

Mémoire de Maîtrise en Médecine N°5612

Parcours des femmes consultant aux urgences de gynécologie du CHUV après une agression sexuelle

Étudiante

Léonore Genet

Faculté de Médecine, UNIL

Tutrice

Dre Saira-Christine Renteria, MD, MER

Département-femme-mère-enfant, CHUV

Expert

Prof. Tony Fracasso

Centre Universitaire Romand de Médecine Légale (CURML)

Lausanne, Mars 2019

ABSTRACT

Titre : Parcours des femmes consultant aux urgences de gynécologies du CHUV suite à une agression sexuelle.

Objectif : Le but de ce travail est d'effectuer une évaluation quantitative et un relevé des données relatives aux femmes consultant aux Urgences de gynécologie-obstétrique du DFME suite à une agression sexuelle, afin de décrire le parcours de soins précoces, et d'identifier les éléments pouvant influencer le déroulement de ce parcours. Il vise donc à vérifier si elles tirent le bénéfice souhaité des prestations proposées ainsi que du cadre mis en place, tout en cherchant à en identifier les difficultés.

Méthode : L'étude projetée est une étude épidémiologique descriptive et rétrospective. La population étudiée est constituée des 50 premières patientes de plus de 18 ans, ayant consulté initialement aux Urgences de gynécologie-obstétrique du DFME du CHUV en 2017, et pour lesquelles une documentation spécifique a été établie en raison d'une révélation d'une agression sexuelle.

Résultats : La moyenne d'âge des patientes de la cohorte est de 32.3 ans. Nos résultats montrent que 54% des patientes sont orientées aux urgences soit par elles-mêmes, soit par la police. Au moment des faits, 25% d'entre elles présentent des comorbidités psychiatriques et 46% ont des antécédents de violences sexuelles dans le passé. L'agresseur est connu de la victime dans 60% des cas, et l'agression a lieu au domicile de la victime dans 32% des cas. De la violence physique est rapportées dans 46% des agressions.

Le délai entre l'agression sexuelle et la consultation aux urgences est court, avec 84% des patientes qui consultent dans les 7 jours.

Concernant le suivi, 70% des patientes adhèrent à la première partie du suivi, contre seulement 22% lors de la seconde partie du suivi. Et seulement 39% sont présentes à la consultation d'infectiologie pour le suivi de la PEP. Aucun élément n'a montré une influence significative sur la probabilité d'adhérence au suivi de manière générale.

Conclusion : Cette étude a démontré que les patientes faisant état d'une agression sexuelle, s'orientent plutôt bien dans le système de soins du CHUV, et adhèrent relativement bien au suivi mis en place, voire mieux que ce qui est décrit dans la littérature, et plus particulièrement à la première partie de ce dernier. Toutefois, les améliorations y sont toujours possibles, notamment pour la deuxième partie du suivi, ainsi que pour la prise en charge des patientes bénéficiant de la PEP.

Mots clés : agression sexuelle, suivi, parcours, adhésion

TABLES DES MATIERES

Abstract.....	1
Tables de matières.....	2
1. Introduction.....	3
1.1. Avant-propos.....	3
1.2. Situation au CHUV au moment de l'étude.....	3
1.3. État actuel des connaissances.....	4
1.4. Objectif du travail.....	5
2. Méthodologie.....	7
2.1. Population étudiée.....	7
2.2. Extraction et analyse des données.....	7
2.3. Commission éthique.....	8
3. Résultats.....	8
3.1. Variables identifiées lors de la consultation aux urgences.....	8
3.1.1. Caractéristiques de la victime.....	8
3.1.2. Porte d'entrée dans le système de soins.....	9
3.2.3. Circonstances de l'agression.....	11
3.1.4. Constat, examen clinique.....	11
3.2.5. Démarches mises en place et décisions.....	11
3.2. Variables identifiées lors de la première consultation de suivi.....	12
3.3. Variables identifiées lors de la deuxième consultation de suivi.....	14
3.4. Éléments influençant l'adhérence des patientes au suivi.....	15
4. Discussion.....	16
4.1. Hypothèses et propositions pour l'avenir.....	23
4.2. Limitations de l'étude.....	25
5. Conclusion.....	25
6. Remerciements.....	26
7. Bibliographie.....	27

1. INTRODUCTION

1.1 Avant-propos

Une agression sexuelle est un traumatisme majeur dans la vie d'une femme. Selon le rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS, une femme sur six est victime d'une agression sexuelle au cours de sa vie (1). Une prise en charge rapide et adaptée contribue favorablement à la conservation de sa santé physique et à la prévention des conséquences psychiques ainsi qu'à la recherche et à la conservation de preuves médico-légales. Différents paramètres peuvent influencer la recherche d'aide au sein du système de santé, tels que les circonstances de l'agression, la prise de conscience de la femme en tant que victime, les prestations disponibles et l'accès à l'information et à l'orientation de la victime concernant les démarches possibles sur le plan médical, psycho-social et juridique.

1.2 Situation au CHUV au moment de l'étude

Après une agression sexuelle, une partie des femmes est adressée aux Urgences de Gynécologie-Obstétrique du CHUV par les équipes d'intervention spécialisées de la Police cantonale vaudoise (police de sûreté) ou de la police municipale de Lausanne (brigade des mœurs) mais la majorité des femmes consultent dans un premier temps sans avoir encore décidé du dépôt d'une plainte pénale. L'orientation des femmes jusqu'aux Urgences suit un parcours individuel et souvent aléatoire qui dépend beaucoup des conseils et des interventions des premiers interlocuteurs, et qui ne peut pas encore suffisamment s'appuyer sur les informations disponibles et faciles d'accès, par exemple sur internet (a).

En cas de violences sexuelles, le Département femme-mère-enfant (DFME) du CHUV est en mesure de proposer à la victime une prise en charge structurée par une équipe multidisciplinaire formée. En cas de consultation en urgence dans les suites immédiates d'une violence sexuelle ou d'une suspicion d'une telle agression, un constat à visée médicale préventive et/ou thérapeutique ainsi qu'à visée médico-légale est effectué, indépendamment du fait que la victime ait ou non déposée une plainte auprès des instances policières. Les buts principaux de la prise en charge sont d'offrir les premiers soins et de prévenir les infections sexuellement transmissibles (VIH, Hépatite B, Chlamydia, Gonorrhée etc.) aussi bien que la survenue d'une grossesse, et de collecter les évidences (recherche et documentation d'éventuelles lésions et/ou d'une possible intoxication et récolte de tout matériels biologiques pouvant

contribuer à l'identification de l'agresseur). Le matériel prélevé à visée médico-légale est acheminé au Centre Universitaire Romand de Médecine Légale (CURML). La durée de conservation était jusqu'il y a peu limitée à un an (voir à 3 ans depuis très récemment) par le CURML, si la patiente n'a pas décidé d'un dépôt de plainte dans l'intervalle, à l'exception des patientes mineures. Cette durée de conservation peut toutefois être prolongée sur demande écrite de la victime. A noter que les examens sur les échantillons des prélèvements forensiques ne sont effectués qu'à la demande d'un juge et les résultats ne sont pas mis à disposition de l'équipe médico-thérapeutique.

Le suivi mis en place se déroule de la manière suivante. Les victimes d'agression récente sont prises en charge aux Urgences de gynécologie-obstétrique, puis entre 1-30 jours plus tard à la consultation de gynécologie psychosomatique et psycho-sociale, à la consultation du médecin cadre de l'UPS ou dans les consultations de gynécologie de l'adolescente. Puis un deuxième bilan est proposé à 3-4 mois après l'agression. Ces consultations de contrôle, effectuées par des gynécologues, ont pour but d'informer la patiente des résultats des examens paracliniques, d'effectuer des examens complémentaires ou de compléter les vaccinations si nécessaires, et bien sûr d'inclure une évaluation somatique et psychosociale. En cas de prophylaxie post-exposition VIH (PEP) toutes les victimes adultes devaient jusqu'à récemment être adressées par le médecin des Urgences à la consultation d'infectiologie en médecine II du CHUV pour un premier contrôle 2 semaines après le début du traitement prophylactique post-exposition au VIH. Cette procédure était toujours en vigueur pendant toute la période de recherche. En fonction de sa demande, du contexte et des besoins relevés, la patiente sera orientée vers d'autres consultations de l'Unité psycho-sociale du DFME (Centre de santé sexuelle - planning familial, sages-femmes conseillères, assistantes sociales de la maternité). Ce suivi médical et psycho-social associe le cas échéant les psychiatres du Service de Psychiatrie de Liaison pour adultes ou du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescente SUPEA. Ce n'est qu'à partir de mai 2018 que tous les constats d'agressions seront systématiquement coordonnés avec les médecins légistes et effectués conjointement. Auparavant, à savoir pendant la période d'étude, un examen médico-légal pouvait être organisé avec les médecins légistes du CURML à condition que la patiente ait déposé une plainte ou avec les médecins et infirmières forensiques de l'Unité de Médecine des Violences (UMV), en absence de plainte. Les professionnels travaillent en collaboration avec le réseau d'aide externe au CHUV. Toutes les patientes sont encouragées à prendre contact avec les centres L.A.V.I. pour une information relative à la Loi d'Aide aux Victimes d'Infraction, et reçoivent un prospectus. Les centres L.A.V.I. prévoient une aide spécifique (psychologique, sociale, juridique et éventuellement financière) à toute personne ayant subi une infraction susceptible d'entraîner une

atteinte à son intégrité physique, sexuelle ou psychique.

