

Les plus-values des infirmières examinatrices en matière d'agression sexuelle dans la prise en soins des femmes victimes de violence sexuelle aux urgences

Travail de Bachelor

Sonia DA SILVA DE ALMEIDA

N° matricule : 17-597-451

Mariana FERREIRA DE ALMEIDA

N° matricule : 21-633-805

Lisa FIGOLS

N° matricule : 08-323-693

Directrice : Marion PEYROT - Infirmière spécialisée en Santé mental et psychiatrie et chargée de cours – Haute École de Santé de Genève.

Membre du jury : Vera LOURENCO – Infirmière aux urgences gynécologiques et obstétricales – Hôpitaux Universitaires de Genève.

Septembre, 2024

Filière soins infirmiers
Haute école de santé de Genève

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. Les formes d'Intelligence Artificielle utilisées sont mentionnées dans le travail ».

Fait à Genève, le 30 septembre 2024

Sonia DA SILVA DE ALMEIDA



Mariana FERREIRA DE ALMEIDA



Lisa FIGOLS



REMERCIEMENTS

Nous souhaitons exprimer notre gratitude envers toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de ce travail de Bachelor.

Tout d'abord, nous adressons nos remerciements les plus sincères à Mme PEYROT, notre directrice de Bachelor, pour son soutien, son écoute, ses conseils et ses encouragements. Son accompagnement a été essentiel durant nos réflexions, nos recherches, et la rédaction de ce travail final.

Nous tenons également à remercier Mme LOURENCO d'avoir pris de son temps et d'avoir accepté de faire partie de ce travail en tant que jurée lors de la soutenance orale.

Un grand merci à nos proches pour leur présence durant ces trois années de formation. Leur soutien pendant nos études et lors de la rédaction de ce travail de bachelor nous a été d'une aide précieuse.

Enfin, nous exprimons notre reconnaissance à nos camarades de promotion, en particulier à Jelena ELEZOVIC et Imrane ERB, pour leur aide et leur collaboration tout au long de ces années riches en émotions.

Avertissements :

- L'IA *ChatGPT* a été utilisée dans ce travail de bachelor, plus particulièrement dans la discussion, en tant qu'aide pour la reformulation et nous a permis d'avoir des idées de structures. Néanmoins, l'utilisation de l'IA n'enlève en rien notre réflexion, compréhension et rédaction de l'écrit de ce travail de Bachelor.
- Afin d'alléger la lecture de ce travail, nous avons décidé d'utiliser le féminin pour parler des infirmières ainsi que des victimes de violences sexuelles puisqu'elles celles-ci sont majoritairement représentées par des femmes.

RÉSUMÉ

Thème : La prise en soins aux urgences des femmes victimes d'agression sexuelle par des infirmières examinatrices en matière d'agression sexuelle

Problématique : Les femmes du monde entier sont victimes de violences sexuelles depuis des années. Ces agressions sexuelles engendrent de multiples conséquences, tant sur le plan physique que psychologique, se répercutant sur leur état de santé à court et long terme. Une prise en soins appropriée est nécessaire pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle.

Méthode : La recherche des articles scientifiques s'est appuyée sur deux bases de données *PubMed* et *CINHAL*, entre décembre 2023 et juin 2024. Une grille *PICO* (tableau 1) a permis de faire émerger les concepts centraux de notre problématique. Les neuf articles, dont deux trouvés par effet boule de neige, ont été sélectionnés suite à la lecture du titre, de l'abstract et de l'article en entier, et selon les critères d'inclusion et d'exclusion (tableau 4).

Résultats : Les études retenues ont démontré que la formation des infirmières examinatrices en matière d'agression sexuelle représente une plus-value dans la prise en soins des victimes d'agression sexuelle, au sein des services d'urgences et d'autres services médicaux, en termes d'écoute, de soins techniques, de suivi post-agression et d'apport théorique auprès des autres professionnels de santé.

Discussion/Conclusion : La mise en lien avec la théorie de J. Watson, le *Human Caring*, met en lumière les bienfaits de la formation des infirmières examinatrices en matière d'agression sexuelle dans la prise en soins des victimes d'agression sexuelle.

Mots-clés : urgences ; violences sexuelles ; prises en soins ; infirmières examinatrices en matière d'agression sexuelle ; femmes victimes.

Keys words : Emergency ; sexual violence ; care ; sexual assault nurse examiner ; female victim.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AS	Agression Sexuelle
GHB	acide Gamma-HydroxyButyrique
HCEfn	Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes
HEdS	Haute Ecole de Santé de Genève
HUG	Hôpitaux Universitaire de Genève
IA	Intelligence Artificielle
ISPECK	Kit de collecte de preuve de la police de l'État de l'Illinois
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MDT	Multidisciplinary Team
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PSCR	Provider Sexual Crime Reporting
SANE	Sexual Assault Nurse Examiner
TIC	Trauma Informed Care
UIMPV	Unité Interdisciplinaire de Médecine et de Prévention de la Violence
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Acronyme <i>PICO</i>	34
Tableau 2. Mots clés pour la recherche littéraire	35
Tableau 3. Équation de recherche	36
Tableau 4. Critères d'éligibilité des études	38
Tableau 5. Niveaux de preuve	43
Tableau 6. Thèmes et sous-thèmes des article.	49
Tableau 7. Tableau comparatif entre l'ancrage théorique et les interventions SANE ...	79
Tableau 8. Synthèse de l'analyse critique des articles retenus.	112

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	40
Figure 2. Pyramide des niveaux de preuve selon (Polit & Beck, 2021)	44

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	ii
Remerciements	iii
Résumé	iv
Liste des abréviations	v
Liste des tableaux	v
Liste des figures	v
Table des matières	6
Introduction	9
1. Problématique	11
1.1. À l'échelle mondiale	11
1.2. À l'échelle européenne	12
1.3. À l'échelle suisse	12
1.4. Question de recherche initiale	13
2. État des connaissances	15
2.1. Concepts clés	15
2.1.1. Violence sexuelles	15
2.1.2. Sexe et genre féminin	17
2.1.3. Soins infirmiers	18
2.1.4. Services d'urgences	19
2.2. Prise en soins des victimes d'agression sexuelle	19
2.3. Mécanisme déclencheurs des violences sexuelles	22
2.4. Conséquences des violences sexuelles	23
2.4.1. Conséquences physiques	23
2.4.2. Conséquences psychologiques	24
2.4.3. Conséquences économique et sociales	25
3. Modèle théorique	27
3.1. Théorie du <i>Human Caring</i> de J. Watson	27
3.2. Ancrage disciplinaire	28
3.2.1. Métaconcepts	28
3.3. Facteurs caratifs	29
3.4. Mise en lien avec la problématique	30
3.5. Question de recherche finale	32
4. Méthode	34
4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	34

4.2.	Diagramme de flux.....	40
4.3.	Références des articles retenus	41
5.	Résultats	43
5.1.	Niveaux de preuves	43
5.1.1.	Pyramide de preuve	44
5.1.2.	Grilles de lecture.....	45
5.2.	Analyse critique des articles retenus	45
5.3.	Thèmes et sous-thèmes	48
6.	Discussion	51
6.1.	Prise en soins après une agression sexuelle	52
6.1.1.	Prise en soins générale	52
6.1.2.	Prise en soins et rôle des SANE	53
6.1.3.	Soins médicaux	55
6.1.4.	Soins relationnels	58
6.1.5.	Suivi de sortie	62
6.2.	Impact des interventions et vécu des victimes	63
6.2.1.	Impact psychologique et émotionnel des intervention sur les victimes ...	63
6.2.2.	Expérience et perceptions des victimes concernant la prise en soins SANE.....	64
6.3.	Collaboration interdisciplinaire	66
6.3.1.	Collaboration avec le réseau socio-sanitaire	66
6.3.2.	Collaboration avec les forces de l'ordre	68
6.4.	Obstacles à la prise en soins des victimes d'agression sexuelle	69
6.4.1.	Obstacle à la prise en soins	69
6.4.2.	Obstacle dans la mise en œuvre des interventions SANE.....	72
6.5.	Plus-value des SANE	74
6.5.1.	Plus-value des SANE dans la prise en soins des victimes d'agression sexuelle.....	74
6.5.2.	Importance de la formation et de la standardisation des soins SANE.....	77
7.	Conclusion	84
7.1.	Recommandations.....	85
7.1.1.	Clinique.....	85
7.1.2.	Recherche	86
7.1.3.	Enseignement.....	87
7.2.	Limites et apports du travail.....	89
	Note de fin.....	90
8.	Références.....	91

9. Annexes	101
9.1. Image de références.....	101
9.2. Protocole de prise en charge des femmes et des enfants victimes d'agression sexuelle.....	102
9.3. Tableau analytique	112
9.4. Grilles de lecture.....	178
9.5. Articles scientifiques	214

INTRODUCTION

Les violences sexuelles constituent un problème majeur de santé publique, touchant des millions de femmes à travers le monde (Organisation des Nations Unies 2021; Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2021a). Ces actes ont des conséquences dévastatrices sur la santé physique et psychologique des victimes d'agression sexuelle (AS) (Amnesty International, 2020). Dans ce contexte, le secteur de la santé devrait jouer un rôle d'une importance centrale auprès de ces victimes, en leur offrant des services complets et de qualité, et ayant pour mission de répondre aux besoins de celles-ci avec empathie et sans porter de jugement moral (Organisation Mondiale de la Santé 2021a).

En prenant connaissance de ces éléments, notre travail s'est donc axé dans un premier temps sur la compréhension du rôle infirmier auprès des patientes victimes d'AS, au travers d'une question de recherche initiale : « Comment les infirmières peuvent-elles fournir des soins holistiques et efficaces aux victimes de violences sexuelles, tout en respectant leur dignité et en répondant à leurs besoins spécifiques sur les plans psychologique, physique, social, environnemental et spirituel ? ».

L'exploration de cette question nous a ensuite permis de formuler une question de recherche finale, qui s'est centrée sur le rôle des infirmières examinatrices en agression sexuelle (Sexual Assault Nurse Examiners – SANE), ayant reçu une formation spécialisée dans la prise en soins des victimes d'AS. La question de recherche finale de ce travail est : « Comment le *Human Caring* de J. Watson met-il en lumière la plus-value des interventions des infirmières examinatrices en agression sexuelle (SANE) lors de l'accueil et la prise en soins des femmes victimes de violences sexuelles aux urgences ? ». Cette question vise à explorer et à comprendre l'impact des SANE sur la qualité des soins offerts aux victimes, en mettant l'accent sur les aspects cliniques, émotionnels et interdisciplinaire de leur prise en soins.

Pour aborder cette question, ce travail se structure en plusieurs chapitres. Le premier chapitre présente la problématique des violences sexuelles à différentes échelles géographiques et leurs principales conséquences pour les victimes. Le second chapitre offre un état des connaissances actuelles sur les concepts clé liés aux violences sexuelles, aux soins infirmiers et aux services d'urgences. Le troisième chapitre développe le cadre théorique basé sur la théorie du *Human Caring* de J. Watson et son application à la problématique étudiée. La méthodologie de recherche est détaillée dans le quatrième chapitre, incluant les sources d'information et la stratégie de recherche documentaire.

Les résultats de cette recherche sont présentés dans le cinquième chapitre, avec une synthèse sous forme de tableau des thèmes émergents. Enfin, la discussion met en lumière les implications pratiques des interventions des SANE, ainsi que les expériences des victimes et la coordination interdisciplinaire des soins. La conclusion propose des recommandations pour la pratique clinique, la recherche et l'enseignement, afin d'améliorer la prise en soins des victimes de violences sexuelles.

Ce travail vise à contribuer à une meilleure compréhension des pratiques infirmières dans le contexte des violences sexuelles, en mettant en avant le rôle essentiel des SANE dans l'accueil et le soutien des femmes victimes.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1. À l'échelle mondiale

L'OMS indique que la violence à l'égard des femmes, qu'il s'agisse de violences physiques au sein du couple ou de violences sexuelles, en plus de constituer un problème de santé majeur, est également une violation des droits fondamentaux des femmes dans le monde. L'OMS estime qu'à l'échelle mondiale, 35% des femmes, soit près d'une femme sur trois, indiquent avoir subi des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire intime ou de quelqu'un d'autre au cours de leur vie. Dans la majorité des cas, cette violence est le fait d'un partenaire intime. Près de 30% des femmes qui ont eu des relations de couple signalent avoir subi une forme de violence physique et/ou sexuelle de la part de leur partenaire intime au cours de leur vie (OMS, 2021a).

Dans le monde, 641 millions de femmes ayant été ou étant mariées ou en couple, âgées de 15 ans ou plus, ont été victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au moins une fois au cours de leur vie, dont 245 millions en 2018 (Organisation des Nations Unies, 2021). Un rapport d'estimation de la prévalence des violences à l'encontre des femmes de l'OMS datant de 2018 indique qu'une femme sur cent dans le monde a subi des violences sexuelles de la part d'une personne autre que son partenaire. Cependant, ce rapport mentionne que la prévalence réelle de la violence sexuelle par un non-partenaire est probablement bien plus élevée. En effet, il faut prendre en compte la stigmatisation liée à cette forme de violence, particulièrement dans les pays ayant des cultures patriarcales et traditionnelles, où une dénonciation des violences est associée à une peur d'être blâmée et souvent à des répercussions graves pour la victime (OMS, 2021b, p.17).

Aux États-Unis, une augmentation de 1533% des consultations aux urgences entre 2006 (3'607 consultations) et 2019 (55'296 consultations) concernant les agressions sexuelles a été constatée contre 23% d'augmentation pour toutes autres causes confondues (Vogt et al., 2022).

Dans la majorité des cas, les actes de violence sexuelle sont commis par des hommes à l'encontre des femmes (OMS, 2021a). En octobre 2017, le mouvement « *MeToo* », ayant pour but de soutenir les victimes de violences sexuelles a pris une ampleur globale grâce à l'hashtag « *MeToo* ». Cela a permis à de nombreuses victimes à travers le monde de prendre la parole sur leurs expériences d'agression sexuelle (Global fund for Women, 2024). Ce mouvement a contribué à lever le silence sur l'ampleur du phénomène des violences sexuelles à l'échelle mondiale, puisqu'il s'est

répandu dans 85 pays avec plusieurs millions de tweets postés sur les réseaux sociaux durant les six premiers mois suivant le début du *#MeToo* (Harvard international review, 2024).

Lancé initialement par des étudiantes réparties dans plusieurs pays, ce mouvement vise à dénoncer des situations de violence sexuelle vécues personnellement, notamment le harcèlement de rue (Albenga & Dagorn, 2019) ou la « culture du viol », caractérisée entre autres par la stigmatisation de la violence sexuelle (Nahoum-Grappe, 2019). Plus les actes sont perçus comme « normaux » et reproduits par de nombreuses personnes, plus la violence sexuelle est jugée « légitime » et « banale ». De plus, les agressions sexuelles, en particulier les viols, ont tendance à incriminer la victime, la qualifiant de « sale », ce qui augmente la « dévalorisation » des victimes, faits dénoncés majoritairement dans le mouvement *#MeToo* (Nahoum-Grappe, 2019).

1.2. À l'échelle européenne

En Europe, on constate (Image 1) une nette augmentation des dénonciations des cas de violences sexuelles, en particulier en 2017. Cette augmentation s'inscrit dans le contexte de la forte médiatisation du mouvement international *#MeToo* (Insee, 2021).

En 2018, 348 000 plaintes pour violences sexuelles ont été enregistrées par les forces de sécurité, dans les 28 pays de l'Union européenne, dont un tiers représente des viols. Cela représente en moyenne 68 personnes pour 100 000 habitants qui ont déposé plainte. Neuf victimes sur dix sont des femmes et 97,6% de leurs agresseurs sont des hommes. Sur la période de 2014 à 2018, une augmentation de 98% des agressions sexuelles ont été enregistrées au Royaume-Uni ainsi qu'une hausse de 60% en France contre une hausse 23% en Allemagne et une hausse de 13% en Italie et en Belgique (Insee, 2021). À Paris en 2015, une étude sur le harcèlement sexiste et les violences sexuelles dans les transports en commun a été menée par le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes [HCEfn] démontrant que 100% des femmes ont vécu au moins une fois dans leur vie du harcèlement sexiste ou une agression sexuelle et plus de 50% d'entre elles avaient moins de 18 ans au moment des faits (HCEfn, 2015).

1.3. À l'échelle suisse

En Suisse, en 2022, 867 infractions pour viol ont été recensées, dont 210 commises sur des mineurs (Office fédéral de la statistique, 2023).

L'institut de sondage Gesellschaft für Sozialforschung (Société pour la recherche sociale), dans une enquête de 2019 sur le harcèlement sexuel et les violences sexuelles, indique que 22% des femmes interviewées ont déclaré avoir subi des actes sexuels non-consentis. De plus, 59% des répondantes, tous groupes d'âge confondu, ont déjà subi différentes formes de harcèlement sexuel, les plus répandues étant les contacts, étreintes ou baisers non-sollicités, et 6% estiment que la question de savoir si elles ont subi des violences sexuelles ou non est difficile à déterminer. L'enquête estime que 430 000 femmes de 16 ans et plus en Suisse ont subi un rapport sexuel contre leur volonté. 49% des femmes concernées affirment avoir gardé l'incident pour elles, 51% en avoir parlé à des amis ou à des personnes de leur entourage. Seulement 11% des femmes concernées se sont rendues dans un centre de conseil, bien que 45% de l'ensemble des femmes connaissent des centres dans leur région. 10% des femmes concernées ont signalé l'incident à la police et 8% ont déposé une plainte pénale. Dans 68% des cas, les victimes connaissaient leur agresseur (Golder et al., 2019).

Selon une étude menée au sein du service des urgences obstétriques et gynécologiques des hôpitaux universitaires de Genève et de Lausanne, 58% des victimes connaissent leur agresseur sexuel, dont 53% est soit un ami ou soit un collègue, 17% est un partenaire intime actuel, 9% est un ex-partenaire et 3% est un membre de la famille (Cottler-Casanova et al., 2023).

Chaque année, les urgences gynéco-obstétricales des Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG] accueillent 150 personnes pour un constat d'AS (Trabichet, 2024).

La Suisse a ratifié en 2017 la convention d'Istanbul du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Cette convention définit les violences à l'égard des femmes comme étant tout acte de violence fondé sur le genre entraînant ou susceptible d'entraîner pour les femmes des dommages ou souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique. La Suisse condamne ainsi pénalement toute forme de violence à l'égard des femmes (Fedlex, 2022).

1.4. Question de recherche initiale

Tous les éléments précédemment énoncés permettent de statuer que les violences sexuelles consistent un problème de santé publique majeur, aussi bien à l'échelle mondiale qu'à l'échelle nationale, pouvant avoir des conséquences graves et multiples sur la santé des femmes, principales victimes. Ces conséquences peuvent aussi bien être physiques, que psychologiques, que sociales ou encore économiques

(Amnesty International, 2020a). Elles incluent des troubles de stress post-traumatique, des stigmates sociaux importants et des tentatives de suicide. En effet, dans le monde, c'est 42% des victimes de violences sexuelles qui ont déjà fait une tentative de suicide (United Nations International Children's Emergency Fund, s. d.). Ces impacts soulignent l'urgence de fournir un soutien adéquat et des soins appropriés aux victimes pour atténuer ces effets dévastateurs.

Dans ce contexte, il semble donc pertinent de se questionner sur la façon dont ces femmes sont prises en soins par les professionnels de santé, et plus spécifiquement par les infirmières lorsqu'elles consultent à la suite de ces violences. Comment les infirmières peuvent répondre aux besoins spécifiques de cette population vulnérable tout en respectant leur dignité et en leur offrant un environnement de guérison sécurisant et bienveillant ? Quelles sont les pratiques actuelles en matière de soins infirmiers pour les victimes de violences sexuelles et dans quelle mesure ces pratiques sont-elles efficaces et adaptées ? Existe-t-il des lacunes dans les soins fournis qui pourraient être comblées par des approches plus holistiques ou des interventions spécifiques ?

En examinant ces questions, nous pourrions mieux comprendre le rôle des infirmières dans l'accompagnement des victimes de violences sexuelles et identifier les meilleures pratiques pour assurer une prise en soins optimale. Ainsi, la question initiale de ce travail s'articule autour de :

« Comment les infirmières peuvent-elles fournir des soins holistiques et efficaces aux victimes de violences sexuelles, tout en respectant leur dignité et en répondant à leurs besoins spécifiques sur les plans psychologique, physique, social, environnemental et spirituel ? »

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1. Concepts clés

Dans ce chapitre, les concepts clés liés à la problématique vont être présentés et expliqués afin de formuler une question de recherche pertinente.

2.1.1. Violence sexuelles

La violence est définie comme « le fait d'agir sur quelqu'un ou de le faire agir contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation » (Michaud, 2014). Il existe cinq types de violences différentes (Conseil de l'Europe, 2024) :

- Violences physiques ;
- Violences verbales ;
- Violences psychologiques ;
- Violences socio-économiques ;
- Violences sexuelles.

L'OMS définit la violence sexuelle comme étant tout acte sexuel, tentative d'acte sexuel, ou autre acte exercé contre la sexualité d'une personne en utilisant la force, quelle que soit la relation avec la victime et indépendamment du contexte. Cela englobe le viol, qui est défini comme une pénétration avec usage de force physique ou tout autre moyen de coercition, que ce soit de la vulve, de l'anus ou autres parties du corps, au moyen du pénis ou d'un objet. Cette définition de la violence sexuelle inclut également les tentatives de viol, les contacts sexuels non-consentis et les autres moyens de coercition s'exerçant sans contact physique (OMS, 2021a).

Les violences sexuelles comprennent donc tout acte sexuel commis avec violence, contrainte, menace ou surprise. La violence peut être physique, comme l'usage de force, les coups ou la douleur infligée à la victime. Elle peut également être psychologique, par des cris, des insultes ou des ordres. La contrainte, qui peut se confondre avec la violence, peut être physique ou morale. La contrainte physique oblige la victime à avoir certains gestes ou au contraire empêche de les avoir, sans nécessairement donner de coups. La contrainte morale inclut les stratagèmes et la pression psychologique, comme l'abus d'autorité ou de la vulnérabilité de la victime, en raison par exemple de son âge ou de son état de santé. La menace est une forme de contrainte morale où l'agresseur oblige la victime à avoir des rapports sexuels, sous peine de représailles ou de vengeance. La notion de surprise est plus complexe et peut inclure le mensonge sur des éléments conditionnant la relation sexuelle, comme lorsque

l'auteur trompe la victime afin d'obtenir son consentement dans le but d'avoir une relation sexuelle. La notion de surprise peut également faire référence à une incapacité à exprimer son refus, comme dans le cas où la victime dormirait, serait inconsciente ou ivre, ou n'ayant pas la capacité de discernement nécessaire pour comprendre les actes qu'elle subit (Information Violences Sexuelles, s. d.). Une forme courante de surprise dans le contexte des violences sexuelles est l'utilisation de Gamma-Hydrobutyrate (GHB), communément appelé « drogue du violeur ». Souvent ajouté dans le verre de la victime à son insu, et étant inodore et incolore, le GHB permet une soumission chimique de la victime, en raison de ses effets euphorisants, sédatifs, et fréquemment amnésiants, facilitant ainsi une agression sexuelle (Crips Île de France, 2023). La soumission chimique correspond à l'administration de substances psychoactives à des fins criminelles, comme le viol, à l'insu de la victime ou sous la menace (Centre d'addictovigilance de Paris, 2021).

Les violences sexuelles englobent le harcèlement sexuel et les agressions sexuelles. Le harcèlement sexuel inclut le fait d'être confronté à un exhibitionniste ou un voyeur, d'être suivi dans la rue, abordé sous prétexte de drague, de recevoir des propos ou remarques obscènes, des mimes de gestes sexuels ou d'images pornographiques non-sollicités, et d'être l'objet de propositions sexuelles insistantes malgré le refus. Ce sont des actes à caractère sexuel sans contact corporel (Brown et al., 2020, p.70). Il existe également différents types de harcèlements virtuels comme le « revenge porn » qui correspond à un partage non-consenti de photos ou vidéos intimes d'une partenaire à des fins de vengeance (Office fédéral de la justice, 2021) ou le « deepfake » qui correspond à changer le visage d'une personne sur une photo ou vidéo à l'aide d'une IA. Appelé également « deep-porn », ce sont essentiellement des vidéos à caractère sexuel (Ajder et al., 2019).

Les agressions sexuelles incluent le fait d'être coincé pour se faire embrasser, se faire toucher les seins ou les fesses, d'être contraint à faire ou subir des attouchements au niveau du sexe, une pénétration non-consentie de la bouche, du sexe ou de l'anus, d'être contraint de se dénuder, d'avoir des rapports sexuels devant une autre personne ou d'être filmé lors d'un rapport sexuel sans consentement, d'être contraint à l'échangisme ou à la prostitution (Brown et al., 2020, p.70).

Tout acte lié à la sexualité ayant lieu sans le consentement de la personne est considéré comme une violence sexuelle. Cela inclut toutes les situations où la personne subissant une agression n'est pas capable d'exprimer un refus ou de montrer son désaccord (Sofélia, 2019).

2.1.2. Sexe et genre féminin

Les victimes de violence sexuelle peuvent être de tout genre et les violences peuvent arriver à tout moment dans la vie d'une personne, quel que soit son âge, son sexe, ses origines, son statut socio-économique, sa religion, avec ou sans handicap (National Sexual Violence Resource Center, s. d.).

Concernant le choix de la population, les femmes majeures de plus de 18 ans ayant vécu au moins une forme de violence sexuelle non consentie par le passé ou le présent sont retenues. Ce choix se porte sur les données épidémiologiques trouvées, démontrant que le genre féminin est celui le plus touché par les actes sexuels non-consentis (Insee, 2021). Les femmes et les filles sont exposées à des risques plus élevés de violence liée au genre que ne le sont les hommes (Fedlex, 2022).

Pour définir la femme, il est nécessaire de prendre en compte l'aspect biologique et l'identité de genre. La distinction biologique entre un être de sexe féminin et masculin se base sur la paire de chromosome sexuels (XX pour les femmes et XY pour les hommes), les organes génitaux, les hormones et les fonctions reproductives. Sur la base des critères observés à la naissance, l'individu se voit assigner un sexe féminin ou masculin (Santé sexuelle, s. d.).

L'identité de genre se détermine grâce à la « conscience de soi » et à la sensation d'appartenir à un certain genre. La majorité des personnes sont dites « cisgenre », c'est-à-dire qu'elles sont en accord avec le sexe auquel elles ont été assignées à la naissance et leur identité de genre. Néanmoins, il y a des personnes qui ne s'identifient pas au genre qui leur a été assigné à la naissance, qui sont des personnes transgenres (hommes ou femmes) et des personnes qui ne s'identifient ni au sexe féminin ou masculin (partiellement ou totalement), qui sont des personnes non-binaires. Il existe donc des femmes transgenres qui sont des personnes de sexe masculin avec une identité de genre féminin (Santé sexuelle, s. d.).

Dans le cadre de ce travail, nous nous focaliserons sur les femmes dites « cisgenres », définies biologiquement comme étant de sexe féminin et s'identifiant comme tel, la transidentité et non-binarité étant encore peu présentes dans la littérature et les enquêtes.

De plus, le choix de l'âge est en lien avec les résultats trouvés d'après une étude menée entre 2018 et 2021, au sein du service des urgences obstétriques et gynécologiques des hôpitaux universitaires, de Genève et de Lausanne, indiquant que l'âge moyen des femmes ayant consulté à la suite d'une agression sexuelle est de 27 ans (Cottler-Casanova et al., 2023).

2.1.3. Soins infirmiers

Pour pouvoir comprendre la pertinence des interventions infirmières mises en place afin d'accompagner au mieux les victimes de violences sexuelles, il est important de définir dans un premier temps les soins infirmiers dans leur globalité. Ceux-ci sont définis comme englobant les soins autonomes et collaboratifs prodigués aux personnes de tout âge, aux familles, aux groupes et communautés, qu'elles soient en bonne santé ou malades. Ils comprennent la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins prodigués aux personnes malades, en situation de handicap ou en fin de vie (Conseil international des infirmières, 2002). Le paradigme des soins infirmiers est d'être centré sur la personne, sa qualité de vie, son environnement et vers la santé publique (Formarier & Jovic, 2012).

Pour ce qui est de la prise en soins infirmière spécifiquement centrée sur les victimes d'AS, il existe une spécialisation infirmière qui donne des outils de prise en soins et de communication afin d'aider les victimes à faire face au traumatisme vécu lors d'AS. La formation offre une spécialisation en médecine légale, visant à fournir des soins spécialisés aux victimes qui peuvent subir des conséquences graves et à long terme sur leur santé. Les SANE fournissent des consultations spécialisées et sont sensibilisées aux procédures civiles et pénales relatives à la pratique des soins, incluant les soins dispensés à la victime et le compte-rendu de l'expertise infirmière (International association of forensic nurses, 2024). Les SANE se focalisent également sur l'aspect psychologique du traumatisme, afin d'en prévenir les potentiels impacts négatifs. Elles mobilisent différents modèles de soins, tels que le *Caring* ou l'*advocacy* en développant une relation de confiance et en aidant la patiente à collaborer dans un cadre sécurisant et bienveillant (Lechner et al., 2018). Du fait de leur formation, les SANE améliorent la qualité de la prise en soins des victimes d'AS, au travers d'une approche plus complète et plus empathique (Maier, 2012). Cette formation n'existe pour le moment pas en Europe, sauf au Royaume-Uni où une forte sensibilisation à la problématique des victimes de violences sexuelles existe (United Kingdom association of forensic nurses and paramedics, 2024).

2.1.4. Services d'urgences

Il est conseillé aux victimes de violences sexuelles de se rendre aux urgences après une agression afin d'effectuer un constat comme il sera expliqué dans le point 2.2. « Prise en soins des victimes de violence sexuelles ». Le service des urgences doit pouvoir répondre aux besoins qualifiés d'urgents en disposant de services disponibles à tout moment, comme un bloc opératoire ou un service de radiologie (Schmutz et al., 2023). Les services d'urgences adultes prennent en soins tout problème de santé indépendamment de sa gravité et de son origine, ainsi que les troubles psychologiques, dès l'âge de 16 ans. Les urgences sont ouvertes tous les jours de la semaine, 24 heures sur 24 heures (HUG, 2024a).

À Genève, il est plus indiqué pour les victimes d'AS de se rendre aux urgences obstétriques et gynécologiques, car celles-ci peuvent prendre en soins les aspects gynécologiques et psychologiques qui peuvent y être liés (HUG, 2015).

2.2. Prise en soins des victimes d'agression sexuelle

Le secteur de la santé a un rôle important à jouer auprès des femmes victimes de violences, tout d'abord dans la prise de conscience collective du caractère inacceptable de la violence envers les femmes et parce qu'il s'agit d'un problème de santé publique. L'OMS recommande d'offrir des services complets et de qualité, axés sur les victimes, de sensibiliser et de former les professionnels de santé de sorte à ce qu'ils puissent répondre aux besoins des victimes avec empathie et sans porter de jugement moral (OMS, 2021a). En 2004, l'OMS met en place l'Alliance pour la prévention de la violence, qui a pour but de réunir les visions et les approches communes gouvernementales, non-gouvernementales et privées afin d'améliorer les services proposés aux victimes (OMS, 2024).

Il existe une approche de soins fondée sur les traumatismes (Trauma Informed Care – TIC) qui permet d'appréhender et de traiter les traumatismes de la patiente, le but étant d'éviter la retraumatisation. Les victimes d'AS peuvent, dans un environnement médical, être confrontées à des déclencheurs de leurs traumatismes passés. De ce fait, le rôle des professionnels de santé est fondamental dans la création d'un climat de confiance et de sécurité. Le TIC ne se limite pas à traiter les symptômes, mais adopte une approche holistique vis-à-vis de la patiente en comprenant son histoire personnelle. Cela prend en compte les multiples dimensions de l'expérience humaine ainsi que les interactions complexes entre le corps, l'esprit et l'environnement, afin de favoriser leur rétablissement. L'approche TIC n'est pas une simple liste de tâches à exécuter, au

contraire, elle s'appuie sur des principes directeurs essentiels afin d'aider les soignantes à offrir une prise en soin adaptée et empathique. De plus, le TIC améliore les soins dispensés et contribue à la construction d'un système de santé plus résilient et bienveillant (Palmieri & Valentine, 2021).

À l'échelle suisse et plus spécifiquement genevoise, les HUG ont créé une Unité Interdisciplinaire de Médecine et de Prévention de la Violence [UIMPV] qui est rattachée au département de médecine de premier recours. Cette unité collabore avec un ensemble de partenaires de différents réseaux médicaux, sociaux, juridiques et psychologiques situés à Genève. Elle propose une prise en soins aux victimes dès 16 ans, confrontées à tout type de violence présente ou passée, pour traiter la nature de l'agression sexuelle et le contexte de sa survenue. Les professionnels de cette unité bénéficient de formations continues dans plusieurs domaines, comme la santé publique, la thérapie conjugale et familiale, avec une approche systémique, ainsi que d'autres formations en lien avec le psycho-traumatisme (HUG, 2022).

Lors d'une agression sexuelle, il est conseillé aux victimes d'effectuer un constat aux urgences de la maternité des HUG (HUG, 2023). Le service d'urgence de gynécologie et obstétrique des HUG permet un accueil confidentiel et une prise en soins globale et multidisciplinaire des victimes d'agressions et de violences, en particulier les violences sexuelles. L'équipe soignante propose un accueil rassurant, sécuritaire et confidentiel (HUG, 2024b). À l'arrivée de la victime, une infirmière effectue l'accueil et explique les différents soins qui seront prodigués ainsi que le suivi dont elle pourra bénéficier, en se référant au « protocole de prise en charge des femmes et des enfants victimes d'agression sexuelle » (cf. annexe 9.2), qui propose une marche à suivre et préconise « des soins médico-psychologiques immédiats nécessaires » (HUG, s. d.).

Tout au long de la consultation, l'infirmière reste auprès de la victime, facilitant ainsi la mise en place d'un cadre rassurant. La victime est informée de la possibilité d'effectuer un constat d'AS avec un médecin légiste ou une gynécologue, même dans l'éventualité où celle-ci ne souhaiterait pas entamer de démarche légale (Trabichet, 2024). Par la suite, une gynécologue explique le type de prélèvement et propose les premiers soins comme une contraception d'urgence pour prévenir une éventuelle grossesse ou une interruption de grossesse pour mettre fin à une grossesse déjà présente, un traitement préventif à la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), ou pour toute autre infection sexuellement transmissible (IST) (HUG, 2024b).

Un médecin légiste est également appelé afin de constater d'éventuelles lésions traumatiques sur l'ensemble du corps, mais également pour le prélèvement

d'échantillons sur le corps, les vêtements et les ongles de la victime, dans le but d'effectuer une recherche biologique de l'identité de l'agresseur (HUG, s. d.).

Les victimes d'AS expriment expérimenter des conséquences physiques, mentales et sociales à long terme, l'une d'entre elles étant la peur de la stigmatisation sociale. Ces craintes des victimes contribuent au phénomène de sous-déclaration et à un évitement du suivi médical qui devrait suivre l'agression sexuelle. Les infirmières, en tant que membres clés du système de santé, sont en position de soutenir les victimes, au travers d'une approche holistique, afin de permettre aux victimes de dépasser leurs inquiétudes et de se centrer sur le soin et la guérison de celles-ci (Ali et al., 2021).

Malgré tous les différents dispositifs mis en place, les victimes de violences sexuelles continuent de subir un sentiment de revictimisation par le système médical et juridique, ainsi que par les forces de l'ordre (Maier, 2012). Le sentiment de revictimisation, aussi appelé victimisation secondaire, fait référence aux préjudices supplémentaires que subissent les victimes, non pas directement par l'acte criminel en lui-même, mais par la façon dont elles sont traitées par les institutions, les procédures judiciaires, ou même leur entourage. Cela inclut les expériences négatives que les victimes peuvent endurer lorsqu'elles tentent d'obtenir de l'aide ou de faire valoir leurs droits, ces expériences peuvent être dû à un manque de soutien, des attitudes accusatrices ou sceptiques, et des procédures judiciaires insensibles ou intrusives (Caire, 2022). Dans le cadre du système médical, ce sentiment est essentiellement lié à des temps d'attente trop longs lors de la prise en soins (Maier, 2012).

Une mauvaise prise en soins, en particulier chez les mineures, peut conduire à un risque de développer une dépression à l'âge adulte plus important que chez un adulte n'ayant subi aucune violence sexuelle dans l'enfance (Easton et al., 2019). De nombreuses autres conséquences sont à risque chez l'adulte ayant subi des agressions sexuelles dans l'enfance, telles que des symptômes de stress post-traumatique à l'âge adulte, des comportements suicidaires, des formes d'addiction (alcool, drogues, tabac) ou encore des comportements sexuels à risque (Institut national de santé public du Québec, 2016). Il est donc important de prendre en compte la victime dans sa globalité et de pouvoir lui proposer un suivi personnalisé et un soutien émotionnel par les pairs et la famille de façon adéquate à la situation (Musliner & Singer, 2014). Toutefois, malgré les prises de parole sur les réseaux sociaux et le mouvement virtuel *#MeToo*, la littérature concernant la prise en soins des victimes de violences sexuelles reste peu développée, en particulier sur les conséquences psychologiques et sociales à long terme (Hellman, 2014).

Les violences sexuelles peuvent avoir également des répercussions importantes sur les infirmières qui s'occupent des femmes victimes. C'est une prise en soins jugée

difficile, car elle suscite l'émergence d'émotions et de questionnements qui peuvent impliquer que les soignantes réagissent de manière défensive, comme par la dramatisation ou la banalisation des situations. Pour cela, les HUG proposent plusieurs colloques pluridisciplinaires invitant les infirmières, les gynécologues, les médecins légistes mais également les intervenants de l'UIMPV à partager les situations, les feedbacks et en proposant un espace de discussion sous forme de séances de supervision, de coaching ou de débriefing individuel ou en équipe. De plus, des formations continues spécifiques à la problématique sont proposées aux différents soignants (HUG, s. d.).

2.3. Mécanisme déclencheurs des violences sexuelles

Afin d'avoir une meilleure compréhension du ressenti et du vécu des victimes de violences sexuelles et de cibler une question de recherche pertinente, il est important de se pencher plus amplement sur les mécanismes sociétaux et individuels à l'origine des violences sexuelles, ainsi que sur les différentes conséquences de celles-ci sur les victimes. La Convention d'Istanbul du Conseil de l'Europe de 2011 sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique indique que la violence à l'égard des femmes est une manifestation de rapports de force historiquement inégaux entre les hommes et les femmes, conduisant à la domination et la discrimination des femmes par les hommes. Elle indique également que la nature structurelle de la violence à l'égard des femmes est fondée sur le genre et qu'il s'agit de l'un des mécanismes sociaux principaux par lesquels les femmes sont maintenues en position de subordination par rapport aux hommes (Fedlex, 2022).

Certains agresseurs sexuels, majoritairement masculins, adoptent le concept de « supériorité masculine », légitimant le harcèlement sexuel envers les femmes, soit de manière banalisée, comme étant une preuve de son pouvoir de séduction ou comme étant un simple divertissement, soit comme étant une démonstration de pouvoir et de supériorité à l'encontre des femmes, ou un gage de virilité. Cette banalisation du harcèlement sexuel imposerait aux femmes de devoir s'y habituer, voire d'apprécier cela comme étant une forme de séduction (Salmona, 2019).

Les violences à l'égard des femmes, dont les violences sexuelles, présentent des facteurs associés, dont le faible niveau d'instruction concernant les agresseurs ou les victimes, une exposition à la maltraitance et à la violence familiale durant l'enfance, une discrimination de genre ainsi qu'un faible accès à un emploi rémunéré pour les femmes (OMS, 2021a). De plus, la faiblesse des sanctions prévues en cas de violence sexuelle ainsi qu'une croyance selon laquelle l'accès à l'acte sexuel serait un dû pour les hommes

représentent également des facteurs spécifiques associés à la violence sexuelle (OMS, 2021a). D'après une étude menée en Belgique, un jeune sur trois pense que si les femmes n'explicitent pas le « non », alors l'acte sexuel n'est pas considéré comme un viol (Amnesty international, 2020b).

Concernant les déclencheurs extrinsèques, comme la consommation abusive d'alcool, il a été démontré qu'une agression sexuelle est proportionnellement prévisible à la quantité d'alcool absorbé par l'agresseur, au même titre que d'autres types de violences comme les agressions verbales ou physiques (Subra & Bègue, 2014). De plus, l'état d'ébriété de l'agresseur est souvent considéré comme une excuse par la société à l'acte perpétré, car sa responsabilité est considérée comme étant diminuée du fait de son état (Subra & Bègue, 2014). Quant aux substances illicites, certaines drogues sont utilisées directement sur la victime, comme le GHB, généralement introduite dans les boissons des victimes, les rendant ainsi vulnérables et manipulables, voire inconscientes (Office fédéral de la santé publique, 2018).

2.4. Conséquences des violences sexuelles

2.4.1. Conséquences physiques

Les conséquences physiques se caractérisent par l'état somatique de la victime et sont en lien direct avec l'acte sexuel non-consenti (Amnesty international, 2020a). De nombreuses victimes peuvent présenter des blessures physiques car, elles sont battues et blessées lors de l'AS (Clifton & Losman, 2024).

Dans un premier temps, les victimes peuvent éprouver des douleurs aiguës, présenter des perforations au niveau de l'hymen ou des plaies localisées au vestibule. Elles peuvent également être exposées à des maladies sexuellement transmissibles, telles que le VIH. Lorsqu'il est transmis lors d'un viol, le VIH constitue environ la moitié des nouveaux cas de séropositivité (Amnesty international, s. d.).

Dans un second temps, les victimes peuvent souffrir de conséquences chroniques comme une fatigue intense, des troubles digestifs, des troubles gynécologiques (Amnesty international, 2020a), mais aussi des douleurs chroniques (abdominales, pelviennes, dorsales) (OMS, 2021a). L'abus sexuel peut aboutir à une grossesse non désirée (OMS, 2021a). Certaines conséquences chroniques, en particulier la douleur, peuvent amener à des pathologies aggravantes comme la fibromyalgie, trois fois plus présente chez les victimes de violences sexuelles (Amnesty international, 2020a).

2.4.2. Conséquences psychologiques

Des conséquences psychologiques peuvent être présentes à court ou long terme, dépendamment d'un suivi psychologique par une professionnelle spécialisée, mais aussi du soutien de la victime par son entourage. Les conséquences peuvent se caractériser différemment d'une victime à une autre, qui peut souffrir de dépression, de troubles obsessionnels compulsifs, de stress post-traumatique, d'une baisse de l'estime de soi, d'anxiété ou d'amnésie totale ou partielle (Amnesty international, 2020a), mais aussi de troubles du comportement alimentaires voire de risques suicidaires (OMS, 2021a).

Une agression sexuelle constitue un traumatisme pour la victime, défini comme un événement ou une expérience qui cause une rupture dans la continuité psychique d'un individu, provoquant un état de désorganisation et une discontinuité psychique, ce qui perturbe la perception et l'intégration des expériences vécues. La victime peut également présenter des troubles émotionnels, des dysfonctionnements relationnels et mettre en place des mécanismes de défense psychique afin de se protéger de la douleur associée au traumatisme (Bokanowski, 2017).

En France, des études ont démontré une forte corrélation entre le fait d'avoir été victime de violence sexuelle et une tentative de suicide (Scodellaro, s. d.). De plus, un risque de tentative de suicide est plus élevé lorsque la première violence sexuelle a eu lieu à un jeune âge. En effet, il perdure plus longtemps dans le temps et plus intensément que chez une victime ayant subi des violences sexuelles plus tardivement dans sa vie, comme constaté dans l'image 2 (Scodellaro, s. d.). La victime peut être amenée à développer une mémoire dite « traumatique », aussi appelée mémoire « fantôme ». Elle découle de mécanismes déclenchés inconsciemment et crée une dissociation dans l'esprit de la personne, permettant une forme d'anesthésie des sentiments ressentis et diminuant ainsi la gravité du traumatisme vécu (Salmona, 2018).

