

Accompagnement infirmier dans le processus de transition des femmes victimes de violences sexuelles

Travail de Bachelor

BARLIER Amandine – n°18545194

MENNERET Justine – n°18545137

MOLLIET Léa – n°16333460

Directrice : Mme LEOCADIE Marie-Conception – Cheffe du secteur de la promotion et de la prévention de la santé à la direction générale de la santé

Membre du jury externe : Mme JOURDE Sylvie – Infirmière au sein de l'Unité Interdisciplinaire de Médecine et de Prévention de la Violence (UIMPV) – Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

Genève, 25 Juin 2021

Déclaration

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 25 Juin 2021

BARLIER Amandine

MOLLIET Léa

MENNERET Justine



« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours »

(Futurasanté, 2021) citation de Louis Pasteur

Remerciements

Nous souhaitons remercier toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration de ce travail de Bachelor.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à Mme LEOCADIE, notre directrice de travail de Bachelor pour son soutien, ses précieux conseils et ses encouragements à maintenir un rythme soutenu tout du long. Elle a su nous guider durant la construction et la rédaction de ce travail final.

Un grand merci à Mme JOURDE pour avoir accepté d'être notre juré lors de la soutenance orale de notre travail.

Merci à nos proches pour leur présence tout au long de ces trois années d'études. Leur soutien pendant la rédaction, leur relecture et leur critique ont été d'une aide inexorable.

Enfin, merci à nos camarades de promotion pour leur aide et leur accompagnement durant ces dernières années riches en événements inattendus.

Résumé

Contexte : Les violences sexuelles vécues par les femmes sont présentes depuis toujours. Ce fléau international cause de multiples dommages, sur le plan physique et mental ainsi que sur la santé à court et long terme, nécessitant une prise en soins adaptée. Depuis toujours, des témoignages publics s'expriment sur les réseaux sociaux.

Objectif : L'objectif de ce travail est de mettre en avant les interventions infirmières les plus bénéfiques aux femmes victimes de violences sexuelles, en comparant les interventions des infirmières SANE des infirmières non spécialisées.

Méthode : Cet écrit s'est basé sur des études présentes dans les moteurs de recherche PubMed et CINAHL, entre décembre 2020 et janvier 2021. Les doublons sont signalés. Pour sélectionner les articles, une grille PICO a permis de mettre en lumière les concepts centraux qui ont facilité la construction des équations de recherche dont les femmes (16-59 ans) ayant vécu des violences sexuelles (toutes confondues), les interventions des infirmières et celles des infirmières SANE, pour comparer les plus bénéfiques. 9 articles ont été choisis selon la lecture de leur titre, résumé, l'article en entier et l'année inférieure à 15 ans.

Résultats : Les interventions principales des infirmières SANE sont d'ordre médical et émotionnel. Ainsi les infirmières SANE ont plus de compétences et pratiquent des soins spécifiques contrairement aux infirmières non spécialisées, étant alors plus bénéfiques au processus de transition.

Discussion/Conclusion : En confrontant les résultats avec la théorie de Transition de Meleis, certaines limites sont relevées envers les formations SANE malgré des résultats positifs dans l'accompagnement des victimes de violences sexuelles.

Mots-clés : Infirmières, violences sexuelles, femmes, interventions infirmières, transition, SANE

Keys words : Nurses, sexual assault, women, Nursing intervention, transition, SANE

Liste des abréviations

| | |
|---------|---|
| ANE | Association of Nursing Emergency |
| AVP | Alliance de la Prévention de la Violence |
| ARVS | Attitudes toward Rape Victims Scale |
| ED | Emergency department |
| ENA | Association des infirmières d'urgence |
| EPRS | Service de recherche du Parlement européen |
| FRA | Agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne |
| HEdS | Haute Ecole de Santé |
| HES-SO | Haute école spécialisée de suisse occidentale |
| HUG | Hôpitaux Universitaire de Genève |
| IAFN | International association of Forensic Nurses |
| INSPQ | Institut National de Santé Publique Québec |
| IST | Infections Sexuellement Transmissibles |
| JCJ | Juris Conseil Junior |
| LDH | Ligue des Droits de l'Homme |
| MFE | Examens médico-légaux |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONU | Organisation des Nations Unies |
| PEC | Plan d'étude cadre |
| PTG | Posttraumatic Growth |
| PTSD | Post-traumatic stress disorder |
| RAM | Modèle de l'adaptation de Callista Roy |
| SANE | Sexual Assault Nurse Examiner |
| SAO | State's Attorney's Office |
| SARC | Sexual Assault Response Coordinator |
| SART | Sexual Assault Response Team |
| SASES-S | Sexual Assault Services Evaluation Survey-Survivor |
| UIMPV | Unité Interdisciplinaire de Médecine et de la Prévention de la Violence |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine |

Liste des tableaux

| | |
|---|-----|
| Tableau 1. PICO..... | 28 |
| Tableau 2. Mots clés des équations de recherche..... | 28 |
| Tableau 3. Tableau de sélection des articles dans les bases de données..... | 31 |
| Tableau 4. Niveaux de preuves..... | 35 |
| Tableaux 5. Tableaux de synthèse des articles retenus..... | 62 |
| Tableaux 6. Grilles d'analyses des articles retenus..... | 97 |
| Tableau 7. Tableau des thèmes des articles..... | 167 |

Liste des figures

| | |
|--|----|
| Figure 1. Modèle général de la théorie des transitions..... | 23 |
| Figure 2. Le cadre des transitions : méthodologie de la pratique : thérapeutiques infirmières..... | 25 |
| Figure 3. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles..... | 34 |

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Déclaration | 2 |
| Remerciements | 4 |
| Résumé..... | 5 |
| Liste des abréviations | 6 |
| Liste des tableaux..... | 7 |
| Liste des figures | 7 |
| Table des matières..... | 8 |
| Introduction | 10 |
| 1. Problématique | 10 |
| 1.1. A l'échelle mondiale | 10 |
| 1.2. A l'échelle européenne | 12 |
| 1.3. A l'échelle de la Suisse | 13 |
| 1.4. Violences sexuelles et confinement (Covid-19) | 13 |
| 2. Etats des connaissances | 14 |
| 2.1. Concepts clés | 14 |
| 2.2. Causes des violences sexuelles | 15 |
| 2.3. Conséquences des violences sexuelles | 16 |
| 2.4. Objectifs de la problématique | 18 |
| 3. Modèle théorique | 19 |
| 3.1. Théorie des Transitions de A. I. Meleis..... | 19 |
| 3.2. Paradigme et Ecole de pensée..... | 20 |
| 3.2.1. Métaconcepts | 21 |
| 3.2.1.1. La personne | 21 |
| 3.2.1.2. Le soin..... | 21 |
| 3.2.1.3. La santé | 22 |
| 3.2.1.4. L'environnement..... | 22 |
| 3.3. Méthodologie de la pratique..... | 22 |
| 3.4. Question de recherche finale | 26 |
| 4. Méthode | 26 |
| 4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire..... | 26 |

| | |
|---|-----------|
| 4.1.1. Population cible | 27 |
| 4.1.2. Interventions | 27 |
| 4.1.3. Comparateur | 27 |
| 4.1.4. Outcome | 28 |
| 4.2. Diagramme de flux..... | 34 |
| 5. Résultats | 35 |
| 5.1. Synthèse des résultats..... | 35 |
| 5.2. Niveaux de preuve | 35 |
| 5.3. Tableau comparatif | 36 |
| 5.4. Analyse critique des articles retenus | 37 |
| 5.4.1. Soins médicaux | 37 |
| 5.4.2. Soins relationnels | 38 |
| 6. Discussion..... | 39 |
| 7. Conclusion | 47 |
| 7.1. Apports et limites du travail..... | 48 |
| 7.2. Recommandations | 49 |
| 7.2.1. Clinique..... | 49 |
| 7.2.2. Recherche | 50 |
| 7.2.3. Enseignement..... | 51 |
| 8. Références..... | 52 |
| 9. Annexes | 62 |
| 9.1. Tableaux de synthèse des articles retenus..... | 62 |
| 9.2. Grilles d'analyses des articles retenus..... | 97 |
| 9.3. Tableau des thèmes des articles | 167 |

Introduction

Depuis quelques années, une levée de tabou des violences sexuelles par les femmes a émergé. Des procès publics ainsi que des témoignages à visages découverts sont ainsi exposés. C'est dans ce contexte que l'idée de rechercher l'approche de ces victimes féminines nous est apparue. Effectivement, nous avons découvert que la prise en soins est complexe, mêlant aspects techniques et relationnels qui vont impacter la vie future de la femme violentée sur le court et long terme. Cela signifie que cette dernière ne doit pas être négligée pour la santé de ces victimes. Ce travail a pour but de rechercher les stratégies existantes pour prendre en soins de manière optimale une femme victime de violences sexuelles lors de son arrivée aux urgences.

Tout d'abord, nous avons pris connaissance du contexte des violences sexuelles féminines à différents niveaux et nous nous sommes intéressées à la terminologie de ces dernières. Puis, la théorie infirmière de la Transition de Alaf Ibrahim Meleis a été mise en lien avec cette thématique, puisque ces victimes vivent un tournant immuable. Le vécu d'un événement traumatique, comme une agression sexuelle, déséquilibre la santé et le mode de vie des femmes violentées. L'accompagnement de ces dernières dans leur transition est le centre de ce travail. C'est dans cette optique que nous avons effectué des recherches d'études mettant en lumière les interventions bénéfiques pour elles. Ainsi, les interventions les plus efficaces ont été recensées et discutées, en lien avec la théorie de la Transition de A. I. Meleis et la pratique. Enfin, des recommandations ont été formulées au niveau de la recherche, de l'enseignement et de la pratique.

1. Problématique

1.1. À l'échelle mondiale

La prévalence des violences sexuelles envers les femmes est importante à l'échelle mondiale et elle constitue à ce jour un problème de santé publique. En 2013, l'Organisation Mondiale de la Santé, London School of Hygiene and Tropical Medicine et le Conseil sud-africain de la Recherche médicale proposent un rapport démontrant des estimations mondiales concernant la prévalence des violences sexuelles à l'encontre des femmes, « calculées en utilisant des données de population du monde entier » (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2013). Selon « une analyse et une synthèse systématique mondiale des données scientifiques » (OMS, 2013) récoltées, « 35% des femmes ont subi des violences physiques

et/ou sexuelles de leur partenaire intime, ou des violences sexuelles exercées par d'autres que leur partenaire » (OMS, 2013). Dans la majorité des actes de violences envers les femmes, le partenaire intime en est l'origine. En effet, d'après l'OMS (2013), « presque un tiers (30%) de toutes les femmes ayant eu une relation de couple ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime ». Bien que les violences à l'encontre des femmes puissent être d'autres formes, la prévalence des violences physiques et/ou sexuelles « représente une part importante de la population féminine mondiale » (OMS, 2013) et nécessite une prise en soins adaptée à chacune d'entre elles. Récemment, l'actualité mondiale est marquée par une libération de la parole des femmes victimes de violences sexuelles. Le tabou est brisé, notamment avec le mouvement #metoo suite à l'affaire Weinstein aux États-Unis en 2017. L'affaire a éclaté suite à la révélation publique d'actrices ayant été agressées sexuellement par le producteur cinématographique Harvey Weinstein. Suite au procès de février 2020, il est reconnu coupable de viol et d'agressions sexuelles pour deux chefs d'accusations et il est condamné à vingt-trois ans de prison (Le Monde, 2020). Cette affaire et le mouvement #metoo, nés sur les réseaux sociaux, ont permis à ces femmes de s'exprimer sans peur ni honte.

Par ailleurs, il a été démontré qu'un grand nombre de problèmes de santé se manifeste chez les femmes victimes de violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire à la suite de cet événement traumatique. En effet, au niveau somatique, les femmes sont face à un risque accru de développer une grossesse non désirée et par conséquent, elles sont deux fois plus susceptibles d'avoir recours à un avortement (OMS, 2013). En parallèle, elles ont « 1,5 fois plus de risque de contracter le VIH par rapport à des femmes qui n'ont pas subi de violences de leur partenaire » (OMS, 2013). D'un point de vue psychique, les femmes sont deux fois plus à risque de connaître des épisodes de dépression et d'anxiété à la suite d'actes de violences sexuelles (OMS, 2013).

Ainsi, les violences sexuelles sont nombreuses dans le monde et elles ont des conséquences importantes sur la santé des femmes victimes. Ces violences constituent un réel problème de la santé publique et elles représentent une atteinte des droits de la femme (OMS, 2013).

Pour finir, selon l'OMS (2013) :

Le rapport montre que la violence à l'encontre des femmes est omniprésente dans le monde. Ces conclusions envoient un message fort : il ne s'agit pas d'un problème secondaire qui ne concernerait que certaines franges de la société, mais bien d'un problème mondial de santé publique, d'ampleur épidémique, qui appelle une action

urgente. Il est temps que le monde prenne des mesures : la possibilité de vivre à l'abri de la violence est un droit fondamental pour chaque femme, chaque homme et chaque enfant.

1.2. L'échelle européenne

Au niveau européen, « la violence envers les femmes demeure répandue à tous les niveaux de la société et touche tous les États membres de l'Union » (Service de recherche du Parlement européen [EPRS], 2019). En effet, « selon une étude de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA), 22% des Européennes ont subi des violences physiques ou sexuelles de leur partenaire » (Parlement européen, 2014). Le pourcentage des conséquences sur la santé des femmes atteintes est alarmant et démontre la nécessité d'une prise en soins médicale spécifique et adaptée au vécu de chacune d'entre elles : « 90% des victimes ont souffert d'une ou plusieurs conséquences psychologiques à long terme suite à des violences sexuelles graves de leur partenaire » (Parlement européen, 2014). Parmi celles-ci, les conséquences psychiques, telles que la peur, la colère, la honte ou encore la perte de confiance en soi, représentent un taux élevé de femmes touchées émotionnellement suite à cet acte traumatique. Au niveau physique, L'EPRS (2019) a montré que « près de la moitié des victimes ont subi des blessures, certaines plusieurs à la fois » et « 17% des répondantes qui ont subi des violences sexuelles de la part d'un compagnon ont subi, lors de l'acte le plus grave, entre deux et trois types de blessures physiques ». Il est important de mettre en évidence que le taux de violences sexuelles, dont le partenaire intime en est l'origine, est autant important à l'échelle mondiale qu'à l'échelle européenne.

Par ailleurs, outre les conséquences sur la santé des femmes violentées sexuellement, les violences sexuelles représentent également « un lourd fardeau économique sur l'ensemble de la société en soins de santé, en coûts d'interventions policières et judiciaires, de perte de productivité et en coûts sociaux » (EPRS, 2019). En effet, selon une étude réalisée par l'EPRS, « le coût total annuel de la violence envers les femmes dans l'Union s'élevait, en 2011, à plus de 228 milliards d'euros » (EPRS, 2019).

Ainsi, les violences sexuelles représentent un réel enjeu de santé publique à l'échelle européenne, et montrent l'importance « d'élaborer des plans d'action en matière de prévention de la violence et de protection des victimes » (EPRS, 2019).

1.3. À l'échelle de la Suisse

En Suisse, les violences sexuelles sont tout aussi présentes que dans ses pays voisins et elles sont bien plus répandues que ce qu'elles ne laissent paraître. En Suisse et à Genève, une enquête a été menée en 2019 par l'institut de recherche gfs.bern pour l'organisation Amnesty International et démontre de l'enjeu public des violences sexuelles à l'égard des femmes en Suisse. Sur un échantillon de 4495 femmes âgées de minimum 16 ans, les résultats montrent que 22 % d'entre elles ont été victimes d'actes sexuels non consentis et 12% ont été violées (Amnesty International, 2019).

À l'échelle de la Suisse, l'accent est mis sur le fait que parmi le nombre alarmant de violences sexuelles reconnues, seulement un faible pourcentage des femmes victimes se signaleraient et porteraient plainte. Ce pourcentage représente 8% des femmes suisse violentées sexuellement (Gfs.bern, 2019). Selon, l'EPRS (2019), « la peur, la honte, le manque de confiance dans les autorités, la perception qu'a l'opinion publique de la violence envers les femmes – notamment la tendance à rejeter la faute sur la victime – sont autant de facteurs qui dissuadent les femmes de porter plainte ».

Ainsi, l'importance d'un accompagnement auprès de professionnels qualifiés en termes de violences sexuelles est une fois de plus mis en évidence à l'échelle de la Suisse.

1.4. Violences sexuelles et confinement (Covid-19)

Les violences sexuelles, déjà répandues de manière significative à travers le monde, se sont accentuées considérablement au vu de la crise sanitaire actuelle. En effet, l'apparition du Covid-19 a obligé de nombreux pays à placer l'ensemble de leur population en confinement total ou partiel, menant à une diminution importante des activités de la vie quotidienne (travail, sorties, loisirs...) pour un grand nombre de personnes. Selon l'Organisation des Nations Unies [ONU] (2020), « partout dans le monde, le confinement à domicile et l'isolement social résultant de la pandémie de COVID-19, combinés à une insécurité économique généralisée et à la perte des moyens de subsistance, ont engendré de nouveaux risques pour les femmes et les filles en ce qui concerne l'exposition à la violence ». En effet, au mois de septembre, on dénombre une augmentation « des plaintes ou des appels aux autorités pour des violences domestiques de 30% à Chypre, 33% à Singapour, 30% en France ou encore 25% en Argentine » (ONU Femmes, 2020). Alors que les gouvernements mettent en œuvre différents moyens pour freiner l'avancée du coronavirus, la pandémie fantôme de la violence à l'égard des femmes, elle, continue d'accroître, mettant en danger la santé de ces femmes victimes. Il a été montré que « dans

certain pays, les appels aux lignes d'assistance ont été multipliés par cinq » (ONU Femmes, 2020). Les mesures de confinement isolent ces femmes violentées sexuellement des personnes et des ressources qui peuvent les aider. C'est pourquoi l'accompagnement et la prise en soins de ces personnes victimes de violences sexuelles sont d'autant plus importants actuellement, au vu de la crise sanitaire que nous sommes en train de traverser.

2. État des connaissances

2.1. Concepts-clés

L'intérêt de se pencher sur les définitions entourant la problématique permet de mieux comprendre cette dernière. Ainsi, selon l'OMS (2012), les violences sexuelles incluent des paroles, de l'intimidation jusqu'aux actes physiques forcés.

En ce qui concerne le choix de la population, les femmes avec un vécu passé ou présent ont été retenues. En effet, les études tendent à montrer qu'une majorité des agressions sexuelles se font sur la gente féminine (OMS, 2012) ; sachant que les violences sexuelles peuvent aussi être vécues durant l'enfance. Il est pertinent de s'intéresser aux conséquences de ces violences sur cette population avec le processus de transition de Alaf Ibrahim Meleis montrant une possible acceptation de la situation (Meleis, 2009). De plus, A. I. Meleis a conduit un grand nombre de recherches sur la santé des femmes notamment durant la guerre et cela montre son intérêt pour la santé des femmes (Meleis, 2001) - son modèle sera développé plus loin dans ce travail. L'intérêt de la problématique est de soutenir, en tant qu'infirmière, ce processus de transition chez ces femmes ayant un vécu de violence sexuelle.

Concernant le processus de transition, Kralik et al. (2006) décrivent que :

La transition est la façon dont les gens réagissent au changement au fil du temps. Les gens subissent une transition lorsqu'ils doivent s'adapter à de nouvelles situations ou circonstances afin d'intégrer l'événement du changement dans leur vie. La transition est un concept important pour les soins infirmiers.

Donc pour permettre le bon déroulement de ce processus, il s'agira de s'intéresser à la prise en soins par les interventions infirmières, définies par un ensemble d'action, de création de projet, de réflexion contribuant ou aidant au maintien de la santé d'une personne ou d'un groupe d'individu requérant une aide de toute nature qu'elle soit par la profession infirmière (SBK ASI, 2008).

Selon le plan d'étude cadre Bachelor [PEC] fait en 2012, il existe sept compétences, déclinées sous forme de rôles, que chaque étudiant doit acquérir durant sa formation en soins infirmiers. Cela signifie que l'utilité de cette recherche serait d'enrichir ces rôles : professionnel, communicateur, collaborateur et promoteur de la santé (Haute école spécialisée de Suisse occidentale [HES-SO], 2012).

De plus, la prise en soins des violences sexuelles est rencontrée en majorité à l'hôpital (La Prévention Médicale, 2017). En 2004, l'OMS a mis en place une Alliance de la Prévention de la Violence (AVP), qui inclut leur prise en charge. Plus de soixante institutions sont regroupées avec comme objectif global la prévention de la violence en traitant les causes de ces dernières et en améliorant la prise en soins (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], (2019). Depuis 2019, l'Unité Interdisciplinaire de Médecine et de Prévention de la Violence (UIMPV), attachée au service de médecine de premiers recours aux HUG, a été reconnue par l'OMS et rejoint donc l'AVP (HUG, 2019). Cette unité travaille avec un réseau de partenaires de différents domaines à Genève. Toute personne à partir de 16 ans peut venir consulter, si elle a vécu ou vit une situation de violence, toute nature de violence confondue (HUG, 2019). Cela soutient l'importance de développer ce sujet dans le domaine des soins infirmiers.

2.2. Causes des violences sexuelles

D'après l'OMS (2017), « il existe des facteurs de risques liés à la violence exercée par le partenaire intime et à la violence sexuelle » à l'égard des femmes. Les facteurs de risque, pour être auteurs de violences dont sexuelles à l'égard de partenaires féminins, sont : troubles antisociaux de la personnalité, partenaires diverses ou soupçon d'infidélité, justification et banalisation d'actes violents, passé de comportements violents, défaut de communication, usage de substances. De plus, selon l'Institut national de santé publique Québec [INSPQ] (2018), le vécu de maltraitements et violences durant l'enfance est un risque de commettre des agressions sexuelles à l'âge adulte. Pour les facteurs de risques d'être la partenaire victime de violences sexuelles sont : un faible niveau d'accès à un emploi rémunéré et l'acceptation de l'inégalité de la femme face à l'homme. Enfin, les facteurs de risques communs aux deux sont : un niveau d'éducation faible, une enfance soumise à de la maltraitance et de la violence familiale, en particulier contre la mère (OMS, 2017).

En dehors des facteurs de risques intrinsèques, les normes ou coutumes rendant la place de la femme inférieure à celle de l'homme ont un impact sur les violences sexuelles, ceci agrémentées par le contexte social et politique. Cela est observable aussi bien chez l'auteur que chez la partenaire victime. On retrouve aussi « les croyances relatives à l'honneur de la famille et à la

pureté sexuelle, les idéologies sur les droits sexuels des hommes ainsi que la faiblesse des sanctions juridiques contre la violence sexuelle » (OMS, 2017). L'OMS (2012), relève que le pourcentage de femme entre 15 et 49 ans ayant subi des violences sexuelles par leur partenaire intime diffère selon les pays : 58,6% en Éthiopie contre 6,2% au Japon. Ces écarts peuvent être liés aux normes et coutumes en vigueur.

2.3. Conséquences des violences sexuelles

Les violences sexuelles peuvent engendrer des problèmes de santé au court ou long terme et à différents niveaux tels que sur la santé physique et mentale impactant les proches, la vie sociale, professionnelle et économique. Ces atteintes différentes sont influencées par « les caractéristiques de l'agression sexuelle, les caractéristiques de la victime (âge, sexe, personnalité), les circonstances du dévoilement à l'entourage, la recherche d'aide et les normes socioculturelles » (INSPQ, 2020).

Selon la Ligue des Droits de l'Homme [LDH] (2013), l'atteinte de la santé physique des personnes abusées sexuellement peut se définir de telle sorte : fatigue intense, douleurs chroniques, céphalées, dorso-lombalgie, des atteintes génito-urinaires et des infections sexuellement transmissibles, le plus souvent de type VIH/SIDA (OMS, 2002). Et enfin, il existe également les grossesses non désirées. La ligue des droits de l'Homme rapporte une étude montrant que deux fois plus de femmes abusées ont recours à l'avortement (LDH, 2013). De plus, un tel traumatisme peut engendrer des comportements à risque de la part de la personne violentée tels que la consommation de tabac et d'alcool. Cela, associé à une fragilité génétique, peut entraîner le développement de maladies au long terme (LDH, 2013). Ainsi, certains troubles somatiques tels que gastro-intestinaux, musculo-squelettiques, cardiovasculaires, et métaboliques sont aussi des conséquences somatiques à une violence sexuelle perpétrée (Thomas, 2015).

Cependant, les conséquences sur la santé ne se limitent pas aux atteintes physiques. En effet, l'atteinte de la santé mentale de la personne abusée est souvent la première inquiétude. Vécus comme de réels traumatismes chez certaines personnes, cela peut nuire au bien-être psychologique et émotionnel pouvant modifier leur identité et leur personnalité, dont des tentatives de suicide, troubles de l'estime de soi et troubles anxieux (LDH, 2013). La ligue des droits identifie notamment, les victimes qui ont subi des violences de la part de leur partenaire, comme plus enclins à la dépression ou l'alcoolisme (OMS, 2017). Et une majorité d'entre elles développe également des symptômes d'état de stress post-traumatique (INSPQ, 2020). Un état de stress post traumatique se caractérise par différents signes dont « la réviviscence de

l'événement traumatique, l'évitement persistant de stimuli associé au traumatisme et l'émoussement de la réactivité générale, et l'activation neurovégétative » (Jolly, 2000). D'après Jolly (2000), cet état peut être aigu (inférieur à une durée de 3 mois) ou chronique (supérieur à une durée de 3 mois). Cela témoigne que les violences sexuelles ne sont pas sans conséquences, pouvant évoluer et être présentes tout au long de la vie des victimes.

Les violences sexuelles ont pour effet des atteintes autre que d'ordre somatique et psychologique comme décrit ci-dessus. Selon Josse, cette psychologue dénombre de nombreuses atteintes sur les proches des victimes (2010). En outre, l'aspect choquant de ce genre de violences, quand la victime est par exemple la conjointe dans un couple, celle-ci peut être alors rejetée par perte d'envie pour des raisons comme le dégoût, la colère, la peur des maladies sexuellement transmissibles ou encore la tristesse de ne pas avoir pu protéger celle-ci (Josse, 2010). « Le risque de répudiation et de divorce est accru si la femme est enceinte suite au viol » (Josse, 2010). Il y a aussi un rejet au niveau des responsabilités parentales ayant un impact sur le fonctionnement au sein même des familles. Cela peut se percevoir comme un rejet par des membres de la famille ou encore la femme victime est tellement atteinte par l'horreur de la violence (par des conséquences mentales et physique déjà citées ci-dessus) qu'elle se retrouve incapable de s'occuper des membres de sa famille. Un autre phénomène peut être observé au sein de celles-ci, c'est la diminution de l'autorité parentale de la femme violentée quand celle-ci a été soumise à des actes sexuels en présence des enfants (Josse, 2010). Les enfants nés de situation de viol sont quant à eux souvent rejetés, abandonnés et dans certains cas tués ce qui démontrent des forts stigmates de la violence (Josse, 2010). Dans certaines cultures, la femme est considérée comme souillée et impropre au mariage ou à des responsabilités. Dans la communauté, les femmes violentées sexuellement peuvent être mises à l'écart, considérées comme honteuses, faibles, sources de chuchotements et de moqueries que ce soit à l'école, au travail ou dans les activités extérieures (Josse, 2010).

De telles violences sexuelles ont aussi des répercussions au niveau économique et social, selon l'INSPQ (2020) :

Les coûts sociaux renvoient à l'ensemble des conséquences d'un crime, incluant celles subies par la victime et son entourage, celles touchant l'agresseur et son entourage, mais aussi celles ayant un impact sur la société. Les conséquences sur la société de l'agression sexuelle peuvent être une altération de la qualité de vie avec un sentiment d'insécurité auprès de la population. Les coûts économiques sont ceux directement attribuables à la perpétration des agressions sexuelles et peuvent être assumés par

l'ensemble de la société, mais aussi par les victimes elles-mêmes. Ces coûts sont tangibles et incluent les frais pour la justice, les services sociaux, l'éducation, la santé et l'emploi ainsi que les coûts personnels.

2.4. Objectifs de la problématique

Les données scientifiques permettent d'appuyer la problématique concernant le processus de transition que traversent les femmes violentées sexuellement. D'après une étude qualitative et transversale, s'intéressant aux changements positifs que peuvent subir les femmes survivantes d'abus sexuels durant l'enfance, des changements positifs, appelés "posttraumatic growth (PTG)", peuvent être influencés par différents concepts tels que les stratégies cognitives, la résilience, le stress post-traumatique et les variables démographiques et familiales (Kaye-Tzadok & Davidson-Arad, 2016). Le but de cette étude est donc d'étudier quelles relations peut-il y avoir entre ces différents concepts et les changements positifs qui peuvent être observés chez une femme à la suite d'un abus sexuel. À l'aide d'un questionnaire proposé à 100 femmes israéliennes âgées entre 18 et 30 ans, il a été démontré que certaines stratégies cognitives telles que l'auto-accusation et l'espoir auraient une influence positive sur la PTG. Par ailleurs, une personne étant l'aînée d'une fratrie ou d'un âge moyen ou ayant plusieurs frères et sœurs aurait un niveau de PTG plus élevé. Cependant, la résilience et les symptômes post-traumatiques n'ont pas montré de relations significatives avec la PTG (Kaye-Tzadok & Davidson-Arad, 2016). Cela démontre que le processus de transition permet une adaptation de la vie des femmes victimes post-violences sexuelles, et la nécessité de faire de ce processus une réussite.

En effet, il est nécessaire de donner un accompagnement adéquat à ces femmes pour permettre le bon déroulement du processus de transition. L'objectif d'une autre étude rétrospective qualitative menée en Norvège en 2018, est de comprendre davantage la gestion des problèmes quotidiens par des femmes adultes ayant vécu des violences sexuelles, en recueillant les données via leur témoignage (Stensvehagen et al., 2019). Elle permet d'explorer les différentes réactions, stratégies et étapes du processus de réhabilitation post-abus sexuel. De plus, cela souligne la complexité du processus vécu en nommant et décrivant trois étapes de celle-ci pour arriver à une expérience positive du traumatisme vécu. Enfin, les résultats de cette étude indiquent le rôle bénéfique du soutien chez ces femmes : diminution du stress et amélioration des stratégies d'adaptation (Stensvehagen et al., 2019).

Concernant l'accompagnement infirmier, une autre étude de Fehler-Cabral et al. (2011), parle du rôle des infirmières Sexual Assault Nurses Examiners [SANE]. Elles sont des infirmières

spécialisées dans la prise en soins des victimes d'agressions sexuelles. Les auteurs de cette étude de type qualitatif, traitent de l'expérience des victimes d'agressions sexuelles lorsqu'elles sont prises en soins par ces infirmières. L'étude s'est réalisée sous forme d'entretiens sur une population de 20 femmes victimes de viols, sélectionnées de manière prospective et rétrospective. Au cours de l'entretien, 4 sujets différents sont évoqués permettant d'évaluer leur prise en soins. Les résultats des entretiens sont positifs car une relation thérapeutique est décrite et qualifiée "d'humanisante", et les infirmières font plus que distribuer des médicaments ou faire des récoltes de preuves médico-légales : elles leur donnent un sentiment de confiance, de respect et d'écoute. Des aspects négatifs sont soulevés, comme la distance relationnelle et le manque d'information donnés par certaines des infirmières mais sont jugés comme utiles à l'amélioration du programme SANE. Les résultats conclus par l'étude sont, à court terme, positifs puisqu'ils considèrent que le rôle de ces infirmières est un levier au rétablissement et au bien-être émotionnel des victimes et permettent de réduire le phénomène de "victimisation secondaire" (Fehler- Cabral et al., 2011).

Les violences sexuelles subies par des femmes ont des impacts tant au niveau personnel que sociétal. Les chiffres démontrent l'importance des conséquences de ces violences et prouvent qu'il s'agit d'un réel problème de santé publique. En tant que futures professionnelles de la santé, ces violences ne doivent pas être minimisées et dépendent d'un accompagnement tout au long du parcours de vie en adoptant la théorie des transitions de A.I Meleis.

Ce travail de Bachelor a donc pour objectif de récolter les différentes stratégies de soins infirmiers mises en place dans l'accueil des victimes féminines de violences sexuelles citées dans la littérature et de comparer leur efficacité, en suivant le processus de transition décrit par A. I. Meleis.

D'où la question de recherche globale : ***Comment réussir le processus de transition chez des femmes victimes de violences sexuelles ?***

3. Modèle théorique

3.1. Théorie des Transitions de A. I. Meleis

Objectivement, cette théorie de niveau intermédiaire met en avant le mouvement engendré par des transitions dans le dessein d'améliorer le bien-être des personnes vivant les transitions. C'est dans cette optique que les soins infirmiers sont considérés au sein de cette théorie comme « soutien » lors de la transition par leurs collaborations et coopérations (Fawcett,

2017). En effet, la pratique tend à montrer que dans les cas d'agressions sexuelles, l'accompagnement reçu par le personnel infirmier notamment, est primordial pour aider les victimes à se sentir calme et en sécurité (Campbell et al., 2006).

3.2. Paradigme et École de pensées

Selon Fawcett, la théorie de la transition peut être placée dans le Paradigme intégratif de l'interaction réciproque et selon Newman dans le Paradigme de l'interactif-intégratif (Fawcett, 2017). Il s'agit d'une approche systémique avec une illustration du modèle général sous forme de flèches et de rétroactions. Chaque élément fait partie intégrante de la "transition" : la nature de la transition, les conditions de celle-ci, les modèles de réponses de la personne en transition et enfin les interventions infirmières. Tous ces éléments interagissent continuellement les uns avec les autres et de manière multidimensionnelle (Meleis, 2009). Concernant les écoles de pensées, ce terme est une dénomination appartenant aux auteurs francophones et Afaf Meleis en est l'auteure initiale. Cette appellation est reprise par des auteurs tel que Pepin et al. (2017) dans leurs ouvrages. Les écoles de pensées permettent d'adopter et de fournir une meilleure compréhension des idéologies/théories de différents auteurs. Pour la théorie de la transition, l'auteure ne se place pas elle-même dans une école de pensées. Mais l'école des effets souhaités serait l'école de pensées la plus adaptée pour placer la théorie des transitions de Meleis, cette école de pensée incluant Callista Roy qui est l'auteure du modèle de l'adaptation (RAM). En effet, Callista Roy s'inspire d'une prise en soins holistique qui intègre l'environnement et son interaction aux stimuli, l'une des assumptions de son modèle étant que l'être humain fait partie d'un système adaptatif capable de réagir et de s'adapter (Alligood & Tomey, 2010). Elle « postule que la personne s'adapte aux changements de l'environnement ou répond aux stimuli en se servant de mécanismes d'adaptations innés ou acquis, lesquels sont physiologiques, psychologiques, sociaux » (Pépin et al., 2010). C'est ce genre d'adaptation ou non qui peut être mis en lien avec la théorie des transitions de Meleis, car finalement l'issue est sensiblement la même. Donc, pour placer la théorie de Meleis dans une école de pensées, celle-ci peut s'inscrire par analogie dans les écoles des effets souhaités de C. Roy étant donnée la similitude de leurs approches. Pour finir, selon Fawcett & DeSanto-Madeya (2013), le niveau d'abstraction de cette théorie est de niveau intermédiaire donc considéré comme concrète. En effet, elle s'appuie, s'applique et se développe à partir de la pratique (Alligood, 2017).

3.2.1. Métaconcepts

Le métaparadigme infirmier est constitué¹ de quatre métaconcepts : la santé, la personne, l'environnement et les soins infirmiers. Ces métaconcepts sont influencés et définis selon les postulats regroupés dans la théorie des transitions de Meleis (Meleis, 2009).