1.3 État actuel des connaissances

Dans la littérature, les études épidémiologiques récentes concernant les victimes d'agressions sexuelles sont relativement rares. En 1992, Magid et al (1) puis Riggs et al (2) en 2000, ont décrit de façon exhaustive les caractéristiques des victimes d'agression sexuelle, celles des agresseurs, les circonstances de l'agression ainsi que les différents traitements mis en place. Plus récemment, Grossin et al (3) a décrit ces mêmes variables, en les corrélant avec le délai entre l'agression et l'initiation de la prise en charge. A Genève, une étude rétrospective a permis d'analyser les données de toutes les victimes d'agression sexuelle examinées aux HUG entre 2006 et 2010 (4). Ces études ont entre autres pu mettre en évidence que l'agresseur est fréquemment connu de la victime (2,5), et que l'agression a souvent lieu soit au domicile de l'agresseur, soit celui de la victime (3,5). La violence physique et verbale est fortement représentée (2,3,5), et les lésions corporelles et génitales peuvent fréquemment être mises en évidence (1,2,3,5). La pénétration vaginale est le type d'agression le plus fréquemment reportée (1,2). Dans beaucoup de situation, l'agression survient dans la seconde partie de la journée (1,2), et la consommation d'alcool est également souvent en jeu (1,2,5). La prophylaxie post exposition contre le VIH ainsi que la contraception d'urgence sont les traitements les plus communément mis en place (1,2). Pour finir, la difficulté à mettre un nom sur l'acte vécu, le sentiment de « culpabilité » et la peur de ne pas être crue, sont souvent à l'origine d'un renoncement à une plainte pénale (a).

En ce qui concerne le suivi médical mis en place lors d'agressions sexuelles, les données issues de la littérature sont également rares. Les études traitant de ce sujet démontrent toutes que le taux d'adhérence au suivi est faible, et qu'il concerne en effet qu'une minorité des victimes. (6,7,8) Certaines études affirment qu'aucun facteurs ne peuvent être corrélés avec l'adhérence (6). D'autres études ont mis en relation certaines variables comme le jeune âge, l'amnésie, la consommation d'alcool, le domicile de la victime comme lieu d'agression et les lésions génitales, avec un meilleur taux de suivi, alors qu'au contraire les comorbidités psychiatriques, et le conjoint comme type d'agresseur, seraient des variables qui diminuent les chances d'adhérence au suivi (7,8).

1.4 Objectif du travail

Le but de ce travail est d'effectuer une évaluation quantitative et un relevé des données relatives aux femmes consultant, suite à une agression sexuelle, aux Urgences de gynécologie-obstétrique du Département Femme-Mère-Enfant (jusqu'à fin 2016 : Département de Gynécologie-Obstétrique et de Génétique médicale). Ce travail vise principalement à décrire le parcours de soins précoces des patientes ayant subi des violences sexuelles en tenant compte des circonstances des agressions, et d'identifier les éléments pouvant influencer le déroulement de ce parcours.

Plus précisément, nous décrivons le chemin d'accès des femmes ainsi que leurs motifs de consultations et leurs demandes face à la prise en charge initiale, puis nous relèverons les éléments clés du contexte et de l'agression vécue, et pour finir nous documenterons l'orientation des femmes dans le système de soins après la consultation aux urgences, les interventions de soin et leur adhérence pratique à la prise en charge médicale et psycho-sociale proposée, ainsi que les facteurs influençant ces éléments divers.

Nous tenterons alors d'objectiver :

- Le délai entre l'agression et la venue de la patiente et les éventuels obstacles qui influencent sur l'accès à la prise en charge en urgence.
- Les caractéristiques des victimes et le contexte de l'agression.
- Le suivi mis en place et l'adhérence de la patiente à ce dernier mais aussi la coordination pratique du suivi au sein de l'institution et les éventuels problèmes rencontrés.

Ce travail devrait permettre de mieux cerner et comprendre le parcours médical des femmes victimes de violences sexuelles. Il permettra également de vérifier si elles tirent le bénéfice souhaité des prestations proposées par la Direction de Gynécologie-Obstétrique DGO ainsi que du cadre mis en place, tout en cherchant à en identifier les difficultés.

L'identification d'obstacles à l'adhérence et les pistes pour mieux intervenir auprès de cette population, devront aider à améliorer la prise en charge et les étapes du suivi post-agression.

Au vu de l'actualité récente, notamment du mouvement #MeeToo, il semble aussi intéressant de noter que ce travail s'inscrit relativement bien dans le contexte actuel. Il semble en effet d'autant plus pertinent de s'intéresser aux obstacles auxquels les femmes peuvent être confrontées, lorsqu'il s'agit de prendre la décision de dénoncer toute forme de contrainte sexuelle, et d'identifier les éléments sociétaux qui entravent ou ralentissent leur démarche, et donc leur accès aux soins.

2. METHODOLOGIE

2.1 Population étudiée

L'étude projetée est une étude épidémiologique descriptive et rétrospective. La population étudiée est constituée des 50 premières patientes de plus de 18 ans, ayant consulté initialement aux Urgences de gynécologie-obstétrique du Département Femme-Mère-Enfant du CHUV en 2017, et pour lesquelles une documentation spécifique a été établie en raison d'une révélation d'une agression sexuelle (que ce soit un viol ou un autre acte d'ordre sexuel non consenti), ou une suspicion d'agression sexuelle.

Plus précisément, les données propres à étudier le parcours médical des patientes victimes d'une agression sexuelle sont disponibles à partir des documentations des consultations des victimes de violences sexuelles prises en charge dans les différents secteurs de gynécologie-obstétrique du Département Femme-Mère-Enfant du CHUV : principalement les Urgences de gynécologie-obstétrique, la Consultation spécialisée de gynécologie psychosomatique et psychosociale ainsi que les consultations de gynécologie de l'adolescence et la consultation du Centre de santé sexuelle - planning familial.

Concernant le nombre de patientes choisies pour la cohorte et la pertinence qui en découle, il est important de spécifier ici que l'étude s'inscrit dans un travail de Master, et le nombre d'heures pouvant y être consacrées est donc malheureusement limité. Le nombre de 50 patientes a été choisi sur la base de ce critère-là.

Par conséquent ce n'est qu'après avoir effectué la récolte de données et leur analyse que nous avons constaté qu'une partie des variables récoltées à des fins d'analyse quantitative n'ont au final pas permis d'extraire des résultats d'une grande pertinence, les variables renseignées étant trop peu nombreuses pour faire l'objet d'une sous-analyse détaillée à la recherche d'un lien entre cause et effet. Limiter dès le départ le nombre de variables relevées par patiente, aurait permis d'économiser du temps consacré à la relevée des données afin d'inclure plus de patientes dans la cohorte étudiée. En même temps ce n'est que l'analyse un par un de ces dossiers qui nous a permis d'arriver à ce constat.

Dans certains dossiers, nous avons également réalisé au cours de la récolte de données, que la documentation était trop peu détaillée malgré la systématique de la base de donnée. En effet certains champs sont libres et d'autres non contraignants afin de ne pas entraver la fluidité de la consultation

clinique. L'exclusion totale des dossiers pour lesquelles certaines informations quantitatives n'étaient pas renseignées, n'aurait toutefois pas permis de gagner du temps puisqu'il aurait été nécessaire d'augmenter secondairement le nombre de patiente pour étoffer la cohorte.

Il s'est avéré que l'anamnèse de la consultation initiale aux urgences se concentrait avant tout sur le récit des agressions tel que rapporté par la victime et que peu sur les démarches faites par la victime ou par son entourage pour accéder à la consultation urgente destinée au constat d'agression. Malgré l'intention initiale nous avons de ce fait renoncé à une analyse qualitative ciblant cet aspect du discours des patientes bien que cet aspect reste une préoccupation.

2.2 Extraction et analyse des données

La saisie des données a été effectuée sur la base des dossiers des patientes pour qui la situation a fait l'objet d'une documentation initiale sur *Filemaker* (fichier AGRESS), comme le veut la procédure en vigueur aux Urgences. D'autres données nécessaires ont également été extraites depuis *Soarian*, notamment certaines données relatives aux consultations de suivi. Pour finir, *Ultragenda* a permis le repérage des consultations manquées ou annulées.

Les données extraites des dossiers de ces patientes, et analysées en fonction de la chronologie du parcours médical, ont été les suivantes :

- Les variables relatives à la première consultation : les caractéristiques de la victime, les circonstances de l'agression, et les éléments décrivant sa « porte d'entrée » aux urgences gynécologiques, les constatations relevées lors de l'examen clinique ainsi que les démarches mises en place.
- Les variables relatives à la première consultation de suivi : les perceptions et plaintes spécifiques de la victime, les démarches, consultations et éventuels traitements effectués dans l'intervalle, l'orientation ou les démarches prévues à l'issue de la consultation.
- Les variables relatives à la deuxième consultation de suivi : les perceptions et plaintes spécifiques de la victime, les démarches et consultations effectuées dans l'intervalle, l'orientation ou les démarches prévues à l'issue de la consultation.

Après avoir été extraites des dossiers, ces variables ont ensuite été saisies dans un tableau Excel afin de pouvoir en faire l'analyse descriptive et statistique.

Les tests de χ^2 ont été utilisés comme tests statistiques appliqués pour les données requises.

2.3 Commission éthique

Cette étude entrant dans le champ d'application de la Loi relative à la Recherche sur l'être Humain (LRH), et faisant partie de la catégorie des projets de réutilisation sans consentement, le protocole de recherche a initialement été soumis à la commission d'éthique compétente.

L'autorisation pour ce projet a été accordée par la commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER-VD).

3. RESULTATS

3.1 Variables identifiées lors de la consultation aux urgences

3.1.1 Caractéristiques de la victime

Pour recenser notre collectif des 50 patientes prévues en commençant par le 1er janvier 2017, nous avons dû répertorier des cas sur une période allant jusqu'à la fin du mois d'août. Nous rappelons que toutes les patientes mineures (<18 ans) ont été exclues de l'étude, ainsi que les patientes faisant état d'une violence sexuelle dans le cadre d'une consultation autre que les Urgences, principalement la consultation spécialisée de gynécologie psychosomatique et psychosociale, les consultations de gynécologie de l'adolescence et la consultation du centre de santé sexuelle ou planning familial. Parmi ce collectif de patientes majeures, l'âge moyen est de 32.3 ans. La distribution de l'âge est représentée dans la *figure 1*.

