCT, Care and Treatment</i> (association de lutte contre le VIH)	Personnel formé ; Coordination des soins		Accompagnement/ soutien psychologique		Suivi systématique avec un professionnel formé à la prise en charge des personnes victimes d'agression sexuelle
j. Ledray. 1998. Etats-unis. Recommandations/Pr otocole de Soins. Directrice du <i>Sexual Assault Resource Service</i> de Mineapolis.	Personnel formé	Antécédents psychiatriques ; Antécédents de victimation ; Evaluation de l'état psychologique ; Risque suicidaire	Attitude du soignant ; Restaurer un sentiment de contrôle ; Promouvoir la sécurité du patient	Coordonnées des services de soins	
k. Linden. 2011. Etats-unis. Recommandations d'auteur. Urgence.			Evaluer et promouvoir la sécurité du patient ; Evaluer et satisfaire les besoins du patient		

Auteur. Année de publication. Pays. Type de publication. Spécialités des auteurs ou fonctions.	Cadre	Evaluation	Intervention	Informations	Orientation
I. Majerowicz et al. 2015. France. Thèse. Médecine générale.			Attitude du soignant ; Promouvoir le soutien social ; Verbalisation des émotions ; Thérapie médicamenteuse	Psychoéducation de l'entourage ; Coordonnées des services de santé mentale ; Coordonnées d'associations d'aide aux victimes ; Services d'aides sociales	
m. McConkey et al. 2001. Etats-unis. Recommandations d'auteurs. Infirmières.			Attitude du soignant ; Promouvoir le soutien social		
n. Ministry of Health/Division of Reproductive Health. 2014. Kenya. Recommandations. Ministère de la Santé.	Personnel formé ; lieu calme		Attitude du soignant ; Restaurer un sentiment de contrôle ; Evaluer et promouvoir la sécurité du patient ; Evaluer et satisfaire les besoins du patient ; Accompagnement/ soutien psychologique	Psychoéducation ; Services de soins disponibles ; Association d'aide aux victimes ; Coordonnées des services d'aide juridique	Suivi systématique avec un professionnel formé à la prise en charge des personnes victimes d'agression sexuelle
o. National SATU Guidelines Development Group. 2014. Irlande. Recommandations. <i>Sexual Assault Treatment Unit.</i>	Personnel formé ; Coordinations des différents services		Restaurer un sentiment de sécurité ; Restaurer un sentiment de contrôle ; Promouvoir la sécurité du patient ; Promouvoir le soutien social ; Verbalisation des émotions ; Evaluer et satisfaire les besoins du patient ; Accompagnement/ soutien psychologique	Psychoéducation du patient et de l'entourage ; Services de soins disponibles ; Coordonnées d'associations d'aide aux victimes	
p. OMS. 2011. Internationale. Rapport de réunion. OMS.	Personnel formé		<i>Psychological first aid</i>		Services de santé mentale (non systématique)

Auteur. Année de publication. Pays. Type de publication. Spécialités des auteurs ou fonctions.	Cadre	Evaluation	Intervention	Informations	Orientation
q. OMS. 2003. Internationale. Recommandations. OMS.	Personnel formé ; Prise en charge centralisée ;	Antécédents psychiatriques	Attitude du soignant ; Restaurer un sentiment de sécurité ; Restaurer un sentiment de contrôle ; Promouvoir le soutien social ; Verbalisation des émotions ; Evaluer et satisfaire les besoins du patient	Psychoéducation du patient et de l'entourage ; Coordonnées des services de soins disponibles ; Coordonnées des associations d'aide aux victimes ; Coordonnées des services d'aides sociales et juridiques ; Coordonnées abris d'urgence	Services de santé mentale (non systématique)
r. Osterman et al. 2001. Etats-unis. Recommandations d'auteurs. Psychiatrie.	Lieu calme	Antécédents psychiatriques	Attitude du soignant ; Restaurer un sentiment de sécurité ; Evaluer et promouvoir le soutien social ; corriger les erreurs d'attribution	Psychoéducation du patient et de l'entourage	
s. Resnick et al. 2000. Etats-unis. Recommandations d'auteurs d'après la littérature. Psychologie.	Coordination des différents services ; Prise en charge centralisée	Risque suicidaire ; Risque d'hétéroagressivité	Evaluer et promouvoir la sécurité du patient	Coordonnées d'association d'aide aux victimes ; coordonnées d'abris d'urgence	
t. Vrees. 2017. Etats-unis. Recommandations d'auteur. Gynécologie- obstétrique.	Personnel formé	Antécédents de victimation			Services de santé mentale (non systématique)
u. Warembourg. 2011. France. Protocole de soins. Psychiatrie.	Coordinations des soins		Intervention psychiatre d'urgence		Services de santé mentale (systématique)
v. Winchenne et al. 2016. France. Thèse/Protocole de Soins. Médecine générale.	Coordination des soins ; Coordinations des différents services ; lieu dédié		<i>Defusing</i> ; Intervention des professionnels de santé mentale ; Thérapie médicamenteuse	Coordonnées des services de santé mentale ; Associations d'aide aux victimes	Services de santé mentale (non systématique)