3.2.1.1. La personne

La personne est l'être humain vivant des transitions. Selon Meleis, la personne est intégrée et englobe toutes les personnes de son entourage car celles-ci ont un impact direct avec elle. C'est une vision systémique et non catégorisée dans le sens où la personne est au centre, sans être séparée de ses proches dans sa prise en soins (2009). Ainsi considérons de manière holistique la personne et aussi que, si chaque personne est unique dans son entièreté, alors les transitions sont propres à la personne et unique dans son accompagnement (Meleis, 2009). Ainsi, les femmes abusées sexuellement doivent être prises en soins de manière individuelle et en saisissant les différentes stratégies cognitives telles que : espoir, résilience et auto-accusation (Kaye-Tzadok & Davidson-Arad, 2016), pouvant être considérées comme des indicateurs de processus selon la théorie des transitions de Meleis (Meleis, 2009). L'étude menée par Kaye-Tzadok & Davidson-Arad en 2016 a pour but commun la théorie de Meleis (2009) : accompagner les femmes violentées sexuellement dans leur transition, pour que cette dernière soit réussie. Ainsi, cet article scientifique permet d'enrichir la problématique des violences sexuelles des femmes en lien avec la théorie des transitions de Meleis.

3.2.1.1. Le soin

Les soins infirmiers sont un pilier important dans l'accompagnement de la transition. Leurs rôles sont, selon Meleis (2009), d'aider ce processus afin de permettre un sentiment de bien-être de la part de la personne en question. Les interventions infirmières permettent et participent ainsi à la prise en soins de ces femmes en les aidant à leur transition. Selon Fehler-Cabral et al. (2011), les infirmières SANE sont des infirmières spécialisées qui aident au bien-être émotionnel des victimes. L'étude souligne l'importance de ces infirmières et leur potentielle implication dans le processus de transition chez ces personnes. En effet, par l'écoute, le soutien émotionnel qu'elles fournissent réduit le phénomène de "victimisation secondaire". Ainsi l'étude enrichit la problématique car elle montre le rôle facilitateur des infirmières (Fehler-Cabral et al., 2011).

3.2.1.3. La santé

La santé est définie comme un état complexe construit au fil des expériences de transition de la personne et des appréhensions de celle-ci (Meleis, 2009). Dans la problématique des violences sexuelles, la santé se rapproche dans l'état immédiat et à long terme à la suite du traumatisme que constitue une violence sexuelle, il est influencé par une transition saine ou à son opposé. La santé de ces femmes victimes, étant déjà caractérisée comme complexe, est également atteinte de cette manière suite au vécu de la violence (Stensvehagen et al., 2019). L'étude menée par Stensvehagen et al. (2019) permet d'explorer les différentes réactions, stratégies et étapes du processus de réhabilitation post-abus sexuel. Cet article soutient donc la problématique suivante pour accompagner les victimes en comprenant les stratégies mises en place. De plus, il souligne la complexité du processus de transition vécu qui est également une assomption de la théorie de Meleis (Alligood & Tomey, 2010). Enfin, les résultats de cette étude indiquent le rôle bénéfique du soutien chez ces femmes qui confirme l'importance d'un accompagnement compétent et efficace, rejoignant ainsi le but de la théorie de Meleis correspondant à l'aboutissement d'une transition saine (Meleis, 2009).

3.2.1.4. L'environnement

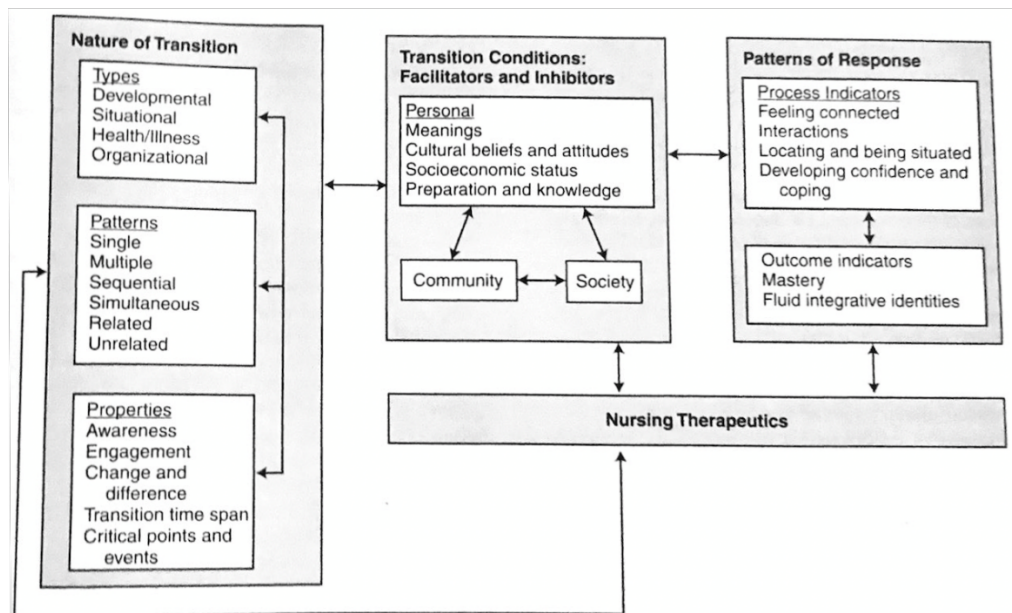
L'environnement est mis en lien avec les transitions car celles-ci en dépendent. Comme les interventions infirmières, l'environnement peut être jugé facilitateur ou au contraire inhibiteur. La personne est en contact constant avec l'environnement et à contrario, celui-ci interagit sur la personne dans un mouvement constant (Meleis, 2009). L'environnement est primordial pour les femmes victimes de violences sexuelles. Ainsi, l'hôpital peut être rassurant pour certaines tandis qu'il peut être anxiogène pour d'autres. L'environnement donne le cadre, permet le développement de la relation entre l'infirmière et la femme, ce qui est une amorce à leur rétablissement (Fehler-Cabral et al., 2011).

3.3. Méthodologie de la pratique

La méthodologie de la pratique sera en partie expliquée en suivant la figure 1. qui suit et s'appuie sur des données issues de la recherche.

La transition accompagne la vie de tout individu à n'importe quel moment. Deux périodes marquent la transition : celle d'avant et celle d'après. Elles sont, selon Fawcett (2017), de plusieurs *types* : il y a la transition de développement, la transition situationnelle, la transition de santé et de maladie, la transition organisationnelle, et enfin la transition culturelle.

Figure 1. Modèle général de la théorie des transitions



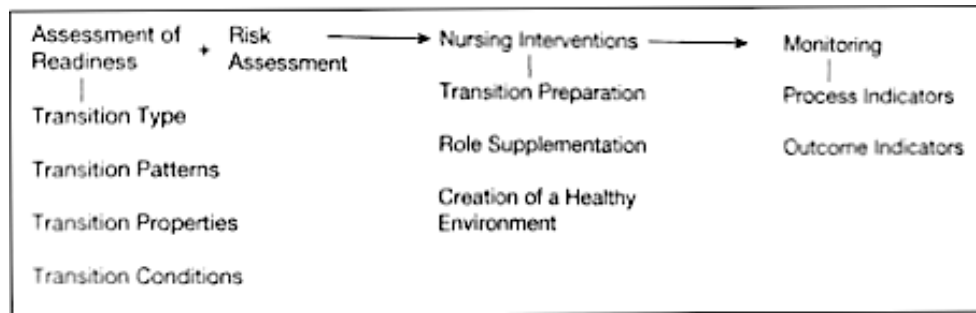
Tiré de : Alligood, 2018

Les types de transitions doivent être définis car ils permettent d'identifier la prise en soins qui sera la plus adaptée. Dans cette problématique, les femmes violentées sexuellement font face à une transition situationnelle : la situation de la violence sexuelle subie. Une transition situationnelle est caractérisée par la complexité, par des expériences de plusieurs transitions, qui dans les cas de violences sexuelles, peuvent être simultanées ou séquentielles (Alligood, 2017). Cette notion de simultanésisme, ou de transitions dites séquentielles, sans rapport sont nommées comme étant *des patterns* donnant des informations sur leurs aspects (Fawcett, 2017). Par ailleurs, on retrouve *les propriétés de la transition* traduit comme un processus complexe inter-relié spécifiées par le *niveau de conscience* de l'individu et *son engagement*. Ces deux notions sont particulièrement liées, elles agissent mutuellement entre elles. Finalement, on retrouve aussi le *changement et la différence*, le rôle, la *durée de la transition* et les *point et événements critiques* (Fawcett, 2017).

Les *conditions* de la transition dépendent de facteurs dits inhibiteurs seul, multiple, qui sont considérés comme un frein à la transition, d'influences négatives et à contrario de facteurs dits facilitateurs d'influences positives tels que l'espoir, l'auto-accusation ou être entouré d'une fratrie ou en être l'aîné (Kaye- Tzadok & Davidson-Arad, 2016). Ces conditions sont reliées à des éléments : sociétaux, communautaires et enfin personnels. Pour ce dernier on retrouve notamment *la signification* que certaines personnes portent à une transition par exemple l'arrivée

des premières menstruations chez les femmes de certaines cultures, donc par analogie il y a *l'influence d'une culture ou de croyance*, le *statut socio-économique* et la *connaissance et le savoir : l'éducation* (Meleis, 2009). À cela s'ajoute la résultante issue du monitoring de la transition, c'est-à-dire les patterns de réponses de la part de l'individu en transition, deux éléments : les indicateurs de processus et les indicateurs de résultats. Les indicateurs de résultats montrent un renouvellement d'identité. Dans cette problématique, il y a changement de statut qui peut s'opérer : le passage de victime à survivante de violence, c'est-à-dire en ayant une orientation plus positive en posant de nouveaux buts pour s'adapter au nouveau monde (Kaye-Tzadok & Davidson-Arad, 2016). Selon Alligood (2017), cela signe une transition saine. Le soutien de ces femmes favorise la mise en place de stratégies d'adaptations dans leur vie et la diminution du stress causé (Stensvehagen, 2019). Et les interventions infirmières permettent de faire le lien avec la problématique des violences sexuelles et du rôle des soins infirmiers. Dans la prise en soins d'une victime, leur rôle est de rétablir le bien-être émotionnel et peut à long terme d'enclencher le processus de rétablissement (Fehler-Cabral et al., 2011). Selon Fawcett (2017), on parle de préparation à la transition mais aussi de création d'un environnement sain que l'on peut une nouvelle fois mettre en lien avec le programme SANE où les infirmières spécialisées prennent en compte la dimension émotionnelle des « victimes » ce qui inclut leurs besoins à l'instant T, ceci étant présent chez Fehler-Cabral et al. (2011). L'acceptation d'une violence telle qu'un abus sexuel est le travail et le processus d'une vie, ainsi sont définies les transitions comme « complexes et multidimensionnelles » (Fawcett, 2017). Les transitions font partie intégrante du développement de la personne et de son identité, ainsi elles définissent qui seront ces femmes à l'avenir. On retrouve, comme le montre la figure suivante plusieurs types d'interventions comme : la préparation à la transition, en offrant un soutien et en créant, en collaboration, un environnement adapté.

Figure 2. Le cadre des transitions : méthodologie de la pratique : thérapeutiques infirmières



Tiré de : Fawcett, 2017

L'application de la théorie des transitions dans la pratique infirmière se fait de manière holistique inclut dans la prise en soins de la personne vivant la transition. Dans un premier temps, il s'agira de coconstruire une relation de confiance incluant tout le personnel soignant interagissant dans la prise en soins, celle-ci se construira naturellement au travers des interactions (Fawcett, 2017).

La première étape consiste à évaluer *l'état de préparation à la transition*. Pour cela, l'infirmière s'entretient avec la personne expérimentant la transition pour définir le *type de transition*, le *pattern*, la *propriété de la transition* et enfin *les conditions de la transition* donc, inhibiteurs ou facilitateurs qu'ils soient personnels, sociétaux ou environnementaux. En analyse de ces entretiens, l'infirmière numérise les résultats sous forme d'échelle numérique allant de 0 à 3 : 0 = pas prête à la transition, 1 = commence à être prête, 2 = presque prête et enfin 3, le maximum = prête à la transition (Fawcett, 2017).

Dans un second temps, l'infirmière prend en compte *l'évaluation du risque*. En effet, il est nécessaire de prendre en compte, non seulement les influences positives à la transition mais également ce qui pose ou risquera de poser problème. De la même manière, l'infirmière numérise tel que : 0 = pas de risque, 1 = des risques, 2 = beaucoup de risques et enfin 3 = un très gros risque (Fawcett, 2017).

Tous les éléments composants ou interagissant dans la transition d'une personne sont inter-reliés et interagissent entre eux. L'influence des interventions infirmières agissent à plusieurs niveaux. Premièrement, sur la préparation à la transition en désignant des interventions appropriées pour entreprendre une transition. Toujours en collaboration avec la personne expérimentant la transition, les interventions infirmières peuvent se traduire sous forme de soutien physique, moral et l'enseignement de nouvelles compétences. Ensuite, leurs interventions peuvent se traduire en créant un environnement adapté, qualifié de sain. Pour cela, il est nécessaire de valider les besoins de la personne en transition, qu'ils soient des besoins

physiques, sociaux, politiques, et culturels, tant qu'ils induisent le bien-être à la personne (Fawcett, 2017).

La dernière étape est d'évaluer la qualité des interventions infirmières dans la prise en soins de la personne. Pour cela, les patterns de réponses, incluant les *indicateurs de processus* traduisent le fait de se sentir connecté entre la personne et l'infirmière et montrent ainsi, si une relation de confiance s'est développée. Puis, nous retrouvons les *indicateurs de réponses* tels que : des résultats de bien-être, de développement à tout niveau, et d'attitude. Cette fois-ci, c'est à la personne de répondre. Pour la guider, l'infirmière lui demandera d'indiquer son niveau de bien-être à l'aide d'une échelle numérique allant de 0 = pas de bien-être du tout à 10 = extrême bien-être ; le résultat maximal évoquant ainsi une transition saine (Fawcett, 2017).

3.4. Question de recherche finale

Les violences sexuelles subies par des femmes ont des impacts tant au niveau personnel que sociétal. Les chiffres démontrent l'importance des conséquences de ces violences et prouvent qu'il s'agit d'un réel problème de santé publique. En tant que futures professionnelles de la santé, ces violences ne doivent pas être minimisées et dépendent d'un accompagnement tout au long du parcours de vie en adoptant la théorie des transitions de A.I Meleis.

D'où notre question de recherche finale : ***Quelles sont les interventions infirmières bénéfiques au processus de transition des femmes ayant vécu des violences sexuelles ?***

4. Méthode

Dans le but de répondre à la question précédente, nous allons détailler notre méthode de recherche incluant l'outil PICO, l'utilisation des différentes bases de données et enfin l'équation de recherche.

4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Tout d'abord, nous allons développer les éléments du PICO. L'outil PICO est un acronyme de recherche utile à la formulation d'une équation de recherche, nous permettant de formuler les concepts clés issus de notre problématique dans le but de soumettre ces termes afin de faire une recherche dans la base de données dont les résultats seront les plus proches de notre question initiale (sofia.medicalistes.fr, 2018).

4.1.1. Population cible

Pour notre population cible, nous avons relevé que les femmes étaient plus victimes de violences sexuelles que les hommes (OMS, 2012). C'est pourquoi, le choix de notre population s'est dirigé sur la gente féminine. Pour l'âge de notre population, nous avons pu expliquer précédemment que les violences sexuelles pouvaient avoir lieu pendant l'enfance/adolescence. Nous soulignons que tous types de violences sexuelles seront pris en compte à travers notre travail. Afin de cibler notre recherche, nous avons établi une tranche d'âge comprise entre 16 ans, correspondant à la majorité sexuelle en Suisse (Juris Conseil Junior [JCJ], 2020) et 59 ans, puisqu'on considère une personne âgée à partir de 60 ans.

Donc, notre population (P) inclue les jeunes adultes et les adultes de sexe féminin. Ce choix est guidé par le respect des aspects de prise en soins, étant donné qu'un accompagnement auprès d'enfants ou de personnes âgées diffère de l'adulte, comme nous avons pu l'observer lors de nos périodes de formations pratiques.

Pour la nationalité, nous nous orienterons vers une population multiculturelle, étant donné que les violences sexuelles touchent l'ensemble des femmes, peu importe leur ethnicité (OMS, 2012).

Concernant les causes des violences sexuelles, les études ont surtout mené des recherches dont l'agression provenait du conjoint (OMS, 2017).

4.1.2. Interventions

En ce qui concerne les interventions, nous allons cibler les interventions infirmières (tout soins confondus) permettant de prendre en soins les victimes de violences sexuelles. Le but des interventions étant d'accompagner les femmes dans la réussite de leur processus de transition pour ainsi favoriser leur bien-être.

4.1.3. Comparateur

Nous avons décidé à travers notre travail de comparer les interventions infirmières des interventions infirmières spécialisées, appelées SANE.

Nous nous intéresserons aux interventions infirmières appliquées dans un milieu hospitalier ou dans des structures de santé. Ces infirmières appliquent des interventions médico-légales (International Association of Forensic Nurses, 2021). Cette spécialisation infirmière est présente dans 26 pays (International Association of Forensic Nurses, 2021).

4.1.4. Outcome

Notre objectif, à travers ce travail, est de chercher si les interventions infirmières SANE sont plus bénéfiques dans l'accompagnement du processus de transition chez les femmes victimes de violences sexuelles que les interventions infirmières non spécialisées. Nous accentuons le fait que la finalité de ce travail est de démontrer une plus-value pour les patientes à travers une prise en soin holistique.

Tableau 1. PICO

| | |
|------------------------------|--|
| P (population) | Femmes entre 16 et 59 ans ayant subi une ou plusieurs violences sexuelles (toutes confondues) par le partenaire intime |
| I (interventions) | Interventions infirmières accompagnant le processus de transition |
| C (comparateur) | Interventions infirmières SANE |
| O (outcome) | Interventions infirmières les plus bénéfiques pour les patientes dans leur processus de transition |

À partir du PICO, nous avons pu établir les mots clés de notre équation de recherche :

Tableau 2. Mots clés des équations de recherche

| | Mots-clés libres en anglais | HeTop français | HeTop anglais | Termes proposés par CINAHL (subject headings) | Termes proposés par PubMed (MeshTerms) |
|----------|--|---|--|--|--|
| P | Femals, women, girls, adults, patients, victims | Femmes, filles, adultes, patientes, infractions sexuelles | Women, adult, young adult, patients, sex offenses | Women, femal, females, patientes, sexual abuse | Women, adult, young adult, patients, sex offenses |

| | | | | | |
|----------|--|--|----------------------|--|----------------------|
| I | Nursing care, nursing interventions, nurses, nursing therapeutics | Soins infirmiers, interventions infirmières | Nursing care | Intervention, strategie, best practice | Nursing care |
| C | Sexual Assault Nursing Examiner nurses | Infirmières SANEs | | Sexual assault nurse examiner | |
| O | Transition, healthy transition, succeeded transition, effective transition | Soins de transition | Transitional care | Transition, transitional care | Transitional care |

Le mot « SANE » n'est pas reconnu comme un Meshterm sur PubMed. C'est pourquoi nous utiliserons des mots libres dans nos équations de recherche afin de cibler nos recherches documentaires sur les interventions infirmières spécialisées (SANE).

Nous devons spécifier que l'équation de recherche diffère selon le moteur de recherche (PubMed ou CINAHL), étant donné que le traducteur de chaque moteur de recherche traduit différemment. Donc l'équation de recherche reste la même avec une traduction différente entre les deux bases de données : PubMed et CINAHL. Sur PubMed, 0 article nous a été proposé en rapport avec notre équation de recherche, contrairement à CINAHL, qui en proposait un grand nombre (1 119 449), raison pour laquelle, nous avons décidé de cibler davantage notre équation de recherche, en supprimant certains mots traduits.

De ce fait, nous avons construit une nouvelle équation de recherche qui nous a donné 752 articles sur PubMed et 9 011 articles sur CINAHL. À la suite de ces résultats, nous remarquons qu'un trop grand nombre d'articles nous est proposé, c'est pourquoi nous avons élargi à nouveau notre équation de recherche, en modifiant les critères d'inclusion et d'exclusion.

Après avoir consulté les documentalistes du centre de documentation de l'HEdS, nous avons élaboré notre troisième équation de recherche à partir de mots libres afin d'affiner nos résultats.

Par conséquent, nous avons retenu 6 articles parmi les 53 proposés par PubMed et 1 article parmi les 72 proposés sur CINAHL. Nous avons changé totalement l'équation de recherche afin de cibler précisément notre objectif étant donné les résultats peu pertinents pour notre travail. Lors de cette dernière recherche, nous avons enlevé un filtre puisque nous avons remarqué que le filtre définissant la tranche d'âge (adulte) rendait non visible certains articles pertinents. Donc notre filtre est : les articles datant de moins de 15 ans (<15 ans). Sur CINAHL, nous avons également rajouter un filtre excluant les articles présents sur PubMed avec la même équation de recherche, pour ainsi éviter les doublons.

Concernant la langue, nous n'avons pas spécifier de langues spécifiques, puisque nous avons expliqué auparavant vouloir une population multiculturelle.

À présent, nous allons introduire l'équation de recherche qui a guidé notre recherche documentaire. Dans le tableau suivant, nous avons classé nos équations de recherche et leurs résultats (en nombre d'articles) en spécifiant nos filtres et la base de données utilisée. Nous avons également inscrit dans le tableau les moyens de sélection des articles : sélection par le titre, puis par la lecture de l'abstract, et enfin par la lecture de l'article en entier.

Comme explicité précédemment, nous avons parfois eu des équations de recherche qui donnaient une quantité très importante d'articles, rendant impossible le tri selon la pertinence de ces derniers. C'est pour cette raison que les colonnes **Titre**, **Abstract** et **Full text** ne sont pas remplies dans ces cas.

Après vérification avec notre directrice de Bachelor, il nous manquait 2 articles pour atteindre les 9 articles nécessaire à l'élaboration de notre travail. De ce fait, nous avons pris la décision de réaliser une nouvelle équation de recherche soumise à la fois sur PubMed et sur CINAHL dans le dessein de trouver les derniers articles nécessaires. Ainsi, les mêmes critères d'exclusions ont été inclus dans les recherches et au final, 2 nouveaux articles ont été sélectionnés de par leurs titres, puis par leurs abstracts.

Tableau 3. Tableau de sélection des articles dans les bases de données

| Dates | Bases de données | Équation | Filtres | Résultats | Titres | Abstracts | Full text |
|--------------|-------------------------|--|---|------------------|---------------|------------------|------------------|
| 17/12/2020 | PubMed | ((women) OR (young adult) OR (adult) OR (patients) OR (sex offenses)) AND (nursing care) AND (sexual assault nurses) AND (transitional care) | <15 ans Pas de langues spécifiques | 0 | | | |
| 17/12/2020 | PubMed | ((women) OR (young adult) OR (adult) OR (patients) OR (sex offenses)) AND (nursing care) AND (transitional care) | <15 ans Pas de langues spécifiques | 752 | | | |
| 17/12/2020 | PubMed | (sane) AND (sexual assault nurse examiner) AND (sexual assault victims) | <15 ans Pas de langues spécifiques | 53 | 10 | 8 | 6 |
| 11/01/2021 | PubMed | (sexual assault nurse examiner OR nurse OR SANE OR nurse's role) | <15 ans Pas de langues spécifiques | 172 | 5 | 5 | 2 |

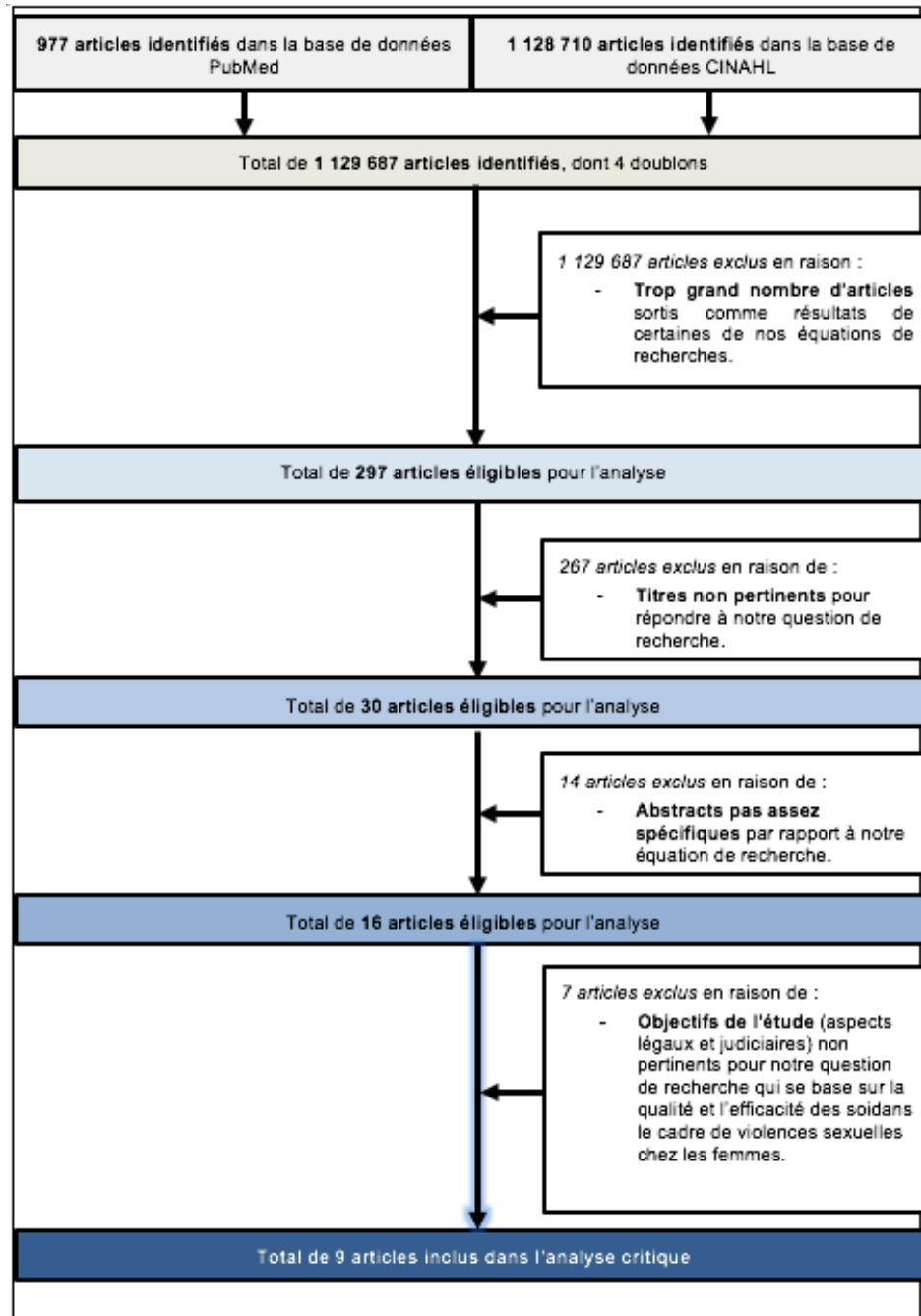
| | | | | | | | |
|------------|--------|--|---|-----------|--|--|--|
| | | AND (sexual assault victims) | | | | | |
| 17/12/2020 | CINAHL | ((Women) OR (femal) OR (females) OR (patients) OR (sexual abuse)) AND ((Intervention) OR (strategie) OR (best practice)) AND (sexual assault nurses) AND ((Transition) OR (transitional care)) | <15 ans Exclure les articles PubMed Pas de langues spécifiques | 1 119 449 | | | |
| 17/12/2020 | CINAHL | (sexual violence OR sexual assault OR sexual abuse OR sexual harassment patient OR victims) AND (sane OR sexual assault nurse examiner OR nurse) AND (intervention OR strategies | Exclure articles présents dans PubMed <15 ans Adultes 19-44 ans Pas de langues spécifiques | 9 011 | | | |

| | | | | | | | |
|------------|--------|---|--|-----|----|---|---|
| | | OR best practices) | | | | | |
| 17/12/2020 | CINAHL | (sane) AND (sexual assault nurse examiner) AND (sexual assault victims) | Exclure articles présents dans PubMed <15 ans Pas de langues spécifiques | 72 | 15 | 3 | 1 |
| 11/01/2021 | CINAHL | ((sexual assault nurse examiner) OR (nurse) OR (SANE) OR (nurse's role)) AND (sexual assault victims) | <15 ans Pas de langues spécifiques Exclure articles présents dans PubMed | 178 | 0 | 0 | 0 |

4.2. Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 3. Dans ce dernier, nous retrouvons le cheminement de notre recherche d'articles.

Figure 3. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles



5. Résultats

Les neuf articles sélectionnés nous ont permis de répondre à notre question de recherche. Pour cela, nous avons identifié les thèmes principaux présents dans l'ensemble des articles. En amont, une brève synthèse des résultats sera effectuée, à l'aide des tableaux comparatifs présents en Annexe, résumant l'ensemble des articles retenus pour notre analyse critique.

5.1. Synthèse des résultats

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons choisi d'analyser différents types d'étude, à savoir des études quantitatives (quatre articles) et qualitatives (cinq articles). Cette différence peut être expliquée par le fait que notre question de recherche soit basée sur la qualité des soins prodigués aux femmes victimes de violence sexuelle. Cependant, le choix d'utiliser des articles quantitatifs nous a permis d'apporter des données chiffrées afin d'appuyer les perceptions des femmes prises en soins.

Les études sélectionnées ont été menées à travers différents pays (États-Unis et Angleterre) et ont toutes été réalisées entre 2006 et 2020.

Concernant les auteurs des articles, nous avons identifié que certains d'entre eux avaient écrit plusieurs articles de notre sélection. C'est le cas notamment de Rebecca Campbell, qui est l'auteure de deux articles et qui en a co-écrit deux autres également. C'est aussi le cas pour Debra Patterson qui en a écrit un et co-écrit deux. Enfin, Stephanie M. Townsend qui en a co-écrit deux.

5.2. Niveaux de preuve

Tableau 4. Niveaux de preuves

| Type de devis | Auteurs et date de l'article | Niveau de preuve selon (Polit & Beck, 2020). |
|-------------------------------------|------------------------------|--|
| Étude qualitative type étude de cas | Campbell et al. (2006) | Niveau VII |
| Étude qualitative type descriptif | Fehler-Cabral et al. (2011) | Niveau VII |

| | | |
|---|----------------------------|---------------|
| Étude quantitative descriptive transversal | Campbell et al. (2008) | Niveau III/IV |
| Étude qualitative type descriptif | Patterson et al. (2006) | Niveau VII |
| Étude quantitative de type corrélation/comparatif | Nielson et al. (2015) | Niveau V |
| Étude quantitative | Chandramani, et al. (2020) | Niveau III |
| Étude quantitative type transversal | Henninger et al. (2020) | Niveau V |
| Étude qualitative type étude de cas | Cowley et al. (2020) | Niveau VII |
| Étude qualitative | Du Mont et al. (2008) | Niveau VII |

Selon la pyramide hiérarchique des niveaux de preuves de Polit & Beck (2020), notre question de recherche est appuyée par quatre articles de type quantitatif allant de niveau III à V et cinq articles type qualitatif de niveau VII. Nonobstant, un niveau III correspond aux études quantitatives quasi-expérimentales. Tandis qu'un niveau IV confronte plusieurs études de type quantitatives pour en faire une revue systématique. Le niveau V correspond à des études non expérimentales/observationnelles. Enfin, le niveau VII coïncide avec des études qualitatives de type descriptif. Plus le chiffre du niveau de preuve est bas, plus il s'agit d'un niveau de preuve élevé - Niveau I étant le niveau de preuve le plus élevé. À l'inverse, plus le chiffre est haut, plus le niveau de preuve est faible – Niveau VIII étant le niveau de preuve le plus faible (Polit & Beck, 2020).

5.3. Tableau comparatif

Les 9 articles choisis sont résumés sous forme de tableau de synthèse. Les articles ont été analysés au préalable à l'aide de grilles d'analyse, correspondant au type d'étude choisie (cf annexe 9.1 : Tableau de synthèse des articles retenus). Parmi celles-ci, nous avons utilisé la grille COREQ pour l'analyse des études qualitatives, la grille SQUIRE pour évaluer la qualité des soins prodigués et la grille STROBE pour les études quantitatives. Pour cette dernière, nous avons utilisé une grille mixte et une spécialisée pour les études transversales.

5.4. Analyse critique des articles retenus

A partir de l'analyse des neuf articles sélectionnés, nous avons fait ressortir les thèmes principaux qui répondent à notre question de recherche « *Quelles sont les interventions infirmières bénéfiques au processus de transition des femmes ayant vécu des violences sexuelles ?* ».

Les thèmes principaux identifiés sont :

- **Soins médicaux** réalisés par les infirmières SANE
- **Soins relationnels** réalisés par les infirmières SANE

Pour détailler les thèmes présents dans chaque étude, nous avons réalisé un tableau récapitulatif en annexe n°9.3. Nous allons détailler les soins émotionnels et les soins médicaux prodigués par les infirmières SANE auprès des femmes victimes de violences sexuelles.

5.4.1. Soins médicaux

Selon une étude menée par Nielson et al. (2015), la collecte de preuves, les soins et traitements des IST sont prodigués inadéquatement par les infirmières sans formation SANE (Campbell et al., 2006 cités par Nielson et al., 2015). Selon Campbell et al. (2006), une infirmière SANE est capable de prodiguer plusieurs soins médicaux spécifiques et plus particulièrement, les auteurs de cette étude en énumèrent 17. Parmi ceux-là nous retrouvons : les soins englobant les infections sexuellement transmissibles (IST) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), ainsi que les soins liés à la grossesse. Par ailleurs, d'autres auteurs évoquent également l'importance de la prophylaxie de certaines affections et complications possibles. Les auteurs Cowley et al. (2014) traitent de l'expérience des infirmières SANE en lien avec leur formation, notamment l'administration de médicaments essentiels au traitement des maladies sexuellement transmissibles (IST, VIH) et de possibles grossesses (contraception d'urgence). Ils mettent également en avant une collaboration avec les forces de l'ordre qui se bonifie avec le temps. Ceci est également soulevé par Patterson et al. (2006) et par Du Mont et al. (2008) en insistant sur le fait qu'il s'agit d'examens nécessaires en complément de l'examen génital (MFE). Pour finir, selon Chandramani et al. (2020), les professionnels (infirmières, médecins internes aux urgences) sont plus à l'aise de réaliser un examen génital et d'utiliser du kit de collecte de preuves de la police suite à une intervention de la part des infirmières SANE.

5.4.2. Soins relationnels

Au-delà des soins techniques dont une infirmière fait preuve, il y a d'abord une envergure humaine englobant les soins dits « relationnels ». Des situations telles que les agressions sexuelles méritent une attention particulière dont font preuve les infirmières SANE. Les auteurs Campbell et al. (2006) définissent les soins relationnels comme des soins émotionnels. Ces soins comprennent la récolte de preuves (« plumer » les cheveux, examen pelvien) ainsi que la collaboration avec les forces de l'ordre, la sensibilité à l'état émotionnel des victimes, le respect du rythme des victimes (passer l'examen lentement), ainsi que l'explication et la normalisation du processus d'examen.

Les auteurs Fehler-Cabral et al. (2011), eux, mettent l'accent sur le vécu émotionnel des victimes suite à leur expérience de prise en soins avec des infirmières SANE. De manière générale, l'expérience avec les infirmières SANE est vécue par les victimes comme humanisante et positive. Ils décrivent plus spécifiquement les attitudes et les sujets abordés par ces infirmières ; l'agression sexuelle en elle-même est évoquée et discutée. De plus, les infirmières SANE expliquent le processus d'examen et respectent le choix des victimes en termes de soins prodigués. En effet, selon Patterson et al. (2006), la prise en soins d'une infirmière SANE varie en fonction des institutions où elle exerce. Outre la qualité des soins, les objectifs principaux sont une prise en soins des besoins émotionnels des survivantes, soutien des valeurs féministes, autonomisation des victimes et changements de la réponse communautaire au viol. Ceux-ci étant également relevé par Nielson et al. (2015) qui caractérisent l'attitude des infirmières SANE comme étant plus favorable envers les patientes ayant été victimes de violences sexuelles. La formation SANE contribue ainsi à l'amélioration des résultats et de la satisfaction des victimes. Le terme « d'autonomisation » est également soulevé par les auteurs Du Mont et al. (2008), en apportant des éléments tel que le fait que d'accepter cet examen permet aux femmes victimes de se « sentir prises en compte ». Encore une fois, la préoccupation des patientes et leurs besoins sont prioritaires dans la prise en soins des infirmières SANE (Campbell et al., 2008). L'étude menée par Campbell et al. (2008) a également mis en valeur le respect et la compassion de la part des infirmières SANE ainsi que l'explication du processus de l'examen, permettant, selon les auteurs, de donner un sentiment de contrôle aux victimes. Ceci étant également relevé par Henninger et al. (2020) qui ont dans un premier temps émis une hypothèse selon laquelle les avocats des victimes seraient plus à même de recevoir une satisfaction plus élevée au regard de leur profession que d'autres professionnels tels que les infirmières. Cette hypothèse n'a pas été retenue du fait que les infirmières SANE expliquent le processus de récolte des preuves, traitent les victimes avec empathie et respect, croient en leur récits et s'adaptent au rythme de

celles-ci en leur donnant un sentiment de contrôle sur leur propre santé. L'ensemble de ces éléments améliorent l'implication des professionnels de la santé dans le système judiciaire (Henninger et al., 2020).