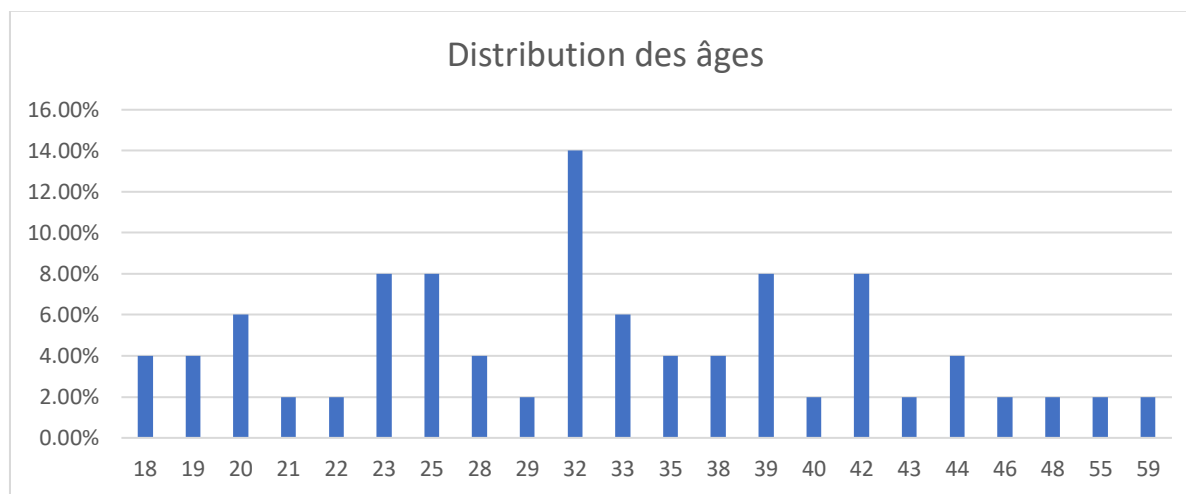


Figure 1 : Distribution des âges

44% des patientes (n=22) étaient de nationalité suisse, alors que 36% (n=18) étaient de nationalité étrangère (pour les 20% restants, la nationalité n'était pas indiquée dans le dossier clinique). 46% (n=23) avaient déjà subi par le passé des violences sexuelles, et 44% (n=22) avaient été victimes de violences domestiques.

Sur le plan psychique, nous relevons que 28% (n=14) des patientes présentaient anamnésiquement des comorbidités psychiatriques, notamment des troubles dépressifs (12%) et schizo-affectifs (4%).

Nous avons également relevé que 16% (n=8) des patientes mentionnaient avoir un problème de dépendance, principalement avec l'alcool (12%).

Nous notons également qu'au moment de l'agression, 22% (n=12) des patientes se trouvaient dans une situation sociale difficile. En effet 12% vivaient dans un foyer ou dans une autre structure d'accueil, 6% étaient SDF, et 4% étaient hospitalisées en milieu psychiatrique au moment des événements.

3.1.2 Porte d'entrée dans le système de soins

La grande majorité des patientes ont consulté le jour même, ou les quelques jours suivants leur agression (Figure 2). En effet 62% (n=31) ont consulté dans les 48 heures, puis 16% (n=8) dans les 5 jours, puis 6% (n=3) dans les 7 jours, et pour finir 12% (n=6) dans les plus de 7 jours.

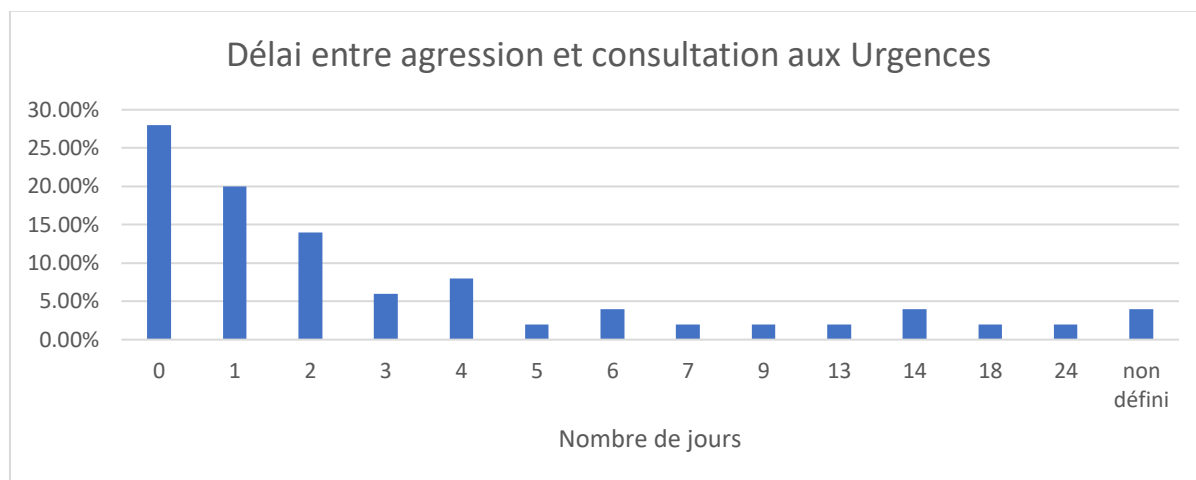


Figure 2 : Délai entre l'agression et la première consultation aux Urgences

Dans 28% des cas (n=14), la patiente s'est dirigée aux urgences de gynécologie-obstétrique du DFME d'elle-même. Dans 26% des cas (n=13), elle a été orientée par un inspecteur de police, dans 12% (n=6) elle a été adressée par un hôpital régional, et dans 6% (n=3) par un autre service au sein du CHUV (notamment le service des urgences générales du CHUV/PMU Policlinique médicale universitaire). (Figure 3).

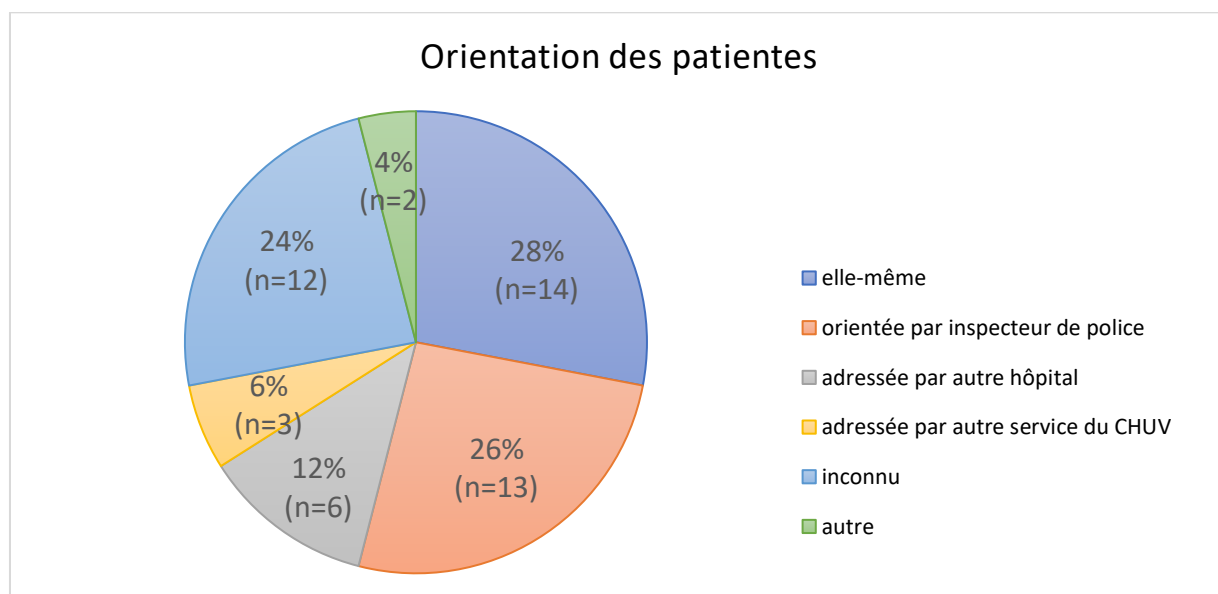


Figure 2 : Orientation des patientes aux urgences de gynécologie-obstétrique du DFME

En ce qui concerne les attentes et les motivations de la patiente quant à sa venue aux urgences, peu de ces informations étaient répertoriées dans les dossiers, avec 78% d'inconnu (n=39). Parmi les cas pour

lesquels nous avons un renseignement à ce sujet, 10% (n=5) désiraient savoir s'il y a effectivement eu un rapport sexuel, surtout en présence d'amnésie, et 6% (n=3) souhaitaient un constat d'agression.

3.1.3. Circonstances de l'agression

Dans 32% des cas (n=16), l'agression sexuelle a eu lieu au domicile de la victime, dans 18% (n=9) des cas dans un lieu public intérieur, et dans 12% (n=6) des cas au domicile de l'agresseur. Le reste se répartit entre les lieux publics extérieurs, et le domicile d'un tiers. Dans 62% (n=31) des cas, l'agression a eu lieu la nuit.

Dans 22% (n=11) des cas l'agresseur était totalement inconnu de la victime, dans 16% (n=8) des cas une interaction sociale a précédé l'événement, dans 12% (n=6) une connaissance, dans 12% (n=6) le conjoint, dans 12% (n=6) un ami/ « date-rape », et dans 8% (n=4) l'ex-conjoint. Dans les 18% (n=9) restants, le type d'agresseur n'était pas indiqué dans le dossier clinique.

Dans 46% (n=23) des situations, une consommation d'alcool volontaire précédant l'agression ou dans le contexte de l'agression était en jeu, et dans 12% (N=6) une consommation de psychotropes a été relevée.

A noter également que dans 12% (n=6) des cas, une prise non volontaire de GHB était suspectée.

54% (n=27) des agressions étaient accompagnées de violence physique, et 20% (n=10) de menaces verbales.

Pour finir, 50% (n=25) des patientes ont présenté une amnésie (partielle ou totale) quant au déroulement de l'événement.

3.1.4. Constat, examen clinique

La grande majorité des patientes ont accepté l'examen clinique et gynécologique C'est le cas en effet de 92% (n=46) des patientes. Parmi elles, nous avons objectivé des lésions extra-génitales chez 46% (n=23), et des lésions génitales chez 20% (n=10). Chez 28% (n=14) des victimes, aucune lésion n'a été retrouvée.