Annexe 3. Impact Scale

Date:

Clinic no:

Please indicate how often these comments are true for you:

e.g not at all/rarely/sometimes/often

- (1) I think about it when I don't mean to
- (2) I avoid letting myself get upset when I think about it or am reminded of it
- (3) I try to remove it from memory
- (4) I have trouble falling asleep or staying asleep, because of pictures or thoughts about it that come into my mind
- (5) I have waves of strong feelings about it
- (6) I have dreams about it
- (7) I stay away from reminders of it
- (8) I feel as if it hadn't happened or it wasn't real
- (9) I try not to talk about it
- (10) Pictures about it pop into my mind
- (11) Other things keep making me think about it
- (12) I am aware that I still have a lot of feelings about it, but don't deal with them
- (13) I try not to think about it
- (14) Any reminder brings back feelings about it
- (15) My feelings about it are kind of numb

Intrusion subset=1,4,5,6,10,11,14; avoidance subset=2,3,7,8,9,12,13,15

Annexe 4. Feelings and Behaviours Questionnaire

All women take time to deal with an assault. I would like to take some time to talk about how you are at the moment, because it is important to recognize what the main issues are for you. Then if necessary we can offer you further help. Of course people react very differently, but there are some experiences that many women share after an assault. Perhaps we could start with talking about how you are with other people.

- | | |
|--|---|
| (1) Behaviour
Extent of acknowledgement, support available? | Have you been able to tell anyone?
Yes/No comments: |
| (2) Feelings
Changes in intimacy, feelings of isolation? | Do you feel any closer or less close to family or friends? Is there anyone you anticipate will be or has been unsupportive?
Yes/No comments: |
| (3) Behaviour
Restriction due to fear, depression, lack of trust? | Has there been any change in your work or social life? (Have there been any other changes in your work/social life?)
Yes/No comments: |
| (4) Behaviour
Social withdrawal, unable to trust self/others, low self-esteem? | Has there been any change in the way you get to know new people? (e.g. Are you any more trusting or less trusting than before?)
Yes/No comments: |
| (5) Behaviour
Any unreasonable avoidance? | If expressed any difficulty, elicit context e.g. 'Are you able to go out alone at night?'
Yes/No comments: |
| (6) Feelings
Lack of trust, reduced sense of safety or control? | Do you think your feelings about men in general have changed?
Yes/No comments: |
| (7) Behaviour
Behavioural example of above | When was the last time you felt comfortable with a man socially?
Or at work?
Comments: |
| (8) Behaviour
Loss of desire, lack of enjoyment? | Has there been any change for the better or worse in your sexual relationships?
Yes/No comments: |
| (9) Feelings
Dislike of body, feelings of looking like a 'target'? | Has there been any change in how you feel about your appearance?
Yes/No comments: |
| (10) Feelings
Low self-esteem, avoidance of interaction? | Do you ever feel like you don't want to be noticed or wish you could disappear?
Yes/No comments: |
| (11) Other
Note degree of insight, avoidance. | Is there anything else that has changed for you since it happened?
Yes/No comments: |

If score 4 or more, suggest referral for ways of coping with these

Annexe 5. CISPA – Crisis Item Suicide Potential Assessment

CRISIS INTERVENTION CENTER

CISPA: Critical Item Suicide Potential Assessment

Criteria for requesting consultation by either psychiatrist or doctoral level clinical psychologist (LCP).

PT. NAME: _____

DATE: _____

TIME: _____ a.m. p.m.

A. CURRENT - PRIMARY RISK FACTORS (Obtain consultation if any one of the following is present):

i. Attempt

+ = Present
- = Absent

___ 1. Suicide attempt with lethal method (such as by firearms, hanging/strangulation, jumping from high places).

___ 2. Suicide attempt resulting in moderate to severe lesions/toxicity.

___ 3. Suicide attempt with low rescuability (such as no known communication regarding the attempt, discovery unlikely because of chosen location and timing, no one nearby or in contact, active precautions to prevent discovery).