Par ailleurs, d'après Cowley et al. (2014), une importance particulière est mise sur le temps passé auprès de la victime et décrit comme individuel et holistique, notamment sur l'explication du processus de récolte des preuves. Pour finir, selon l'étude menée par Chandramani et al. (2020), les professionnels de santé prenant en soins des victimes d'agression sexuelle et ayant reçu une brève intervention éducative de la part des infirmières SANE sont plus à même à entrer en relation (pour effectuer l'anamnèse) avec les victimes de violences sexuelles, en évitant un processus de traumatisation secondaire chez ces dernières. Mais cela n'est pas impossible, les auteurs Du Mont et al. (2008) mettent tout de même en avant un phénomène de « revictimisation » malgré des soins prodigués avec empathie par l'équipe soignante.

6. Discussion

Dans le dessein de répondre à la question suivante, « Quelles sont les interventions infirmières bénéfiques au processus de transition des femmes ayant vécu des violences sexuelles ? », nous avons pu mettre en évidence deux thèmes majeurs qui sont les suivants : les soins médicaux et les soins relationnels. Ces résultats mettent en lumière le rôle détaillé des infirmières SANE et la collaboration pluridisciplinaire des divers acteurs impliqués dans la prise en soins des femmes victimes de violences sexuelles. D'autre part, la théorie de A.I. Meleis présente un intérêt dans l'accompagnement du processus de transition vécues par les femmes violentées sexuellement par le déroulement de sa méthodologie dans la pratique professionnelle.

Il convient, dans un premier temps de rappeler que selon la théorie de Meleis (2009), pour préparer une transition, l'infirmière doit identifier le type de transition que la personne vit, les conditions de la transition (personnelles, communautaires et sociétale), les patterns de la transition et la propriété de la transition. Cela signifie que les infirmières SANE ont des capacités plus étroites à la prise en soins et donc d'évaluer un état pour la préparation à la transition. Cela passe par ce moment où l'infirmière et la victime se rencontre et de ce faite, l'infirmière effectue une « photographie de l'état de santé » de la victime, expliqué notamment chez Du mont et al. (2008). Effectivement, certaines victimes, peuvent être déjà malades ou vivre d'autres types de transitions (naissances, maladie, divorce, chômage, deuil, déménagement) ce qui serait d'autant plus à intégrer dans la prise en soins durant cette première étape nommée : l'évaluation de l'état

de préparation dans la méthodologie (Alligood, 2018). Tous ces éléments ont un impact direct sur les patterns de transition puisqu'ils peuvent rendre la transition plus ou moins complexe (Alligood, 2018). Après avoir évalué cela, l'infirmière évalue les *propriétés de la transitions* telle que la conscience de la victime par rapport à sa situation. Cowley et al. (2014) décrivent que certaines femmes acceptent l'examen pelvien pour être sûre de leur santé somatique. Elles sont donc conscientes que des risques existent et elles s'engagent à faire le nécessaire. *L'engagement* est une autre *propriété* de la transition évaluée selon Meleis. Il y a ensuite le *changement et la différence, la durée de la transition*, et les points et *événements critiques* (Alligood, 2018). Ces derniers points peuvent être liés à la présence ou non d'un entourage dans leur prise en soins. Malheureusement, dans notre recherche d'article nous avons trouvé peu d'informations quant à la place de l'entourage dans la prise en soins des victimes. Cela aurait été pertinent car cela doit être inclus dans l'évaluation à la préparation à une transition. En effet, cela paraît logique qu'une personne accompagnée possède des conditions plus positives pour réaliser une transition. Hormis Cowley et al. (2014) qui décrivent qu'une victime possédait son petit-ami avec elle durant sa prise en soins immédiate post-agression, il s'agit d'un point qui n'est pas relevé par les autres auteurs de manière claire.

Ces auteurs mettent en exergue que la formation SANE est particulière et spécifique, rendant les infirmières SANE compétentes dans ces situations. En effet, comme décrit précédemment, les SANE sont spécifiquement formées pour réaliser l'anamnèse et les antécédents d'agressions sexuelles, effectuer des examens médico-légaux et fournir des soins compatissants aux survivants d'agressions sexuelles en utilisant une approche basée sur le traumatisme (Office of Victims of Crime, 2016). Cette approche consiste à prendre conscience de la façon dont le traumatisme peut affecter les individus, à reconnaître les signes de traumatisme, à réagir par un langage et un comportement sensible à ce traumatisme, permettant ainsi d'éviter un phénomène de retraumatisation (Huang et al., 2014). Selon Du Mont et al. (2008), le phénomène de retraumatisation, faisant suite à la récolte de données médico-légales, est lié à des professionnels insensibles et peut même amener les victimes à comparer la récolte de données médico-légales au viol lui-même (Du Mont et al., 2008). Dans la théorie des transitions de Meleis (2009), il est écrit que des facteurs personnels comme *la signification* que possède la victime par rapport à une intervention par exemple, *les facteurs culturels, le statut socioéconomiques* ou encore des *facteurs sociétaux* et même *communautaires* doivent également être pris en compte par l'infirmier évaluant l'état de préparation à la transition. Dans une étude de Patterson et al. (2006), les auteurs mettent en avant que l'intervention des SANE

aident à relier les victimes à leurs communautés et même la capacité à suivre les services fournis par ceux-ci. Cela renforce l'idée que la formation SANE apporte des compétences uniques pour la prise en soins de ces femmes. C'est dans cette même optique, que la question de l'application de traitements dite d'urgence par les SANE telles que : prophylaxie des infections sexuellement transmissibles [IST], des grossesses éventuelles ainsi que toutes les autres atteintes somatiques autour du rapport sexuel démontrent de l'expertise du domaine gynécologique par les infirmières SANE. C'est ce qu'on observe selon Campbell et al. (2006) qui décrivent que les infirmières SANE prodiguent divers soins médicaux dont des examens cliniques pelviens, des dépistages d'IST et des tests de grossesse. Cet aspect est également évoqué par d'autres auteurs. Dans leur étude, Chandramani et al. (2020) mettent en avant une certaine reconnaissance de la formation SANE qui permet de mieux accompagner les femmes victimes de violences sexuelles notamment au travers de leurs connaissances et leurs compétences. En effet, l'intervention aux urgences toujours décrit dans l'étude de Chandramani et al. (2020) appuie que l'aisance pour des infirmières non spécialisées à conseiller les patients sur l'examen médico-légal a augmenté, passant de 41% à 86% après l'intervention des infirmières spécialisées. Pour continuer de marquer cette différence, il paraît pertinent de rappeler que dans la formation de soins infirmiers dispensée à la Haute école de Santé de Genève, un seul module couvre les violences en tout genre comprenant les violences sexuelles. Les entretiens infirmiers spécifiques à ce sujet sont abordés mais cela demeure néanmoins des connaissances moins bien poussées qu'une formation (HES-SO, 2012). Finalement, nous sommes donc d'avis que la complexité de ce genre de prise en soins nécessite ainsi une formation particulière.

En plus, des informations autour du rapport sexuel, des auteurs rapportent aussi la question de l'éducation des patientes par le biais de les placer au centre de la prise en soins. C'est le cas notamment au sujet des différents traitements (avantages, risques, alternatives). Cette éducation est importante pour ces femmes violentées car au moment de la prise en soins, leurs préoccupations se rapportent à leur santé somatique pouvant se répercuter à long terme sur leur bien-être. Par conséquent, une telle éducation auprès de cette population leur permet d'accroître leur contrôle sur leur propre processus de rétablissement et ainsi limiter des conséquences psychologiques néfastes. En outre, l'éducation est particulièrement pertinente car ces femmes ont des besoins médicaux, psychologiques et juridiques importants. Par la formation SANE, les infirmières peuvent aider à mettre les victimes en contact avec des services communautaires (force de l'ordre) et à inciter les patientes à se faire entendre, toujours dans le but de faciliter leur rétablissement à long terme (Patterson et al., 2006). Ces moments

d'éducation sont d'autant privilégiés durant la récolte des données médico-légales car les infirmières prennent le temps d'expliquer les procédures, induisant un lien de confiance entre elles et les victimes, lien de confiance que l'on verra plus tard comme essentiel pour aider la victime dans son processus de transition.

Après avoir discuté des éléments incluant l'évaluation de l'état de préparation à une transition, nous allons aborder comment les infirmières SANE évaluent le risque. Dans la méthodologie de la pratique selon Meleis (2009), cette étape permet d'évaluer, comme l'indique sa dénomination, le risque à enclencher une transition. Toujours selon la méthodologie, l'infirmière s'aiderait d'une échelle numérique pour cette étape. Dans la prise en soins d'une victime de violences sexuelles, la douceur, un soin compassionné et axé sur l'état émotionnel de la victime est approprié pour comprendre les besoins de la personne à l'instant T (Patterson et al. 2006 cités par Cowley et al., 2014). Premièrement, Campbell et al. (2008) rappellent qu'il existe une grande diversité des programmes SANE, ceci étant également soulevé chez Patterson et al. (2006). En effet, les priorités de soins sont différentes selon les programmes et sont influencées par leur propre histoire et les demandes des patients, plus ou moins importantes dans les services d'urgences (Patterson et al., 2006). Pour appuyer cela, selon Cowley et al. (2014), il est mentionné une volonté de créer un seul programme SANE dont l'objectif est de prodiguer à la fois une prise en soins optimale et de récolter des preuves médico-légales nécessaires aux poursuites judiciaires. Cette différence dans les programmes serait à même d'expliquer les différences des priorités et des services fournis. En effet, certaines femmes victimes qui se rendent dans un centre s'attendent à voir leurs besoins somatiques pris en soins prioritairement que ce soit au niveau des prophylaxies IST, grossesses ou lésions cutanées multiples. Cependant, ce n'est pas uniforme pour toutes les femmes et ce n'est pas forcément la priorité de toutes. Certaines femmes, au contraire, préféreraient voir leurs besoins émotionnels pris en considération en priorité. Le but commun à ces éléments étant d'évaluer les risques à la transition en lien avec les demandes de chacune dans le dessein de débiter le processus de guérison et donc la transition (Cowley et al., 2014).

Nous allons passer à l'étape de la préparation à la transition, toujours en suivant la théorie de A. F. Meleis (2009). Nous avons précédemment associé une violence sexuelle vécue comme étant une transition situationnelle dans la vie d'une femme. Le récit de ce vécu, nécessaire à une transition dite « saine » par Meleis, est mis en avant dans une étude choisie explicitant que la prise en soins par des infirmières SANE faciliterait la guérison émotionnelle (2009). Selon les

témoignages de victimes, elles expriment avoir vécu une expérience humanisante auprès des infirmières SANE, avec un respect de leur choix et un devoir d'information vis-à-vis des procédures (Fehler-Cabral et al., 2011). Ainsi, une deuxième étude valide également cette idée, exprimant plutôt une satisfaction au niveau de la santé mentale à court terme de la part des victimes (Campbell et al., 2008). Cette étude décrit plus en détails les interventions infirmières réalisées par les SANE, dont le fait que l'intégralité des victimes interrogées affirme que ces infirmières prennent leur situation au sérieux et les écoutent tout au long de la prise en soins (Campbell et al., 2008). Nous pouvons alors établir que ces comportements/interventions infirmières sont des facteurs facilitateurs définis comme étant des conditions nécessaires à la transition. Nous savons que ce point de rupture entraîne des conséquences sur la vie et la santé de la femme à différents termes. Il est donc nécessaire en tant que soignants de ne pas négliger cela, pour le bien-être actuel et futur des victimes ainsi qu'engager le processus d'une transition réussie et qualifiée de saine. C'est un point sur lequel tous les auteurs semblent également s'aligner. Comme évoqué précédemment, nous avons synthétisé que les interventions infirmières dites bénéfiques sont d'ordres : médicales et relationnelles. Tous les auteurs des études choisies s'accordent à dire que les infirmières SANE favorisent un climat de confiance incluant l'empathie et la préservation de la dignité des victimes ; ceci permettant aux victimes de se sentir plus écoutées (Henninger et al., 2020). Chez Campbell et al. (2006), il est question du respect du rythme des victimes. Mais chez Patterson et al., (2006) et Fehler-Cabral et al., (2011), la notion de prise en soins humanisée est établie. Patterson et al., (2006) rappelle l'importance du soin relationnel chez ces femmes ; cela potentialise un fort contrôle sur leur processus de rétablissement, c'est à dire leurs capacités à réunir leurs forces intrinsèques pour faire face à la situation vécue, point également présent chez Henninger et al. (2020). Ainsi, les femmes se sentent mieux entourées et plus humanisées dans leur prise en soins (Chandramani et al., 2020). Cela fait sens car une prise en soins empathique fait partie de nos propres valeurs en tant que futures professionnelles de santé. Pourtant, nous ne savons finalement pas si à long terme toutes ces actions émotionnelles et relationnelles favorisent réellement une transition réussie. C'est ce qui sera plus largement argumenté notamment durant l'étape d'évaluation des résultats incluant le suivi et les surveillances.

Nous aurons vu qu'un lien de confiance est créé par le personnel soignant autour de la victime lors de sa rencontre ce qui facilite la récolte des preuves médico-légales ; ceci permettant d'inciter cette même personne à une démarche juridique contre l'assaillant (Du Mont et al., 2008). Les infirmières SANE collaborent activement avec les forces de l'ordre dans la poursuite

des procédures médicaux-légales. Nous pouvons conclure, selon Henninger et al. (2020), Patterson et al. (2006), Du Mont et al. (2008) et Fehler-Cabral et al. (2011), que plus la prise en soins est adaptée, plus les poursuites en justice seront engagées, permettant ainsi la reconnaissance du statut de victime, mais ce n'est pas l'avis de tous les auteurs. En effet, Du Mont et al. (2008) présente un article qualitatif se basant sur des entretiens guidés par des questionnaires d'avis de femmes victimes d'agressions sexuelles. Une femme notamment décrit son expérience avec le kit de relevé de preuves médico-légales comme assez négatif et qu'elle a considéré cet « acte » comme non pas une participation à l'enquête mais plutôt un moyen pour voir si elle ne mentait pas au sujet de l'agression. On peut toutefois s'interroger sur le niveau de preuve de l'étude qui est de VII (Polit & Beck, 2020), et sur le fait qu'étant donné qu'il s'agit d'une étude qualitative, les auteurs se sont axés sur le ressenti des victimes ce qui est le principe d'une étude qualitative. Ainsi, on peut s'interroger sur l'utilité d'une étude quantitative en comparaison avec du qualitatif toujours dans le but de mettre en avant l'expérience des femmes agressées sexuellement (Du Mont et al., 2008).

La prise en soins d'une femme violentée sexuellement passe par plusieurs étapes où différents acteurs se retrouvent et coopèrent. Selon Henninger et al. (2020), les victimes établissent que les infirmières SANE sont jugées avec le même degré de satisfaction que leurs avocats. Ainsi, les infirmières SANE endossent le rôle d'advocacy. Dans le domaine des soins infirmiers, le concept « d'Advocacy » est souvent compris en termes d'actions réactives ou proactives visant à protéger les droits juridiques ou moraux des patients (Vaartio et al., 2009). Selon certains auteurs, dont Cowley et al. (2014), l'incompréhension du rôle des infirmières SANE est évoquée par les médecins et se sentent remplacer par ces dernières en termes de compétences médicales. Cependant, au sein de cette étude, d'autres témoignent que la collaboration médecin-SANE est vécue comme un plus. Donc on perçoit tout de même certaines digressions concernant ce sujet. Les infirmières SANE sont-elles réellement considérées à leurs justes valeurs ou sont-elles la source de conflits ? A contrario, ce point de vue n'est pas partagé par Chandramani et al. (2020) qui expriment que le corps médical désire collaborer avec les infirmières spécialisées et développer eux même des compétences en matière de prise en soins des femmes victimes de violences sexuelles. Nous savons que les infirmières SANE effectuent leur prise en soins sous délégation médicale. Mais ces dernières ne participent pas aux témoignages face à la justice. C'est le médecin qui est considéré comme opinion d'expert et qui se base lui-même sur les notes écrites et argumentées par les infirmières SANE tout au long de la prise en soins, aussi bien sur le plan relationnel que médical (Cowley et al., 2014). En tant

que futures professionnelles de la santé, nous nous questionnons sur la reconnaissance du travail des infirmières SANE et d'autant plus en lien avec ce qui a été précédemment évoqué comme le concept d'advocacy : Pourquoi ces dernières ne seraient pas à même de témoigner face à la justice au vu de leur place dans la prise en soins des victimes ?

Pour conclure cette étape, les collaborations interprofessionnelles sont vues comme des soutiens aux femmes victimes. Rappelons que, selon la théorie de Meleis et particulièrement dans cette étape de préparation à la transition, le rôle propre des soins infirmiers est d'offrir un soutien et de créer, en collaboration, un environnement adapté, jugé sécurisant pour la personne vivant la transition (Fawcett, 2017). Par conséquent, la collaboration entre les différents professionnels, la juste considération de la formation SANE et le rôle d'advocacy forment des liens imbriqués perçus comme des facteurs facilitateurs à une transition saine selon Meleis (2009). Quels seraient alors des facteurs inhibiteurs à la transition ? Remarquons que dans toutes les études de cette sélection, il y a très peu de précisions concernant le sexe des infirmiers/infirmières SANE. Ayant traduit les articles anglais en français, les notions à ce propos sont réduites. Cela invite à croire que la prise en soins peut être biaisée et que le fait d'être une infirmière ou un infirmier peut être une action/intervention bénéfique ou non à la transition des victimes. En effet, le genre de notre population d'étude est féminin, donc la prise en soins par des personnes du même genre peut être un facteur facilitateur et par extension contraire, inhibiteur dans le cas inverse. En effet, cet aspect est mis en avant par Nielson et al. (2015) et Du Mont et al. (2008), qui précisent qu'une infirmière de sexe féminin et jeune faciliterait la prise en soins avec la victime grâce à un contact étroit avec celle-ci, caractérisée comme facilitateur d'après Meleis. En outre, selon Du Mont et al. (2008), 86 % des 14 femmes examinées par un praticien généraliste masculin qualifient leur expérience comme négatives, qualifié comme un facteur inhibiteur selon Meleis (2009). Cela interroge donc sur l'impact du genre des professionnels sur la prise en soins des femmes victimes de violences sexuelles.

Pour cette dernière étape englobant le suivi et les surveillances d'une transition, mentionnons à nouveau que la transition est un processus initialement accompagné d'un facteur temporel, c'est-à-dire à court, moyen et long terme. Encore selon Fawcett (2017), ces femmes violentées sexuellement appartiennent à la catégorie des transitions situationnelles, dont l'intérêt est de montrer le bénéfice d'une prise en soins par une infirmière SANE à long terme. D'où une autre interrogation : nos études suffisent-elles à montrer l'étendu des bénéfices de la formation SANE ? Nous aurons vu que de nombreux éléments renforcent cette idée. Cependant, il aurait été pertinent d'avoir des études sur du long terme. Ce manque de données sur la longueur est

explicable car les études détaillent une prise en soins infirmière faisant directement suite à l'agression. Ainsi, le fait que certains des articles soient antérieurs à 2010 peut être donc justifié par un manque de données actuelles ou donc des études encore non terminées au moment de la sélection des études pour notre travail. Ceci est d'autant plus explicable car la thématique des violences sexuelles et de sa prise en soins est un sujet émergeant durant ces dernières années en raison de l'affaire Weinstein (Le Monde, 2020), qui a permis une libération de la parole des femmes au sujet du vécu de leurs agressions (Le Monde, 2020). En effet, le vécu de celles-ci impose une analyse qualitative qui se différencie des atteintes somatiques plus rationnelles en termes de résultats. Certaines des études ne nous permettent pas d'analyser le processus de transition de ces femmes sur du long terme et donc de savoir si cela va aboutir à une transition *saine* ou non, toujours selon A.I. Meleis (2009). Ainsi, des textes scientifiques basés sur l'accompagnement des femmes victimes sur du long terme, tels que Short & al. (2019), auraient été pertinents pour agrémenter notre question de recherche. Ces auteurs ont créé un protocole pilote, qui sera la première étude de cohorte longitudinale à grande échelle basée sur les soins d'urgences et portant sur le rétablissement après une agression sexuelle chez les femmes. Les évaluations des femmes ont été organisées sur une semaine, six semaines, six mois et douze mois permettant d'avoir un suivi plus étendu. Cette étude a pour but d'améliorer la compréhension de l'incidence de la pathogénèse et des trajectoires des séquelles neuropsychiatriques et ainsi de développer des outils d'aide à la décision clinique et obtenir un retour d'informations des victimes sur les services qu'elles reçoivent. Cependant, les résultats étant en interprétation actuellement, nous n'avons pas pu appuyer notre question de recherche à travers cette étude mais cela nous a permis d'avoir un regard plus critique quant à la lecture des autres études. Une autre critique qui ne permet pas, à proprement parler, de réaliser un suivi et une évaluation de la transition selon Meleis est mise en lien avec le fait que les auteurs des études sélectionnées ont réalisé leurs travaux au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni. Ainsi, des facteurs culturels sont à prendre en compte et également d'autres aspects, comme le fait que la formation n'est pas soumise à un seul consensus. Ceci n'est pas relevé par tous les auteurs, seul Campbell et al. (2006), Patterson et al. (2006) et Cowley et al. (2014) mettent en avant la différence des enseignements reçus par les infirmières SANE. Il s'agit de trois études qualitatives de niveau VII décrivant simplement l'état des « lieux » de la formation dans ces pays (Polit & Beck, 2020). On peut mettre en doute de manière générale la crédibilité de ces études de type qualitatif par rapport aux biais et limites (plus largement exploités dans les tableaux). En effet, un nombre important de limites peut mettre en péril le statut de l'étude, ainsi que le fait que dans son étude, Cowley et al. (2014), possède un N = 5 donc jugé comme trop petit pour être

représentatif et significatif, ce qui représente un biais. De plus, on peut hypothétiser qu'une étude de niveau supérieur telle qu'une cohorte longitudinale discutée dans l'étude pilote de Short & al. (2019) aurait été plus pertinent. Cet argument sera également plus largement critiqué dans la recommandation de la pratique.

En conclusion, toujours en lien avec la théorie de Meleis, l'évaluation de la transition peut être évaluée et qualifiée de saine si elle est réussie. Dans le cas des violences sexuelles, il paraît compliqué d'évaluer et de dire ce qui ferait une transition réussie. Pourtant, de nombreux auteurs s'accordent à dire que la formation SANE se doit d'assurer une santé mentale saine, l'absence de maladies somatiques et de complications à long-terme à ces victimes (Patterson et al., 2006). Donc, la présence de ces éléments pourrait participer à apporter un bien-être aux anciennes victimes et c'est cette notion de bien-être qui est finalement un gage de transition réussie ou non (Fawcett, 2017).

7. Conclusion

Au vu des données étudiées à travers ce travail, la prise en soins des violences sexuelles ne doit pas être négligée. Cette population de personnes peut être présente dans n'importe quels services, d'où l'importance de connaître les spécificités de cette prise en soins particulière. Il a surtout été mis en évidence que les infirmières SANE possèdent une compétence relationnelle primordiale dans l'approche des femmes victimes. L'approche relationnelle est associée à des compétences médicales, qui doivent être enseignées aux infirmières pour les aider dans leur accompagnement. Cet aspect est nécessaire au bon déroulement du processus de transition selon la théorie de A. I. Meleis (2009), qui, nous l'avons vu, se déroule selon plusieurs étapes : premièrement, l'évaluation de l'état de préparation, deuxièmement, l'évaluation des risques, troisièmement, la préparation de la personne à la transition ce qui inclura d'identifier les facteurs facilitateurs et inhibiteurs ayant potentiellement un impact sur l'enclenchement d'une transition, et finalement, pour la dernière étape, l'évaluation de la transition permettant de savoir si celle-ci est saine et réussie (Fawcett, 2017).

En conclusion, la finalité de chaque prise en soins infirmière est donc de couvrir aussi bien les besoins mentaux, physiques et relationnels d'une personne et c'est ce qui en fait une approche holistique.

7.1 Apports et limites du travail

Avec un regard omniscient, nous pouvons percevoir certaines limites et apports que nous allons soumettre dans cette partie. Premièrement, commençons par la recherche documentaire. Cette dernière a été régulée par des filtres, dont la date d'apparition des articles scientifiques choisies initialement était fixée à 10 ans. Finalement, ayant peu d'articles correspondant à notre problématique de recherche, nous avons été contraintes d'élargir ce filtre à 15 ans. Ainsi, l'absence d'articles antérieurs à 10 ans constitue une limite pour notre travail, ce qui est paradoxal à ce thème qui est quant à lui récent. Cela nous a donc forcé à élargir notre critère de sélection d'articles au détriment de certaines informations plus obsolètes ou moins pertinentes par rapport à notre travail suite à la lecture de ceux-ci.

Par ailleurs, l'origine des études est limitée aux pays anglophones (Canada, Royaume-Uni et États-Unis), correspondant à la nationalité des formations SANE et qui constitue ainsi une limite à notre travail. En effet, la formation infirmière SANE n'est pas universelle, d'où le peu de diversité de nos articles. De même, il n'existe malheureusement pas de consensus à la formation SANE, ce qui entraîne des divergences au sein même de la pratique infirmière SANE. Il s'agit d'une limite à notre travail. Cela complique nos comparaisons du fait que nous ne comparions pas une seule formation SANE mais plusieurs formations entre elles face à des professionnels de santé non spécialisés. Selon Patterson et al. (2006) et Cowley et al. (2014), chaque programme SANE a un but différent en fonction de leurs principes intrinsèques. Toujours en lien avec la formation SANE, une autre limite concerne la reconnaissance des infirmières sur le plan juridique. C'est-à-dire, comme l'a montré un témoignage selon Cowley et al. (2014), celles-ci ne sont pas considérées comme des opinions d'expert face à la cour pénale contrairement au corps médical. Cela soulève donc une limite quant à la valorisation du rôle des infirmières SANE face à la justice.

De plus, dans la pratique infirmière, nous pouvons percevoir encore quelques faiblesses à améliorer qui seront soulevées dans la recommandation de la pratique. Effectivement, Henninger et al. (2020) soulève l'intérêt de prendre en considération le feedback des victimes à la suite de leur prise en soins par les infirmières SANE afin d'améliorer leurs compétences pour leur future pratique. Il s'agit d'un point déjà abordé dans des études à court terme, faisant immédiatement suite à leur prise en soins aux urgences. Cependant, il manque dans la littérature scientifique des feedbacks sur la prise en soins à long terme.

L'ensemble de ces limites sont à prendre en compte pour une meilleure préhension des victimes de violences sexuelles.

7.2. Recommandations

Il s'agit donc dans cette section, d'exposer à la suite des données précédemment trouvées, quels seraient les interventions que ce soit au niveau de la pratique infirmière, de la recherche ou dans l'enseignement, qui seraient jugées pertinentes d'être abordées dans le futur.

7.2.1. Clinique

Une prise en soins infirmière teintée d'empathie et de bienveillance est nécessaire pour un suivi optimal dans l'accompagnement au processus de transition des femmes victimes de violences sexuelles. Cela permet, en outre, de diminuer les conséquences à court et long terme chez ces femmes traumatisées. En pratique, cela se traduit par un respect du rythme de la femme arrivant aux urgences. Les auteurs Campbell et al. (2006), Henninger et al. (2020), Campbell et al. (2008), Du Mont et al. (2008) et Fehler-Cabral et al. (2011), parlent en effet du respect de leurs choix, de l'importance de l'apport d'informations claires et précises, le tout marqué par une approche humaine qui sont des soins à part entière et qui doivent être réalisés et implémentés lors de chaque prise en soins de femmes victimes de violences sexuelles. De plus, à la suite des recherches effectuées, une prise en soins sur du long terme est nécessaire pour maintenir le bien-être de ces femmes après un tel traumatisme. Ce type de suivi est réellement important à garder en tête lorsqu'on prend en soins une femme violentée sexuellement, car la prise en soins ne se limite pas à son passage aux urgences.

La femme violentée sexuellement rencontre divers professionnels dès son arrivée aux urgences, tels que les professionnels de la santé et juridique, ce qui en fait une approche pluridisciplinaire. Cette approche a été démontrée dans l'ensemble de nos études scientifiques comme améliorant la communication interprofessionnelle et menant ainsi au bon déroulement des poursuites judiciaires. En effet, Henninger et al. (2020) ont montré qu'une prise en soins adaptée encourage la femme à poursuivre des procédures pénales, faisant d'elle une personne active dans son processus de transition.

L'ensemble de ces compétences citées entraînent une évidence quant au bénéfice des interventions des infirmières SANE. Ainsi, l'ultime recommandation de la pratique serait l'hypothèse d'implanter des formations SANE sur le sol helvétique.

7.2.2. Recherche

La recherche est un domaine en constante évolution. Le thème des violences sexuelles n'est pas un sujet nouveau. Il s'agit juste de l'implanter plus dans les recherches pour qu'à l'avenir, d'autres études et travaux de recherche recouvrent ce sujet. Ainsi, dans les recommandations pour la recherche, il serait pertinent tout comme Short et al. (2019), de développer et d'entreprendre des études de type longitudinal couvrant sur du long terme et même plusieurs années le bénéfice d'une prise en soins par des infirmières spécialisées dans les violences sexuelles comme les SANE plutôt qu'avec des infirmières non spécialisées. Ceci serait un atout également pour la pratique infirmière déjà discutée ci-dessus.

En plus d'études montrant un suivi à long terme, il aurait été pertinent de trouver des études type randomized controlled trial (RCT) de niveau de preuve II selon Polit & Beck (2020). En effet, ce genre d'études avec un niveau de preuve élevé fait référence à des résultats de recherche appropriés du point de vue de la méthodologie : rigoureux et cliniquement pertinents pour répondre à des questions qui demeurent (Polit & Beck, 2020). C'est donc nécessaire pour améliorer la recherche. Ainsi, il aurait été intéressant de trouver des études de type essai randomisé contrôlé qui permettent de tester l'effet d'une intervention sur un problème de santé. Par exemple, une étude comparant deux types de population, celle recevant une prise en soins par des infirmiers SANE de ceux ne recevant pas ce type de service. L'intérêt serait de voir une différence à l'issue de la recherche.

De même, le thème des violences sexuelles est largement couvert au point de vue qualitatif. En effet, il est important de connaître le point de vue des femmes violentées mais il manque des études de type quantitatif. Ces dernières apporteraient un supplément concernant les chiffres ou pourcentages face à l'intérêt d'une formation spécifique telle que les SANE.

7.2.3. Enseignement

Comme déjà soulevé dans la partie discussion, un seul module couvre les violences en tout genre dont les violences sexuelles dans l'enseignement des soins infirmiers à la Haute École de Santé (HES-SO, 2012). À l'issu des études couvertes dans ce travail, il aura été vu un intérêt de l'apprentissage de la gestion des situations complexes telles que les violences sexuelles. Ainsi, il pourrait avoir un intérêt que les futurs infirmiers apprennent la communication avec ces femmes, les soins infirmiers et médico-délégués prodigués à ces femmes mais aussi les risques de ce genre de violences et enfin ce qui advient au niveau pénal. Ensuite, il y aurait également un intérêt à donner des formations post-grades en plus de la formation initiale aux professionnels le souhaitant et pas seulement aux professionnels de santé des urgences gynécologiques. Il existe, en effet, un DAS en santé sexuelle par exemple. Parce qu'en effet, les expériences professionnelles diverses partagées par les auteurs de ce travail ont montré que les femmes violentées sexuellement sont présentes dans tous les services du milieu hospitalier, ce qui en fait un sujet universel dans les soins.

8. Références

Alligood, M. R. (2018). *Nursing theorists and their work* (9 ed.). Elsevier.

Alligood, M. R. (2017). *Nursing theorists and their work* (9 ed.). Elsevier.

Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (Eds.). (2010). *Nursing Theorists and their work* (7 ed.). USA : Mosby Elsevier.

Amnesty International. (2019). *Les violences sexuelles en Suisse. Une femme sur cinq concernée* ! <https://www.amnesty.ch/fr/themes/droits-des-femmes/violence-sexuelle/docs/2019/violences-sexuelles-en-suisse>

Art. 187 du code pénal Suisse du 13 décembre 2013 (= CP RO 1992 1670 ; FF 1985 II 1021 ; état le 1^{er} octobre 1992).