3.1.5. Démarches mises en place et décisions

Après la première consultation suivant l'agression, 46% (n=23) des patientes ont bénéficié de l'introduction d'une prophylaxie post-exposition VIH (PEP). Chez les 40% (n=20) qui n'en ont pas bénéficié, la raison principale était le dépassement du délai, rendant la PEP inefficace. Dans les 24% (n=12) restants, la prescription ou non d'une PEP n'était pas indiquée dans le dossier clinique.

Parmi les patientes chez qui une PEP a été prescrite, 76% (n=38) d'entre elles se sont vu organiser un suivi en médecine II pour la suite de la prise en charge de la PEP.

En ce qui concerne la contraception post-coïtale (CPC), 34% (n=17) de l'ensemble des patientes en ont bénéficié en raison d'une situation à risque et d'une consultation dans les délais de 5 jours.

La proposition d'un débriefing LAVI a été documentée chez 72% (n=36) des patientes. Un suivi psychologique a été organisé pour 32% (n=16) des patientes. 50% (n=25) de ces suivis ont été effectués par le psychologue/psychiatrie traitant de la victime. 4% (n=2) ont été hospitalisées en milieu psychiatrique (en plus de celles déjà hospitalisées au moment de l'agression).

A ce stade de la prise en charge, 14% (n=7) des victimes avaient déjà déposé plainte, 36% (n=18) prévoyaient de le faire, 12% (n=6) ne voulaient pas, et 2% (n=1) hésitaient encore. Pour les 36% (n=18) restants, la décision du dépôt de plainte n'était pas précisée dans le dossier clinique.

3.2 Variables identifiées lors de la première consultation de suivi

70% (n=35) des patientes sont venues à la première consultation de suivi en gynécologie psychosomatique et psycho-sociale, dont 10% (n=5) après une première annulation ou un rendez-vous manqué. Les 30% (n=15) restants ont manqué le rendez-vous, ou l'ont annulé. (Figure 3)

Nous tenterons plus tard d'identifier les éléments propres à la patiente que l'on pourrait éventuellement mettre en corrélation avec une non adhérence au suivi.

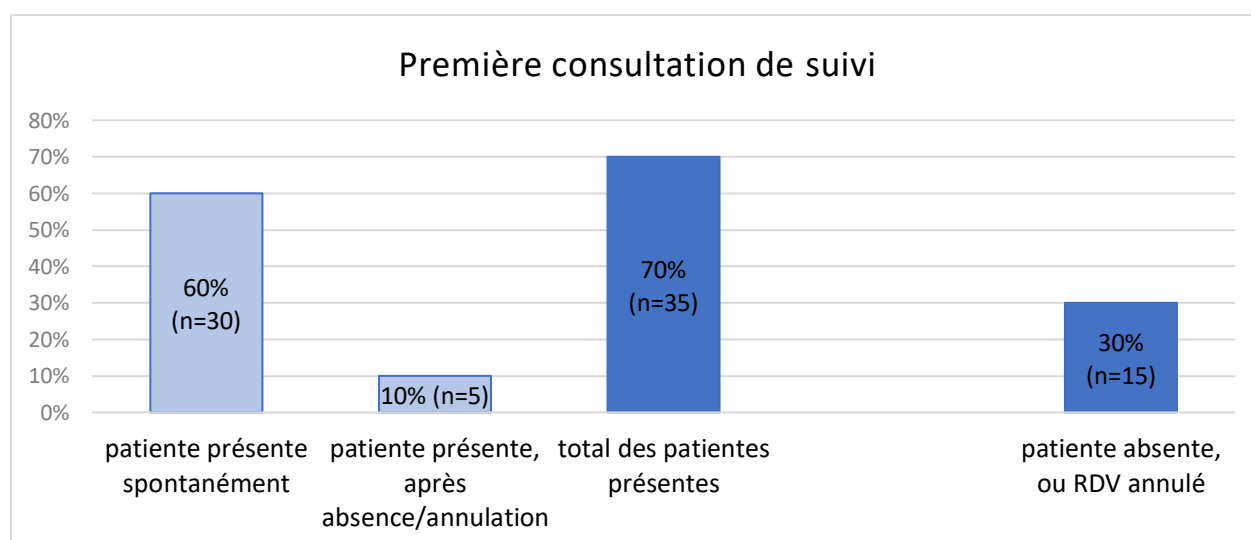


Figure 3 : Adhérence des patientes à la première consultation de suivi

En ce qui concerne le délai entre la consultation aux urgences et celle du premier suivi, la moyenne de notre collectif de patientes était de 33 jours, ce qui est conforme avec la prise en charge préconisée.

Lors de l'entretien, seules 9% (n=3) des patientes ont exprimé des plaintes somatiques, mais les plaintes psychiques étaient très importantes, et étaient en effet présentes chez plus de 46% (n=16) des victimes. Avec notamment une baisse de la thymie chez 17% (n=6) des patientes, des insomnies et des cauchemars chez 14% (n=5) et un probable PTSD chez 2 des victimes.

A ce stade du suivi, il n'y a eu aucune survenue de grossesse, et seulement une IST détectée (chlamydia). Pour rappel 23 patientes s'étaient vu prescrire la PEP lors de la consultation aux urgences. Lors de la première consultation de suivi, 30% (n=7) des patientes qui se présentent au suivi et auxquelles la prophylaxie post-exposition (PEP) avait été prescrite l'ont terminée, et 9% (n=2) étaient encore en cours. Pour les 61% (n= 14) restants, l'état de la prise de la PEP n'était pas renseigné dans le dossier clinique.

Mais parmi les patientes chez qui la PEP était terminée, plus de la moitié ne l'avaient pas prise de façon optimale, soit à cause d'une mauvaise compréhension de la prise, soit suite à des effets secondaires.

L'adhérence au suivi en médecine II pour le suivi du traitement prophylactique post-exposition VIH n'était également pas optimale, avec seulement 39% (n=9) de patientes qui se sont présentées au contrôle, contre 35% (n=8) qui ont annulé ou ont manqué le rendez-vous. 17% (n=4) n'y étaient pas encore allées au moment de la première consultation de suivi, mais avaient prochainement rendez-vous, et pour les 9% (n=2) restants, la présence ou non à la consultation en médecine II n'était pas mentionnée dans le dossier clinique. (Figure 4)

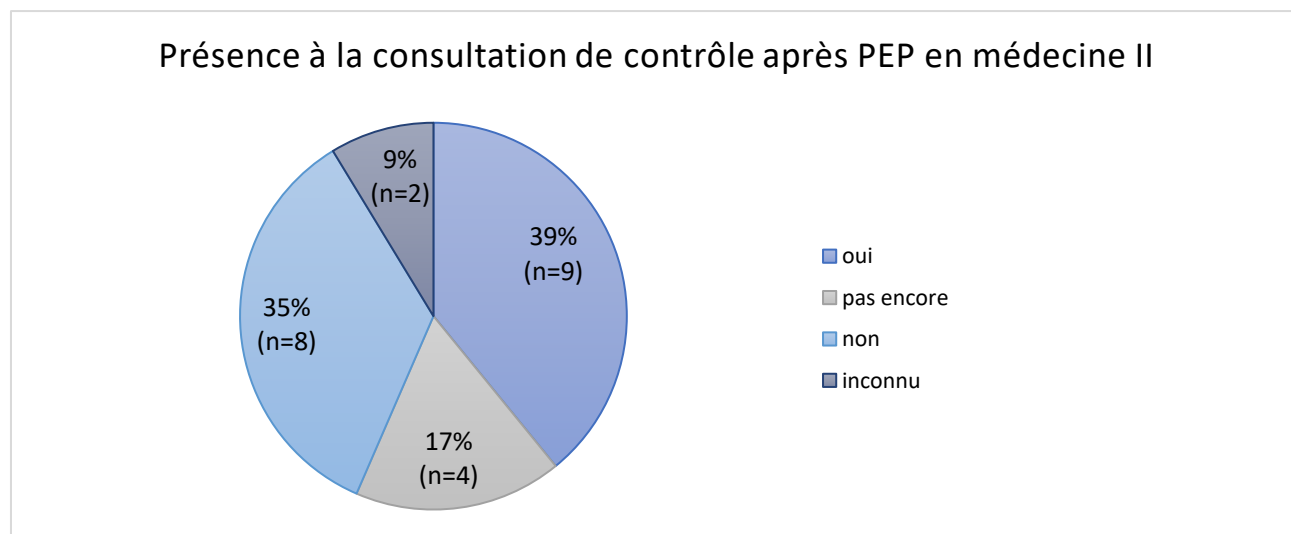


Figure 4 : Présence des patientes à la consultation de médecine II pour le suivi de la PEP

Parmi les autres informations identifiées, nous avons relevé que 17% (n=6) des patientes avaient à ce stade du suivi eu un entretien à la L.A.V.I., 66% (n=35) ont bénéficié d'un suivi psychologique. Au moment de la première consultation de suivi, le nombre total de victimes indiquant avoir déposé plainte était de 51% (n=18). Pour rappel, seules 14% (n=7) l'avaient déjà effectuée lors de la première consultation aux urgences.