Ces phénomènes cités sont des stratégies d'adaptations, à savoir des réactions dites « normales » de la psyché humaine lorsque la victime a été mise face à des situations dites « anormales » (Amnesty international, 2020a). Lorsque la violence sexuelle intervient dans l'enfance, cela peut avoir des répercussions à l'âge adulte, comme une augmentation du tabagisme et de la consommation de substances psychoactives, mais également des comportements sexuels à risque. (OMS, 2021a).

2.4.3. Conséquences économique et sociales

Les conséquences économiques et sociales peuvent se caractériser par une rupture sociale avec la famille ou les pairs, une baisse de la confiance, une difficulté à établir des relations, un isolement social ou des difficultés d'ordre professionnel/scolaire (Amnesty international, 2020a). Ainsi, les victimes peuvent avoir des pertes de revenus en lien avec une incapacité à travailler et un déficit concernant l'accomplissement des activités ordinaires, mais également une capacité réduite à prendre soin des enfants ou d'elles-mêmes (OMS, 2021a).

Sur le plan économique, la prise en charge des frais médicaux des assurances maladies obligatoires suisses permettent l'accès aux prestations des établissements publics médicaux genevois (République et canton de Genève, 2023). Les coûts peuvent être élevés si plusieurs prestations sont demandées et peuvent présenter un problème économique pour la victime, en particulier si cette dernière présente des difficultés économiques en lien direct ou indirect avec l'agression sexuelle (Ville de Genève, 2022). En 2016, le coût pour une prise en soins dans un service d'urgence à Genève représente une moyenne de 394 francs suisse, dépendamment des soins apportés aux patientes (Merçay, 2018).

Sur le plan social, malgré une augmentation des dénonciations des cas de violences sexuelles en 2017 à travers le mouvement *#MeToo*, un grand nombre de femmes peinent à porter plainte à la suite d'une agression sexuelle, d'autant plus quand leur agresseur est un membre de leur famille ou un proche. Dans le cas d'un partenaire, la victime aura tendance à vouloir sauver le lien qui les unit et ne portera pas plainte ou que tardivement (Grihom, 2015). Pour les femmes qui portent plainte, il existe un haut taux de plaintes classées sans suite par les autorités de justice en France en 2021, à savoir 79,29% des plaintes déposées pour agressions sexuelles (Statista, 2024).

Un sentiment de honte est également fréquemment décrit par les victimes, ce qui les empêche de parler de la situation vécue à leurs proches, à des professionnels ou encore de porter plainte. Cette honte viendrait d'un sentiment de culpabilité de ne pas avoir pu empêcher l'abus sexuel, les victimes reportant ainsi la faute sur elles-mêmes (Grihom, 2015).

Ces phénomènes peuvent être analysés à travers les concepts d'injustice épistémique. D'une part l'injustice testimoniale, qui se produit lorsqu'une victime est jugée moins crédible en raison de préjugés, ce qui contribue au haut taux de plaintes classées sans suite. D'une autre part l'injustice herméneutique, qui quant à elle survient lorsque l'expérience des victimes est incomprise ou inintelligible par manque de concepts appropriés pour l'exprimer. Ces injustices créent un climat où les victimes sont

réduites au silence non seulement par la honte et la culpabilité, mais aussi par le manque de reconnaissance et de compréhension de leurs souffrances par les institutions et la société (Vallée-Ouimet et al., 2024).

Un autre phénomène pertinent est le *gaslighting*, une forme de violence psychologique où l'agresseur pousse la victime à douter de ses propres perceptions ou capacités. Le *gaslighting* peut être commis par n'importe quel individu, qu'il s'agisse d'un pair, d'un membre de la famille, d'un conjoint ou d'un collègue, et il est particulièrement nuisible lorsque l'agresseur détient une position d'autorité (Kukreja & Pandey, 2023).

Concernant les femmes victimes d'AS dans un jeune âge, elles encourent un risque accru d'être de nouveau victimes de violences sexuelles une fois la maturité atteinte (OMS, 2021a). Ce phénomène, appelé revictimisation sexuelle, concerne les personnes ayant subi des abus dans leur enfance, qui ont jusqu'à 13,7 fois plus de risques d'être à nouveau victimes de violences sexuelles à l'âge adulte. Les abus perturbent le développement émotionnel, rendant les victimes plus vulnérables, et les normes sociales aggravent ce risque. Une approche holistique et une collaboration renforcée entre les services de soutien et les professionnels de santé mentale sont nécessaires pour la prévention et le soutien de ces victimes (Lalor & McElvaney, 2010).

3. MODÈLE THÉORIQUE

3.1. Théorie du *Human Caring* de J. Watson

La théorie du *Human Caring* de J. Watson, ou le Soins Humain, est une théorie de niveau intermédiaire qui se focalise sur la composante humaine du *Caring*, et sur les rencontres momentanées entre la personne qui prend en soin et celle prise en soin, et plus particulièrement sur les soins prodigués par les infirmières auprès des individus (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2012, p.402). Cette théorie de soins s'inscrit dans le paradigme de la transformation et dans l'école de pensée du *Caring* (Pepin et al., 2017, p.162). Le terme *care* peut être traduit de plusieurs façons : soin, prendre soin, sollicitude, se soucier de l'autre, s'occuper de, se sentir concerné, proximité (Noël-Hureaux, 2015). Ce terme sans équivalent français, caractérise une relation d'aide, aussi bien professionnelle que familiale, et désigne à la fois l'activité de soin à une personne qui en a besoin, et le souci de la réception de ce soin. La singularité du *Care* réside dans la combinaison de compétences à la fois techniques et émotionnelles (Hochschild, 1983, cité dans Noël-Hureaux, 2015). La conception du *Care* ou *Caring* selon Watson, qui est celle qui l'a développé dans le domaine des soins infirmiers, est que la soignante prodigue le soin infirmier dans une congruence totale avec la personne soignée, en suivant le système de représentations de celle-ci, et non en imposant ce qu'il est (Noël-Hureaux, 2015).

Cette théorie stipule que les humains ne peuvent être traités comme des objets, et ne peuvent être séparés de leur individualité, de l'autre, de la nature et de l'univers au sens plus large. Elle s'intéresse à la façon dont la relation transpersonnelle entre celui qui prodigue les soins et celui qui les reçoit possède un potentiel de guérison pour les deux personnes, décrivant ainsi la relation entre les deux personnes comme une relation de soin à soin (Watson, cité dans Fawcett & DeSanto-Madeya, 2012, p.403). Le soin transpersonnel nécessite une approche authentique, avec une pleine attention envers soi-même et l'autre, et l'intention d'être dans le moment présent (Sitzman & Watson, 2018, p.18). Watson considère que la relation transpersonnelle doit être empreinte de chaleur humaine, d'empathie et de cohérence (Pepin et al., 2017, p.72).

La théorie de J. Watson adopte également une approche holistique des soins infirmiers. Watson décrit sa théorie comme un cadre qui regroupe l'art, la science, les sciences humaines, la spiritualité, les nouvelles dimensions de la médecine et les soins infirmiers (Watson, s.d, citée dans University of Illinois Chicago, 2022)

3.2. Ancrage disciplinaire

3.2.1. Métaconcepts

3.2.1.1. La personne

D'après Watson, la personne est « un être-dans-le-monde », composée de 3 sphères, le corps, l'âme et l'esprit, qui sont influencées par les changements de la perception de soi. La personne s'efforce continuellement d'établir une harmonie entre ces trois sphères. Chaque personne est un champ phénoménal unique de réalité subjective, constituée de la totalité de son expérience personnelle (Pepin et al., 2017, p.72). Chaque champ phénoménal est composé de « sentiments, sensations physiques, pensées, croyances spirituelles, buts, espérances, considérations environnementales et signification de ses propres perceptions » (Watson, 1988, citée dans Cara & O'Reilly, 2008).

3.2.1.2. Le soin

Pour Watson (1988, citée dans Alligood, 2021, p.74), les soins infirmiers consistent en un ensemble de « connaissances, pensées, valeurs, philosophie, engagement et action, avec un certain degré de passion ». Les infirmières se concentrent sur la compréhension de la santé, de la maladie et de l'expérience humaine de la patiente, ainsi que sur la promotion de la santé, le rétablissement et la prévention des maladies. Dans cette théorie, les soins infirmiers peuvent se baser sur les 10 processus de *caritas*, qui seront détaillés dans le paragraphe 3.2.2. L'infirmière établit une relation transpersonnelle avec la patiente et offre ainsi un moment d'attention empreint de compassion en contribuant à l'aider, à améliorer ou à conserver la santé de celle-ci (Watson, 2008, cité dans Alligood, 2021, p.74). Cette notion diffère du terme « guérison » tel que défini par Watson, qui considère la guérison comme l'élimination d'une maladie et la décrit comme un terme médical (Watson, 1979, cité dans Alligood, 2021, p.74).

3.2.1.3. La santé

La santé, selon Watson, n'est pas uniquement l'absence de maladie, mais correspond à une harmonie et une unité entre l'esprit, l'âme et le corps, une congruence entre le « soi » tel qu'il est perçu, un idéal à atteindre et le « soi » tel qu'il est vécu par la personne. La théoricienne dit également que la maladie survient lorsqu'il y a un

déséquilibre entre l'esprit, le corps et l'âme, ce qui provoque une dysharmonie entre les trois sphères de la personne (Watson, 1988, cité dans Alligood, 2021, p.74). Plus une personne parvient à atteindre une cohérence entre les trois sphères, c'est-à-dire une harmonie entre son esprit, son corps et son âme, plus sa santé sera améliorée (Watson, 1988, cité dans Cara & O'Reilly, 2008). Ainsi, selon Watson (1988, cité dans Cara & O'Reilly, 2008), la santé est caractérisée comme une expérience subjective où l'infirmière guide la patiente dans la recherche de sens de sa situation.

3.2.1.4. L'environnement

D'après Watson (1979/2008, citée dans Pepin et al., 2017, p.72), l'environnement correspond à la fois au monde physique et matériel qui entoure la patiente, mais également le monde qu'elle qualifie de « spirituel et mystérieux ». Pour elle, l'être humain et l'environnement sont considérés comme des « champs de connexion » et Watson soutient le fait que « tout dans l'univers est connecté » (Watson, 1996, cité dans Fawcett & DeSanto-Madeya, 2012, p.405).

3.3. Facteurs caratifs

Watson a développé 10 facteurs caratifs, ou processus de *Caritas* cliniques, qui constituent selon elle une base pour guider la pratique infirmière et orienter la science infirmière. Ces facteurs traduisent également une philosophie et des valeurs (Pepin et al., 2017, p.73). Le terme *Caritas* vient du latin, signifiant chérir, apprécier, donner une attention spéciale, aimer (Watson, 2008, cité dans Ali et al., 2021). Les 10 processus de *Caritas* de Watson (2007) sont les suivants :

1. Soutenir les valeurs humanistes-altruistes à travers une pratique de bonté, de compassion et d'égalité avec soi et autrui.
2. Insuffler la confiance ainsi que l'espoir et honorer les autres.
3. Être sensible à soi et aux autres en préservant les croyances et les pratiques individuelles.
4. Développer des relations d'aide, de confiance et de *Caring*.
5. Promouvoir et accepter les sentiments positifs et négatifs par l'écoute authentique du récit d'autrui.
6. Utiliser des méthodes de résolution de problèmes scientifiques créatives pour réaliser une prise de décision empreinte de *Caring*.

7. Partager l'enseignement et l'apprentissage qui répondent aux besoins individuels et aux différents styles de compréhension de la personne.
8. Créer un environnement de guérison, pour le soi physique et spirituel, qui respecte la dignité humaine.
9. Assister la personne dans ses besoins humains physiques, émotionnels et spirituels de base.
10. S'ouvrir aux mystères et aux miracles de la vie.

3.4. Mise en lien avec la problématique

Les infirmières qui sont dotées de bases de connaissances théoriques concernant la théorie du *Human Caring* de Watson fournissent des soins centrés sur la personne ou sur la famille, sur les liens d'humain à humain, d'esprit à esprit. L'infirmière s'intéresse au sens que l'individu donne à sa propre expérience de l'existence, de la dysharmonie, de la souffrance et de la tourmente (Watson, 2012, cité dans Ali et al., 2021). L'infirmière, en se concentrant sur ces processus, favorise le choix, la connaissance, et l'auto-détermination de la personne dans la prise de décisions relatives à la santé et à la maladie, ce qui permet d'améliorer la qualité de vie et l'épanouissement personnel de la personne. Les infirmières cherchent à atteindre ces objectifs en s'occupant de l'environnement et de la relation avec les personnes, le tout sans porter de jugement et dans le respect de l'éthique. Dans le contexte des soins, le rôle des infirmières est essentiel, car il consiste à assurer la sécurité de la personne, tout en s'efforçant d'atténuer la souffrance (Ali et al., 2021).

Comme vu dans le point 2 « État des connaissances », une femme victime de violence sexuelle peut subir des conséquences physiques et psychiques importantes. Il est essentiel pour les infirmières de diminuer ces conséquences en créant un espace sécurisant, non-jugeant et bienveillant, comme indiqué dans le 8^{ème} processus de *Caritas* qui dit de « créer un environnement de guérison, pour le soi physique et spirituel, qui respecte la dignité humaine. » (Watson, 2007). Dans le cadre de soins multidisciplinaires auprès d'une victime de viol, incluant donc le dépistage et le suivi d'une éventuelle grossesse, d'une hémorragie, d'IST ou d'autres séquelles traumatiques potentielles (Fernandez, 2011, cité dans Ali et al., 2021), il est important de fournir des soins holistiques, et de répondre aux préoccupations de la victime, aussi bien sur le plan psychologique, physique, social, environnemental et spirituel, en ayant pour but la guérison et l'harmonie de la personne. Il est donc important de créer un environnement propice à la guérison à tous les niveaux, ce qui passe par exemple par le fait de diminuer

l'éclairage, d'être attentif au volume sonore, et de veiller à la sécurité et au respect de la vie privée et de l'intimité de la personne (Ali et al., 2021).

Il est également important que l'infirmière se concentre sur le respect de la dignité de la victime, en identifiant la façon dont celle-ci aimerait être abordée, avec de l'écoute active, et ayant la sensibilité et la délicatesse nécessaires pour savoir saisir les moments opportuns pour explorer les sentiments et le ressenti expérimentés par la victime à la suite du vécu de cette expérience violente (Ali et al., 2021). Dans ce contexte délicat, se présente une occasion de *Caring* comme décrite par Watson, c'est-à-dire un moment précis dans l'espace et le temps, où l'infirmière et la victime se rencontrent dans une transaction d'humain-à-humain, avec leur histoire de vie, ainsi que leur champ phénoménal uniques (Watson, 2006, cité dans Cara & O'Reilly, 2008). Cela passe par le développement et le maintien d'une relation d'aide et de confiance, comme décrit dans le 4^{ème} processus de *Caritas* « développer des relations d'aide, de confiance et de *Caring* » (Watson, 2007), le tout en mettant l'accent sur une communication authentique ainsi que le suivi et la satisfaction des besoins de la personne. Cela passe également par une écoute authentique du récit des victimes, la présence et le soutien à l'expression des sentiments positifs comme négatifs, tel que décrit dans le 5^{ème} processus de *Caritas* « promouvoir et accepter les sentiments positifs et négatifs par l'écoute authentique du récit d'autrui » (Watson, 2007). Les discussions peuvent inclure le risque d'une éventuelle grossesse, échanges lors desquels l'infirmière, au travers d'une présence et d'une connexion authentique, peut permettre à la patiente ayant subi une violence sexuelle d'exprimer ses préoccupations et la stigmatisation qu'elle ressent potentiellement, comme la crainte d'être rejetée par sa famille ou l'ensemble de la communauté (Ali et al., 2021).

D'après le 9^{ème} processus de *Caritas*, il est essentiel d'administrer des actes infirmiers axés sur le soin et la guérison en cherchant à répondre aux besoins humains fondamentaux, à savoir les « besoins humains physiques, émotionnels et spirituels de base » (Watson, 2007). L'attention portée aux besoins fondamentaux de la victime ainsi que ses proches peut permettre que ceux-ci se sentent suffisamment en confiance pour se confier sur une situation traumatique vécue, comme un viol (Ali et al., 2021).

De plus, Watson (2008, p.55) « considère que les sentiments ont un effet puissant sur le comportement et les pensées, avec parfois des résultats irrationnels ou impulsifs », ce qui implique que chaque victime réagira de manière unique et propre à elle. Il est important de ne pas stigmatiser les réactions de chacune et de l'accompagner dans l'évènement vécu.

Au niveau du métaparadigme de la santé, une dissociation entre l'esprit et le corps est notable lors d'une agression sexuelle. La victime, en plus d'avoir des séquelles physiques, pourra présenter des conséquences psychiques importantes qui créera le déséquilibre des trois sphères de la patiente et introduira ainsi la notion de « maladie ».

Il est important de prendre en soin la patiente dans sa globalité, y compris l'environnement dans lequel l'agression a eu lieu, dans le but de procéder à une prise en soin bienveillante et à l'écoute des sentiments et réactions que la victime pourrait avoir lors des différentes interventions de soins, notamment comme énoncé dans le 4^{ème} processus de *Caritas*. L'objectif n'est pas d'anticiper les réactions mais d'accueillir les émotions et les réactions de la victime, de les valider et de l'accompagner dans le processus de guérison afin que la patiente puisse traverser sa situation.

Concernant la mémoire dite « traumatique », évoquée dans le chapitre 2.3.2 « conséquences psychologique », elle crée une dissociation dans l'esprit qui s'apparente à la dysharmonie du corps, de l'esprit et de l'âme que Watson indique dans ses ouvrages. Le but dans la prise en soins infirmière auprès de la patiente traumatisée est de recréer une harmonie dans les trois sphères afin de promouvoir la santé et ainsi de l'améliorer.

3.5. Question de recherche finale

La violence sexuelle constitue un problème de santé publique majeur et une violation des droits fondamentaux des femmes à travers le monde. Selon l'OMS, environ 35% des femmes dans le monde ont subi des violences physiques ou sexuelles au cours de leur vie, généralement perpétrées par un partenaire intime (OMS, 2021a).

En Europe, une augmentation significative des cas de violences sexuelles a été observée ces dernières années, en particulier depuis 2017, en lien avec le mouvement international *#MeToo* (Global fund for Women, 2024). En 2018, 348 000 plaintes pour violences sexuelles ont été enregistrées dans les 28 pays de l'Union Européenne, avec une grande majorité de victimes étant des femmes (Insee, 2021). La Suisse n'est pas épargnée par ce phénomène, avec 867 infractions pour viol recensées en 2022, dont 210 commises sur des mineurs (Office fédéral de la statistique, 2023). Une enquête menée en 2019 révèle que 22% des femmes suisses ont subi des actes sexuels non-consentis, soulignant ainsi l'importance d'une prise en soins spécialisée pour ces victimes (Golder et al., 2019).

Les violences sexuelles ont des conséquences graves et multiples pour les victimes, incluant des traumatismes physiques, psychologiques et sociaux. Les victimes peuvent souffrir de troubles de stress post-traumatique, de dépression, d'anxiété, ainsi que de problèmes de santé physique (Amnesty international, 2020a). Par conséquent, une prise en soins adéquate est essentielle pour aider les victimes à surmonter ces traumatismes et à reconstruire leur vie.

Face à cette situation alarmante, la question initiale de ce travail se posait ainsi : « Comment améliorer la prise en soins et l'accueil des femmes victimes de violences sexuelles aux urgences ? » Cette question visait à identifier les principaux défis et besoins dans la prise en soins des victimes de violences sexuelles et à explorer les meilleures pratiques pour répondre à ces besoins.

Pour répondre à cette question, l'attention s'est portée sur le rôle des SANE. Formées pour fournir des soins médicaux, psychologiques et médico-légaux, les SANE sont essentielles pour garantir une prise en soins holistique et empathique des victimes (Maier, 2012). Leurs interventions permettent non seulement de répondre aux besoins immédiats des victimes, mais aussi de collecter des preuves médico-légales essentielles pour les enquêtes judiciaires (International association of forensic nurses, 2024).

Le cadre théorique de ce travail repose sur la théorie du *Human Caring* de J. Watson, qui met l'accent sur les soins holistiques et empathiques (Sitzman & Watson, 2018; University of Illinois Chicago, 2022). Cette théorie soutient que la relation soignante-soignée, basée sur la compassion et l'empathie, est essentielle pour promouvoir la guérison et le bien-être des patientes (Watson, cité dans Fawcett & DeSanto-Madeya, 2012, p.403). Les interventions des SANE, qui intègrent ces principes, sont donc particulièrement pertinentes dans le contexte de la prise en soins des victimes de violences sexuelles.

Pour approfondir l'analyse et répondre de manière ciblée à la question initiale, il est nécessaire de formuler une question de recherche finale plus spécifique. Ainsi, la question de recherche finale de ce travail est la suivante :

« Comment le *Human Caring* de J. Watson met-il en lumière la plus-value des interventions des infirmières examinatrices en agression sexuelle (SANE) lors de l'accueil et la prise en soins des femmes victimes de violences sexuelles aux urgences ? »

4. MÉTHODE

Cette revue de littérature consiste en une recherche d'études et d'articles scientifiques s'intéressant aux SANE en milieu hospitalier, plus précisément aux urgences, et leur rôle lors de la prise en soins des femmes victimes d'AS. L'objectif est d'analyser les publications scientifiques sélectionnées, issues essentiellement de deux bases de données : *PubMed* et *CINAHL*.

4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Tout d'abord, la problématique du travail de bachelor est identifiée en s'appuyant sur l'acronyme PICO, comme mentionné dans le tableau 1. ci-dessous :

Tableau 1. Acronyme *PICO*

<i>PICO</i>	Mots-clés
Population (P)	Les femmes majeures (plus de 18 ans) victimes de violences sexuelles
Intervention (I)	La prise en soins infirmière
Comparateur (C)	Intervention des infirmières examinatrices en matière d'agression sexuelle (SANE)
<u>Outcome (O)</u>	Les interventions infirmières les plus bénéfiques pour les patientes lors de la prise en soins aux urgences.

Ensuite, une sélection de mots clés, présentée dans le tableau 2 ci-dessous, a été introduite dans les bases de données dans le but de cibler la problématique de recherche de cette revue de littérature. Ces mots clés ont été combinés à l'aide d'opérateurs booléens pour former une équation de recherche, comme illustré dans le tableau 3. Pour finaliser la sélection des articles, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis, comme montré dans le tableau 4.

Tableau 2. Mots clés pour la recherche littéraire

Mots clés	Bases de données			
	PubMed		CINAHL	
	<u>MeSh Terms</u>	Synonyme	MH	Synonyme
Violence sexuelle	<u>Sex offenses</u>	<u>Sexual abused</u>	<u>Sex offenses</u>	X
	<u>Rape</u>	X	<u>Rape</u>	X
Femme victime	<u>Battered women</u>	<u>Abused women</u>	<u>Battered women</u>	X
			<u>Abused women</u>	X
Services d'urgences	emergency service, <u>hospital</u>	emergency <u>departments</u>	Emergency care	X
	emergencies	X	Emergency	X
	<u>obstetric and gynecologic</u>	X	Emergency <u>department</u>	X
	<u>Primary care medicine</u>	X		
Soins infirmiers	Nursing	Nursing care	Nurse	Nurses
	SANE	SANE	Nursing	X
	<u>Nurse's role</u>	X	SANE nurse	X

Tableau 3. Équation de recherche

Bases de données	Dates de recherche	Équation de recherche	Filtres	Résultats	Titres	Abstract	Full <u>text</u>
<i>PubMed</i>	Déc. 2023	(((emergency medical services) OR (care, primary health[MeSH Terms])) OR (emergencies[MeSH Terms])) AND (((battered women[MeSH Terms]) OR (sex offenses[MeSH Terms])) OR (rape[MeSH Terms])) OR (sexual harassment[MeSH Terms])) AND ((nurse's role[MeSH Terms]) OR (nursing care[MeSH Terms]))	10 ans	14	1	0	0
	Mars 2024	((nursing care) AND ((primary care medicine OR emergencies OR Gyneco-obstetrical emergencies))) AND ((battered women[MeSH Terms] OR sex offenses OR rape OR sexual abuse))	10 ans	317	3	0	0

	Mars 2024	(((sex offenses[MeSH Terms]) OR (sexual abuse[MeSH Terms])) OR (rape[MeSH Terms])) OR (battered women[MeSH Terms]) AND ((nursing care[MeSH Terms] OR (SANE))) AND ((emergencies, hospital service[MeSH Terms] OR (Gyneco-obstetrical emergencies[MeSH Terms]))	2013-2024	25	5	0	0
	Juin 2024	(sex offenses OR sexual abuse OR rape OR battered women) AND (nursing care OR sexual assault nurse examiner OR nurse's role) AND (emergencies, hospital service OR Gyneco-obstetrical emergencies OR emergencies OR primary care medicine)	2009-2024	455	30	25	4

CINAHL	Déc. 2023	"sex offenses" OR (MH "Sexual Abuse") AND (MH "Primary Health Care") OR (MH "Primary Care Nurse Practitioners") OR (MH "Obstetric Emergencies") OR (MH "Emergency Nurse Practitioners") OR (MH "Emergency Service") AND « MH "Nursing Care") OR "nursing care"	2013-2023	6	1	0	0
	Mars 2024	(abused women or battered women) AND sex offences OR rape victims AND (nurse or nurses or nursing) OR sane nurse AND (emergency care or emergency or emergency department)	2013-2024	140	18	3	3

Tableau 4. Critères d'éligibilité des études

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<p>Population :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Femmes adultes victimes de violences sexuelles <p>Résultats attendus :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Description de l'expérience et du vécu qu'ont les femmes victimes de violence sexuelle lors d'une prise en soins aux urgences par des infirmières avec ou sans formation SANE ; – Description comparative entre une SANE et une infirmière aux urgences ; – Description de la prise en soins SANE. <p>Langues : anglais, français et portugais</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Victime d'AS âgée de moins de 18 ans ; – Patient de sexe masculin ; – Revues systématiques ou méta-analyse ; – Articles littéraires et non-scientifiques ; – Texte en version incomplète ; – Articles plus vieux que 2009 (initialement 2013) ; – Pays n'ayant pas des critères de santé équivalents à ceux mis en place en Suisse.

4.2. Diagramme de flux

Afin d'illustrer la démarche de recherche documentaire, le diagramme de flux présenté dans la Figure 1 représente un schéma du nombre d'article identifiés dans les bases de données. À chaque étape de l'application, des critères d'inclusion et d'exclusion, les neuf études pertinentes pour le développement de la problématique de recherche ont été sélectionnées.

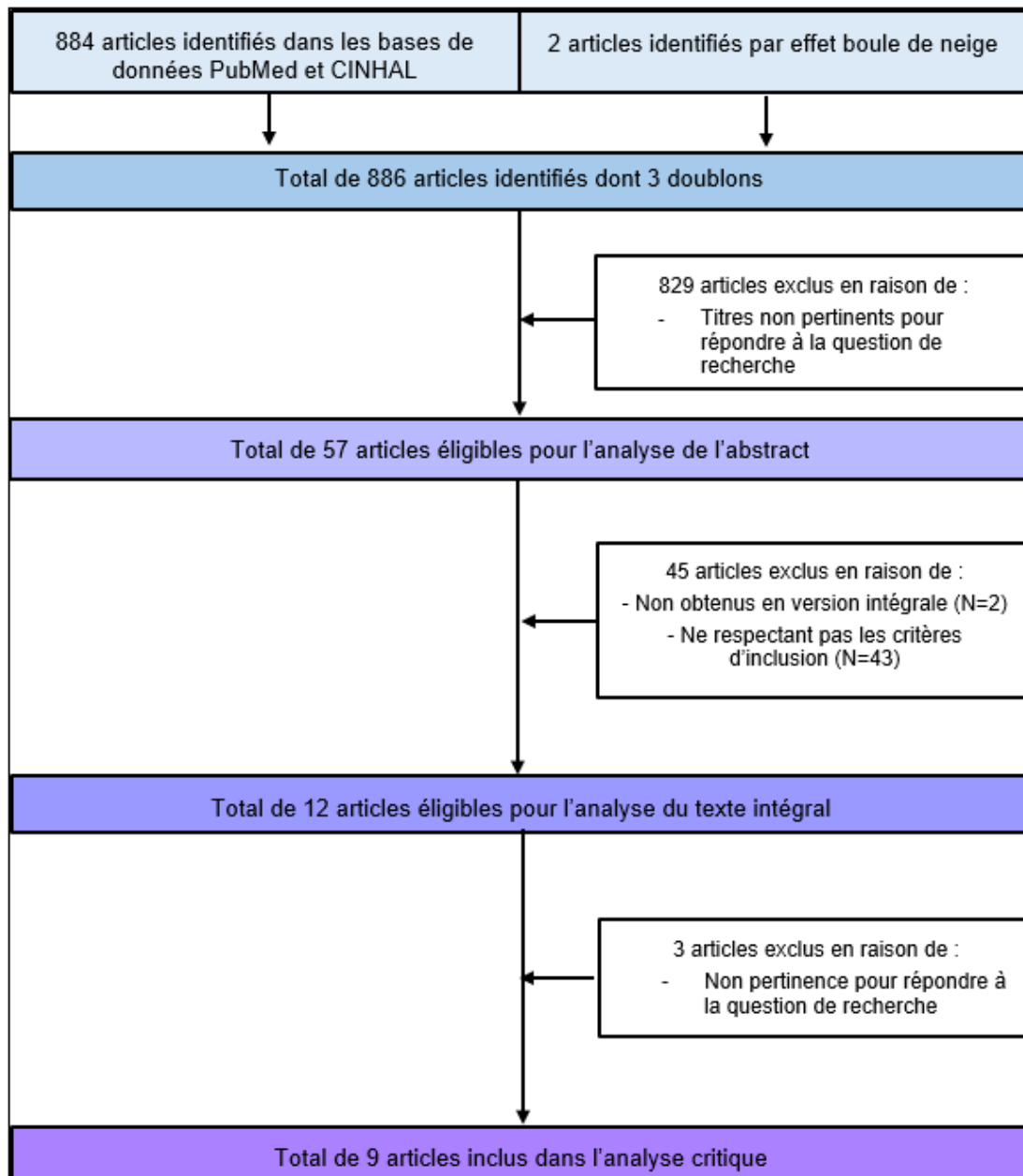


Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

4.3. Références des articles retenus

Au terme des recherches documentaires, neufs articles sont retenus et démontrent un niveau de pertinence élevé vis-à-vis du sujet de l'étude. Ces articles scientifiques analysent et explorent la prise en soins des femmes victimes de violence sexuelle par des SANE aux urgences.

Article n°1

Chalmers, K., Hollender, M., Spurr, L., Parameswaran, R., Dussault, N., Farnan, J., Oyola, S., & Carter, K. (2023). Emergency Department Preparedness to Care for Sexual Assault Survivors : A Nationwide Study. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 24(3), 629-636. <https://doi.org/10.5811/westjem.59257>

Article n°2

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. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000290>

Article n°3

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. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000026>

Article n°4

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>

Article n°5

Fukumoto, T. (2022). Nursing care provided at medical institutions to female victims immediately after a sexual assault incident: A qualitative descriptive study. *Nursing Open*, 10(4), 2118-2131. <https://doi.org/10.1002/nop2.1459>

Article n°6

Hollender, M., Almirol, E., Meyer, M., Bearden, H., & Stanford, K. (2023). Sexual Assault Nurse Examiners Lead to Improved Uptake of Services : A Cross-Sectional Study. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 24(5), 974-982. <https://doi.org/10.5811/westjem.59514>

Article n°7

Lechner, M., Bell, K., Short, N. A., Martin, S. L., Black, J., Buchanan, J. A., Reese, R., Ho, J. D., Reed, G. D., Platt, M., Riviello, R., Rossi, C., Nouhan, P., Phillips, C., Bollen, K. A., & McLean, S. A. (2021). Perceived Care Quality Among Women Receiving Sexual Assault Nurse Examiner Care : Results From a 1-Week Postexamination Survey in a Large Multisite Prospective Study. *Journal of Emergency Nursing*, 47(3), 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.11.011>

Article n°8

Nielson, M. H., Strong, L., & Stewart, J. G. (2015). Does Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Training Affect Attitudes of Emergency Department Nurses Toward Sexual Assault Survivors? *Journal of Forensic Nursing*, 11(3), 137-143. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000081>

Article n°9

Shaw, J., & Coates, V. (2021). Emergency Contraception Administration, Toxicology Kit Use, and Postassault Reporting : A Comparison of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) and Non-SANE Medical Providers. *Journal of Forensic Nursing*, 17(3), 146-153. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000320>

5. RÉSULTATS

Les résultats des recherches sont mis en évidence afin de répondre à la question de recherche finale « Comment le *Human Caring* de J. Watson met-il en lumière la plus-value des interventions des infirmières examinatrices en agression sexuelle (SANE) lors de l'accueil et la prise en soins des femmes victimes de violences sexuelles aux urgences ? ». Les neuf articles retenus et analysés sont présentés par ordre alphabétique sous la forme d'un tableau, qui expose et analyse le contenu principal de chaque article (population, type et but de l'étude, méthodes, instruments de mesures et interventions, résultats principaux, limites, recommandations et commentaires).

5.1. Niveaux de preuves

Pour déterminer le niveau de preuves des neuf articles que nous avons retenus, nous avons utilisé la pyramide hiérarchique du niveau de preuves de Polit & Beck (2021), voir figure 2.

Tableau 5. Niveaux de preuve

Type de devis	Sources des articles	Niveau de preuve selon Polit & Beck (2021)
Étude quantitative transversale descriptive	(Chalmers et al., 2023)	Niveau VII
Étude quantitative pré-post interventionnelle	(Chandramani et al., 2020)	Niveau V
Étude qualitative descriptive	(Cowley et al., 2014)	Niveau VII
Étude qualitative descriptive	(Fehler-Cabral et al., 2011)	Niveau VII
Étude qualitative descriptive	(Fukumoto, 2022)	Niveau VII
Étude quantitative rétrospective transversale	(Hollender et al., 2023)	Niveau V
Étude quantitative prospective transversale	(Lechner et al., 2021)	Niveau V

Étude quantitative transversale comparative observationnelle	(Nielson et al., 2015)	Niveau V
Étude quantitative transversale comparative observationnelle	(Shaw & Coates, 2021)	Niveau V

5.1.1. *Pyramide de preuve*

La pyramide hiérarchique des niveaux de preuves, telle que décrite par Polit & Beck (2021), est un modèle qui organise les différentes sources de preuves en fonction de leur fiabilité et de leur rigueur scientifique. Plus le niveau de preuves d'une étude est élevé, plus le score sera proche du sommet de la pyramide. Au sommet de la pyramide se trouvent les méta-analyses d'essais cliniques randomisés, qui sont considérées comme les preuves les plus solides car elles intègrent les résultats de plusieurs études rigoureuses. Les essais cliniques randomisés individuels suivent, représentant un haut niveau de preuve. Ensuite viennent les études quasi-expérimentales, les études de cohorte et cas-témoins, puis les études de cas et séries de cas. Enfin, à la base de la pyramide, se trouvent les opinions d'experts et les rapports anecdotiques, qui offrent le niveau de preuve le plus faible. Ce modèle aide les professionnels à évaluer la qualité des preuves lorsqu'ils prennent des décisions basées sur la recherche (Polit & Beck, 2021).

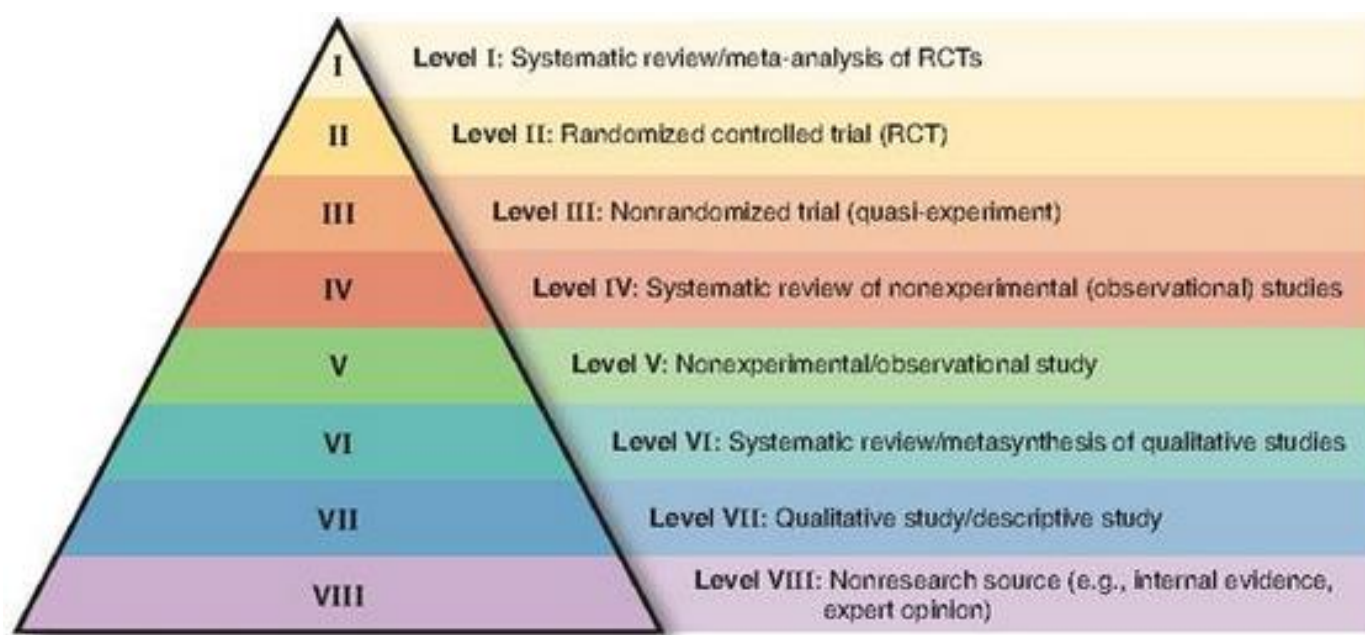


Figure 2. Pyramide des niveaux de preuve selon (Polit & Beck, 2021)

5.1.2. Grilles de lecture

Les articles ont été analysés au préalable à l'aide de grilles d'analyse de lecture, correspondant au type d'étude choisi (cf : annexe 9.4.). Parmi celles-ci, nous avons utilisé la grille *COREQ* pour l'analyse des études qualitative et la grille *STROBE* pour les études quantitatives. Pour ces dernières, nous avons utilisé une spécialisée pour les études transversales.

5.2. Analyse critique des articles retenus

Les neuf articles retenus pour cette analyse offrent une perspective approfondie sur les interventions des SANE et leur impact sur l'accueil et la prise en soins des femmes victimes de violences sexuelles aux urgences. Une analyse plus détaillée se trouve en annexe au point 9.3. « Tableau analytique » sous forme de tableau.

Article n°1

L'étude de Chalmers et al. (2023) a pour but d'explorer la préparation des services d'urgence pour la prise en soins des victimes d'AS, en soulignant le rôle des SANE. Cette étude quantitative transversale descriptive se situe au niveau VII des niveaux d'interprétation des preuves (Polit & Beck, 2021). La méthode employée inclut l'utilisation d'enquêtes électroniques auprès de défenseurs des victimes d'AS et d'analyses statistiques pour évaluer la préparation des services d'urgence. Les résultats montrent que l'intervention des SANE améliore significativement la prise en soins et l'accueil des femmes victimes de violences sexuelles aux urgences, en rendant le personnel davantage sensibilisé aux traumatismes subis par les victimes d'AS, et améliorant la disponibilité des ressources médico-légales.

Article n°2

L'article de Chandramani et al. (2020) a pour but d'évaluer les besoins et l'impact d'une intervention éducative pour le personnel soignant des urgences dans la prise en soins des victimes d'AS. Il s'agit d'une étude quantitative pré-post interventionnelle, se situant au niveau V des niveaux d'interprétation des preuves (Polit & Beck, 2021). La méthode employée comprend des enquêtes sur les besoins des soignantes ainsi qu'un questionnaire avant et après une intervention éducative. Les résultats indiquent qu'une spécialisation améliore significativement les attitudes et les compétences des prestataires de soins, conduisant à une meilleure qualité des soins. Ces améliorations

se traduisent par une prise en soins plus efficace et un accueil plus sensible aux besoins des victimes de violences sexuelles.

Article n°3

Cowley et al. (2014) ont pour but d'examiner les expériences et perspectives des SANE en Angleterre. Cette étude qualitative descriptive, se situe au niveau VII des niveaux d'interprétation des preuves selon Polit & Beck (2021). La méthode employée consiste en des entretiens semi-structurés avec des SANE. Les résultats révèlent que les SANE jouent un rôle primordial dans la collecte de preuves médico-légales et la collaboration avec les forces de l'ordre. Les auteurs rapportent également l'importance de créer un environnement empathique et sensible pour les patientes, facilitant ainsi le processus de guérison. Les interventions des SANE permettent donc d'améliorer la prise en soins et l'accueil des victimes de violences sexuelles en offrant un soutien émotionnel essentiel.

Article n°4

L'étude de Fehler-Cabral et al. (2011) a pour but d'étudier les expériences des victimes d'AS avec les SANE. Cette étude qualitative descriptive se situe au niveau VII des niveaux d'interprétation des preuves selon Polit & Beck (2021). La méthode employée inclut des entretiens semi-structurés avec des victimes d'AS. Les résultats montrent que les patientes ont une meilleure expérience de soins lorsqu'elles sont prises en soins par des SANE, en raison de la qualité des soins médicaux et du soutien émotionnel fourni. L'importance d'expliquer le processus d'examen est également soulignée. Ainsi, les SANE améliorent la prise en soins et l'accueil des victimes de violences sexuelles en fournissant des soins adaptés, en leur laissant le choix durant l'examen clinique et en réduisant l'anxiété des patientes.

Article n°5

L'étude de Fukumoto (2022) a pour but d'examiner les soins offerts par les infirmières et sage-femme prodigués aux victimes de violences sexuelles immédiatement après une agression. Il s'agit d'une étude qualitative descriptive, se situant au niveau VII des niveaux d'interprétation des preuves selon Polit & Beck (2021). La méthode employée consiste en des entretiens avec des infirmières et sage-femme. L'étude met également en avant la nécessité de protocoles standardisés classifiés en cinq types de soins (assurer le confort et la sécurité ainsi que la continuité de l'aide, offrir un soutien, construire une relation de confiance, favoriser le rétablissement de la dignité, de la santé physique et émotionnel) pour garantir une prise en soins cohérente et efficace. Les infirmières et sage-femme, qualifiées de SANE ont pu fournir les cinq types

de soins contrairement aux professionnelles non-SANE. Les interventions des infirmières et sage-femme permettent ainsi d'améliorer la prise en soins et l'accueil des victimes de violences sexuelles en offrant un soutien global et structuré.

Article n°6

L'étude d'Hollender et al. (2023) a pour but de comparer les soins fournis aux urgences aux victimes d'AS par les SANE et les équipes de soins traditionnels. Cette étude quantitative rétrospective transversale, se situe au niveau V des niveaux d'interprétation des preuves selon Polit & Beck (2021). La méthode employée inclut l'analyse de données extraites des dossiers médicaux électronique. Les résultats indiquent que les patientes ayant été pris en soins par une SANE se sont vu plus souvent proposer les ressources et les services recommandés et les ont plus souvent acceptés. Il a également été démontré que les SANE sont plus susceptibles d'offrir des services judiciaires et de compléter un rapport de police. Les SANE jouent un rôle clé dans l'amélioration de la prise en soins et de l'accueil des victimes de violences sexuelles en garantissant un suivi adéquat et continu.