Campbell, R., Patterson, D., Adams, A. E., Diegel, R., & Coats, S. (2008). A participatory evaluation project to measure SANE nursing practice and adult sexual assault patients' psychological well-being. *Journal of Forensic Nursing*, 4(1), 19-28. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2008.00003.x>

Campbell, R., Townsend, S. M., Long, S. M., Kinnison, K. E., Pulley, E. M., Bibiana Adames, S., & Wasco, S. M. (2006). *Responding to Sexual Assault Victims' Medical and Emotional Needs: A National Study of the Services Provided by SANE Programs*. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 384-398. DOI: 10.1002/nur.20137

Centre thérapeutique traumatisme agressions sexuelles. (2020). Lois Suisses. <https://www.ctas.ch/index.php?id=26>

- Chandramani, A., Dussault, N., Parameswaran, R., Rodriguez, J., Novack, J., Ahn, J., Oyola, S., & Carter, K. (2020). A Needs Assessment and Educational Intervention Addressing the Care of Sexual Assault Patients in the Emergency Department. *Journal of Forensic Nursing*, 16(2), 73-82. doi: 10.1097/JFN.0000000000000290.
- Cowley, R., Walsh, E., & Horrocks, J. (2014). The Role of the Sexual Assault Nurse Examiner in England: Nurse Experiences and Perspectives. *Journal of Forensic Nursing*, 10(2), 77-83. doi: 10.1097/JFN.0000000000000026
- Davidson-Arad, B. & Kaye-Tzadok, A. (2016). Posttraumatic Growth Among Women Survivors of Childhood Sexual Abuse: Its Relation to Cognitive Strategies, Posttraumatic Symptoms, and Resilience. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(5), 550-558. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000103>
- Du Mont, J., White, D. & McGregor, M. J. (2008). Investigating the medical forensic examination from the perspectives of sexually assaulted women. *Social Science & Medicine*, 68(4), 774-780. doi:10.1016/j.socscimed.2008.11.010
- Fawcett, J. (2017). *Applying conceptual models of nursing: quality improvement, research, and practice*. Springer publishing company.
- Fawcett, J. & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. F.A. Davis Compagny.
- Fehler-Cabral, G., Campbell, R. & Patterson, D. (2011). Adult Sexual Assault Survivors' Experiences with Sexual Assault Nurse Examiners (SANEs). *Journal of Interpersonal Violence*, 26(18), 3618-3639. <https://doi.org/10.1177/0886260511403761>
- Futurasanté. (2021). Louis Pasteur. <https://www.futurasciences.com/sante/personnalites/medecine-louis-pasteur-407/citations/>

- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices SQUIRE pour l'écriture et la lecture des études sur l'amélioration de la qualité des soins. *Kinésithérapie Revue*, 15(157), 59-63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.008>
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie Revue*, 15(157), 34-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.003>
- Gfs.bern. (2019). *Le harcèlement sexuel et les violences sexuelles faites aux femmes sont répandus en Suisse*. <https://cockpit.gfsbern.ch/fr/cockpit/violence-sexuelles-en-suisse/>
- Haute école spécialisée de Suisse occidentale. (2012). *Plan d'études cadre Bachelor 2012*. https://www.hesge.ch/heds/sites/default/files/documents/FormationBase/SI/Reglements/1_plan-etudes-bachelor-soins-infirmiers-878.pdf
- Haute école de santé, Centre de documentation. (2020). *Guide de présentation des citations et références bibliographiques : style APA (7e éd.)* [Brochure]. https://www.hesge.ch/heds/sites/default/files/documents/CentreDoc/citation-ref-biblio/apa_7ed_guidecitationsreferences.pdf
- Huang, L., Flatow, R., Biggs, T., Afayee, S., Smoth, K., Clark, T., & Blake, M. (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. <https://store.samhsa.gov/system/files/sma14-4884.pdf>
- Henninger, L. A., Iwasaki, M., Carlucci, E. M., & Lating, M. J. (2020). Reporting Sexual Assault: Survivors' Satisfaction With Sexual Assault Response Personnel. *Violence against women*, 26(11), 1362-1382. DOI: [10.1177/1077801219857831](https://doi.org/10.1177/1077801219857831)

Hôpitaux Universitaires de Genève. (s.d.). *Protocole complet de prise en charge au département de gynécologie et d'obstétrique des Hôpitaux Universitaires de Genève des personnes victimes d'agressions sexuelles.* https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/cas-protocole.pdf

Hôpitaux universitaires de Genève. (2019). *Unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (UIMPV).* https://www.hug-ge.ch/medecine-premier-recours/unite-interdisciplinaire-medecine-prevention-0?_ga=2.24842874.1793907566.1585081027-500820948.1585081027

Hôpitaux universitaires de Genève. (2019). *L'UIMPV reconnue pour son expertise par l'OMS.* <https://www.prevention-violence.ch/2019/02/27/luimpv-reconnue-pour-son-expertise-par-loms/>

Internaute. (2020). *Jeune fille.* <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/jeune-fille/>

Institut National de Santé Publique Québec. (2020). *Conséquences. Trousse Média sur les agressions sexuelles.* <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/comprendre/consequences>

Institut national de santé publique Québec. (2018). *Étiologie : Facteurs de risque et de protection.* <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/les-agressions-sexuelles/etiologie-facteurs-de-risque-et-de-protection>

International Association of Forensic Nurses. (2021). *Research. Educate. Lead.* <https://www.forensicnurses.org/>

Jolly, A. (2000). Évènements traumatiques et état de stress post-traumatique : une revue de la littérature épidémiologique. *Annales Médico-Psychologiques*, 158(5), 370-

378. [https://www.psychanalyse.com/pdf/EVENEMENTS%20TRAUMATIQUES%20ET%20ESPT%20-%20UNE%20REVUE%20DE%20LA%20LITTERATURE%20EPIDEMIOLOGIQUE%20-%20ANNALES%20%202000%20\(19%20pages%20-%20229%20ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/EVENEMENTS%20TRAUMATIQUES%20ET%20ESPT%20-%20UNE%20REVUE%20DE%20LA%20LITTERATURE%20EPIDEMIOLOGIQUE%20-%20ANNALES%20%202000%20(19%20pages%20-%20229%20ko).pdf)

Josse, E. (2010). "They came with two guns": the consequences of sexual violence for the mental health of women in armed conflicts. *International Review of the Red Cross*, 92(877), 177-195.

Juris Conseil Junior. (2020). *Sexualité : majorité sexuelle*. <https://jcj.ch/fr/jeunes/sexualite>

Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *JAN Leading Global Nursing Research*. 55(3), 320-329. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x.

Kaye-Tzadok, A., Davidson, B. (2016). Posttraumatic Growth Among Women Survivors of Childhood Sexual Abuse: It's Relation to Cognitive Strategies, Posttraumatic Symptoms, and Resilience. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Polic*. 8(5), 550-558. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000103>

La Côte. (2020). *Coronavirus : les violences envers les femmes explosent depuis la pandémie*. <https://www.lacote.ch/dossiers/coronavirus/articles/coronavirus-les-violences-envers-les-femmes- explosent-depuis-la-pandemie-1009209>

La Prévention Médicale. (2017). *Prise en charge d'une victime d'agression sexuelle : des procédures précises à respecter*. <https://www.prevention-medicale.org/Actualites-et-revues-de-presse/Toutes-les-actualites/Sage-femme/prise-en-charge-victime-agression-sexuelle>

Larousse. (s.d.). *Adolescence*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adolescence/1156>

Larousse. (s.d.). *Transition*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transition/79157>

Le Monde. (2020). *Harvey Weinstein condamné à vingt-trois ans de prison, une peine coup de tonnerre*. https://www.lemonde.fr/international/article/2020/03/11/harvey-weinstein-condamne-a-vingt-trois-ans-de-prison-une-peine-coup-de-tonnerre_6032690_3210.html

Ligue des Droits de l'Homme. (2013). *Violences intrafamiliales : conséquences des violences sexuelles sur les victimes*. <http://site.ldh-france.org/pertuis/violences-intrafamiliales-consequences-violences-sexuelles-victimes/#sdfootnote2sym>

Meleis, A. (2009). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Compagny.

Meleis, A. (2001). Small steps and giant hopes: violence on women is more than wife battering. *Health Care for Women International*, 22(4), 313-315. <https://doi.org/10.1080/07399330117645>

Nielson, M. H., Strong, L., & Stewart, J. G. (2015). Does Sexual Assault Nurse Examiners (SANE) Training Affect Attitudes of Emergency Department Nurses Toward Sexual Assault Survivors? *Journal of Forensic Nursing*, 11(3), 133-143. doi: 10.1097/JFN.0000000000000081

Office for Victims of Crime. (2016). *SANE Program Development and Operation Guide*. Office for Victims of Crime. <https://www.ovcttac.gov/saneguide/introduction/>

Organisation des Nations Unies. (2020). *Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes*. <https://www.un.org/fr/observances/ending-violence-against-women>

Organisation des Nations Unies des Femmes. (2020). *La pandémie fantôme : la violence contre les femmes pendant la COVID-19*. <https://www.unwomen.org/fr/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>

Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *La violence à l'encontre des femmes*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organisation Mondiale de la Santé. (2013). *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85242/WHO_RHR_HRP_13.06_fre.pdf;jsessionid=520C80FF8DF200137F07D1CB4690D38?sequence=1

Organisation Mondiale de la Santé. (2012). *Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86236/WHO_RHR_12.37_fre.pdf;jsessionid=CAF2D339A24C88A229EFF532CF80E030?sequence=1

Organisation Mondiale de la Santé. (2002). *Violence sexuelle*. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/en/sexualviolence_fr.pdf?ua=1

Parlement européen. (2014). *Violence à l'égard des femmes : la vérité qui dérange*. <https://www.europarl.europa.eu/news/fr/headlines/society/20140306IFG37814/violence-a-l-egard-des-femmes-la-verite-qui-derange>

Patterson, D., Campbell, R., & Townsend, S. M. (2006). Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) program goals and patients care practices. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 180-186. doi: 10.1111/j.1547-5069.2006.00098.x.

Pépin, J., Ducharme, F., Kérouac, S., & Bourbonnais, A. (2017). *La pensée infirmière*. Chenelière Éducation.

Pépin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3 éd.). Montréal : Chenelière éducation.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Pro Infirmis. (2020). *Capacité de discernement et capacité d'exercer ses droits civils*. <https://www.proinfirmis.ch/fr/guide-juridique/protection-de-ladulte/capacite-de-discernement-et-capacite-dexercer-les-droits-civils.html>

Radiotélévision Suisse. (2018). *Hausse des demandes d'aide auprès des associations anti-abus sexuels*. <https://www.rts.ch/info/suisse/9262546-hausse-des-demandes-d-aide-aupres-des-associations-anti-abus-sexuels.html>

SAFEta.org. (2019). *Recommendations at a Glance: A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations*. <https://www.safeta.org/page/ProtocolRecommend>

SBK ASI. (2008). *Définition des soins infirmiers*. <https://www.sbk.ch/fr/sujets-infirmiers/definition-des-soins-infirmiers-1>

Senon, J-L. (s. d.). *Quelles sont les théories actuelles concernant les causes impliquées ?* <http://193.49.126.9/conf&rm/Conf/confagrsex/RapportsExperts/Senon.html>

Service de recherche du Parlement européen. (2019). *La violence envers les femmes dans l'Union Européenne*.

[https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2018/630296/EPRS_BRI\(2018\)630296_FR.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2018/630296/EPRS_BRI(2018)630296_FR.pdf)

Short, N. A., Sullivan, J., Soward, A., Bollen, K. A., Liberzon, I., Martin, S., Rauch, S. A. M., Bell, K., Rossi, C., Lechner, M., Novak, C., Witkemper, K., Kessler, R. C., & McLean, S. A. (2019). Protocol for the first large-scale emergency care-based longitudinal cohort study of recovery after sexual assault: the Women's Health Study. *BMJ Open*, 9(11), Article e031987. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031087>

Sofia.medicalistes.fr. (2018). EBM et Cochrane. https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/ebm-tutoriel-biu_sante.pdf

Stensvehagen, M. T., Bronken, B. A., Lien, L., & Larsson, G. (2019). How women experience and cope with daily hassles after sexual abuse – a retrospective qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), 487-497. <https://doi.org/10.1111/scs.12649>

Thomas, J.-L. (2015). *Les conséquences de violences sexuelles sur la santé physique : revue de littérature*. <http://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/Thomas-JLT-2015-Revue-du-dommage-corporel-Revue-lit-somatiation-droitdiffusion.pdf>

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349 – 357.

Tutton, E., Seers, K., & Langstaff, D. (2009). An exploration of hope as a concept for nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 13(3), 119-127. <https://doi.org/10.1016/j.joon.2009.07.006>

Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Suominen, T., & Puukka, P. (2009). Nursing Advocacy in Procedural Pain Care. *Nursing Ethics*, 16(3), 340-362. <https://doi.org/10.1177/09697330090979929>.

9. Annexes

9.1. Tableaux de synthèse des articles retenus

| Auteur, année, pays, titre | | Auteurs : Campbell, R., Townsend, S. M., Long, S. M., Kinnison, K. E., Pulley, E. M., Adames, S. B., & Wasco, S. M. Année : 2006. Pays : Etats-Unis. Titre : Responding to sexual assault victims' medical and emotional needs: A national study of the services provided by SANE programs | | |
|--|--|---|---|---|
| Devis¹ et objectif² | Population³ | Méthode⁴/ intervention (si présent)⁵ | Résultats⁶ | Commentaires⁷ |
| Devis : Étude qualitative type étude de cas Objectif : Recenser les spécificités des soins donnés par des SANE elles-mêmes, et les limites des SANE | Population : Échantillon aléatoire de 144 programmes SANE, dont 24 ont refusé de participer. Puis sélection de 110 programmes correspondant aux critères d'éligibilité. N = 110 | Entretiens téléphoniques mixtes (questions ouvertes et aussi fermées) réalisés par les sept autrices (qui ont été entraînées auprès d'infirmières SANE pendant 20 heures afin de mener l'interview). Interview (questions) mis en place et établi par les sept autrices de cette étude. | Thèmes : 17 services/soins (médicaux) donnés par les SANE ont été cités : Examen, Blessures, Information IST, Culture IST, Prophylaxie IST, Informations HIV, Test HIV, Informations Safe Sex, Prophylaxie VIH, Informations grossesse, Test de grossesse, Contraception d'urgence, Informations sur contraception d'urgence, Options de grossesse, Renvoi, Post examen, Plan de sécurité. Et soins émotionnels : L'examen pelvien lui-même (47%), Parler de | Pas de recueil d'information sur la consistance de la prestation de services, tant pour les programmes SANE que pour les programmes hospitaliers traditionnels des urgences, ce qui signifie qu'une comparaison directe des taux n'était pas possible Cette étude s'est appuyée sur des recherches antérieures sur les programmes SANE américains menées par Ciancone et al. (2000) en |

¹ Type d'étude

² But de l'étude (avec verbe)

³ (N=) +attrition/Type échantillon

⁴ Questionnaire/entretien semi dirigé etc./mixte /observation, etc.

⁵ Si devis expérimental, description de V.I (intervention) +modalités distribution /Outcomes (VD) (nom des questionnaires/instruments utilisés, préciser si validés)

⁶ Quantitatifs : Outcome 1, Outcome 2 etc. (Chiffres +significativité) Tests utilisés pour analyse statistique / Qualitatifs (thèmes) /

⁷ Penser aux limites/ recommandations

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | | <p>l'agression (46%), Parler avec les forces de l'ordre (21%), Attendre l'examen (21%)</p> <p>Plumer les cheveux pour la collecte de preuves (17%), Expliquer/normaliser le processus d'examen (70%), Être sensible à l'état émotionnel des victimes (60%)</p> <p>Arrêter l'examen/la collecte de preuves si nécessaire (41%), Fournir aux victimes des options et des choix (34%), Passez l'examen lentement (26%).</p> <p>La raison (ou les raisons) pour laquelle (lesquelles) certains services n'étaient pas systématiquement offerts par les programmes SANE.</p> | <p>évaluant une plus grande variété de services qui pourrait être fournis par les programmes SANE (7 contre 17 services)</p> <p>Pas de mesures de l'autonomie des SANE.</p> <p>Étude centrée sur les prestataires de services plutôt que de recueillir des données directement auprès des patients victimes d'agressions sexuelles sur leurs expériences de recherche de soins dans les programmes SANE. Étant donné que l'objectif de notre étude était d'examiner les pratiques programmatiques, cela ne constitue pas nécessairement une limitation du travail actuel, mais cela souligne la nécessité d'une recherche future sur les services du point de vue des patients.</p> <p>Biais de mesure : entretien semi-dirigé écrit pas les sept autrices de cette étude (recul ?). Pas d'information sur l'approbation par un comité d'éthique</p> |
|--|--|--|---|---|

| Auteur, année, pays, titre | | Auteurs : Fehler-Cabral, G., Campbell, R. & Patterson, D. Année : 2011. Pays : Etats-Unis. Titre : Adult Sexual Assault Survivors' Experiences with Sexual Assault Nurse Examiners (SANEs). | | |
|--|--|---|---|---|
| Devis⁸ et objectif⁹ | Population¹⁰ | Méthode¹¹/ intervention (si présent)¹² | Résultats¹³ | Commentaires¹⁴ |
| <p>Devis : Étude qualitative type descriptif</p> <p>Objectif : Vécu de l'agression sexuelle et la prise en soins par des infirmières SANE.</p> | <p>Population : Femmes adultes d'au moins 18 ans lors de l'agression, victimes dans le secteur définit par l'étude, et que les victimes aient été prises en soins par le programme SANE entre 1999 et 2007.</p> <p>N = 20</p> | <p>Les 20 participantes ont participé à des entretiens semi-structurés enregistrés et retranscrits dans un centre du programme SANE et menés par 3 enquêteurs. Quatre sujets étaient abordés durant l'entretien, tels que le viol, le ressenti de l'expérience avec les infirmières SANE, le rôle des preuves médico-légales et enfin le rapport aux autorités tel que les forces de l'ordre.</p> | <p>La première partie décrit des caractéristiques directement reliées au viol en lui-même telles que l'origine ethnique de l'agresseur ou la présence d'une arme par exemple. La seconde partie des résultats traitent du rôle des infirmières SANE, les participantes ont dû donner 3 choses positives telles que : trouver l'expérience comme "Humanisante", le fait qu'elles ont pu recevoir des informations quant à la suite des procédures, elles ont aussi eu le choix de continuer ou pas, le traitement avec respect et ensuite 3 choses négatives telles que la froideur professionnelle, le manque d'information et de choix. D'une manière générale, les participantes décrivent l'expérience telle que facilitatrice</p> | <p>Il y a peu d'informations concernant les "bienfaits" à long terme concernant les infirmières SANE et la prise en soins des aspects émotionnels des victimes.</p> <p>Nous avons plus d'informations concernant le rôle des SANE concernant des aspects juridiques et médico-légaux.</p> <p>Les infirmières SANE existent aux États-Unis et au Canada.</p> <p>Biais de sélection : L'échantillon de la population (=20) est trop petit et donc pas représentatif et significatif.</p> |

⁸ Type d'étude

⁹ But de l'étude (avec verbe)

¹⁰ (N=) +attrition/Type échantillon

¹¹ Questionnaire/entretien semi dirigé etc./mixte /observation, etc.

¹² Si devis expérimental, description de V.I (intervention) +modalités distribution /Outcomes (VD) (nom des questionnaires/instruments utilisés, préciser si validés)

¹³ Quantitatifs : Outcome 1, Outcome 2 etc. (Chiffres +significativité) Tests utilisés pour analyse statistique / Qualitatifs (thèmes) /

¹⁴ Penser aux limites/ recommandations

| | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|---|
| | | | dans leurs guérisons émotionnelles. | <p>Pas d'information concernant l'approbation par un comité d'éthique.</p> <p>Fiabilité de l'article : retranscription des entretiens en verbatim.</p> |
|--|--|--|-------------------------------------|---|

| Auteur, année, pays, titre | | Auteurs : Mary Hugo Nielson, Linda Strong et Julie G. Stewart. Année : 2015. Pays : Etats-Unis. Titre : Does sexual assault nurse examiner (SANE) training affect attitudes of emergency department nurses toward sexual assault survivors ? | | |
|--|---|---|---|---|
| Devis¹⁵ et objectif¹⁶ | Population¹⁷ | Méthode¹⁸/ intervention (si présent)¹⁹ | Résultats²⁰ | Commentaires²¹ |
| Devis : Etude quantitative de type corrélation/comparatif. Objectif : Déterminer si la formation et l'éducation SANE ont un effet sur l'attitude des infirmières des services d'urgence envers les femmes victimes d'une agression sexuelle | Population : Infirmières vivant aux Etats-Unis et membre de l'ENA (Association des infirmières d'urgence) N = 394 Type d'échantillon : Echantillon sélectionné au hasard par code postal et stratifié par région géographique | Questionnaire démographique : Questionnaire de 20 questions relatives aux caractéristiques démographiques et personnelles (diplôme actuel des infirmières, nombre d'années de pratique infirmière, nombre d'années de pratique aux urgences, statut de certification en tant que SANE, niveau de traumatisme de l'hôpital, services SANE disponibles, prise en soins de patients agressés sexuellement). Ce questionnaire a été établi par l'auteur principal. | Questionnaire démographique : <ul style="list-style-type: none"> • Age : 53 et 57 ans. • Infirmières SANE plus nombreuses que les NON-SANE • Plupart des infirmières sont titulaire d'une licence, ont exercé la profession d'infirmière pendant 21 ans ou plus, et ont travaillé aux urgences pendant 21 ans ou plus. • 17 % des infirmières ont été formées par SANE, et 5,6 % ont été certifiées par SANE. • Au moins un patient victime d'agression sexuelle par semaine. • Service SANE disponible 64,5%. | Critères de fidélité de l'étude : <ul style="list-style-type: none"> • <i>Validité interne :</i> Analyse des données par un modèle de régression par étapes pour déterminer si la formation SANE était un prédicteur de l'ARVS après contrôle de certaines caractéristiques. Cependant, il n'y a pas eu de pré-test, donc l'évaluation des groupes à partir de la base pour voir s'il y a une différence autre que la |

¹⁵ Type d'étude

¹⁶ But de l'étude (avec verbe)

¹⁷ (N=) +attrition/Type échantillon

¹⁸ Questionnaire/entretien semi dirigé etc./mixte /observation, etc.

¹⁹ Si devis expérimental, description de V.I (intervention) +modalités distribution /Outcomes (VD) (nom des questionnaires/instruments utilisés, préciser si validés)

²⁰ Quantitatifs : Outcome 1, Outcome 2 etc. (Chiffres +significativité) Tests utilisés pour analyse statistique / Qualitatifs (thèmes) /

²¹ Penser aux limites/ recommandations

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>Echelle d'attitude ARVS : échelle de type Likert à 25 éléments et 5 points : « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». → L'utilité transculturelle de l'échelle ARVS a été démontrée et la cohérence interne avec un alpha de Cronbach est supérieur à 0,80.</p> | <ul style="list-style-type: none"> 85,8% des infirmières s'occupent de patients victimes d'agressions sexuelles <p>Echelle d'attitude :</p> <ul style="list-style-type: none"> Formation SANE : score moyen plus faible ARVS → Attitude plus positive. Infirmières des urgences qui sont plus jeunes semblent avoir des attitudes plus favorables envers les patients qui ont été agressés sexuellement. Femmes infirmières : attitude plus favorable envers les patients victimes d'agressions sexuelles Le diplôme détenu, le nombre d'années de pratique en tant qu'infirmière diplômée ou d'années de pratique aux urgences n'a pas de différence entre une infirmière SANE et une infirmière non-SANE. Emplacement de l'hôpital, l'affiliation religieuse, le volume de patients aux urgences, le volume de patients victimes d'agressions | <p>formation SANE qui pourrait influencer les attitudes envers ces patients n'a pas été possible.</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Validité externe :</i> La limite d'âge des répondantes à l'enquête est un facteur qui pourrait affecter la « généralisation » de l'étude. Cette limite d'âge peut refléter le fait que les infirmières plus âgées sont mieux établies, sont plus stables financièrement et peuvent donc se permettre de rejoindre des organisations. Ainsi, les infirmières qui adhèrent à l'ENA peuvent prendre leur pratique plus au sérieux, comme l'indique leur affiliation à une organisation professionnelle, et à leur tour, avoir une attitude plus |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | sexuelles, le niveau d'éducation et les années de pratique n'ont pas eu de corrélation avec les attitudes envers les patients victimes d'agressions sexuelles. | <p>positive en général.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Validité de construit</i> : Pas d'information concernant la validité de construit. • <i>Validité statistique</i> : Les variables démographiques et personnelles ont été évaluées à l'aide d'un test t indépendant et d'une analyse de variance pour le classement des variables ordonnées. Les variables d'attitudes ont été évaluées à l'aide d'un test t indépendant afin de déterminer si les attitudes envers les patients adultes victimes d'agressions sexuelles différaient entre les infirmières ayant reçu une formation SANE et celles qui |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>n'en ont pas reçu. Une différence est significative pour $p < 0,05$. L'examen des relations entre les variables et le score total de l'ARVS a été complété par une analyse de la variance et le tau-b de Kendall et le rho de Spearman pour le classement des variables ordonnées.</p> <p>Biais :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Biais de mesure :</i> Le questionnaire est réalisé par l'auteur → Fidélité de la mesure ? • <i>Biais d'enquêteur :</i> Aucune information concernant l'enquêteur. • <i>Biais de réponse :</i> Interprétation erronée de l'ARVS de la part des participantes possible. |
|--|--|--|--|--|

| | |
|-----------------------------------|---|
| Auteur, année, pays, titre | Auteurs : Debra Patterson, Rebecca Campbell et Stephanie M. Townsend. Année : 2006. Pays : Etats-Unis. Titre : Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Program Goals and Patient Care Practices |
|-----------------------------------|---|

| Devis ²² et objectif ²³ | Population ²⁴ | Méthode ²⁵ / intervention (si présent) ²⁶ | Résultats ²⁷ | Commentaires ²⁸ |
|---|---|--|--|---|
| <p>Devis : Etude descriptive.</p> <p>Objectif : Examiner l'étendue de la diversité des programmes SANE par rapport à leurs objectifs et leurs philosophies.</p> | <p>Population : Infirmières SANE caractérisées comme les plus expérimentées dans chacun des programmes SANE dont elles font parties.</p> <p><i>N</i> = 144</p> <p>Type d'échantillon : Echantillonnage randomisé (aléatoire) des programmes SANE des Etats-Unis</p> | <p>Entretien individuel téléphonique, semi-directif :</p> <p><i>Evaluation des objectifs de chaque programme.</i> Pour cela, les participants ont évalué l'importance de 6 objectifs principaux à savoir : poursuivre les cas de viol, fournir des soins médicaux de haute qualité, répondre aux besoins émotionnels des survivantes, soutenir les idées et les valeurs féministes, renforcer l'autonomie des victimes et changer la façon dont leur communauté répond aux survivants de viol. L'évaluation de ces objectifs s'est effectuée sur 4 points, dont 1 = pas un objectif principal du programme et 4 = un objectif du programme.</p> | <p>Evaluation des objectifs de chaque programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> 90% des participants ont considéré que l'objectif « fournir des soins médicaux de haute qualité » était l'objectif principal de leur programme. 34,5% de l'échantillon met l'accent sur les poursuites judiciaires des cas de viol → <i>Groupe « High Prosecution ».</i> 41,8% de l'échantillon considèrent que l'objectif principal de leur programme concernent la prise en charge des besoins émotionnels des survivantes, de soutien des valeurs féministes, d'autonomisation des victimes et de changement de la réponse communautaire au viol → <i>Groupe « Community Change ».</i> | <p>Critères de fiabilité de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> Crédibilité : Les données sont correctement interprétées, cohérence des données et des résultats. Transférabilité : Entretien créé spécifiquement pour cette étude et est basé sur des enquêtes nationales antérieures sur les programmes SANE. Reproductibilité : Les questions posées lors des entretiens téléphoniques ne figurent pas dans l'étude, donc étude non reproductible efficacement. Confirmabilité : Les auteurs n'ont pas |

²² Type d'étude

²³ But de l'étude (avec verbe)

²⁴ (N=) +attrition/Type échantillon

²⁵ Questionnaire/entretien semi dirigé etc./mixte /observation, etc.

²⁶ Si devis expérimental, description de V.I (intervention) +modalités distribution /Outcomes (VD) (nom des questionnaires/instruments utilisés, préciser si validés)

²⁷ Quantitatifs : Outcome 1, Outcome 2 etc. (Chiffres +significativité) Tests utilisés pour analyse statistique / Qualitatifs (thèmes) /

²⁸ Penser aux limites/ recommandations

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | <p><i>Evaluation de la relation entre les objectifs des programmes et les services fournis par chacun d'entre eux.</i> Pour cela, les participants ont été interrogés sur le degré de cohérence avec lequel leurs programmes fournissent 17 services différents à leurs patients. Chaque service était codé de 4 points, sachant que 1 = service non fourni et 4 = service fourni à chaque fois.</p> <p><i>Evaluation de l'historique du programme</i> (évaluer la structure, la fonction et le fonctionnement actuel du programme). Pour cela, il a été demandé aux participantes où les examens de femmes sexuellement agressées étaient réalisés, combien d'infirmiers / infirmières travaillent dans le programme, combien de patients leur programme accueille chaque année et si le programme procède à une évaluation continue du programme et à la formation du personnel. Pour répondre, les</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 23,6% de l'échantillon considèrent que l'objectif principal de leur programme est moyennement la même que le groupe « Community Change » et pas du tout celle du groupe « High Prosecution » → <i>Groupe « Low Prosecution »</i>. <p>Evaluation de la relation entre les objectifs des programmes et les services fournis par chacun d'entre eux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le groupe « <i>Community Change</i> » est plus susceptible de fournir des informations sur les IST aux patientes. • Le groupe « <i>Low Prosecution</i> » est plus susceptible de fournir des informations sur les pratiques sexuelles sans risque avec des partenaires consentant en attendant les résultats du test de dépistage du VIH, des informations sur le fonctionnement de la contraception d'urgence et ses effets sur la santé des patients et enfin, de fournir une assistance | <p>utilisé de citation des participants pour illustrer les thèmes et les résultats. Par ailleurs, aucun retour des résultats n'a été fait auprès des participants.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Authenticité</i> : La fiabilité et la stabilité de la solution à 3 grappes ont été examinées à l'aide d'un test de Splith Half. Afin de déterminer si les services fournis dans le cadre des programmes SANE étaient associés à leurs objectifs, le test Kruskal Wallis a été effectué. Enfin, afin d'interpréter les effets significatifs des services fournis, des tests post hoc Mann Whitney U ont été effectués. <p>Biais :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Biais de sélection</i> : Les données ont été recueillies auprès d'une seule infirmière pour |
|--|--|---|---|--|

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>participants devaient répondre par oui ou par non.</p> | <p>après l'examen (douche, brosse à dents, vêtements de rechange).</p> <ul style="list-style-type: none"> Le groupe « <i>High Prosecution</i> », ils fournissent de manière générale, moins de service que les deux autres groupes. <p>Evaluation de l'historique du programme, de la structure et les fonctions actuelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le groupe « <i>High Prosecution</i> » est beaucoup plus susceptible d'être des programmes hospitaliers. Le groupe « <i>Low Prosecution</i> » est plus susceptible de prendre en soins plus de 90 patients par an. Pour les autres différences, les valeurs n'étaient pas statistiquement significatives. <p>➔ Ces types de programme sont influencés par l'histoire de chaque programme, le nombre de patients « servis », la participation à l'évaluation du programme et la</p> | <p>chaque programme SANE échantillonné.</p> <ul style="list-style-type: none"> Biais de mesure : Les 6 principaux objectifs du programme ne constituent pas une liste exhaustive des objectifs de chaque programme → Fiabilité de l'instrument de mesure ? Biais d'enquêteur : Aucune information n'est décrite concernant les enquêteurs. <p>Autres limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> Cette recherche n'a pas été conçue pour identifier les mécanismes par lesquels les objectifs des programmes influencent les pratiques de soins aux patients. |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | formation du personnel, qui eux-mêmes influencent les services prodigués aux patientes victimes de violences sexuelles. | |
|--|--|--|---|--|

| | |
|-----------------------------------|--|
| Auteur, année, pays, titre | Auteurs : Campbell, R., Patterson, D., Adams, A. E., Diegel, R., & Coats, S. Année : 2008. Pays : États-Unis (Michigan). Titre : A participatory evaluation project to measure SANE nursing practice and adult sexual assault patients' psychological well-being. |
|-----------------------------------|--|

| Devis ²⁹ et objectif ³⁰ | Population ³¹ | Méthode ³² / intervention (si présent) ³³ | Résultats ³⁴ | Commentaires ³⁵ |
|--|---|---|---|--|
| <p>Devis : Étude descriptive et quantitative de type transversal</p> <p>Objectif : Montrer les bienfaits de la prise en soins des infirmières SANE (sexual assault nurse examiner) sur la santé psychologique de patients (ayant été victimes de violences sexuelles). L'objectif est d'élargir la littérature sur l'efficacité des programmes SANE en examinant les</p> | <p>Population : Tous les patients adultes victimes d'agressions sexuelles (18 ans ou plus) traités dans le cadre du programme SANE peuvent participer à l'évaluation, sauf s'ils présentent un handicap cognitif qui les empêche de comprendre les questions et d'y répondre. Le consentement éclairé a été obtenu</p> | <p>Discussion avec les infirmières SANE dans le but d'établir un questionnaire auprès des patients, ayant été victimes de violences sexuelles, suivis par ces infirmières. Le but est d'entendre les infirmières dire, de leurs propres mots, comment elles abordent leur travail avec leurs patients. Elles se présentaient par leur prénom, appelaient leurs patients par leur nom, maintenaient un contact visuel, écoutaient, disaient la vérité sur l'examen, étaient ouvertes et honnêtes et "tenaient parole" (par exemple, si elles disaient qu'elles ne feraient pas quelque chose, elles ne le feraient pas). Un résumé des principales activités du programme et des exemples comportementaux de</p> | <p>Avant la réalisation de l'étude, des résultats attendus ont été discutés dans le but de réaliser un questionnaire. Dans la première partie du questionnaire, il a été demandé aux patients à quelle fréquence les infirmières se comportaient de huit manières différentes sur une échelle de quatre points (1 = pas du tout, 2 = parfois, 3 = la plupart du temps, 4 = tout le temps). La grande majorité des patients ont déclaré que les infirmières ont adopté ces huit comportements "tout le temps" pendant le processus d'examen et toutes les notes moyennes étaient supérieures à 3,5 (sur une échelle de quatre points). Tous les patients ont déclaré que les infirmières ont pris leurs besoins et leurs préoccupations au sérieux et les ont écoutés tout le temps (taux de cohérence de 100 %). Les notes étaient également assez élevées pour tous les autres points, avec des pourcentages</p> | <p>Biais de chercheur : résultats prévus et discutés en amont de la réalisation de l'étude.</p> <p>Cependant, le biais de réponse a été pris en compte et pour l'éviter, les données peuvent être collectées par le personnel du programme, mais il est préférable que la personne qui a fourni le service ne soit pas celle qui collecte les données d'évaluation. La collecte des données d'évaluation ne doit pas interférer avec les services du programme.</p> <p>Le principal inconvénient de cette étude est que les mesures créées dans ce projet étaient spécifiques à la philosophie organisationnelle de ce programme SANE et de son</p> |

²⁹ Type d'étude

³⁰ But de l'étude (avec verbe)

³¹ (N=) +attrition/Type échantillon

³² Questionnaire/entretien semi dirigé etc./mixte /observation, etc.

³³ Si devis expérimental, description de V.I (intervention) +modalités distribution /Outcomes (VD) (nom des questionnaires/instruments utilisés, préciser si validés)

³⁴ Quantitatifs : Outcome 1, Outcome 2 etc. (Chiffres +significativité) Tests utilisés pour analyse statistique / Qualitatifs (thèmes) /

³⁵ Penser aux limites/ recommandations

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <p>résultats non juridiques et non médico-légaux.</p> | <p>oralement, tel qu'approuvé par le Conseil d'examen institutionnel de l'Université d'État du Michigan.</p> <p><i>N</i> = 52</p> | <p>chacune d'entre elles, tels qu'ils ont été décrits par les infirmières. L'équipe de recherche et d'évaluation a utilisé les notes prises lors de ces discussions pour élaborer un modèle logique d'autonomisation des soins selon la structure couramment utilisée des intrants-activités-extrants-résultats. De ce fait, un questionnaire en deux parties (une partie avec 8 questions et l'autre 9) a été construit suite aux discussions avec ces infirmières.</p> <p>Puis, but principal de l'étude : Questionnaire de vécu de prise en soins par des infirmières SANE et l'impact sur le bien-être psychologique auprès des patients, victimes de violences sexuelles. Sans interférer avec une prise en soins efficace.</p> <p>Les résultats du questionnaire sont sous forme de pourcentage (de l'échantillon) avec la note moyenne donnée par</p> | <p>légèrement plus faibles concernant les questions posées par les infirmières aux patients (73% de cohérence totale). 4% des patients ont noté que l'infirmière n'a jamais expliqué pourquoi chaque partie de l'examen était importante, mais 81 % ont indiqué que les infirmières l'ont fait tout au long de l'examen.</p> <p>La deuxième partie de l'enquête s'est concentrée sur les résultats à court terme en matière de bien-être psychologique. Les patients ont utilisé une échelle de quatre points (1 = pas du tout ; 2 = un peu ; 3 = un peu ; 4 = beaucoup/complètement) pour indiquer le degré d'attention dont ils bénéficiaient, le fait d'être traités avec compassion et respect, d'être soutenus et crus, et d'être informés par les infirmières SANE. Tous les patients ont utilisé la note la plus élevée (beaucoup/complètement) pour les résultats concernant les soins et la compassion, le fait de se sentir informés, les instructions claires concernant les médicaments et le fait de reprendre contact avec le programme s'ils avaient des problèmes ou des préoccupations. Des notes un peu moins élevées</p> | <p>organisation mère. D'autres programmes peuvent ou non partager des objectifs similaires, mais le processus fournit dans cette étude est unique. Et ce malgré le fait que chaque section du questionnaire présente des niveaux de fiabilité acceptables (alpha de Cronbach > 0,70). Donc cette enquête a été élaborée à des fins d'évaluation interne et d'amélioration du programme, et non de recherche = pas de procédés d'analyses complètes de fiabilité et de validité ont été menés.</p> <p>Pas d'information concernant l'approbation par un comité d'éthique.</p> |
|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | l'échantillon (note sur 4 : étant la note maximum). | ont été obtenues pour les questions concernant le sentiment de contrôle pendant le processus d'examen (71% de la note la plus élevée). La plupart des patients ont déclaré qu'ils n'avaient pas ressenti de pression de la part de l'infirmière pour aller jusqu'au bout des poursuites, ce qui est un résultat positif pour ce programme SANE. | |
|--|--|---|---|--|

| | |
|-----------------------------------|--|
| Auteur, année, pays, titre | Auteurs : Cowley, R., Walsh, E., & Horrocks, J. Année : 2014. Pays : Royaume-Unis. Titre : The Role of the Sexual Assault Nurse Examiner in England: Nurse Experiences and Perspectives. |
|-----------------------------------|--|

| Devis ³⁶ et objectif ³⁷ | Population ³⁸ | Méthode ³⁹ / intervention (si présent) ⁴⁰ | Résultats ⁴¹ | Commentaires ⁴² |
|---|---|---|--|---|
| <p>Devis : Étude qualitative de type étude de cas</p> <p>Objectif : Comprendre et explorer le rôle des infirmières SANE implantées au Royaume-Unis.</p> | <p>Echantillonnage à visée déterminée.</p> <p>N = 5</p> | <p>Entretien téléphonique semi-structuré un à un, d'une durée de 45-60 minutes, faisant appel à des questions ouvertes désignées pour explorer la perception des infirmières dans leur rôle et leurs expériences dans la pratique.</p> <p>Puis, complété par deux d'entre eux par un autre entretien téléphonique, et les trois autres par des entretiens face à face à leur domicile ou pour l'un dans une salle de conseil d'un SARC (Sexual Assault Response Coordinator). Un guide d'entretien fut utilisé comme outil de support.</p> <p>Les entretiens furent enregistrés et les verbatimes retranscrit accompagnés d'un journal de notes réflexives pour</p> | <p>Thèmes :</p> <p>Toutes les infirmières SANE de cette étude furent des femmes blanches âgées entre 40-55 ans et travaillant avec un SARC dans différents endroits de l'Angleterre, 3 à temps plein, 1 à mi-temps, et la dernière de temps à autre (selon la demande).</p> <p>Des interviews ont émergé trois thèmes principaux :</p> <p>1) Qualification et entraînement</p> <p>Toutes les infirmières étaient diplômées avec l'équivalent d'un Bachelor, et une avait un Master. Toutes avaient ou étaient en train de terminer la spécialité de SANE.</p> <p>Toutes ont eu le sentiment d'avoir des études suffisantes mais avec l'impression que les études de SANE devraient être standardisées au Royaume-Uni sur un</p> | <p>Biais de sélection : N=5</p> <p>Reconnu par les auteurs comme une limite à leur étude mais justifié en disant que les petits échantillons dans les études de type qualitatif sont communs et permettent de donner des données descriptives détaillées utiles.</p> <p>Toutes les infirmières étaient employées dans le même centre SARC donc pas forcément représentatif sur d'autres centres.</p> <p>Les auteurs mettent également en avant qu'inclure des questions qui traiteraient notamment de l'implication des infirmières SANE pour la prévention du viol dans les communautés afin de donner plus de précision sur leur rôle.</p> |

³⁶ Type d'étude

³⁷ But de l'étude (avec verbe)

³⁸ (N=) +attrition/Type échantillon

³⁹ Questionnaire/entretien semi dirigé etc./mixte /observation, etc.