3.3 Variables identifiées lors de la deuxième consultation de suivi

Nous constatons que seules 22% (n=11) des patientes se sont présentées à la deuxième consultation de suivi. Les 78% (n=39) restantes ne se sont soit pas présentées au rendez-vous, soit l'ont annulé. (Figure 5)

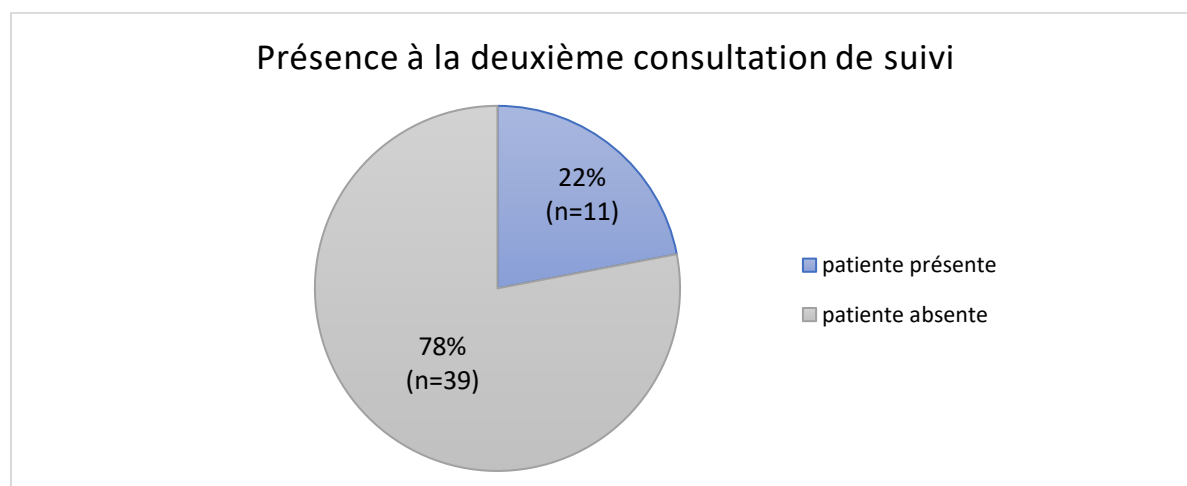


Figure 5 : Adhérence des patientes à la deuxième consultation de suivi

Nous relevons que le délai entre la première consultation de suivi et la deuxième était de 95 jours en moyenne, ce qui tout comme pour la première consultation de contrôle, correspond également aux recommandations du suivi.

Il est important de noter que le reste des variables analysées, notamment l'état général des patientes, la mise en place ou non d'un suivi psychologique, l'organisation ou non d'un entretien L.A.V.I., et le pourcentage de dépôt de plaintes, ne permettent pas des interprétations concluantes, étant donné la trop faible proportion de patientes s'étant présentées lors de cette deuxième consultation.

3.4 Éléments influençant l'adhérence au suivi

Après avoir analysé chacune des variables de manière brute et systématique, nous avons ensuite tenté de mettre en relation certains de ces paramètres avec le taux d'adhérence des patientes au suivi mis en place, et plus précisément à la première consultation de suivi. Ces paramètres sont démontrés dans la *figure 6*.

	Adhèrent à la 1 ^{ère} consultation de suivi	N'adhèrent pas à la 1 ^{ère} consultation de suivi
Orientées par la police (N=13)	10 (77%)	3 (23%)
Pas orientée par la police (N=25)	18 (72%)	7 (28%)
< 25 ans (N=18)	11 (61%)	7 (39%)
> de 25 ans (N=32)	24 (75%)	8 (25%)
Situation psycho-sociale difficile (N=17)	13 (76%)	4 (24%)
Pas de situation psycho-sociale difficile (N=33)	22 (67%)	11 (33%)
Lésions génitales et/ou extra-génitales (N=26)	18 (69%)	8 (31%)
Lésions génitales uniquement (N=10)	7 (70%)	3 (30%)
Aucune lésion retrouvée (N=14)	11 (79%)	3 (21%)
Amnésie (N=25)	18 (72%)	7 (28%)
Pas d'amnésie (N=23)	15 (65%)	8 (35%)
Pénétration pénienne (N=26)	17 (65%)	9 (35%)
Pas de pénétration pénienne (N=6)	6 (100%)	0 (0%)
PEP prescrite (N=23)	16 (70%)	7 (30%)
Pas de PEP prescrite (N=20)	17 (85%)	3 (15%)
<7 jours entre agression et urgences (N=42)	30 (71%)	12 (29%)
>7 jours entre agression et urgences (N=6)	5 (83%)	1 (17%)
Projet de dépôt de plainte (N=25)	18 (72%)	7 (28%)
Pas de projet de dépôt de plainte (N=7)	4 (57%)	3 (43%)

Figure 6 : taux d'adhérence au suivi en fonction de différents paramètres

Nous notons que parmi les patientes qui ont été orientées aux Urgences par un inspecteur de police (N=13), 10/13 ont adhéré au suivi et étaient présentes à la première consultation de suivi, contre 3/10 qui ne s'y sont pas présentées. Ces valeurs sont non significatives, avec un χ^2 calculé à 0,108.

Parmi les moins de 25 ans (N=18), 11/18 ont adhéré à la première consultation de suivi, et parmi les plus de 25 ans (N=32), 24/32 y étaient présentes. Ces valeurs sont non significatives, avec un χ^2 calculé à 1,058.

Parmi les patientes ayant une situation psycho-sociale compliquée (N=17), 13/17 ont adhéré au suivi, contre 4/17. (À savoir que nous comprenons dans cette catégorie toutes les patientes ayant un trouble psychiatrique, et/ou les patientes ayant une dépendance à l'alcool ou autre drogue, et/ou les patientes

ayant une situation sociale difficile, c'est-à-dire vivant dans un foyer ou étant sans domicile fixe.) Ces valeurs sont non significatives, avec un χ^2 calculé à 0,513.

Parmi les patientes chez qui des lésions génitales et/ou des lésions extra-génitales ont été objectivées (N=26), 18/26 ont adhéré au suivi, contre 8/26. Et si nous considérons uniquement les lésions génitales (N=10), nous arrivons environ aux mêmes proportions, à savoir 7/10 adhérentes, contre 3/10 absentes. Ces valeurs sont non significatives, avec un χ^2 calculé à 0,419.

Parmi les patientes présentant une amnésie en rapport avec l'agression (N=25), 18/25 ont adhéré au suivi, contre 7/25 absentes. Ces valeurs sont non significatives, avec un χ^2 calculé à 0,257.

Parmi les patientes qui ont subi une pénétration pénienne vaginale ou anale (N=26), 17/26 ont adhéré, et 9/26 étaient absentes. Ces valeurs sont non significatives, avec un χ^2 calculé à 2,889.

Parmi les patientes chez qui une PEP a été prescrite (N=23), 16/23 ont adhéré au suivi, contre 7/23. Ces valeurs sont non significatives, avec un χ^2 calculé à 1,428.

Parmi les patientes ayant consulté aux Urgences dans les moins de 7 jours après l'agression (N=42), 30/42 ont adhéré au suivi, contre 12/42. Et pour les patientes ayant consulté aux Urgences dans un délai dépassant les 7 jours (N=6), 5/6 ont adhéré au suivi et 1/6 était absente. Ces valeurs sont non significatives, avec un χ^2 calculé à 0,376.

Et pour finir, parmi les patientes qui avaient un projet de dépôt de plainte au moment du constat d'agression (soit l'avaient déjà déposées, soit prévoyaient de le faire) (N=25), 18/25 ont adhéré au suivi, contre 7/25. Ces valeurs sont non significatives, avec un χ^2 calculé à 0,562.

4. DISCUSSION

Concernant les caractéristiques des victimes, nous avons noté que parmi notre collectif de 50 patientes majeures, l'âge moyen était de 32.3 ans. (Nous rappelons qu'uniquement les patientes majeures ont été incluses.) Grâce à la distribution de l'âge représentée dans la *figure 1*, nous pouvons constater que parmi les majeures, les victimes d'agressions sexuelles ne sont pas uniquement des jeunes adultes, contrairement à ce que nous pourrions intuitivement penser, mais également des femmes d'une strate d'âge plus grand. L'âge moyen obtenu dans notre étude diffère de celui démontré dans la plupart des autres études, où cette moyenne est beaucoup plus basse. Toutefois, dans ces études les patientes mineures avaient également été incluses, contrairement à notre recherche. Si nous en excluons les mineures, l'étude de Ingemann-Hansen et al. révèle que parmi les victimes majeures, 43% ont entre 18-24 ans, 27% entre 25 et 35 ans, et 28% entre 36 et 87 ans (5). L'étude de La Harpe et Vlastos démontre

également que bien que la majorité des victimes se situent entre 15 et 29 ans, 30% appartiennent à des tranches d'âge entre 30 et 65 ans (4). Au vu de ces résultats, il semble donc important de mentionner que l'accès à l'information pour les victimes d'agression sexuelle doit pouvoir s'adresser à tous les âges, et ne devraient pas cibler uniquement un jeune public, comme c'est fréquemment le cas.

Ensuite, nous avons relevé que presque la moitié des patientes ont mentionné avoir déjà été victimes de violences sexuelles et/ou de violences domestiques dans le passé. Ces résultats corroborent avec de nombreuses études. En effet il a largement été démontré, que les personnes ayant subi des violences, notamment pendant l'enfance, ont plus de risques de subir des violences futures à l'âge adulte et de reproduire un schéma de victimisation. (II)

Parmi les autres caractéristiques relevantes, il est intéressant de noter qu'une partie non négligeable des patientes présentaient des comorbidités psychiatriques. Si nous effectuons une comparaison avec le taux de troubles psychiques retrouvé dans la population générale en Suisse, nous constatons que le taux de comorbidités psychiatriques est significativement plus élevé dans notre cohorte. En effet, selon l'enquête suisse sur la santé effectuée par l'OFS en 2017 (b), 15% de la population déclare présenter une détresse psychologique, 9% souffrent de dépression, et 6% sont traités pour des troubles psychiques. L'ESS de 2012 avait quant à elle démontré que 13% des suisses souffrent de problèmes psychiques. (c) La surreprésentation de comorbidités psychiatriques au sein de notre cohorte laisse donc penser que les troubles psychiatriques pourraient relever d'une certaine vulnérabilité envers les agressions sexuelles et peuvent en effet être ciblés par les agresseurs. Il est cependant difficile de déterminer s'il s'agit d'un problème de cause à effet, et surtout dans quel sens les choses sont influencées. En effet la vulnérabilité psychique peut être considérée comme un facteur de risque pour des agressions sexuelles, mais nous pouvons aussi supposer qu'à l'inverse, ce sont les agressions sexuelles qui prédisposent les victimes à développer des pathologies psychiatriques. En effet, comme nous l'avons vu plus haut, beaucoup de femmes ont déjà des antécédents d'agressions. Les troubles psychiques au moment de l'agression décrite dans notre recherche, pourraient donc être une conséquence d'éventuelles agressions antérieures. Le lien entre les agressions sexuelles et le développement de pathologies psychiatriques a largement été décrit dans la littérature (9).