Article n°7

L'étude de Lechner et al. (2021) a pour but d'évaluer la qualité des soins reçus d'après la perception des victimes d'AS. Cette étude quantitative prospective transversale, se situe au niveau V des niveaux d'interprétation des preuves selon Polit & Beck (2021). La méthode employée consiste en des enquêtes auto-administrées avec des patientes une semaine après avoir reçu des soins des SANE. Les résultats montrent que les soins prodigués par les SANE sont perçus comme complets et satisfaisants. Il est également mis en lumière que les SANE prennent au sérieux les besoins et les préoccupations des victimes en faisant preuves d'attention et de compassion. Les SANE contribuent ainsi à améliorer la prise en soins et l'accueil des victimes de violences sexuelles en offrant des soins de haute qualité.

Article n°8

Nielson et al. (2015) ont pour but d'explorer l'impact de la formation des SANE sur les attitudes et la qualité des soins des infirmières des urgences envers les victimes d'AS. Il s'agit d'une étude quantitative transversale comparative observationnelle, se situant au niveau V des niveaux d'interprétation des preuves selon Polit & Beck (2021). La méthode employée comprend des questionnaires démographiques et une échelle d'attitude. Les résultats indiquent que les SANE ont une attitude plus positive envers les victimes d'AS, conduisant ainsi à une meilleure qualité des soins. Les SANE, grâce à

leur formation, améliorent la prise en soins et l'accueil des victimes de violences sexuelles en apportant des soins spécialisés et en étant mieux préparés à répondre aux besoins des patientes.

Article n°9

L'étude de Shaw & Coates (2021) a pour but de comparer les interventions post-agression des SANE et des professionnelles non-SANE dans la prise en soins des victimes de violences sexuelles. Il s'agit d'une étude quantitative transversale comparative observationnelle, se situant au niveau V des niveaux d'interprétation des preuves selon Polit & Beck (2021). La méthode employée inclut l'analyse comparative des dossiers médicaux des patientes. Les résultats montrent que les SANE offrent des soins experts plus complets et adaptés, suivant des protocoles standardisés, incluant la collecte de preuves médico-légales et l'administration de contraception d'urgence. La formation continue est essentielle pour maintenir et améliorer les compétences des SANE. Les SANE améliorent donc la prise en soins et l'accueil des victimes de violences sexuelles en garantissant des soins complets et coordonnés.

En conclusion, ces neuf articles mettent en lumière l'importance des SANE dans la prise en soins des victimes de violences sexuelles. Les études démontrent que les SANE améliorent la qualité des soins, la satisfaction des patientes, et la standardisation des protocoles, tout en offrant un soutien émotionnel essentiel pour le rétablissement des victimes. En offrant des soins spécialisés, holistiques et empathiques, les SANE contribuent significativement à améliorer l'accueil et la prise en soins des victimes de violences sexuelles aux urgences.

5.3. Thèmes et sous-thèmes

L'analyse critique des neuf articles retenus a permis de faire ressortir des thèmes communs. Ces thèmes incluent la prise en soins après une agression sexuelle, la collaboration interdisciplinaire, les impacts des interventions et vécus des victimes, la plus-value des SANE dans la prise en soins et la standardisation des soins auprès des victimes d'AS ainsi que les défis et obstacles à la prise en soins des victimes d'AS. Ces éléments offrent une base solide pour comprendre comment les interventions des SANE peuvent améliorer la prise en charge des victimes de violences sexuelle.

Ces thèmes et sous-thèmes présentés dans le tableau ci-dessous, seront développés et mis en lien avec la théorie de J. Watson dans le chapitre 6, afin de répondre au mieux à notre question de recherche finale.

Tableau 6. Thèmes et sous-thèmes des article.

THÈMES	SOUS-THÈMES		N°1 <u>Chalmers</u> and al. (2023)	N°2 <u>Chandramani</u> and al. (2020)	N°3 Cowley and al. (2020)	N°4 Fehler- Cabral and al. (2011)	N°5 <u>Fukumoto</u> (2022)	N°6 <u>Hollender</u> and al. (2023)	N°7 Lechner and al. (2021)	N°8 Nielson and al. (2018)	N°9 Shaw & <u>Coates</u> (2021)
Prise en soins après une agression sexuelle	Prise en soins générale						✓			✓	
	Prise en soins et rôle des SANE				✓	✓	✓		✓		✓
	Soins médicaux	Examen cliniques, tests et traitement	✓	✓	✓			✓			✓
		Examen médico- légal et collecte de preuve	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
	Soins relationnels	Soins tenant compte des traumatismes	✓	✓		✓	✓	✓	✓		
		Notion de choix et de consentement	✓		✓	✓	✓				
	Suivi de sortie		✓		✓		✓	✓	✓		
Impacts des interventions et vécus des victimes	Impact psychologique et émotionnel des interventions sur les victimes		✓			✓	✓				
	Expériences et perceptions des victimes concernant la prise en soins SANE				✓	✓			✓		

Collaboration interdisciplinaire	Collaboration avec le réseau socio-sanitaire		✓		✓		✓	✓			
	Collaboration avec les forces de l'ordre				✓			✓			✓
Obstacles à la prise en soins des victimes d'AS	Obstacles à la prise en soins	Manque de connaissances et de formation du personnel soignant concernant la prise en soins des victimes d'AS		✓				✓	✓		✓
		Autres obstacles	✓	✓			✓	✓			✓
	Obstacles dans la mise en œuvre des interventions SANE		✓		✓			✓	✓	✓	
Plus-value des SANE	Plus-value des SANE dans la prise en soins des victimes d'AS		✓		✓			✓	✓	✓	✓
	Importance de la formation et de la standardisation des soins SANE		✓	✓	✓					✓	✓

6. DISCUSSION

Les résultats des études analysées mettent en évidence la plus-value du rôle des SANE au sein des services d'urgences, que ce soit auprès des autres membres du réseau de soin, mais surtout auprès des victimes d'AS. Au travers de ces analyses d'articles et tout en mobilisant la théorie du *Human Caring* de J. Watson, nous allons répondre à notre question de recherche, à savoir : « Comment le *Human Caring* de J. Watson met-il en lumière la plus-value des interventions des infirmières examinatrices en agression sexuelle (SANE) lors de l'accueil et de la prise en soins des femmes victimes de violences sexuelles aux urgences ? ».

L'approche globale du *Human Caring* de J. Watson permet d'adapter les interventions aux besoins spécifiques des patientes victimes d'AS. Le *Human Caring* vise à offrir des soins empreints de sollicitude, s'inscrivant dans une relation d'aide tant professionnelle que familiale (Hochschild, 1983, cité dans Noël-Hureaux, 2015). La théorie de J. Watson stipule que les humains ne peuvent pas être traités comme des objets et doivent être pris en soins dans leur globalité, en incluant l'autre, et leur environnement (Watson, cité dans Fawcett & DeSanto-Madeya, 2012, p.403).

Pour rappel, la théorie du *Human Caring* se base sur dix facteurs caratifs, qui sont les suivants :

1. Soutenir les valeurs humanistes-altruistes à travers une pratique de bonté, de compassion et d'égalité avec soi et autrui ;
2. Insuffler la confiance ainsi que l'espoir et honorer les autres ;
3. Être sensible à soi et aux autres en préservant les croyances et les pratiques individuelles ;
4. Développer des relations d'aide, de confiance et de *Caring* ;
5. Promouvoir et accepter les sentiments positifs et négatifs par l'écoute authentique du récit d'autrui ;
6. Utiliser des méthodes de résolution de problèmes scientifiques créatives pour réaliser une prise de décision empreinte de *Caring* ;
7. Partager l'enseignement et l'apprentissage qui répondent aux besoins individuels et aux différents styles de compréhension de la personne ;
8. Créer un environnement de guérison, pour le soi physique et spirituel, qui respecte la dignité humaine ;
9. Assister la personne dans ses besoins humains physiques, émotionnels et spirituels de base ;
10. S'ouvrir aux mystères et aux miracles de la vie (Watson, 2007).

Des liens seront fréquemment réalisés entre ces différents facteurs et les soins prodigués aux victimes d'agression sexuelle tout au long de la discussion. Les facteurs caratifs seront parfois cités uniquement au travers de leur numéro afin de faciliter la lecture.

Afin de résumer les différentes interventions SANE que nous avons pu mettre en lien avec la théorie du *Human Caring* et les différents facteurs caratifs de Watson, un tableau récapitulatif (cf. tableau 7) est disponible à la fin de ce chapitre.

6.1. Prise en soins après une agression sexuelle

Cette section distingue les soins généraux des soins SANE pour les victimes d'AS. Les soins médicaux incluent l'examen clinique, les tests, les traitements et la collecte de preuves médico-légales, avec une distinction entre soins généraux et SANE. Les soins relationnels auprès des victimes d'AS sont également détaillés, au travers de sous-sections s'intéressant aux soins tenant compte des traumatismes et à la notion de choix et de consentement. Les soins relationnels, tenant compte des traumatismes, du consentement et du suivi de sortie, sont aussi abordés.

6.1.1. Prise en soins générale

Les soins pour les victimes de violences sexuelles sont essentiels pour traiter les blessures physiques et psychologiques, souvent complexes, allant du traitement des blessures aiguës au traumatisme psychologique (Nielson et al., 2015). Cela fait écho à l'approche holistique des soins infirmiers telle que prônée par Watson, visant à harmoniser l'esprit, l'âme et le corps (Pepin et al., 2017, p.72) pour rétablir la santé de la personne, au-delà d'une absence de maladie (Watson, 1988, cité dans Alligood, 2021, p.74). Une approche holistique est donc nécessaire pour rétablir l'harmonie décrite par Watson chez les victimes d'AS. L'étude de Nielson et al. (2015) nous indique également qu'il est nécessaire d'identifier, d'assister et de traiter les victimes, quel que soit le lieu où elles sont soignées, afin de gérer la crise sanitaire que représentent les agressions sexuelles, dans un contexte où les services d'urgence interrogés accueillent au moins une victime d'AS par semaine. L'étude de Fukumoto (2022) a identifié cinq formes de soins infirmiers prodigués aux victimes d'AS :

- Assurer le réconfort et la sécurité de la personne ;
- Offrir un soutien afin que l'examen physique se déroule au mieux ;
- Construire une relation de confiance ;

- Favoriser le rétablissement de la dignité et de la santé physique et émotionnelle de la personne ;
- Assurer la continuité des soins.

La même étude indique cependant que les infirmières non-spécialisées peinent davantage à établir une relation de confiance et à favoriser le rétablissement de la dignité et de la santé physique et émotionnelle des victimes, comparativement aux SANE (Fukumoto, 2022).

6.1.2. Prise en soins et rôle des SANE

Si l'on se penche plus spécifiquement sur la prise en soins infirmière réalisée par les SANE, celles-ci prodiguent systématiquement les 5 types de soins décrits plus tôt (Fukumoto, 2022).

Le fait d'assurer le réconfort et la sécurité implique de comprendre les besoins des victimes, de lire leur langage corporel et de leur montrer que l'équipe de soins est digne de confiance. Certains établissements disposent de salles d'examen privées et de protocoles spécifiques, veillant à ce que l'auscultation par un homme ne compromette pas le sentiment de sécurité des victimes. (Fukumoto, 2022). Un lien peut être établi avec le 8^{ème} facteur caratif, consistant à créer un environnement de guérison physique et spirituel qui respecte la dignité humaine (Watson, 2007), ce qui correspond donc au fait d'offrir aux femmes victimes d'AS un espace de sécurité et de réconfort.

Offrir un soutien pendant l'examen repose sur la collaboration entre infirmières et médecins pour recueillir les preuves médico-légales (Fukumoto, 2022), ce qui peut être mis en lien avec le 6^{ème} facteur caratif, qui met en avant l'utilisation de méthodes scientifiques créatives pour résoudre les problèmes dans une perspective de *Caring* (Watson, 2007). Cette approche coordonnée démontre une compréhension et un respect des besoins de la victime.

La relation de confiance passe par le fait que l'infirmière soit capable de montrer à la victime qu'elle est de son côté, qu'elle respecte la notion de consentement et protège la vie privée de la victime (Fukumoto, 2022). Un lien peut être fait avec le 4^{ème} facteur caratif, qui prône le développement de la relation d'aide, de confiance et de *Caring* (Watson, 2007). Le respect du consentement et de la vie privée de la victime participe à établir la relation transpersonnelle entre soignante et soignée, relation basée sur la confiance, un élément essentiel dans la guérison de la victime après le traumatisme subi.

Le rétablissement de la dignité et de la santé physique et émotionnelle repose sur des soins qui minimisent les dommages médicaux et aident à reconstruire l'image de soi (Fukumoto, 2022). Dans le contexte du rétablissement de la dignité des victimes

d'AS, cela signifie créer un espace sécurisé où la victime peut exprimer ses émotions et retrouver le contrôle de son corps et de sa vie, tel que décrit dans le 8^{ème} facteur caratif (Watson, 2007). Cet environnement favorise la guérison de la personne non seulement sur le plan physique, mais aussi émotionnel et spirituel. La reconstruction de l'image de soi correspond à l'approche du *Human Caring*, puisque l'on ne se concentre pas uniquement sur les dommages physiques subis, mais également sur les dommages psychologiques et émotionnels, ce qui tend à rétablir l'harmonie entre l'esprit, l'âme et le corps (Watson, 1988, cité dans Cara & O'Reilly, 2008).

Assurer la continuité des soins signifie surveiller l'entourage de la victime, maintenir le soutien pendant l'examen et garantir un suivi de sortie (Fukumoto, 2022), en accord avec le 9^{ème} facteur caratif, qui met l'accent sur le fait d'assister la personne dans ses besoins physiques, émotionnels et spirituels de base (Watson, 2007). Cette approche va au-delà de l'examen médical, en assurant une surveillance continue pour répondre aux besoins de la victime, conformément à la vision holistique de Watson.

L'étude de Fehler-Cabral et al. (2011) indique que l'objectif des soins SANE est de rétablir la dignité et de prévenir la victimisation secondaire des victimes d'AS. Le rôle professionnel des SANE y est décrit comme complexe, car il requiert d'effectuer des soins techniques et émotionnels, le tout devant être réalisé dans un processus homogène, ce qui nous renvoie au *Caring*, dont la singularité consiste à allier des compétences à la fois techniques et émotionnelles (Hochschild, 1983, cité dans Noël-Hureaux, 2015). De plus, les SANE doivent équilibrer objectivité professionnelle et empathie dans la collecte des preuves médico-légales (Fehler-Cabral et al., 2011), ce qui nous renvoie à l'approche holistique décrite par Watson, considérant la personne dans sa globalité.

Les SANE, en cherchant à rétablir la dignité et à prévenir la victimisation secondaire, s'alignent sur les facteurs caratifs de Watson concernant la dignité humaine (8^{ème} facteur) ; et la sensibilité aux besoins holistiques (9^{ème} facteur) ; et la création d'un lien authentique (4^{ème} et 5^{ème} facteurs) ; et empathique (1^{er} facteur) avec la personne soignée. D'après l'étude de Cowley et al. (2014), le rôle des SANE englobe la prise en compte des besoins médicaux, émotionnels, juridiques et de soins de suivi des victimes d'AS. L'objectif principal des soins SANE est centrée sur la qualité des soins auprès de la victime, dans le but de la soutenir et d'avoir une posture non-jugeante afin que la patiente entame son processus de guérison. Cette vision holistique des soins rejoint la théorie de Watson qui stipule que les humains ne peuvent pas être traités comme des objets et doivent être pris en soins dans leur globalité (Watson, citée dans Fawcett & DeSanto-Madeya, 2012, p.403). L'étude de Shaw & Coates (2021) indique que les SANE fournissent également des soins médico-légaux experts, complets et adaptés à

la première consultation suivant l'agression sexuelle. Cette approche est en accord avec le 6^{ème} facteur caratif de Watson, qui met l'accent sur l'utilisation de méthodes de résolution de problèmes scientifiques créatives pour réaliser une prise de décision empreinte de *Caring* (Watson, 2007). Lechner et al. (2021) montrent que les SANE offrent des soins de haute qualité, prenant en compte les besoins des victimes, en évitant de les blâmer, et en faisant preuve de compassion, tout en expliquant les examens et en fournissant des informations pour le suivi. Les SANE, en prenant au sérieux les besoins des victimes et en faisant preuve de compassion applique le 1^{er} facteur caratif de Watson, qui soutient les valeurs humanistes-altruistes à travers une pratique de bonté, de compassion et d'égalité avec soi et autrui.

De plus, leur engagement à expliquer les examens et à fournir des informations pour le suivi s'aligne avec le 7^{ème} facteur caratif, encourageant à partager l'enseignement et l'apprentissage répondant aux besoins individuels et aux différents styles de compréhension de la personne (Watson, 2007). Cela nous renvoie aussi à la vision de la relation transpersonnelle de la soignante à la personne soignée telle que décrite par Watson, nécessitant une approche authentique, une pleine attention envers soi-même et l'autre, et l'intention d'être dans le moment présent (Sitzman & Watson, 2018, p.18), empreinte de chaleur humaine et de cohérence (Pepin et al., 2017, p.72).

6.1.3. Soins médicaux

6.1.3.1. Examen clinique, test et traitements

6.1.3.1.1 Soins généraux

Selon Chandramani et al. (2020), le personnel soignant se sent généralement à l'aise avec les soins pour les victimes d'AS, y compris la prophylaxie et la contraception d'urgence. Les soignants sont majoritairement confiants dans leur capacité à récolter les informations pertinentes lors de l'anamnèse (67%). Chalmers et al. (2023) notent que la majorité du personnel soignant explique en détail les soins et chaque étape de l'examen (83,6%). Cela correspond au 7^{ème} facteur caratif, favorisant la compréhension des soins et un sentiment de sécurité et de confiance (Watson, 2007).

6.1.3.1.2 Soins SANE

Selon Hollender et al. (2023), les patientes ayant reçus des soins de la part des SANE se sont vues plus souvent proposer les services et ressources recommandés et

les ont plus souvent acceptés que lorsque la prise en soins a été réalisé par un professionnel de santé non-SANE. Ces services englobent la proposition d'une prophylaxie et de tests de dépistage, aussi bien pour les IST que pour le VIH, d'un test de grossesse et d'une contraception d'urgence. L'accent mis par les SANE sur la communication claire concernant les options de traitement est en phase avec le 7^{ème} facteur caratif, favorisant un enseignement adapté aux besoins de la personne (Watson, 2007). Cela renforce l'autonomie des victimes, en leur offrant un cadre de soins respectueux de leurs choix personnels.

D'après l'étude de Shaw & Coates (2021), les patientes traitées par des SANE sont significativement plus susceptibles de se voir administrer une contraception d'urgence (65%) comparativement à des prestataires non-SANE (52,9%), car les SANE sont censées systématiquement discuter la probabilité d'une éventuelle grossesse et les options de traitement auprès des victimes d'AS. Les SANE sont également significativement moins susceptibles d'administrer un kit de toxicologie aux patientes (25,6%) comparativement aux prestataires non-SANE (39,4%), car les SANE sont formées à savoir quand un dépistage toxicologique et les tests de routine sont recommandés.

Selon Cowley et al. (2014), les SANE prodiguent également des soins de confort, comme offrir la possibilité à la victime de prendre une douche, séparant ainsi les soins médico-légaux des soins médicaux. De plus, cela démontre l'attention portée à l'expérience vécue de la victime. Ce geste de *Caring* correspond au 4^{ème} facteur caratif, qui valorise le développement de relations d'aide empreintes de confiance et de *Caring* (Watson, 2007). Cette approche permet de créer un environnement de guérison où la victime se sent en sécurité et respectée, en alignement avec le 8^{ème} facteur caratif (Watson, 2007).

En outre, la manière dont les SANE assurent une présence empathique, par leur engagement à répondre aux besoins médicaux tout en tenant compte du bien-être psychologique et émotionnel des victimes, et en prenant soin d'écarter les procédures non nécessaires, correspond à la vision holistique des soins décrite par Watson et au 9^{ème} facteur caratif, qui met l'accent sur l'assistance aux besoins physiques, émotionnels et spirituels de base (Watson, 2007).

6.1.3.2. Examen médico-légal et collecte de preuve

6.1.3.2.1 Soins généraux

Selon Chalmers et al. (2023), 78,8% des défenseurs des victimes d'AS indiquent que les hôpitaux disposent de kit de collecte de preuve médico-légaux et 65,8% affirment que les professionnels sont à l'aise lors d'un examen médico-légal. Chandramani et al. (2020) montrent que bien que la majorité du personnel se sente à l'aise avec les examens médico-légaux, seulement 29% sont à l'aise lorsqu'il s'agit de victimes d'agression sexuelle. De plus, c'est seulement 20% du personnel soignant des urgences interrogé qui connaît les lois concernant la collecte de preuves lors de l'examen médico-légal. Dans le cadre de l'étude de Fukumoto (2022), les infirmières de seulement deux établissements indiquent savoir que les zones lésées constituent des preuves pour une potentielle l'enquête.

À la suite de l'intervention de formation théorique et pratique concernant les victimes d'AS mise en place par Chandramani et al. (2020), 86% des internes en médecine ont déclaré se sentir plus à l'aise pour conseiller les patientes sur les examens médico-légaux, contre 41% avant l'intervention. De même, 87% des internes en médecine affirment se sentir confiants lors de l'utilisation d'un kit de collecte de preuve, contre 44% avant l'intervention. Concernant l'examen ano-génital, 80% des internes se sentent à l'aise après la formation, contre 50% avant.

La formation et l'acquisition de compétences pour la collecte de preuves médico-légaux, l'utilisation des kits médico-légaux et les conseils prodigués aux patientes après l'intervention s'alignent avec le 7^{ème} facteur caratif, qui prône le partage de l'enseignement et l'apprentissage en fonction des besoins individuels (Watson, 2007). En instruisant les internes sur les bonnes pratiques médico-légaux, ces dernières sont en mesure d'offrir des soins plus adaptés et centrés sur les patientes, tout en réduisant la possibilité de victimisation secondaire.

6.1.3.2.2 Soins SANE

Les SANE utilisent plus souvent le kit médico-légal que les professionnels non-SANE (Hollender et al., 2023). Selon Cowley et al. (2014), la nécessité d'une collecte de preuves est identifiée de manière approfondie, individualisée et holistique par les SANE. En effet, les SANE privilégient la qualité des soins à la collecte de preuves, car celles-ci sont rarement présentées en tribunal. D'après Fehler-Cabral et al. (2011), les victimes se sont senties soulagées de voir que les SANE sont plus que de « simples

collectrices de preuves ». Cette notion peut être mise en lien avec le 4^{ème} facteur caratif de Watson, qui propose de développer des relations d'aide et de confiance (Watson, 2007), ainsi qu'avec le 1^{er} facteur caratif, qui soutient les valeurs humanistes-altruistes à travers une pratique de bonté, de compassion et d'égalité avec soi et les autres (Watson, 2007). En priorisant la qualité des soins par rapport à la seule collecte de preuves, les SANE font preuve d'une bienveillance profonde envers les victimes, en reconnaissant l'importance de leur bien-être émotionnel et physique dans le processus de guérison.

Cette approche permet de voir les victimes d'AS comme des personnes à part entière, et non comme des simples sujets d'une procédure médico-légale, ce qui reflète la conception de Watson selon laquelle les êtres humains doivent être respectés dans leur individualité (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2012, p.403), en accord avec sa vision de la relation transpersonnelle, mettant l'accent sur la présence authentique et la création d'une connexion significative (Sitzman & Watson, 2018, p.18). Ceci démontre que les SANE reconnaissent que l'examen médico-légal peut être une expérience difficile et intrusive pour les victimes, et se concentrent plutôt sur leur bien-être global plutôt que sur les exigences légales. Ainsi, les SANE utilisent leurs compétences pour s'assurer que les preuves sont collectées de manière appropriée, tout en veillant à ce que la victime ne soit pas revictimisée par le processus judiciaire, offrant ainsi un soutien holistique qui va au-delà du cadre technique.

6.1.4. Soins relationnels

6.1.4.1. Soins tenant compte des traumatismes

Selon Hollender et al. (2023), il est essentiel que les soins prennent en compte les traumatismes des victimes, ce qui est en accord avec le 9^{ème} facteur caratif de Watson, qui met l'accent sur l'assistance apportée aux besoins physiques, émotionnels et spirituels fondamentaux (Watson, 2007). Selon l'étude de Chandramani et al. (2020), seulement 51% des infirmières interrogées se sentent confiantes dans leur capacité à éviter de retraumatiser les victimes par leurs paroles ou leurs actes, et 26% se sentent suffisamment formées aux soins tenant compte des traumatismes. D'après Chalmers et al. (2023), la grande majorité des défenseurs de victimes d'AS interrogés ont observé les soignants des urgences faire preuve d'empathie à l'égard des victimes (95,6%). Cependant, certains défenseurs ont également indiqué avoir parfois pu observer le personnel soignant blâmer les victimes pour les circonstances de leur agression (28,35%), ou faire preuve de scepticisme, verbal ou non, à l'égard du récit de l'agression

des victimes (53,2%). L'empathie manifestée par les professionnels, telle qu'observée par Chalmers et al. (2023), est en accord avec le 1^{er} facteur caratif, qui soutient les valeurs humanistes-altruistes à travers une pratique empreinte de compassion et d'humanité (Watson, 2007). Cependant, le fait que certains soignants blâment les victimes ou fassent preuve de scepticisme montre un manque de compréhension des besoins complexes des victimes. Traiter une victime d'AS avec incrédulité ou la blâmer compromet non seulement l'approche transpersonnelle de Watson, mais empêche également la mise en place d'un environnement de *Caring* qui favoriserait une guérison psychologique et émotionnelle. Cela souligne l'importance d'une formation continue pour tous les professionnels de santé afin d'éviter de causer des traumatismes supplémentaires.

Lechner et al. (2021) indiquent que les victimes d'AS ont observé une attitude empreinte de compassion de la part des SANE (88%). La majeure partie des victimes affirment ne pas avoir eu la sensation que les SANE agissaient comme si l'agression sexuelle était de leur faute (89%). Selon l'étude de Fukumoto (2022), les professionnels non-SANE ne comprennent pas ce qu'est un syndrome de stress aigu, ou les manifestations d'un trouble dissociatif chez les victimes d'AS. Cependant les infirmières ayant bénéficié de la formation SANE savent reconnaître les signes d'un syndrome de stress aigu. Le fait que les SANE soient capables de reconnaître les symptômes de stress aigu, contrairement aux soignants non formés, illustre le 6^{ème} facteur caratif, qui valorise l'utilisation de méthodes scientifiques créatives pour la prise de décision empreinte de *Caring* (Watson, 2007). Grâce à leur formation, les SANE comprennent mieux les manifestations psychologiques des victimes, favorisant ainsi un traitement plus adapté et plus humain.

Comme expliqué dans l'étude de Fehler-Cabral et al. (2011), dans le programme focal des SANE, les examens médico-légaux sont effectués dans les 96 heures après le viol. Se faire examiner si tôt après l'agression est souvent difficile pour les victimes, en raison du caractère invasif de l'examen. Un examen médico-légal peut donc être pénible et perçu, par la victime, comme une deuxième agression sur son corps. Toutefois, les victimes qui ont été interrogées ont déclaré que ce traumatisme secondaire avait été atténué par l'ouverture et l'honnêteté des SANE concernant chaque étape du processus, en accord avec le 4^{ème} facteur caratif, qui valorise le développement de relations de confiance (Watson, 2007). En prenant le temps d'expliquer chaque étape de l'examen aux victimes, les SANE incarnent dans leur posture professionnelle la relation transpersonnelle décrite par Watson, fondée sur la pleine attention et l'intention authentique envers la personne soignée (Sitzman & Watson, 2018, p.18).

L'étude de Chalmers et al. (2023) nous indique que la présence de SANE dans les services d'urgence est fortement associée à l'observation de comportements tenant compte des traumatismes de la part du personnel soignant. Les défenseurs des victimes d'AS interrogés ont indiqué qu'une plus grande proportion des soignants manifestait des attitudes prenant en compte les traumatismes lorsque les soins étaient réalisés par des SANE. En abordant les traumatismes émotionnels et psychologiques des victimes, les SANE contribuent à restaurer l'harmonie entre le corps, l'esprit et l'âme, ce qui est fondamental dans la théorie du *Human Caring* (Watson, 1988, citée dans Cara & O'Reilly, 2008).

Fehler-Cabral et al. (2011) indiquent que l'objectif des soins SANE est de rétablir la dignité et de réduire la victimisation secondaire, objectif qui a été atteint selon la majorité des victimes interrogées dans le cadre de cette étude. Cela reflète le 8^{ème} facteur caratif, qui prône la création d'un environnement de guérison respectueux de la dignité humaine (Watson, 2007). Les SANE, en évitant la retraumatisation et en respectant l'intégrité physique et psychologique des victimes, favorisent la guérison holistique des personnes, concept central dans la théorie de Watson. En traitant les victimes avec dignité et en leur permettant de garder un certain contrôle sur le processus d'examen, les SANE appliquent les principes de soins centrés sur l'humain.

6.1.4.2. Notion de choix et de consentement

Selon Chalmers et al. (2023), 78,4 % des défenseurs des victimes d'AS ont observé que le personnel soignant demandait le consentement à chaque étape de l'examen, mais 43,9 % ont noté des pressions sur les patientes pour terminer l'examen ou déposer un rapport de police. D'après l'étude de Fukumoto (2022), les infirmières prenant en soins les victimes d'AS intègrent dans leur pratique la construction d'un lien de confiance, ce qui passe par le fait de respecter la notion de consentement éclairé. Cependant, les professionnels non-SANE ont plus de difficultés à construire ce lien de confiance que les SANE. L'étude de Fehler-Cabral et al. (2011) indique que l'un des principaux éléments jugés comme utile par les victimes d'AS est le fait d'avoir le choix dans le déroulement des soins lorsqu'elles sont examinées par une SANE. Cowley et al. (2014) soutiennent également que les SANE passent du temps à obtenir le consentement éclairé des patientes, en leur expliquant l'importance de la consultation et sur le fait que cette dernière ne sera pas confidentielle.

Le fait que les soignants demandent le consentement à chaque étape de l'examen, comme observé par Chalmers et al. (2023) et cherchent à bâtir un lien de confiance avec les victimes (Fukumoto, 2022), s'aligne avec le 4^{ème} facteur caratif de

Watson, qui valorise le développement de relations d'aide, de confiance et de *Caring* (Watson, 2007). En respectant le consentement éclairé et en donnant le pouvoir de décision aux victimes, les soignants créent un environnement respectueux de la dignité et de l'autonomie. Ceci est essentiel à l'établissement d'une relation transpersonnelle, où les besoins et les désirs des victimes sont pris en compte de manière authentique et bienveillante. Toutefois, le fait que certains soignants exercent une pression sur les victimes pour terminer l'examen ou déposer un rapport de police montre un déséquilibre dans l'application des principes du *Caring*. Ce comportement va à l'encontre de plusieurs facteurs caratifs, notamment le 9^{ème}, qui met l'accent sur l'assistance à la victime dans ses besoins physiques, émotionnels et spirituels de base (Watson, 2007). En négligeant les besoins émotionnels et spirituels des victimes et en se concentrant sur des impératifs procéduraux, les soignants compromettent l'approche holistique nécessaire pour répondre aux besoins de base des victimes dans un moment de vulnérabilité. Cela force également les victimes à prendre des décisions qu'elles ne sont pas prêtes à faire, risquant ainsi de causer une victimisation secondaire et de compromettre la relation de confiance nécessaire pour une guérison.

À l'inverse, l'importance donnée par les SANE au choix des victimes dans le déroulement des soins, comme mentionné par Cowley et al. (2014) et Fehler-Cabral et al. (2011), s'accorde avec les facteurs caratifs. En offrant un environnement où les victimes peuvent exprimer leurs préférences et faire des choix au travers d'un consentement éclairé, les SANE contribuent à rétablir l'harmonie entre le corps, l'esprit et l'âme des victimes, facilitant ainsi le processus de guérison holistique dans le respect de leur individualité, en accord avec la vision de Watson. Cela renforce également le lien de confiance, tel que décrit dans le 2^{ème} et le 4^{ème} facteurs caratifs (Watson, 2007), et créer une occasion de *Caring*, un moment où l'infirmière et la victime se rencontrent avec leur histoire de vie, ainsi que leur champ phénoménal uniques dans une transaction d'humain à humain (Watson, 2006, citée dans Cara & O'Reilly, 2008).

Chaque demande de consentement éclairé est une opportunité pour le soignant de démontrer du respect, de l'empathie et de la bienveillance, tout en validant l'autonomie de la victime. Lorsque les SANE prennent le temps d'expliquer chaque étape du processus, elles ne se contentent pas de répondre aux obligations légales ou procédurales. Elles saisissent l'occasion de *Caring*, d'instaurer une relation transpersonnelle avec la victime, où la confiance et le respect mutuel sont au centre du soin. Les SANE, par leur formation spécialisée et leur approche holistique, dépassent la simple exécution des soins cliniques pour offrir une véritable relation de soutien, où le respect des choix des victimes, la compassion et l'écoute sont au cœur du processus de soins. Cette approche est en adéquation avec les facteurs caratifs de Watson, qui

valorisent le développement de relations empreintes de confiance (2^{ème} et 4^{ème} facteurs) et l'attention à l'intégrité physique et spirituelle des individus (8^{ème} et 9^{ème} facteurs) (Watson, 2007).

6.1.5. Suivi de sortie

D'après Fukumoto (2022), la prise en soins infirmière auprès des victimes d'AS englobe le fait de veiller à ce qu'un suivi de sortie ait bien lieu, afin d'assurer la continuité des soins, entre autres en collaborant avec les centres de soutien. Cependant, Chalmers et al. (2023) indiquent que seul 57,9% des hôpitaux intégrés dans le cadre de leur étude disposent de ressources pour soutenir les patientes après leur sortie, comme des vêtements de rechange, des bons pour des soins de suivi, ou des informations pour répondre aux besoins fondamentaux des victimes, concernant par exemple le logement d'urgence ou les transports.

L'étude d'Hollender et al. (2023) nous indique que les SANE sont significativement plus prompts que les autres professionnels de santé à mettre en place un suivi de sortie et s'assurer que la sortie se déroule en toute sécurité pour la victime, ou encore à proposer aux patientes de les mettre en contact avec des défenseurs des victimes d'AS. L'étude de Cowley et al. (2014) souligne également que le rôle des SANE englobe le fait de s'occuper des soins post-traitement d'une victime d'AS. En effet, les soins se concluent par un suivi concernant la santé sexuelle, le risque de grossesse et l'orientation vers l'équipe multidisciplinaire. Selon Chalmers et al. (2023) la présence de SANE dans les services d'urgence est significativement associée à la disponibilité de ressources de suivi pour les victimes d'AS après la sortie. D'après Lechner et al. (2021), les SANE fournissent des informations de suivi aux patientes dans 75% des cas. Cette attention par les SANE au suivi de sortie favorise une guérison holistique qui dépasse le cadre immédiat des soins médicaux, et est en accord avec le 9^{ème} facteur caratif, qui insiste sur l'assistance aux besoins physiques, émotionnels et spirituels fondamentaux de la personne (Watson, 2007).

La continuité des soins, comme souligné par Cowley et al. (2014) et Fukumoto (2022), est également en accord avec le 2^{ème} facteur caratif de Watson, qui valorise le fait d'insuffler la confiance et l'espoir (Watson, 2007). En offrant aux victimes d'AS un suivi complet, les SANE instaurent une relation transpersonnelle où la confiance et l'espoir d'une possible guérison sont renforcés, et la dignité des victimes est préservée. Ainsi, les SANE, en veillant à ce que les victimes d'AS ne soient pas livrées à elles-mêmes après leur traitement initial, incarnent la vision holistique de Watson en offrant

un cadre de soin centré sur la personne, où chaque victime est accompagnée de manière complète et continue, tant sur le plan médical que psychologique.

6.2. Impact des interventions et vécu des victimes

Cette section explore l'impact des interventions et le vécu des victimes d'AS, en se penchant dans un premier temps sur l'impact psychologique et émotionnel des interventions sur les victimes, puis en se focalisant sur les expériences et le vécu des victimes concernant la prise en soins SANE.

6.2.1. Impact psychologique et émotionnel des intervention sur les victimes

Les soins infirmiers visent à limiter les dommages médicaux infligés aux patientes et à reconstruire leur image de soi, dans le but de favoriser le rétablissement de la dignité ainsi que la santé physique et émotionnelle (Fukumoto, 2022). Ceci est en adéquation avec le 8^{ème} facteur caratif, consistant à créer un environnement de guérison pour le soi physique et spirituel dans le respect de la dignité humaine (Watson, 2007). Ce processus de reconstruction de l'image de soi correspond également à l'approche de Watson, tendant vers une harmonisation entre le corps, l'esprit et l'âme (Watson, 1988, cité dans Alligood, 2021, p.74), harmonie compromise par l'agression sexuelle.

L'étude de Chalmers et al. (2023) s'est penchée sur les indicateurs de qualité de soins liés aux comportements et attitudes du personnel soignant des urgences, tels que l'incrédulité concernant le récit de l'agression, ou encore le fait de blâmer les victimes, induisant une responsabilité de leur part dans la survenue de l'agression. Les résultats indiquent que les victimes d'AS qui se présentent aux urgences sont plus susceptibles que d'autres à avoir des problèmes de santé et à être exposées à des interactions retraumatisantes avec le personnel soignant.

Les patientes insistent sur l'importance d'être crues et de voir leur expérience validée par les soignants, comme l'indique cette femme :

« You start to doubt yourself as far as like, well what really happened, like did I have like a really bad dream. Like sometimes you have dreams that you wake up and you think, oh like that happened and you don't know the difference between reality and your imagination [...] and [...] you start to doubt yourself. [...]. I think it would have been nice if someone had told me [...] you were violated. [...]. If people don't believe you, you feel even more hurt by that because it is like [...] why don't you go through that and why don't you tell me how you feel about it. »
(une femme de 20 ans violée par une connaissance, citée dans Fehler-Cabral et al., 2011, p.3631).

L'étude de Fehler-Cabral et al. (2011), plusieurs victimes d'AS subissent une victimisation secondaire, au travers d'expériences négatives avec les forces de l'ordre et le personnel soignant des services d'urgence, comme en ayant la sensation d'être traitées comme des criminels. Néanmoins, à la suite de leur entrée dans un programme SANE, les victimes indiquent s'être senties traitées comme des êtres humains, ce qui a permis à certaines patientes de se sentir plus confiantes pour demander justice s'elles choisissaient d'engager des poursuites.

Le fait que les victimes se sentent entendues et traitées comme des êtres humains est en accord avec le 5^{ème} facteur caratif, qui prône l'acceptation des sentiments positifs et négatifs par l'écoute authentique du récit d'autrui (Watson, 2007). En leur donnant la validation et la reconnaissance de leur expérience, les SANE établissent une relation transpersonnelle, traitant les victimes comme des personnes uniques ayant des besoins émotionnels spécifiques, et non simplement comme des sujets d'une procédure médico-légale. En validant les expériences et les ressentis des victimes, les SANE appliquent le 9^{ème} facteur caratif, en répondant à leurs besoins physiques, émotionnels et spirituels (Watson, 2007), tout en créant un environnement où elles se sentent crues, respectées, en accord avec le 8^{ème} facteur caratif (Watson, 2007).

De plus, l'importance de croire les victimes et de valider leur expérience, conformément au 4^{ème} facteur caratif (Watson, 2007) représente également une occasion de *Caring*. Ces moments de reconnaissance, où la soignante donne à la victime l'opportunité de se sentir crue et la soutient dans un moment de grande vulnérabilité, représentent une opportunité de créer une relation transpersonnelle significative.

6.2.2. *Expérience et perceptions des victimes concernant la prise en soins SANE*

Les SANE procèdent de manière à avoir un impact, lors des soins, sur la capacité d'adaptation et le bien-être émotionnel des victimes (Fehler-Cabral et al., 2011).

D'après Lechner et al. (2021), les victimes d'AS ont perçu les soins reçus par les SANE comme étant de haute qualité. Parmi les patientes, 90% ont affirmé s'être senties prises au sérieux concernant leurs besoins et leurs préoccupations par les SANE. Comme peut l'indiquer l'une des participantes à l'étude de Fehler-Cabral et al. (2011) : « They were very careful, caring people. They made sure you had everything you needed. If you didn't want to talk, you didn't have to. They didn't make you do anything you didn't want to do. » (Une femme de 23 ans violée par un inconnu, citée dans Fehler-Cabral et al. 2011, p.3627)

L'expérience globale des victimes d'AS soulevée par Fehler-Cabral et al. (2011) concernant la prise en soins par les SANE est décrite comme plus humanisante, respectueuse, sécurisante et facilitatrice dans le rétablissement émotionnel des victimes, qui indiquent être traitées avec soins et compassion. Les SANE, par leur attitude bienveillante, et en prenant en compte les besoins et les préoccupations des victimes, incarnent le 1^{er} facteur caratif de Watson, qui valorise la pratique de la bonté, de la compassion et de l'humanité (Watson, 2007), tout en garantissant que les victimes ne se sentent jamais forcées à faire quoi que ce soit contre leur gré.

L'étude de Cowley et al. (2014) indique que les victimes sont satisfaites des soins prodigués par les SANE. Cependant, des attitudes négatives comme la froideur, la distance, le manque d'information et l'absence de choix peuvent également être commises par des SANE et impacter négativement le vécu des victimes : « She just didn't explain the things that I felt I should know. [...] She just didn't care. [...] She [...] was cold... She just made me feel like she just wanted to do her job, and go back home. » (une femme de 32 ans violée par son partenaire, citée dans Fehler-Cabral et al., 2011, p. 3629).

Fehler-Cabral et al. (2011) identifient trois aspects centraux des soins SANE que les victimes ont jugés particulièrement utiles lors de leur prise en soins :

- Une explication claire et complète du processus d'examen et des résultats ;
- Avoir eu le choix pendant l'examen ;
- Être traité avec soin et compassion.

Une patiente y décrit ses sentiments lors de soins prodigués par une SANE :

« It just seemed like their arms were [...] wide open, and if you needed a hug, they'd give you hug. If you needed somebody to hold your hand, they'd hold your hand. If you had any questions, they'd answer your questions, and they would be honest and not try to hide behind euphemisms or just patronize you [...] and say, "You're fine now. Go away." [...] So, it did really make me feel safe... One of the things that I'm really glad of it that they did right away, started putting the idea in my mind that I'm not a victim. It was his fault. I didn't do anything to deserve that. » (une femme de 53 ans violée par un voisin, citée dans Fehler-Cabral et al., 2011, p.3627).

D'après Fehler-Cabral et al. (2011), être traité comme un être humain et avoir le choix pendant l'examen aide les victimes d'AS à reprendre le contrôle sur leur situation et à se sentir plus confiantes dans leur capacité à guérir et à demander justice lorsqu'elles choisissaient d'engager des poursuites. Ces attitudes propres aux SANE s'alignent entre autres avec le 2^{ème} facteur et le 7^{ème} facteur caratif, qui encouragent à insuffler la confiance et l'espoir, ainsi que le partage de l'enseignement adapté aux

besoins de la personne soignée (Watson, 2007). En expliquant clairement le processus d'examen et en offrant aux victimes la possibilité de faire des choix éclairés, les SANE favorisent l'autonomisation des victimes, leur permettant de retrouver un certain contrôle sur leur vie, mais aussi de se sentir respectées et écoutées, renforçant ainsi leur bien-être émotionnel.

L'expérience positive de certaines victimes, telle que le fait de se sentir crues et soutenues par les SANE, est en accord avec le 4^{ème} et le 5^{ème} facteur caratif, qui invitent à développer des relations de confiance et d'aide, et d'accepter les sentiments positifs et négatifs par l'écoute authentique du récit d'autrui (Watson, 2007). Cela illustre également une opportunité de *Caring*, car la soignante, en se montrant ouverte, attentionnée et prête à répondre aux besoins émotionnels de la victime, transforme une situation difficile en un moment de guérison significatif. Les SANE, en appliquant les facteurs caratifs de Watson, contribuent non seulement à la guérison physique des victimes, mais aussi à leur rétablissement émotionnel et spirituel, en restaurant leur dignité et en leur offrant un espace sécurisant pour se reconstruire.