⁴⁰ Si devis expérimental, description de V.I (intervention) +modalités distribution /Outcomes (VD) (nom des questionnaires/instruments utilisés, préciser si validés)

⁴¹ Quantitatifs : Outcome 1, Outcome 2 etc. (Chiffres +significativité) Tests utilisés pour analyse statistique / Qualitatifs (thèmes) /

⁴² Penser aux limites/ recommandations

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>appuyer la pensée des chercheurs. Un membre fut employé à vérifier la précision et la crédibilité des données obtenues.</p> <p>Un consentement fut obtenu en anticipation des entretiens. Et l'approbation par le comité éthique de la recherche de l'école de santé à l'université de Leeds. Et avec également l'approbation de gouvernance obtenue auprès des bureaux de recherches et développements de toutes les entreprises privées concernées.</p> | <p>même modèle pour éviter trop de différence et se sentir suffisamment en confiance dans leur travail. Certaines ont ressenti un challenge lors du passage d'infirmière à infirmière spécialisée dans la récolte de preuves médico-légal.</p> <p>2) Soins prodigués par les SANE Toutes rencontraient la « victime » à son arrivée au SARC et en profitaient pour se présenter. Ensuite, il y a un temps où la « victime » reste en compagnie d'un policier ou autre représentant de l'ordre. Ensuite, en lien avec la nature de l'abus sexuel, l'infirmière va passer entre 1-4 heures avec la victime dont une bonne partie pour obtenir le consentement de la victime et pour ensuite expliquer la suite du déroulement de l'entretien. Puis, suivant la suite des procédures, une douche ou des vêtements de rechange furent proposés afin de permettre le changement entre médico-légal et soins médicaux.</p> | <p>Peu d'informations sur la durée de la récolte des données (manque de dates).</p> <p>Authenticité : Entretien enregistré et agrémenté d'un journal de notes réflexives.</p> <p>L'approbation d'un comité éthique est mise en avant.</p> |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>Le but du programme est selon SANE 1, avant tout pour le patient, pour démarrer son processus de guérison et l'aider à se sentir soutenu.</p> <p>3) Travail en multidisciplinarité Rôle des SANE considéré comme pivot dans l'équipe. Mais certaines infirmières comme SANE 3, parfois les médecins peuvent aller à l'encontre de cette pratique car trop récente et donc méconnues. Différence dans les traitements fournis, les variations montrent l'intérêt de mettre en place une guideline nationale pour standardiser et faciliter la pratique des SANE. L'association des infirmières de récolte de preuves médico-légales rapportent que les SANE peuvent juste se positionner sur un fait et ne pas donner d'opinions.</p> | |
|--|--|--|---|--|

| Auteur, année, pays, titre | | Auteurs : Henninger, L. A., Iwasaki, M., Carlucci, E. M. & Lating, M. J. Année : 2020. Pays : Etats-Unis. Titre : Reporting Sexual Assault: Survivors' Satisfaction With Sexual Assault Response Personnel. | | |
|---|---|---|---|---|
| Devis ⁴³ et objectif ⁴⁴ | Population ⁴⁵ | Méthode ⁴⁶ / intervention (si présent) ⁴⁷ | Résultats ⁴⁸ | Commentaires ⁴⁹ |
| <p>Devis : Étude quantitative transversale se basant sur un questionnaire et traitant ses données à l'aide d'ANOVA et de la méthode de régressions multiples.</p> <p>Objectif : Investiguer la satisfaction des survivants d'agressions sexuelles avec les intervenants du système judiciaire</p> | <p>Population : Echantillonnage visé de femmes âgées de + de 18 ans et ayant vécu au moins une agression sexuelle, donc N = 460 par : Soit, en visant la communauté et/ou les survivants s'étant orientés sur des centres spécialisés et/ou des forums en ligne. Soit, un recrutement par « Mechanical Turk » (MTurk).</p> | <p>Un questionnaire pilote : « The Sexual Assault Services Evaluation Survey-Survivor » (SASES-S) développé par les suggestions de membre du SART (Sexual Assault Response Team), un avocat d'une victime et une survivante d'agression sexuelle. Questionnaire comprenant 3 paragraphes de 47 critères, réponses à choix multiples, réponses ouvertes, échelle de Likert, et enfin des échelles en pourcentage pour évaluer la satisfaction. Le questionnaire a été approuvé par le comité d'examen institutionnel de l'établissement universitaire de Loyola, Maryland auquel les auteurs sont affiliés.</p> | <p>4 aspects furent examinés : 1) Thème 1 = satisfaction globale des survivants à l'encontre des 5 groupes de personnels rencontrés. Satisfaction globale de 66.1% (SD= 25.3). Ceci a été obtenu en calculant la moyenne des cinq éléments dans lesquels les participants ont évalué leur pourcentage de satisfaction à l'égard de chacun des cinq types de personnels (c.-à-d. Agents de patrouille, détectives, infirmières légistes, défenseurs des victimes, personnel de la SAO). Il a été ensuite choisi d'examiner l'hypothèse que les avocats des victimes seraient mieux notés. Analyse des variables</p> | <p>Utilité double de l'étude : Point de vue judiciaire mais également dans la prise en soins des victimes d'agressions sexuelles.</p> <p>Les recommandations fournies par l'étude sont pertinentes et offrent des idées pour pousser l'étude au-delà.</p> <p>Limitations : Utilisation de multiples ressources pour l'échantillonnage (MTurk, email, utilisation des médias sociaux) donc perte d'un point de vue « significatif et représentatif ».</p> <p>Toujours en lien avec l'échantillon : la temporalité et le nombre d'agressions sexuelles ne sont pas notés,</p> |

⁴³ Type d'étude

⁴⁴ But de l'étude (avec verbe)

⁴⁵ (N=) +attrition/Type échantillon

⁴⁶ Questionnaire/entretien semi dirigé etc./mixte /observation, etc.

⁴⁷ Si devis expérimental, description de V.I (intervention) +modalités distribution /Outcomes (VD) (nom des questionnaires/instruments utilisés, préciser si validés)

⁴⁸ Quantitatifs : Outcome 1, Outcome 2 etc. (Chiffres +significativité) Tests utilisés pour analyse statistique / Qualitatifs (thèmes) /

⁴⁹ Penser aux limites/ recommandations

| | | | | |
|------------------------|--|--|--|---|
| répondant à leurs cas. | | <p>Le questionnaire pouvait être rempli via papier ou en ligne.</p> <p>Un consentement de diffusion de données fut demandé à la fin de chaque questionnaire.</p> | <p>unidirectionnelles afin d'étudier les différences possibles en utilisant ANOVA et en appliquant le rapport Brown – Forsythe F en raison de variances inégales avec le test de Levene. Le rapport F était significatif, $F(4, 315,78) = 6,17$, $p < .001$, $\eta^2 = .05$, $r = .23$. Une différence significative a été trouvée, $t(144,96) = 3,07$, $p = 0,002$, unilatéral, $d = 0,36$. D'autres comparaisons furent appliquées en utilisant le test de Games-Howell ne reposant pas sur l'hypothèse de variables égales. Les avocats des victimes avaient des scores de satisfaction significativement plus élevés que les agents de patrouille (différence entre les moyennes = 11,7, $p = 0,033$), les détectives (différence entre les moyennes = 14,2, $p = 0,008$) et le personnel du SAO (différence entre les moyennes = 17,0, $p = .036$). Les scores de satisfaction des infirmières légistes étaient également significativement plus</p> | <p>donc il y a des différences de base au sein du même échantillon.</p> <p>De plus, parmi ces femmes, elles n'ont pas toutes eu à faire aux mêmes professionnels donc différences au sein de leur prise en soins.</p> <p>Question de transférabilité : Le questionnaire SASES-S était au départ utilisé pour évaluer les membres du SART pour la juridiction locale des auteurs. Ainsi, l'utilisation de ce questionnaire à l'échelle nationale ne remplit peut-être pas les critères des autres juridictions.</p> <p>L'étude utilise également des analyses de type quantitatif pour comprendre la perception des victimes dans leurs interactions avec les différents professionnels. Du même type que lors d'une étude de cohorte, il s'agit de comprendre comment réagissent des individus ayant été exposés au même événement ici une agression sexuelle. Les auteurs mettent également</p> |
|------------------------|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>élevés que ceux des agents de patrouille (différence entre les moyennes = 12,3, $p = 0,010$), des détectives (différence entre les moyennes = 14,8, $p = 0,002$) et du personnel du SAO (différence entre les moyennes = 17,6, $p = 0,021$). Aucune différence de satisfaction n'a été constatée entre les avocats des victimes et les infirmières légistes. Il n'y avait pas non plus de différences entre les scores des agents de patrouille, des détectives et du personnel SAO. Dans cet thème, seul une petite partie de l'échantillon ($n = 12$) ont indiqué des interactions avec les cinq types de personnels évaluant la satisfaction globale moyenne à 72,0% (ET = 22,8). Aucune différence significative n'a été trouvée lors de l'examen des comparaisons par paires entre la satisfaction globale et la satisfaction à l'égard des patrouilleurs ($M = 61,8\%$, $SD = 38,1$), des détectives ($M =$</p> | <p>en avant l'intérêt d'une étude qualitative pour décrire les perceptions des victimes telles qu'elles sont et ainsi à l'avenir pouvoir améliorer les prises en soins de cette population de personnes au mieux.</p> <p>Crédibilité : Approbation par le comité d'examen institutionnel de l'établissement universitaire de Loyola, Maryland.</p> <p>Approbation par un comité éthique non soulevé.</p> |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>74,0%, SD = 32,3), des infirmières (M = 70,6%, SD = 34,5), les avocats (M = 86,9%, SD = 17,2) et le personnel SAO (M = 66,4%, SD = 38,1).</p> <p>2) Thème 2 = évaluer les 4 composants clefs des 5 groupes de professionnels. ANOVA été menée pour déterminer les différences entre les types de personnels concernant les taux de satisfaction sur chacun des quatre éléments clés : 1. traitement respectueux, 2. explication des procédures, 3. croire en la victime et 4. la sensibilité culturelle. Le test d'égalité des variances de Levene étant significatif, le rapport Brown-Forsythe F a été calculé pour les variables suivantes : traitement respectueux, F (4, 331,04) = 6,67, p <0,001, η^2 = 0,06, r = 0,24; explication des procédures, F (4, 347,77) = 6,04, p <.001, η^2 = .05, r = .23; et croire en la victime F (4, 353,24) = 6,52, p <0,001, η^2 = 0,05, r = 0,23. Pour la sensibilité culturelle, le test</p> | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>d'égalité des variances de Levene n'a pas été violé et la statistique F était significatif, $F(4, 460) = 4,95$, $p = .001$, $\eta^2 = .04$, $r = .20$. Il y a donc des différences significatives entre les types de personnels en ce qui concerne les notes sur les quatre variables. Une comparaison planifiée a été effectuée pour tester l'hypothèse a priori selon laquelle les avocats des victimes auraient les scores les plus élevés. Des différences significatives ont été trouvées pour toutes les variables : traitement respectueux, $t(168,41) = 4,33$, $p < 0,001$, unilatéral, $d = 0,48$; explication des procédures, $t(157,09) = 3,08$, $p = 0,001$, unilatéral, $d = 0,35$; croire en la victime, $t(173,33) = 3,59$, $p < 0,001$, unilatéral, $d = 0,40$; et la sensibilité culturelle, $t(460) = 3,19$, $p = 0,001$, unilatéral, $d = 0,41$. Les résultats indiquent que, par rapport aux autres membres du personnel, les survivants étaient plus d'accord avec</p> | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>les déclarations selon lesquelles les avocats des victimes traitaient les survivants avec respect, expliquaient clairement les procédures, croyaient aux récits des survivants sur les agressions et étaient sensibles aux antécédents culturels des survivants. D'autres comparaisons ont été menées utilisant le test de Games-Howell (même raison que thème 1). Pour un traitement respectueux, les avocats des victimes ont des scores de satisfaction significativement plus élevés que les agents de patrouille (différence entre les moyennes = 0,54, $p = 0,001$), les détectives (différence entre les moyennes = 0,51, $p = 0,004$) et le personnel du SAO (différence entre les moyennes = 0,73, $p = 0,003$). Les scores pour le traitement respectueux étaient significativement plus élevés pour les infirmières médico-légales que pour les agents de patrouille (différence entre les moyennes = 0,42, $p = 0,020$) et le personnel du</p> | |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>SAO (différence entre les moyennes = 0,61, $p = 0,020$). Pour expliquer les procédures, les scores des défenseurs des victimes n'étaient significativement pas plus élevés que par rapport aux détectives (différence entre les moyennes = 0,54, $p = 0,006$) et au personnel du SAO (différence entre les moyennes = 0,61, $p = 0,034$). Les scores de cette variable pour les infirmières légistes étaient significativement plus élevés que pour les agents de patrouille (différence entre les moyennes = 0,44, $p = 0,025$), les détectives (différence entre les moyennes = 0,58, $p = 0,002$) et le personnel de la SAO (différence entre les moyennes = 0,65, $p = 0,018$). Pour ce qui est de la croyance au conte, les scores des défenseurs des victimes étaient significativement plus élevés que pour les agents de patrouille (différence entre les moyennes = 0,58, $p = 0,001$) et les détectives (différence</p> | |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>entre les moyennes = 0,58, $p = 0,001$). De même, les scores des infirmières légistes étaient significativement plus élevés que ceux des agents de patrouille (différence entre les moyennes = 0,54, $p = 0,003$) et des détectives (différence entre les moyennes = 0,55, $p = 0,003$). Enfin, pour ce qui est de la sensibilité culturelle, seuls les avocats des victimes ont obtenu des scores significativement plus élevés que les autres professionnels.</p> <p>3) Thème 3 = variables prédictives satisfaction globale. La régression multiple a été utilisée pour déterminer si les notes globales pour chacun des 4 éléments (traitement respectueux, explication des procédures, croyance en la victime et sensibilité culturelle) seraient significativement associés à la satisfaction globale. Les résultats ont indiqué que le modèle global était significatif, $F(4, 194) = 92,6$, $p < 0,001$, avec une</p> | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>grande taille d'effet. Les variables : traitement respectueux, croire en la victime et la sensibilité culturelle étaient chacun indépendamment et significativement liés à la satisfaction globale, tandis que l'explication des procédures n'était pas significativement liée. Un traitement respectueux était significativement associé à la satisfaction globale au-delà des autres variables, $B = 8,76$, $\beta = 0,33$, $t(194) = 4,05$, $p < 0,001$. Cette variable prédit indépendamment environ 3% de la variance de la satisfaction globale, $r^2 = 0,03$, ce qui représente un petit effet. Les évaluations des survivants quant à savoir si le personnel croyait que leur récit de l'agression était également indépendamment lié à la satisfaction globale, $B = 6,13$, $\beta = 0,24$, $t(194) = 3,17$, $p = 0,002$. Cette variable prédit environ 2% de la variance de la satisfaction globale, $r^2 = 0,02$, un petit effet. La sensibilité culturelle avait</p> | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>une association significative pour la satisfaction globale, $B = 4,38$, $\beta = 0,17$, $t(194) = 2,48$, $p = 0,014$, et représente indépendamment environ 1% de la variance de la satisfaction globale, $r^2 = 0,01$, ce qui reflète un petit effet. En revanche, la variable concernant l'explication claire des procédures n'était pas indépendamment prédictive de la satisfaction globale, $B = 3,88$, $\beta = .16$, $t(194) = 1,90$, $p = .059$, $r^2 = .006$.</p> <p>4) Thème 4 = Appartenance raciale et satisfaction globale. Pour cela, un test t sur échantillons indépendants a été effectué. Hypothèse non confirmée car les notes de satisfaction moyennes pour les individus non-blancs ($M = 68,2$, $SD = 22,3$) et les individus blancs ($M = 65,5$, $SD = 26,1$) n'étaient pas significativement différents, $t(197) = 0,63$, $p = 0,26$, unilatéral, $d = 0,11$. De plus, aucune différence significative n'a été</p> | |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | trouvée pour les comparaisons par paires entre les cinq groupes personnels ni entre les quatre variables d'interaction clé. | |
|--|--|--|---|--|

| | |
|-----------------------------------|--|
| Auteur, année, pays, titre | Auteur : Ayushi Chandramani, MD, NicoleDussault, BA, Ramya Parameswaran, PhD,Jaclyn Rodriguez, RN, SANE-A, Jared Novack, MD, James Ahn, MD, MHPE,Sonia Oyola, MD, and |
|-----------------------------------|--|

| | | Keme Carter, MD. Année : 2020. Pays : Etats-Unis. Titre : A needs assesment and educational intervention addressing the care of sexual assault patients in the emergency department. | | |
|--|---|--|---|--|
| Devis ⁵⁰ et objectif ⁵¹ | Population ⁵² | Méthode ⁵³ / intervention (si présent) ⁵⁴ | Résultats ⁵⁵ | Commentaires ⁵⁶ |
| Devis : Etude quantitative Objectif : Eduquer / former les prestataires de soins d'un service d'urgence pour adultes d'un établissement universitaire urbain de l'Illinois afin de cibler leurs lacunes en matière de violence sexuelle | Population : L'étude a été menée dans un service d'urgence de l'état de l'Illinois. Les participants étaient soit des infirmières non-SANE, des résidents en médecine d'urgence et des médecins traitants en médecine d'urgence. <i>N</i> = 95 (pour l'enquête de l'évaluation des besoins) | Evaluation des besoins : 23 questions à l'échelle type Likert avec des réponses en 5 points, allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord », et 2 questions à réponse courte. La validité du contenu de l'enquête concernant l'évaluation des besoins a été établie par un processus interactif d'examen par deux médecins traitants en médecine d'urgence ayant une expertise en matière de contenu éducatif, le coordinateur SANE de l'Illinois et deux membres des services de soutien aux victimes de violences sexuelles du YWCA Metropolitan Chicago. | Prise d'antécédents et le conseil : Le pourcentage des résidents affirmant avoir les connaissances sur les éléments spécifiques des antécédents à obtenir des patientes victimes d'agressions sexuelles est passé de 67% à 93% suite à l'intervention ($p < 0,05$). L'aisance pour conseiller les patients sur l'examen médico-légal a augmenté, passant de 41% à 86% ($p < 0,01$). Enfin, la confiance des participants sur le fait d'éviter de retraumatiser les patientes victimes de violences sexuelles par leurs paroles et leurs actes est passée de 33% avant l'intervention à 80% après l'intervention ($p < 0,01$). Conduite d'examens médico-légaux : Avant l'intervention, 50% | Critères de fidélité de l'étude : <ul style="list-style-type: none"> <i>Validité externe</i> : L'étude a été menée dans un seul service d'urgence de l'état de l'Illinois. <i>Validité de construit</i> : La validité du contenu de l'enquête concernant l'évaluation des besoins a été établie par un processus interactif d'examen par deux médecins traitants en médecine d'urgence ayant une expertise en matière de contenu éducatif, le coordinateur SANE de l'Illinois et deux membres des |

⁵⁰ Type d'étude

⁵¹ But de l'étude (avec verbe)

⁵² (N=) +attrition/Type échantillon

⁵³ Questionnaire/entretien semi dirigé etc./mixte /observation, etc.

⁵⁴ Si devis expérimental, description de V.I (intervention) +modalités distribution /Outcomes (VD) (nom des questionnaires/instruments utilisés, préciser si validés)

⁵⁵ Quantitatifs : Outcome 1, Outcome 2 etc. (Chiffres +significativité) Tests utilisés pour analyse statistique / Qualitatifs (thèmes) /

⁵⁶ Penser aux limites/ recommandations

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <p><i>N</i> = 20 (pour l'intervention éducative)</p> <p>Type d'échantillon : Non spécifié.</p> | <p>Intervention éducative : Conférence didactique de 2 heures, avec deux cas d'agression sexuelle (patients simulés) de 20 minutes et une simulation d'examen pelvien médico-légal de 40 minutes.</p> <p>Les lois et les politiques : A la suite de l'intervention, les participants ont dit se sentir plus à l'aise pour répondre aux questions des patients concernant le paiement de la visite aux urgences (93% après l'intervention contre 17% avant l'intervention -> $p < 0,01$). Par ailleurs, 73% d'entre eux peuvent affirmer connaître les politiques et procédures de l'hôpital en matière d'agression sexuelle contre 17% avant l'intervention ($p < 0,01$).</p> <p>Pour les questions à échelle de type Likert de l'évaluation des besoins, elles ont été analysées à l'aide d'histogrammes comparant les distributions des réponses. Les comparaisons entre les groupes ont été effectuées en fonction du sexe et de</p> | <p>des participants étaient à l'aise pour effectuer un examen génital sur des patientes victimes d'agressions sexuelles, contre 80% des participants après l'intervention ($p < 0,05$). Et 87% d'entre eux se sentent à l'aise pour utiliser le kit de collecte de preuves de la police d'Etat de l'Illinois après l'intervention, contre 44% avant l'intervention ($p < 0,01$).</p> <p>services de soutien aux victimes de violences sexuelles du YWCA Metropolitan Chicago.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Validité statistique :</i> Tous les nettoyages et analyses de données ont été effectués en utilisant la version 15.1 de Stata. <p>Biais :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude est limitée par son statut de centre unique • Le biais de sélection de l'échantillon est inhérent au taux de réponse • L'étude est limitée par la petite taille de l'échantillon de l'intervention éducative ; les tests statistiques doivent donc être interprétés avec prudence |
|--|---|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>l'expérience de travail avec des victimes d'agressions sexuelles. Pour l'intervention éducative, les questions à échelle de type Likert ont été analysées à l'aide d'histogrammes comparant les distributions des réponses dans l'enquête préalable et les distributions des réponses dans l'enquête postérieure. Pour les deux, la signification statistique des différences entre les distributions a été déterminée à l'aide du test de Wilcoxon. La signification statistique a été fixée a priori comme une valeur p bilatérale de <0,05. Tous les nettoyages et analyses de données ont été effectués en utilisant la version 15.1 de Stata.</p> | |
|--|--|--|--|--|

| | |
|-----------------------------------|---|
| Auteur, année, pays, titre | Auteurs : Du Mont, J., White, D. & McGregor, M. J. Année : 2008. Pays : Canada. Titre : Investigating the medical forensic examination from the perspectives of sexually assaulted women. |
|-----------------------------------|---|

| Devis ⁵⁷ et objectif ⁵⁸ | Population ⁵⁹ | Méthode ⁶⁰ / intervention (si présent) ⁶¹ | Résultats ⁶² | Commentaires ⁶³ |
|---|---|---|---|---|
| <p>Devis : Etude de type qualitatif se basant sur un entretien guidé par un questionnaire.</p> <p>Objectif : Mettre en évidence les expériences des femmes agressées sexuellement et prises en soins pour comprendre les « expériences » et les « attentes ».</p> | <p>Population : Échantillonnage visé de femmes de + de 17 à 46 ans et agressées sexuellement et qui ont reçu un examen médico-légal il y a moins de 6 mois dans l'un des quatre centres spécialisés en Ontario, Canada. Pour cela, au départ 30 centres ont été demandés, seul 9 ont répondu mais différentes raisons ont poussé certaines à ne pas donner suite donnant</p> | <p>Un entretien semi-structuré mixte avec des questions ouvertes et fermées, face à face mené par trois conseillés avec beaucoup d'expériences dans le domaine et préalablement évalués lors d'un « entretien factice ». En préparation de l'entretien, les participantes recevaient comme instruction un document leur donnant des informations sur le contenu précis de l'interview. Les sujets traités de l'interview furent : la date de présentation dans l'un des centres, la raison de la visite, les soins de santé reçus, les relations entre le personnel et les victimes, la (les) raison (s) pour avoir subi un examen médico-légal, la connaissance préalable des pratiques de collecte des femmes ayant vécu une récolte de</p> | <p>Attentes (Expectations) : 1) Détermination à tenir l'assaillant responsable N = 15 (3/4) des femmes souhaitaient obtenir des preuves ou des preuves de l'agression afin de : - forcer l'agresseur à assumer la responsabilité de ce qu'il a fait - aider à identifier l'agresseur - prouver la culpabilité de l'agresseur - empêcher l'agresseur de récidiver ou de blesser d'autres femmes - augmenter leur sentiment de sécurité et protéger leurs proches des agresseurs 2) Désir de reconnaissance sociale du tort causé N = 9 (1/2) des femmes ont consenti à un examen médico-légal (En anglais, MFE) afin d'avoir une « preuve objective » de ce qui leur est arrivé, non pas pour les tribunaux, mais pour la famille, les amis, les partenaires.</p> | <p>Approuvée par un comité d'éthique et aussi cette recherche a été financée/ supprotée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et le Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes grâce au Prix Nelly Auersperg en recherche sur la santé des femmes.</p> <p>Authenticity : Exactitude des entretiens vérifiée.</p> <p>Échantillonnage non représentatif et significatif car trop petit (N=19).</p> <p>Pas d'information concernant les facteurs d'exclusions de la population.</p> <p>Dépendability de l'étude : les femmes interviewées avaient des background différents, et</p> |

⁵⁷ Type d'étude

⁵⁸ But de l'étude (avec verbe)

⁵⁹ (N=) +attrition/Type échantillon

⁶⁰ Questionnaire/entretien semi dirigé etc./mixte /observation, etc.

⁶¹ Si devis expérimental, description de V.I (intervention) +modalités distribution /Outcomes (VD) (nom des questionnaires/instruments utilisés, préciser si validés)

⁶² Quantitatifs : Outcome 1, Outcome 2 etc. (Chiffres +significativité) Tests utilisés pour analyse statistique / Qualitatifs (thèmes) /

⁶³ Penser aux limites/ recommandations

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | <p>ainsi N = 19. Données récoltées entre septembre 2002 et Juillet 2004.</p> <p>N = 19</p> | <p>données médico-légales. En complément de l'entretien, il était demandé aux femmes de remplir des infos concernant leurs données démographiques. Les entrevues ont duré environ 1 à 1,5 h et ont été enregistrées et transcrites textuellement. L'exactitude des transcriptions a été vérifiée en suivant le contexte et une seconde extraction a été faite.</p> | <p><u>Expériences (Expériences) :</u></p> <p>1) Importance des soins de santé</p> <p>N = 8 des femmes sont venues au centre avec l'intention d'avoir un MFE généralement adressées soit par la police soit par une infirmière examinatrice SANE. La plupart des femmes recherchaient des soins médicaux et / ou des conseils. N = 4 cherchaient à « parler à quelqu'un », à obtenir « de l'aide [pour] s'en sortir » et à gérer « comment [elles se sentaient] et leurs craintes, comme par exemple les « cauchemars » qu'elles subissaient après une agression sexuelle. Et N = 9 étaient venues spécifiquement pour être évaluées et traitées pour des IST ou des risques de grossesse. N = 10 ont considéré que la collecte de preuves (MFE) était comme moins importante que dispenser des soins de santé comme cités ci-dessus.</p> <p>2) Impact positif par le personnel professionnel</p> <p>Les femmes étaient presque unanimes dans leurs affirmations concernant le rôle positif que le personnel a joué dans leur expérience. N = 17 ont trouvé que les infirmières examinatrices SANE étaient « très compréhensives » et N = 17</p> | <p>ont été sélectionnées dans quatre centres différents mandatés pour l'étude.</p> <p>Transferability : La transcription a été vérifiée.</p> |
|--|--|--|---|---|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>étaient « très satisfaites » de leurs interactions avec elles. Les femmes ont eu le sentiment de ne pas être jugées et ont reçu le temps et l'attention justifiés par leur situation.</p> <p>3) Mauvaises représentations et malentendus</p> <p>Certaines femmes ont reconnu ne pas avoir tout compris concernant le but de ces centres. N = 5 ont reconnu être venues uniquement dans le but de ne pas voir leur santé compromise. N = 9 des femmes avaient entendu parler d'un kit avant de se présenter à l'hôpital et les sources d'informations comprenaient la télévision (à la fois des émissions de nouvelles et des programmes décrivant des cas non résolus ou non résolus), des amis (seulement quelques-unes dont elles-mêmes avaient été violées) et les lycées.</p> <p>4) Sentiment de manque de choix</p> <p>Plusieurs femmes ont déclaré avoir eu le sentiment qu'elles n'avaient d'autres choix que de se soumettre à une MFE. Plus d'une personne sur cinq a déclaré avoir été informée de le faire par la police (n = 4) et / ou une infirmière examinatrice (n = 2).</p> <p>5) Effets contradictoires sur le bien-être</p> | |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>La plupart des femmes sont « très satisfaites » (n =14) ou « satisfaites » (n=2) de la façon dont le kit a été administré, n=12 ont révélé que subir un MFE était difficile. Elles ont décrit se sentir « effrayées », « bouleversées », « stressées », « nerveuses », « embarrassées », « en colère », « très exposées, très vulnérables, et inconfortables ». Plusieurs femmes ont décrit l'expérience comme une revictimisation, une « mauvaise expérience ».</p> <p>6) Création d'un sentiment d'autonomisation</p> <p>De nombreuses femmes se sont senties angoissées lors de l'administration du kit, n=14 ont déclaré qu'elles recommanderaient le MFE « en un clin d'œil », « tout de suite ». Pour N=14, une MFE était perçue comme une autonomisation car cela leur donnait l'impression de : « plus en contrôle », « plus puissant », et activement « faire quelque chose ». Donc un sentiment accru de bien-être.</p> | |
|--|--|--|--|--|