___ 4. Suicide attempt with subsequent expressed regret that it was not completed and continued expressed desire to commit suicide or unwillingness to accept treatment.

ii. Intent. Includes suicidal thoughts, preoccupation, plans, threats and impulses, whether communicated by the patient directly or by another person based on observations of the patient.

+ = Present
- = Absent.

___ 1. Suicidal intent to commit suicide imminently.

___ 2. Suicidal intent with a lethal method selected and readily available.

___ 3. Suicidal intent and preparations made for death (such as writing a testament or a suicide note, giving away possessions, making certain business or insurance arrangements).

___ 4. Suicidal intent with time and place planned and foreseeable opportunity to commit suicide.

___ 5. Suicidal intent without ambivalence or inability to see alternatives to suicide.

___ 6. Presence of acute command hallucinations to kill self whether or not there is expressed suicidal intent.

___ 7. Suicidal intent with currently active psychosis, especially major affective disorder or schizophrenia.

___ 8. Suicidal intent or other objective indicators of elevated suicide risk but mental condition or lack of cooperation preclude adequate assessment.

B. MEDIATING - SECONDARY RISK FACTORS:

The following items all significantly contribute to suicide risk but are of a less critical nature. For the purpose of this instrument, all items are considered of equal importance. Obtain consultation if, in addition to suicidal intent, seven of the following items are present:

+ = Present
- = Absent
o = Unknown

___ 1. Recent separation or divorce.

___ 2. Recent death of significant other.

___ 3. Recent loss of job or severe financial setback.

___ 4. Other significant loss/stress/life changes interpreted by patient as aggravating (such as victimization, threat of criminal prosecution, unwanted pregnancy, discovery of severe illness, etc.).

___ 5. Social isolation.

___ 6. Current or past major mental illness.

___ 7. Current or past chemical dependency/abuse.

___ 8. History of suicide attempt(s).

___ 9. History of family suicide (include recent suicide by close friend).

___ 10. Current or past difficulties with impulse control or antisocial behavior.

___ 11. Significant depression (whether clinically diagnosable or not), especially if accompanied by feelings of guilt, worthlessness, or helplessness.

___ 12. Expressed hopelessness.

___ 13. Rigidity (difficulty with adaptation to life changes).

C. MAJOR CONTRIBUTING DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS:

Not to be included in the ratings, but considered in the overall assessment of suicide risk.

1. Male (especially older white male).

2. Living alone.

3. Single, divorced, separated, or widowed.

4. Unemployed.

5. Chronic financial difficulties.

Annexe 6. Questionnaire RUD – Risque Urgence Dangerosité

EVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE

Risque

/_/_

1 Faible (= 0 – 4 points) – 2 Moyen (= 5 – 9 points) – 3 Elevé (= 10 – 14points)

1 Homme = 1 pt /_/_

2 Age < 19 ans ou > 45 ans = 1 pt /_/_

3 Déprimé ou désespéré = 2 pts /_/_

4 ATCD de TS = 1 pt /_/_

5 Ethylisme, abus de substance actuel = 1 pt /_/_

6 Jugement détérioré par psychose ou confusion = 2 pts /_/_

7 Séparé, divorcé ou vie isolé = 1 pt /_/_

8 Intention exprimée ou geste organisé = 2 pts /_/_

9 Absence de lien social significatif = 1 pt /_/_

10 Incapacité de garantir ses gestes ultérieurs = 2 pts /_/_

total /_/_/_

Urgence

/_/_

Evaluation clinique sur les arguments suivants : 1Faible – 2 Moyenne – 3 Elevée

Idéations suicidaires exprimées /_/_

1 Absence d'idée suicidaire – 2 Idéations floues et ponctuelles – 3 Pensées suicidaires occasionnelles – 4 Pensées suicidaires quotidiennes – 5 Planification en cours – 6 Planification complète

Existence d'un scénario /_/_

1 Non - 2 Oui, en cours de planification – 3 Oui, au-delà de 48h – 4 Oui, dans les 48H – 5 Oui, immédiate

Alternative(s) au suicide (0 – Oui / 1 – Non) /_/_

Dangerosité

/_/_

Evaluation clinique sur les arguments suivants : 1Faible – 2 Moyenne – 3 Elevée

Létalité du moyen envisagé /_/_

1 Faible – 2 Forte

Accessibilité du moyen envisagé /_/_

1 Difficile – 2 Facile – 3 En possession

Accès à une arme à feu /_/_

1 non – 2 accès indirect – 3 accès direct

Annexe 7. PDI - Peritraumatic Distress Inventory (version française)