6.3. Collaboration interdisciplinaire

Cette section va se concentrer sur la collaboration interdisciplinaire, en se concentrant sur les SANE, dans un premier temps avec le réseau socio-sanitaire, puis avec les forces de l'ordre.

6.3.1. Collaboration avec le réseau socio-sanitaire

L'étude de Fukumoto (2022) indique que les infirmières collaborent étroitement avec les médecins pour recueillir les preuves et faciliter l'examen clinique des victimes d'AS. Dans plusieurs établissements, ce sont les infirmières qui s'entretiennent en premier lieu avec les victimes, et qui transmettent ensuite les informations obtenues au médecin, ou encore qui examinent les zones lésées avec celui-ci.

Selon Hollender et al. (2023), la prise en soins des victimes d'AS passe également par une collaboration fréquente avec des travailleurs sociaux, les SANE étant plus susceptibles de mettre en lien les victimes avec des travailleurs sociaux que les professionnels non-SANE. D'après Chalmers et al. (2023), 74,4% des défenseurs des victimes d'AS interrogés ont observé que les équipes de soins des établissements inclus dans leur étude étaient soutenues par une SANE.

Dans l'étude de Cowley et al. (2014), une SANE interrogée décrit son rôle comme un « pivot » reliant les soins de santé, la médecine légale et la police. Une autre indique

que son rôle de SANE est également de travailler en partenariat étroit avec des travailleurs de crise, qui sont des personnes formées spécifiquement pour soutenir et défendre au mieux les intérêts et besoins des victimes d'AS en Angleterre (Sexual Assault Referral Centers, s. d.). Le rôle des SANE englobe également le fait d'orienter les victimes vers l'équipe multidisciplinaire. De plus, les SANE sont habilitées à faire une déclaration de faits concernant les preuves médico-légales collectées, afin de faciliter le rapport d'expert du médecin (Cowley et al., 2014).

La collaboration interdisciplinaire dans la prise en soins des victimes d'AS, telle que décrite par Fukumoto (2022), Hollender et al. (2023) et Cowley et al. (2014), incarne le 6^{ème} facteur caratif, qui encourage l'utilisation de méthodes scientifiques et créatives pour résoudre les problèmes et prendre des décisions empreintes de *Caring* (Watson, 2007). En travaillant ensemble, ces professionnels de santé et du social mettent en place une approche coordonnée et réfléchie qui permet non seulement de garantir la sécurité et l'efficacité des soins, mais aussi de respecter les besoins émotionnels et psychologiques des victimes.

Le rôle de « pivot » des SANE, tel que décrit par l'une des participantes de l'étude de Cowley et al. (2014), démontre leur capacité à intégrer soins techniques et émotionnels dans un cadre holistique, visant à traiter la personne dans sa globalité, en accord avec la théorie du *Human Caring* de Watson (Hochschild, 1983, cité dans Noël-Hureaux, 2015). Cette capacité à relier différentes disciplines tout en restant centré sur la personne soignée démontre une approche transpersonnelle du *Caring*. Ce rôle de coordination et de soutien permet aux SANE d'assurer la continuité des soins pour les victimes, garantissant ainsi que leurs besoins physiques, émotionnels et juridiques sont pris en charge de manière fluide et cohérente, en accord avec le 8^{ème} et le 9^{ème} facteur caratif, qui prônent le fait de créer un environnement de guérison et d'assister la personne dans ses besoins physiques, émotionnels et spirituels (Watson, 2007). En s'appuyant sur une coordination étroite entre différents professionnels, les SANE assurent non seulement des soins physiques, mais aussi émotionnels et sociaux, tout en créant un environnement de guérison respectueux de la dignité des victimes.

6.3.2. Collaboration avec les forces de l'ordre

D'après Hollender et al. (2023), les SANE sont plus susceptibles d'offrir aux victimes d'AS des services juridiques, tels que des recommandations d'avocats, ou de compléter un rapport de police, que des professionnels de santé non-formés.

L'étude de Shaw & Coates (2021) révèle cependant que les patientes traitées par des SANE sont au contraire moins susceptibles de faire l'objet d'un rapport de police (68,2%) comparativement à des professionnels de santé non-SANE (77,4%). En effet, les SANE comprennent l'importance d'expliquer aux victimes leurs droits médicaux indépendamment du fait qu'elles signalent ou non l'agression à la police. Le signalement est donc présenté comme une option, et la décision de la victime à ce sujet est soutenue par le ou la SANE, ce qui contribue à restaurer le sentiment de contrôle des victimes sur leur situation. Ces attitudes sont en accord avec le 7^{ème} facteur caratif, qui encourage le partage de l'enseignement et de l'apprentissage adaptés aux besoins des personnes soignées (Watson, 2007). En offrant des options juridiques aux victimes et en soutenant leurs droits en leur donnant les informations nécessaires pour qu'elles puissent prendre des décisions éclairées, les SANE respectent leur autonomie et facilitent leur processus de guérison, et démontrent une application concrète des valeurs de compassion, de dignité, et de respect prôné par Watson. Ces actions permettent de créer un environnement de soin transpersonnel, où la victime est au centre de l'attention et où l'ensemble des besoins physiques, émotionnels, et spirituels sont pris en compte, en accord avec le 8^{ème} et le 9^{ème} facteur caratif (Watson, 2007).

D'après l'étude de Cowley et al. (2014), les forces de l'ordre apprécient de collaborer avec les SANE, ce qui montre leur rôle de médiation entre les victimes et les institutions légales. Leur capacité à relier ces différentes entités tout en restant centrées sur le bien-être des victimes démontre une compréhension profonde de l'équilibre entre les exigences médico-légales et les besoins humains, en accord avec la théorie du *Human Caring* de Watson.

La collaboration des SANE avec les forces de l'ordre, telle qu'observée dans l'étude de Hollender et al. (2023), souligne l'importance de prendre en compte à la fois les besoins juridiques et émotionnels des victimes, ce qui correspond à une approche holistique de la prise en soins telle que prônée par la théorie du *Human Caring* de Watson. En offrant des services juridiques et en guidant les victimes tout au long du processus, les SANE mettent en pratique le 6^{ème} facteur caratif de Watson, qui encourage l'utilisation de méthodes scientifiques et créatives pour résoudre les problèmes, tout en adoptant une approche empreinte de *Caring* (Watson, 2007). Cette collaboration interprofessionnelle entre les SANE, les forces de l'ordre et les avocats

montre une approche coordonnée, où les soins vont au-delà de l'aspect médical pour inclure le soutien juridique.

6.4. Obstacles à la prise en soins des victimes d'agression sexuelle

Cette section traite les différents obstacles rencontrés par les professionnels de santé lors de la prise en soins des victimes d'AS, en distinguant les obstacles à la prise en soins et les obstacles à la mise en œuvre des interventions SANE.

6.4.1. Obstacle à la prise en soins

6.4.1.1. Manque de connaissance et de formation du personnel soignant concernant la prise en soins des victimes d'agression sexuelle

L'étude de Chandramani et al. (2020) révèle que seulement 33% du personnel soignant interrogé connaît les procédures et politiques relatives à la prise en soins des victimes d'AS, et 37%, principalement des hommes, estiment que ces soins prennent du temps au détriment de patients jugés plus « critiques ». Des résidents en médecine estiment également avoir des lacunes concernant l'utilisation des kits de collecte de preuves médico-légales et dans la compréhension des lois de leur État en matière d'agression sexuelle. Shaw & Coates (2021) relèvent que les professionnels de santé non-SANE peuvent aussi croire à tort qu'un rapport de police est obligatoire, même si cela va à l'encontre des volontés de la victime. Lorsque les soignantes ignorent les souhaits des victimes concernant les rapports de police, elles nuisent à la relation transpersonnelle et risquent de rompre le lien de confiance, ce qui va à l'encontre du 4^{ème} facteur caratif, qui valorise le développement de relations d'aide et de confiance (Watson, 2007).

De plus, Hollender et al. (2023) notent que le manque de sensibilisation et de formation aux soins tenant compte des traumatismes représente un obstacle important à une prise en soins des victimes. Lechner et al. (2021) ajoutent que les professionnels non-SANE, ne bénéficiant pas de la formation multidisciplinaire avancée et de l'expérience des SANE en matière de soins de santé, de collecte de preuves médico-légales et de réponse aux besoins des victimes de manière éclairée par les traumatismes et empreinte de compassion, peuvent rencontrer des difficultés dans la prise en soins des victimes d'AS, créant un obstacle à une prise en soins optimale et à la création d'un environnement de guérison.

Cet obstacle, en lien avec le 8^{ème} facteur caratif, souligne l'importance de créer un espace qui respecte la dignité humaine et qui répond aux besoins physiques, émotionnels et spirituels de la personne (Watson, 2007).

Chandramani et al. (2020) confirment que 38 des 95 soignants ayant répondu à leur enquête considèrent ce manque de formation comme un obstacle majeur à la qualité des soins, tandis que 87 % d'entre eux expriment le besoin d'une formation spécialisée sur les soins aux victimes d'AS. Ce manque de formation révèle un obstacle à l'application de la théorie du *Human Caring* de Watson, particulièrement en ce qui concerne la mise en œuvre d'une approche holistique des soins. En effet, l'ignorance des procédures spécifiques de prise en soins des victimes d'AS empêche les soignants de répondre pleinement aux besoins physiques, émotionnels et spirituels des patientes (9^{ème} facteur caratif), ce qui compromet la création d'un environnement de guérison, tel que préconisé par le 8^{ème} facteur caratif (Watson, 2007). Cette absence de préparation professionnelle limite l'efficacité des soins et risque de renforcer le traumatisme des victimes, ce qui va à l'encontre du 1^{er} facteur caratif, qui prône le soutien des valeurs altruistes et humanistes au travers d'une pratique de compassion et d'égalité (Watson, 2007).

Shaw & Coates. (2021) soulignent l'importance de former davantage les professionnels de santé à la prise en soins des victimes d'AS, en leur fournissant notamment une formation de base sur les conditions d'utilisation des kits médico-légaux, sur les rapports de maltraitance et sur les options disponibles, comme le dépôt d'un rapport de police ou la contraception d'urgence. Le manque de formation peut créer des situations complexes pour les professionnels non-SANE, les obligeant à jongler entre les besoins médicaux, émotionnels et la sécurisation des preuves pour le système judiciaire.

Une meilleure formation leur permettrait d'appliquer davantage les principes caratifs de Watson. En développant ces compétences, les professionnels de santé pourraient mieux prendre en soins les victimes d'AS, en les aidant à retrouver leur dignité et leur bien-être global à travers une approche holistique et respectueuse. Une formation spécialisée pourrait non seulement améliorer la qualité des soins techniques, mais également renforcer la relation transpersonnelle pour faciliter la guérison des victimes d'AS, tout en respectant leur dignité et leur autonomie.

6.4.1.2. Autres obstacles

Chalmers et al. (2023) fournissent une perspective nationale sur la prévalence des interactions négatives multifactorielle entre les victimes d'AS et le personnel des urgences susceptibles de détériorer la qualité des soins, comme des besoins médicaux et sociaux aigus et complexes, le nombre élevé de patients aux urgences et la pénurie de personnel soignant.

Selon Chandramani et al. (2020), 71% du personnel soignant interrogé affirment que le manque de temps peut également constituer un obstacle important pour mener à bien un examen médico-légal, de manière approfondie et sensible. Cette constatation est confirmée par Hollender et al. (2023), qui considèrent également que la contrainte de temps est un obstacle majeur à une prestation de soins complète. Le manque de temps est donc une entrave à la présence authentique nécessaire à une relation transpersonnelle avec les victimes, qui demande une pleine attention et l'intention d'être dans le moment présent (Sitzman & Watson, 2018). En négligeant cet aspect, les soignantes limitent leur capacité à appliquer le 4^{ème} facteur caratif, qui valorise le développement de la relation d'aide et de confiance (Watson, 2007).

Le manque de temps empêche également les soignants de remplir les dossiers médicaux de manière cohérente, précise et complète, ce qui peut entraver la transmission des informations et l'évaluation de la prestation de soins (Shaw & Coates, 2021). Cela peut donc compromettre la continuité des soins, ainsi que la prise en soins globale et holistique encouragée par Watson.

Chandramani et al. (2020) notent que 15% des soignants masculins interrogés estiment que leur sexe constitue un obstacle à la prise en soins des victimes d'AS, ce qui révèle un problème lié à la confiance et à la sécurité dans la relation soignant-soignée. Le fait que certains soignants masculins ressentent leur genre comme un obstacle démontre l'importance d'intégrer des pratiques de *Caring* qui respectent les croyances et les sentiments individuels des victimes, en accord avec le 3^{ème} facteur caratif, qui prône la sensibilité à soi et aux autres en préservant les croyances et pratiques individuelles (Watson, 2007).

Toutefois, Fukumoto (2022) affirme que les soignants masculins ne sont pas perçus comme un obstacle lors de l'examen clinique si les victimes sont rassurées sur leur professionnalisme ou si l'on respecte leur préférence à être prises en soins par des infirmières. Cela rejoint le principe du 8^{ème} facteur caratif, qui consiste à créer un environnement de guérison rassurant où les victimes se sentent en sécurité et respectées (Watson, 2007), indépendamment du sexe du soignant.

Les obstacles identifiés dans ces différentes études mettent en évidence des défis majeurs dans la mise en œuvre des principes de la théorie du *Human Caring* de Watson. Ces défis, tels que le manque de temps, la pénurie de personnel, les aprioris liés au sexe des soignants, et la complexité des besoins médicaux et sociaux, compromettent directement la capacité des soignants à créer un environnement de guérison centré sur les besoins des victimes. Afin d'améliorer la qualité des soins, il est nécessaire de réduire ces obstacles et de promouvoir une approche qui favorise les relations transpersonnelles, le respect de la dignité humaine et la création d'un environnement sécurisant, permettant ainsi aux victimes de guérir dans un cadre véritablement holistique, tel que prôné par Watson.

6.4.2. Obstacle dans la mise en œuvre des interventions SANE

L'étude de Lechner et al. (2021) rapporte une pénurie de programmes SANE dans tous les États américains évalués, probablement liée à des difficultés financières. De plus, les études de Chalmers et al. (2023), Hollender et al. (2023) et Lechner et al. (2021) notent que l'accès aux soins SANE est particulièrement limité dans les zones rurales comparativement aux zones urbaines. Chalmers et al. (2023) spécifient que l'absence de SANE dans ces zones rurales est associée à une augmentation de comportements négatifs à l'égard des victimes d'AS de la part du personnel soignant, comme l'incrédulité ou le blâme, ce qui peut avoir des conséquences graves sur la crédibilité juridique des victimes, ainsi que sur leurs accès aux ressources de suivi.

Cette disparité géographique dans l'accès aux soins SANE montre que les soins ne sont pas fournis de manière équitable, ce qui nuit à la sécurité émotionnelle et physique des victimes et compromet leur processus de guérison, ce qui va à l'encontre du 9^{ème} facteur caratif, qui insiste sur l'importance d'assister les victimes dans leurs besoins fondamentaux (Watson, 2007). Le fait que les victimes des zones rurales soient plus susceptibles de subir des comportements négatifs de la part du personnel soignant, tels que le blâme et l'incrédulité, montre une absence de *Caring* transpersonnel, nuisant ainsi au développement de la relation de confiance prônée dans le 4^{ème} facteur caratif (Watson, 2007). Ces attitudes négatives renforcent la victimisation secondaire, aggravant les blessures psychologiques des victimes d'AS au lieu de les apaiser.

Hollender et al. (2023) soulignent l'importance de mettre en place une couverture SANE continue, mais indiquent également que cela peut représenter un défi financier pour les services d'urgences. Ces obstacles financiers peuvent limiter l'application du *Human Caring* dans les soins et compromettre la capacité des soignants à offrir des soins en accord avec les principes caratifs, car ils manquent de temps et de ressources pour soutenir correctement les victimes dans leurs besoins émotionnels et physiques.

Cela empêche les soins d'être exercés en accord avec la majorité des facteurs caratifs de Watson, et d'offrir aux victimes d'AS la qualité des soins dont elles ont besoin, en accord avec la vision holistique de Watson visant à harmoniser l'esprit, l'âme et le corps, (Watson, 1988, cité dans Cara & O'Reilly, 2008).

Nielson et al. (2015), indiquent que 35,5% des hôpitaux ne disposent pas de services SANE, et onze SANE interrogées ont déclaré qu'il n'y avait pas de services SANE formels disponibles dans les établissements où elles exercent, limitant donc la prestation de soins qu'elles peuvent fournir. L'absence de programmes SANE formels dans de nombreux hôpitaux empêche de créer un environnement de guérison centré sur les besoins holistiques des victimes d'AS, tel que décrit dans le 8^{ème} facteur caratif (Watson, 2007).

Concernant plus spécifiquement le rôle propre des SANE, quatre SANE interrogées dans le cadre de l'étude de Cowley et al. (2014) indiquent avoir trouvé difficile la transition du rôle d'infirmière diplômée à celle d'infirmière examinatrice médico-légal. La majorité des participantes ont également indiqué avoir le sentiment que leur rôle est mal compris et encore mal accepté par les autres membres de l'équipe multidisciplinaire, spécialement les médecins. Ce manque de compréhension du rôle des SANE par les différents membres de l'équipe montre un écart de vision entre les soignants, ce qui peut entraver la capacité des SANE à appliquer le *Human Caring* de manière cohérente dans leur pratique professionnelle. Cela souligne la nécessité de renforcer la collaboration interdisciplinaire, un aspect essentiel pour assurer une continuité des soins auprès des victimes.

L'étude de Cowley et al. (2014) indique également que toutes les participantes SANE estiment que leur formation était suffisante bien que non-standardisée, révélant ainsi un manque de cohérence dans la formation SANE en Angleterre. L'étude révèle des incohérences dans les soins fournis aux victimes d'AS, ce qui ne répond pas aux directives nationales concernant les besoins médicaux et juridiques immédiats des victimes d'AS. Les auteurs insistent donc sur la nécessité de mettre en place un référentiel de bonnes pratiques SANE, afin de standardiser les soins prodigués aux victimes d'AS à l'échelle nationale. Le 6^{ème} facteur caratif, qui prône l'utilisation de méthodes scientifiques et créatives pour réaliser une prise de décision empreinte de *Caring* (Watson, 2007), peut être mis en lien avec la suggestion d'une formation SANE standardisée, garantissant ainsi que les soins répondent aux besoins holistiques des victimes, en respectant leurs dimensions physiques, émotionnelles et spirituelles, en accord avec le 9^{ème} facteur caratif (Watson, 2007).

Les obstacles identifiés dans ces études révèlent des lacunes structurelles et organisationnelles qui entravent l'application des principes du *Human Caring* de Watson. Pour véritablement respecter les valeurs humanistes prônées par cette théorie, il est essentiel d'améliorer l'accès aux services SANE, de renforcer les collaborations interdisciplinaires et de standardiser la formation. Ces mesures permettraient de fournir des soins centrés sur la personne et de créer un environnement où les victimes se sentent en sécurité, respectées et soutenues dans leur processus de guérison.

6.5. Plus-value des SANE

La dernière section de ce chapitre se concentre sur la plus-value des SANE lors de la prise en soins des victimes d'AS, ainsi que sur l'importance de la formation et la standardisation des soins SANE.

6.5.1. Plus-value des SANE dans la prise en soins des victimes d'agression sexuelle

La spécialisation SANE est une formation approfondie qui améliore la maîtrise des protocoles et la qualité des soins prodigués aux victimes d'AS (Shaw & Coates, 2021). Lechner et al. (2021) indiquent que les équipes interdisciplinaires prennent en soins les victimes d'AS en l'absence de SANE, mais leur manque de formation spécialisée les rend moins aptes à offrir une prise en soins empreinte de compassion, tenant compte des traumatismes, et adaptée aux besoins des victimes, notamment en matière de collecte de preuves médico-légales.

Dans le même sens, l'étude de Nielson et al. (2015) indique que lorsque les soins sont dispensés par des professionnels non-SANE, la qualité des soins prodigués aux victimes est inférieure à celle fournie par les SANE. Il est également indiqué que les SANE font preuve d'une attitude plus positive à l'égard des victimes que les professionnels non-SANE, et qu'une prise en soins adéquate des victimes d'AS contribuera à l'amélioration globale de la satisfaction des patientes et du personnel soignant, tout en optimisant le fonctionnement des services d'urgence.

L'étude de Cowley et al. (2014) soutient également cette idée, en révélant que la majorité des SANE interrogées estiment fournir des soins de meilleure qualité et un service plus complet, plus holistique et plus compréhensif en comparaison aux professionnels de santé non-SANE, et en consacrant davantage de temps aux victimes, comme l'indique une des participantes à l'étude : « I think [...] we're much more holistic and think about the patient as a whole rather than just the incident and that's it » (SANE-5, citée dans Cowley et al., 2014, p.82). Les SANE décrivent leur rôle comme important, car cela implique l'évaluation et la décision prises pour rétablir la santé des patientes. L'une des SANE ajoute « I would say that [patient care] is my key role to start the healing process and help them feel supported and not judged. » (SANE-5, citée dans Cowley et al., 2014, p.80). Cette approche holistique, qui prend en compte la globalité de la personne soignée, est en accord avec la vision de Watson, en intégrant corps, esprit et âme dans le processus de soin (Watson, 1988, cité dans Cara & O'Reilly, 2008). De plus, cette description du rôle des SANE reflète l'application du 9^{ème} facteur caratif, qui insiste sur l'assistance aux besoins humains fondamentaux, y compris le soutien émotionnel et spirituel, pour favoriser le processus de guérison (Watson, 2007).

Chalmers et al. (2023) indiquent qu'une amélioration de la dotation du personnel SANE peut atténuer l'impact considérable des interactions négatives entre le personnel soignant des services d'urgences et les victimes d'AS, permettant ainsi de leur offrir des soins et services médicaux complets. Cette affirmation s'appuie sur des études antérieures, démontrant que les urgences dotées de programmes SANE offrent des services médicaux complets et des soins adéquats. De plus, Chalmers et al. (2023) ajoutent que les victimes d'AS prises en soins par des SANE expérimentent des temps d'attentes moins longs, la présence de professionnels plus à l'aise dans la pratique d'examen médico-légaux, une demande moindre dans la répétition du récit de l'agression, ainsi que la proposition de ressources de suivi connues par les SANE. Cette atténuation des interactions négatives et des temps d'attentes est essentielle pour développer des relations d'aide et de confiance, comme le décrit le 4^{ème} facteur caratif (Watson, 2007), et facilite ainsi un environnement plus favorable à la guérison, tel que décrit dans le 8^{ème} facteur caratif (Watson, 2007).

Les résultats de la recherche d'Hollender et al. (2023) reflètent la sensibilité et les compétences élargies que la formation SANE proposent, ainsi que la capacité des SANE à travailler en dehors des contraintes de temps, d'espaces et de flux de travail d'un service d'urgences surchargé. De plus, les auteurs insistent sur l'impact positif d'une couverture SANE continue dans les services d'urgences, ce qui permettrait de respecter les paramètres de qualité recommandés par les hôpitaux ainsi qu'à améliorer la satisfaction des patientes concernant leur prise en soins.

La suggestion d'une couverture SANE continue est en accord avec le 6^{ème} facteur caratif, qui encourage l'utilisation de méthodes créatives et scientifiques pour répondre aux besoins des patientes tout en maintenant une approche *Caring* (Watson, 2007).

Cowley et al. (2014) indiquent que les services SANE facilitent l'accès aux urgents, réduisent les coûts et sont appréciés des services de police. Cette optimisation des coûts et l'amélioration de l'accès aux soins par les SANE sont en accord avec le 9^{ème} facteur caratif, qui met prône l'assistance complète aux besoins fondamentaux de la personne (Watson, 2007).

L'étude de Chalmers et al. (2023) indique que la présence de SANE dans les services d'urgences est significativement associée au fait que le personnel soignant explique tous les soins médicaux, demande le consentement à chaque étape d'examen et se sente à l'aise pour pratiquer l'examen médico-légal. La présence des SANE est associée également à des comportements de la part du personnel soignant tenant compte des traumatismes vécus par les victimes, ainsi qu'à de meilleures prestations de soins complètes pour répondre aux besoins médicaux et sociaux de ces dernières. Ces pratiques, qui mettent l'accent sur l'explication et le consentement, sont alignées avec le 7^{ème} facteur caratif, qui valorise l'enseignement et l'apprentissage centré sur le respect des besoins individuels des victimes (Watson, 2007). En tenant compte des traumatismes des victimes et en les traitant avec compassion, les SANE appliquent également le 1^{er} facteur caratif, qui soutient les valeurs humanistes et altruistes par la pratique de la bonté et de la compassion (Watson, 2007). Cela reflète également leur capacité à incarner les principes du *Human Caring* en créant une relation transpersonnelle avec les victimes, empreinte de chaleur humaine, d'empathie (Pepin et al., 2017, p.72) favorisant ainsi leur rétablissement émotionnel et physique.

D'après Lechner et al. (2021), la formation SANE met l'accent sur la nécessité d'être conscient des différences culturelles et ainsi de les respecter. Shaw & Coates (2021) indiquent également l'importance d'une prise en soins de tous les types de victimes d'AS, indifféremment de leurs origines et leurs cultures, en leur permettant d'avoir accès à des soins SANE. En effet, celles-ci sont reconnues par les auteurs et par la littérature antérieure comme étant des spécialistes particulièrement qualifiées pour fournir des soins optimaux et apportant également une réponse nettement améliorée en matière de soin en comparaison avec les professionnels non-SANE. Le respect des différences culturelles est un aspect essentiel du 3^{ème} facteur caratif, qui prône la sensibilité à soi et aux autres en respectant les croyances et les pratiques individuelles (Watson, 2007).

Les résultats de la recherche de Lechner et al. (2021) renforcent l'importance d'inclure les soins SANE dans le traitement des victimes d'AS, tout en apportant un soutien émotionnel et un environnement respectueux lors de la collecte de preuves ou lorsque des services de santé sont fournis immédiatement après l'agression. Ces pratiques s'alignent avec le 8^{ème} et le 9^{ème} facteur caratif, qui prônent la création d'un environnement de guérison et l'assistance aux besoins physiques, émotionnels et spirituels (Watson, 2007).

Les différentes études démontrent que la spécialisation SANE apporte une réelle plus-value dans la prise en soins des victimes d'AS en intégrant pleinement les principes du *Human Caring* et les facteurs caratifs de Watson. En assurant une prise en soins holistique et compatissante, les SANE améliorent non seulement la qualité des soins, mais restaurent également la dignité et l'intégrité des victimes en créant un environnement sécurisé, tout en tenant compte des traumatismes qu'elles ont subis, favorisant ainsi leur processus de guérison.

6.5.2. Importance de la formation et de la standardisation des soins SANE

Malgré une formation de base sur la prise en soins des victimes d'AS reçue par tous les soignants des services d'urgences, Chandramani et al. (2020) indiquent que seule la spécialisation SANE permet d'offrir une prise en soins adaptée aux victimes. Cette distinction entre la formation de base et la formation SANE met en lumière l'importance de l'expertise dans la mise en œuvre des principes du *Human Caring* de J. Watson.

Nielson et al. (2015), insistent sur l'importance de la formation continue des SANE pour développer les compétences requises face à la complexité des soins nécessaires aux victimes d'AS. Les auteurs ajoutent que la formation continue pourrait aider les victimes d'AS à recevoir le plus haut niveau de soins, permettant d'améliorer les soins médicaux et psychologiques aux victimes, le tout en favorisant une meilleure collaboration interprofessionnelle avec les forces de l'ordre, ce qui permettra d'encourager les signalements et l'augmentation des enquêtes ainsi que des poursuites de ces crimes. Cette formation continue des SANE est essentielle pour permettre aux soignantes d'adopter une approche holistique, en accord avec les principes du *Human Caring*.

L'intégration d'une formation médico-légale au programme d'études infirmières et la facilitation de l'accès aux formations SANE sont jugées nécessaires pour améliorer la prise en soins des victimes d'AS. De plus, un renforcement de la formation améliorerait l'accès aux services, renforcerait les compétences des infirmières et leur confiance dans leur capacité à dispenser les soins, tout en améliorant la satisfaction des patientes (Nielson et al., 2015). En renforçant l'accès à la formation SANE, les victimes d'AS bénéficieraient ainsi d'un soutien qui ne se limite pas aux aspects médicaux, mais qui englobe aussi la dimension émotionnelle et spirituelle de leur rétablissement, en accord avec le 9^{ème} facteur caratif (Watson, 2007). Cela correspond également au 8^{ème} facteur caratif, qui encourage la création d'un environnement de guérison respectueux de la dignité humaine et centré sur la personne (Watson, 2007).

Chalmers et al. (2023) indiquent l'importance de prioriser une formation approfondie en matière de prise en soins des victimes d'AS auprès du personnel soignant des urgences, mais également d'offrir une couverture SANE plus cohérente afin de limiter le risque de situations potentiellement traumatisantes pour les victimes d'AS. La formation de SANE élimine également la contrainte temporelle décrite par plusieurs soignants dans l'étude de Chandramani et al. (2020), puisque les SANE sont en mesure de consacrer entièrement du temps aux victimes et de fournir tous les soins nécessaires. En effet, Cowley et al. (2014) indiquent que les SANE consacrent entre une et quatre heures aux victimes. En accordant suffisamment de temps aux victimes, les SANE appliquent le 4^{ème} facteur caratif, qui valorise le développement de relations d'aide et de confiance (Watson, 2007), et peuvent ainsi établir une relation transpersonnelle où les besoins émotionnels et spirituels de la personne sont pleinement reconnus et respectés.

Chandramani et al. (2020) indiquent qu'une augmentation du nombre de SANE aux États-Unis, pourrait être une ressource éducative et de formation aux soignants des services d'urgence qui sont souvent amenées à prendre en soins les victimes d'AS. Shaw & Coates (2021) appuient cette hypothèse en indiquant que les SANE peuvent jouer un rôle clé dans le développement ainsi que la diffusion de leur formation de base auprès des professionnels de santé non-SANE, le tout avec une compensation et un soutien adéquat. Cette diffusion des connaissances nécessaires à une prise en soins adaptée des victimes d'AS, au travers de l'augmentation du nombre de SANE, permettrait de s'assurer que tous les professionnels de santé soient équipés pour offrir des soins empreints de compassion, conformément aux principes du *Human Caring*.

La formation spécialisée des SANE joue un rôle central dans la réalisation des principes de la théorie de Watson, en permettant une prise en soins véritablement holistique et centrée sur la victime d'AS, créant ainsi un environnement de soin où ces femmes peuvent non seulement guérir physiquement, mais aussi retrouver leur dignité et leur bien-être émotionnel.

Tableau 7. Tableau comparatif entre l'ancrage théorique et les interventions SANE

Ce tableau offre une vue d'ensemble des points de convergence entre les pratiques SANE et les principes clés du modèle de Watson, permettant de mieux comprendre l'impact de ces interventions dans la prise en soins des victimes d'AS.

Les 10 facteurs caratifs	Interventions SANE associées
1. Soutenir les valeurs humanistes-altruistes à travers une pratique de bonté, de compassion et d'égalité avec soi et autrui.	<ul style="list-style-type: none"> - Attitude de compassion et d'attention en prenant au sérieux les besoins et préoccupations de la victime ; - Prise en compte du bien-être émotionnel de la victime au-delà des soins techniques ; - Faire preuve d'empathie ; - Valider et reconnaître l'expérience vécue ; - Tenir compte des traumatismes ; - Être attentive et bienveillante envers autrui ; - Respect du choix personnel des victimes.
2. Insuffler la confiance ainsi que l'espoir et honorer les autres.	<ul style="list-style-type: none"> - Aider les patientes à reprendre le contrôle sur leur situation et de se sentir plus confiantes dans leur capacité de guérison et à demander justice ; - Assurer la continuité des soins pour renforcer la relation de confiance et maximiser le potentiel de guérison ; - Renforcer l'espoir dans le potentiel de guérison de la victime ; - Créer une relation de confiance en permettant à la victime d'exprimer ses préférences et de faire des choix au travers d'un consentement éclairé.
3. Être sensible à soi et aux autres en préservant les croyances et les	<ul style="list-style-type: none"> - Respecter les différences culturelles ; - Être attentif à ses propres ressentis et limites.

pratiques individuelles.	
<p>4. Développer des relations d'aide, de confiance et de <i>Caring</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Respect du consentement et de la vie privée de la victime ; - Création d'un environnement de guérison en apportant des soins de confort (proposition de douche ou vêtement de rechange) ; - Création d'un environnement sécurisé et respectueux en tenant compte des besoins et préférences de la victime ; - Approche individualisée et holistique pour offrir un véritable accompagnement émotionnel ; - Honnêteté pendant les soins en expliquant chaque étape de l'examen clinique ; - Laisser, à la victime, la possibilité de faire des choix éclairés et lui demander son consentement à chaque étape de l'examen clinique ; - Respecter le souhait de la victime concernant le fait de déposer ou non un rapport de police ; - Pleine attention et être dans le moment présent ; - Prendre le temps nécessaire pour une prise en soins adapté aux besoins de la victime ; - Tenir compte du fait que l'examen physique peut être vécu comme une seconde agression par la victime ; - Être attentive au bien-être émotionnel de la victime sans se focaliser uniquement sur la collecte de preuve médico-légal ; - Être attentive à l'expérience vécu par la victime et prendre en compte son environnement ; - Montrer à la victime qu'on la croit, que l'on est de son côté et valider son vécu ; - Communication et présence authentique ; - Assurer la continuité des soins ; - Écoute active et bienveillante ; - Sensibilité à l'autre et à son état ; - Faire preuve de délicatesse ; - Savoir saisir les moments opportuns ; - Respect de la dignité de la victime ; - Développer une relation de soutien et de confiance au travers de la compassion, de l'écoute du récit, des besoins et préférences de la victime ;

	<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas faire preuve de jugement ou de scepticisme face au récit de la victime.
<p>Promouvoir et accepter les sentiments</p> <p>5. positifs et négatifs par l'écoute authentique du récit d'autrui.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Écoute authentique du récit de l'agression ; - Prévenir la victimisation secondaire par l'écoute non-jugeant du récit de la victime ; - Valider l'expérience de la victime ; - Croire et soutenir la victime ; - Communication authentique ; - Respect des préférences de la victime.
<p>Utiliser des méthodes de résolution de problèmes scientifiques créatives pour réaliser une prise de décision empreinte de <i>Caring</i>.</p> <p>6.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Collaboration avec le réseau socio-sanitaire en mettant en place une approche coordonnée et réfléchie ; - Soutien juridique en collaborant avec les forces de l'ordre et les avocats ; - Fournir des soins médico-légaux experts, complets et adaptés à la prise en soins des victimes ; - Intégration de connaissances scientifiques à des soins empathiques ; - Formation et acquisition de compétences sur les manifestations spécifiques que peuvent présenter les victimes d'AS ; - Former davantage de SANE pour assurer une couverture continue ; - Standardisation des soins et mise en place d'un référentiel de bonne pratique SANE.
<p>Partager l'enseignement et l'apprentissage qui répondent aux besoins individuels et aux différents styles de compréhension de la personne.</p> <p>7.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement à expliquer et fournir des informations ; - Explication claire et détaillée de chaque étape de l'examen clinique et les options de traitement ; - Autonomisation des victimes en leur offrant un cadre de soins respectueux de leurs choix personnels ; - Former les soignants sur la bonne utilisation des kits médico-légaux afin qu'ils fournissent des explications claires aux victimes lors de l'utilisation de ces kits ; - Explication à la victime de ses droits médicaux et leurs options juridique.
<p>Créer un environnement de guérison, pour le soi physique et spirituel, qui</p> <p>8.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Offrir un espace non-jugeant et réconfortant ; - Utiliser des salles d'examen privée pour préserver l'intimité de la victime ; - Protocole d'examen spécifique ; - S'assurer que si l'examen est mené par un soignant homme cela ne pose pas un problème à la victime. Dans le cas contraire faire en sorte qu'une soignante femme se charge de l'examen ;

<p>respecte la dignité humaine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Respecter la dignité humaine et éviter une victimisation secondaire ; – Rétablir la dignité, la santé physique et émotionnelle de la victime en créant un espace sécurisé où elle peut exprimer ses émotions et reprendre le contrôle de son corps ; – Prodiguier des soins de confort (proposer des douches, des vêtements de rechange...) ; – Prise en soins holistique ; – Relation de soutien ; – Respect du choix des victimes ; – Faire preuve d'écoute et compassion ; – Diminuer les dommages médicaux infligés aux patientes ; – Aider à la reconstruction de l'image de soi ; – Valider les expériences et les ressentis ; – Assurer la continuité des soins et répondre aux besoins juridique, physique et émotionnelle de la victime ; – Soutenir la victime dans son processus de décision ; – Prise en soins tenant compte des traumatismes ; – Connaissances des procédures spécifiques à la prise en soins des victimes d'AS ; – Mise en place de programme SANE dans les services d'urgence ; – Éviter de demander à la victime de répéter le récit de son agression ; – Réduire les temps d'attente ; – Faire en sorte que les soignants soient plus à l'aise dans la pratique d'examen médico-légaux ; – Proposer des ressources de suivi (vêtements de rechange, bon pour des soins de suivi, logement d'urgence, transport, mise en contact avec les victimes d'AS, soins post-traitement).
<p>9. Assister la personne dans ses besoins humains physiques, émotionnels et spirituels de base.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Continuité des soins afin d'assurer que les besoins fondamentaux soient satisfaits ; – Assurer la continuité des soins et un suivi de sortie – Surveiller l'entourage de la victime ; – Maintenir le soutien lors de l'examen ; – Rétablissement de la dignité et prévention de la victimisation secondaire ; – Répondre aux besoins médicaux de la victime tout en tenant compte du bien-être psychologique, émotionnel et spirituel ;

	<ul style="list-style-type: none"> – Écarter les procédures non-nécessaire ; – Réalisation de l'anamnèse et répondre aux besoins spécifiques de la victime ; – Soins complets et personnalisés en fonction des besoins et des choix individuels des victimes ; – Soins tenant compte des traumatismes ; – Ne pas exercer de pressions sur la victime pour la pousser à terminer l'examen ou déposer un rapport de police ; – Valider l'expérience et le ressenti des victimes ; – Faciliter l'accès aux soins ; – Se former pour répondre au mieux aux besoins des victimes ; – Formation SANE standardisée.
<p>10. S'ouvrir aux mystères et aux miracles de la vie.</p>	<p>Nous n'avons pas objectivé des liens avec le 10^{ème} facteur caratif et les interventions SANE auprès des victimes d'AS.</p>
<p>Relation transpersonnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Approche authentique ; – Écarter des procédures non-nécessaire et proposer des services médicaux adaptés ; – Besoins et désirs pris en compte de manière authentique et bienveillante.
<p>Occasion de <i>Caring</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Création de lien de confiance ; – Valider l'expérience des victimes ; – Se montrer ouverte, attentionnée et prête à répondre aux besoins émotionnels de la victime ;

7. CONCLUSION

L'analyse approfondie des mécanismes et des conséquences des violences sexuelles met en évidence l'importance d'une prise en soins spécialisée et empathique pour les victimes. La Convention d'Istanbul (Fedlex, 2022) et les études sur les facteurs de risque et les conséquences des violences sexuelles (Amnesty international, 2020a) soulignent la complexité des enjeux auxquels sont confrontés les professionnelles de la santé, notamment dans le contexte des urgences.

Les infirmières formées en tant que SANE jouent un rôle fondamental dans la prise en soins de ces victimes. Leur formation spécialisée leur permet de fournir des soins médicaux, psychologiques et médico-légaux holistiques, en intégrant des pratiques adaptées et de haute qualité pour répondre aux besoins complexes des victimes (Cowley et al., 2014; Fehler-Cabral et al., 2011; Hollender et al., 2023; Lechner et al., 2021; Shaw & Coates, 2021). Ces compétences sont particulièrement pertinentes lorsque l'on considère les conséquences physiques, psychologiques et sociales des violences sexuelles, ainsi que la nécessité d'une approche multidimensionnelle pour favoriser la guérison des victimes d'AS.

Le modèle de soins de Jean Watson, avec sa théorie du *Human Caring*, offre un cadre théorique essentiel pour cette approche. Selon Watson, les soins doivent transcender les simples actes médicaux pour inclure une dimension empathique et holistique, centrée sur la relation soignante-soignée et le respect de la dignité humaine (Ali et al., 2021; University of Illinois Chicago, 2022). Ce modèle met en avant l'importance de créer un environnement de guérison qui respecte la dignité et le bien-être de la personne, en prenant en compte ses besoins physiques, émotionnels et spirituels (Watson, 2007).

Dans le contexte des soins aux victimes de violences sexuelles, il est essentiel que les infirmières adoptent une approche fondée sur les principes de la théorie de Watson. Cela inclut la création d'un espace sécurisant, non-jugeant, et bienveillant, où les victimes peuvent exprimer librement leurs émotions et préoccupations, comme le décrit le 8^{ème} processus de *Caritas* (Watson, 2007). L'infirmière doit également veiller à maintenir une relation d'aide basée sur la communication authentique, l'écoute active et le respect des besoins de la personne, conformément aux 4^{ème} et 5^{ème} processus de *Caritas* (Watson, 2007), afin de répondre aux besoins physiques, émotionnels et spirituels de celle-ci (Watson, 2007).

Les soins doivent être holistiques, prenant en compte non seulement les aspects médicaux immédiats, mais aussi les répercussions psychologiques et sociales de l'agression (Ali et al., 2021).

L'approche de Watson, comme explicitée dans ce travail, met l'accent sur la restauration de l'harmonie entre le corps, l'esprit et l'âme, est particulièrement pertinente pour traiter les traumatismes liés aux violences sexuelles.

Tous ces éléments développés dans les différents chapitres de ce travail, au travers de la revue de la littérature, de l'analyse critique des neuf articles retenus et de la mise en lien avec la théorie du *Human Caring* de Watson, nous ont permis d'explorer en profondeur comment les pratiques des SANE influencent les différents aspects de la prise en soins des victimes et de mieux comprendre l'impact des interventions spécialisées sur la qualité des soins et le soutien offert aux victimes, et ainsi de répondre à notre question de recherche finale : « Comment le *Human Caring* de J. Watson met-il en lumière la plus-value des interventions des infirmières examinatrices en agression sexuelle (SANE) lors de l'accueil et la prise en soins des femmes victimes de violences sexuelles aux urgences ? ».

Ainsi, une approche intégrant la théorie du *Human Caring* de Jean Watson et les pratiques des SANE est essentielle pour améliorer la prise en soins des victimes de violences sexuelles, en répondant à leurs besoins complexes et en favorisant leur guérison et bien-être global.

7.1. Recommandations

Les recommandations que nous proposons, ainsi que celles des auteurs, se déclinent en trois domaines distincts : la clinique, la recherche et l'enseignement.

7.1.1. Clinique

Différents auteurs recommandent aux services qui proposent des soins aux victimes d'AS de définir des protocoles et des normes afin de guider les SANE ou les professionnels non-SANE à une prise en soins adéquate et de qualité (Nielson et al., 2015; Shaw & Coates, 2021).

À l'échelle genevoise, les HUG ont mis en place un protocole de prise en soins de victimes d'AS aux urgences gynéco-obstétricale (cf. annexe 9.2.). Ce protocole est détaillé et clair, avec tous les soins prodigués aux victimes, mais nous pensons néanmoins que la formation et la pratique SANE pourraient être une réelle plus-value auprès des patientes aux urgences. En effet, le protocole énonce plusieurs intervenants, comme les infirmières, les médecins légistes ou encore l'UIMPV.