9.2. Grilles d'analyses des articles retenus

Article 1 : Campbell, R., Townsend, S. M., Long, S. M., Kinnison, K. E., Pulley, E. M., Bibiana Adames, S. & Wasco, S. M. (2006). *Responding to Sexual Assault Victims' Medical and Emotional Needs: A National Study of the Services Provided by SANE Programs*. Research in Nursing & Health, 29, 384-398. DOI: 10.1002/nur.20137

| No. Item | Étude | Pages/parties |
|--|---|---------------|
| Grille de lecture COREQ – étude qualitative | | |
| Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion | | |
| <i>Caractéristiques personnelles</i> | | |
| 1. Enquêteur / Animateur | Les entretiens téléphoniques ont été menés par les sept auteurs de cet article | Résultats |
| 2. Titres académiques | Les auteurs ont participé à un programme de formation en équipe de 20 heures sur les techniques d'entretien suivant la méthode de conception totale / méthode de conception personnalisée (Dillman, 1978, 2000). Dillman a recommandé quatre méthodes de formation des enquêteurs afin de garantir l'uniformité de l'administration d'un entretien téléphonique, et ces quatre méthodes ont été utilisées dans le cadre de ce projet. | Méthode |
| 3. Activité | L'un d'entre eux était professeur associé, deux autres étaient professeurs assistants, un autre était doctorant, un autre encore était psychologue | Méthode |
| 4. Genre | Femme | N/A |

| | | |
|---|---|---------|
| 5. Expérience et formation | Les enquêteurs ont mené des entretiens pilotes avec des individus de la population cible (SANE) et ont discuté de leurs expériences avec l'équipe de recherche pour obtenir un retour d'information. Une fois la collecte des données commencée, l'équipe de recherche s'est réunie chaque semaine pour discuter des entretiens, des procédures de révision et pour vérifier la cohérence du codage. | Méthode |
| <i>Relations avec les participants</i> | | |
| 6. Relations antérieures | Un échantillon aléatoire de 144 programmes a été sélectionné et nous avons contacté les directeurs de programme par téléphone pour leur demander de participer à cette étude. | N/A |
| 7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Aucune information | N/A |
| 8. Caractéristiques de l'enquêteur | La question de savoir si les programmes étaient affiliés à des hôpitaux catholiques n'a pas été posée initialement lors des entretiens. Certaines infirmières disent que les pratiques de soins aux patients étaient affectées par l'affiliation catholique, donc à partir de là cela a été pris en compte. En raison de cette incohérence dans l'évaluation, à la fin du projet, un assistant de recherche différent, qui n'avait pas été impliqué dans la collecte de données antérieures, a recontacté les | Méthode |

| | | |
|---|---|--|
| | <p>110 programmes et leur a demandé spécifiquement s'ils étaient affiliés à un hôpital catholique (codé : oui/non ; ces données recontactées/recueillies sont utilisées dans les analyses de cet article). Les affiliations à d'autres groupes religieux (par exemple, luthériens) n'ont pas été mesurées car les infirmières n'ont pas indiqué, pendant la collecte des données, que cela affectait les pratiques de soins aux patients.</p> | |
| <p>Domaine 2 : Conception de l'étude</p> <p><i>Cadre théorique</i></p> <p>9. Orientation méthodologique et théorie</p> <p><i>Sélection des participants</i></p> <p>10. Échantillonnage</p> <p>11. Prise de contact</p> | <p>Phénoménologie, étude de cas (étude qualitative). Niveau de preuve 7 (Polit & Beck, 2020, p.29).</p> <p>La sélection est effectuée par le directeur du programme ou par le directeur lui-même. L'objectif de l'étude a été expliqué et le nom de la personne la plus expérimentée du programme SANE a été demandé : celle qui avait effectué des examens pour agressions sexuelles pendant la plus longue période de temps et/ou dans sa carrière (dans de nombreux cas, il s'agissait du directeur du programme).</p> <p>Le directeur de chaque programme échantillonné a</p> | <p>Méthode</p> <p>Méthode</p> <p>Méthode</p> |

| | | |
|-------------------------------------|--|-----------|
| | été contacté par téléphone, et le professionnel SANE (s'il est différent du directeur du programme) a été contacté directement pour obtenir son consentement à participer à un entretien téléphonique confidentiel. Le SANE le plus expérimenté de chaque programme échantillonné a participé à un entretien téléphonique. | |
| 12. Taille de l'échantillon | Un échantillon final de 110 avec un taux de réponse de 89% (110 participants sur 124 éligibles dans la base de sondage). 1 programme = 1 participant. | Résultats |
| 13. Non-participation | 24 programmes ont refusé de participer. | Méthode |
| <i>Contexte</i> | | |
| 14. Cadre de la collecte de données | Non remarqué : entretien téléphonique | Méthode |
| 15. Présence de non-participants | L'entretien a été revu par cinq SANE (qui n'ont pas été incluses dans l'échantillon de cette étude) afin de s'assurer qu'il était complet et qu'il reflétait les questions d'actualité sur le terrain. Deux assistants de recherche, qui n'ont pas participé à la collecte de données primaires pour ce projet, ont effectué une analyse thématique du contenu de ces réponses. Chacun d'entre eux a lu les comptes-rendus des enquêteurs sur les réponses des participants de manière indépendante et a dressé une liste exhaustive des raisons invoquées pour ne pas fournir chaque service. | Résultats |

| | | |
|----------------------------------|--|-----------|
| 16. Description de l'échantillon | <p>Ces infirmières avaient 44,06 ans (SD 1/4 7,26 ans), 99 % étaient des femmes et 97 % étaient blanches. Presque toutes étaient des infirmières diplômées (97 %) ; 16 % avaient un diplôme d'associé, 43 % une licence et 7 % un diplôme d'études supérieures. Les infirmières travaillaient en moyenne depuis 5-16 ans (SD 1/4 3,95 ans), avec une fourchette de 5 mois à 26 ans. Lorsqu'elles ne travaillaient pas comme SANE, 62 % étaient des infirmières des services d'urgence des hôpitaux, 37 % étaient des administratrices, 10 % étaient des infirmières dans d'autres environnements de soins de santé et 15 % travaillaient dans d'autres environnements.</p> | Résultats |
| <i>Recueil de données</i> | | |
| 17. Guide d'entretien | <p>L'interview a été créé spécifiquement pour cette étude par les auteurs de cet article, dont beaucoup ont eu une expérience de travail avec les programmes SANE et/ou de prestation de services de défense des victimes d'agressions sexuelles après une agression. La méthode de conception totale/méthode de conception adaptée (TDM) a été choisie comme cadre d'orientation parce que ce modèle de construction d'enquête et de formation du personnels tend à produire des taux de réponse de 73 % ou plus (Dillman, 1978, 2000).</p> | Méthode |

| | | |
|--|--|---------|
| 18. Entretiens répétés | Aucune information | N/A |
| 19. Enregistrement audiovisuel | Non, mais toutes les questions étaient ouvertes et l'enquêteur (l'IP du projet) notait les réponses des participants. | Méthode |
| 20. Cahier de terrain | Pendant l'entretien | Méthode |
| 21. Durée | Aucune information | Méthode |
| 22. Seuil de saturation | Le processus de pilotage a permis d'atteindre la saturation pour presque tous les points de l'entretien. La fiabilité des intervieweurs a été obtenue grâce à des réunions de recherche hebdomadaires au cours desquelles les questions de codage ont été discutées et résolues par consensus de groupe. | Méthode |
| 23. Retour des retranscriptions | Aucune information | N/A |
| Domaine 3 : Analyse et résultats | | |
| <i>Analyse des données</i> | | |
| 24. Nombre de personnes codant les données | Deux assistantes de recherche | Méthode |
| 25. Description de l'arbre de codage | Aucune information | N/A |
| 26. Détermination des thèmes | Les deux : La première version des codes de réponse a été créée sur la base des réponses des SANE lors de ces quatre premiers entretiens pilotes et des codes supplémentaires ont été ajoutés sur la base de notre examen de la littérature et | Méthode |

| | | |
|--|--|------------|
| | <p>des expériences antérieures de travail avec les programmes SANE/les victimes d'agressions sexuelles.</p> <p>La phase suivante de développement des codes a coïncidé avec la formation des enquêteurs, au cours de laquelle les membres de l'équipe se sont exercés à interroger les autres et les superviseurs de projet. Au cours de cette phase, les questions ont été posées de manière ouverte, mais les enquêteurs se sont exercés à coder les réponses en temps réel pendant l'entretien.</p> | |
| 27. Logiciel | Ces données ont été analysées à l'aide des logiciels SPSS (version 12.0) et StatXact (version 6 ; Mehta & Patel, 2003). | NVivo |
| 28. Vérification des participants | Aucune information | Limites |
| <i>Rédaction</i> | | |
| 29. Citations présentées | Non, l'objectif n'était pas de saisir les citations textuelles, mais plutôt d'enregistrer le contenu thématique de leurs réponses. | Résultats |
| 30. Cohérence des données et des résultats | Oui | N/A |
| 31. Clarté des thèmes principaux | Oui, dans 2 tableaux (tableau dans le travail de Bachelor) | Résultats |
| 32. Clarté des thèmes secondaires | Oui | Discussion |

Article 2 : Fehler-Cabral, G., Campbell, R. & Patterson, D. (2011). Adult Sexual Assault Survivors' Experiences with Sexual Assault Nurse Examiners (SANEs). *Journal of Interpersonal Violence*, 26(18), 3618-3639. <https://doi.org/10.1177/0886260511403761>

| No. Item | Étude | Pages/parties |
|--|--|---------------|
| Grille de lecture COREQ – étude qualitative | | |
| Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion | | |
| <i>Caractéristiques personnelles</i> | | |
| 1. Enquêteur / Animateur | Il y a 3 auteurs, qui ne mènent pas l'interview : Giannina Fehler-Cabral, Rebecca Campbell, Debra Patterson | Résultats |
| 2. Titres académiques | Une autrice a une maîtrise et deux autrices ont un doctorat. | Méthode |
| 3. Activité | G. Fehler-Cabral est candidate au doctorat, R. Campbell est professeur (psychologie) et D. Patterson est professeur assistant. | Méthode |
| 4. Genre | Femme | N/A |
| 5. Expérience et formation | G. Fehler-Cabral a effectué des recherches sur les expériences des victimes d'agressions sexuelles adultes et adolescentes avec les infirmières examinatrices en matière d'agressions sexuelles (SANE) et sur l'impact des examens médico-légaux sur la progression des affaires dans le système de justice pénale. Ses autres recherches portent sur les processus de divulgation et de recherche d'aide des adolescents victimes d'agressions sexuelles, ainsi que sur les perceptions des | Méthode |

| | | |
|---|--|---------|
| | <p>étudiants et les comportements des spectateurs concernant la violence interpersonnelle sur les campus universitaires. R. Campbell a fait des recherches sur la violence contre les femmes, en particulier les agressions sexuelles, et sur la façon dont les systèmes juridiques, médicaux et mentaux répondent aux besoins des victimes de viol. Ses projets actuels examinent le rôle des programmes SANE dans la poursuite des agressions sexuelles des adultes et des adolescents.</p> <p>D. Patterson a fait des recherches sur la réponse des systèmes sociaux, médicaux et juridiques aux victimes/survivants d'agressions sexuelles, ainsi que sur l'impact des programmes SANE sur les résultats juridiques et le bien-être émotionnel des patients.</p> | |
| <i>Relations avec les participants</i> | | |
| 6. Relations antérieures | 2 types de recrutements (question n°11) | N/A |
| 7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Aucune information | N/A |
| 8. Caractéristiques de l'enquêteur | Les auteurs s'intéressent (avec leurs expériences) aux survivants d'agressions sexuelles et aux programmes SANE. Cette étude fait partie d'un projet plus vaste sur l'impact des SANE dans le système de justice pénale. | Méthode |

| <p>Domaine 2 : Conception de l'étude</p> <p><i>Cadre théorique</i> 9. Orientation méthodologique et théorie</p> <p><i>Sélection des participants</i></p> <p>10. Échantillonnage</p> <p>11. Prise de contact</p> | <p>Étude qualitative transversale. Niveau de preuve 7 (Polit & Beck, 2020, p.29). Cette recherche a été soutenue par une subvention du National Institute of Justice accordée au deuxième auteur (2005-WG-BX-0003).</p> <p>Deux stratégies de recrutement ont été utilisées pour identifier la population cible : l'échantillonnage prospectif et l'échantillonnage rétrospectif à des fins communautaires.</p> <p>2 recrutements : L'un décrit l'étude et demande aux survivants s'ils acceptent d'être contactés ultérieurement par l'équipe de recherche au sujet de leurs expériences avec le programme SANE et le système de justice pénale. Les survivants, qui ont accepté d'être contactés, ont rempli un formulaire indiquant comment et quand ils peuvent être contactés en toute sécurité par l'équipe de recherche. Les survivants ont été contactés par un assistant de recherche 10 semaines plus tard pour demander à participer à l'étude. La moitié (n = 10) des participants ont été recrutés</p> | <p>Méthode</p> <p>Méthode</p> <p>Méthode</p> |
|--|--|--|

| | | |
|-------------------------------------|---|-----------|
| | <p>par des méthodes prospectives.</p> <p>Et un autre recrutement : la diffusion à grande échelle d'informations sur l'étude dans toute la communauté, y compris la publication d'annonces dans les commerces locaux par exemple, les épiceries, les salons de coiffure, les transports publics, les envois postaux à l'échelle de la communauté, et les affichages dans les agences de services humains et de santé, y compris le centre d'aide aux victimes de viol. Cette stratégie a permis aux survivantes de décider en privé si elles voulaient contacter l'équipe de recherche.</p> | |
| 12. Taille de l'échantillon | N = 20 | Résultats |
| 13. Non-participation | Aucune information | Méthode |
| <i>Contexte</i> | | |
| 14. Cadre de la collecte de données | Les entretiens ont été menés en personne au bureau administratif du centre d'aide aux victimes de viol affilié au programme focal SANE par trois enquêteurs (le détective privé et deux assistants de recherche). | Méthode |
| 15. Présence de non-participants | Deux analystes ont lu les transcriptions indépendamment et ont identifié une liste préliminaire des thèmes mentionnés par les participants. | Résultats |

| | | |
|----------------------------------|--|-----------|
| 16. Description de l'échantillon | L'échantillon cible de cette étude était constitué de femmes adultes ayant survécu à une agression sexuelle, âgées de 18 ans ou plus au moment de l'agression, qui ont été victimes dans le comté focal ; et qui ont subi un examen par le programme SANE entre septembre 1999 et juin 2007. | Résultats |
| <i>Recueil de données</i> | | |
| 17. Guide d'entretien | L'entretien a été adapté en partie d'une étude antérieure, qui a été codéveloppée avec des défenseurs, des survivants d'agressions sexuelles et du personnel de la communauté. Le protocole d'entretien a été revu par la littérature sur les interactions du personnel médical et juridique avec les victimes et le personnel juridique et médical dans le comté concerné. L'entretien a été testé avec cinq survivantes d'agressions sexuelles (non incluses dans l'échantillon) afin d'en évaluer le contenu et l'approfondissement, et de permettre aux assistants de recherche de recevoir une formation supplémentaire sur les entretiens qualitatifs. | Méthode |
| 18. Entretiens répétés | Aucune information | N/A |
| 19. Enregistrement audiovisuel | Les entretiens ont été enregistrés avec la permission des participants, puis transcrits. Des réunions hebdomadaires continues ont été organisées pour | Méthode |

| | | |
|--|---|-----------|
| | examiner les transcriptions des entretiens et discuter des thèmes émergents et des problèmes logistiques à aborder lors des entretiens ultérieurs. | |
| 20. Cahier de terrain | Question n°19 | Méthode |
| 21. Durée | Les entretiens ont duré entre 1,5 et 4 heures, avec une moyenne de 2 heures | Méthode |
| 22. Seuil de saturation | Le recrutement des participants et les entretiens se sont poursuivis jusqu'à ce que la taille de l'échantillon permette la saturation des données, où les mêmes thèmes ont été répétés et où aucun nouveau thème n'est apparu parmi les participants. | Méthode |
| 23. Retour des retranscriptions | Non | N/A |
| Domaine 3 : Analyse et résultats | | |
| <i>Analyse des données</i> | | |
| 24. Nombre de personnes codant les données | Aucune information | Méthode |
| 25. Description de l'arbre de codage | Non | N/A |
| 26. Détermination des thèmes | Dérivés des données | Méthode |
| 27. Logiciel | Aucune information | NVivo |
| 28. Vérification des participants | Non | Limites |
| <i>Rédaction</i> | | |
| | | Résultats |

| | | |
|--|--|------------|
| 29. Citations présentées | Oui, avec l'âge de la participante et le type d'agression. Exemple : 32 ans violée par son partenaire de longue date | N/A |
| 30. Cohérence des données et des résultats | Oui | Résultats |
| 31. Clarté des thèmes principaux | Oui | Discussion |
| 32. Clarté des thèmes secondaires | Oui, dans la partie Discussion | N/A |
| | Aucune information | |

Article 3 : Nielson, M. H., Strong, L., & Stewart, J. G. (2015). Does Sexual Assault Nurse Examiners (SANE) Training Affect Attitudes of Emergency Department Nurses Toward Sexual Assault Survivors? *Journal of Forensic Nursing*, 11(3), 133-143. doi: 10.1097/JFN.0000000000000081

| Grille de lecture SQUIRE – qualités des soins | Description de la section ou de l’item |
|---|---|
| TITRE ET RESUME | |
| 1. Titre | <p>a. Le titre de l’article est « <i>Does Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Training Affect Attitudes of Emergency Department Nurses Toward Sexual Assault Survivors ?</i> ».</p> <p>Traduit en français : « <i>La formation d’infirmière examinatrice en matière d’agression sexuelle (SANE) a-t-elle une incidence sur l’attitude des infirmières des services d’urgence envers les survivantes d’agressions sexuelles ?</i> ».</p> <p>À travers le titre, nous comprenons que l’article s’intéresse à la qualité des soins que reçoivent les femmes victimes d’agression sexuelle.</p> <p>b. L’article cherche à mettre en évidence l’incidence qu’une formation SANE peut avoir sur l’attitude des infirmières des services d’urgence sur la qualité des soins prodigués envers les femmes agressées sexuellement.</p> <p>c. La méthode utilisée à travers cet article n’est pas spécifiée dans le titre.</p> |
| 2. Résumé | <p>A travers le résumé de l’article que l’on retrouve sous l’<i>Abstract</i>, nous retrouvons l’ensemble des sections du texte, tout en utilisant le format de résumé de la revue, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Introduction</i> : données épidémiologiques concernant le nombre d’agressions sexuelles féminines aux Etats-Unis par an, problème en ce qui concerne la qualité des soins prodigués, amélioration visée pour prodiguer des soins de qualité envers les femmes victimes d’agressions sexuelles. • <i>Méthode</i> : explication brève des outils utilisés et du déroulement de l’étude. • <i>Résultats</i> : résultats pertinents à l’étude énumérés (incidence de la formation SANE sur la qualité des soins) • <i>Discussion</i> : démontre l’importance d’une formation SANE afin de prodiguer des soins de qualité envers les femmes sexuellement violentées. |
| INTRODUCTION | |
| 3. Contexte – Connaissances | <p>Données épidémiologiques concernant le problème de l’étude : « 243 800 agressions sexuelles féminines aux États-Unis chaque année », nombre de personnes qui déclarent avoir subi une violence sexuelle. 90% des examens, à la suite d’évènements tels</p> |

| | |
|-------------------------------|--|
| | <p>quels, sont effectués dans des hôpitaux, et la majorité d'entre eux dans des services d'urgence.</p> <p>En ce qui concerne les services SANE, ils ne sont pas toujours disponibles dans les hôpitaux et cela dépend de plusieurs facteurs tels que les ressources financières et humaines que disposent chaque organisation de santé. Dans ces cas, ce sont les infirmières des urgences, qu'elles soient qualifiées ou non en termes d'agressions sexuelles, qui doivent prodiguer les soins envers les femmes victimes de violences sexuelles.</p> |
| 4. Problème local | <p>Le problème actuel aux États-Unis est que les soins dont les femmes violentées sexuellement auraient besoin, sont complexes et nécessitent une approche tant sommatrice que psychologique. La prise en charge d'une personne victime d'agressions sexuelles nécessite de multiples ressources, beaucoup de temps et des compétences infirmières spécifiques (collecte des preuves médico-légales, technique et évaluation des blessures, capacité à répondre aux besoins émotionnels des patients). L'ensemble de ces éléments peuvent entraîner une augmentation de l'épuisement professionnel, de la frustration et un sentiment d'inadéquation, menant les infirmières à émettre des préjugés et à faire preuve d'attitudes personnelles à l'égard des patients (valeurs et comportements culturels et environnementaux). Ainsi, le diagnostic et les interventions infirmières deviennent inappropriées ou inefficaces. Ces attitudes et comportements peuvent entraîner une victimisation secondaire des patients par le système de santé, entraînant l'accentuation de leur état physique et psychologique.</p> |
| 5. Amélioration visée | <p>a. L'intervention proposée est une formation SANE pour les infirmières des urgences ou la mise à disposition de services de soutien SANE dans le but de fournir des soins de qualité aux femmes victimes d'agressions sexuelles.</p> <p>b. Selon la CDC (Centers for Disease Control and Prevention), les agressions sexuelles constituent un problème majeur aux États-Unis, et les différents éléments, énumérés plus haut, présents aux urgences entraînent des prises en soins complexes et quelques fois inappropriées pour répondre aux besoins des femmes victimes de violences sexuelles.</p> |
| 6. Question de l'étude | <p>L'étude est menée afin de « déterminer si la formation et l'éducation SANE ont un effet sur l'attitude des infirmières des services d'urgence envers les femmes victimes d'une agression sexuelle ». Ainsi, la question de l'étude est la suivante : « <i>Existe-t-il des différences d'attitudes envers les patients adultes victimes d'agressions sexuelles en fonction de la formation SANE ?</i> »</p> <p>Une question secondaire se pose afin de répondre à cette question principale : « Les différences d'attitudes envers les patients adultes victimes d'agressions sexuelles sont-elles basées sur des caractéristiques démographiques et personnelles ? »</p> |
| METHODES | |

| | |
|---|---|
| 7. Questions éthiques | <p>Une question éthique est ressortie à travers cette étude, celle de l'identification des participantes. Ainsi, il a été spécifié que les questionnaires remplis par les participantes ne permettent pas de les identifier.</p> <p>Par ailleurs, il est précisé que la participation à l'étude est volontaire et non obligatoire. Ainsi, un consentement est envoyé avec le questionnaire et doit être signé par chacune des participantes.</p> <p>Enfin, l'étude n'est pas sponsorisée ni approuvée par l'Association des infirmières d'urgence (ENA) et leur refus de participation n'influence en aucun cas leur place au sein de l'association.</p> |
| 8. Contexte | <p>Les infirmières vivant aux États-Unis, qui étaient également membre de l'ENA, ont été sélectionnées au hasard par code postal et stratifiées par région géographique.</p> |
| 9. Planification de l'intervention | <p>a. L'étude ne décrit pas l'intervention et ses composantes de manière suffisamment détaillée pour que d'autres puissent la reproduire.</p> <p>b. L'étude n'indique pas les principaux facteurs qui ont contribué aux choix de l'intervention spécifique.</p> <p>c. L'étude ne décrit pas la programmation initiale de la façon dont l'intervention devait être mise en œuvre.</p> |
| 10. Planification de l'étude de l'intervention | <p>a. Aucune disposition prise pour évaluer les modalités de mise en œuvre de l'intervention n'est exposée.</p> <p>b. Les mécanismes par lesquels les composantes de l'intervention étaient censées provoquer des changements, et les dispositions pour tester la mise en œuvre effective de ces mécanismes ne sont pas décrites dans l'étude.</p> <p>c. L'étude n'identifie pas la conception de l'étude choisie pour mesurer l'impact de l'intervention sur les résultats primaires et secondaires.</p> <p>d. L'étude n'explique pas les règles mises en œuvre des aspects essentiels de la conception de l'étude choisie, comme décrit dans les recommandations de publication pour les conceptions spécifiques.</p> <p>e. Validité interne : Analyse des données par un modèle de régression par étapes pour déterminer si la formation SANE était un prédicteur de l'ARVS (échelle) après contrôle de certaines caractéristiques. Cependant, il n'y a pas eu de pré-test, donc l'évaluation des groupes à partir de la base pour voir s'il y a une différence autre que la formation SANE qui pourrait influencer les attitudes envers ces patients n'a pas été possible.</p> <p>Validité externe : La limite d'âge des répondantes à l'enquête est un facteur qui pourrait affecter la « généralisation » de l'étude. Cette limite d'âge peut refléter le fait que les infirmières plus âgées sont mieux établies, sont plus stables financièrement et peuvent donc se permettre de rejoindre des organisations. Ainsi, les infirmières qui adhèrent à l'ENA peuvent prendre leur pratique plus au sérieux, comme l'indique leur affiliation à une organisation</p> |

| | |
|----------------------------------|--|
| | professionnelle, et à leur tour, avoir une attitude plus positive en général. |
| 11. Méthodes d'évaluation | <p>a. Un dossier d'enquête a été envoyé à chacune des infirmières sélectionnées. Le dossier d'enquête comprend : le formulaire de consentement éclairé, le questionnaire démographique et une échelle d'attitude.</p> <p>Les variables démographiques sont mesurées à l'aide d'un questionnaire de 20 questions relatives aux caractéristiques démographiques et personnelles (diplôme actuel des infirmières, nombre d'années de pratique infirmière, nombre d'années de pratique aux urgences, statut de certification en tant que SANE, services SANE disponibles, prise en soins de patients agressés sexuellement). Ce questionnaire a été établi par l'auteur principal.</p> <p>Les attitudes sont mesurées à l'aide de l'ARVS ; il s'agit d'une échelle de type Likert à 25 éléments et 5 points : « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ».</p> <p>b. Les efforts pour valider et tester la fiabilité des outils d'évaluation ne sont pas rapportés dans l'article.</p> <p>c. L'utilité transculturelle de l'échelle ARVS a été démontrée et la cohérence interne avec un alpha de Cronbach est supérieur à 0,80.</p> |
| 12. Analyse | <p>a. Afin de répondre à la question qui consiste à déterminer s'il existe des différences d'attitudes envers les patients adultes victimes d'agressions sexuelles en fonction de la formation SANE, un test t indépendant a été effectué et une différence est significative pour $p < 0,05$.</p> <p>De plus, afin de répondre à la question qui consiste à savoir si les attitudes sont basées sur des caractéristiques démographiques et personnelles, un test t indépendant et une analyse de variance pour le classement des variables données ont été effectués. L'examen des relations entre les variables et le score total de l'ARVS a été complété par une analyse de la variance et le tau-b de Kendall et le rho de Spearman pour le classement des variables ordonnées. Enfin, en utilisant une analyse de régression avec un modèle de régression par étapes, les données ont été analysées pour déterminer si la formation SANE était un prédicteur de l'ARVS après contrôle de certaines caractéristiques.</p> <p>b. L'étude n'aligne pas l'unité d'analyse avec le niveau auquel l'intervention a été mise en œuvre.</p> <p>c. L'étude n'apporte pas d'information concernant le degré de variabilité attendue dans la mise en œuvre, le changement attendu pour le critère de jugement principal (taille de l'effet) et le potentiel de l'étude ainsi conçue pour détecter de tels effets.</p> <p>d. Aucune information n'est citée dans l'article afin de décrire les méthodes analytiques utilisées pour démontrer les effets du temps comme variable.</p> |
| RESULTATS | |

| | |
|-----------------------------|--|
| <p>13. Résultats</p> | <p>a. Nature du contexte et de l'intervention d'amélioration</p> <p>i. Concernant l'identité des participantes, la plupart étaient âgées entre 53 et 57 ans. Les infirmières SANE étaient plus nombreuses que les infirmières non-SANE.</p> <p>En ce qui concerne l'expérience des infirmières, la plupart des infirmières sont titulaires d'une licence, ont exercé la profession d'infirmière pendant 21 ans ou plus, et ont travaillé aux urgences pendant 21 ans ou plus.</p> <p>Pour ce qui est de la formation SANE, seulement 17 % des infirmières ont été formées par SANE, et 5,6 % ont été certifiées par SANE.</p> <p>En ce qui concerne la spécificité des patients rencontrés aux urgences, les personnes interrogées ont déclaré que leur service des urgences voyait au moins un patient victime d'agressions sexuelles par semaine.</p> <p>Concernant les services SANE, ceux-ci sont disponibles 64,5% du temps selon les infirmières participantes. 85,8% d'entre elles ont également déclaré qu'elles s'occupaient de patients victimes d'agressions sexuelles, ce qui suggère que les infirmières des urgences doivent s'occuper des patients victimes d'agressions sexuelles lorsque les services de SANE ne sont pas disponibles.</p> <p>ii. 1503 enquêtes ont été envoyées par la poste et 406 questionnaires ont été renvoyés dont seulement 394 qui ont été remplis, ce qui représente 27% de participation. Des lettres de rappel ont été envoyées aux personnes qui n'avaient pas répondu dans les 2 semaines qui ont suivi l'envoi du dossier de l'enquête. La réponse au questionnaire étant également possible en ligne, 74 participants ont procédé de cette manière.</p> <p>iii. L'étude ne spécifie pas le degré de réussite de la mise en œuvre des composantes de l'intervention.</p> <p>iv. L'article ne décrit pas comment et pourquoi le plan initial a évolué, et les principales leçons tirées de cette évolution, en particulier les effets du retour interne des tests de changement (réflexivité).</p> <p>b. Changements dans les processus de soins et l'état de santé des patients en rapport avec l'intervention</p> <p>i. Les personnes interrogées ayant une formation SANE ont obtenu un score moyen plus faible pour les ARVS que celles n'ayant pas de formation SANE.</p> <p>Par ailleurs, les infirmières des urgences qui sont plus jeunes semblent avoir des attitudes plus favorables envers les patients qui ont été agressés sexuellement. En outre, les femmes ont une attitude plus favorable envers les patients victimes d'agressions sexuelles que leurs homologues masculins.</p> <p>ii. Les données relatives aux changements observés sur les mesures de l'état de santé des patients ne sont pas spécifiées dans l'étude.</p> |
|-----------------------------|--|

| | |
|--|---|
| | <p>iii. Par ailleurs, l'emplacement de l'hôpital, l'affiliation religieuse, le volume de patients aux urgences, le volume de patients victimes d'agressions sexuelles, le niveau d'éducation et les années de pratique n'ont pas eu de corrélation avec les attitudes envers les patients victimes d'agressions sexuelles.</p> <p>iv. Le score moyen plus faible pour les ARVS des infirmières SANE suggère qu'elles ont une attitude plus positive envers les patients victimes d'agressions sexuelles.</p> <p>v. L'article ne comprend pas de synthèse des données manquantes relatives à l'intervention et aux résultats.</p> |
| DISCUSSION | |
| 14. Synthèse | <p>a. L'étude a montré que 85,5 % des personnes interrogées ont déclaré ne pas avoir reçu de formation SANE, alors qu'elles s'occupaient de patients victimes d'agressions sexuelles. Malheureusement, le manque de formation SANE a démontré dans des études précédentes comme contribuant à la fourniture de soins inadéquats pour les patients victimes d'agressions sexuelles en ce qui concerne la collecte de preuves, le soutien psychologique, les soins et le traitement des maladies sexuellement transmissibles.</p> <p>De plus, les infirmières qui ont reçu la formation SANE ont une attitude plus positive envers les patients victimes d'agressions sexuelles, comme le montrent leurs résultats à l'ARVS. Ainsi, les services de SANE sont essentiels à la fourniture de soins infirmiers aux patients qui ont subi une agression sexuelle. La formation SANE des infirmières d'urgence contribue non seulement à l'amélioration des résultats et de la satisfaction des patients, mais aussi à l'amélioration de résultats tels que la diminution de l'épuisement professionnel des soignants et l'augmentation du soutien aux infirmières d'urgence, ce qui, à son tour, entraînera une augmentation de la satisfaction des employés.</p> <p>b. Il a été démontré que grâce à la mise en œuvre des services SANE, la présence d'infirmières formées par le SANE aux urgences améliore les résultats globaux pour les patients et le débit des urgences. Des normes et des protocoles définis doivent être établis et mis en œuvre pour fournir des soins de santé compétents et de qualité aux patients victimes d'agressions sexuelles.</p> |
| 15. Lien avec d'autres éléments de preuve | <p>L'étude ne compare pas et ne confronte pas les résultats à d'autres conclusions pertinentes, en s'appuyant sur une large revue de la littérature.</p> |
| 16. Limitations | <p>a. L'étude énonce certaines limites possibles, telles que l'interprétation erronée de l'ARVS de la part des participantes. Étant donné que les déclarations sur l'ARVS ont été écrites de</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>manière positive et négative, l'interprétation du lecteur peut ne pas avoir reflété la vraie nature de la question, et les participants peuvent ne pas avoir compris les questions.</p> <p>b. La limite d'âge des répondantes à l'enquête est un facteur qui pourrait affecter la « généralisation » de l'étude. Cette limite d'âge peut refléter le fait que les infirmières plus âgées sont mieux établies, sont plus stables financièrement et peuvent donc se permettre de rejoindre des organisations. Ainsi, les infirmières qui adhèrent à l'ENA peuvent prendre leur pratique plus au sérieux, comme l'indique leur affiliation à une organisation professionnelle, et à leur tour, avoir une attitude plus positive en général.</p> <p>c. Le risque d'érosion des gains au fil du temps, la description des plans de surveillance et de maintenance de l'amélioration ne sont pas énoncés.</p> <p>d. Les efforts réalisés pour réduire et tenir compte des faiblesses de l'étude ne sont pas explorés.</p> <p>e. Le fait qu'il n'y ait pas eu de pré-test, l'évaluation des groupes à partir de la base pour voir s'il y a une différence autre que la formation SANE qui pourrait influencer les attitudes envers ces patients n'a pas été possible.</p> |
| <p>17. Interprétation</p> | <p>a. L'étude n'explore pas les raisons possibles des différences entre les résultats observés et les résultats attendus.</p> <p>b. L'étude tire aucune conclusion en cohérence avec la puissance des données au sujet des mécanismes causaux et l'importance des changements observés, en accordant une attention particulière aux composantes de l'intervention et aux facteurs contextuels facilitateurs ayant déterminé l'efficacité (ou l'absence d'efficacité) de l'intervention, et les types de contextes dans lesquels cette intervention est le plus susceptible d'être efficace.</p> <p>c. L'étude montre que les agressions sexuelles n'ont pas de frontières, et la formation SANE des infirmières dans tout le continuum des soins de santé est la clé pour étendre l'ensemble des compétences et des connaissances nécessaires pour prendre en charge la complexité des problèmes rencontrés par les patients qui ont été agressés sexuellement. Selon l'étude, la formation médico-légale telle que l'éducation SANE doit être facilement accessible dans le cadre des programmes d'études de premier cycle (c'est-à-dire de l'infirmière diplômée à la licence en sciences infirmières) et des programmes d'études supérieures en sciences infirmières et par le biais de la pratique du développement professionnel continu.</p> <p>d. L'étude n'examine pas les enjeux du coût d'opportunité et de coût financier réel de l'intervention.</p> |
| <p>18. Conclusion</p> | <p>a. L'étude prouve l'utilité globale de la formation SANE. En effet, l'éducation médico-légale telle que la formation SANE doit être une priorité pour les infirmières qui peuvent s'occuper de patients ayant été victimes d'agressions sexuelles. L'impact de la formation SANE aidera les patients qui ont été agressés</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>sexuellement à recevoir le plus haut niveau de soins, ce qui se traduira par de meilleurs résultats pour les patients (sur le plan médical et psychologique), tout en favorisant une meilleure relation avec les forces de l'ordre, ce qui aura pour effet d'encourager le signalement et d'accroître les enquêtes et les poursuites de ces crimes. Le renforcement de l'éducation médico-légale produira des résultats positifs tels qu'un meilleur accès aux services, une confiance et des compétences accrues des infirmières qui prodiguent les soins, de meilleurs résultats pour les patients et la satisfaction des patients</p> <p>b. L'étude ne suggère pas les impacts de ce rapport pour des études ultérieures d'interventions d'amélioration.</p> |
| <p>AUTRES INFORMATIONS</p> <p>19. Financement</p> | <p>Aucune information n'est donnée concernant les sources de financement de l'étude, le rôle de l'organisation de financement dans la conception, la réalisation, l'interprétation et la publication de l'étude.</p> |

Article 4 : Patterson, D., Campbell, R., & Townsend, S. M. (2006). Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) program goals and patients care practices. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 180-186. doi: 10.1111/j.1547-5069.2006.00098.x.