	Instructions: Complétez s'il vous plaît les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'événement. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'événement, alors entourer la réponse « <i>Pas du tout vrai</i> ».				
1	Je me sentais totalement incapable de faire quoi que ce soit				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
2	Je ressentais de la tristesse et du chagrin				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
3	Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
4	J'avais peur pour ma propre sécurité.				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
5	Je me sentais coupable.				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
6	J'avais honte de mes réactions émotionnelles				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
7	J'étais inquiet pour la sécurité des autres				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
8	J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
9	J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
10	J'étais horrifié(e) par ce que j'avais vu, ou entendu				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
11	J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
12	J'étais sur le point de m'évanouir				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai
13	Je pensais que j'allais mourir				
	0 Pas du tout vrai	1 Un peu vrai	2 Assez vrai	3 Très vrai	4 Extrêmement vrai

Annexe 8. PDEQ - *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire* (version française)

Instructions :

Veillez répondre aux énoncés suivants en encerclant le choix de réponse qui décrit le mieux vos expériences et réactions durant l'événement et immédiatement après. Si une question ne s'applique pas à votre expérience, encerclez « pas du tout vrai ».

1. Il y a eu des moments où j'ai perdu le fil de ce qui se passait, j'étais complètement déconnecté(e), ou d'une certaine façon j'ai senti que je ne faisais pas partie de ce qui se passait

Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
------------------	-------------	-------------	-----------	------------------

2. Je me suis retrouvé(e) sur « le pilote automatique », je me suis mis(e) à faire des choses que, je l'ai réalisé plus tard, je n'avais pas activement décidé de faire.

Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
------------------	-------------	-------------	-----------	------------------

3. Ma perception du temps a changé, les choses avaient l'air de se dérouler au ralenti.

Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
------------------	-------------	-------------	-----------	------------------

4. Ce qui se passait me semblait irréel, comme si j'étais dans un rêve ou au cinéma, ou en train de jouer un rôle.

Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
------------------	-------------	-------------	-----------	------------------

5. C'est comme si j'étais le spectateur(-trice) de ce qui m'arrivait, comme si je flottais au dessus de la scène et l'observait de l'extérieur.

Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
------------------	-------------	-------------	-----------	------------------

6. Il y a eu des moments où la perception que j'avais de mon corps était distordue ou changée, je me sentais déconnecté(e) de mon propre corps ou bien il me semblait plus grand ou plus petit que d'habitude.

Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
------------------	-------------	-------------	-----------	------------------

7. J'avais l'impression que les choses qui arrivaient aux autres m'arrivaient à moi aussi, comme par exemple être en danger alors que je ne l'étais pas.

Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
------------------	-------------	-------------	-----------	------------------

8. J'ai été surpris(e) de constater après coup, que plusieurs choses c'étaient produites sans que je m'en rende compte, des choses que j'aurais habituellement remarquées.

Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
------------------	-------------	-------------	-----------	------------------

9. J'étais confus(e), c'est-à-dire que par moment j'avais de la difficulté à comprendre ce qui se passait vraiment.

Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
------------------	-------------	-------------	-----------	------------------

10. J'étais désorienté(e), c'est-à-dire que par moment j'étais incertain(e) de l'endroit où je me trouvais, ou de l'heure qu'il était.

Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
------------------	-------------	-------------	-----------	------------------

Annexe 9. STRS-A3

Beaucoup de personnes éprouvent des situations brèves mais extrêmement stressantes. Les questions suivantes concernent cet événement qui a pu entraîner une réaction émotionnelle aiguë .			<i>Score Total :</i>
Depuis combien de temps est survenu l'événement? _____ Heures _____ Jours	Je vais vous poser quelques questions sur vos réactions pendant cet événement. Choisissez parmi les options suivantes :	0 Pas du tout 1 Légèrement 2 Modérément 3 Beaucoup 4 Extrêmement	
Lors de l'événement aviez-vous pensé que :			
	Vous seriez sérieusement blessé physiquement ?	0 1 2 3 4	<i>Total A1 :</i>
	Vous seriez tué ?	0 1 2 3 4	
	Un membre de votre famille serait sérieusement blessé physiquement ?	0 1 2 3 4	
	Un membre de votre famille serait tué ?	0 1 2 3 4	
	Quelqu'un d'autre serait sérieusement blessé physiquement ?	0 1 2 3 4	
	Quelqu'un d'autre serait tué ?	0 1 2 3 4	
Si le Score A1 = 0 → Stop			
A2	Lors de l'événement, vous sentiez vous intensément effrayé ?	0 1 2 3 4	<i>Total A2 :</i>
	Lors de l'événement vous sentiez vous impuissant, désemparé ?	0 1 2 3 4	
	Lors de l'événement, vous sentiez vous horrifié ?	0 1 2 3 4	
A3	Lors de l'événement, aviez-vous eu des difficultés à respirer ou le souffle coupé ?	0 1 2 3 4	<i>Total A3 :</i>
	Lors de l'événement, aviez-vous ressenti des frissons ou des tremblements des genoux ?	0 1 2 3 4	
	Lors de l'événement, aviez-vous senti des palpitations ou que votre rythme cardiaque s'accélérait ?	0 1 2 3 4	
	Lors de l'événement, aviez-vous senti les mains moites ou des sueurs froides ?	0 1 2 3 4	