Bien que ces derniers prennent en soins les victimes avec compassion et bienveillance, il peut être difficile pour celles-ci d'avoir à rencontrer autant de personnes peu de temps après leur agression, de devoir répéter plusieurs fois le récit de cette expérience traumatisante, et de subir des soins potentiellement intrusifs. Dans le cas de figure où une couverture SANE existerait au sein des services d'urgences gynéco-obstétricale des HUG, il serait possible de mobiliser moins de professionnels de la santé. Cela permettrait ainsi de privilégier l'intimité de la patiente et de tenir plus facilement compte de ses traumatismes et de ses besoins.

Lechner et al. (2021) encouragent les services et établissements de santé qui prennent en soins les victimes d'AS à intégrer des soins SANE dans les réponses de routine aux patientes traumatisées. Ils leur recommandent également de développer et soutenir les programmes SANE, dans le but de garantir aux victimes des soins de haute qualité.

Chandramani et al. (2020) soulignent l'importance de former et d'embaucher davantage de SANE. Cela permettrait de surmonter la contrainte temporelle, car les SANE sont capable de prendre en soins tous les aspects des soins aux victimes d'AS, en leur consacrant pleinement le temps nécessaire. Chalmers et al. (2023) suggèrent que l'augmentation du nombre de SANE dans les services d'urgences pourrait réduire les interactions négatives entre les victimes d'AS et le personnel soignant, tout en garantissant des soins médicaux complets et adéquats.

Il est également recommandé de rendre les soins SANE davantage accessibles aux victimes d'AS (Hollender et al., 2023; Shaw & Coates, 2021). En effet, Shaw & Coates (2021) indiquent que les SANE sont davantage spécialisées et qualifiées pour fournir des soins optimaux comparées aux professionnels non-SANE. Pour Hollender et al. (2023), le fait que les soins des SANE soient plus accessibles améliorera la qualité des soins et permettra aux hôpitaux de répondre aux critères de qualités demandés. Ces derniers recommandent donc aux États d'étendre la législation pour encourager et financer la couverture continue des SANE.

7.1.2. Recherche

Fukumoto (2022) préconise la réalisation de recherches supplémentaires pour identifier les soins infirmiers nécessaire à la prise en soins globale des victimes d'AS, tout en tenant compte des lois et des spécificités culturelles de chaque région.

Hollender et al. (2023) recommandent de faire plus d'études démontrant le lien entre les soins SANE dispensés et l'amélioration des prestations de soins, ce qui pourrait favoriser un soutien accru pour le développement et l'adoption du programme SANE.

L'accès aux soins des SANE est un aspect important, comme explicité par Hollender et al. (2023) et Shaw & Coates (2021) dans le point 6.1.1. De ce fait, Lechner et al. (2021) recommandent de réaliser des recherches supplémentaires afin de déterminer s'il existe des disparités dans l'accès aux soins SANE. Leur étude démontre néanmoins que les victimes sont généralement satisfaites par la prise en soins des SANE, indépendamment des caractéristiques démographiques.

Cowley et al. (2014) recommandent de mener des recherches sur la qualité de vie physique, psychologique et sociale à long terme des victimes d'AS, ainsi que sur leur expérience en matière de soins prodigués par des SANE. Selon les auteurs, cela permettrait d'améliorer la prestation des soins en se basant sur les besoins réels des victimes plutôt que sur des besoins supposés.

Nous savons que les femmes sont les principales victimes d'agressions sexuelles et constituent souvent la population cible des études sur le sujet. Cependant, avec Lechner et al. (2021) nous estimons qu'il serait pertinent de prendre en compte les victimes d'AS de sexe masculin ainsi que les différentes identités de genre, car ces populations vulnérables et sont encore peu étudiées actuellement.

Comme mentionné dans le chapitre 6.1, nous n'avons pas trouvé de littérature scientifique au niveau national et cantonal concernant la prise en soins des victimes d'AS. Nous recommandons donc d'effectuer des recherches sur ce sujet en Suisse et à Genève.

7.1.3. Enseignement

Les professionnels non-SANE sont encouragés par les Shaw & Coates (2021) à suivre davantage de formation concernant la prise en soins des victimes d'AS. Les auteurs proposent de leur donner accès à une formation de base concernant les conditions d'utilisation d'un kit toxicologique, la présentation aux patientes des options concernant le dépôt d'un rapport de police, et l'obtention d'une contraception d'urgence. Fukumoto (2022) estime que donner accès à des programmes de formation appropriés aux infirmières favoriserait l'acquisition de compétences plus adéquates pour la pratique de soins auprès des victimes d'AS. Toutefois, Chandramani et al. (2020) estiment que malgré la formation de base que les prestataires de soins devraient recevoir, celle-ci ne serait pas en mesure de remplacer la formation spécialisée reçue par les SANE.

En Suisse, il existe actuellement un DAS (*Diploma of Advanced Studies*) et un CAS (*Certificate of Advanced Studies*) en Santé sexuelle, ainsi qu'un CAS en *Violence interpersonnelle : aspects et soins médico-légaux*. Nous recommandons à toutes les infirmières urgentistes, souvent en première ligne, de suivre ces formations afin d'élargir leurs compétences sur la prise en soins des victimes d'AS.

Nielson et al. (2015) recommandent d'améliorer l'accessibilité à la formation des SANE dans le cadre de la pratique et du développement professionnel continu et suggèrent d'intégrer une formation médico-légale au programme d'études en soins infirmiers. Selon les auteurs, le renforcement de cette formation permettra aux infirmières de développer des compétences accrues, d'améliorer l'accessibilité aux soins et d'obtenir de meilleurs résultats de satisfaction de la part des victimes d'AS. Dans cette perspective, nous pensons également que l'intégration de cours gynécologiques, médico-légaux, ou plus particulièrement la sensibilisation aux TIC, devraient être présents lors du programme d'étude en soins infirmiers. Cela pourrait être bénéfique non seulement pour la prise en soins des femmes victimes d'AS, mais également pour d'autres situations de soins.

Nielson et al. (2015) recommandent également de proposer des cours de formation des SANE à toutes les infirmières susceptibles de prendre en soins des victimes d'AS. Chandramani et al. (2020) suggèrent d'augmenter le nombre de SANE dans les services d'urgences, afin qu'elles puissent servir de ressources éducatives et de formation pour les prestataires des services d'urgences, souvent amenés à prendre en soins les victimes d'AS. Selon Nielson et al. (2015), la formation des SANE permettrait aux patientes victimes d'agressions sexuelles de bénéficier du plus haut niveau de soin, ce qui se traduirait par de meilleurs résultats sur les plans médical et psychologique. Cela pourrait également favoriser le signalement des agressions ainsi qu'augmenter le nombre d'enquêtes et des poursuites judiciaires de ces crimes. Dos Reis et al. (2017) indiquent également que la formation des SANE est essentielle pour éviter la revictimisation des patientes pendant les soins. L'équilibre entre les soins émotionnels et les soins médico-légaux peut être difficile à trouver pour les SANE. Par conséquent, Fehler-Cabral et al. (2011) recommandent d'inclure davantage de pratiques de soin émotionnels, telles que la validation, la compassion et le respect du choix des patientes, dans la formation des SANE, car ces approches sont susceptibles de favoriser le rétablissement des victimes d'AS.

Nous recommandons aux infirmières, et plus particulièrement aux infirmières des urgences, de participer tous les deux ans environ à des ateliers de simulation avec des patientes simulées, afin de se mettre en situation de prise en soins de victimes d'AS. Nous savons que la prise en soins de ces dernières est délicate et complexe.

De ce fait, il nous paraît donc essentiel d'offrir aux infirmières la possibilité de bénéficier de rappels théoriques et de simulations régulières, ce qui pourrait les aider à aborder les soins avec moins d'appréhension.

Enfin, nous encourageons la Haute École de Santé de Genève à continuer de proposer aux étudiants en soins infirmiers des simulations d'entretien concernant les violences familiales et conjugales, car cela permet de se projeter sur l'intensité des émotions que l'on peut ressentir face à une victime de violences. Cependant, nous pensons qu'il serait formateur de mettre en place des cours théoriques sur la prise en soins infirmière des victimes de violences sexuelles, ainsi que des entretiens avec des patientes simulées. Les agressions sexuelles étant très répandues, il est probable que les futures infirmières soient amenées à prendre en soins des victimes d'AS au cours de leur carrière. Il serait donc pertinent d'inclure une sensibilisation et une préparation théorique à ce sujet dans notre formation.

7.2. Limites et apports du travail

La rédaction de ce travail a été particulièrement intéressante et enrichissante, mais il présente cependant certaines limites. Il existe notamment un manque de littérature récente sur le sujet, datant de moins de 10 ans.

En effet, lors de nos recherches, nous avons principalement trouvé des articles publiés entre 2000 à 2010, période qui semble correspondre à l'apparition de la formation SANE. Il a donc été complexe de trouver des études récentes sur le sujet, car il semblerait que les recherches se sont principalement concentrées sur cette période, afin de comparer les soins prodigués par les SANE avec ceux des professionnels de santé non spécialisés.

De plus, dans notre travail, nous constatons une augmentation des dénonciations des violences sexuelles à partir de 2017, en lien avec le mouvement *#Metoo*, ce qui a potentiellement entraîné une augmentation des consultations et des besoins de santé des victimes d'AS. Cependant nous n'observons pas une augmentation significative de la littérature scientifique sur la prise en soins des victimes d'AS par les SANE après 2017.

Une autre limite de ce travail est le manque d'articles provenant de sources nationales et de pays avoisinants. La majorité des études proviennent de pays anglophones, tels que le Royaume-Uni et les États-Unis, où la formation SANE est largement implantée. De plus, il existe des divergences dans la formation et la pratique des SANE, qui ne sont pas uniformisées, rendant la comparaison des études plus complexes.

Par ailleurs, les systèmes de santé des pays des études existantes sont différents de celui de la Suisse, ce qui peut entraîner de potentielles divergences dans la prise en soins des victimes d'AS. Ces différences sont inhérentes aux particularités des systèmes de santé, des institutions, ainsi qu'au rôle infirmier propre à chaque pays.

Concernant les apports du travail, nous plaidons pour l'instauration de la formation SANE au niveau national et cantonal. En effet, notre travail démontre l'intérêt et l'importance de cette formation dans notre système de santé, en soulignant la plus-value significative qu'offrent les SANE lors de la prise en soins d'une victime d'AS, tant sur le plan médical que psychologique.

NOTE DE FIN

La rédaction de ce travail, qui s'achève en parallèle de l'affaire Mazan, nous rappelle que la société dans son ensemble a encore un long chemin à parcourir dans la lutte contre les agressions sexuelles, ainsi que dans le soutien et la justice à apporter aux victimes. Ce travail est dédié à Giselle Pelicot, ainsi qu'à toutes les victimes d'agressions sexuelles, qu'elles soient entendues ou réduites au silence, reconnues ou invisibilisées, avec l'espoir qu'un jour, justice leur soit rendue et que toutes les femmes de ce monde puissent vivre sans crainte d'être agressées

8. RÉFÉRENCES

- Ajder, H., Patrini, G., Cavalli, F., & Cullen, L. (2019). *The state of deepfakes : Landscape, threats and impact*. 27.
- Albenga, V., & Dagorn, J. (2019). Après #MeToo : Réappropriation de la sororité et résistances pratiques d'étudiantes françaises. *Mouvements*, 99(3), 75-84.
<https://doi.org/10.3917/mouv.099.0075>
- Ali, N. F., Mansha, R., & Carroll, K. (2021). Sexual Violence : A Review and Case Study Utilizing Watson's Caring Science. *Nursing Science Quarterly*, 34(2), 132-134.
<https://doi.org/10.1177/0894318420987179>
- Alligood, M. R. (2021). *Nursing theorists and their work* (10e édition). Elsevier Ltd.
- Amnesty international. (s. d.). *Faits et chiffres*. Amnesty International Suisse. Consulté 21 février 2024, à l'adresse <https://www.amnesty.ch/fr/themes/droits-des-femmes/faits-chiffres-et/faits-et-chiffres>
- Amnesty international. (2020a, février 25). *Causes et conséquences du viol*. Amnesty International Belgique. <https://www.amnesty.be/campagne/droits-femmes/viol/article/causes-consequences-viol>
- Amnesty international. (2020b, mars 4). *Sondage sur le viol : Chiffres 2020*. Amnesty International Belgique. <https://www.amnesty.be/campagne/droits-femmes/viol/article/sondage-viol-chiffres-2020>
- Bokanowski, T. (2017). Chapitre 16. Le concept de traumatisme en psychanalyse. In *Les grands concepts de la psychologie clinique: Vol. 3e éd.* (p. 275-292). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.marty.2017.01.0275>
- Brown, E., Debauche, A., Hamel, C., & Mazuy, M. (2020). *Violences et rapports de genre : Enquête sur les violences de genre en France*. Ined Éditions.
- Caire, A.-B. (2022). Fiche 13. La victimisation. In *Criminologie* (p. 117-128). Ellipses.
<https://www.cairn.info/criminologie--9782340063105-p-117.htm>

- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 95(4), 37-45. <https://doi.org/10.3917/rsi.095.0037>
- Centre d'addictovigilance de Paris. (2021). *Soumission chimique*. ansm.santé. <https://ansm.sante.fr/uploads/2023/07/03/20230703-sc-plaquette-sc-vc-2021.pdf>
- Chalmers, K., Hollender, M., Spurr, L., Parameswaran, R., Dussault, N., Farnan, J., Oyola, S., & Carter, K. (2023). Emergency Department Preparedness to Care for Sexual Assault Survivors : A Nationwide Study. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 24(3), 629-636. <https://doi.org/10.5811/westjem.59257>
- 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. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000290>
- Clifton, E. G., & Losman, E. D. (2024, mars). *Agression sexuelle et viol*. Le manuel MSD. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-de-la-femme/violences-domestiques-et-agressions-sexuelles/agression-sexuelle-et-viol>
- Conseil de l'Europe. (2024). *Les types de violence fondée sur le genre*. Questions de genre. <https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/types-of-gender-based-violence>
- Conseil international des infirmières. (2002). *Définitions des soins infirmiers*. ICN - International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/fr/ressources/definitions-des-soins-infirmiers>
- Cottler-Casanova, S., Lourenço, V., Guillot, C., Poncet, A., Mathevet, P., Petignat, P., Yaron, M., Fracasso, T., & Abdulcadir, J. (2023). *Constat d'agression sexuelle*.
- 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. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000026>
- Crips Île de France. (2023, janvier 27). *Le GHB*. <https://www.lecrips-idf.net/ghb-drogue>

- Dos Reis, M. J., Lopes, M. H. B. de M., & Osis, M. J. D. (2017). 'It's much worse than dying' : The experiences of female victims of sexual violence. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2353-2361. <https://doi.org/10.1111/jocn.13247>
- Easton, S. D., Kong, J., Gregas, M. C., Shen, C., & Shafer, K. (2019). Child sexual abuse and depression in late life for men : A population-based, longitudinal analysis. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(5), 842-852. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx114>
- Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2012). *Contemporary Nursing Knowledge : Analysis and Evolution of Nursing Models and Theories* (3e édition). F.A. Davis Company.
- Fedlex. (2022). *Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*. Confédération Suisse. <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2018/168/fr>
- 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>
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). La base conceptuelle des soins infirmiers. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 39-41). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0039>
- Fukumoto, T. (2022). Nursing care provided at medical institutions to female victims immediately after a sexual assault incident : A qualitative descriptive study. *Nursing Open*, 10(4), 2118-2131. <https://doi.org/10.1002/nop2.1459>
- Global fund for Women. (2024). *'Me Too' Global Movement*. Global Fund for Women. <https://www.globalfundforwomen.org/movements/me-too/>
- Golder, L., Jans, C., & Venetz, A. (2019). *Le harcèlement sexuel et les violences sexuelles faites aux femmes sont répandus en Suisse*. gfs.bern. <https://cockpit.gfsbern.ch/fr/cockpit/violence-sexuelles-en-suisse/>
- Grihom, M.-J. (2015). Pourquoi le silence des femmes ? Violence sexuelle et lien de couple. *Dialogue*, 208(2), 71-84. <https://doi.org/10.3917/dia.208.0071>

- Harvard international review. (2024). *The #MeToo movement: Investigating the lasting international impacts*. Harvard International Review. <https://hir.harvard.edu/metoo-movement-international/>
- HCEfn. (2015, avril 16). *Avis sur le harcèlement sexiste et les violences sexuelles dans les transports en commun*. https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hcefn_avis_harcelement_transports-20150410.pdf
- Hellman, A. (2014). Examining sexual assault survival of adult women : Responses, mediators, and current theories. *Journal of Forensic Nursing*, 10(3), 175. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000037>
- Hollender, M., Almirol, E., Meyer, M., Bearden, H., & Stanford, K. (2023). Sexual Assault Nurse Examiners Lead to Improved Uptake of Services : A Cross-Sectional Study. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 24(5), 974-982. <https://doi.org/10.5811/westjem.59514>
- Hôpitaux universitaires 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'agression sexuelle*. Consulté 21 février 2024, à l'adresse https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/cas-protocole.pdf
- Hôpitaux universitaires Genève. (2015, mars). *Votre prise en charge aux urgences de gynécologie et d'obstétrique*. https://www.hug.ch/sites/interhug/files/documents/urgences_gynecologiques.pdf
- Hôpitaux universitaires Genève. (2022, février 21). *Médecine de premier recours*. Médecine de premier recours. <https://www.hug.ch/medecine-de-premier-recours>
- Hôpitaux universitaires Genève. (2023, juillet 25). *Violences sexuelles*. Santé sexuelle et planning familial. <https://www.hug.ch/sante-sexuelle-planning-familial/violence>
- Hôpitaux universitaires Genève. (2024a). *Urgences adultes*. Urgences adultes. <https://www.hug.ch/urgences>

- Hôpitaux universitaires Genève. (2024b, janvier 10). *Agressions et violence*. Gynécologie. <https://www.hug.ch/gynecologie/agressions-violence>
- Information Violences Sexuelles. (s. d.). Violence, contrainte, menace ou surprise. *Information Violences Sexuelles*. Consulté 17 septembre 2024, à l'adresse <https://violences-sexuelles.info/comprendre-definitions-loi/violence-contrainte-menace-ou-surprise/>
- Insee. (2021, décembre 9). *Viols et agressions sexuelles en Europe*. Institut national de la statistique et des études économiques. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5763615?sommaire=5763633>
- Institut national de santé public du Québec. (2016, octobre). *Conséquences*. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/comprendre/consequences>
- International association of forensic nurses. (2024). Forensic Nursing. *International Association of Forensic Nurses*. <https://www.forensicnurses.org/page/WhatisFN/>
- Kukreja, P., & Pandey, J. (2023). Workplace gaslighting : Conceptualization, development, and validation of a scale. *Frontiers in Psychology*, 14, 1099485. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1099485>
- Lalor, K., & McElvaney, R. (2010). Child Sexual Abuse, Links to Later Sexual Exploitation/High-Risk Sexual Behavior, and Prevention/Treatment Programs. *Trauma, Violence, & Abuse*, 11(4), 159-177. <https://doi.org/10.1177/1524838010378299>
- Lechner, M., Bell, K., Short, N. A., Martin, S. L., Black, J., Buchanan, J. A., Reese, R., Ho, J. D., Reed, G. D., Platt, M., Riviello, R., Rossi, C., Nouhan, P., Phillips, C., Bollen, K. A., & McLean, S. A. (2021). Perceived Care Quality Among Women Receiving Sexual Assault Nurse Examiner Care : Results From a 1-Week Postexamination Survey in a Large Multisite Prospective Study. *Journal of Emergency Nursing*, 47(3), 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.11.011>

- Lechner, M., Britton-Susino, S., Daider, D., Day, K., Faugno, D., Gill-Hopple, K., Maguire, K., Nash, K., Pierce-Weeks, J., & Rooney, E. (2018). *Sexual assault nurse examiner (SANE): Education guidelines*. International association of forensic nurses. https://www.forensicnurses.org/wp-content/uploads/2022/03/SANE_EdGuidelines_2022_Updated_Resources_-2.pdf
- Maier, S. L. (2012). Sexual assault nurse examiners' perceptions of the revictimization of rape victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(2), 287-315. <https://doi.org/10.1177/0886260511416476>
- Merçay, C. (2018). *Les recours aux services d'urgence en Suisse : Description des différences cantonales* (recherche 64). Observatoire suisse de la santé. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-08/obsan_dossier_64.pdf
- Michaud, Y. (2014). Définir la violence ? *Les Cahiers Dynamiques*, 60(2), 30-36. <https://doi.org/10.3917/lcd.060.0029>
- Musliner, K. L., & Singer, J. B. (2014). Emotional support and adult depression in survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1331-1340. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.01.016>
- Nahoum-Grappe, V. (2019). La culture contemporaine du viol. *Communications*, 104(1), 161-177. <https://doi.org/10.3917/commu.104.0161>
- National Sexual Violence Resource Center. (s. d.). *About Sexual Assault*. National Sexual Violence Resource Center. Consulté 3 août 2024, à l'adresse <https://www.nsvrc.org/about-sexual-assault>
- Nielson, M. H., Strong, L., & Stewart, J. G. (2015). Does Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Training Affect Attitudes of Emergency Department Nurses Toward Sexual Assault Survivors? *Journal of Forensic Nursing*, 11(3), 137-143. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000081>
- Noël-Hureaux, E. (2015). Le care : Un concept professionnel aux limites humaines ? *Recherche en soins infirmiers*, 122(3), 7-17. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0007>

Office fédéral de la justice. (2021, août 8). *Loi fédérale portant révision du droit pénal en matière sexuelle*.

https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/dl/proj/6021/4/cons_1/doc_6/fr/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-dl-proj-6021-4-cons_1-doc_6-fr-pdf-a.pdf

Office fédéral de la santé publique. (2018). *GHB, GBL et BD - endormi et sans la moindre volonté*. Confédération suisse. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/umwelt-und-gesundheit/chemikalien/chemikalien-a-z/ghb.html>

Office fédéral de la statistique. (2023). *Violence sexualisée : Infractions et personnes lésées*. Confédération suisse. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/29065839>

Organisation des Nations Unies. (2021, mars 9). *Une femme sur trois dans le monde est victime de violence physique ou sexuelle*. <https://news.un.org/fr/story/2021/03/1091282>

Organisation Mondiale de la Santé. (2024). *About us*. <https://www.who.int/groups/violence-prevention-alliance/about>

Organisation Mondiale de la Santé. (2021a). *Violence à l'encontre des femmes*. <https://www.who.int/fr/health-topics/violence-against-women>

Organisation Mondiale de la Santé. (2021b). *Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341337/9789240022256-eng.pdf?sequence=1>

Palmieri, J., & Valentine, J. L. (2021). Using Trauma-Informed Care to Address Sexual Assault and Intimate Partner Violence in Primary Care. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(1), 44-48. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.08.028>

Pepin, J., Bourbonnais, A., & Kerouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4e édition). Beauchemin.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research : Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11^e éd.).

République et canton de Genève. (2023, février 27). *Hospitalisation dans le canton de Genève*. Hospitalisation à Genève ou dans un autre canton. <https://www.ge.ch/node/12309>

Salmona, M. (2018). La mémoire traumatique : Violences sexuelles et psycho-trauma. *Les cahiers de la justice*, 1(1), 69-87. <https://doi.org/10.3917/cdlj.1801.0069>

- Salmona, M. (2019). Chapitre III. Un instrument de domination. In *Que sais-je ?* (p. 53-60). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/le-harcelement-sexuel--9782130813170-p-53.htm>
- Santé sexuelle. (s. d.). *Biologie et identité de genre*. Santé Sexuelle Suisse. Consulté 21 novembre 2024, à l'adresse <https://www.sante-sexuelle.ch/themes/caracteristiques-sexuelles-et-identite-de-genre>
- Schmutz, T., Guechi, Y., & Ribordy, V. (2023). Pour des urgences hospitalières publiques 24h/24 de proximité ? *Revue médicale suisse*, 833, 1288-1288. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2023.19.833.1288>
- Scodellaro, C. (s. d.). Violences sexuelles et tentatives de suicide. *Observatoire national du suicide*, 5(15), 260-267.
- Shaw, J., & Coates, V. (2021). Emergency Contraception Administration, Toxicology Kit Use, and Postassault Reporting : A Comparison of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) and Non-SANE Medical Providers. *Journal of Forensic Nursing*, 17(3), 146-153. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000320>
- Sitzman, K., & Watson, J. (2018). *Caring science, mindful practice : Implementing Watson's human caring theory*. Springer Publishing Company.
- Sofélia. (2019). Violences sexuelles : Les connaître pour mieux les appréhender et les combattre. *La fédé militante des centres de planning familial solidaires*. <https://www.sofelia.be/nos-dossiers-thematiques/dossier-violences-sexuelles/>
- Statista. (2024). *Part des affaires de violences sexuelles classées sans suite en France*. Statista. <https://fr.statista.com/statistiques/1373886/part-affaires-violences-sexuelles-classees-sans-suite-france/>
- Subra, B., & Bègue, L. (2014). L'alcool, une excuse ? Rôle de l'alcoolisation des agresseurs dans l'attribution de responsabilité et de blâme. *Revue internationale de psychologie sociale*, 27(1), 5-34.

- Trabichet, A.-M. (2024). *Agressions sexuelles : La parole des victimes jamais mise en doute*. Pulsation. <https://pulsations.hug.ch/article/agressions-sexuelles-la-parole-des-victimes-jamais-mise-en-doute>
- United Kingdom association of forensic nurses and paramedics. (2024). *Your profession, your role, your organisation, your future !* <https://ukafn.org/>
- United nations international children's emergency fund. (s. d.). *Violences et agressions sexuelles des enfants*. Consulté 21 février 2024, à l'adresse <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/protection/violences-et-agressions-sexuelles/>
- University of Illinois Chicago. (2022, octobre 20). *The Importance of Caring Theory in Modern Nursing Practice*. UIC. <https://online.uic.edu/degrees/nursing/rn-to-bsn/caring-theory-modern-nursing-practice/>
- Vallée-Ouimet, S., Labrecques-Lebeau, L., Pariseau-Legault, P., & Bujold, A. (2024). *Prévenir et agir sur les violences à caractère sexuel : Lorsque la qualité des soins de santé dédiés aux personnes concernées se heurte au déficit de crédibilité*. 71. <https://doi.org/10.4000/edso.27044>
- Ville de Genève. (2022). *Quels frais sont pris en charge par l'Etat lorsqu'une personne est victime d'une agression avec blessures et traumatismes ?* | Ville de Genève - Site officiel. <https://www.geneve.ch/themes/culture/bibliotheques/interroge/reponses/frais-pris-en-charge-par-lorsquune-personne-est-victime-une-agression-blessures-et-traumatismes>
- Vogt, E. L., Jiang, C., Jenkins, Q., Millette, M. J., Caldwell, M. T., Mehari, K. S., & Marsh, E. E. (2022). Trends in US Emergency Department Use After Sexual Assault, 2006-2019. *JAMA Network Open*, 5(10), e2236273. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.36273>
- Watson, J. (2007). Watson's 10 Caritas Processes. *Watson caring science institute*. <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/10-caritas-processes/>

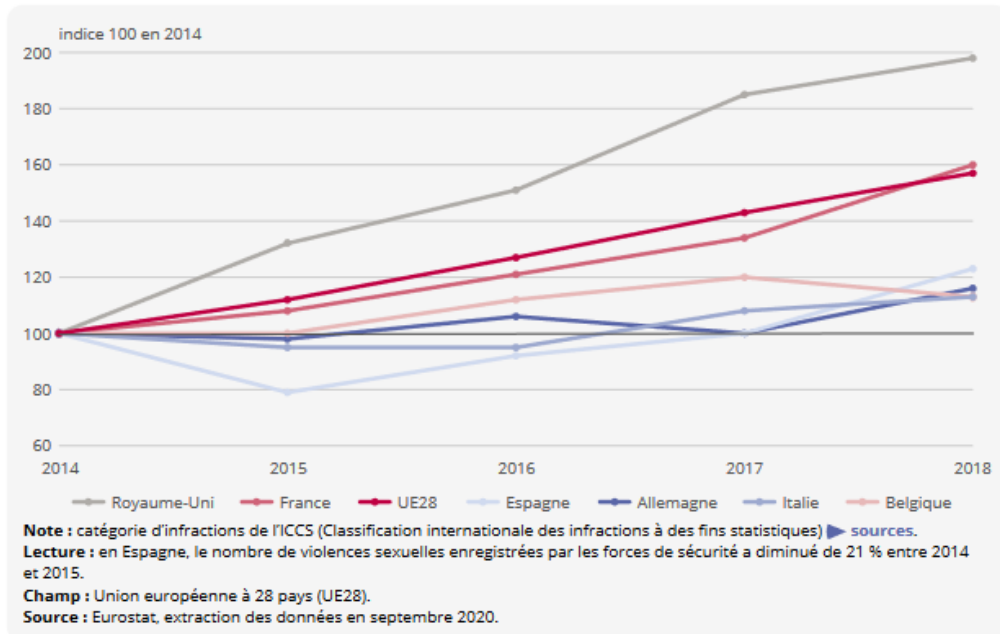
Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring, Revised Edition* (1 ed).
University Press of Colorado.

9. ANNEXES

9.1. Image de références

Image n°1

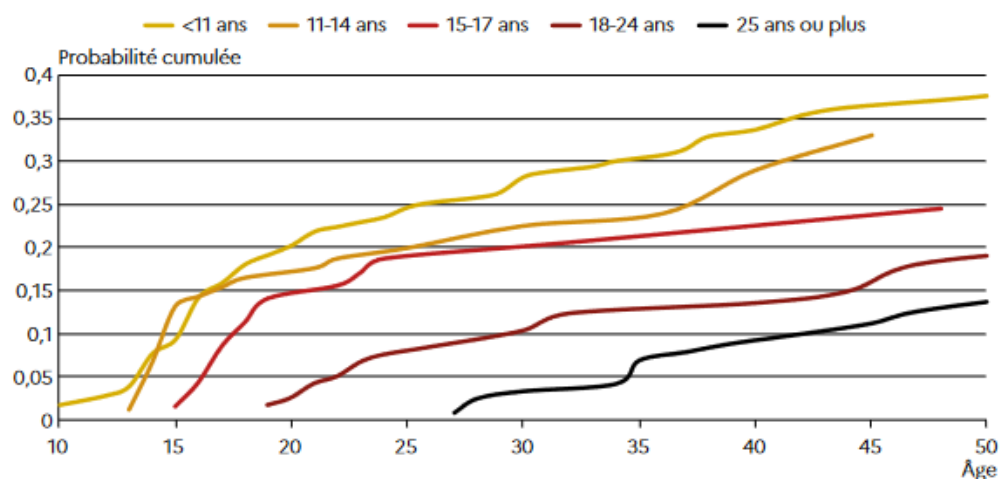
► 2. Évolution du nombre de violences sexuelles enregistrées par les forces de sécurité, entre 2014 et 2018



Tirée de : Insee (2021)

Image n°2

Graphique 1 • Probabilités cumulées d'une première tentative de suicide, selon l'âge au premier viol ou à la première tentative de viol



Lecture : Pour les personnes ayant subi un premier viol ou une première tentative de viol avant l'âge de 11 ans, la probabilité d'avoir déjà fait une tentative de suicide est de 24,6 % à 25 ans, et de 37,7 % à 50 ans.

Champ : Femmes et hommes âgés de 20 à 69 ans résidant en ménage ordinaire en France métropolitaine, ayant déclaré un viol ou une tentative de viol au cours de leur vie.

Source : Enquête Virage, Ined, 2015.

Tirée de : Scodellaro (s. d.)

9.2. Protocole de prise en charge des femmes et des enfants victimes d'agression sexuelle



Département de gynécologie et d'obstétrique
Service de gynécologie

PROTOCOLE COMPLET DE PRISE EN CHARGE AU DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE DES PERSONNES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

I INTRODUCTION

II OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

III PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE

1. URGENCE ET PRIORITES
2. LE CADRE D'INTERVENTION
3. DEROULEMENT DE L'INTERVENTION
 - 3.1 Les intervenants
 - 3.2 Rôle de l'infirmière
 - 3.3 Rôle du médecin gynécologue
 - 3.4 Rôle du médecin légiste
 - 3.5 Rôle commun au médecin gynécologue et au médecin légiste
 - 3.6 Rôle de l'UIMPV
 - 3.7 Personnes mineures (< 18 ans)
4. LA DOCUMENTATION MEDICO- ET PSYCHO-LEGALE
5. PROCEDURE DE CONSTAT D'AGRESSION SEXUELLE SOUS MANDAT DU MINISTERE PUBLIC ET LIENS AVEC LES AUTORITES POLICIERES ET /OU JUDICIAIRES
6. COLLOQUES PLURIDISCIPLINAIRES
7. FORMATION CONTINUE DES INTERVENANTS
8. SUPERVISION, COACHING ET DEBRIEFING DES INTERVENANTS ET/OU DES EQUIPES

ANNEXES : - INFORMATIONS DESTINEES AUX PERSONNES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE CONSULTANT LA MATERNITE

- MODELE DE LEVEE DE SECRET MEDICAL
- MODELE D'ATTESTATION MEDICALE PROVISOIRE
- MODELE DE RAPPORT MEDICAL

INTRODUCTION

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, la **violence** constitue un problème de santé publique requérant des mesures prioritaires.

L'**agression sexuelle**, et tout particulièrement le viol, constitue une forme de violence grave qui porte atteinte aux droits fondamentaux de l'individu, à son intégrité sexuelle, physique et psychique, à son identité et à sa sécurité, mais aussi à l'ordre et à la sécurité publics. Elle peut être définie ainsi : « *Tout geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée, impliquant un abus de pouvoir et/ou un abus de détresse, l'utilisation de la force, de la surprise, de la contrainte, et/ou de la menace implicite ou explicite et ceci quels que soient le sexe, l'âge, la culture, la religion, l'orientation sexuelle de la personne victime ou de l'agresseur sexuel* ».

Ce type de geste à caractère sexuel, le lieu ou le milieu de vie où cela se passe et la nature du lien existant entre la personne victime et l'agresseur sexuel ».

Ce type de violence peut avoir de nombreux et graves impacts sur la santé physique et psychique des personnes qui en sont victimes et se répercuter à court, moyen et long terme, au niveau de leur vie affective, relationnelle, familiale, sociale, professionnelle et économique. Les personnes victimes de violences et d'abus sexuels ont beaucoup de difficultés à parler de leur vécu et mettent parfois longtemps à se confier - de plusieurs jours à plusieurs années après les faits. Les médecins sont souvent les premières personnes à qui elles se confient. De nombreuses spécialités médicales sont concernées, par exemple au sein des HUG différentes consultations peuvent être interpellées en première ligne *en urgence* ou de *manière différée* : maternité, médecine légale, urgences médico-chirurgicales, urgences psychiatriques, UIMPV, consultation SIDA, unité mobile, alcoologie, abus de substance, etc.

OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

La prise en charge vise avant tout à prendre en compte de manière coordonnée et cohérente les besoins des personnes victimes d'agression sexuelle en leur offrant un suivi médico-psychologique et médico-légal à court, moyen et parfois long terme ; ces situations complexes exigent une approche intégrée et multidisciplinaire. Cette prise en charge vise également à pouvoir répondre, en cas de procédure pénale et avec l'accord de la personne victime, aux besoins des autorités judiciaires.

La prise en charge en urgence vise à :

- procurer rapidement un **cadre** accueillant, sécurisant et garantissant la confidentialité ;
- proposer une **disponibilité** et une **écoute**, qui permettent à la personne d'« entendre » une proposition de soutien et de suivi lors des jours et des semaines qui suivent, dans les domaines médico-psycho-sociojuridique, et faciliter ainsi la compliance future ;
- procurer les **soins** médico-psychologiques immédiats nécessaires ;
- sauvegarder tous les **éléments médico-légaux** pour permettre à la patiente de répondre aux besoins des autorités judiciaires concernées en cas de procédure ;
- réaliser le **constat d'agression sexuelle** en effectuant les premières constatations médico-psycho-légales - objectivation des éventuelles lésions traumatiques et des conséquences médicales et psychologiques directes et immédiates de l'agression - et en procédant aux divers prélèvements nécessaires, dans des conditions médicales, psychologiques et médico-légales adéquates d'un point de vue scientifique, éthique et déontologique ;
- offrir une **documentation** médico-légale et psycho-légale ad hoc aux personnes victimes ;
- évaluer et prévenir les **conséquences médico-psychologiques et sociales** possibles des agressions sexuelles (MST, grossesse, tétanos, état de stress post-traumatique, stigmatisation, rejet...) ;
- initier le « **déchoquage** » psychologique, qui vise entre autre à **prévenir un syndrome de stress post-traumatique** ;

- effectuer un travail de crise et une **évaluation des risques immédiats** encourus par la personne victime (suicide, décompensation psychiatrique, récurrence de la violence,...) et de ses besoins immédiats dans les domaines psychosocial et juridique ;
- **mettre en place un suivi** médico-psycho-socio-juridique systématique pour les personnes victimes d'une agression sexuelle.

PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE

Ce protocole définit des lignes directrices générales et clarifie les rôles des uns et des autres pour permettre une prise en charge optimale. L'approche proposée - multidisciplinaire, globale, centrée sur la personne - est ambitieuse et exige des efforts de concertation entre les intervenants.

1. URGENCE ET PRIORITES

Aucune barrière administrative, quelle qu'elle soit, ne doit exister et être un obstacle à la prise en charge d'une patiente.

Quelle que soit la porte d'entrée des personnes victimes d'agression sexuelle dans les HUG, les premières constatations médico-légales, la mise en route des différentes prophylaxies, ainsi que la prise en compte de la souffrance psychologique représentent une urgence.

Le premier tri, à l'arrivée de la patiente, est effectué par une infirmière, ensuite la patiente est reçue par le médecin gynécologue, qui lui, évalue la nécessité de l'indication de pratiquer un C.A.S.

En cas de doute sur l'indication, le médecin gynécologue peut faire appel au médecin légiste de garde afin qu'une décision soit prise conjointement.

Critères d'urgences :

Date ou époque de l'agression sexuelle	Degré d'urgence	Remarques
< de 72 heures	Degré 2 (délai d'installation 20 min.)	Pour les prélèvements
	Degré 3 (délai d'installation 2 h.)	Pour examens médico-légal et gynécologique
72 heures à une semaine	Degré 3 (délai d'installation 2 h.)	
>7 jours	<p>Avec le temps les traces biologiques laissées par l'agresseur sur le corps de la victime disparaissent progressivement.</p> <p>Au-delà de 7 jours, l'intervention du médecin légiste suite à des allégations de viol n'est plus indiquée.</p> <p>Toutefois le gynécologue peut faire appel au médecin légiste de garde pour consultation en cas de doute ou de besoin.</p>	

En cas de grossesse en cours, suite à une agression:

IVG :

Pour les IVG, suite à une agression sexuelle, le médecin légiste est à disposition, si une indication à l'examen médico-légal est posée par le gynécologue.

Le matériel prélevé, suite à l'IVG, peut être envoyé au CURLM pour conservation avec une fiche de transmission complète et consentement de la patiente.

GROSSESSE ABOUTIE (AVB ou césarienne) :

Le prélèvement placentaire est envoyé au CURLM avec une fiche de transmission complète et consentement de la patiente.

2. LE CADRE D'INTERVENTION

Il est essentiel de **prendre le temps** de créer un cadre d'intervention adéquat, d'une part pour prendre en compte la complexité de la situation et évaluer sa dangerosité et son degré d'urgence, d'autre part pour respecter le rythme de la patiente. Ainsi, avant de procéder à l'examen proprement dit, il est nécessaire de prendre du temps pour établir une relation de confiance, afin que les explications et les informations soient entendues. Afin de rassurer la patiente, le médecin doit préciser que le contenu de l'entretien et les résultats des tests médicaux sont soumis aux règles du secret médical, en particulier vis-à-vis de l'agresseur, des proches et/ou de la police et que rien ne va être entrepris ni transmis sans son consentement explicite et éclairé. La personne victime doit recevoir des explications sur le cadre d'intervention - définition, présentation des rôles, fonctions et identités des différents intervenants - et sur le déroulement de l'examen. Elle doit donner son consentement à l'examen. Il est important que la personne garde un certain contrôle tout au long de l'examen, d'où la nécessaire mise en relation favorisant l'écoute et la réappropriation de soi-même. La personne victime doit être informée de l'utilité et de l'utilisation des différents prélèvements médicaux et médico-légaux au fur et à mesure de l'examen. Elle doit être informée avec égard des risques médicaux et psychologiques encourus et des moyens de les prévenir.

3. DEROULEMENT DE L'INTERVENTION

La prise en charge en urgence se passe en deux volets :

- 1) Première partie du « constat d'agression sexuelle » à la **maternité** par le gynécologue et le médecin légiste de garde, avec la collaboration d'une infirmière. Une blouse blanche est mise à disposition du médecin légiste.
Durant l'examen, la personne victime doit être placée dans un environnement approprié, où les allers et venues sont à éviter, ainsi que la présence de personnes étrangères à la réalisation de l'examen.
- 2) Prise en charge par l'**UIMPV** dans ses propres locaux après le « constat d'agression sexuelle ». Si le médecin gynécologue estime que lui-même et/ou le médecin légiste ne peuvent pas être disponibles dans des délais raisonnables et afin d'éviter une trop longue attente de la personne victime, il peut décider d'appeler l'**UIMPV** qui interviendra alors en premier lieu à la maternité.

Pour le cas particulier des personnes mineures, voir ch. 3.7.

3.1. Les intervenants

Les principaux intervenants sont la maternité, le CURML-IUML et l'**UIMPV** ou le SAUP (urgences pédiatriques), suivant l'âge des patientes.

Selon les situations, d'autres consultations peuvent intervenir, entre autres la consultation SIDA. Le présent protocole gère de manière privilégiée les rapports entre la maternité, le CURML-IUML et l'**UIMPV** ainsi qu'avec la pédiatrie pour les patientes jusqu'à 16 ans révolus.

Comment les joindre ?

- le médecin **gynécologue** de garde : jour 079/ 553 49 71
 - le médecin **légiste** de garde : il est appelé par le médecin gynécologue de garde,
 - No Natel 079 289 65 36-079/553 49 80
- les deux sont disponibles 24h/24h, 365 jours /an

⇒ l'UIMPV :

- du lundi au vendredi : de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h00, Tél. 29 641-
- 079/ 55 34 040
- les week-end et les jours fériés : urgences de la maternité 079/ 55 32 271
- pour les patientes, qui consultent en dehors de ces heures, le médecin gynécologue de garde fixe un rendez-vous pour le lendemain à 15h00 à l'UIMPV. Cette plage horaire est réservée aux urgences de la nuit provenant de la maternité.

⇒ Hôpital des enfants : chef de clinique de garde SAUP : 079/553 48 24 – 079/553 48 90

3.2. Rôle de l'infirmière

- Dès qu'une personne se présente à la maternité pour un constat d'agression sexuelle : accueil de la patiente et explication du déroulement de la prise en charge aux HUG et de la nécessité de pratiquer certains prélèvements en urgence.
- Appelle immédiatement le gynécologue de garde, planifie et coordonne avec lui la suite en fonction de sa disponibilité et de celle du médecin légiste. Sur demande du gynécologue de garde, en cas d'indisponibilité, appelle l'UIMPV.
- Prépare le kit prévu à cet effet.
- **Prélèvements de sang et d'urine**, en précisant la date et l'heure sur le matériel (tubes et flacons).
- Présence pendant l'examen.
- Fait les demandes aux différents laboratoires.
- Fixe avec le gynécologue un rendez-vous de contrôle à 14 jours.
- Vérifie que le matériel prélevé est envoyé dans les différents laboratoires avec les demandes et les coordonnées du médecin gynécologue pour les résultats, selon les indications du kit.