| No. Item | Étude | Pages/parties |
|--|---|---------------|
| Grille de lecture COREQ – étude qualitative | | |
| Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion <i>Caractéristiques personnelles</i> | | |
| 6. Enquêteur / Animateur | Les auteurs qui ont mené les entretiens téléphoniques pour cette étude ne sont pas mentionnés | N/A |
| 7. Titres académiques | Dans l'ordre d'apparition en haut ci-dessous : 1) MSW, MA et un étudiant en doctorat 2) PhD 3) PhD | N/A |
| 8. Activité | Debra Patterson est assistante de recherche et doctorante au département de psychologie. Rebecca Campbell est professeure associée au département de psychologie, toutes deux à l'université d'État du Michigan, East Lansing, MI. Stephanie M. Townsend, PhD, professeure adjointe, département de psychologie, Université dominicaine, River Forest, IL | N/A |
| 9. Genre | Femme | N/A |
| 10. Expérience et formation | Une formation d'étudiant en psychologie | N/A |

| | | |
|---|--|---------|
| <i>Relations avec les participants</i> | | |
| 6. Relations antérieures | Aucune information | N/A |
| 7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Lors de l'entretien téléphonique, les participants sont informés sur le but de l'étude qui est d'examiner l'étendue de la diversité des programmes SANE par rapport à leurs objectifs et leurs philosophies et d'explorer si ces types d'objectifs sont associés aux pratiques de soins aux patients et à d'autres marqueurs du fonctionnement du programme. Par ailleurs, un consentement éclairé oral est nécessaire de la part des participants afin d'entamer l'entretien téléphonique. | N/A |
| 8. Caractéristiques de l'enquêteur | Aucune information | N/A |
| Domaine 2 : Conception de l'étude | | |
| <i>Cadre théorique</i> | | |
| 9. Orientation méthodologique et théorie | Un échantillon aléatoire national d'infirmières de SANE est utilisé, également une analyse itérative en grappes pour identifier les types de programmes. | Résumé |
| <i>Sélection des participants</i> | | |
| 10. Échantillonnage | Échantillon aléatoire national : D'abord, à l'aide d'une liste des 78 formulaires du programme SANE Leday. | Méthode |

| | | |
|-------------------------------------|---|---------|
| | <p>Ensuite, en utilisant les programmes de l'Office for Victims of Crime SANE Development and Operation Guide, ce qui a permis d'en identifier 31. Troisièmement, en effectuant une recherche sur internet et en obtenant un résultat de 36. Quatrièmement, en utilisant la liste des programmes sur un autre site internet, 52 et 91 résultats en plus. Une vérification réduit le résultat à 144, puis finalement à 110, en tant qu'échantillon final</p> | |
| 11. Prise de contact | <p>Une fois l'échantillonnage établi, les directeurs de chaque programme ont été contactés par téléphone afin de demander leur participation à l'étude. Une fois que leur participation a été confirmée, il a été demandé de contacter par téléphone l'infirmière SANE la plus expérimentée pour chaque programme afin de répondre aux questions de l'étude.</p> | Méthode |
| 12. Taille de l'échantillon | 110 programmes SANE | Méthode |
| 13. Non-participation | 24 ont refusé (nous n'avons pas la raison), et certains n'ont pas les critères pour être inclus dans l'étude. | Méthode |
| <i>Contexte</i> | | |
| 14. Cadre de la collecte de données | L'étude ne définit pas où les données ont été recueillies (domicile, clinique, lieu de travail). | Méthode |

| | | |
|----------------------------------|---|-----------|
| 15. Présence de non-participants | Il y avait des assistants de recherche. Les entretiens ont été revus par cinq infirmières. Et le document final a été revu par Jamie Ferrel. | Méthode |
| 16. Description de l'échantillon | <p>Parmi les entretiens téléphoniques effectués avec les infirmières / infirmiers les plus expérimenté(e)s au sein de chaque programme, 99% d'entre eux étaient des femmes, 97% étaient de race blanche, 16% avaient un diplôme associé, 43% une licence et 7% un diplôme d'études supérieures. La moyenne d'âge était de 44,06 ans. Les participants travaillaient avec la spécialisation SANE depuis 5-16 ans en moyenne. Dans le cas où les participants n'avaient pas de formation SANE, 62% étaient des infirmières des services d'urgence des hôpitaux, 37% étaient des administratrices, 10% des infirmières d'autres établissements de soins de santé et 15% travaillaient dans d'autres établissements. Finalement, les données ont été récoltées entre Décembre 2002 et Décembre 2003</p> | Résultats |
| <i>Recueil de données</i> | | |
| 17. Guide d'entretien | L'entretien a été créé spécifiquement pour cette étude et il a été basé sur des enquêtes nationales antérieures sur les programmes SANE. | Méthode |

| | | |
|--|---|---------|
| | Les questions des entretiens ont été examinées par cinq infirmières SANE (qui n'ont pas été incluses dans l'échantillon de l'étude) afin de s'assurer que les entretiens étaient complets et reflétaient les problèmes actuels. | |
| 18. Entretiens répétés | Aucune information | N/A |
| 19. Enregistrement audiovisuel | Les entretiens n'ont pas été enregistrés et l'assistant de recherche a codé la réponse et le verbatim lorsque cela était possible. | Méthode |
| 20. Cahier de terrain | Oui, les réponses ont été codées en quatre catégories. | Méthode |
| 21. Durée | Environ 63,15 minutes | Méthode |
| 22. Seuil de saturation | Aucune information | N/A |
| 23. Retour des retranscriptions | Aucune information | N/A |
| Domaine 3 : Analyse et résultats | | |
| <i>Analyse des données</i> | | |
| 24. Nombre de personnes codant les données | Aucune information | N/A |
| 25. Description de l'arbre de codage | L'entretien s'est déroulé en 3 sections : 1. Évaluation des objectifs de chaque programme. Pour cela, les participants ont évalué l'importance de 6 objectifs principaux à savoir : | |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>poursuivre les cas de viol, fournir des soins médicaux de haute qualité, répondre aux besoins émotionnels des survivantes, soutenir les idées et les valeurs féministes, renforcer l'autonomie des victimes et changer la façon dont leur communauté répond aux survivants de viol.</p> <p>L'évaluation de ces objectifs s'effectuait sur 4 points, dont 1 = pas un objectif principal du programme et 4 = un objectif du programme.</p> <p>2. Évaluation de la relation entre les objectifs des programmes et les services fournis par chacun d'entre eux. Pour cela, les participants ont été interrogés sur le degré de cohérence avec lequel leurs programmes fournissent 17 services différents à leurs patients. Chaque service était codé de 4 points, sachant que 1 = service non fourni et 4 = service fourni à chaque fois.</p> <p>3. Évaluation de l'historique du programme</p> | |
|--|--|--|

| | | |
|------------------------------|---|---------|
| | <p>(évaluer la structure, la fonction et le fonctionnement actuel du programme). Pour cela, il a été demandé aux participantes où les examens de femmes sexuellement agressées étaient réalisés, combien d'infirmiers / infirmières travaillent dans le programme, combien de patients leur programme accueille chaque année et si le programme procède à une évaluation continue du programme et à la formation du personnel. Pour répondre, les participantes devaient répondre par oui ou par non.</p> | |
| 26. Détermination des thèmes | <p>C'est présent. Il faut d'abord examiner si l'étendue de la diversité des programmes SANE par rapport à leurs objectifs et philosophies. Et ensuite pour déterminer si ces types d'objectifs étaient associés aux pratiques de soins aux patients et à d'autres marqueurs du fonctionnement des programmes.</p> <p>La fiabilité et la stabilité de la solution à 3 grappes a</p> | Méthode |

| | | |
|--|--|------------|
| | <p>été examinée à l'aide d'un test de Splith Half. Afin de déterminer si les services fournis dans le cadre des programmes SANE étaient associés à leurs objectifs, le test Kruskal Wallis a été effectué. Enfin, afin d'interpréter les effets significatifs des services fournis, des tests post hoc Mann Whitney U ont été effectués.</p> | |
| 27. Logiciel | Aucune information | N/A |
| 28. Vérification des participants | Aucune information | N/A |
| <i>Rédaction</i> | | |
| 29. Citations présentées | Non | N/A |
| 30. Cohérence des données et des résultats | <p>En ce qui concerne l'objectif principal, des poursuites judiciaires pour le groupe « High Prosecution », serait lié au fait que les services aux patients étaient moins nombreux que dans les autres types de programme.</p> <p>Par ailleurs, les différences historiques et structurelles entre les différents programmes SANE pourraient expliquer les différences de services fournis aux patientes victimes de violences sexuelles.</p> <p>Enfin, l'histoire de chaque programme, le nombre de patients « servis », la participation à l'évaluation du programme et la formation du personnel ont</p> | Conclusion |

| | | |
|--|--|-------------------|
| <p>31. Clarté des thèmes principaux</p> | <p>une influence sur le type de programme SANE.</p> <p>Le groupe « High Prosecution » met l'accent sur l'importance des poursuites juridiques des cas de viol à travers son programme SANE.</p> <p>Le groupe « Community Change » lui donne de l'importance à répondre aux besoins émotionnels des patients, à soutenir les valeurs féministes, à donner du pouvoir aux patients et à changer la réponse de la communauté face au viol.</p> <p>Enfin, le groupe « Low Prosecution » accorde une importance moyenne pour l'ensemble des objectifs, à l'exception des poursuites judiciaires, qu'il qualifie comme peu importantes.</p> <p>Ces types de programme sont influencés par l'histoire de chaque programme, le nombre de patients « servis », la participation à l'évaluation du programme et la formation du personnel, qui eux-mêmes influencent les services prodigués aux patientes victimes de violences sexuelles.</p> | <p>Conclusion</p> |
| <p>32. Clarté des thèmes secondaires</p> | <p>Certaines limites méthodologiques doivent être prises en compte à travers l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont été recueillies auprès d'une seule infirmière pour chaque programme SANE échantillonné. <p>Ainsi, ses opinions</p> | <p>Discussion</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>ne représentent pas forcément l'ensemble du programme.</p> <ul style="list-style-type: none">• Les 6 principaux objectifs du programme ne constituent pas une liste exhaustive des objectifs de chaque programme.• Cette recherche n'a pas été conçue pour identifier les mécanismes par lesquels les objectifs des programmes influencent les pratiques de soins aux patients. | |
|--|---|--|

Article 5: Campbell, R., Patterson, D., Adams, A. E., Diegel, R., & Coats, S. (2008). A participatory evaluation project to measure SANE nursing practice and adult sexual assault patients' psychological well-being. *Journal of Forensic Nursing*, 4(1), 19-28. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2008.00003.x>

| Grille de lecture STROBE - études transversales | No. Item | Recommandation | Étude |
|---|-------------|--|---|
| Titre et résumé | 1 | <p>(a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés</p> <p>(b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé</p> | <p>Étude descriptive et quantitative transversale. Niveau de preuve 3-4 (Polit & Beck, 2020, p.29).</p> <p>Cette étude est un projet de collaboration entre une équipe de chercheurs-évaluateurs et un programme d'infirmières examinatrices en matière d'agressions sexuelles (SANE) afin de développer une enquête d'évaluation de la pratique infirmière SANE et du bien-être psychologique des patients. Le but du projet actuel était de développer une enquête qui pourrait évaluer les interactions des infirmières avec les patients et le bien-être psychologique des patients à court terme.</p> |
| Introduction | | | |
| Contexte / Justification | 2 | Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude | <p>Le travail des programmes SANE (Sexual Assault Nurse Examiner) est complexe et a multiples facettes car les infirmières doivent répondre simultanément aux besoins psychologiques, médicaux, médico-légaux et juridiques des patients victimes d'agressions sexuelles. Ces résultats suggèrent que les SANE peuvent avoir un impact bénéfique sur la santé psychologique des patients, mais des recherches beaucoup plus approfondies sont nécessaires sur ce sujet.</p> <p>Les patients déclareront se sentir soignés, traités avec compassion et respect, soutenus, crus, et informés par les infirmières de SANE.</p> |

| | | | |
|-----------------------|---|---|---|
| Objectifs | 3 | Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses | <p>L'objectif global est de montrer les avantages des infirmières SANE dans le bien-être psychologique du patient.</p> <p>Les résultats, les buts et les objectifs de cette étude sont multiples. (question n°7).</p> <p>Par exemple, un résultat attendu : le bien-être psychologique à court terme.</p> <p>Et un objectif est de promouvoir le rétablissement psychologique des patients grâce aux services du programme SANE.</p> |
| Méthode | | | |
| Conception de l'étude | 4 | Présenter les éléments clés de la conception de l'étude | <p>L'étude comporte plusieurs étapes : Identification des résultats, buts et objectifs de l'évaluation ; Développement de la conception de l'évaluation et du questionnaire d'évaluation ; Collecte des données ; Analyses/résultats ; Utilisation des résultats.</p> |
| Contexte | 5 | Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données | <p>L'équipe de recherche-évaluation a rencontré le directeur SANE et les directeurs de son agence mère pour discuter des objectifs généraux du programme en ce qui concerne le bien-être des patients.</p> <p>Dans ce projet, est créé un modèle logique spécifique à ce concept d'autonomisation des soins. Afin d'affiner ce but et de développer des objectifs pour l'évaluation, l'équipe de recherche-évaluation a recommandé de développer conjointement un modèle logique pour articuler le processus de la manière dont les infirmières travaillent avec leurs patients. Pour cela, il y a une discussion avec les infirmières pour entendre de leurs propres mots comment elles ont abordé leur travail avec leurs patients (activités et exemples comportementaux de chacun comme décrit par les infirmières). Ensuite, un plan d'enquête</p> |

| | | | |
|--------------|---|--|--|
| | | | <p>transversal dans lequel les patients de SANE sont invités à remplir une brève évaluation. Les taux de retour sont très faibles pour les enquêtes postales, de sorte que des données d'évaluation pourraient être recueillies auprès des patients au moment de leur examen ou très peu de temps après (avec un questionnaire fait avec la réponse des infirmières). Il était d'une importance capitale pour l'équipe de recherche-évaluation ainsi que pour le personnel de SANE que l'évaluation n'interfère pas avec les soins aux patients.</p> <p>Ensuite, les données ont été recueillies pendant 15 semaines consécutives, au cours desquelles le programme SANE a traité 76 patients éligibles, dont 52 ont accepté de participer à l'évaluation.</p> |
| Participants | 6 | (a) Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants | <p>Tous les patients adultes victimes d'agressions sexuelles (18 ans ou plus) traités dans le cadre du programme SANE peuvent participer à l'évaluation, sauf s'ils présentent un handicap cognitif qui les empêche de comprendre les questions et d'y répondre. Le consentement éclairé a été obtenu oralement, tel qu'approuvé par le Conseil d'examen institutionnel de l'Université d'État de Michigan</p> |
| Variables | 7 | Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant | <p>Modèle logique de soins autonomisant SANE : les résultats sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Initial : les survivants auront le sentiment d'avoir été pris en charge par un professionnel, auront le sentiment d'être contrôlés, sentiront que quelqu'un s'occupe d'eux et les croira, auront le sentiment d'avoir été traités avec soin et compassion, auront de l'espoir pour l'avenir et le potentiel de guérison, comprendront les médicaments reçus, sauront où |

| | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| | | | <p>trouver de l'aide, des informations et/ou des services supplémentaires.</p> <p>- Intermédiaire : guérison émotionnelle pour les survivants, les survivants auront un sentiment de clôture, pourront continuer leur vie, amélioration des normes de soins pour les survivants d'agressions sexuelles, les survivants s'engageront dans des services de suivi comme le conseil.</p> <p>- À long terme : les survivants verront une amélioration à long terme de leur santé physique et de leur bien-être psychologique.</p> |
| Sources de données / Mesures | 8 | Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe | <p>Tous leurs résultats sont évalués par ce questionnaire, élaboré à partir des réponses des infirmières par l'équipe de recherche :</p> <p>Dans la première partie du questionnaire, il a été demandé aux patients à quelle fréquence les infirmières ont adopté huit comportements sur une échelle de quatre points (1 = aucun du temps ; 2 = une partie du temps ; 3 = la plupart du temps ; 4 = tout le temps).</p> <p>La deuxième partie de l'enquête s'est concentrée sur les résultats à court terme en matière de bien-être psychologique. Les patients ont utilisé une échelle de quatre points (1 = pas du tout ; 2 = un peu ; 3 = un peu ; 4 = beaucoup / complètement) pour indiquer le degré de satisfaction à l'égard de leur bien-être, de la compassion et du respect dont ils font preuve, du soutien et de la confiance qu'ils ont reçu et des informations qu'ils ont reçu des infirmières SANE</p> |
| Biais | 9 | Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources de biais potentiels | <p>Les données peuvent être collectées par le personnel du programme, mais il est préférable que la personne qui a fourni le service ne</p> |

| | | | |
|-------------------|----|---|---|
| | | | <p>soit pas celle qui collecte les données d'évaluation (biais de réponse possible).</p> <p>La collecte des données d'évaluation ne doit pas interférer avec les services du programme.</p> |
| Taille de l'étude | 10 | Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure | <p>N= 52.</p> <p>Le programme SANE a traité 76 patients éligibles, dont 52 ont accepté de participer à l'évaluation.</p> |
| Variables | 11 | Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi | <p>Toutes les variables quantitatives sont regroupées dans un tableau : la première section du questionnaire et la deuxième section. Tous les résultats sont exprimés en pourcentage. Et il y a aussi un résultat sur une échelle de quatre points.</p> <p>Le questionnaire qui en résulte comprend deux sections : la première porte sur les activités du programme et la cohérence avec laquelle les infirmières ont adopté ces comportements (par exemple, "À quelle fréquence l'infirmière a-t-elle demandé ce qui allait se passer ensuite dans l'examen" et "À quelle fréquence l'infirmière a-t-elle demandé si vous aviez des questions"). Les questions ont été formulées sous la forme de "combien de fois" les infirmières ont adopté chaque comportement plutôt qu'une évaluation par oui/non (par exemple, "l'infirmière a-t-elle...") parce qu'il était important pour ce programme qu'elles adoptent systématiquement ces comportements autonomisant tout au long du processus d'examen. La deuxième section du questionnaire correspond aux résultats à court terme (par exemple, "Dans quelle mesure vous êtes-vous senti informé</p> |

| | | | |
|-----------------------|----|--|---|
| Méthodes statistiques | 12 | | <p>par l'infirmière ?" et "Quel contrôle avez-vous eu pendant l'examen ?)</p> <p>Les données quantitatives peuvent être analysées avec SPSS ou Excel. Les données doivent être vérifiées avant l'analyse pour détecter les erreurs de saisie ou les erreurs de codage. Les données qualitatives peuvent être regroupées par thèmes ; des logiciels tels que Ethnograph, NVivo ou AtlasTi peuvent être utilisés ou le regroupement peut être fait "à la main" avec deux codeurs travaillant indépendamment.</p> |
| | | (a) Décrire toutes les analyses statistiques y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion | <p>Pour la première partie du questionnaire : La très grande majorité des patients ont déclaré que les infirmières avaient adopté ces huit comportements "tout le temps" pendant le processus d'examen, et toutes les notes moyennes étaient supérieures à 3,5 (sur une échelle de quatre points). Des tests non paramétriques de khi-deux de la qualité de l'ajustement ont été effectués sur chaque item pour déterminer si la proportion de réponses dans la catégorie "tout le temps" était significativement plus élevée que ce à quoi on pourrait s'attendre par hasard. Tous les tests étaient statistiquement significatifs, $P < 0,01$ (avec une correction de Bonferroni pour contrôler l'erreur de type I dans les multiples tests univariés).</p> |
| | | (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions | Aucune information |
| | | (c) Expliquer comment les | 48 % de taux de réponse global (voir Campbell et al., 2007, pour plus de détails) : Ce n'est pas écrit dans |

| | | | |
|------------------|----|--|--|
| | | données manquantes ont été traitées | cette étude mais il y a une référence à une autre étude plus ancienne. |
| | | (d) Décrire les méthodes d'analyse qui tiennent en compte de la stratégie d'échantillonnage | Aucune information |
| | | (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité | Aucune information |
| Résultats | | | |
| Participants | 13 | (a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude, par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis et analysés | 76 patients étaient éligibles et ont répondu au questionnaire, mais seuls 52 ont donné leur consentement. |
| | | (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape | Ils n'étaient pas consentants |
| | | (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux | Aucune information |
| Données | 14 | (a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels | Tous les participants étaient des patients du programme SANE et présentaient certaines caractéristiques (question n°6a). |
| | | (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec les | Il n'y a pas de données manquantes. Toutes les questions et réponses ont été données. |

| | | | |
|----------------------|----|---|---|
| Données obtenues | 15 | données manquantes pour chaque variable d'intérêt Reporter le nombre d'évènements survenus ou indicateurs mesurés | Dans la première section du questionnaire, huit questions = huit résultats. Dans la deuxième section du questionnaire, neuf questions = neuf résultats. (question n°11). |
| Résultats principaux | 16 | (a) Indiquer les estimations non ajustées et sinon les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (comme intervalle de confiance 95%) (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période cliniquement interprétable | Aucune information Aucune information Aucune information |
| Autres analyses | 17 | Mentionner les autres analyses réalisées comme analyses de sous-groupes, recherche d'interactions et analyses de sensibilité | Aucune information |
| Discussion | | | |
| Résultats clés | 18 | Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude | Dans cette collaboration, l'efficacité est définie par la mesure dans laquelle les infirmières ont fourni des "soins responsabilisants", qui ont été conceptualisés comme la fourniture |

| | | | |
|-------------|----|---|---|
| | | | <p>de soins de santé, de soutien et de ressources, le traitement des survivants avec dignité et respect, la prise en compte de leur histoire, l'aide à leur redonner le contrôle et le choix et le respect des décisions des patients. Les résultats suggèrent fortement que les infirmières étaient en accord avec cette philosophie de pratique puisque les huit éléments qui ont évalué les interactions entre les infirmières et les patients avaient des moyennes de 3,40 ou plus (sur une échelle de 4,00).</p> <p>Tous les patients ont déclaré que les infirmières prenaient leurs besoins et leurs préoccupations au sérieux et les écoutaient tout le temps. Les notes des patients pour les résultats psychologiques à court terme étaient également très positives (la plupart étaient de 3,60 ou plus sur une échelle de 4,00), et quatre des neuf éléments avaient la note la plus élevée (4,0) de 100 % des patients interrogés. Toujours dans l'optique d'une prise en charge responsabilisante, les patients ont reconnu que les infirmières respectaient leurs souhaits car la majorité a déclaré ne pas avoir ressenti de pression de la part des infirmières pour engager des poursuites. Moins de patients ont indiqué qu'ils étaient susceptibles de demander des services de conseil auprès de l'agence mère du programme SANE, mais près de 40 % ont exprimé un vif intérêt à le faire. Pour le personnel du programme, il était important que les patients sachent au moins que de telles ressources étaient à leur disposition s'ils le souhaitaient à l'avenir</p> |
| Limitations | 19 | Discuter les limites de l'étude en tenant compte des sources de biais potentiels ou | <p>Sur la base des données que nous avons recueillies dans le cadre de ce projet, chaque section du questionnaire présente des niveaux</p> |

| | | | |
|----------------------|----|--|---|
| | | <p>d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel</p> | <p>de fiabilité acceptables (alpha de Cronbach > 0,70). Les mesures créées dans ce projet étaient spécifiques à la philosophie organisationnelle de ce programme SANE et de son organisation mère. D'autres programmes peuvent ou non partager des objectifs similaires, mais le processus que nous avons décrit fournit un modèle de travail avec les évaluateurs dans un esprit de participation et de collaboration.</p> |
| Interprétation | 20 | <p>Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent</p> | <p>En conclusion, on identifie deux principaux avantages de ce projet qui ont des implications plus larges pour la pratique des soins infirmiers médico-légaux. Premièrement, les projets d'évaluation participative peuvent renforcer la capacité d'évaluation des programmes SANE. En travaillant sur ce modèle en plusieurs étapes, les infirmières, les défenseurs et le personnel administratif de ce programme SANE ont acquis de nouvelles informations, connaissances et expertises en matière d'évaluation de programmes. Deuxièmement, l'évaluation des programmes offre la possibilité de solliciter des commentaires directement auprès des patients.</p> <p>L'intégration de l'évaluation de programme dans la pratique des programmes SANE ouvre de nouvelles voies de communication entre les infirmières et leurs patients, ce qui peut être personnellement et professionnellement gratifiant.</p> |
| « Généralisabilité » | 21 | <p>Discuter de la "généralisabilité" (validité externe) des résultats de l'étude</p> | <p>Cet instrument n'est pas protégé par des droits d'auteur, de sorte qu'il peut être mis en œuvre par d'autres programmes sans frais, mais est formulé des mises en garde, et les auteurs disent tirer les enseignements de leur expérience</p> |

| | | | |
|--|----|--|--|
| | | | <p>dans l'élaboration et l'expérimentation de cette mesure. Premièrement, cette enquête a été élaborée à des fins d'évaluation interne et d'amélioration du programme, et non de recherche ; aucune analyse complète de fiabilité et de validité a été menée.</p> |
| <p>Autres informations</p> <p>Financement</p> | 22 | <p>Donner la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, sinon pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté</p> | <p>Cette évaluation n'a pas été mandatée par un bailleur de fonds et a été réalisée sur une base volontaire. Ce programme SANE a des sources de financement diverses, il aurait été pratiquement difficile de s'associer avec plusieurs bailleurs de fonds. En outre, comme cette évaluation a été menée à titre bénévole, sans qu'un bailleur de fonds avec lequel s'associer soit présent. Les chercheurs-évaluateurs ont donné du temps et des ressources à ce projet en raison de leur intérêt commun à développer une évaluation des programmes SANE centrée sur le patient</p> |

Article 6 : Cowley, R., Walsh, E., & Horrocks, J. (2014). The Role of the Sexual Assault Nurse Examiner in England: Nurse Experiences and Perspectives. *Journal of Forensic Nursing*, 10(2), 77-83. [doi: 10.1097/JFN.0000000000000026](https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000026)

| No. Item | Étude | Pages/parties |
|---|---|---------------|
| Grille de lecture COREQ – étude qualitative | | |
| Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion | | |
| <i>Caractéristiques personnelles</i> | | |
| 1. Enquêteur / animateur | Rhiannon Cowley, Elizabeth Walsh et Judith Horrocks | N/A |
| 2. Titres académiques | Dans l'ordre d'apparition en haut ci-dessous : 1) MSc et BSc (Hons) 2) PhD, MSc, BSc (Hons), RN 3) MPhil, BA (Hons) | N/A |
| 3. Activité | Enseignants dans le domaine de la santé | N/A |
| 4. Genre | Femmes | N/A |
| 5. Expérience et formation | Rhiannon Cowley enseigne à l'hôpital de Leeds ; Elizabeth Walsh enseigne à l'école de santé, Université de Leeds ; Judith Horrocks enseigne à l'école de santé, Université de Leeds | N/A |
| <i>Relations avec les participants</i> | | |
| 6. Relation antérieure | Aucune information | N/A |
| 7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Qu'elle est membre de l'Association britannique des infirmières médico-légales (UKAFN) | Méthode |
| 8. Caractéristiques de l'enquêteur | Utilisation d'un réseau professionnel d'infirmières | Méthode |

| | | |
|--|--|---------|
| Domaine 2 : Conception de l'étude | | |
| <i>Cadre théorique</i> | | |
| 9. Orientation méthodologique et théorie | Une étude qualitative à petite échelle utilisant des entretiens semi-structurés | Méthode |
| <i>Sélection des participants</i> | | |
| 10. Échantillonnage | Échantillonnage à des fins précises | Méthode |
| 11. Prise de contact | D'abord par les réseaux d'infirmières, ensuite par des entretiens téléphoniques et en face à face | Méthode |
| 12. Taille de l'échantillon | Au total 5 ; Au début 8 | Méthode |
| 13. Non-participation | 3 non-participations. L'un a refusé pour des raisons personnelles, l'autre en raison de critères, et le dernier parce qu'il n'a pas de réponse | Méthode |
| <i>Contexte</i> | | |
| 14. Cadre de la collecte de données | Accueil et salle de conseil au SARC | Méthode |
| 15. Présence de non-participants | Non, mais en plus des données des entretiens, le chercheur a tenu un journal de recherche réfléchi afin de favoriser une prise de conscience réflexive qui lui permette de s'impliquer pleinement. | Méthode |
| 16. Description de l'échantillon | Données démographiques, et questions ouvertes conçues pour explorer la perception des infirmières. | Méthode |
| <i>Recueil de données</i> | | |

| | | |
|--|--|---------|
| 17. Guide d'entretien | Ils utilisent un guide de programmation des entretiens | Méthode |
| 18. Entretiens répétés | Pas de répétitions d'entretiens | Méthode |
| 19. Enregistrement audio/visuel | Des données d'enregistrement audio et un journal | Méthode |
| 20. Cahier de terrain | Durant et après (données complètent le temps de l'étude) | Méthode |
| 21. Durée | Durée de 40-60 minutes | Méthode |
| 22. Seuil de saturation | Oui, car il a été question que l'échantillon pourrait être trop petit. | Méthode |
| 23. Retour des retranscriptions | Les transcriptions ont été rendues à un membre pour l'exactitude et la crédibilité des données et de l'analyse | Méthode |
| Domaine 3 : Analyse et résultats | | |
| <i>Analyse de données</i> | | |
| 24. Nombre de personnes codant les données | Aucune information | N/A |
| 25. Description de l'arbre de codage | Aucune information | N/A |
| 26. Détermination des thèmes | Aucune information | N/A |
| 27. Logiciel | Codage ouvert en suivant les catégories que l'on retrouve dans le texte. | Méthode |
| 28. Vérification des participants | Aucune information | Limites |
| <i>Rédaction</i> | | |

| | | |
|--|---|--|
| 29. Citations présentées | Oui, les citations ont été clairement présentes en utilisant des numéros par exemple (SANE 1, SANE 2 etc...). | Objectif, donner des preuves, traitement, compréhension du rôle, acceptation, soutien du rôle et des relations PCT |
| 30. Cohérence des données et des résultats | Pas plus d'information | N/A |
| 31. Clarté des thèmes principaux | 3 catégories sont apparues : Formation et qualification, soins SANE, travail de la PCT | Résultats et Discussion |
| 32. Clarté des thèmes secondaires | Oui, par exemple, des variantes de la formation SANE | Conclusion |

Article 7: Henninger, L. A., Iwasaki, M., Carlucci, E. M. & Lating, M. J. (2020). Reporting Sexual Assault: Survivors' Satisfaction With Sexual Assault Response Personnel. *Violence against woman*, 26(11), 1362-1382. DOI: [10.1177/1077801219857831](https://doi.org/10.1177/1077801219857831)

| Grille de lecture? | No. Item | Recommandation | Page n° |
|--|----------|--|--|
| Titre et résumé | 1 | <p>(a) Indiquez le modèle de l'étude en utilisant un terme couramment utilisé dans le titre :</p> <p>- Signaler une agression sexuelle : Satisfaction des survivantes à l'égard du personnel d'intervention en cas d'agressions sexuelles</p> <p>- Mots clés : agression sexuelle, Sexual Assault Response Team (SART), système de justice pénale, survivants d'agressions sexuelles, satisfaction des survivants, défense des victimes</p> <p>(b) Fournir dans le résumé un résumé informatif et équilibré de ce qui a été fait et de ce qui a été trouvé :</p> <p>L'objectif de cette étude est de montrer les réponses à l'enquête de 460 femmes victimes d'agressions sexuelles concernant leurs expériences avec tous les professionnels qui sont en relation avec les victimes d'agressions sexuelles. La satisfaction globale à l'égard des services de réponse était de 66,1%. Les défenseurs des victimes et les infirmières médico-légales ont obtenu des taux de satisfaction plus élevés que les patrouilleurs, les détectives et le personnel du bureau du procureur. De plus, 65 % de la variation de la satisfaction globale s'explique par quatre comportements du personnel, comme le traitement respectueux, l'explication claire des procédures, la croyance en leur histoire et la sensibilité culturelle.</p> | <p>1 Résumé</p> <p>1 Résumé</p> |
| Introduction <i>Contexte / Justification</i> | 2 | <p>Expliquer le contexte scientifique et la raison d'être de l'enquête faisant l'objet du rapport :</p> <p>Le début de l'étude offre un contexte fiable avec certaines données épidémiologiques telles que la forte prévalence des femmes victimes d'agressions sexuelles aux États-Unis et indique que la violence sexuelle est un grave problème de santé publique aux États-Unis, entraînant des troubles post-traumatiques et de nombreux problèmes à long terme.</p> | <p>1-3 Résumé – in the present study</p> |

| | | | |
|------------------------------|---|---|--------------------------|
| <i>Objectifs</i> | 3 | <p>Objectifs spécifiques de l'État, y compris toute hypothèse prédéfinie :</p> <p>L'objectif principal de l'étude était de montrer la perception des survivants lors de la prise en charge par une équipe d'intervention en cas d'agressions sexuelles. Mais pas seulement, l'étude veut aussi montrer la différence de perception liée au service pénal américain. En effet, les policiers sont principalement les premiers contacts que les victimes ont eu après cette expérience traumatisante. Et en raison de la méfiance et de la crainte des systèmes de justice pénale, cela peut affecter la perception des victimes. Une hypothèse, qui a été beaucoup explorée dans cette étude, est que le défenseur des survivants aura un score de satisfaction plus élevé qu'un officier de police d'une infirmière médico-légale. Une autre hypothèse consistait à comprendre si les survivants du statut de minorité raciale rapporteraient un taux de satisfaction significativement plus faible que celui d'un survivant blanc.</p> | 3-4 The present Study |
| Méthode | | | |
| <i>Conception de l'étude</i> | 4 | <p>Présenter les éléments clés de la conception de l'étude au début du document :</p> <p>Deux méthodes = sensibilisation des organisations communautaires et/ou des organisations de survivants d'agressions sexuelles et des forums en ligne, et recrutement par l'intermédiaire de Mechanical Turk (MTurk), qui est une plate-forme de collecte de données en ligne</p> | 4-5 Méthode |
| <i>Contexte</i> | 5 | <p>Décrivez le cadre, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de collecte de données :</p> <p>Aucune information sur les périodes de recrutement, d'exposition et de suivi. Elle sera discutée comme une limitation dans le paragraphe Limitation de l'étude.</p> | 15 Limites |
| <i>Participants</i> | 6 | <p>Critères d'éligibilité, sources et méthodes de sélection des participants :</p> <p>Les participants sont des femmes âgées de 18 ans et plus qui se sont identifiées comme étant</p> | 4-5 Méthode |

| | | | |
|------------------|---|--|-------------------|
| | | <p>victimes d'au moins une agression sexuelle. La sélection s'est faite selon deux méthodes principales : la sensibilisation d'organisations communautaires et/ou de survivants d'agressions sexuelles et de forums en ligne, et le recrutement par l'intermédiaire de Mechanical Turk (MTurk), qui est une plate-forme de collecte de données en ligne. Pour la première méthode, 83 organisations américaines concernées par les agressions sexuelles ont été contactées, notamment des centres de défense des victimes, des centres d'aide aux victimes de viol, des coalitions d'État contre les agressions sexuelles, des centres de santé communautaire, des foyers pour femmes et des forums en ligne. Ces organisations ont été contactées soit en personne, soit par courrier électronique, en fournissant des informations sur l'étude ainsi que la brochure de l'enquête et l'hyperlien. Il leur a été demandé de placer la brochure dans leurs espaces communs et de distribuer le lien de l'enquête par courrier électronique ou par les médias sociaux. En outre, les informations relatives à l'étude ont été diffusées lors de cinq événements du Mois de sensibilisation aux agressions sexuelles (SAAM) organisés dans une ville du centre du littoral atlantique. Les participants recrutés par ces méthodes de sensibilisation ont reçu une compensation sous la forme d'une carte-cadeau de 10 dollars américains dans l'un des trois magasins de leur choix). Pour la deuxième méthode de recrutement, MTurk, les personnes possédant un compte MTurk ont participé à l'étude si elles étaient intéressées et répondaient aux critères d'inclusion. Elles ont reçu 3 dollars US de crédit Amazon comme compensation d'étude, montant que l'on retrouve dans d'autres études d'enquêtes en sciences sociales.</p> | |
| <i>Variables</i> | 7 | <p>Définir clairement tous les résultats, expositions, prédicteurs, facteurs de confusion potentiels et modificateurs d'effets. Indiquer les critères de diagnostic, le cas échéant :</p> <p>La satisfaction globale des survivants à l'égard de l'ensemble du système était de 66,1 % (ET= 25,3). Les défenseurs des victimes ont obtenu des scores de satisfaction nettement plus élevés que les patrouilleurs, les détectives et le personnel des SAO.</p> | 7-12 Résultats |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Les scores de satisfaction des infirmières médico-légales étaient également significativement plus élevés que ceux des patrouilleurs, des détectives et du personnel des SAO. Aucune différence de satisfaction n'a été constatée entre les défenseurs des victimes et les infirmières médico-légales. Il n'y avait pas non plus de différences entre les scores des patrouilleurs, des détectives et du personnel des SAO. Seul un petit nombre de répondants (n= 12) ont indiqué des interactions avec les cinq types de personnels. Le taux de satisfaction global moyen des personnes ayant eu des interactions avec les cinq types de personnels était de 72,0% (ET= 22,8). Aucune différence significative n'a été constatée lors de l'examen des comparaisons par paire entre la satisfaction globale et la satisfaction à l'égard des patrouilleurs, des détectives, des infirmières, des avocats et du personnel des SAO. Des différences significatives ont été constatées pour toutes les variables : traitement respectueux, explication des procédures, croyance dans les comptes et sensibilité culturelle. Les résultats ont indiqué que, par rapport aux autres membres du personnel, les survivants étaient plus fortement d'accord avec les déclarations selon lesquelles les défenseurs des victimes les traitaient avec respect, leur expliquaient clairement les procédures, croyaient aux récits des survivants sur les agressions et étaient sensibles aux origines culturelles des survivants. En ce qui concerne le traitement respectueux, les défenseurs des victimes ont maintenu des scores de satisfaction nettement plus élevés que les patrouilleurs, les détectives et le personnel des SAO. Les infirmières médico-légales ont également obtenu des scores nettement plus élevés que les patrouilleurs et le personnel des services de police scientifique. En ce qui concerne l'explication des procédures, les scores des défenseurs des victimes n'étaient significativement pas plus élevés que lorsqu'ils étaient comparés aux détectives et au personnel des SAO. Les scores, pour cette variable, étaient significativement plus élevés pour les infirmiers médico-légales que pour les patrouilleurs, les détectives et le personnel des services d'aide aux victimes. Pour ce qui est de l'explication des procédures, les scores des défenseurs des victimes étaient significativement plus élevés que ceux des patrouilleurs et des détectives. De</p> | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|------------------------------|---|---|-------------------|
| | | <p>même, les scores des infirmières médico-légales étaient significativement plus élevés que ceux des patrouilleurs et des détectives. Enfin, en ce qui concerne la sensibilité culturelle, seuls les défenseurs des victimes ont obtenu des scores significativement plus élevés que les autres membres du personnel, notamment par rapport aux patrouilleurs et aux détectives.</p> <p>Le modèle de régression multiple a été fusionné et ils ont constaté que les variables : traitement respectueux, croyance dans le compte et sensibilité culturelle, étaient chacune indépendamment liées de manière significative à la satisfaction globale, alors que l'explication des procédures n'était pas liée de manière significative. Le traitement respectueux était significativement associé à la satisfaction globale, plus que les autres variables. Cette variable a prédit indépendamment environ 3 %, ce qui représente un petit effet. Les évaluations des survivants, quant à savoir si le personnel croyait que leur récit de l'agression, était aussi indépendamment liées à la satisfaction globale. Cette variable prédit environ 2 % de la variance de la satisfaction globale, ce qui représente un petit effet. La sensibilité culturelle a été associée de manière significative à la satisfaction globale et représente indépendamment environ 1 % de la variance de la satisfaction globale, ce qui reflète un petit effet. En revanche, la variable concernant l'explication claire des procédures n'est pas prédictive de manière indépendante de la satisfaction globale.</p> <p>Enfin, un test t d'échantillons indépendant a été effectué pour vérifier si la satisfaction est plus faible pour les survivants du statut de minorité raciale que pour les survivants blancs. L'hypothèse n'a pas été confirmée.</p> | |
| Sources de données / mesures | 8 | <p>Pour chaque variable d'intérêt, indiquez les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesure) :</p> <p>La satisfaction globale des survivants par rapport à l'ensemble du système est de 66,1% (ET= 25,3). Ceci a été obtenu en calculant la moyenne des cinq éléments dans lesquels les participants ont évalué leur pourcentage de satisfaction avec chacun des cinq types de personnel.</p> | 7-12 Résultats |

| | | | |
|--------------------------|----|---|-------------------|
| | | <p>Une analyse de variance (ANOVA) à sens unique entre les sujets a été effectuée pour déterminer les différences entre les scores de satisfaction fournis par les survivants pour chacun des cinq types de personnels.</p> <p>Le ratio Brown-Forsythe F a été appliqué en raison de variances inégales avec le test de Levene. Ce ratio F était significatif, $F(4, 315,78) = 6,17$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,05$, $r = 0,23$.</p> <p>Explorer la signification des différences entre les types de personnels en utilisant le test de Games-Howell, qui ne repose pas sur l'hypothèse de variances égales.</p> <p>Une régression multiple a été utilisée pour déterminer si les notes globales pour chacune des quatre composantes (traitement respectueux, explication des procédures, croyance dans le compte et sensibilité culturelle) seraient associées de manière significative à la satisfaction globale.</p> | |
| <i>Biais</i> | 9 | <p>Décrivez tous les efforts déployés pour remédier aux sources potentielles de partialité :</p> <p>Biais dû à l'information des participants : manque d'information Biais de sélection : directement lié à l'échantillon Biais de mesure : SASES-S, initialement prévu pour évaluer le SART</p> | 7-12 Résultats |
| <i>Taille de l'étude</i> | 10 | <p>Expliquez comment la taille de l'étude a été déterminée :</p> <p>N=460 Au total, 460 participants ont été inclus dans les analyses finales après avoir éliminé les cas qui ne répondaient pas aux critères de recrutement (n= 12), qui n'ont pas fourni de consentement à participer (n= 1), qui étaient incomplets (n= 127), qui n'ont pas répondu aux questions démographiques (n= 41) et qui n'ont pas suggéré l'utilisation de leurs données avec nos questions de validation (n= 13). Parmi les 460 derniers participants, 127 étaient de l'assistance traditionnelle et 333 étaient de MTurk. Ils ont combiné les deux ensembles de données pour toutes les analyses.</p> | 4-5 Méthode |
| | 11 | | 16 |

| | | | |
|--------------------------------|----|---|--|
| <i>Variables quantitatives</i> | | <p>Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses :</p> <p>La présente étude a appliqué l'analyse quantitative pour comprendre les perceptions des survivants sur leurs interactions avec les différents personnels impliqués dans le processus de leur rapport. Cependant, leurs expériences traumatisantes ne sont pas facilement expliquées par des statistiques basées sur des probabilités.</p> | Limites |
| <i>Analyses statistiques</i> | 12 | <p>(a) Décrire toutes les méthodes statistiques :</p> <p>ANOVA et en fonction des variances inégales ou non : le rapport Brown-Forsythe F a été appliqué avec le test de Levene. Et s'il n'y a pas de variance égale : le test de Games-Howell.</p> <p>(a) Décrire toute méthode utilisée pour examiner les sous-groupes et les interactions :</p> <p>Une régression multiple a été utilisée ou un échantillon indépendant t.</p> <p>(b) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées :</p> <p>Aucune information</p> <p>Le cas échéant, expliquez comment la perte de suivi a été traitée :</p> <p>Aucune information</p> <p>Décrivez les éventuelles analyses de sensibilité :</p> <p>Aucune information</p> | <p>8 Résultats</p> <p>10-11 Résultats</p> <p>N/A</p> <p>N/A</p> <p>N/A</p> |