Une autre hypothèse pourrait être que ce profil de patientes (étant de par leur santé mentale, passablement en contact avec le milieu médical), serait alors plus à même d'aller consulter et demander de l'aide à un professionnel de la santé.

Nous avons également relevé qu'un problème de dépendance, notamment avec l'alcool était souvent mis en évidence chez les patientes. Nous notons également qu'une partie non négligeable des patientes

se trouvaient au moment de l'agression dans une situation socio-démographique difficile, plus particulièrement qui vivaient en foyer ou autre structure d'accueil, étaient sans domicile fixe ou encore étaient hospitalisés en milieu psychiatrique. Une situation psycho-socio-démographique compliquée semble donc être un facteur de risque et de vulnérabilité, et peut être exploitée par les agresseurs.

Concernant la porte d'entrée dans le système de soins, nos résultats ont révélé que le délai entre l'agression et la venue de la patiente aux urgences de gynécologie-obstétrique du DFME était relativement court. En effet, une grande majorité des patientes ont consulté le jour même, ou les quelques jours suivants leur agression. Ce résultat nous donne une première information quant à la porte d'entrée par laquelle les victimes d'agression sexuelle passent. En effet, cela laisse entendre qu'indépendamment du parcours qu'elles empruntent pour s'orienter vers les Urgences de gynécologies-obstétriques du DFME, ce parcours est relativement court et rapide. En analysant le délai de façon plus détaillé, nous constatons que plus de la moitié des patientes pouvaient bénéficier de la PEP si besoin, car ont consulté dans les 48 heures après l'agression. La contraception post-coïtale pouvait elle aussi être proposée à un grand nombre de patiente, ces dernières étant venues dans les moins de 5 jours. Et pour finir, une très grande majorité des patientes ont consulté dans les 7 jours après l'agression, ce qui correspond au délai médico-légal.

Dans l'étude de Grossin et al. il a été mis en évidence que 42% des victimes ont consulté dans les moins de 72 heures, contre 58% dans les plus de 72 heures (3). Nos résultats sont donc meilleurs. Il est également intéressant de comparer nos résultats avec ceux de Genève, où 51% des victimes se présentent dans les 24 heures, ce qui corrèle tout à fait avec nos résultats (4).

Il faut cependant être attentif au biais de sélection auquel notre collectif de patientes est probablement soumis. En effet le délai entre l'agression et la consultation est court, mais nous rappelons que ces consultations ont eu lieu dans un service d'Urgences. De ce fait, la rapidité du délai est biaisée, car nous n'avons pas pris en compte toutes les autres patientes qui font état d'une situation d'agression sexuelle dans les autres types de consultation. D'une part, lorsqu'une patiente prend contact avec les Urgences pour ce genre de situation, l'aiguillage sera fait différemment, en fonction du délai dans lequel elle appelle. Au-delà de 7 jours, la patiente sera directement orientée vers la consultation psychosomatique, et ne transitera donc pas par les Urgences. D'autre part, beaucoup d'agressions sexuelles sont également révélées lors d'une consultation d'un tout autre but. C'est notamment le cas des consultations pour IVG par exemple. Aussi, depuis le mouvement « me too », il semblerait que de

plus en plus de patientes osent sortir du silence et faire état d'une agression sexuelle des mois voire des années après les faits.

En ce qui concerne l'orientation des victimes, les résultats montrent que plus de la moitié des patientes ont été orientées soit par la police, soit d'elles-mêmes. Cependant, une quantité non négligeable de patientes ont été adressées par un autre hôpital du canton, ou par un autre service du CHUV. Ces résultats nous indiquent plusieurs choses. D'une part, il est assez rassurant de constater qu'une grande partie des patientes ont pu spontanément trouver l'accès à la bonne structure de soins, et ceci de manière relativement rapide, comme constaté plus haut. Il semblerait donc que l'accès à l'information ait été rendu plus abordable ces dernières années, contrairement à ce qui avait été démontré (a). D'autre part, le fait qu'une grande partie des patientes aient été orientées par un agent de police, est relativement surprenant, et ne correspond pas avec ce que nous attendions. Ce résultat démontre que les structures policières sont suffisamment formées et informées de sorte à correctement orienter les victimes dans ce genre de situations. De plus, cela laisse également sous-entendre que la patiente était donc déjà dans une démarche de dépôt de plainte au moment où elle consulte aux urgences.

Cependant, les chiffres révélant le pourcentage de patientes adressées par d'autres structures de soins sont relativement interpellant. Un nombre trop important de patientes n'ont donc pas été prises en charge dans ce genre de situations, et ont été adressées au CHUV. Cela met en évidence un manque de professionnalisation de la prise en charge des agressions et démontre que la coordination des prestataires et de leur offre n'est donc à ce jour pas encore optimale.

En ce qui concerne les attentes et motivations de la patientes, nous n'avons pas eu suffisamment d'informations pour pouvoir proposer une interprétation des résultats.

Concernant les circonstances de l'agression, les chiffres révèlent que dans la majorité des cas, l'agression a eu lieu au domicile de la victime. Ces résultats peuvent être corrélés avec les études de Ingemann-Hansen et al. (5) et Grossin et al. (3), mais ne correspondent pas avec ceux de La Harpe et Vlastos (4). En effet, dans cette dernière, il a été démontré que l'agression a lieu au domicile de l'agresseur dans 34% des cas, et dans seulement 16% des cas au domicile de la victime.

Nos résultats ont également démontré que l'agresseur était dans la plupart des cas connu de la victime, (i.e. une interaction sociale, une connaissance, un conjoint/ex conjoint, ou un ami) alors qu'en revanche l'agresseur était inconnu de la victime seulement dans moins d'un quart des cas. Là encore, les différentes études ne s'accordent pas toutes sur ce sujet. Riggs et al. (2) et Ingemann-Hansen et al. (5) démontrent également que l'agresseur est plus souvent connu de la victime qu'inconnu, cependant la

proportion d'agresseurs inconnus de la victime sont plus significativement augmentés, avec respectivement 38% et 31%. La Harpe et Vlastos ont quant à eux mis en évidence une proportion nettement plus importante d'agresseur inconnus, avec un taux de 50% (4).

Nous constatons également que la consommation d'alcool volontaire ou de psychotrope rentrait fréquemment dans l'équation. Ces résultats corrélaient tout à fait avec ceux retrouvés dans d'autres études. Ingemann-Hansel et al. ont établi que 43% des victimes avaient consommé plus qu'une unité d'alcool (7). La Harpe et Vlastos ont quant à eux recensé 42% de consommation d'alcool, et 9% de consommation de Cannabis (4).

La violence physique et/ou verbale était également très courante lors de l'agression sexuelle et existait en effet dans plus de la moitié des situations. En comparaison, Grossin et al. ont mis en évidence de la violence physique dans 23% des cas, et des menaces dans 46% des cas (3). Ingemann-Hansen et al. et Riggs et al. ont quant à eux fait état de violence physique dans respectivement 73% et 80% des agressions (5,2).

Concernant le constat, presque la totalité des patientes ont accepté l'examen clinique et gynécologique. Nous notons que les lésions extra-génitales étaient observées dans presque la moitié des cas, et les lésions génitales dans moins d'un quart des cas. Les chiffres qui s'y rapprochent le plus sont issus des études de Ingemann-Hansen et al. (5) et de La Harpe et Vlastos (4), avec respectivement 53% et 57% de lésions extra-génitales et 19% et 30% de lésions génitales. Riggs et al. (2) ont mis en évidence des chiffres plus élevés, avec 67% de lésions extra-génitales et 53% de lésions génitales, tandis que Santos et al. ont répertorié seulement 28% de lésions extra-génitales et 31% de lésions génitales (10).

Concernant les démarches mises en place ainsi que les décisions prises après la première consultation suivant l'agression, nous notons que presque la moitié des victimes ont bénéficié d'une prophylaxie post-exposition VIH (PEP). Nous relevons également qu'une partie non négligeable ne pouvait pas en bénéficier, en raison du dépassement du délai permettant à une PEP d'être efficace. Cela corrélaient effectivement bien avec les chiffres que nous avons révélés plus haut mettant en évidence le délai de la venue aux urgences. En effet, bien qu'une grande majorité des victimes ont consulté dans les 48h après l'agression, et avaient donc la possibilité de disposer d'une PEP, une partie non négligeable s'est présentée plus tard, et ne pouvait donc pas bénéficier des toutes les mesures pouvant être idéalement mises en place. Aussi, nous remarquons que les patientes chez qui une PEP avait été introduite, ne se voyaient pas toutes organiser un suivi en médecine II. Cette information semble mettre en lumière

une potentielle lacune dans la mise en place des démarches, suite à la première consultation. Nous reviendrons plus tard plus en détails sur la consultation de médecine II.

En ce qui concerne la contraception d'urgence, plus d'un tiers en ont bénéficié.

Un suivi psychologique a été très fréquemment organisé suite à cette première consultation.

A ce stade de la prise en charge, nous notons que la moitié des victimes avaient soit déjà déposé plainte, soit prévoyaient de le faire prochainement.

Concernant les variables identifiées lors de la première consultation de suivi, nous avons constaté que 70% (n=35) des patientes y étaient présentes, contre 30% (n=15) d'absentes. Ces chiffres démontrent donc que l'adhérence des patientes à cette première partie du suivi est relativement bonne.

Ces chiffres sont nettement meilleurs que ceux mis en évidence dans les études disponibles à ce sujet. En effet, Holmes et al. (6), Ackerman et al. (7), ainsi que Herbert et al (8) ont démontré que seuls respectivement 31%, 35% et 27% des patientes ont adhéré au suivi mis en place. Seuls Parekh et al. ont mis en évidence des résultats similaires aux nôtres, avec un taux d'adhérence à 66% (11).