3.3 Rôle du médecin gynécologue

- Est responsable du déroulement du constat d'agression sexuelle.
- **Avertit son chef de clinique.**
- Appelle le médecin légiste de garde après la pose d'indication (ou en cas de doute, si besoin) de pratiquer un CAS ou délègue cet appel à l'infirmière.
- Accueille et présente les intervenants et leurs rôles respectifs.
- Mène l'entretien en collaboration avec le médecin légiste, qui recherche activement et fait préciser les éléments d'intérêt médico-légal.
- Pratique l'examen gynécologique sous colposcope, constate les éventuelles lésions au niveau des organes génitaux et effectue les différents prélèvements selon l'ordre prévu dans le kit agression sexuelle. Le médecin légiste examine et décrit les lésions au niveau du reste du corps, y compris des seins.
- Est responsable de la documentation photographique effectuée par le colposcope.
- Pratique tous les autres examens et les prélèvements qu'il estime nécessaires, ex. prélèvement herpès.

- Gère les problèmes médicaux : soins, antibiothérapie prophylactique, contraception d'urgence, prévention HIV, prévention hépatite B, et tout ce qu'il estime nécessaire : par ex. vaccin anti tétanos, demande d'intervention de la consultation SIDA, etc.
- Planifie avec l'infirmière un suivi avec rendez-vous :
- à 14 jours, pour donner à la patiente, de **vive voix**, les résultats des prélèvements, la rassurer ou, le cas échéant, la diriger vers une prise en charge spécifique ;
- informe la patiente de la nécessité d'effectuer un contrôle à 3 mois chez son médecin privé et/ou à la consultation des maladies infectieuses ;
- Remplit la feuille « **informations destinées à la patiente** », la lui donne en mains propres, après avoir fait une copie pour le dossier.
- Remplit la **lettre de sortie manuscrite usuelle** pour les consultations en urgence ; la remet à la patiente.
- Rédige « **l'attestation médicale provisoire** » en collaboration avec le médecin légiste selon leurs premières constatations et la remet à la patiente en mains propres, après avoir fait une copie pour le dossier, il lui explique qu'un rapport médical complet sera établi et sera mis à sa disposition.
- Demande à la patiente si elle est d'accord de délier du secret médical les médecins concernés vis-à-vis de la police et/ou des autorités judiciaires au cas où elle déposerait plainte ; son consentement doit être libre et éclairé.

L'original de la **levée de secret médical** signée par la patiente reste dans le dossier; une copie est remise à la patiente.

Pour les patientes mineures (< 18 ans), bref rappel : si la patiente est capable de discernement, c'est elle qui signe; dans le cas contraire, c'est le représentant légal. Il est souvent préférable d'obtenir les deux signatures.

- Evalue la capacité de travail et rédige un certificat d'arrêt de travail selon les cas, et précise avec la patiente qu'elle doit faire une déclaration d'accident, sachant que son employeur saura dans la majorité des cas qu'elle a été agressée sexuellement. Dans le cas où cette déclaration devient un problème, il est alors possible de déclarer le CAS en Maladie, il faut néanmoins informer l'équipe des admissions des urgences, qu'il s'agit d'une demande spécifique de la patiente. Les dossiers sont alors bloqués pendant 10 jours, date de la prochaine consultation, ceci afin de réunir dans l'intervalle tous les renseignements administratifs nécessaires, il lui est proposé d'en parler avec l' **UIMPV**.
- Remplit le formulaire statistique « **rapport de violence** » dans le DPI. Ne pas le remettre à la patiente.
- Présente l'**UIMPV** à la patiente et appelle l'intervenant de garde de l'**UIMPV** dans les heures ouvrables ; à défaut fixe un rendez-vous sur la plage de 15h00 prévue à cet effet pour le lendemain en laissant un message sur le répondeur de la UIMPV, **Tel. 29 641** (*veiller à donner clairement l'identité de la patiente, le nom et le numéro de contact du gynécologue concerné*).

Pour les patientes de moins de 16 ans, expliquer que le suivi va être assuré par la l'hôpital des enfants et appeler le chef de clinique de garde au SAUP **079/553 48 24 – 079/553 48 90**.

- En fonction de la situation psycho-sociale et des risques encourus par la personne victime (suicide, nouvelle agression) il peut proposer une hospitalisation en gynécologie; au besoin, il appelle le psychiatre de garde. L'**UIMPV** est avertie.
- Demande à la patiente où elle peut être jointe sans risque en cas de besoin ; il la prévient que lui-même ou l'infirmière se permettra de la contacter si elle ne vient pas au rendez-vous et si elle ne donne pas de nouvelles.

3.4 Rôle du médecin légiste :

- Fait une anamnèse médico-légale.
- Intervient activement en faisant lui-même le constat de lésions traumatiques sur l'ensemble du corps (y compris seins, dents, gencives, gorge,...) à l'exception de la sphère génitale examinée par le médecin gynécologue.
- Pratique tous les prélèvements nécessaires d'un point de vue médico-légal non prévus explicitement dans le kit (recherche de matériel biologique : cheveux, poils, salive, morsures, lésions diverses ...) sur le corps, sous les ongles, sur les vêtements, etc.
- Est responsable de l'iconographie médico-légale, à l'exception de celle effectuée par colposcope.
- Explique le devenir de ce matériel et l'utilisation possible des prélèvements, il donne les informations médico-légales indispensables.
- Explique à la patiente qu'il établit un constat de lésions traumatiques qui sera inclus dans le rapport médical, établi à la suite de cette consultation (cf. ci-dessous).
- Veille à ce que les prélèvements médico-légaux effectués soient conservés pendant un an au CURML-IUML. Pour les patientes mineures, les prélèvements sont conservés jusqu'aux 25 ans de la patiente.
- Lorsque des examens toxicologiques sont demandés, il reçoit personnellement la patiente, s'il le juge nécessaire, pour lui expliquer les tenants et les aboutissants des résultats.

3.5 Rôle commun au médecin gynécologue et au médecin légiste

A l'issue de cet examen pratiqué par les deux médecins, les constatations médico-légales de l'un et de l'autre sont consignées dans **un seul rapport médical**, qui sera émis avec le logo de la maternité et du CURML-IUML et cosigné par les différents intervenants et leurs responsables hiérarchiques respectifs.

Elaboration du constat d'agression sexuelle

- ⇒ Le médecin légiste élabore une proposition d'anamnèse et établit la partie « examen médico-légal du constat » puis l'envoie par e-mail, *dans les plus brefs délais*, au médecin gynécologue concerné.
- ⇒ Le médecin gynécologue valide les parties « résumés des faits » et « anamnèse » et établit la partie « examen gynécologique » du constat avec les constatations gynécologiques en précisant les thérapies curatives et prophylactiques données et les suivis proposés (ex. par
- ⇒ L'UIMPV, par la consultation SIDA, etc.) (cf. modèle) ; il envoie ce rapport complété au médecin légiste concerné par e-mail.
- ⇒ Le médecin légiste ajoute la documentation photographique sous forme de CD Rom, signe le rapport, le fait signer par le responsable de l'unité de médecine forensique et le renvoie par courrier interne au médecin gynécologue, qui le signe et le fait signer par le médecin responsable des consultations ambulatoires au service de gynécologie.
- ⇒ Ce rapport est conservé au service de gynécologie, il est à disposition de la patiente et des personnes autorisées par elle, dans une levée du secret médical (avocat, magistrat, par exp.)

3.6 Rôle de L'UIMPV

Quand la patiente prend rendez-vous d'abord avec l'UIMPV :

- Information sur la nécessité et l'urgence de pratiquer un constat d'agression sexuelle et des prélèvements médico-légaux, indépendamment d'un dépôt de plainte ou non. Si la patiente donne son accord ; l'UIMPV prend contact avec le médecin gynécologue de garde et planifie la suite comme d'habitude.
- Information sur la nécessité et l'urgence de pratiquer un examen médical dans un but de prévention de certaines complications médicales.
- Préparation de la patiente en l'informant sur le déroulement de l'examen.

D'une façon générale, que l'UIMPV intervienne en premier ou en second

- Ecoute active de la patiente autour de l'événement violent.
- Evaluation globale de la situation.
- Evaluation de la dangerosité de la situation, en particulier des risques de récurrence et de suicide.
- Evaluation des ressources de la patiente.
- Evaluation des facteurs de vulnérabilité propres à la patiente.
- Evaluation des besoins de la patiente (protection, bons LAM pour avocat ou psychologue, moyens sécuritaires, etc.).
- Evaluation de l'impact sur la santé des proches, soutien et évaluation de leurs propres besoins.
- En cas de grossesse, travail d'élaboration autour de la décision de maintenir ou non cette grossesse, et informations médico-légales en lien avec la problématique.
- Informations juridiques sur les droits fondamentaux, sur les moyens de les faire respecter, notamment par le recours au droit pénal et sur la LAM.
- Selon les besoins, orientation vers des appuis ou des soins ciblés pouvant être offerts par d'autres partenaires du réseau médical, social, psychologique et judiciaire.

3.7 Personnes mineures (< 18 ans)

Le constat d'agression sexuelle ne peut être pratiqué qu'avec l'accord de la patiente mineure, lorsqu'elle est capable de discernement.

Patient pré pubère : elle est d'abord prise en charge par l'hôpital des enfants, si l'indication à un constat d'abus sexuel est posée, il est fait appel au service de gynécologie qui contacte le CURML-IUML pour effectuer le constat.

Patient pubère : le constat d'agression sexuelle est pratiqué en principe au service de Gynécologie.

Suivi après le constat d'agression sexuelle :

Patient jusqu'à 16 ans révolus : elle n'est pas adressée à l'UIMPV, mais à l'hôpital des enfants, pour une évaluation systématique par le groupe de protection de l'enfant (GPE).

Patient entre 16 et 18 ans : si elle est accompagnée d'un de ses représentants légaux ou qu'elle accepte de les contacter, le suivi est organisé de concert avec le représentant légal. Si la patiente refuse qu'un contact soit établi avec ses représentants légaux et que le médecin estime que la patiente a sa capacité de discernement, l'évaluation de la nécessité d'une hospitalisation jusqu'à ce qu'elle puisse être vue par l'UIMPV doit être faite.

4. LA DOCUMENTATION MEDICO- ET PSYCHO-LEGALE

Les prélèvements médico-légaux sont à disposition pour une analyse ADN, ainsi que des analyses toxicologiques ultérieures. Ces analyses seront effectuées sur demande spéciale soit de la patiente, soit de la maternité ou des autorités de justice. Les prélèvements seront conservés au CURML-IUML, site de Genève selon les modalités décrites au paragraphe 3.4. du présent protocole.

D'un point de vue médico-psycho-légal à plus long terme, il peut être aussi utile de faire des rapports circonstanciés de l'évolution globale de la personne victime, ce que l'UIMPV inclut dans son mandat.

5. PROCEDURE DE CONSTAT D'AGRESSION SEXUELLE SOUS MANDAT DU MINISTERE PUBLIC ET LIENS AVEC LES AUTORITES POLICIERES ET /OU JUDICIAIRES

Le médecin légiste de garde reçoit la communication d'une telle demande de la part de la Police et contacte la Maternité pour l'informer de la demande de l'autorité judiciaire. A l'arrivée de la patiente à la Maternité les prélèvements habituels de sang et d'urine sont effectués par le personnel de la Maternité et sont mis à la disposition du médecin légiste.

La consultation est effectuée conjointement par un médecin légiste et un gynécologue. Le médecin légiste explique clairement son statut en précisant que la récolte de l'anamnèse et l'examen physique sont effectués à la demande du Ministère Public. Il demande à la patiente son accord pour effectuer un examen médical (y compris la sphère génitale), pour prendre des photos des éventuelles lésions constatées et pour disposer de tous les prélèvements utiles dans le but d'analyses gynécologiques, toxicologiques et génétiques.

Le médecin légiste explique en outre clairement à la patiente que, avec son accord, les constatations faites lors de la consultation seront transmises au Ministère Public sous la forme d'un rapport écrit.

Le gynécologue, pour sa part, explique sa fonction de médecin-traitant pour la prise en charge clinique essentiellement (d'un point de vue physique, psychologique ou de la prévention de maladies infectieuses).

A la fin de la consultation, aucune attestation médicale provisoire n'est remise à la patiente par le médecin légiste. Le gynécologue organise le suivi de la patiente (rendez-vous avec UIMPV, rendez-vous ultérieur à la Maternité etc...).

Le médecin-légiste prend en charge les prélèvements effectués à but médico-légal et les transportent au CURML-IUML.

Le médecin-légiste rédige son expertise. Il envoie au gynécologue qui a contribué à la consultation, l'anamnèse telle qu'elle figure dans l'expertise. Il envoie en outre une liste des lésions constatées lors du CAS, sans aucune interprétation.

Le gynécologue peut modifier la forme de l'anamnèse avant de l'insérer dans le rapport CAS. La liste des lésions constatées est également insérée dans ce rapport.

Pour toute information relative au CAS l'interlocuteur des enquêteurs est le médecin légiste qui, avant de transmettre les renseignements, vérifie que la patiente a bien délié les médecins de leur secret médical à l'égard de la police et/ou des autorités judiciaires.

Conformément aux accords passés avec le ministère public et la police, les médecins gynécologues ne sont en principe pas auditionnés en tant qu'experts suite à un CAS.

Dans des cas extraordinaires il peut toutefois s'avérer que le gynécologue soit auditionné en tant que témoin. Dans ces cas le gynécologue sollicite une levée de secret de fonction auprès de la conseillère juridique de référence pour le département de gynécologie.

De manière plus générale, le médecin en charge des consultations ambulatoires du service de gynécologie a été désigné comme personne de liaison avec la police pour la maternité.

6. COLLOQUES PLURIDISCIPLINAIRES

Des colloques pluridisciplinaires peuvent être organisés pour revue des cas, formation, discussion et feedback en présence des infirmières, gynécologues, légistes, intervenants UIMPV.

7. FORMATION CONTINUE DES INTERVENANTS

Une formation continue spécifique pour les différents intervenants doit être organisée.

8. SUPERVISION, COACHING ET DEBRIEFING DES INTERVENANTS ET/OU DES EQUIPES

Travailler avec des situations de violence et en particulier avec des personnes victimes d'agression sexuelle peut se révéler difficile car les violences n'ont pas seulement des impacts sur les personnes victimes et sur leurs proches, mais également sur les soignants. Elles suscitent beaucoup de questions et d'émotions, et les soignants peuvent alors réagir de manière défensive, soit en banalisant les situations, soit à l'inverse, en les dramatisant.

Des séances de supervision, de coaching et/ou de débriefing individuel ou d'équipes peuvent être fournies notamment par l'UIMPV.

9.3. Tableau analytique

Tableau 8. Synthèse de l'analyse critique des articles retenus.

Titre : <i>Emergency Department Preparedness to Care for Sexual Assault Survivors: A Nationwide Study</i>						
N°	a) Auteurs- b) Année c) Lieu + pays	a) Population ¹ b) Type d'étude ² c) But de l'étude (avec verbe)	a) Méthode/ Instruments de mesure ³ b) Intervention ⁴	a) Résultats principaux ⁵ b) Si devis expérimental résultats par « outcome » ⁶	Limites	Commentaires/ Recommandations
1	Chalmers K., Hollender M., Spurr L., Parameswaran R., Dussault N., Farnan J., Oyola S., & Carter K. 2023 <i>Chicago États-Unis</i>	La population cible est les défenseurs de victimes d'AS qui ont été envoyés par les centres d'aide aux victimes de viol dans le but de soutenir les victimes pendant les soins d'urgence. N = 315. C'est une étude quantitative transversale et descriptive qui s'est déroulée entre juin et août 2021.	La méthode utilisée est une enquête électronique . Les défenseurs de patientes victimes d'AS ont été recrutés par courriel auprès de centres d'aide aux victimes de viols participantes à l'étude.	Au total, 315 participantes venant de 119 centres de crises ont répondu à l'enquête. Le taux de participation à l'enquête est 88,7% (nombre de visiteurs uniques sur la page web ayant acceptés de participer sur le nombre total de visiteurs uniques de la 1 ^{ère} page de l'enquête) et le taux d'achèvement de l'enquête	Les défenseurs de l'AS ayant répondu à l'étude sont envoyés par les centres d'aide dans plusieurs hôpitaux, ce qui fait qu'ils transcrivent une moyenne de leurs expériences.	L'étude menée a été validée par le comité d'examen institutionnel de l'établissement d'étude. Les résultats sur les indicateurs de qualités de soins liés aux comportements et attitudes du personnel soignant des urgences, y

¹ (N = x) + attribution et type d'échantillon

² Descriptive (préciser la nature), corrélationnelle, expérimentale, revue (type), longitudinale/transversale, pré-post, etc.

³ Questionnaire, entretien semi-dirigé, mixte, observation, etc.

⁴ VI : Si design expérimental, description, modalité de distribution. VD : Outcomes (nom des questionnaires/instruments utilisés, préciser si validés)

⁵ Quantitatifs (chiffres + signification), Qualitatifs (thèmes), tests utilisés pour analyse statistique

⁶ Outcome 1, Outcome 2, etc

		<p>Le but de l'étude est d'enquêter auprès des défenseurs des victimes d'AS afin de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Documenter les tendances actuelles concernant la qualité des soins et des ressources offertes aux victimes d'AS. 2. Identifier les disparités potentielles concernant la disponibilité des SANE et des ressources au sein des services d'urgence en fonctions des régions géographiques des États-Unis et également de la localisation des cliniques urbaines par rapport aux cliniques rurales. 	<p>Ces centres d'aide ont été identifiés via une recherche en ligne et contactés par téléphone ou mail. Sur les 137 centres contactés, 135 ont accepté de distribuer l'enquête à leurs défenseurs de patientes victime d'AS (envoi du lien de l'enquête et des informations générales de celle-ci par mail aux défenseurs). Les défenseurs acceptant de participer à l'enquête ont ensuite remplis un formulaire de consentement par le biais d'un formulaire d'enquête en ligne. En guise d'incitation de participation à l'enquête, un tirage au sort pour gagner une carte cadeau d'une valeur de 250 dollars a été proposé aux participantes.</p>	<p>est de 87,9% (nombre de visiteurs qui ont terminé l'enquête sur le nombre total de visiteurs uniques de la page web ayant acceptés de participer à l'enquête).</p> <p>Les centres de crises se situaient dans 44 états différents des Etats-Unis.</p> <p>L'étude révèle des variations importantes concernant la qualité des soins tenant compte des traumatismes de victimes d'AS et dans la prestation de ressources appropriées.</p> <p>La présence de SANE est fortement associée à l'observation de comportements de la part du personnel soignant tenant compte des traumatismes des victimes, ainsi qu'à de meilleures prestations de ressources complètes pour répondre aux besoins médicaux et sociaux de celles-ci.</p>	<p>Par conséquent, la granularité concentrant le type d'hôpital a été perdue.</p> <p>La majorité de la population collectée était des femmes ci-genres blanches. Les auteurs pensent que cela doit représenter la majorité de la population nationale des défenseurs des patientes victimes d'AS, cependant cela ne reflète probablement pas les victimes d'AS elles-mêmes, ce qui pourrait donc influencer les données obtenues dans</p>	<p>compris le niveau d'incrédulité et de blâme, indiquent que les victimes d'AS qui se présentent à l'hôpital sont plus susceptibles que les autres patientes d'avoir des problèmes de santé et d'être exposés à des interactions retraumatisantes.</p> <p>Les auteurs indiquent que l'étude fournit une perspective nationale sur la prévalence des interactions négatives entre les victimes d'AS et le personnel des urgences. Les raisons de cette prévalence sont multifactorielles (besoins médicaux et sociaux aigus et complexe, nombre élevé de patientes,</p>
--	--	---	---	--	---	---

			<p>Pour évaluer la validité de l'enquête, des entretiens cognitifs ont été menés avec trois défenseurs des victimes d'AS par appel vidéo via l'application de communication <i>Zoom</i>. Des modifications ont ensuite été apportées à l'enquête pour qu'elle soit le plus clair possible pour les participantes.</p> <p>L'enquête comprend entre 57 et 100 éléments, en fonction du questionnaire adaptatif. Les réponses à l'enquête ont été saisies via la plateforme sécurisée <i>REDCap</i> (Université de Chicago) entre juin et août 2021. Les participantes pouvaient revoir et modifier leurs réponses s'ils le souhaitaient.</p>	<p>53,2% des répondants ont déclaré avoir observé (parfois, souvent ou toujours) le personnel des urgences faire preuve de scepticisme (verbalement ou non) à l'égard du récit des victimes d'AS.</p> <p>28,35% des répondants ont déclaré avoir observé (parfois, souvent ou toujours) le personnel du service d'urgence blâmer les victimes pour les circonstances de leur AS.</p> <p>83,6% des répondants ont observé (parfois, souvent ou toujours) le personnel soignant qui expliquent en détail tous les soins médicaux et chaque étape de l'examen.</p> <p>78,4% des répondants ont observés que le personnel demandait (parfois, souvent ou toujours) le consentement à chaque étape de l'examen.</p>	<p>le cadre de l'enquête.</p> <p>Les auteurs indiquent également que les répondants à l'enquête ont pu être influencés par un biais de mémorisation, et ont donc pu rapporter leurs expériences les plus mémorables avec le personnel des urgences, ce qui pourrait également avoir faussé les données.</p>	<p>pénurie de personnel...) et peuvent contribuer à la détérioration de la qualité des soins.</p> <p>Les auteurs suggèrent qu'une amélioration de la dotation en personnel SANE peut atténuer l'impact considérable des interactions négatives entre le personnel soignant des services d'urgences et les victimes d'AS, et également permettre de leur offrir des services médicaux et des soins complets et adéquats.</p> <p>La recherche met en évidence l'importance de mettre en place des normes plus cohérentes</p>
--	--	--	--	--	---	--

			<p>Une enquête électronique a été créée afin d'explorer les deux thèmes principaux de la préparation des services d'urgence à la prise en soins des patientes victimes d'AS : la préparation du personnel pour fournir des soins tenant compte des traumatismes et les ressources matérielles.</p> <p>L'évaluation de la préparation du personnel a été réalisée par le biais des observations des défenseurs sur les comportements du personnel que des études antérieures avaient identifiées comme potentiellement retraumatisantes pour les victimes d'AS</p>	<p>43,9% des intervenants ont déclaré se souvenir (parfois, souvent ou toujours) que le personnel soignant des urgences ait exercé des pressions sur les patientes victimes d'AS pour qu'ils terminent l'examen ou qu'ils déposent un rapport de police.</p> <p>95,6% des défenseurs ont déclaré que le personnel des urgences était (parfois, souvent ou toujours) empathique à l'égard des victimes d'AS.</p> <p>74,4% des défenseurs ont déclaré que l'équipe de soins était (parfois, souvent ou toujours) soutenue par un SANE.</p> <p>Les défenseurs ont indiqué une plus grande proportion du personnel soignant à avoir des comportements prenant en compte les traumatismes des victimes d'AS lorsque les soins</p>		<p>concernant la préparation des services d'urgences dans le but d'améliorer la qualité des soins dispensés aux patientes victimes d'AS. Les auteurs proposent que les interventions se concentrent sur la réduction du nombre de victimes d'AS, à améliorer la qualité de la prise en soins, à diminuer les temps d'attente aux urgences, et le nombre de fois où les victimes doivent répéter le récit de leur agression, et à améliorer la cohérence avec laquelle les ressources de suivi sont offertes aux patientes après leur sortie.</p>
--	--	--	--	--	--	--

			<p>(incrédulité, blâme, manque d'explications approfondies sur les soins).</p> <p>L'évaluation des ressources physiques comprenait des questions sur la fréquence à laquelle les hôpitaux disposent de kits de collecte de preuves, ainsi que l'accès à des ressources telles que le logement d'urgence et le transport.</p> <p>Les méthodes utilisées sont décrites comme conformes à la Check-list for <i>Reporting Results of Internet E-Survey</i> (CHERRIES).</p> <p>Pour analyser les différences dans les réponses à l'enquête entre les régions géographiques des</p>	<p>étaient effectués par des SANE.</p> <p>La présence de SANE dans les services d'urgence est significativement associée au fait que le personnel soignant explique tous les soins médicaux et demande de consentement à chaque étape de l'examen ($p < 0,001$), se sente à l'aise pour pratiquer l'examen médico-légal ($p < 0,001$) et mette à disposition des ressources de suivi pour les victimes d'AS après la sortie ($p < 0,001$).</p> <p>65,8% des intervenants ont indiqué que le personnel soignant du service d'urgence était (parfois, souvent, ou toujours) à l'aise pour effectuer un examen médico-légal, Cependant, 18% ont également indiqué que le personnel des urgences n'était jamais ou rarement</p>		<p>Les auteurs indiquent également qu'il est essentiel de prioriser la formation approfondie du personnel soignant et d'offrir une couverture plus cohérente par les SANE afin de limiter les situations potentiellement traumatisantes pour les victimes d'AS dans les services d'urgences. Cela est particulièrement important pour réduire les disparités de soins offerts aux victimes d'AS selon le milieu (urbain ou rural), la présence de SANE étant plus rare dans le milieu rural, et leur absence étant associés à l'augmentation de comportements</p>
--	--	--	---	---	--	---

			<p>Etats-Unis ainsi qu'entre les cliniques urbaines et rurales, les réponses ont été codées selon une échelle de type Likert sur une échelle ordinale en 5 points.</p> <p>Les données du ministère américain de l'agriculture ont été utilisées pour classer par comté les différents centres d'aide aux victimes de viol, et comme étant ruraux ou urbains.</p> <p>Des tests non-paramétriques ont été utilisés pour évaluer les différences entre ces valeurs ordinales entre les groupes de comparaison (<i>Somme de rangs de Wilcoxon</i> pour les comparaisons entre deux groupes, et test de <i>Kruskal-Wallis</i> pour les comparaisons entre</p>	<p>à l'aise pour effectuer un examen médico-légal.</p> <p>78,8% des défenseurs ont indiqué que les hôpitaux disposaient (parfois, souvent ou toujours) de kits de collecte d'éléments de preuves pour les victimes d'AS, mais seul 57,9% des répondants ont indiqués que les hôpitaux disposaient (parfois, souvent ou toujours) de ressources pour soutenir les patientes après leur sortie (vêtements de change, bons pour soins de suivi, informations pour répondre aux besoins fondamentaux des victimes comme le transport ou le logement d'urgence).</p> <p>Les répondants ont également indiqué qu'il y a une plus grande probabilité que les victimes d'AS pris en soins par des SANE expérimentent des temps d'attente moins longs, une demande moindre de répéter plusieurs fois le</p>		<p>négatifs à l'égard des victimes d'AS de la part du personnel soignant (incrédulité, blâme), ce qui peut avoir de graves conséquences sur la crédibilité juridique des victimes, ainsi que sur leur accès aux ressources.</p> <p>Les auteurs mettent en évidence l'association entre la présence de SANE et divers critères d'évaluation de la qualité des soins qui s'aligne sur des études antérieures montrant que les urgences dotées de programmes SANE offrent des services médicaux complets et des soins adéquats. De plus, si l'élargissement des possibilités de formation des</p>
--	--	--	--	--	--	--

			<p>plus de deux groupes).</p> <p>Les corrélations entre deux variables ordinales ont été évaluées via une corrélation de Spearman.</p> <p>Tous les tests statistiques ont été bilatéraux réalisés à l'aide de <i>R</i> v4.0.5 (R Foundation for Statistical Computing, Vienne, Autriche).</p> <p>Les valeurs <i>p</i> ajustées ont été calculées à l'aide de la méthode Benjamin-Hochberg, afin de contrôler le taux de fausse découverte.</p> <p>Une valeur <i>p</i> ajustée de $p < 0,05$ a été considérée comme significative.</p>	<p>récit de leur agression, un personnel soignant plus à l'aise pour pratiquer l'examen médico-légal, ainsi qu'une disponibilité de trousse d'examen médico-légales ainsi que de ressources de suivi pour les victimes.</p> <p>Bien que l'étude n'ait pas mis en évidence de corrélation directe entre les zones rurales et urbaines et la qualité des soins dispensés, les SANE sont souvent plus présents dans les régions rurales que urbaines des Etats-Unis ($p < 0,001$). Les victimes d'AS se présentant aux urgences dans les régions urbaines sont donc plus susceptibles d'être pris en soins par une SANE.</p>		<p>SANE est une étape fondamentale, les auteurs affirment qu'il ne s'agit que d'une composante de nombreuses mesures nécessaires pour réduire les disparités et améliorer la qualité des soins prodigués aux victimes d'AS à l'échelle nationale. Les auteurs suggèrent également d'explorer davantage dans de futures études les disparités dans la qualité des soins prodigués aux victimes d'AS selon l'identité de la patiente (origine ethnique par exemple).</p>
--	--	--	---	---	--	--

Titre : A Needs Assessment and Educational Intervention Addressing the Care of Sexual Assault Patients in the Emergency Department

N°	a) Auteurs- b) Année c) Lieu + pays	a) Population b) Type d'étude c) But de l'étude (avec verbe)	a) Méthode/ Instruments de mesure b) Intervention	a) Résultats principaux : b) Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
2	Chandramani, A., Dussault, N., Parameswaran, R., Rodriguez, J., Novack, J., Ahn, J., Oyola, S., & Carter, K. 2020 Illinois État-Unis	<p>La population cible est le personnel soignant des urgences de l'université de l'Illinois dont des médecins traitants (N = 20), des résidents en médecine d'urgence (N = 34) et des infirmières non SANE (N = 41). N = 95</p> <p>C'est une étude quantitative pré-post interventionnelle menée dans un service d'urgence pour adultes d'une université de l'Illinois, auprès d'une population composée d'infirmières non-SANE, de résidents en médecine d'urgence et de médecins traitants en médecine d'urgence.</p> <p>Le but de l'étude est de créer une intervention éducative dans un service</p>	<p>L'étude a été menée en deux temps :</p> <p>1. Évaluation des besoins</p> <p>Il s'agit d'une évaluation transversale portant sur les attitudes et croyances des professionnelles de santé évoqués plus tôt concernant les AS, sur leur capacité à fournir des soins médicaux auprès de victimes d'AS, leur capacité à éviter de retraumatiser les victimes lors de l'examen médico-légal, et à connaître les lois et politiques de l'hôpital ou de l'Etat en matière d'AS, ainsi que les obstacles aux soins.</p>	<p>Evaluations des besoins</p> <p>95 membres du personnel des urgences pour adultes ont répondu à l'enquête par courriel, dont 20 médecins traitants, 34 résidents et 41 infirmières non-SANE. 81% des répondants avaient plus d'un an d'expérience auprès des victimes d'AS. 55% des répondants étaient des femmes.</p> <p>Les répondants ont déclaré être à l'aise avec les soins aux victimes d'AS et les examens médico-légaux. Ils affirment être à l'aise avec de nombreux aspects de la prise en soins médicale des victimes d'AS (comme conseiller les patientes sur la nécessité d'une prophylaxie ou une contraception d'urgence). Cependant, seul 29%</p>	<p>Le projet a été limité par son statut de centre unique et par un biais de sélection de l'échantillon inhérent au taux de réponse.</p> <p>Le projet est également limité par la petite taille de l'échantillon de l'intervention éducative.</p> <p>Les auteurs précisent que les tests statistiques doivent être donc interprétés avec prudence.</p>	<p>L'étude a été réalisée par l'équipe de recherche de l'Institut de recherche sur la santé. Le projet a bénéficié d'une dérogation de l'IRB de l'Université de Chicago.</p> <p>L'évaluation des besoins ayant montré que de nombreux prestataires de soins de ce service d'urgence ne se sentant pas à l'aise avec de nombreux aspects des soins aux patientes victimes d'AS, les auteurs indiquent qu'il est important que les urgentistes se sentent capable</p>

		<p>d'urgence pour adulte d'une université urbaine de l'Illinois, dont l'objectif serait de cibler les lacunes de formation et éducative auto-perçues par les prestataires des services d'urgence, par le biais d'une collaboration entre médecins et agent de santé sexuelle et reproductive.</p>	<p>La validité du contenu de l'enquête a été établie par :</p> <ul style="list-style-type: none"> – un processus de révision par deux médecins traitants urgentistes ayant une expertise en matière de contenu éducatif ; – le coordinateur SANE de l'Illinois ; <p>deux membres des services de soutien aux victimes d'AS de la <i>YWCA Metropolitain Chicago</i>.</p> <p>L'enquête sur l'évaluation des besoins a été distribuée par courriel à 7 reprises à 192 comptes individuels et sur papier lors d'une conférence hebdomadaire de résidents en médecine d'urgence et lors de six réunions d'infirmières,</p>	<p>indiquent être à l'aise pour effectuer un examen médico-légal en cas d'AS, et seulement 51% se sentent confiants dans leur capacité à éviter de retraumatiser les victimes par leurs paroles ou leurs actes. Seul 26% se sentaient suffisamment formés aux soins tenant compte des traumatismes.</p> <p>71% des répondants estiment que le temps représente un obstacle important à leur capacité de mener un examen médico-légal de manière approfondie et sensible. 38 répondants ont indiqué que le manque de formation et d'éducation constituait un obstacle aux soins.</p> <p>Sept répondants ont mentionné le besoin d'infirmières en santé publique au sein du personnel. 15% de tous les répondants masculins ont</p>		<p>de procéder à l'anamnèse et à l'examen médico-légal par eux-mêmes, d'une manière qui prenne en compte les traumatismes. C'est pourquoi les auteurs ont mis l'accent lors de leur intervention éducative sur les éléments spécifiques à obtenir lors de l'anamnèse, les différentes étapes de l'examen médico-légal, et les méthodes permettant d'éviter de retraumatiser les victimes d'AS.</p> <p>Les auteurs mettent en évidence une nécessité de former et d'embaucher davantage de SANE dans l'Illinois et dans le reste des Etats-Unis. Cela</p>
--	--	---	---	---	--	--

			<p>entre juin et octobre 2017.</p> <p>Les réponses à l'enquête par courriel ont été recueillies et gérées via des outils de saisies électroniques des données <i>REDCap</i>. Les réponses à l'enquête papier ont été saisies manuellement par les enquêteurs dans <i>REDCap</i>. Les réponses à l'enquête étaient anonymes et sur base de volontariat.</p> <p>L'enquête comprenait 23 questions de type <i>Likert</i> a été élaborée, en 5 points allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord », ainsi que deux questions à réponses courtes.</p> <p>Les questions à échelle de type <i>Likert</i> ont été analysées à l'aide d'histogramme, en</p>	<p>indiqué que le fait d'être un homme consistait un obstacle aux soins de cette population de patientes. Seulement 20% des participantes étaient « d'accord » ou « tout à fait d'accord » pour dire qu'ils connaissaient les lois de l'Illinois concernant la collecte de preuves pour l'examen médico-légal et seul 33% connaissaient les politiques et procédures de leur propre hôpital concernant les cas d'AS.</p> <p>37% des participantes estiment que les patientes victimes d'AS prennent du temps à des « patiente plus critiques ». Les hommes étaient plus susceptibles d'être « d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec cette affirmation que les femmes ($p < 0,01$).</p> <p>La majorité des interrogés ont indiqué vouloir recevoir une formation. 87% sont « d'accord » pour dire que les médecins devraient être</p>		<p>permettrait d'éliminer la barrière temporelle décrite par un grand nombre de personnes interrogées dans le cadre de l'enquête, puisque que les SANE sont en mesure de fournir tous les aspects des soins aux victimes d'AS et ainsi de leur consacrer entièrement du temps.</p> <p>De plus, les auteurs estiment que malgré la formation de base que tous les prestataires devraient recevoir, elle n'est pas en capacité de remplacer la formation spécialisée reçue par les SANE.</p>
--	--	--	---	--	--	--

			<p>comparant la distribution des réponses en fonction du sexe et de l'expérience de travail auprès des victimes d'AS.</p> <p>La signification statistique des différences de distributions des groupes a été déterminée à l'aide du test de <i>Wilcoxon Rank-Sum</i> (valeur $p < 0,05$). Les analyses et nettoyages de données ont été effectués via la version 15.1 de <i>Stata</i> (StataCorp).</p> <p>Les résultats de cette évaluation des besoins ont été utilisés pour développer et évaluer une intervention éducative grâce à une collaboration entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le coordinateur SANE de l'Illinois – un médecin de famille spécialiste de la violence entre 	<p>spécifiquement formés à la prise en soins des patientes victimes d'AS.</p> <p>Enquête en lien avec l'intervention éducative</p> <p>Sur les 20 résidents en médecine ayant assistés à l'intervention, 18 participantes ont répondu à la pré-enquête et 15 à la post-enquête. 50 % étaient des femmes, et 41% des répondants avaient vu minimum cinq cas d'AS aux urgences.</p> <p>Avant l'intervention, 67% des résidents étaient d'accord pour dire qu'ils connaissaient les éléments spécifiques à obtenir de l'anamnèse des patientes victimes d'AS contre 93% après l'intervention ($p < 0,05$).</p> <p>Concernant les conseils prodigués aux patientes sur les examens médico-légaux, le pourcentage de résidents se déclarant « d'accord » ou « tout à fait</p>		<p>Les auteurs suggèrent l'augmentation du nombre de SANE dans les services d'urgences de l'Illinois, dans le but de servir de ressources éducatives et de formation aux prestataires des services d'urgences qui sont amené à être souvent responsable des soins aux victimes d'AS.</p> <p>Les auteurs indiquent que l'intervention éducative est faisable et utile dans le cadre des programmes de formation médicale supérieure.</p>
--	--	--	---	--	--	---

			<p>partenaires intimes</p> <ul style="list-style-type: none"> – 2 médecins spécialistes en médecines d'urgence et ayant une expertise en matière de contenu éducatif – le directeur des services de défenses et d'intervention en cas de crise du <i>YWCA de Metropolitan Chicago</i> <p>Une intervention éducative</p> <p>Elle a été menée le 9 mai 2019 pendant une journée de simulation mensuelle destinée pour des résidents en médecine d'urgence (N = 20). L'intervention consistait en une conférence de 2 heures menée par le coordinateur SANE de l'Illinois, deux cas de</p>	<p>d'accord » quant à leur aisance est passé de 41 % avant l'intervention à 86 % après celle-ci ($p < 0,01$).</p> <p>33% des résidents avaient confiance en leur capacité à éviter de retraumatiser les victimes avant l'intervention, contre 80% après ($p < 0,01$).</p> <p>Les participantes se sentaient confiantes lors de l'utilisation d'un kit de collecte de preuve de la police de l'État de l'Illinois (<i>ISPECK</i>) à 44% avant l'intervention contre 87% après ($p < 0,01$). En ce qui concerne l'examen ano-génital, les participantes étaient à l'aise à 80% après l'intervention contre 50% avant ($p < 0,05$).</p> <p>Avant l'intervention, aucune participante ne se sentait à l'aise pour expliquer aux patientes ce qu'il adviendrait de l'<i>ISPECK</i> après l'examen médico-légal, 87% se</p>		
--	--	--	--	---	--	--

			<p>patientes standardisées victimes d'AS de 20 min, et une simulation d'examen pelvien médico-légal de 40 min.</p> <p>La conférence comprenait :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Une vue d'ensemble des impacts des AS sur la santé des victimes – Une discussion sur le retraumatisme dans le cadre des soins de santé – Une vue d'ensemble des lois de l'Illinois en matière de consentement aux examens médico-légaux – Des instructions sur l'établissement des antécédents des patientes victimes d'AS 	<p>sentaient à l'aise pour le faire après l'intervention. Seul 17% des participantes disaient connaître les politiques et procédures de leur hôpital en matière d'AS avant l'intervention, contre 73% après ($p < 0,01$).</p> <p>Avant l'intervention, 56% des participantes estimaient que les cas d'AS aux urgences prenaient du temps à des patientes plus importantes, contre 40% après.</p> <p>Le pourcentage de participantes estimant avoir le temps de mener un examen médico-légal approfondi et sensible est passé de 18% avant l'intervention à 53% après. Avant et après l'intervention, 100% des participantes sont d'accord pour dire que les médecins devraient être spécifiquement formés à la prise en soins des patientes victimes d'AS.</p>		
--	--	--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> – Les meilleurs pratiques pour l'évaluation clinique et la collecte de preuves – Des instructions sur la réalisation d'évaluations ano-génitales correctes – Les meilleurs pratiques en matière de communication pour éviter de retraumatiser les victimes. <p>Les deux cas de patientes standardisées ont été élaborés par les chercheurs principaux et étaient basés sur des scénarios standards utilisés dans les formations SANE.</p> <p>Le contenu de la simulation d'examen-pelvien médico-légal a été développé par le coordinateur SANE de</p>	<p>11 des 15 résidents ayant répondu aux questions courtes pré-enquête ont indiqué que l'un des principaux obstacles à la prise en soins des victimes d'AS était le manque de temps.</p> <p>Neuf répondants ont également mentionné le manque de formation et d'éducation comme un obstacle.</p> <p>Trois résidents ont mentionné l'<i>ISPECK</i> comme étant une lacune particulière dans les connaissances et trois autres résidents ont mentionné les connaissances sur lois et les politiques en matière d'AS comme étant une lacune.</p> <p>Dans les questions courtes du questionnaire post-enquête, 9 participantes sur 11 ont déclaré que l'interaction éducative avait été très utile pour leur</p>		
--	--	--	--	--	--	--

			<p>l'Illinois et a été basé sur les formations SANE standard. Sur les 40 min, les 20 premières consistaient en une démonstration des techniques d'examen appropriées sur des mannequins pelviens, puis les participantes ont eu 20 min pour pratiquer eux-mêmes les différentes étapes.</p> <p>Dans le but d'évaluer l'efficacité de l'intervention, les résidents ont reçu des questionnaires papier avant et après l'intervention, afin d'évaluer leur perception des connaissances et de l'aisance dans la prise en soins des patientes victimes d'AS. Ces enquêtes ont été élaborées en modifiant l'enquête originale d'évaluation des besoins. Elles comprenaient chacune 11 questions de type</p>	<p>capacité à s'occuper des victimes d'AS.</p> <p>Deux résidentes en médecine ont indiqué les avantages de la simulation de patientes standardisées victimes d'AS, notamment en disant se sentir plus à l'aise pour mener à bien des entretiens.</p> <p>Cinq résidents ont commenté les avantages de la simulation de l'examen pelvien médico-légal, en indiquant qu'il était très utile de réaliser les différentes étapes de l'examen afin de savoir comment les exécuter correctement.</p>		
--	--	--	---	---	--	--

			<p>Likert (échelle allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »).</p> <p>Les enquêtes papier étaient confidentielles et ont été transcrites dans une feuille de calcul <i>Excel</i> par les enquêteurs puis converties en données <i>Stata</i>.</p> <p>Les réponses ont ensuite été analysées à l'aide d'histogrammes comparant la distribution des réponses dans la pré-enquête et dans la post-enquête. La signification statistique des différences de distributions a ensuite été déterminée à l'aide du test de <i>Wilcoxon Rank-Sum</i> (valeur $p < 0,05$).</p>			
--	--	--	---	--	--	--

Titre : The Role of the Sexual Assault Nurse Examiner in England: Nurse Experiences and Perspectives