Immediate medico-psychological care in the emergencies for adult victims of sexual assault: systematic review of the literature.

Abstract :

Introduction : The high prevalence of sexual assaults is particularly worrying considering the significant psychological consequences it can have on those who are victims. Sexual violence appears to have more impact on mental health than any other form of traumatic event. As a result, the psychological care of victims of sexual assault has become a major public health problem. There is immediate formalized medico-psychological treatment for victims of collective traumatic events. The purpose of this paper is to find out if this also exists for those victims of sexual assault.

Method : A systematic review of the literature was conducted by exploring the Pubmed, PsycINFO and SUDOC databases.

Results : There is much consensus on the immediate medico- psychological care for victims of sexual assault; particularly when it comes to how victims are welcomed, the initial assessment, the therapeutic interventions, the information to be given to the patient and the subsequent orientation after early treatment.

Discussion : Multiple aspects of how victims of collective traumatic are treated should be applied to victims of sexual assault. This requires for carers to be trained accordingly and for the organization of care to be reconsidered.

Conclusion : Medico-psychological care structural proposals for patients immediately after a sexual assault are made in order to include as much as possible the various care givers (gynecology, forensic medicine and psychiatry), and other judicial and social actors, and in a dynamic perspective taking into account the potential evolution of the victim.

Key words : rape, sex offenses, crisis intervention, patient care management, sexual abuse

Prise en charge médico-psychologique immédiate aux urgences des personnes adultes victimes d'agressions sexuelles : Revue Systématique de La Littérature.

Résumé :

Introduction : La forte prévalence des agressions sexuelles est particulièrement préoccupante à la lumière de ses conséquences psychologiques importantes pour les personnes qui en sont victimes. En effet, les violences sexuelles semblent avoir un impact plus important sur la santé mentale que d'autres formes d'événements traumatiques. En conséquence, la prise en charge psychologique des personnes victimes d'agression sexuelle est un problème majeur de santé publique. Il existe des prises en charge médico-psychologiques immédiates formalisées destinées aux victimes d'évènements traumatiques collectifs. Ce présent travail a pour but de rechercher s'il en existe pour les victimes d'agression sexuelle.

Méthode : Une revue systématique de la littérature a été réalisée en explorant les bases de données Pubmed, PsycINFO et SUDOC.

Résultats : De nombreux éléments font consensus vis-à-vis de la prise en charge médico-psychologique immédiate des personnes victimes d'agression sexuelle ; notamment concernant le dispositif d'accueil des victimes, l'évaluation initiale, les interventions à visée thérapeutique, l'information à délivrer au patient et l'orientation ultérieure après la prise en charge précoce.

Discussion : De multiples aspects de la prise en charge médico-psychologique immédiate des victimes d'évènement traumatique collectif devraient être appliqués aux victimes d'agression sexuelle. Pour cela une formation spécifique des soignants est nécessaire ainsi qu'une organisation spécifique de la prise en charge.

Conclusion : Des propositions de structuration pour la prise en charge médico-psychologique des victimes dans les suites précoces d'une agression sexuelle sont faites dans un souci d'articulation avec les différents intervenants sanitaires (gynécologie, médecine légale et psychiatrie), judiciaires et sociaux, et dans une perspective dynamique tenant compte de l'évolution potentielle de la victime.

MOTS-CLES : viol, infractions sexuelles, intervention de crise, gestion des soins aux patients, victimes d'abus sexuels, victimes de viol

DISCIPLINE : Psychiatrie

**UFR DES SCIENCES MEDICALES, UNIVERSITE DE BORDEAUX 146, rue Léo Saignat
33076 BORDEAUX CEDEX**