Il semble intéressant de mettre en évidence ici le fait que très peu de littérature sur le suivi des agressions sexuelles soient disponibles. Une hypothèse possible serait que la plupart des études à ce sujet, ont été effectuées aux États-Unis. Or, les centres de suivi y sont rares, et il s'agit majoritairement de centres d'urgences à but uniquement diagnostique. Le « follow-up » n'y est donc pas beaucoup mis en avant, ce qui pourrait éventuellement expliquer le bas taux d'adhérence.

Pour revenir à nos résultats, il est également intéressant de noter que parmi les patientes présentes, 10% (n=5) sont venues après une annulation ou un rendez-vous manqué. Nous pouvons donc en conclure, que l'effort fourni pour faire revenir les patientes, est bénéfique, et permet en effet de gagner 10% supplémentaires, comme illustré sur la *Figure 3*.

En moyenne, le nombre de jours écoulés entre la consultation aux Urgences et celle du premier suivi correspond au délai souhaité, qui pour rappel, se situe entre 1 à 30 jours.

Durant cette première consultation de suivi, très rares étaient les patientes qui ont signalé des plaintes somatiques, mais les plaintes psychiques étaient quant à elles exprimées chez près de la moitié des patientes, ce qui est fortement révélateur. Cela démontre en effet qu'au-delà de l'importance de la prise en charge des aspects somatiques, le suivi est également extrêmement important pour la santé psychique de la victime et permet de les prendre en charge de la meilleure façon possible.

La survenue d'une grossesse était inexistante à ce stade du suivi, et les IST détectées étaient exceptionnelles.

Nous remarquons que parmi les patientes chez qui une PEP avait été prescrite, la prise n'a souvent pas été effectuée de façon idéale, en lien notamment avec une mauvaise compréhension de la prise, ainsi que la survenue de quelques effets secondaires. Ceci en va de même pour le suivi en médecine II, qui en effet n'a pas bénéficié pas d'une adhérence suffisante auprès des patientes. Ces résultats laissent sous-entendre que les explications données à la patiente à propos de l'utilité et de l'utilisation de la PEP ne sont pas complètement satisfaisantes, et les patientes ne semblent pas suffisamment bien informées sur les risques encourus. Une méta-analyse sur l'adhérence à la PEP a démontré que seuls 56% des patients adhèrent à la prise standard complète de la prophylaxie, toutes indications confondues, et encore moins dans les cas d'agression sexuelle, avec seulement 44% de bonne adhérence (12).

A ce stade du suivi, le taux de patientes qui ont participé à un entretien L.A.V.I. était relativement faible. Cependant le nombre de plaintes déposées était à ce stade encore plus élevé qu'au moment de la consultation aux urgences, et concernait en effet plus d'un tiers des victimes. Cette augmentation du nombre de dépôt de plaintes au cours du suivi, met donc en évidence l'importance de l'examen effectué par le médecin légiste au moment de la consultation aux urgences. En effet, la récolte systématique d'évidences médico-légales chez toutes les patientes, permet de leur laisser la possibilité de décider d'un dépôt de plainte plus tard, même si elles n'en ont pas encore pris la décision au moment de la consultation aux urgences.

Concernant le suivi psychologique, nous constatons que près de la moitié des patientes en bénéficiaient à ce stade. Ce qui correspond même à un taux plus élevé que le nombre de suivi qui avaient été planifiés et organisés lors de la première consultation aux urgences.

Concernant les variables identifiées lors de la deuxième consultation de suivi, les chiffres révèlent que moins d'un quart des patientes se sont présentées à cette deuxième partie du suivi.

Ces chiffres sont relativement insatisfaisants, mais les conséquences de ces absences peuvent cependant être relativisés. En effet, la mise en place de ce suivi met surtout un accent sur la première consultation, car c'est cette dernière qui est la plus importante. Il est donc moins alertant de constater que le suivi à long terme ne trouve pas beaucoup d'adeptes, mais que le suivi à court terme était, comme nous avons pu le constater, relativement bien respecté.

Tout comme pour la première consultation de suivi, la moyenne du nombre de jours écoulés entre la première et la deuxième consultation de suivi correspondait au délai souhaité, qui pour rappel, se situe environ à 3-4 mois après l'agression.

Comment mentionné lors des résultats, le reste des variables n'ont pas pu faire l'objet d'une analyse, en raison de la trop faible proportion de patientes présentes à cette partie du suivi, et devraient plutôt faire l'objet d'une étude prospective.

Concernant les éléments influençant l'adhérence au suivi, nous avons essayé de corrélérer certaines variables avec le taux d'adhérence des patientes à la première consultation de suivi. Le but étant en effet de déterminer si certaines caractéristiques de la victime, ou certains aspects des circonstances de l'agression, jouent ou non un rôle et s'ils permettent donc de prédire la probabilité d'adhérence au suivi. Contrairement à ce que nous nous attendions, nous avons alors constaté qu'aucune des variables ne pouvait être corrélée de manière significative à la probabilité d'adhérence au suivi.

Malgré tout, cela reste une information intéressante à relever pour les aspects cliniques. En effet, cela nous permet d'affirmer que les caractéristiques des victimes ainsi que les circonstances de l'agression ne sont pas des éléments qui vont influencer sur la collaboration des patientes au suivi mis en place. La probabilité d'adhérence au suivi dépend certainement de la mise en commun d'une multitude de facteurs plus complexes, et est donc probablement propre à chaque patiente.

La difficulté réside donc dans le fait qu'on ne peut pas se baser sur des éléments précis pour améliorer le suivi, et nécessite donc de penser plus large. Il est cependant tout à fait légitime d'imaginer que certains éléments n'aient pas pu être identifiés et qu'une étude plus exhaustive permettrait de mettre en évidence d'autres variables et caractéristiques qui pourraient elles être associées à une prédiction de l'adhérence au suivi.

4.1 Hypothèses et propositions pour l'avenir

Les différents éléments que nous avons pu objectiver lors de ce travail, ainsi que l'analyse du parcours et de l'orientation des patientes nous permettent à présent de soumettre quelques hypothèses et suggestions, afin de tenter d'optimiser la prise en charge des victimes d'agression.

Le point le plus important, semble être l'information reçue par la victime, que ce soit par rapport au chemin d'accès à emprunter pour se diriger dans le système de soins, mais surtout par rapport à la structure et au déroulement du suivi proposé. A ce sujet, une première hypothèse que nous pouvons faire, est que la compréhension et la continuité de la prise en charge sont probablement rendues difficiles par le fait que plusieurs intervenants soient impliqués dans la prise en charge des victimes. En effet, durant l'ensemble du suivi en vigueur au moment de la recherche, chaque patiente est vue par

différents gynécologues, le cas échéant un médecin légiste, différents médecins et infirmières psychosociales en médecine II, etc. Il semble donc légitime de supposer qu'il puisse parfois résider certaines incohérences dans le discours donné par tous ces différents intervenants et que cela puisse engendrer quelques incompréhensions auprès des patientes. De plus, les différentes consultations n'ont pas toutes lieu au même endroit, géographiquement parlant, ce qui peut également créer une certaine confusion.

Nous pouvons cependant supposer que les choses vont certainement évoluer. En effet, un nouveau protocole a été mis en place depuis mai 2018. Les constats d'agressions sont depuis systématiquement coordonnés avec les médecins légistes et effectués conjointement, ce qui permet certainement une meilleure coordination de la prise en charge et aura sans aucun doute un effet positif sur l'identification des rôles qui incombent à chaque intervenant et par conséquent sur la cohérence du discours entre les différents intervenants et la compréhension des patientes.

De plus, le fait que depuis novembre 2018, le suivi de la PEP n'est plus effectué en médecine II, mais a été centralisé au secteur gynécologique, et est donc effectué au moment de la consultation de suivi, ce qui ne concernait pas encore les patientes de notre cohorte. Il est donc raisonnable de supposer que cet allègement et concentration du suivi sur le secteur gynécologique a probablement aidé les patientes dans l'identification du lieu et apporté une meilleure compréhension et adhérence du suivi. Nous pouvons supposer que tous ces efforts récents de centralisation mais aussi de spécialisation de la prise en charge aient eu un impact positif sur la compréhension et l'adhérence au suivi de façon générale depuis fin 2018, et il serait intéressant de voir si les chiffres ont évolué dans le bon sens depuis la mise en place de ces changements.

Toujours concernant les récents changements mis en place, un système de rappel par SMS est progressivement en train d'être introduit au CHUV. En effet, au moment de la prise de rendez-vous, il est demandé à la patiente si elle accepte de recevoir un SMS dans les 24 heures précédant la prochaine consultation. Nous pouvons supposer que ce système de rappel pourrait potentiellement améliorer l'adhésion au suivi. En effet, une méta-analyse sur l'efficacité des rappels par SMS sur l'adhérence aux rendez-vous semble avoir montré un « outcome » positif de cette méthode. (13) Cependant, la limitation de cette méthode réside dans le fait que beaucoup de patientes seront probablement réticentes à donner leur accord, de peur du manque de confidentialité, d'autant plus lorsqu'il s'agit de consultations de suivi d'agressions sexuelles.

Une proposition que nous pouvons faire, est de mettre au point un dépliant/prospectus qui pourrait être donné au moment du constat d'agression aux urgences, avec toutes informations concernant le suivi, ainsi que les informations pertinentes sur la prise en charge médicale et juridique. En effet, il est facilement imaginable qu'il soit difficile d'intégrer les informations dans une telle situation de stress, et nous pouvons donc supposer que les communications relatives au suivi ne sont certainement pas toutes comprises et assimilées à ce moment-là. Donner la possibilité aux victimes de pouvoir se renseigner plus tard quant à ces informations, semble donc être une alternative qui pourrait être fructueuse.

Une autre proposition serait d'étoffer le site internet du CHUV dans le but de donner plus d'informations aux patientes qui doivent s'orienter aux urgences suite à une agression sexuelle, et donc de faciliter non seulement leur orientation dans le système de soins mis à disposition, mais également leur compréhension de la structure du suivi mis en place.