N°	a) Auteurs- b) Année c) Lieu + pays	a) Population b) Type d'étude c) But de l'étude (avec verbe)	a) Méthode/ Instruments de mesure b) Intervention	a) Résultats principaux : b) Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
3	Cowley, R., Walsh, E., & Horrocks, J. 2014 <i>Royaume- Uni</i>	<p>La population cible rassemble des SANE. N = 5.</p> <p>Toutes les SANE étaient des femmes blanches, britanniques, âgées de 40 à 55 ans, travaillant dans des centres d'orientation pour les victimes d'agression sexuelle [SARC], dans différentes régions d'Angleterre. Trois travaillaient dans des sociétés privées et les deux autres étaient employées par le <i>National Health Service</i> [NHS]. Trois travaillaient à temps plein, une à mi-temps et la dernière sur appel. Leur durée d'exercice de la fonction de SANE varie de 10 mois à 5 ans selon les participantes.</p>	<p>Le recrutement des participantes a été fait par le biais des réseaux professionnels infirmiers. Un membre de l'association des Britanniques soins infirmiers médico-légaux a contacté les participantes potentielles pour leur demander la permission d'être contacté par le chercheur.</p> <p>Sept participantes potentielles ont répondu. Une SANE a contacté d'elle-même le chercheur afin de participer à l'étude. À la suite de ça, seul cinq participantes ont été retenues car elles répondaient aux critères d'inclusion et étaient</p>	<p>Les résultats ont permis d'identifier trois catégories :</p> <p>La formation et les qualifications</p> <p>Toutes les SANE étaient titulaires d'un diplôme approprié (équivalent Bachelor) et l'une d'entre elle est titulaire d'un Master. Toutes avaient ou étaient en train de finir leur spécialisation de SANE, pour laquelle il n'existe pas de formation standardisée en Angleterre, chacune a donc été formée différemment. La formation théorique a varié de 1 jour à 1 an. La formation pratique comprenait l'observation d'un certain nombre d'examen et la réalisation</p>	<p>Le nombre de SANE interrogés peut être considéré comme faible malgré le fait que les échantillons de petite taille dans la recherche qualitative sont courants et qui fournissent des données descriptives approfondies et utiles.</p> <p>Toutes les SANE étaient employées dans des SARC ce qui ne permet pas de comparer avec</p>	<p>Une approbation éthique a été accordée par le comité d'éthique de la recherche de l'école de santé de l'Université de Leeds ainsi que des approbations de gouvernances ont été obtenues auprès des bureaux de recherche et de développement de toutes les fiducies et entreprises privées concernées.</p> <p>Les auteurs encouragent à mener davantage de recherches sur les expériences des plaignants en matière de service de soins de santé</p>

	<p>C'est une étude qualitative descriptive réalisée à l'aide d'entretiens semi-structurés.</p> <p>Le but de l'étude est d'explorer le rôle des SANE travaillant en Angleterre, à partir de leurs expériences et perspectives.</p>	<p>disponible pour participer à l'entretien.</p> <p>Les critères d'inclusions sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Infirmières diplômées depuis minimum 5 ans – Qu'elles aient effectuées 15 examens médico-légaux au cours des 180 derniers jours. <p>Deux entretiens se sont déroulés par téléphone et trois ont été réalisés en présentiel (2 au domicile des participantes et 1 dans une salle de consultation dans un SARC). Leurs durées étaient de 45 à 60 minutes.</p> <p>Une grille d'entretien a été utilisées comme outil de soutien tout au long du processus. Elle comprenait :</p>	<p>d'examens sous supervision.</p> <p>Toutes les participantes ont estimé que leur formation était suffisante bien que chacune ait été formée différemment, ce qui montre le manque de formation standardisée en Angleterre. Quatre des SANE ont ressenti de la difficulté lors de la transition du rôle d'infirmière diplômées à celle d'infirmière examinatrice médico-légal.</p> <p>Les soins prodigués Les SANE accueillent les victimes et se présente. Puis les victimes sont adressées à des intervenants de crise ou à un policier. Ensuite, les SANE passent entre 1 à 4 heures avec les victimes, dont elles consacrent du temps à obtenir leur consentement éclairé, en leur expliquant l'importance de la consultation qui ne sera</p>	<p>des SANE qui travailleraient hors de ces centres. L'inclusion de question concernant l'implication des SANE dans le travail de prévention ou la sensibilisation au viol et des questions sur la formation des autres membres de la MDT afin d'avoir une vision plus complète du rôle des SANE.</p>	<p>des SANE au Royaume-Uni, dans les régions dotées ou non de SARC. De même concernant la qualité de vie physique, psychologique et sociologique à long terme des victimes d'AS. Selon les auteurs, cela pourrait permettre d'améliorer la fourniture de soins de santé en se basant sur les besoins ressentis plutôt que sur un besoin normatif supposé.</p> <p>Les auteurs ont également pu remarquer que de faire appel aux SANE permet un meilleur accès aux services de jour, présente des avantages en</p>
--	--	---	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> – Des informations démographiques – Des questions ouvertes afin d'explorer la perception des infirmières qu'elles ont de leur rôle et de leur expérience dans la pratique <p>Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits par verbatim.</p> <p>Les consentements éclairés des participantes ont été obtenus avant de commencer les entretiens.</p> <p>Le chercheur a tenu un journal de recherche réflexif pendant toute la durée de l'étude dans le but de promouvoir une conscience de soi réflexive qui lui permettrait de s'impliquer pleinement,</p>	<p>pas confidentielle. Les éléments médico-légaux (relevé de preuves) sont identifiés de manière approfondis, individualisés et holistiques. Des soins de confort (ex : douche) sont également proposées aux victimes.</p> <p>Toutes les SANE ont estimé que les soins de confort permettaient de séparer les soins médico-légaux des soins médicaux. Finalement, les soins se concluent par un suivi médical qui concerne la santé sexuelle, le risque de grossesse et l'orientation vers l'équipe multidisciplinaire (Multidisciplinary Team – (MDT)).</p> <p>D'après les participantes, l'objectif principal des soins SANE est centrée sur la qualité des soins vers la personne afin qu'elle se sente soutenue et non-jugée et qu'elle entame son processus de guérison. La collecte de</p>		termes de coûts et sont également appréciées par les services de police.
--	--	--	---	--	--	--

			<p>d'être intéressé et ouvert à ce que la recherche pourrait révéler.</p> <p>Un contrôle des membres a été effectué afin de garantir l'exactitude et la crédibilité des données et de l'analyse.</p>	<p>preuves médico-légale doit être adaptée à cette qualité de soins, dans l'éventualité d'une présentation des dites preuves devant un tribunal, ce qui est peu fréquent, donc pas nécessairement prioritaire. Les SANE sont habilitées à faire une déclaration de faits et non d'opinion concernant la fourniture de preuves collectées, dans le but de faciliter le rapport d'expert du médecin. Les participantes ne sont pas unanimes concernant la pertinence que les SANE soient également amenées à faire des déclarations d'opinions concernant les preuves recueillies devant le tribunal.</p> <p>Concernant les victimes, la tranche d'âge couverte par le service varie. Certaines SANE s'occupent à la fois d'adultes et de mineurs et d'autres ne s'occupent</p>		
--	--	--	---	---	--	--

				<p>que de plaignant post-pubère (+ 12 ans) ce qui suggère un manque de normalisation concernant l'âge auquel une victime peut être vue par une SANE.</p> <p>Les résultats des entretiens ont mis en évidence des incohérences dans certains traitements fournis aux victimes. Ce qui ne répond pas aux directives nationales qui soulignent les besoins médicaux et juridiques immédiats. Cette variation suggère la nécessité d'un alignement national sur les normes de pratique.</p> <p>Le travail au sein d'une MDT</p> <p>De nombreuses SANE décrivent leur rôle comme important, car elles évaluent et décident ce qu'il faut faire pour rétablir la santé des patientes et l'une d'entre elle se considère comme un</p>		
--	--	--	--	---	--	--

				<p>« pivot » qui relie les soins de santé, la médecine légale et la police. Une autre infirmière indique que son rôle de SANE est de travailler en partenariat étroit avec les travailleurs de crises. La majorité des participantes décrivent le sentiment que leur rôle et mal compris et encore mal accepté par les autres membres de la MDT, spécialement les médecins. Elles indiquent également souhaitées se sentir davantage soutenues par les médecins dans leur pratique.</p> <p>L'étude indique que les plaignants expriment ne pas avoir de préférence pour un examen réalisé par un/une SANE ou un médecin et sont satisfaits par les soins prodigués par les SANE.</p>		
--	--	--	--	--	--	--

				<p>Dans la globalité, la recherche a recueilli des données qualitatives riches qui ont permis d'identifier le rôle des SANE, qui s'occupe simultanément des besoins médicaux, émotionnels, juridiques et des soins post-traitements d'un plaignant.</p> <p>Les résultats de cette recherche démontrent que les SANE ont le sentiment de fournir un service plus complet, plus holistique et plus compréhensif aux victimes de viols et d'AS en comparaison à un médecin.</p>		
--	--	--	--	--	--	--

Titre : Adult Sexual Assault Survivors' Experiences With Sexual Assault Nurse Examiners (SANEs)

N°	a) Auteurs- b) Année c) Lieu + pays	a) Population b) Type d'étude c) But de l'étude (avec verbe)	a) Méthode/ Instruments de mesure b) Intervention	a) Résultats principaux : b) Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
4	Felher-Cabral, G., Campbell, R., & Patterson, D. 2011 Michigan États-Unis	<p>La population cible est des femmes adultes ayant vécu une agression sexuelle, qui étaient âgées de 18 ans ou plus lors de l'agression et qui ont été examinées par une infirmière dans le cadre du programme SANE entre septembre 1999 et juin 2007. L'agression a été subi dans le secteur de l'étude. N = 20.</p> <p>Le programme SANE communautaire se situe dans le Midwest.</p> <p>C'est une étude qualitative descriptive.</p> <p>Le but de l'étude est de comprendre les expériences vécues par les victimes adultes d'AS lors de leur prise en soins par des SANE. Plus</p>	<p>Deux stratégies de recrutement ont été utilisées pour identifier la population cible :</p> <p align="center">Échantillonnage prospectif</p> <p>Le programme SANE local a accepté d'inclure un formulaire de demande de participation à la recherche d'évaluation dans ces documents existants (formulaire décrivant l'étude et demandant aux victimes si elles acceptaient d'être contactées par l'équipe de recherche). N = 10 ont été recrutées par cette méthode.</p>	<p>L'ensemble de cette étude a permis de mieux comprendre la pratique des SANE du point de vue des victimes d'AS.</p> <p align="center">Le viol</p> <p>75% des victimes ont demandé de l'aide aux SANE entre 2006 et 2007.</p> <p align="center">Les expériences des victimes avec l'infirmière SANE</p> <p>Les victimes ont identifié trois aspects principaux des soins SANE qu'elles ont trouvés particulièrement utile :</p> <p>a) Une explication claire et complète du processus d'examen et des résultats, ce qui atténue le sentiment de</p>	<p>L'échantillon étant relativement petit (N = 20), les résultats négatifs concernant les victimes avec les SANE doivent être pris avec précaution, il n'est donc pas possible de généraliser la pratique des SANE à l'échelle nationale.</p> <p>Les différences individuelles entre les infirmières peuvent contribuer aux différences</p>	<p>Les procédures utilisées ont été approuvées par le Conseil d'examen institutionnel de l'Université de l'État du Michigan.</p> <p>Les recherches futures sur les soins émotionnelles des SANE devraient être mené sur un échantillon plus large, dans différents contextes (d'autres villes, en milieu hospitalier) ainsi que du point de vue des victimes et des infirmières.</p>

		<p>précisément, qu'est-ce que les victimes ont trouver de positif et/ou négatif pour leur rétablissement, lors de l'interaction avec les SANE et dans quelles mesures les victimes ont eu une victimisation secondaire durant la prise en soins.</p>	<p>Échantillonnage rétrospectif communautaire</p> <p>Diffusion de l'information de l'étude dans toute la communauté (publicités dans les commerces, dans les transports publics, par courrier, affiches dans les agences de services sociaux et de santé). Les victimes pouvaient prendre la décision de contacter ou non l'équipe de recherche, en privé. N = 10 ont fait l'objet d'une vérification d'éligibilité, puis étaient convoquées pour un entretien et ont été recrutées par cette méthode.</p> <p>Les entretiens semi-structurés ont eu une durée entre 1,5 et 4 heures. Ils ont été enregistrés avec l'accord des participantes, puis retranscrit en verbatim.</p>	<p>traumatisme secondaire perçu par les victimes ;</p> <p>b) Avoir eu le choix pendant l'examen ;</p> <p>c) Être traitées avec soin et compassion.</p> <p>Leur expérience globale avec les SANE était humanisante, respectueuse, sécurisante et a facilité leur rétablissement émotionnel. Cependant, des attitudes opposées (froideur et distance, manque d'information, absence de choix) peut parfois être commises par les SANE et avoir un impact négatif sur le vécu des victimes (N = 8).</p> <p>Sur huit personnes, sept ont eu des expériences mitigées avec leur infirmière (à la fois positive et négative), tandis qu'une seule a eu une expérience globalement négative. Les victimes ont perçu les</p>	<p>expériences des victimes d'AS.</p> <p>Néanmoins, les SANE rencontrées par les victimes dans le cadre de l'étude n'étaient pas très différentes les unes des autres (nombre d'année dans la profession, âge, niveau d'éducation), les auteurs ne concluent pas que ces facteurs ont fait une différence significative.</p>	<p>Les auteurs affirment que cette étude a enrichie les connaissances sur la pratique SANE. Le travail des infirmières SANE est complexe car il est attendu d'elles qu'elles apportent des soins émotionnels, ainsi que des compétences techniques, dans le cadre d'un processus homogène. Les SANE ont le rôle unique de recueillir des preuves médico-légales, l'équilibre entre le fait de rester professionnel et d'être attentionné, peut-être plus difficile à trouver, car elles doivent rester objective.</p> <p>Bien que l'équilibre entre les soins</p>
--	--	--	--	--	--	---

		<p>Les entretiens ont été menées en personne au bureau du centre d'aide des victimes de viol affilié au programme local SANE par trois intervieweurs.</p> <p>Le protocole des entretiens a été élaboré en quatre étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les chercheurs se sont basés sur une étude antérieure afin que les questions soient adaptées aux victimes. 2. La littérature sur les interactions du personnel médical et juridique avec les victimes a été examinée et utilisée pour élaborer le protocole d'entretien. 3. Le personnel juridique et médical clé du 	<p>soins émotionnels et médico-légaux comme bénéfique pour leur bien-être.</p> <p>Le rôle des preuves médico-légales</p> <p>La manière dont procède les SANE lors des soins semble avoir un impact sur la capacité d'adaptation et le bien-être émotionnel des victimes, ce n'est pas uniquement une récolte de preuves. Le fait d'être traité comme un être humain et d'avoir le choix de ce qui leur arrive pendant l'examen les a aidés à reprendre le pouvoir et à se sentir plus confiant pour franchir les étapes vers la guérison.</p> <p>Le rapport des autorités, tel que les forces de l'ordre</p> <p>Plusieurs victimes d'AS ont subi une victimisation secondaire de la part des forces de l'ordre. La prise en soins des SANE leur a permis d'avoir le sentiment</p>	<p>émotionnels et les soins médico-légaux puissent être difficile à trouver pour les infirmières SANE, il faudrait inclure davantage les pratiques de soin émotionnel (validation, compassion, choix) dans la formation professionnelle SANE, car elles sont susceptibles de favoriser le rétablissement.</p> <p>De nombreuses victimes subissant un traitement négatif dans d'autres systèmes officiels avant de recevoir des soins de la part des SANE, il est important que les infirmières SANE comprennent les traumatismes systémiques et</p>
--	--	--	---	---

			<p>conté concerné a été consulté sur le contenu du protocole, qui a été révisé en conséquence.</p> <p>4. L'entretien a été testé auprès de cinq victimes d'AS, non incluses dans l'échantillon, afin d'en évaluer le contenu et les questions.</p> <p>L'entretien a porté sur quatre sujets principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Le viol ; – Les expériences des victimes avec l'infirmière SANE ; – Le rôle des preuves médico-légales ; – Le rapport aux autorités, tel que les forces de l'ordre. 	<p>de reprendre le contrôle de la situation en leur permettant de faire des choix. Plusieurs victimes ont décrit une différence après leur entrée dans un programme SANE, à savoir, ne plus avoir l'impression d'être traitées comme des criminels, suite à des expériences négatives avec les forces de l'ordre et les services d'urgences, mais se sont senties traitées comme des êtres humains, ce qui a aidé certaines victimes à se sentir plus confiant pour demander justice s'ils choisissaient d'engager des poursuites.</p> <p>L'objectif du SANE, étant de rétablir la dignité et de prévenir la victimisation secondaire, a été atteint pour la plupart des victimes de cette étude.</p>	<p>apprécient leur rôle dans la réduction de la victimisation secondaire grâce à leur travail émotionnel.</p> <p>Dans le programme focal SANE, les examens médico-légaux sont effectués dans les 96 heures suivant le viol et, en raison de leur caractère invasif, il est souvent difficile pour les victimes de se faire examiner si tôt après l'agression. Un examen médico-légal peut donc être très pénible et perçu comme une deuxième attaque sur le corps de la victime. Toutefois, les victimes interrogées ont déclaré que ce traumatisme secondaire avait</p>
--	--	--	--	---	--

			<p>Le recrutement des participantes et les entretiens se sont poursuivis jusqu'à ce que la taille de l'échantillon permette la saturation des données (répétition des mêmes thèmes). Les participantes ont reçu une compensation financière pour leur participation à l'étude (30 dollars).</p> <p>Deux analystes ont lu les transcriptions indépendamment l'un de l'autre et ont identifiés deux thèmes mentionnés par les participantes. Ils ont ensuite comparé ces thèmes, clarifiés la signification des codes thématiques et révisé le cadre de codage jusqu'à ce qu'il y ait consensus.</p>			<p>été atténué par le fait que les infirmières avaient été très ouvertes et honnêtes sur ce qui allait se passer à chaque étape du processus.</p>
--	--	--	--	--	--	---

			<p>Le codage de modèle représente des codes types qui permettent d'identifier un thème immergent et dont la fiabilité et la validité ont été maximisée grâce à plusieurs stratégies de vérifications, afin de réduire les biais d'interprétations.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

Titre : *Nursing care provided at medical institutions to female victims immediately after a sexual assault incident: A qualitative descriptive study*

N°	a) Auteurs- b) Année c) Lieu + pays	a) Population b) Type d'étude c) But de l'étude (avec verbe)	a) Méthode/ Instruments de mesure b) Intervention	a) Résultats principaux : b) Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
5	Fukumoto T. 2022 Kobe Japon	<p>La population cible est les infirmières (N = 14) et les sages-femmes (N = 6) ayant traité au minimum une femme victime d'AS au cours de l'année écoulée dans un établissement médical collaborant avec un centre de soutien, dans 10 institutions médicalisées (hôpitaux généraux, des hôpitaux et clinique d'obstétrique et de gynécologique) et travaillant dans 9 centres de soutien au Japon.</p> <p>N = 20</p> <p>C'est une étude qualitative descriptive.</p> <p>Le but de l'étude est de clarifier le contenu des soins offerts par les infirmières et les sages-femmes aux femmes victimes d'AS</p>	<p>Les données ont été collectées par le biais d'entretiens semi-structurés menés en présentiel, à l'aide d'un guide d'entretien. L'échantillonnage à variation maximale a été utilisé pour recueillir les détails auprès des différentes participantes.</p> <p>En décembre 2018, des superviseurs dans 50 centres de soutien ont été contactés pour commencer le processus de recrutement des participantes à l'étude, par téléphone et par courrier. Ils devaient s'assurer que l'enquête ciblait un large éventail de participantes</p>	<p>Sur les 20 participantes à l'étude, le nombre d'années d'expérience de ceux-ci dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique varie de 0 à 37 ans. Toutes les participantes sont de sexe féminin.</p> <p>Le nombre de cas de victimes d'AS s'étant présentés dans les 2 semaines suivant l'agression dont chaque infirmière s'est occupée varie de 1 à plus de 20 cas.</p> <p>Six participantes ont suivi une formation du programme SANE (version japonaise) et 13 participantes ont suivi une session de formation liée au soutien des victimes d'AS ciblant le personnel</p>	<p>L'auteur indique que le taux de réponse à l'étude a été faible car parmi les hôpitaux qui pouvaient intervenir rapidement auprès de victimes d'AS immédiatement après l'incident, seul 8 avaient des centres de soutien établis au sein de ces établissements, et la plupart des centres de soutiens sont loin des hôpitaux.</p>	<p>L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'école supérieure d'affiliation de l'investigateur, ainsi que par les comités d'éthique des institutions médicales concernées en réponse aux demandes de ces dernières.</p> <p>Dans le but d'améliorer la qualité des soins offerts aux femmes victimes d'AS se présentant dans les institutions médicales immédiatement après l'agression,</p>

		<p>lorsqu'elles se rendent dans un établissement médical immédiatement après l'agression.</p>	<p>travaillant dans diverses institutions médicales et également de limiter à trois le nombre de personnes interrogées dans le centre de soutien donné, afin de diminuer la charge de travail des superviseurs.</p> <p>Par la suite, neuf superviseurs ont proposé leur participation à un moment et dans un lieu précis, déterminé à l'avance. Au cours de cette visite, les superviseurs se sont vu expliquer les critères de sélection des infirmières et ont proposés les noms de celles qu'ils pensaient éligibles pour participer à l'étude.</p> <p>La phase de collecte de données et de recrutement de nouvelles participantes s'est terminée en août 2019.</p>	<p>du centre de soutien et les membres du personnel d'une organisation collaborant avec un centre de soutien.</p> <p>Selon les établissements, la réparation de la prise en soins des victimes d'AS entre médecins et infirmières peut varier, allant d'établissements où ce sont essentiellement les infirmières qui prennent en soins les victimes d'AS (3 établissements), d'autres où les médecins et infirmières se répartissent les rôles et collaborent étroitement (1 établissement), et d'autres où ce rôle est majoritairement assigné aux médecins (6 établissements).</p> <p>L'étude a mis en évidence 5 formes de soins infirmiers prodigués par les infirmières aux femmes victimes d'AS qui se sont présentées dans les instituts médicaux</p>	<p>De plus, au Japon, les médecins prennent l'initiative de fournir des soins aux victimes dans la plupart des cas, et donc le nombre d'infirmières qui interviennent auprès de victimes d'AS est peu élevé.</p> <p>Dans l'étude, toutes les victimes d'AS étaient des femmes, l'étude ne prend donc pas en compte la prise en soins des hommes victimes d'AS.</p>	<p>l'auteur recommande de :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Modifier la structure des institutions médicales pour garantir que les infirmières puissent jouer un rôle plus central dans la prise en soins des victimes – S'assurer que les infirmières reçoivent une formation adéquate et appropriée pour les compétences nécessaires pour la prise en soins des victimes d'AS (par exemple former les
--	--	---	---	--	--	--

			<p>Durant l'enquête, les infirmières ont été interrogées sur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le type de soins qu'elles offraient aux victimes qui se présentaient dans leur établissement médical pour une première visite dans les deux semaines qui ont suivi une AS. 2. L'intentionnalité de leur soins infirmiers. <p>Les entretiens ont été enregistré sur un <i>Integrated Chip recorder</i> après avoir reçu l'accord des infirmières.</p> <p>Lors des 3 premiers entretiens, une enquête supplémentaire a été mené pour approfondir le thème « d'intentionnalité des</p>	<p>collaborant avec les centres de soutien.</p> <p>Assurer le réconfort et la sécurité</p> <p>Cela implique de comprendre les informations sur les victimes d'AS, d'être capable de lire le langage corporel ou l'humeur de la personne, et qui permet de rassurer les victimes en leur montrant que l'établissement est un lieu sûr et que l'équipe de soins est digne de confiance.</p> <p>L'étude a révélé que toutes les institutions médicales incluses dans celle-ci prodiguent cette forme de soins aux patientes. Parmi les différents établissements faisant partie de l'étude, certains disposaient même de salle privée pour prendre en soins les victimes d'AS (3 établissements). Certaines institutions médicales disposaient</p>		<p>infirmières au syndrome de stress aigu).</p> <p>Les résultats de l'étude démontrent la nécessité de réserver des salles privées et d'avoir des formulaires et questionnaires adaptés aux victimes d'AS dans chaque établissement médical afin d'offrir aux victimes sécurité et réconfort.</p> <p>Les résultats démontrent que la présence d'infirmières de sexe féminin peut créer un espace de sécurité et de réconfort pour les femmes victimes d'AS.</p>
--	--	--	--	--	--	---

			<p>soins », afin de ne pas se concentrer uniquement sur les soins réalisés. Les entretiens suivants ont été adaptés en conséquence.</p> <p>Les lieux des entretiens ont été choisis avec chaque participante, dans des salles privées des établissements médicaux auxquels ils sont affiliés (N = 19) et une salle de conférence louée où la confidentialité était garantie (N = 1). Les entretiens duraient entre 30 et 68 minutes.</p> <p>Le nom des infirmières a été communiqué aux auteurs uniquement après avoir expliqué par écrit et par oral le but de l'étude ainsi qu'après avoir obtenu une signature indiquant le consentement de leur superviseur. Par la suite, l'étude a été</p>	<p>d'une feuille d'examen médical spécifiquement pour les victimes d'AS (2 établissements). Plusieurs établissements s'assuraient que le fait que la victime d'AS soit potentiellement auscultée par un homme ne constitue pas un obstacle au sentiment de sécurité et de confort de celle-ci, soit en la rassurant sur le fait qu'elle peut faire confiance au médecin même si c'est un homme (1 établissement) ou laissant les infirmières se charger de la prise en soins (3 établissements). Des infirmières de 2 établissements ont montré qu'elles comprenaient le syndrome de stress aigu. Cependant, plusieurs infirmières de 2 autres établissements ne comprenaient pas vraiment comment peut se manifester un trouble dissociatif chez une victime d'AS.</p>		<p>L'auteur indique que bien que les infirmières japonaises n'aient pas nécessairement les qualifications requises pour procéder elles-mêmes à l'examen, elles devraient s'efforcer de fournir des soins de manière à réduire la charge physique et émotionnelle des victimes d'AS, tout en permettant au médecin de procéder à l'examen de manière transparente et sans causer des traumatismes supplémentaires à la victime.</p> <p>Les soins aux femmes victimes d'AS étant plus appropriés si réalisés par des professionnelles de santé de sexe</p>
--	--	--	--	---	--	--

			<p>expliquée aux infirmières, par écrit et par oral avant d'obtenir le consentement par signature des infirmières. Ce processus a également été fait auprès des directeur des institutions médicales affiliées.</p> <p>Les infirmières ont choisi par elles-mêmes le cas des victimes à analyser et qui sera recueilli par les auteurs.</p> <p>La méthode conventionnelle d'analyse conçue par Hsieh et Shannon (2005) a été utilisé d'analyser les données qualitatives obtenues. L'analyse s'est concentrée sur l'intentionnalité sous-jacente aux soins fournis par les infirmières, afin de clarifier l'objectif des soins</p>	<p>Offrir un soutien pour que l'examen physique se déroule sans encombre</p> <p>Les infirmières de tous les établissements ont indiqué qu'elles collaboraient avec le médecin et l'aidaient à recueillir des preuves afin que l'examen physique de la victime d'AS par le médecin puisse se dérouler sans problème. Dans 3 établissements, ce sont les infirmières qui s'entretiennent en 1^{er} lieu avec les victimes et qui transmettent les informations obtenues au médecin. Dans deux établissements, les infirmières savent que les zones lésées peuvent constituer des preuves pour l'enquête criminelle et examinent ces zones avec les médecins.</p> <p>Construire une relation de confiance</p> <p>Pour cela l'infirmière doit montrer qu'elle est du côté de la victime, qu'elle</p>	<p>féminin que masculin, et les infirmières étant majoritairement des femmes, l'auteur indique que si l'on souhaite améliorer la qualité des soins prodigués aux femmes victimes d'AS, il faut modifier la structure de l'institution médicale pour que celle-ci soient centrées sur les infirmières et que les médecins laissent aux infirmières tous les soins autres que l'examen physique.</p> <p>L'auteur pense que de donner la possibilité aux infirmières de participer à des programmes de formation appropriés favoriserait l'acquisition de compétences plus adéquates en</p>
--	--	--	--	--	--

			<p>Toutes les données, y compris les données contradictoires ont été soigneusement examinées pour s'assurer que les interprétations des phénomènes basés sur les données obtenues ne soient pas fausses.</p> <p>La validité et la fiabilité ont été évaluées selon les 4 critères de fiabilité de <i>Lincoln et Guba</i>.</p> <p>Les données ont été analysées à l'aide de <i>NVivo</i> version 12.</p>	<p>respecte la notion de consentement éclairé et qu'elle protège la vie privée de la victime, les infirmières de trois établissements ont fourni la majeure partie de ces soins.</p> <p>Favoriser le rétablissement de la dignité, de la santé physique et émotionnelle de la victime</p> <p>Cela passe par des soins dans lesquels les infirmières vont faire en sorte de diminuer les dommages médicaux infligés à la victime, ou travailler à aider la victime à reconstruire son image de soi qui a été souillée. Les infirmières de trois établissements affirment dispensés la majorité de ces soins.</p>	<p>matière de pratique des soins auprès des victimes d'AS. Il suggère que certaines infirmières négligent la possibilité d'un syndrome de stress aigu, ou des symptômes dissociatifs par manque de formation et de connaissances de ces troubles, et donc que les empêche de comprendre les réactions des victimes et de réagir de manière appropriée pour assurer leur sécurité et les rassurer.</p> <p>L'auteur recommande de donner la possibilité aux infirmières japonaises de participer à une formation en ligne ciblée sur la prise en</p>
--	--	--	---	--	--

				<p>Assurer la continuité des soins</p> <p>Cela implique le fait que les infirmières surveillent toute personne accompagnant la victime d'AS, et assurent la continuité du soutien pendant l'examen physique et jusqu'à la fin de la visite, et de s'assurer qu'un suivi de sorti est bien lieu en collaborant avec le centre de soutien. Les infirmières de tous les établissements qui fournissent ces soins.</p> <p>Concernant les 5 types de soins susmentionnés, l'auteur précise que le contenu des soins infirmiers prodigués aux victimes d'AS est influencé par la structure de l'établissement médicale dans laquelle les infirmières travaillent. Celles qui travaillent dans des établissements médicaux où des médecins de sexe masculin travaillent avec</p>	<p>soins des victimes d'AS, ce qui permettrait ainsi aux infirmières de tout le Japon d'en bénéficier.</p> <p>L'auteur met l'accent sur le point fort de l'étude qui cible les centres de soutien, qui sont largement répartis dans tout le Japon. Les résultats de l'études représentent une évaluation compréhensive des différentes formes de soins fournis par les infirmières dans tous les centres de soutien.</p> <p>L'auteur recommande de faire des recherches supplémentaires afin de déterminer les soins infirmiers requis pour les victimes d'AS dans</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>les victimes, et laissent aux infirmières tous les soins autres que l'examen physique, les infirmières réalisent les 5 types de soins cités plus haut. En revanche, dans les établissements médicaux où seules des femmes médecins travaillent avec les victimes d'AS, les infirmières prodiguent principalement les 3 formes de soins suivants : assurer la sécurité et le réconfort, offrir un soutien pour permettre un examen physique sans problème et assurer la continuité du soutien.</p> <p>D'après les données récoltées, les infirmières qualifiées de SANE ont pu fournir les cinq types de soins observés dans l'étude, contrairement aux infirmières non-spécialisées SANE qui ont rarement établi une relation de confiance ou soutenu le rétablissement de la dignité et de la santé</p>		<p>le cadre d'un soutien global, en tenant compte des lois et de la culture de chaque région.</p> <p>Dans l'optique où dans l'avenir davantage d'infirmières seraient impliquées prioritairement dans la prise en soins des victimes d'AS se présentant dans un établissement de soins immédiatement après l'agression, l'auteur recommande de réaliser des études ciblant ces infirmières afin de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins infirmiers.</p>
--	--	--	--	---	--	--

				<p>physique et émotionnelle de la patiente.</p> <p>Cependant, il est précisé que les infirmières non-spécialisées SANE n'avaient pas d'expérience clinique en gynécologie et obstétrique et qu'il s'agissait ainsi de leur première expérience professionnelle impliquant un large éventail de soins.</p> <p>La présente étude dit que les infirmières qui ont su reconnaître les signes de stress aigu sont celle qui ont assisté à la version japonaise de l'atelier de formation SANE.</p>		<p>L'auteur indique qu'il est essentiel que des systèmes de soutien soient mis en place pour veiller à ce que des soins appropriés et immédiats soient prodigués aux hommes victimes d'AS également.</p>
--	--	--	--	---	--	--

Titre : Sexual Assault Nurse Examiners Lead to Improves Uptake of Services: A Cross-Sectional Study

N°	a) Auteurs- b) Année c) Lieu + pays	a) Population b) Type d'étude c) But de l'étude (avec verbe)	a) Méthode/ Instruments de mesure b) Intervention	a) Résultats principaux : b) Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
6	Hollender, M., Almirol, E., Meyer, M., Bearden, H., & Stanford, K. 2023 <i>État-Unis</i>	La population cible est des patientes adultes victimes d'AS qui se sont présentés aux urgences entre le 1 ^{er} juin 2019 et le 30 juin 2022. N = 182 C'est une étude quantitative rétrospective transversale . C'est un examen rétrospectif de toutes les rencontres de victimes d'AS. Le but de l'étude est de chercher à comparer les services offerts aux victimes d'AS aux urgences lorsque les soins ont été fournis par un SANE par rapport aux équipes de soins traditionnelle, en	L'étude a été menée dans un seul grand service d'urgence adulte. La méthode de l'étude à consister à extraire des dossiers médicaux les données et informations utiles à l'enquête et ensuite à les analyser. Les données extraites du dossier médical électronique comprenaient : <ul style="list-style-type: none"> – Données démographique (âge, sexe, ethnie) ; – Heure à laquelle le patiente a été admis aux urgences ; 	Au cours des trois années de la période d'étude, 177 personnes se sont présentées aux urgences à la suite d'une AS dont 5 se sont présentés deux fois, ce qui représente 182 consultations d'AS sur des adultes aux services d'urgences. Sur l'ensemble des consultations, 130 patientes ont reçu des soins d'une équipe SANE et 52 patientes ont reçus les soins habituels d'une équipe composée d'un médecin et d'une infirmière, dont 90,4% des victimes sont des femmes cisgenre. Les patientes ayant reçu des soins de la part d'une	La principale limite de l'étude est qu'elle s'appuie sur des données rétrospectives de soins de routine collectées à partir du dossier médical. Certains services ou ressources ont peut-être été proposés et/ou acceptés par les patientes mais non documenté. Tous services non documentés ont été considéré comme non offert ou reçu, ce qui peut avoir affecté les résultats si	L'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel du groupe de recherche. Les résultats sont probablement généralisables à d'autres grands services d'urgences. Il est néanmoins nécessaire de réaliser d'autres études, dans d'autres contexte d'urgences, afin de valider les résultats obtenus.

		<p>présupposant que l'utilisation des SANE serait associé à une meilleure utilisation des services recommandés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Nombre de jours depuis la déclaration de l'agression ; – Données sur les soins cliniques (dépistage, prophylaxie des IST, collecte de kit médico-légaux, tests de grossesse et fourniture de contraceptifs d'urgences) ; – Données de continuité des soins (liaison avec des ressources de soins primaires ou santé mentale). <p>L'offre du kit médico-légal, l'acceptation des trousse de ressources pour la sortie et l'acceptation de la consultation avec un travailleur social ont été exclues de l'analyse de régression logistique en</p>	<p>SANE se sont vues plus souvent proposer les services et ressources recommandés et les ont plus souvent acceptés :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prophylaxie (VIH, IST) ; – Test et dépistage (VIH, IST) ; – Test de grossesse ; – Contraception d'urgence. <p>Les différences les plus significatives observées dans les services offerts dans les groupes SANE et les groupes non-SANE comprenait :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les défenseurs des victimes d'AS ($p = 0,03$) ; – Kit médico-légal ($p = 0,02$) ; – Test de grossesse ($p = 0,05$) ; – Dossier de ressource à la sortie ($p = 0,03$). 	<p>une grande partie des services avaient été non documenté donc non applicables dans l'étude.</p> <p>Chaque rencontre a été analysée indépendamment, mais pour les cinq victimes qui se sont présentés aux urgences à deux reprises durant la période de l'étude, leur première expérience a pu influencer leurs choix lors de la deuxième rencontre. Cependant, il est peu probable, étant donnée leur petite proportion de l'échantillon, que leur inclusion dans l'étude ait eu un impact significatif sur les résultats.</p>	<p>Les auteurs encouragent à faire plus d'études afin de démontrer une association entre les soins SANE et l'amélioration de prestations de services, ce qui pourraient encourager un soutien accru au développement et à l'adoption de programme SANE.</p> <p>Si une victime a été incluse dans la recherche plus d'une fois, chacune de ces rencontres a été considérée comme un événement unique.</p> <p>L'objectif de l'initiative de l'étude est de remédier aux inégalités d'accès aux soins auxquelles sont confrontés les victimes d'AS.</p>
--	--	---	--	---	---	--

			<p>raison de la présence de réponses nulles.</p> <p>Un <i>t</i> test a été utilisé pour les variable continues et le tes du <i>chi-carré</i> (χ^2) ou le test exact de Fisher pour les variables catégorielles.</p> <p>Il a été utilisé une régression logistique afin de calculer les rapports de cotes entre les groupes, en tenant compte de l'heure d'arrivée de la patiente au service d'urgence, en tant que facteur de confusion potentiel dans le modèle.</p> <p>Les différences entre le groupe SANE et le groupe non-SANE ont été considérées comme significatives à $p \leq 0,05$.</p>	<p>Les SANE sont plus susceptibles d'offrir des services judiciaires, tel que la recommandation d'avocats ($p = 0,03$), ainsi que de compléter un rapport de police ($p = 0,03$).</p>	<p>En raison de la petite taille de l'échantillon, le sexe des victimes n'a pas pu être pleinement pris en compte, car la différence entre les deux groupes n'était pas significative. Il est néanmoins possible que la plus grande proportion d'hommes cisgenre dans la cohorte non-SANE ait affecté les résultats ou la probabilité de soins SANE ou leur probabilité d'accepter les services, car les hommes cisgenre sont peut-être moins en confiance avec l'équipe de soins en raison d'une stigmatisation.</p>	<p>D'après les auteurs, aux États-Unis, les jeunes femmes défavorisées sur un plan socio-économique sont les plus particulièrement vulnérable.</p> <p>Les auteurs mettent l'accent sur une pénurie de SANE au niveau national, en particulier dans les zones rurales qui sont moins susceptible que les zones urbaines d'avoir une couverture SANE.</p> <p>Les auteurs recommandent de rendre les soins SANE davantage accessible pour les patientes victimes d'AS ce qui améliorerait les résultats de soins pour ces derniers et permettrait aux</p>
--	--	--	--	---	---	--

			<p>Toutes les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide de la version 4.2.1 de <i>R Core Team (R Foundation for Statistical Computing)</i></p>		<p>Les auteurs suggèrent que le fait que seul quelques catégories aient atteint une signification statistique est probablement dû à la petite taille de l'échantillon inhérente à l'étude d'un événement relativement rare.</p> <p>La pandémie de COVID-19 a eu lieu pendant une grande partie de la période de l'étude, ce qui a pu impacter la documentation clinique, la disponibilité des services d'urgence ou la volonté des victimes d'attendre les résultats.</p>	<p>hôpitaux de répondre aux critères de qualités requis. Les états devraient envisager d'étendre la législation pour encourager et financer la couverture SANE dans tous les hôpitaux afin de favoriser l'accès aux ressources vitales dans les services d'urgences pour les victimes d'AS.</p> <p>Les auteurs indiquent qu'il est vital qu'une prestation de soins soit complète et qui tient compte les traumatismes des victimes dans les services d'urgences. Cependant, les auteurs soulèvent des obstacles majeurs comme le</p>
--	--	--	--	--	---	---

					<p>Les auteurs ont effectué leur étude dans un seul site.</p>	<p>manque de sensibilisation ou de formation aux soins tenant compte des traumatismes ou encore la contrainte de temps.</p> <p>Les résultats de l'étude peuvent refléter la sensibilité et les compétences élargies proposées par la formation SANE, ou la capacité d'une SANE à travailler en dehors des contraintes de temps, d'espace et de flux de travail d'un service d'urgence surchargé.</p> <p>Malgré un défi financier que peut représenter la présence d'une couverture SANE en continue dans les services</p>
--	--	--	--	--	---	---

						<p>d'urgences, les auteurs insistent sur l'impact positif d'une couverture SANE continue concernant l'amélioration des résultats pour les patientes, mais également le respect des paramètres de qualité recommandées qui sont demandées aux hôpitaux.</p> <p>Les auteurs émettent l'hypothèse que leurs résultats reflètent les compétences supplémentaires acquises lors de la formation SANE, au travers des services proposés et acceptés ainsi que la qualité des soins prodigués aux patientes.</p>
--	--	--	--	--	--	---

Titre : Perceived Care Quality Among Women Receiving Sexual Assault Nurse Examiner Care: Results From a 1-Week Postexamination Survey in a Large Multisite Prospective Study						
N°	a) Auteurs- b) Année c) Lieu + pays	a) Population b) Type d'étude c) But de l'étude (avec verbe)	a) Méthode/ Instruments de mesure b) Intervention	a) Résultats principaux : b) Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
7	Lechner, M., Bell, K., Short, N. A., Martin, S. L., Black, J., Buchanan, J. A., Reese, R., Ho, J. D., Reed, G. D., Platt, M., Riviello, R., Rossi, C., Nouhan, P., Philips, C., Bollen, K. A., & McLean, S. A. 2021 État-Unis	La population cible est des femmes adultes ayant reçu des soins de SANE à la suite d'une AS dans les 72h suivant l'agression, dans 13 centres de soins d'urgence et programmes communautaires des États-Unis. N = 695 C'est une étude quantitative prospective transversale Cette étude fait partie de l'étude sur la santé des femmes, la première étude de cohorte longitudinale multisite à grande échelle basée sur les soins d'urgence prodigués aux femmes adultes victimes d'AS.	Les participantes ont répondu à des enquêtes auto-administrées une semaine après avoir reçu des soins SANE, lors d'une visite de suivi. Les enquêtes ont été réalisées dans des salles privées sur des ordinateurs portables. Toutes les participantes ont donné leur consentement éclairé pour participer à l'étude. Les enquêtes portaient sur trois aspects :	Le taux de participation à l'étude est de 98% (695 participations sur 706 inscrits initialement). La plupart des participantes ont déclaré avoir reçu des soins de haute qualité de la part des SANE. 90% d'entre elles ont indiqué être « tout à fait d'accord » concernant le fait d'avoir senti que les SANE prenaient au sérieux leurs besoins et préoccupations. 89% des victimes ont déclaré que les SANE n'avaient pas agi comme si l'AS était de leur faute et 88% d'entre elles ont indiqué que les SANE avaient fait preuve de compassion.	Les centres et les programmes d'urgences participante à l'étude n'ont pas été spécifiquement sélectionnés pour être représentatifs à l'échelle nationale de tous les programmes SANE, ce qui implique que les résultats ne peuvent pas être considérés comme fournissant des estimations spécifiques des expériences avec les SANE dans tous les	Le protocole de l'étude a été approuvé par les comités institutionnel de l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill et de chaque site d'étude. Les auteurs estiment que les points forts de leur enquête sont un échantillon important et l'utilisation de procédures d'évaluation normalisées. L'étude a bénéficié du soutien financier de plusieurs institutions nationales de la santé et les bailleurs de fonds n'ont joué aucun

		<p>Le but de l'étude est de comprendre dans quelle mesure les patientes victimes d'AS ont perçues que les SANE fournissaient les soins de haute qualité, en prenant en compte leurs besoins et préoccupations, de comprendre si les patientes percevaient que les SANE prodiguaient les soins avec attention et compassion, le tout en expliquant l'examen pour AS et en fournissant les informations de suivis. L'étude vise également à comprendre si les caractéristiques démographiques des patientes, ainsi que leur état de santé avant l'agression impactent leurs perceptions à l'égard de la prise en soins des SANE.</p>	<p>Les perceptions des patientes concernant les soins SANE Évaluées à travers cinq questions d'enquête visant à déterminer si la SANE:</p> <ul style="list-style-type: none"> – avait pris au sérieux les besoins et les préoccupations de la patiente ; – n'avait pas agi comme si l'agression était la faute de la victime; - avait fait preuve d'attention et de compassion; - avait expliqué les examens effectués pour les patientes victimes d'AS; – avait fourni à la victimes des informations sur le suivi. 	<p>Dans 75% des cas, les informations de suivi ont été données aux patientes par les SANE.</p> <p>Le score moyen pour chacun des cinq éléments de l'enquête allait de 3,67 à 3,85 ce qui démontre que la plupart des patientes ont déclaré que les SANE fournissent des soins de haute qualité dans chacun des cinq domaines évalués.</p> <p>Le score moyen de qualité globale de soins est de 3,79, indiquant que les patientes estiment avoir reçu des soins de haute qualité de la part des SANE.</p> <p>Les scores de qualité globale des soins ne diffèrent pas de manière significative en fonction des caractéristiques démographiques ou de l'état de santé des patientes avant l'agression.</p>	<p>programmes à travers les États-Unis.</p> <p>Les auteurs indiquent que l'étude actuelle n'étudiant que des patientes de sexe féminin âgées de plus de 18 ans, les résultats ne sont pas généralisables aux patients de sexe masculin ou adolescentes.</p> <p>Les résultats ne sont pas non plus généralisables aux patientes n'ayant pas pu participer à l'étude car ils ne répondaient pas aux critères d'éligibilité (tel que ceux qui se sont présentés</p>	<p>rôle dans l'ensemble de la réalisation de l'étude.</p> <p>D'après les auteurs, leur étude est la première à mettre en lumière les évolutions des soins SANE par un grand groupe de patientes qui ont subi une AS et qui se sont présentées à divers programmes SANE aux États-Unis.</p> <p>Les auteurs mettent en avant une pénurie de programmes SANE dans tous les États américains évalués, mais également la difficulté pour les femmes des zones rurales d'accéder aux soins SANE. Les auteurs indiquent que cette pénurie pourrait</p>
--	--	---	--	--	--	---