Article 8 : Chandramani, A., Dussault, N., Parameswaran, R., Rodriguez, J., Novack, J., Ahn, J., Oyola, S., & Carter, K. (2020). A Needs Assessment and Educational Intervention Addressing the Care of Sexual Assault Patients in the Emergency Department. *Journal of Forensic Nursing*, 16(2), 73-82. doi: 10.1097/JFN.0000000000000290.

| Grille de lecture ? | Description de la section ou de l'item |
|---------------------|---|
| TITRE ET RESUME | |
| 1. Titre | <p>a. Le titre de l'article est « A needs assesment and educational intervention addressing the care of sexual assault patients in the emergency department ».</p> <p>Traduit en français : « Une évaluation des besoins et une intervention éducative concernant la prise en charge des patients victimes d'agressions sexuelles dans le service des urgences ».</p> <p>À travers le titre, nous comprenons que l'article s'intéresse à l'amélioration des soins prodigués envers les femmes victimes de violences sexuelles à travers une évaluation des besoins des intervenants et une intervention éducative dans la prise en charge de ces patients.</p> <p>b. L'objectif de cette étude est de créer une intervention éducative dans un service d'urgence pour adulte à partir d'une évaluation des besoins de l'ensemble des intervenants dans les soins d'urgence afin de cibler les lacunes perçues par les prestataires de ce service en matière de formation.</p> <p>c. La méthode de l'étude n'est pas précisée, mais il s'agit d'une étude quantitative.</p> |
| 2. Résumé | <p>À travers le résumé de l'article que l'on retrouve sous l'<i>Abstract</i>, nous retrouvons l'ensemble des sections du texte, tout en utilisant le format de résumé de la revue, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Introduction</i> : décrit brièvement le problème actuel en ce qui concerne la formation des intervenants dans un service d'urgence afin de prodiguer des soins de qualité envers les victimes de violences sexuelles. • <i>Méthode</i> : l'objectif de l'étude est clairement annoncé, en précisant le déroulement de l'étude en deux phases : évaluation des besoins des prestataires de soins d'urgence et mise en œuvre d'une intervention éducative (patients standardisés et simulation d'examen pelvien médico-légal). • <i>Résultats</i> : Résultats pertinents à l'étude énumérée (augmentation de la capacité des intervenants à prendre en soins une personne victime de violences sexuelles). • <i>Discussion</i> : Démontre l'importance d'une collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les SANE pour former les prestataires de services d'urgence aux soins aux patients victimes d'agressions sexuelles. |

| | |
|---------------------------------------|--|
| INTRODUCTION | |
| 3. Contexte- Connaissances | <p>Données épidémiologiques concernant le problème de l'étude : Une femme sur 5 et un homme sur 14 seront victimes d'un viol ou d'une tentative de viol au cours de leur vie. 65000 victimes par an ont été dénombrées dans les services d'urgence, lieu qui correspond donc au premier point de contact pour de nombreuses victimes d'agressions sexuelles.</p> <p>Les séquelles de violences sexuelles sont graves et durables. Elles comprennent des problèmes en termes de santé mentale et physique et constituent ainsi un problème d'atteinte aux droits de l'homme omniprésent aux États-Unis. En ce qui concerne la formation SANE, il a été démontré à travers des études antérieures qu'elle permettait aux survivants de se sentir plus pris en charge et humanisés lors des consultations à l'hôpital. Cependant, elles sont actuellement en nombre insuffisant dans le pays et sont par conséquent pas toujours disponibles en cas de besoin.</p> |
| 4. Problème local | <p>L'étude se déroule dans l'état de l'Illinois aux États-Unis. On dénombre en 2017, 5309 cas de viols signalés au Programme de déclaration uniforme de la criminalité de la police de l'Illinois. La formation insuffisante des prestataires non-SANE sur les besoins spécifiques des patients victimes de violences sexuelles peut entraîner de mauvais résultats en raison d'un langage blâmant les victimes, d'une prestation de soins médicaux inférieurs aux normes et d'une collecte de preuves médico-légales inadéquates. Selon, une étude antérieure, seuls 59,6% des services d'urgence de l'Illinois fournissent toujours des contraceptifs d'urgence et seulement 28% fournissent toujours une prophylaxie contre le VIH.</p> |
| 5. Amélioration visée | <p>a. L'objectif de l'intervention est d'éduquer / former les prestataires de soins d'un service d'urgence pour adultes d'un établissement universitaire urbain de l'Illinois afin de cibler leurs lacunes en matière de violences sexuelles. Cette formation est réalisée en collaboration avec des médecins et des infirmières SANE. Cette intervention éducative a pour but d'augmenter la capacité des personnes interrogées à éviter de retraumatiser les patients, à se sentir à l'aise pour effectuer des examens médico-légaux et à comprendre les lois et les politiques institutionnelles et du pays en matière de soins prodigués aux victimes de violences sexuelles.</p> <p>b. Suite à une étude faites dans l'état de l'Illinois en 2017, 5 309 cas de viols ont été signalés au Programme de déclaration uniforme de la criminalité de la police de l'Illinois. Cette étude démontre un problème médical crucial qu'il est important de prendre en considération afin d'améliorer la qualité des soins prodigués aux victimes d'agressions sexuelles.</p> |

| | |
|---|---|
| 6. Question de l'étude | La question principale d'amélioration et toutes les questions secondaires auxquelles l'étude d'intervention cherche à répondre n'est pas établit précisément. |
| METHODES | |
| 7. Questions éthiques | Une question éthique est ressortie à travers cette étude, celle de l'identification des participants. Ainsi, il a été spécifié que la participation à l'étude était anonyme et volontaire. |
| 8. Contexte | L'étude a été menée dans un service des urgences pour adultes d'une université urbaine de l'Illinois, avec une population composée d'infirmières non-SANE, de résidents en médecine d'urgence et de médecins traitants en médecine d'urgence. Cependant, comment ce service des urgences a été sélectionné n'est pas précisé dans l'étude. |
| 9. Planification de l'intervention | <p>a. En ce qui concerne l'évaluation des besoins, une enquête a été réalisée dans laquelle les participants devaient répondre à 23 questions à l'échelle type Likert avec des réponses en 5 points, allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord », et à 2 questions à réponse courte. Cette enquête a été envoyée par courrier électronique à tous les prestataires du service des urgences, par papier aux résidents des services d'urgence lors de leur conférence hebdomadaire et aux infirmières lors de leur réunion quotidienne.</p> <p>En ce qui concerne l'intervention éducative, elle s'est basée sur les lacunes en matière de formation identifiées dans l'enquête d'évaluation des besoins. L'intervention consistait en une conférence didactique de 2 heures, avec deux cas d'agressions sexuelles (patients simulés) de 20 minutes et une simulation d'examen pelvien médico-légal de 40 minutes. Le contenu de cette conférence didactique était basé sur les résultats de l'évaluation des besoins, sur les programmes standard des formations de 40 heures pour la certification en matière de défense des droits des victimes d'agressions sexuelles, sur les programmes standards des formations SANE et sur la déclaration de politique de l'American College of Emergency Physicians pour le traitement des patients victimes d'agressions sexuelles.</p> <p>Les deux cas de patients simulés ont été mis en scène par des psychologues scolaires qui ont été formés pour cet événement par le coordinateur SANE de l'Illinois, à la fois pour agir en tant que patients dans les cas et pour fournir un retour d'information aux participants sur leur histoire et leurs compétences linguistiques.</p> <p>La simulation consiste en une démonstration de 20 minutes de techniques d'examen pelvien, étape par étape, en mettant l'accent sur les différences entre un examen pelvien médical et un examen pelvien médico-légal. Les stratégies de collecte</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>de preuves ont été mises en évidence. Les participants ont ensuite eu 20 minutes pour pratiquer les étapes eux-mêmes, avec un retour d'information individuel du coordinateur SANE de l'Illinois. Des mannequins pelviens ont été utilisés à la fois pour la démonstration et la pratique ; chaque participant avait son propre mannequin pour la pratique.</p> <p>b. Les principaux facteurs qui ont contribué aux choix de l'intervention spécifique ne sont pas précisés dans l'étude.</p> <p>c. L'étude ne décrit pas la programmation initiale de la façon dont l'intervention devait être mise en œuvre.</p> |
| <p>10. Planification de l'étude de l'intervention</p> | <p>a. Les réponses à l'enquête envoyée par courriel ont été collectées et gérées à l'aide des outils de saisie électronique de données RED Cap. Les réponses à l'enquête papier ont été saisies manuellement dans RED Cap par les enquêteurs. Pour l'intervention éducative, elle a été mise au point grâce à une collaboration entre le coordinateur SANE de l'Illinois, un médecin de famille spécialisé dans la violence entre partenaires intimes, deux médecins d'urgence spécialisés dans le contenu éducatif et la directrice des services de défense et d'intervention de crise du YWCA Metropolitan Chicago.</p> <p>b. Les mécanismes par lesquels les composantes de l'intervention étaient censées provoquer des changements, et les dispositions pour tester la mise en œuvre effective de ces mécanismes ne pas décrits dans l'étude.</p> <p>c. L'étude n'identifie pas la conception de l'étude choisie pour mesurer l'impact de l'intervention sur les résultats primaires et secondaires.</p> <p>d. L'étude n'explique pas les règles mises en œuvre des aspects essentiels de la conception de l'étude choisie, comme décrit dans les recommandations de publication pour les conceptions spécifiques.</p> <p>e. La validité du contenu de l'enquête concernant l'évaluation des besoins a été établie par un processus interactif d'examen par deux médecins traitants en médecine d'urgence ayant une expertise en matière de contenu éducatif, le coordinateur SANE de l'Illinois et deux membres des services de soutien aux victimes de violences sexuelles du YWCA Metropolitan Chicago.</p> |
| <p>11. Méthodes d'évaluation</p> | <p>a. Pour les questions à échelle de type Likert de l'évaluation des besoins, elles ont été analysées à l'aide d'histogrammes comparant les distributions des réponses. Les comparaisons entre les groupes ont été effectuées en fonction du sexe et de l'expérience de travail avec des victimes d'agressions sexuelles.</p> <p>Pour l'intervention éducative, les questions à échelle de type Likert ont été analysées à l'aide d'histogrammes comparant les distributions des réponses dans l'enquête préalable et les distributions des réponses dans l'enquête postérieure.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>12. Analyse</p> | <p>b. Les efforts pour valider et tester la fiabilité des outils d'évaluation ne sont pas rapportés dans l'article.</p> <p>c. L'enquête sur l'évaluation des besoins a été diffusée par courrier électronique à 7 reprises.</p> <p>a. Que cela soit pour l'évaluation des besoins ou pour l'intervention éducative, la signification statistique des différences entre les distributions a été déterminée à l'aide du test de Wilcoxon. La signification statistique a été fixée a priori comme une valeur p bilatérale de $<0,05$. Tous les nettoyages et analyses de données ont été effectués en utilisant la version 15.1 de Stata.</p> <p>b. L'étude n'aligne pas l'unité d'analyse avec le niveau auquel l'intervention a été mise en œuvre.</p> <p>c. L'étude n'apporte pas d'information concernant le degré de variabilité attendue dans la mise en œuvre, le changement attendu pour le critère de jugement principal (taille de l'effet) et le potentiel de l'étude ainsi conçu pour détecter de tels effets.</p> <p>d. Aucune information n'est citée dans l'article afin de décrire les méthodes analytiques utilisées pour démontrer les effets du temps comme variable.</p> |
| <p>RESULTATS</p> <p>13. Résultats</p> | <p>a. Nature du contexte et de l'intervention d'amélioration</p> <p>i. Les participants étaient soit des infirmières non-SANE, des résidents en médecine d'urgence et des médecins traitants en médecine d'urgence. 95 membres du personnel des urgences ont répondu à l'enquête sur l'évaluation des besoins, dont 20 médecins traitants (taux de réponse de 71%), 34 résidents (taux de réponse de 53%) et 41 infirmières non-SANE (taux de réponse de 41%). Concernant l'intervention éducative, 35% étaient des résidents de première année, 24% étaient des résidents de deuxième année et 41% étaient des résidents de troisième année. 41% des participants avaient vu moins de cinq cas d'agressions sexuelles aux urgences.</p> <p><i>Évaluation des besoins</i> : 55% des répondants étaient des femmes, et 33 % étaient âgés de 36 ans ou plus. 47% des répondants avaient plus d'un an d'expérience de travail avec des survivants d'agressions sexuelles.</p> <p><i>Intervention éducative</i> : 50% des participants étaient des femmes, et toutes avaient entre 18 et 35 ans. 35% étaient des résidents de première année, 24 % étaient des résidents de deuxième année et 41 % étaient des résidents de troisième année. 41% des participants avaient vu moins de cinq cas d'agressions sexuelles aux urgences.</p> <p>ii. <i>Déroulement de l'intervention éducative</i> : La conférence de deux heures a été donnée par le coordinateur SANE de l'Illinois à tous les résidents participant à l'EM. Ensuite, les résidents ont alterné entre les cas de SP et la simulation</p> |

d'examen pelvien médico-légal. Pour évaluer l'efficacité de l'intervention, les résidents ont répondu à des enquêtes préalables et postérieures auto-administrées pour évaluer leurs connaissances et leur confort en matière de soins aux patients victimes d'agressions sexuelles. Ces enquêtes ont été élaborées en modifiant l'enquête initiale d'évaluation des besoins afin de cibler les objectifs de l'intervention éducative ; elles comprenaient chacune 11 questions à échelle de type Likert auxquelles on répondait sur une échelle allant de "pas du tout d'accord" à "tout à fait d'accord", ainsi que deux questions à réponse courte sur l'enquête préalable et une question à réponse courte sur l'enquête postérieure. Les résultats des enquêtes confidentielles ont été transcrits sur une feuille de calcul Excel par les enquêteurs, puis convertis en un ensemble de données Stata.

iii. L'étude ne spécifie pas le degré de réussite de la mise en œuvre des composantes de l'intervention.

iv. L'article ne décrit pas comment et pourquoi le plan initial a évolué, et les principales leçons tirées de cette évolution, en particulier les effets du retour interne des tests de changement (réflexivité).

b. Changements dans les processus de soins et l'état de santé des patients en rapport avec l'intervention

i. *Prise d'antécédents et le conseil* : Le pourcentage des résidents, affirmant avoir les connaissances sur les éléments spécifiques des antécédents à obtenir des patients victimes d'agressions sexuelles, est passé de 67% à 93% suite à l'intervention ($p < 0,05$). L'aisance pour conseiller les patients sur l'examen médico-légal a augmenté, passant de 41% à 86% ($p < 0,01$). Enfin, la confiance des participants, sur le fait d'éviter de retraumatiser les patients victimes de violences sexuelles par leurs paroles et leurs actes, est passée de 33% avant l'intervention à 80% après l'intervention ($p < 0,01$).

Conduite d'examens médico-légaux : Avant l'intervention, 50% des participants étaient à l'aise pour effectuer un examen génital sur des patients victimes d'agressions sexuelles, contre 80% des participants après l'intervention ($p < 0,05$). Et 87% d'entre eux se sentent à l'aise pour utiliser le kit de collecte de preuves de la police d'État de l'Illinois après l'intervention, contre 44% avant l'intervention ($p < 0,01$).

Les lois et les politiques : À la suite de l'intervention, les participants ont dit se sentir plus à l'aise pour répondre aux questions des patients concernant le paiement de la visite aux urgences (93% après l'intervention contre 17% avant l'intervention : $p < 0,01$). Par ailleurs, 73% d'entre eux peuvent affirmer connaître les politiques et procédures de l'hôpital en matière d'agressions sexuelles contre 17% avant l'intervention ($p < 0,01$).

ii. Les données relatives aux changements observés sur les mesures de l'état de santé des patients ne sont pas spécifiées dans l'étude.

| | |
|---------------------|--|
| | <p>iii. Bénéfices : 2 des 11 participants, qui ont fourni des réponses courtes, ont spécifiquement discuté des avantages de la participation aux cas de psychologues scolaires.</p> <p>iv. 9 des 11 participants qui ont fourni des réponses courtes ont écrit que l'intervention éducative les avait aidés à prendre soin des survivants. 5 d'entre eux ont commenté l'avantage de la simulation d'examen pelvien médico-légal. Bien que l'intervention éducative ait été une version condensée des programmes d'enseignements des SANE et des défenseurs, elle a pu tirer parti de cette collaboration interprofessionnelle pour améliorer de manière significative les connaissances des résidents des services d'urgence et leur confort en matière de soins aux patients victimes d'agressions sexuelles. Cette intervention a montré l'efficacité de l'utilisation de cours magistraux traditionnels et de cas/simulations de psychologues scolaires pour développer des compétences de communication centrées sur le patient, une étape nécessaire pour les résidents de médecine d'urgence, comme l'exige l'Accreditation Council for Graduate Medical Education</p> <p>v. La plupart des prestataires de soins d'urgence n'ont pas suivi la formation approfondie dispensée par les SANE, qui est nécessaire pour couvrir tous les aspects des soins aux patients victimes d'agressions sexuelles. Pour apprendre correctement les nuances de l'anamnèse, des soins médicaux, de l'examen médico-légal et des soins en cas de traumatismes, il faut des heures d'enseignements spécialisés, qui n'ont pas pu être réalisés dans cette étude.</p> |
| DISCUSSION | |
| 14. Synthèse | <p>a. L'évaluation des besoins a montré que les prestataires de ce service d'urgence étaient mal à l'aise avec de nombreux aspects des soins aux patients victimes d'agressions sexuelles, comme le fait d'éviter de retraumatiser et de procéder à des examens médico-légaux. Comme les SANE ne sont pas toujours disponibles lorsqu'il s'agit de procéder à un examen médico-légal et à une anamnèse d'agressions sexuelles, il est important que les prestataires de soins des urgences se sentent capables de le faire eux-mêmes en étant informés des traumatismes. Par conséquent, l'intervention éducative auprès des résidents des services d'urgence a mis l'accent sur les étapes spécifiques de l'examen médico-légal, les éléments spécifiques de l'histoire à obtenir et les méthodes pour éviter de retraumatiser les patients. Cette intervention a permis aux résidents de se sentir plus à l'aise pour éviter les retraumatismes, conseiller les patients sur l'examen médico-légal et effectuer l'examen médico-légal.</p> <p>b. Cette étude met en lumière la nécessité de former et d'embaucher davantage de SANE dans l'Illinois. Tout</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>d'abord, une telle mesure permettrait de surmonter l'obstacle du temps décrit par un grand nombre des personnes ayant répondu à l'enquête, car les SANE sont capables de fournir tous les aspects des soins aux survivants et peuvent se concentrer pleinement sur les survivants. Deuxièmement, bien que tous les prestataires devraient recevoir une formation de base sur les soins aux patients victimes d'agressions sexuelles, rien ne peut vraiment remplacer la formation spécialisée que reçoivent les SANE.</p> |
| <p>15. Lien avec d'autres éléments de preuves</p> | <p>La plupart des personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation des besoins ont indiqué que le temps est un obstacle important à la fourniture de soins aux patients victimes d'agressions sexuelles. De nombreuses personnes interrogées ont également indiqué que les patients victimes d'agressions sexuelles prennent du temps par rapport aux patients plus "critiques". Bien que ces questions ne puissent pas être entièrement traitées par une intervention éducative, les enquêtes préalables et postérieures ont montré une augmentation du pourcentage de résidents qui estiment avoir le temps de procéder à un examen médico-légal pour agressions sexuelles et une diminution de ceux qui estiment que les patients victimes d'agressions sexuelles prennent du temps aux patients plus "critiques".</p> |
| <p>16. Limitations</p> | <ul style="list-style-type: none"> a. L'étude est limitée par son statut de centre unique. b. Le biais de sélection de l'échantillon est inhérent au taux de réponse. c. Le risque d'érosion des gains au fil du temps, la description des plans de surveillances et de maintenances de l'amélioration ne sont énoncés. d. Les efforts réalisés pour réduire et tenir compte des faiblesses de l'étude ne sont pas explorés. e. L'étude est limitée par la petite taille de l'échantillon de l'intervention éducative ; les tests statistiques doivent donc être interprétés avec prudence. |
| <p>17. Interprétation</p> | <ul style="list-style-type: none"> a. L'étude n'explore pas les raisons possibles des différences entre les résultats observés et les résultats attendus. b. L'étude tire aucune conclusion en cohérence avec la puissance des données au sujet des mécanismes causaux et l'importance des changements observés, en accordant une attention particulière aux composantes de l'intervention et aux facteurs contextuels facilitateurs ayant déterminé l'efficacité (ou l'absence d'efficacité) de l'intervention, et les types de contextes dans lesquels cette intervention est plus susceptible d'être efficace. c. Les étapes qui pourraient être modifiées pour améliorer la performance future ne sont détaillées dans l'étude. d. L'étude n'examine pas les enjeux du coût d'opportunité et de coût financier réel de l'intervention. |

| | |
|--|--|
| 18. Conclusion | <p>a. L'évaluation des lacunes identifiées dans l'évaluation des besoins a permis de créer une intervention éducative interprofessionnelle dirigée par les SANE qui a ciblé les besoins spécifiques de ces prestataires, ce qui a conduit à une augmentation de leurs connaissances et de leur confort en matière de soins aux patients victimes d'agressions sexuelles. Par conséquent, l'étude souligne la nécessité d'élargir les rangs des SANE dans l'Illinois et dans tout le pays pour répondre à la fois aux besoins de soins des survivants et aux besoins éducatifs des prestataires de services d'urgence.</p> <p>b. L'identification des problèmes au cours de l'étude est répandue dans tout le pays. Ainsi, l'étude encourage d'autres systèmes hospitaliers à mettre en œuvre des évaluations des besoins et des interventions éducatives similaires.</p> |
| AUTRES INFORMATIONS 19. Financement | <p>La réalisation de l'étude a été possible grâce au financement du programme de subvention à la diversité de la division des sciences biologiques de l'Université de Chicago.</p> |

Article 9 : Du Mont, J., White, D. & McGregor, M. J. (2008). Investigating the medical forensic examination from the perspectives of sexually assaulted women. *Social Science & Medicine*, 68, 774-780. [doi:10.1016/j.socscimed.2008.11.010](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.11.010)

| No. Item | Étude | Pages/parties |
|--|--|--------------------------|
| Grille de lecture COREQ – étude qualitative | | |
| Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion | | |
| <i>Caractéristiques personnelles</i> | | |
| 1. Enquêteur / Animateur | Janice Du Mont, Deborah White et Margaret J. McGregor sont les auteures de l'article. Les entretiens ont été quant à eux menés par trois conseillers avec beaucoup d'expériences dans le domaine et préalablement évalués lors d'un « entretien factice ». | Abstract et Method |
| 2. Titres académiques | Janice Du Mont : le degré n'est pas décrit mais elle est boursière comme « nouveau chercheur des IRSC en genre et santé » et est soutenue par la Fondation Atkinson. Deborah White : le degré n'est pas décrit mais elle est affiliée au département de sociologie, Université Trent, Peterborough, Ontario, Canada. Margaret J. McGregor : le degré n'est pas décrit mais elle est boursière en tant que chercheur clinicien communautaire de la Vancouver Foundation et est soutenue par le Centre for Health Services and Policy Research de l'Université de la Colombie-Britannique et le Département de médecine familiale, département de gériatrie. | Abstract (or Paragraphe) |

| | | |
|------------------------------|---|--------------------------|
| 3. Activité | <p>Janice Du Mont : le poste occupé durant l'étude n'est pas décrit mais elle est Boursière comme « nouveau chercheur des IRSC en genre et santé » et est soutenue par la Fondation Atkinson.</p> <p>Deborah White : le poste occupé durant l'étude n'est pas décrit mais elle est affiliée au département de sociologie, Université Trent, Peterborough, Ontario, Canada.</p> <p>Margaret J. McGregor : le poste occupé durant l'étude n'est pas décrit mais elle est boursière en tant que chercheur clinicien communautaire de la Vancouver Foundation et est soutenue par le Centre for Health Services and Policy Research de l'Université de la Colombie-Britannique et le Département de médecine familiale, département de gériatrie.</p> | Abstract (or Paragraph) |
| 4. Genre | Les chercheurs sont toutes des femmes | Titre (page n°1) |
| 5. Expériences et formations | <p>Il est noté que leurs affiliations sont :</p> <p>Janice Du Mont : elle est Boursière comme « nouveau chercheur des IRSC en genre et santé » et est soutenue par la Fondation Atkinson</p> <p>Deborah White : elle est affiliée au département de sociologie, Université Trent, Peterborough, Ontario, Canada.</p> | Abstract (or Paragraphe) |

| | | |
|---|--|---------|
| | Margaret J. McGregor : elle est boursière en tant que chercheur clinicien communautaire de la Vancouver Foundation et est soutenue par le Centre for Health Services and Policy Research de l'Université de la Colombie-Britannique et le Département de médecine familiale, département de gériatrie. | |
| <i>Relations avec les participants</i> | | |
| 6. Relation antérieure | Il n'y avait pas de relations établies lors du début de l'étude. Du moins ce n'est pas décrit dans le texte. | N/A |
| 7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Ce n'est pas décrit si les participantes avaient des informations concernant les chercheuses. | N/A |
| 8. Caractéristiques de l'enquêteur | Aucune information | N/A |
| Domaine 2 : Conception de l'étude | | |
| <i>Cadre théorique</i> | | |
| 9. Orientation méthodologique et théorie | Entretien semi-structuré mixte avec des questions ouvertes et fermées, face à face avec les conseillers. Mais aussi avec une analyse de contenu pour la véracité des propos. Et enfin un questionnaire pour orienter les chercheurs sur des données démographiques. | Méthode |
| <i>Sélection des participants</i> | | |
| 10. Échantillonnage | Il s'agissait d'un échantillonnage visé. Les chercheurs ont contacté des | Méthode |

| | | |
|-------------------------------------|---|-----------|
| | centres bien précis pour avoir des femmes avec des caractéristiques bien précises. | |
| 11. Prise de contact | D'abord les chercheuses ont contacté les centres choisis (4) via leurs « provincial network » en leurs expliquant le but de l'étude suivi par un e-mail. Et ensuite les interviews ont été réalisés face à face. | Méthode |
| 12. Taille de l'échantillon | N = 19 | Résultats |
| 13. Non-participation | Ce n'est pas précisé combien, il est juste noté que beaucoup ne sont pas retournés au centre après leur première visite et / ou ont déménagé ou changé leur numéro de téléphone. Par exemple, plusieurs fois une femme a accepté d'être interviewée mais a ensuite changé d'avis. | Méthode |
| <i>Contexte</i> | | |
| 14. Cadre de la collecte de données | Pas de précision concernant le lieu où les entretiens ont été menés. | N/A |
| 15. Présence de non-participants | Pas de notion d'autres personnes entourant les chercheurs dans l'étude | N/A |
| 16. Description de l'échantillon | Les données ont été récoltées au printemps 2002. Données démographiques : N=15 de nationalité Canadienne, mais encore à Hong Kong, au Brunei Darussalam et Brazil. Date : Être allée à un centre moins de 72H après une agression Age : 17 à 46 ans | Résultats |

| | | |
|----------------------------------|--|----------------|
| <p><i>Recueil de données</i></p> | <p>Situation des femmes : N=10 étaient célibataires N=12 ont été amenées dans les centres par la police N=13 avaient subi une blessure. La plupart ont déclaré avoir reçu des conseils de situation de crise (n=12) et se voir proposer et accepter un traitement prophylactique pour une éventuelle grossesse (n=11) et des IST (n=15).</p> | |
| <p>17. Guide d'entretien</p> | <p>Les entretiens face à face avec questions mixtes (ouvertes et fermées) ont été menés par 3 conseillers ayant de l'expérience dans le domaine et préalablement évalués lors d'un « entretien factice ». Les conseillers chargés des interviews ont également reçu un guide d'entretien complet contenant des instructions détaillées qui soulignaient la nécessité de protéger le bien-être des participants et d'appeler les femmes quelques jours après l'entretien pour s'assurer qu'elles n'avaient pas souffert. En cas de détresse, les enquêteurs recevaient également les noms des thérapeutes de la région qui pouvaient fournir gratuitement des conseils de suivi. Avant d'être interviewées, les participantes devaient lire une fiche d'informations expliquant la nature de l'entrevue ainsi que le but et les utilisations futures de la recherche.</p> | <p>Méthode</p> |

| | | |
|--|--|---------------------|
| 18. Entretiens répétés | Les entretiens n'étaient menés qu'une seule fois | Méthode |
| 19. Enregistrement audio/visuel | Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits manuellement. | Méthode |
| 20. Cahier de terrain | Aucune information | N/A |
| 21. Durée | Les entretiens ont duré environ 1 à 1h30 | Méthode |
| 22. Seuil de saturation | La saturation de données n'a pas été discutée étant donné le petit échantillon (N=19). | N/A |
| 23. Retour des retranscriptions | Il est écrit dans l'étude que l'exactitude des transcriptions a été vérifiée. Mais aussi que deux auteurs ont lu chaque transcription d'entrevue deux fois. | Méthode |
| Domaine 3 : Analyse et résultats | | |
| <i>Analyse de données</i> | | |
| 24. Nombre de personnes codant les données | Aucune information | N/A |
| 25. Description de l'arbre de codage | Il y avait bien un arbre de codage (coding tree). Les extraits des entretiens transcrits ont été codés en deux grands thèmes, « Attentes » et « Expériences ». Les auteurs ont construit une grille de contenu à trois colonnes pour l'interprétation des données quantitatives et aussi qualitatives. | Abstract et Méthode |
| 26. Détermination des thèmes | Oui mais c'est uniquement mentionné que parmi les 2 branches principales, il y avait des sous-sujets. | Méthode |

| | | |
|--|--|-----------------------|
| 27. Logiciel | Aucune information | N/A |
| 28. Vérification des participants | Non | N/A |
| <i>Rédaction</i> | | |
| 29. Citations présentées | Il y a bien les citations des participantes afin d'illustrer leurs propos. Toutes les citations sont bien identifiées via un numéro. | Résultats |
| 30. Cohérence des données et des résultats | Ce n'est pas clairement exprimé. | N/A |
| 31. Clarté des thèmes principaux | Oui, séparée en deux thèmes : Attentes et expériences. | Résultats |
| 32. Clarté des thèmes secondaires | Parmi les deux grands thèmes principaux, les auteurs ont retrouvé une série de sujets dérivant de ceux principaux, le tout a été discuté dans « Results ». | Abstract et Résultats |

9.3. Tableau des thèmes des articles

| Références études sélectionnées | Soins médicaux | | | | | Soins relationnels | | | | |
|---------------------------------|----------------|-----|-----------|---|-----------------|-----------------------|--|---|--|---------------------------------|
| | IST | VIH | Grossesse | Collecte de preuve/examen médico-légaux | Examen clinique | Parler de l'agression | Collaboration avec les forces de l'ordre | Empathie/sensible à l'état émotionnel de la victime | Expliquer le processus d'examen et/ou le rôle des SANE | Respect du rythme de la victime |
| Campbell et al., 2006 | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Fehler-Cabral et al., 2011 | | | | X | | X | X | X | X | |
| Nielson et al., 2015 | X | | | X | | | | X | | |
| Patterson et al., 2006 | X | X | X | | | | | X | | X |
| Campbell et al., 2008 | | | | | X | | | X | X | X |
| Cowley et al., 2014 | X | X | X | X | X | | X | X | X | |
| Henninger et al., 2020 | | | | | | X | X | X | X | X |
| Chandramani et al., 2020 | X | | | X | X | | | X | | |
| Du Mont et al., 2008 | X | X | X | X | X | | X | X | | X |