Il semble également utile de préciser qu'il est important de maintenir la formation semestrielle des nouveaux médecins assistants du DFME et du CURML.

Une formation organisée par le CURML est également proposée depuis 2016, en collaboration avec les instances politico-judiciaires et proposée entre autres aux gynécologues. (Formation « examen forensique des victimes d'agression sexuelle »). Cette formation est destinée en effet à améliorer les connaissances du réseau ainsi que ses différents intervenants, et semble nécessaire à l'optimisation de la prise en charge des patientes.

4.2 Limitations de l'étude

La principale limitation de cette étude est qu'elle est rétrospective, et non prospective. Toutefois elle a pu se baser sur une documentation faite selon une approche structurée. Cette structure avec des champs déterminés était avant tout adaptée aux besoins de l'examen somatique et médico-légal, des champs ouverts laissant plus de place à la documentation libre du vécu, en particulier lors des consultations de contrôle. Le relevé des données n'est donc pas aussi systématique qu'on le souhaiterait et un certain nombre d'informations recherchées sont manquantes. De plus, dans un contexte tel qu'un constat d'agression, certaines informations sont difficiles à relever dans l'urgence, les patientes étant souvent dans un état de sidération et d'épuisement.

Ensuite, un des facteurs limitants de cette étude est la taille du collectif qui ne permet pas de d'établir des différences significatives entre les variables pour lesquelles des liens de causalité pourraient exister. L'extension du travail sur un nombre plus important de cas aurait dépassé les ressources allouées dans le contexte d'un travail de master.

Pour finir, le fait que notre collectif soit le miroir d'une période limitée, engendre également un biais de sélection supplémentaire.

5. CONCLUSION

L'agression sexuelle demeure un thème délicat, auquel il est nécessaire d'accorder de l'importance, et où la recherche d'améliorations dans la prise en charge y sont fondamentales et toujours possibles.

Les résultats de cette étude ont montré que les patientes faisant état d'une agression sexuelle, s'orientent plutôt bien dans le système de soins, et adhèrent relativement bien au suivi mis en place au CHUV, voir mieux que ce qui est décrit dans la littérature, et plus particulièrement à la première partie de ce dernier. Toutefois, les améliorations y sont toujours possibles, notamment pour la deuxième partie du suivi, ainsi que pour la prise en charge des patientes bénéficiant de la PEP.

De manière générale, les données récoltées dans cette étude concernant les caractéristiques des victimes et du contexte d'agression, semblent être comparatives avec celles recueillies dans la littérature.

Contrairement à notre hypothèse de départ, aucune variable n'a pu précisément être identifiée comme jouant un rôle significatif dans la probabilité d'adhérence au suivi. Cela démontre qu'il est important de considérer chaque situation comme étant singulière, et qu'il est nécessaire de penser plus large lorsqu'il s'agit d'améliorer voire de modifier la prise en charge et le suivi.

Depuis que notre étude a été effectuée, certains changements notables ont été mis en place, qui vont influencer non seulement sur la qualité de la prise en charge médicale, psycho-sociale et forensique, mais également sur l'adhésion au suivi.

6. REMERCIEMENTS

Je remercie la Dre Renteria pour son aide précieuse ainsi que sa supervision en tant que tutrice de ce travail de Maîtrise. Je désire également remercier le professeur Fracasso pour son rôle d'expert de ce mémoire.

7. BIBLIOGRAPHIE

Articles

1. Magid DJ, Ziller AB, Jenny CA, et al. Changes in sexual assault over time: a prospective comparison of 1974 and 1991. *Ann Emerg Med.* 1992;21:608-609
2. Riggs N, Houry D, Long G, Markovchick V, Feldhaus KM. Analysis of 1,076 cases of sexual assault. *Ann Emerg Med.* avr 2000;35(4):358-62.
3. Grossin C, Sibille I, Lorin de la Grandmaison G, Banasr A, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Sci Int.* 28 janv 2003;131(2-3):125-30.
4. La Harpe R, Vlastos A-T. [Sexual assaults in Geneva between 2006 and 2010]. *Arch Kriminol.* avr 2012;229(3-4):117-25.
5. Ingemann-Hansen O, Sabroe S, Brink O, Knudsen M, Charles AV. Characteristics of victims and assaults of sexual violence--improving inquiries and prevention. *J Forensic Leg Med.* mai 2009;16(4):182-8.
6. Holmes MM, Resnick HS, Frampton D. Follow-up of sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol.* août 1998;179(2):336-42.
7. Ackerman DR, Sugar NF, Fine DN, Eckert LO. Sexual assault victims: factors associated with follow-up care. *Am J Obstet Gynecol.* juin 2006;194(6):1653-9.
8. Herbert CP, Grams GD, Berkowitz J. Sexual assault tracking study: who gets lost to follow-up? *CMAJ.* 15 oct 1992;147(8):1177-84.
9. Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* août 2017;56:65-81.
10. Santos JC, Neves A, Rodrigues M, Ferrão P. Victims of sexual offences: medicolegal examinations in emergency settings. *J Clin Forensic Med.* nov 2006;13(6-8):300-3.
11. Parekh V, Brown CB. Follow up of patients who have been recently sexually assaulted. *Sex Transm Infect.* août 2003;79(4):349.
12. Ford N, Irvine C, Shubber Z, Baggaley R, Beanland R, Vitoria M, et al. Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis. *AIDS.* 28 nov 2014;28(18):2721-7.

13. Boksmati N, Butler-Henderson K, Anderson K, Sahama T. The Effectiveness of SMS Reminders on Appointment Attendance: a Meta-Analysis. *J Med Syst.* avr 2016;40(4):90.
14. Ludes B, Geraut A, Väli M, Cusack D, Ferrara D, Keller E, et al. Guidelines examination of victims of sexual assault harmonization of forensic and medico-legal examination of persons. *Int J Legal Med.* nov 2018;132(6):1671-4.
15. La Harpe R, Burkhardt S, Ricard-Gauthier D, Poncet A, Yaron M, Fracasso T. Factors Influencing the Filing of Complaints, Their Investigation, and Subsequent Legal Judgment in Cases of Sexual Assault. *J Forensic Sci.* 17 déc 2018;
16. Ford N, Mayer KH, World Health Organization Postexposure Prophylaxis Guideline Development Group. World Health Organization Guidelines on Postexposure Prophylaxis for HIV: Recommendations for a Public Health Approach. *Clin Infect Dis.* 1 juin 2015;60 Suppl 3:S161-164.
17. 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.* oct 2000;56(10):1317-33.
18. Stermac LE, Du Mont JA, Kalemba V. Comparison of sexual assaults by strangers and known assailants in an urban population of women. *CMAJ.* 15 oct 1995;153(8):1089-94.
19. Welch J, Mason F. Rape and sexual assault. *BMJ.* 2 juin 2007;334(7604):1154-8.
20. Vrees RA. Evaluation and Management of Female Victims of Sexual Assault. *Obstet Gynecol Surv.* janv 2017;72(1):39-53.
21. Chiu WK, Lam WC, Chu NH, Mok CK, Tung WK, Leung FY, et al. Sexual violence cases in a hospital setting in Hong Kong: victims' demographic, event characteristics, and management. *Hong Kong Med J.* déc 2016;22(6):576-81.
22. Zebina M, Melot B, Binachon B, Ouissa R, Lamaury I, Hoen B. Impact of an SMS reminder service on outpatient clinic attendance rates by patients with HIV followed-up at Pointe-à-Pitre University Hospital. *Patient Prefer Adherence.* 2019;13:215-21.
23. Gisladdottir A, Gudmundsdottir B, Gudmundsdottir R, Jonsdottir E, Gudjonsdottir GR, Kristjansson M, et al. Increased attendance rates and altered characteristics of sexual violence. *Acta Obstet Gynecol Scand.* janv 2012;91(1):134-42.
24. Jenny C, Hooton TM, Bowers A, Copass MK, Krieger JN, Hillier SL, et al. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *N Engl J Med.* 15 mars 1990;322(11):713-6.
25. Bouvier P, Halpérin D, Rey H, Jaffé PD, Laederach J, Mounoud R-L, et al. Typology and correlates of sexual abuse in children and youth: multivariate analyses in a prevalence study in Geneva. *Child Abuse & Neglect.* août 1999;23(8):779-90.

26. Peschers UM, Du Mont J, Jundt K, Pfürtner M, Dugan E, Kindermann G. Prevalence of sexual abuse among women seeking gynecologic care in Germany. *Obstetrics & Gynecology*. janv 2003;101(1):103-8.

Sites internet

- a. Beyeler M. Regard sur l'accès à l'information concernant la prise en charge et les soins aux victimes de violence sexuelles. [Internet]. Université de Lausanne, Faculté de médecine et de biologie ; 2013. Disponible sur: <https://serval.unil.ch/notice/serval>
- b. statistique O fédéral de la. Santé psychique [Internet]. [cité 30 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.html>
- c. statistique O fédéral de la. Enquête suisse sur la santé 2012 - Vue d'ensemble | Publication [Internet]. Office fédéral de la statistique. 2013 [cité 30 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.349058.html>
- d. Accueil - Violence que faire [Internet]. [cité 22 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.violencequefaire.ch/>
- e. Violence : Directives [Internet]. [cité 22 févr 2018]. Disponible sur: https://www.gfmer.ch/Guidelines/Violence_fr/Violence_mt.htm
- f. Sexual Assault and Abuse and STDs - 2015 STD Treatment Guidelines [Internet]. 2019 [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/sexual-assault.htm>

Livres

- I. Krug EG, Weltgesundheitsorganisation, éditeurs. *World report on violence and health*. Geneva; 2002. 346 p.
- II. Tjaden P, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women : findings from the National Violence Against Women Survey. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000 (NCJ 183781).
- II. Killias M, Simonin M, Puy J de, Keller J. *Violence experienced by women in Switzerland over their lifespan: results of the International Violence against Women Survey (IVAWS)*. Berne: Staempfli; 2005. 158 p.