			<p>L'enquête a utilisé une échelle allant de 1 (« pas du tout d'accord ») à 4 (« tout à fait d'accord »), les scores les plus élevés indiquaient une meilleure qualité de soins.</p> <p>Un score global de qualité de soin a été créé pour chaque patiente en calculant la moyenne des réponses aux cinq questions (score de 1 à 4 également).</p> <p>Les caractéristiques démographiques Évaluées par l'âge, la race, origine ethnique, le niveau d'éducation, la situation professionnelle, le niveau de revenu annuel et l'état civil.</p>		<p>aux services d'urgences > 72 heures après l'AS ne sont pas pris en compte dans l'étude).</p> <p>L'état de santé avant l'agression était limité à la santé émotionnelle et aux symptômes de douleurs, ce qui ne peut pas être généralisable aux patientes qui ont été agressées sexuellement et qui présentent d'autres types de problème de santé avant l'agression.</p> <p>Les sites participants à la recherche se situent dans des zones</p>	<p>être attribuable aux difficultés financières.</p> <p>Lorsque les SANE ne sont pas disponibles, d'autres ressources comme des évaluations médico-légales non cliniques ou d'autres équipes de cliniciens peuvent fournir des services. Toutefois, les auteurs soulignent que ces équipes peuvent ne pas avoir la formation multidisciplinaire avancée et l'étendue de l'expérience des SANE en matière de fourniture de soins de santé, de collecte de preuves médico-légales et de satisfaction des besoins d'une manière éclairée par les</p>
--	--	--	--	--	---	---

			<p>L'état de santé avant l'agression Évalué à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les symptômes d'anxiété présents la semaine précédant l'AS. Ces derniers sont évalués à l'aide du formulaire <i>8a</i> du <i>Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Short Form</i> ; - les symptômes de dépression présents la semaine précédant l'AS. Évalués grâce au formulaire court <i>8b</i> du <i>Patient-Reported Outcomes Measurement Information System</i>; 		<p>urbaines et suburbaines, n'incluant pas les zones rurales. Les réponses se situant à l'extrémité supérieure de l'échelle, les auteurs pensent qu'il est possible qu'il y ait eu un effet de plafond dans la mesure des perceptions des soins SANE ou qu'un biais de désirabilité sociale ait affecté les résultats.</p>	<p>traumatismes et empreinte de compassion. Les auteurs encouragent tous les services et établissements de santé qui traitent des victimes d'AS à inclure des soins SANE dans les réponses de routines à ces patientes traumatisées.</p> <p>Les auteurs indiquent également que la formation SANE met l'accent sur la nécessité d'être conscient des différences culturelles et de les respecter, ce qui peut jouer un rôle dans l'évaluation de satisfaction élevée des soins SANE dans les différents groupes démographiques.</p>
--	--	--	--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - les symptômes de stress post-traumatique au cours du mois précédant l'AS. Évalués grâce à <i>10 éléments adaptés de la liste de contrôle du trouble de stress post-traumatique</i>; - les symptômes somatiques présents la semaine précédant l'AS. Évalués grâce à <i>21 items</i>; - le taux de douleur la semaine précédant l'AS a été évaluée grâce à <i>l'échelle numérique de l'intensité de la douleur (Pain Severity Numeric Rating Scale)</i>. 		<p>Les auteurs encouragent à réaliser des recherches supplémentaires afin de déterminer s'il existe des disparités en matière de santé dans l'accès aux soins SANE. Cependant, l'étude actuelle indique que lorsque les victimes reçoivent de tels soins, elles sont généralement satisfaites, quelles que soient leurs caractéristiques démographiques.</p> <p>Les résultats de la recherche renforcent l'importance d'inclure des SANE dans le traitement des patientes qui ont été agressé sexuellement, en apportant un soutien émotionnel</p>
--	--	--	--	--	--

			<p>Les analyses bivariées et les tests non paramétriques d'analyse de la variance à une voie de <i>Kruskal-Wallis</i> ont permis de déterminer si les scores globaux de qualité des soins varient en fonction de leurs caractéristiques démographiques et de leur état de santé avant l'agression.</p>		<p>et un environnement respectueux lorsqu'il y a une récolte de preuves et/ou lorsqu'il leur est fourni des services de santé immédiatement après l'AS. D'après les auteurs, ces services sont essentiels pour aider à entamer le processus de guérison émotionnelle et physique.</p> <p>Les auteurs recommandent également que les hôpitaux et les centres de santé communautaires devraient développer et soutenir les programmes SANE, dans le but de garantir que les victimes puissent recevoir les soins</p>
--	--	--	--	--	--

						<p>de haute qualité qu'ils méritent.</p> <p>La formation et l'expérience des SANE en matière de compétence culturelle peut jouer un rôle dans l'évaluation élevée des SANE dans les différents groupes démographiques. Bien qu'il soit essentiel de s'efforcer d'améliorer en permanence les compétences culturelles, la formation des SANE met l'accent sur la nécessité d'être conscient des différences culturelles et de les respecter. Les auteurs recommandent d'effectuer de futur recherche en incluant les hommes et les</p>
--	--	--	--	--	--	---

					<p>enfants, ainsi que les patients gays, lesbiennes, bisexuels et transgenres qui ont été victime d'une AS.</p> <p>Les auteurs recommandent de réaliser des recherches futures examinant la satisfaction des soins SANE chez les patientes victimes d'AS vivant dans des zones rurales.</p> <p>Les auteurs conseillent l'utilisation d'échelles de <i>Likert</i> avec sept à dix options de réponses possible afin de nuancer les mesures.</p>
--	--	--	--	--	--

Titre : Does Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Training Affect Attitudes of Emergency Department Nurses Toward Sexual Assault Survivors?

N°	a) Auteurs- b) Année c) Lieu + pays	a) Population b) Type d'étude c) But de l'étude (avec verbe)	a) Méthode/ Instruments de mesure b) Intervention	a) Résultats principaux : b) Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
8	Nielson, M. H., Strong, L., & Stewart, J. G. 2015 État-Unis	<p>La population représente des infirmières de sexe féminin travaillant aux États-Unis. N = 394.</p> <p>C'est une étude quantitative transversale comparative observationnelle</p> <p>Le but de l'étude est de déterminer si la formation et l'éducation en matière de SANE ont un effet sur l'attitude des infirmières et sur la qualité des soins que reçoit une victime de violence sexuelle au sein des urgences.</p>	<p>L'échantillon a été sélectionné au hasard via les codes postaux, d'après la liste de l'Association des Infirmières d'Urgence [ENA], et stratifiés par les régions géographiques</p> <p>Les dossiers d'enquête comprenaient un formulaire de consentement éclairé, une échelle d'attitude et un questionnaire démographique.</p> <p>Échelle d'attitude Les attitudes ont été mesurées à l'aide de l'ARVS qui est une échelle de type <i>Likert</i> en 25 points qui va de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »</p>	<p>1503 enquêtes ont été envoyées par la poste et seulement 394 ont été complétées, ce qui correspond à un taux de réponse de 27%, donc 74 participantes ont répondu à l'enquête en ligne. La plupart des participantes étaient des femmes âgées de 53 à 57 ans.</p> <p>Échelle d'attitude Les infirmières formées SANE ont une attitude plus positive à l'égard des victimes d'AS, comme le montrent les résultats à l'échelle ARVS. Le score moyen est plus faible pour les infirmières SANE en comparaison aux infirmières non-SANE, ce qui suggère une attitude plus positive à l'égard des patientes victimes d'AS.</p>	<p>Il y a une possibilité que les déclarations sur l'ARVS aient été mal interprétées par les participantes à l'étude (affirmation écrite positivement et négativement ce qui peut induire en erreur le lecteur sur la véritable nature de la question).</p> <p>Les données démographiques liées à l'âge ont une autre limite potentielle car 61,2% des infirmières ayant répondues à</p>	<p>Il est recommandé d'établir des normes et des protocoles définis pour fournir des soins de santé compétents et de qualités aux victimes d'AS.</p> <p>Il a été constaté que lorsque des patientes adultes victimes d'AS sont soignées par des infirmières qui ne sont pas équipées pour fournir des soins SANE, la qualité des soins étaient moindres. L'impact d'une prise en soins adéquate de ces patientes contribuera à l'amélioration</p>

			<p>dont l'utilité interculturelle a été démontrée et dont la cohérence interne présente un coefficient alpha de <i>Cronbach</i> > 0.80. Les professionnelles interrogées devaient indiquer leur degré d'accord avec chacune des 25 affirmations.</p> <p>Questionnaire démographique</p> <p>Un questionnaire de 20 questions a été élaboré par l'auteur principal afin d'identifié les variables démographiques. Le questionnaire comprenait des questions relatives aux caractéristiques démographique et personnelles comme :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le diplôme infirmier actuel 2. Le nombre d'année de pratique infirmière 	<p>Cela a été démontré par un <i>t</i> test indépendant avec une signification de $p = 0,007$. Les différences d'attitudes envers les patientes victimes d'AS en fonction des caractéristiques démographiques et personnelles, ainsi que la relation entre les variables ordonnées des infirmières SANE et non-SANE, ont montré une signification uniquement avec l'âge et le sexe (attitude plus favorable envers les patientes si infirmières de sexe féminin et plus jeune). Aucune variable statistiquement significative n'a permis de prédire les scores ARVS.</p> <p>Questionnaire démographique</p> <p>La plupart des infirmières étaient titulaires d'une licence, exerçaient la profession infirmière depuis 21 ans ou plus, et travaillaient dans les services d'urgence depuis</p>	<p>l'étude avaient 43 ans ou plus, ce qui peut refléter que les infirmières plus âgées sont plus établies et plus stable financièrement et qu'elles peuvent donc se permettre d'adhérer à des organisations.</p> <p>Les infirmières qui adhèrent à ces organisations peuvent prendre leur pratique professionnelle plus au sérieux, comme l'indique l'affiliation à une organisation, et avoir une attitude plus positive en générale.</p> <p>Une autre limite potentiel est le</p>	<p>globale des résultats et de la satisfaction des patientes, de la satisfaction du personnel et du fonctionnement générale du service d'urgence.</p> <p>Il est également recommandé de proposer des cours de formation SANE à toutes les infirmières susceptibles de travailler avec des patientes ayant subi une agression sexuelle et ce, de façon prioritaire. Les auteurs estiment qu'une formation SANE serait également bénéfique aux infirmières correctionnelles, scolaires et des cliniques externes, ainsi que de nombreuses autres.</p>
--	--	--	--	--	---	---

			<p>3. Le nombre d'année de pratique infirmière aux urgences</p> <p>4. Le status de certification SANE</p> <p>5. Les services SANE disponibles</p> <p>6. La prise en soins des victimes d'AS.</p> <p>Les données reçues ont été évaluées à l'aide de deux <i>t</i> test indépendants afin de :</p> <p>1. Déterminer s'il existe des différences dans les attitudes à l'égard des patientes adultes victimes de violence sexuelle, en fonction de la formation SANE. Une différence est significative pour $p < 0,05$.</p>	<p>21 ans ou plus. Seul 17% des infirmières ont reçu la formation SANE et 5,6% étaient certifiées SANE. 93,9% des infirmières étaient membre de la ENA. La plupart des infirmières travaillaient en milieu urbain dans les régions Nort-Est, Centre-Atlantique et Ouest du Pacifique.</p> <p>Les participantes ont déclaré que les services d'urgences accueillaient au moins une victime d'AS par semaine et que des services de SANE étaient disponible à 64,5% du temps. 35,5% des hôpitaux ne disposent pas de service SANE. 85,8% des participantes se sont occupées de victime de violence sexuelles lorsque les services de SANE n'étaient pas disponibles. 11 infirmières ayant la formation SANE ont déclaré qu'il n'y avait pas de services SANE formels disponibles dans leur établissement et que les</p>	<p>fait que les infirmières ayant reçues une formation SANE peuvent avoir une attitude plus positive à l'égard des femmes ayant subi une agression sexuelle, ce qui les a incités à vouloir faire une formation SANE.</p> <p>Comme il n'y a pas eu de pré-test, il n'y a pas eu d'évaluation des groupes de participantes pour observer s'il existe des différences autres que la formation SANE, susceptible d'influencer les attitudes à l'égard des patientes victimes d'AS.</p>	<p>La formation des infirmières SANE, dans le continuum des soins de santé, est essentiel pour élargir l'ensemble des compétences et des connaissances nécessaires pour prendre en soin la complexité des problèmes rencontrés par les patientes qui ont été victimes d'AS.</p> <p>Il est nécessaire d'identifier, d'assister et de traiter les victimes, quel que soit le lieu où elles sont soignées, afin de gérer la crise sanitaire que représente les agressions sexuelles.</p>
--	--	--	--	---	---	---

			<p>2. Déterminer si les attitudes à l'égard des victimes adultes d'AS différaient en fonction des caractéristiques démographiques et personnelles.</p> <p>Il y a eu un examen des relations entre les variables et le score total de l'ARVS qui a été réalisé à l'aide d'une analyse de la variance et du <i>tau-b</i> de Kendall et du <i>rho</i> de Spearman. Les données ont été analysées à l'aide d'une analyse de régression, avec un modèle de régression par étapes, pour déterminer si la formation SANE était un facteur prédictif de l'ARVS après contrôle de certaines caractéristiques.</p>	<p>SANE n'étaient pas en mesure de fournir des services SANE formels.</p> <p>D'autres facteurs tels que l'emplacement de l'hôpital, la religion, le volume de patientes aux urgences et de patientes victimes d'AS, le niveau d'éducation et le nombre d'années de pratique n'ont pas eu de corrélation avec les attitudes à l'égard des victimes.</p> <p>Il n'a été révélé aucune différence entre les infirmières SANE et les infirmières sans la formation SANE, en ce qui concerne le diplôme infirmier, le nombre d'année de pratique en tant que professionnels ou encore le nombre d'année d'expérience au sein des services d'urgence.</p>		<p>Il faut intégrer une formation médico-légale au programme d'étude en soins infirmiers et la formation médico-légale, telle que la formation SANE, doit être facilement accessible dans le cadre des études de premier cycle et d'étude supérieur en soins infirmier, ainsi que dans le cadre de la pratique de développement professionnel continu. Le renforcement de la formation médico-légale permettra un meilleur accès au service, une confiance et des compétences accrues des infirmières qui dispensent les soins, de meilleurs résultats pour les</p>
--	--	--	---	--	--	---

						<p>patientes et leur satisfaction.</p> <p>L'impact de la formation SANE aidera les patientes qui ont subis des agressions sexuelles à recevoir le plus haut niveau de soin, ce qui se traduira par de meilleurs résultats sur le plan médical et psychologique pour les patientes, tout en favorisant une meilleure relation avec les forces de l'ordre, ce qui encouragera le signalement et augmentera les enquêtes et les poursuites de ces crimes.</p>
--	--	--	--	--	--	--

Titre : Emergency Contraception Administration, Toxicology Kit Use, and Postassault Reporting: A Comparison of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) and Non-SANE Medical Providers						
N°	a) Auteurs- b) Année c) Lieu + pays	a) Population b) Type d'étude c) But de l'étude (avec verbe)	a) Méthode/ Instruments de mesure b) Intervention	a) Résultats principaux : b) Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
9	Shaw, J., & Coates, V. 2021 <i>Massachusetts État-Unis</i>	La population cible est des personnes ayant eu recours à des soins médicaux de prestataires médicaux SANE et non-SANE d'après les formulaires anonymes de déclaration de crime sexuel par prestataire ou <i>Provider Sexual Crime Reporting (PSCR)</i> . N = 3'969 C'est une étude quantitative transversale comparative observationnelle Le but de l'étude est de comparer la	L'étude a utilisé les données du formulaire PSCR de l'agence de sécurité de l'Etat du Massachusetts Les données ont été collectées à l'origine pour une autre étude (Shaw et al. 2020) et ont été réutilisées pour la présente étude. L'échantillon était constitué de données PSCR pour tous les formulaires reçus par l'agence de sécurité de l'État qui répondait aux critères suivants : a) Les données PSCR correspondaient à des kits d'abus sexuels pour	92% des patientes inclus dans l'étude étaient des femmes. L'analyse de la relation entre le type de prestataire (SANE ou non-SANE) et l'administration de la contraception d'urgence, l'utilisation du kit de toxicologie, le signalement à la police au moment de l'examen, et le signalement de maltraitance sur mineurs étaient toutes statistiquement significatives.	Les auteurs indiquent que ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car ils sont basés sur des dossiers existants que les auteurs ont réorganisés pour répondre aux questions de recherches principales. Il est également plus difficile de connaître le contexte complet d'un cas donné, ce qui peut avoir un impact sur les variables d'intérêts.	Le <i>Boston College Institutional Review Board</i> a déterminé que l'utilisation des données PSCR à des fins de recherches n'était pas soumise à l'examen du conseil d'examen institutionnel en raison de la nature des données. Les auteurs indiquent que tous les patientes victimes d'AS, et ce dans toutes les communautés, devraient avoir accès aux soins SANE, puisque la présente étude confirme les conclusions de la littérature antérieure, à savoir que les SANE sont des spécialistes particulièrement qualifiés pour fournir des soins optimaux aux patientes victimes d'AS, et apportent une réponse nettement

		<p>prestation de soins médico-légaux post agression sexuelle et les mesures prises par tous les SANE et les prestataires médicaux non-SANE travaillant dans tous les hôpitaux du Massachusetts entre 2011 et 2015</p>	<p>adultes remplis par des prestataires médicaux du Massachusetts ;</p> <p>b) L'examen médico-légal, y compris la collecte du kit d'AS, a eu lieu entre le 1^{er} janvier 2011 et le 21 décembre 2015 ;</p> <p>c) L'AS correspondante s'est produite dans une seule ville du Massachusetts ;</p> <p>d) Le formulaire PSCR indiquait qu'un kit d'AS avait été utilisé ou n'indiquait pas explicitement qu'un kit n'avait pas été utilisé ;</p> <p>e) Le formulaire PSCR indiquait si</p>	<p>Les patientes traitées par un SANE étaient significativement plus susceptibles de se voir administrer une contraception d'urgence (65%), comparativement aux patientes traitées par un prestataire médical non-SANE (52,9%).</p> <p>Les patientes de moins de 18 ans traitées par un SANE étaient beaucoup plus susceptibles de faire l'objet d'un rapport de maltraitance auprès de l'agence nationale de services de protection de l'enfance (85,8%), en comparaison aux patientes de moins de 18 ans</p>	<p>Les résultats concernant l'administration de la contraception d'urgence peuvent être faussés, car les chercheurs ont limité leur examen de cette mesure aux patientes assignées « femmes », ce qui n'exclut pas les patientes prépubères, ménopausées, et transgenres, et donc physiquement incapable de tomber enceinte. De plus les hommes transgenres n'ont pas été pris en compte dans l'évaluation de cette mesure, bien qu'ils soient physiologiquement capables de tomber enceintes.</p>	<p>améliorée en comparaison aux professionnels de santé non-SANE.</p> <p>Les auteurs mettent l'accent sur l'importance de remplir les dossiers médicaux de manière cohérente, précise et complète, car chaque information, même celle qui peut sembler inutile à la prestation de soins sur le moment, peut être utilisée ultérieurement pour examiner et évaluer la prestation de soins. Il est important que les SANE et les prestataires médicaux non-SANE soient soutenus pour réaliser une documentation cohérente et complète, comme par exemple en leur accordant plus de temps pour remplir les formulaires avant de passer au patient suivant.</p> <p>Les auteurs recommandent également d'élaborer des protocoles clairs si inexistants et que ces protocoles soient mis à la disposition des soignants</p>
--	--	---	---	--	--	---

			<p>l'examen médico-légal ait été réalisé par un prestataire de soins SANE ou non SANE, et que cette information ne soit pas manquante sur le formulaire.</p> <p>Le formulaire PSCR est régulièrement revu et mis à jour. Les données de cette étude ont été collectées à l'aide des formulaires de 2009 à 2014.</p> <p>Après une revue de la littérature antérieure et des recommandations de meilleures pratiques sur le sujet, les auteurs ont formulé quatre hypothèses :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les taux d'administration de la contraception d'urgence seraient plus 	<p>traités par des non-SANE (64,5%).</p> <p>Les patientes traitées par un SANE étaient moins susceptibles de se voir administrer un kit de toxicologie (26,5%) comparativement à ceux traités par des non-SANE (39,4%).</p> <p>Les patientes traitées par un SANE étaient moins susceptibles de faire l'objet d'un rapport à la police au moment de l'examen (68,2%), comparativement à ceux traités par des non-SANE (77,4%).</p> <p>Les 4 hypothèses formulées par les auteurs ont été confirmées, ce qui</p>	<p>Les résultats concernant les dossiers existants doivent être interprétés avec précaution, car il y a une possibilité que les informations soient inexactes ou manquantes.</p> <p>Les SANE recevant une formation approfondie sur les soins aux patientes victimes d'AS, il est possible qu'ils soient plus familiarisés avec la documentation nécessaire, et donc plus susceptibles de remplir le formulaire PSCR de manière plus précise et cohérente que les autres prestataires de soins. Dans le</p>	<p>SANE et non-SANE pour guider la prise en soins des patientes victimes d'AS.</p> <p>Les résultats de l'étude indiquent une meilleure réponse des patientes victimes d'AS lorsqu'ils sont traités par des professionnels de santé SANE que des non-SANE, ce qui est probablement représentatif de la formation approfondie et d'une plus grande familiarisation avec les protocoles de meilleure pratique en matière d'AS des SANE.</p> <p>En l'absence d'une formation essentielle, les non-SANE peuvent éprouver des difficultés à trouver un équilibre entre les besoins du système de justice pénale, de sécuriser les preuves potentielles d'un crime et les besoins médicaux ainsi qu'émotionnels de la victime qu'ils ont en face d'eux. D'après les auteurs, les non-SANE peuvent également</p>
--	--	--	--	---	---	--

			<p>élevés dans les cas traités par les SANE que dans ceux traités par les autres prestataires, car les SANE sont censés discuter systématiquement la probabilité d'une éventuelle grossesse et les options de traitements auprès des patientes victimes d'AS.</p> <p>2. Les taux d'utilisation des kits de toxicologie par les SANE seraient inférieurs à ceux des autres prestataires, car les SANE sont censés mieux comprendre quand un dépistage toxicologique est approprié et savent que les</p>	<p>suggère que les SANE fournissent comme attendu des soins médico-légaux experts, complets et adaptés à la première réponse de prise en soins des victimes d'AS.</p>	<p>cadre de l'étude, un formulaire avec des données manquantes sur les variables d'intérêt étudiées n'était pas inclus. Il est donc possible que les différences de taux entre les SANE et les non-SANE soient encore plus prononcées que dans la présente étude.</p> <p>L'échantillon examiné ne comprend que les cas dans lesquels la patiente a consenti au prélèvement d'un kit d'AS, il est donc possible que les services rendus auprès des patientes victimes d'AS cherchant à obtenir des soins médicaux après</p>	<p>penser à tort qu'un rapport à la police est obligatoire ou fortement encouragé, même si cela ne correspond pas au souhait de la victime.</p> <p>Les auteurs encouragent à ce que les prestataires médicaux non-SANE soient davantage formés à prendre en soins les victimes d'AS, notamment en leur donnant accès à une formation de base sur les conditions dans lesquelles un kit de toxicologie doit être utilisé, un rapport sur la maltraitance des mineurs doit être déposés, et sur la manière de présenter à la patiente les options concernant le dépôt d'un rapport de police et l'obtention d'une contraception d'urgence. Les SANE peuvent jouer un rôle clé dans le développement et la diffusion de cette formation de base auprès de leurs collègues non-SANE, avec une compensation et un soutien adéquat.</p>
--	--	--	--	---	--	---

			<p>tests de routine ne sont pas recommandés.</p> <p>3. Les taux de signalement à la police au moment de l'examen seraient inférieurs dans les cas traités par les SANE par rapport à ceux traités par les prestataires non-SANE, car les SANE sont censés comprendre et expliquer aux patientes leurs droits aux soins médicaux indépendamment du fait qu'ils signalent ou non à la police et présenter le signalement à la police comme une option et soutenir la décision de la</p>		<p>l'agression mais refusant le prélèvement différent, et faussant donc potentiellement les résultats concernant plusieurs variables d'intérêt.</p> <p>Les auteurs précisent que les résultats observés ne peuvent pas être généralisable car l'Etat du Massachusetts est unique par son niveau d'engagement en faveur d'une réponse centralisée et coordonnée aux AS, ce qui fait que les prestataires médicaux non-SANE de cet état peuvent probablement officier une meilleure réponse</p>	
--	--	--	---	--	---	--

			<p>patiente à ce sujet.</p> <p>4. Les taux de signalement obligatoires de maltraitance d'enfants aux services publiques de protection de l'enfance seraient plus élevés chez les SANE que chez les prestataires non-SANE, car du fait de leur statut, les SANE sont informés de leur obligation de déposer un rapport de maltraitance d'enfant pour tous les mineurs, alors que les prestataires non-SANE peuvent exercer une plus grande discrétion dans la décision</p>		<p>médicale aux victimes d'AS que dans d'autres états des États-Unis.</p>	
--	--	--	---	--	---	--

			<p>de déposer un rapport.</p> <p>L'analyse des données descriptives indiquent le nombre de cas traités par les SANE par rapport aux prestataires médicaux non-SANE, ainsi que le taux d'administration de contraceptifs d'urgence, d'utilisation de trousses de toxicologie, de signalement à la police au moment de l'examen et de signalement de maltraitance d'enfant.</p> <p>Des tests d'indépendance <i>chi-carré</i> (χ^2) ont été utilisés pour examiner les associations significatives entre le type de prestataire médical, c'est-à-dire les SANE par rapport aux non-SANE et chacune des quatre actions énoncées ci-dessus suivant l'AS.</p>			
--	--	--	---	--	--	--

			<p>Les cas pour lesquels il manque des informations sur la variable d'intérêt pour chaque test du <i>chi-carré</i> ont été exclus du test. La taille de l'échantillon pour chaque test du <i>chi-carré</i> varie donc.</p> <p>Toutes les analyses ont été effectuées avec <i>SPSS 26</i>.</p>			
--	--	--	---	--	--	--

9.4. Grilles de lecture

Article n°1 : Chalmers, K., Hollender, M., Spurr, L., Parameswaran, R., Dussault, N., Farnan, J., Oyola, S., & Carter, K. (2023). Emergency Department Preparedness to Care for Sexual Assault Survivors : A Nationwide Study. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 24(3), 629-636. <https://doi.org/10.5811/westjem.59257>

N°/Item	Grille de lecture	Item	Étude
STROBE – étude transversale			
Titre et résumé	1	Le titre indique qu’il s’agit d’une étude nationale sur la préparation des services d’urgence à la prise en charge des victimes d’AS. Le résumé est structuré avec une brève description des objectifs, de la méthode, des principaux résultats et de la conclusion.	
Introduction			
Contexte / Justification	2	L’étude met en évidence l’importance de la préparation des services d’urgence à prendre en soins les victimes d’AS, un domaine peu étudié aux États-Unis.	
Objectifs	3	Le but de l’étude est d’identifier les disparité potentielle concernant la disponibilité des SANE ainsi que leurs ressources au sein des services d’urgences	
Méthode			
Conception de l’étude	4	Il s’agit d’une étude transversale et descriptive.	
Contexte	5	L’étude se déroule à l’échelle nationale aux États-Unis, impliquant divers services d’urgence (par exemple, hôpitaux universitaires, hôpitaux communautaires) entre juin et août 2021.	

<i>Population</i>	6	Les participants sont des défenseurs de victimes d'AS, envoyés par des centres d'aide aux victimes de viol. Les critères d'inclusions et d'exclusions sont mentionnés.
<i>Variable</i>	7	Les variables principales sont la qualité des soins tenant compte des traumatismes des victimes d'AS et la prestation de ressources appropriées.
<i>Source de données / mesures</i>	8	Les données proviennent d'une enquête en ligne. Des tests non-paramétriques ont été utilisés pour évaluer les différences entre les valeurs ordinales entre les groupes de comparaison. La valeur $p < 0,05$.
<i>Biais</i>	9	Pour évaluer la validité de l'enquête, des entretiens cognitifs ont été menés avec trois défenseurs des victimes d'AS par appel vidéo via l'application de communication <i>Zoom</i> . Des modifications ont ensuite été apportées à l'enquête pour qu'elle soit le plus clair possible pour les participants.
<i>Taille de l'étude</i>	10	N = 315
<i>Variable quantitatives</i>	11	Les variables quantitatives sont l'explication de tous les soins médicaux et demande de consentement à chaque étape de l'examen, l'aisance dans la pratique des examens médico-légaux ainsi que la mise en place de disposition des ressources de suivi pour les victimes d'AS après la sortie.
<i>Analyses statistiques</i>	12	Tous les tests statistiques ont été bilatéraux et réalisés à l'aide de <i>R v4.0.5</i> (R Foundation for Statistical Computing Vienne, Autriche).
Résultats		
<i>Population</i>	13	315 participants venant de 119 centres de crises ont répondu à l'enquête et représentent 88,7% de taux de participations
<i>Données descriptives</i>	14	Les résultats incluent la présence des SANE associée à l'observation de comportement de la part du personnel

		soignant tenant compte des traumatismes, une meilleurs prestations de ressources complètes pour répondre aux besoins médicaux et sociaux ainsi que l'implication du personnel soignant auprès des victimes d'AS (réactions, explications, demande de consentement).
<i>Données obtenues</i>	15	65,8% des participants ont indiqué que le personnel soignant était à l'aise pour effectuer un examen médico-légal, 78,8% des hôpitaux disposent de kit de collecte et 57,9% des hôpitaux disposaient de ressources pour soutenir les victimes d'AS
<i>Principaux résultats</i>	16	Les résultats indiquent une plus-value dans la présence des SANE au sein des services d'urgences, comme un temps d'attente moins long, une aisance dans les examens médico-légaux et la proposition de ressources de suivi pour les victimes d'AS.
<i>Autres analyses</i>	17	L'étude ne met pas en évidence de corrélation direct entre les zones rurales et urbaines ainsi que la qualité des soins dispensées, malgré une plus grande présence de SANE dans les régions rurales.
Discussion		
<i>Résultats clés</i>	18	Les résultats clés sont qu'il y a une plus grande probabilité que les victimes d'AS pris en soins par des SANE expérimentent des temps d'attente moins longs, une demande moindre de répéter plusieurs fois le récit de leur agression, un personnel soignant plus à l'aise pour pratiquer l'examen médico-légal, ainsi qu'une disponibilité de trousses d'examen médico-légaux ainsi que de ressources de suivi pour les victimes.
<i>Limitation</i>	19	Les principales limites sont la population majoritairement féminine qui ne reflète probablement pas les victimes d'AS elles-mêmes, ce qui pourrait donc influencer les données obtenues dans le cadre de l'enquête, mais également le biais

		de mémorisation qu'ont pu rapporter les expériences des défenseurs des victimes d'AS les plus mémorables avec le personnel des urgences, ce qui pourrait également avoir faussé les données.
<i>Interprétation</i>	20	L'interprétation des résultats est cohérente et réaliste. Les auteurs suggèrent la nécessité d'améliorer la dotation en personnel SANE ainsi que de mettre en place des normes plus cohérente concernant la préparation des services d'urgences dans le but d'améliorer la qualité des soins dispensés aux victimes d'AS
« Généralisabilité »	21	Les auteurs mentionnent que la généralisation des résultats est limitée par le taux de réponse et la diversité des services d'urgence. Ils suggèrent que les résultats pourraient être différents dans d'autres contextes.
Autres informations		
<i>Financement</i>	22	Les auteurs ne mentionnent pas de sources de financement.
<i>Approbation éthique</i>	23	L'étude menée a été validée par le comité d'examen institutionnel de l'établissement d'étude.

Article n°2 : 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.
<https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000290>

Item	N°	Étude
Grille de lecture SQUIRE – étude quantitative	Item	
Titre et résumé		
Titre	1	Le titre exprime l'évaluation des besoins en formation et d'implémenter une intervention éducative pour améliorer les soins aux victimes d'AS dans les services d'urgence.
Résumé	2	Le résumé résume de manière concise l'objectif de l'étude, la méthode employée (évaluation des besoins suivie d'une formation), les principaux résultats et les conclusions.
Introduction		
Contexte / connaissance	3	Le contexte met en lumière les lacunes dans les soins apportés aux victimes d'AS en service d'urgence et l'importance de la formation des professionnels pour combler ces lacunes.
Problème local	4	Les insuffisances dans les connaissances et les pratiques des professionnels de santé concernant la prise en charge des victimes d'AS.
Amélioration visée	5	Créer une intervention éducative dans un service d'urgence pour adulte d'une université urbaine par le biais d'une collaboration entre médecin et agent de santé sexuelle et reproductive.

<i>Question de l'étude</i>	6	« Comment une intervention éducative basée sur une évaluation des besoins peut-elle améliorer les connaissances et les pratiques des professionnels de santé en matière de soins aux victimes d'agressions sexuelles ? »
Méthode		
<i>Question éthiques</i>	7	L'approbation éthique appropriée et que les participantes ont donné leur consentement éclairé pour participer à l'étude. L'étude a été réalisée par l'équipe de recherche de l'institut de recherche de la santé et le projet a bénéficié d'une dérogation de l'université de Chicago.
<i>Contexte</i>	8	L'étude est réalisée dans plusieurs services d'urgence où les besoins en formation sur la prise en soins des victimes d'AS ont été identifiés.
<i>Planification de l'intervention</i>	9	Une intervention durant la journée de simulation destinée aux internes en médecine a été organisée comprenant 2 heures de conférence menée par le coordinateur SANE, 2 cas de patients standardisés victimes d'AS de 20 min, et une simulation d'examen pelvien médico-légal de 40 min.
<i>Planification de l'étude de l'intervention</i>	10	Une collecte de données avant et après l'intervention pour mesurer les changements dans les connaissances, les besoins et les pratiques des participants.
<i>Méthode d'évaluation</i>	11	Les méthodes d'évaluation incluent un questionnaire envoyé par courriel et entrée manuellement par les enquêteurs dans <i>REDCap</i> .
<i>Analyse</i>	12	Les données sont analysées à l'aide d'histogrammes comparant la distribution des réponses dans la pré et post-enquête selon le test de <i>Wilcoxon Rank-Sum</i> .
Résultats		
<i>Résultats</i>	13	Les résultats montrent une amélioration significative des connaissances, des besoins et des pratiques des interne en médecine après l'intervention éducative. Les scores de

		connaissances ont augmenté et les pratiques ont été modifiées pour mieux répondre aux besoins des victimes d'AS.
Discussion		
<i>Synthèse</i>	14	La discussion synthétise les résultats indiquant que l'intervention éducative a eu un effet positif. Les résultats sont en accord avec les attentes et les objectifs de l'étude.
<i>Lien avec d'autres éléments de preuve</i>	15	Les résultats sont mis en lien avec la littérature déjà existante sur l'efficacité de la formation SANE pour améliorer les soins en milieu hospitalier, soutenant ainsi la pertinence des résultats
<i>Limitations</i>	16	Les limitations de l'étude incluent son statut de centre unique, le biais de sélection de l'échantillon inhérent aux taux de réponse ainsi que la petite taille de l'échantillon de l'intervention éducative.
<i>Interprétations</i>	17	Les résultats sont interprétés comme montrant que les interventions éducatives améliorent les pratiques des internes en médecine, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires pour confirmer ces effets à plus grande échelle.
<i>Conclusion</i>	18	La conclusion souligne que la formation SANE peut améliorer les soins aux victimes d'AS aux urgences et les auteurs recommandent la mise en œuvre de programmes de formation continue pour maintenir et étendre ces améliorations.
Autres informations		
<i>Financement</i>	22	Les sources de financement ne sont pas mentionnées dans l'article.
<i>Approbation éthique</i>	23	L'étude a reçu l'approbation éthique.

Article n°3 : 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. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000026>

N° Item	Grille de lecture COREQ – étude quantitative	Item	Étude
Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion			
<i>Caractéristiques personnelles</i>			
1	<i>Enquêteur/ animateur</i>	Les auteurs de l'étude sont des chercheurs spécialisés dans les domaines des soins infirmiers et de la médecine légale.	<ul style="list-style-type: none"> • R. Cowley : Principal chercheur et auteur principal de l'étude. • E. Walsh : Chercheur impliqué dans la collecte et l'analyse des données. • J. Horrocks : Chercheur ayant contribué à la conception de l'étude et à l'analyse des données.
2	<i>Titres académiques</i>		<ul style="list-style-type: none"> • R. Cowley : Professeur en soins infirmiers. • E. Walsh : PhD en psychologie. Professeur adjointe de médecine physique clinique et de réadaptation. • J. Horrocks : Chercheur avec expertise en soins de santé et médecine légale.
3	<i>Activité</i>	Les chercheurs sont affiliés à des institutions académiques spécialisées dans les soins infirmiers et la recherche médico-légale.	
4	<i>Genre</i>	Le genre des enquêteurs n'est pas mentionné dans l'article.	
5	<i>Expérience et formation</i>	Les chercheurs ont une formation et une expérience dans le domaine des soins infirmiers et de la recherche qualitative.	
<i>Relations avec les participants</i>			
6	<i>Relation antérieure</i>	Les détails sur d'éventuelles relations avec les participantes ne sont pas mentionnées dans l'article.	
7	<i>Connaissance des participant</i>	Les participantes étaient probablement informés que les enquêteurs étaient des chercheurs en soins infirmiers et en	

	<i>au sujet de l'enquêteur</i>	médecine légale, mais l'article ne précise pas comment cette information a été communiquée.
8	<i>Caractéristique de l'enquêteur</i>	Les enquêteurs sont des professionnels expérimentés dans le domaine des soins infirmiers et soins médico-légaux, ce qui est pertinent pour l'enjeux de l'enquête.
Domaine 2 : Conception de l'étude		
<i>Cadre théorique</i>		
9	<i>Orientation méthodologique et théorique</i>	L'étude utilise une approche qualitative descriptive réalisée à l'aide d'entretiens semi-structuré.
<i>Sélection des participants</i>		
10	<i>Echantillonnage</i>	La population cible rassemble des SANE
11	<i>Prise de contact</i>	Le recrutement des participantes a été fait par le biais des réseaux professionnels infirmiers.
12	<i>Taille de l'échantillon</i>	N = 5
13	<i>Non-participation</i>	Les raisons de non-participation sont basées sur les critères d'inclusions et d'exclusions. N = 2
<i>Contexte</i>		
14	<i>Cadre de la collecte de données</i>	Deux entretiens se sont déroulés par téléphone et trois en présentiel.
15	<i>Présence de non-participants</i>	Il n'est pas précisé si d'autres personnes étaient présentes pendant les entretiens.
16	<i>Description de l'échantillon</i>	L'échantillon se compose d'infirmières avec une formation SANE en cours ou terminée. Il n'existe pas de formation standardisée en Angleterre, chacune a donc été formée différemment. La formation théorique a varié de 1 jour à 1 an.
<i>Recueil de données</i>		
17	<i>Guide d'entretien</i>	Une grille d'entretien a été utilisée comme outil de soutien tout au long du processus.

18	<i>Entretiens répétés</i>	Les entretiens ont été menés une seule fois avec chaque participante.
19	<i>Enregistrement audio/visuel</i>	Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits par verbatim.
20	<i>Cahier de terrain</i>	Le chercheur a tenu un journal de recherche réflexif pendant toute la durée de l'étude dans le but de promouvoir une conscience de soi réflexive qui lui permettrait de s'impliquer pleinement, d'être intéressé et ouvert à ce que la recherche pourrait révéler.
21	<i>Durée</i>	La durée des entretiens étaient entre 45 et 60 minutes.
22	<i>Seuil de saturation</i>	Le seuil de saturation n'est pas explicitement mentionné, mais les auteurs indiquent que les entretiens ont continué jusqu'à ce qu'aucune nouvelle information significative ne soit obtenue.
23	<i>Retour des retranscriptions</i>	Il n'est pas mentionné si les participantes ont eu l'occasion de revoir les retranscriptions de leurs entretiens.

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24	<i>Nombre de personne codant les données</i>	Il n'est pas précisé combien de personnes ont participé au codage des données.
25	<i>Description des thèmes</i>	Les thèmes principaux sont la formation et les qualifications, les soins prodigués ainsi que le travail au sein d'une MDT.
26	<i>Détermination des thèmes</i>	Les thèmes ont été déterminés à partir des résultats obtenus à la suite des entretiens
27	<i>Logiciel</i>	L'article ne mentionne pas l'utilisation d'un logiciel d'analyse qualitative pour coder les données.

28	<i>Vérification par les participants</i>	La vérification des résultats par les participantes n'est pas indiqué.
<i>Rédaction</i>		
29	<i>Citations présentées</i>	L'article inclut des verbatims.
30	<i>Cohérence des données et des résultats</i>	Les résultats sont cohérents avec les données présentées et soutenus par des citations des participantes, montrant une correspondance entre les thèmes identifiés et les expériences rapportées.
31	<i>Clarté des thèmes principaux</i>	<p>Les thèmes principaux sont clairement définis dans le texte et illustrés par des exemples provenant des entretiens.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formation et la qualifications ; • Les Soins prodigués ; • Le travail au sein d'une MDT
32	<i>Clarté des thèmes secondaires</i>	Il n'est pas indiqué de thèmes secondaire dans l'article.

Article n°4 : 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>

N° Item	Grille de lecture COREQ – étude quantitative	Item	Étude
Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion			
<i>Caractéristiques personnelles</i>			
1	<i>Enquêteur/ animateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> • G. Fehler-Cabral : Chercheur principal impliqué dans la conception de l'étude et l'analyse des données. • R. Campbell : Chercheuse contribuant à la conception de l'étude, à la collecte et à l'analyse des données. • D. Patterson : Chercheur impliqué dans l'analyse des données et la rédaction des résultats. 	
2	<i>Titres académiques</i>	<ul style="list-style-type: none"> • G. Fehler-Cabral : PhD en philosophie et psychologie communautaire • R. Campbell : PhD en psychologie écologique et communautaire • D. Patterson : PhD en psychologie. Experte en agression sexuelle, TIC et violences interpersonnelles 	
3	<i>Activité</i>	Les chercheurs sont affiliés à des institutions académiques ou de recherche spécialisées dans les études sur la violence, les traumatismes et les soins de santé.	
4	<i>Genre</i>	Les informations sur le genre des enquêteurs ne sont pas mentionnées dans l'article.	
5	<i>Expérience et formation</i>	Les chercheurs ont une formation et une expérience significatives dans la recherche sur la violence sexuelle et les expériences des victimes d'AS avec des publications antérieures dans des domaines connexes.	

Relations avec les participants

6	<i>Relation antérieure</i>	L'article ne précise pas si les auteurs avaient une relation avec les participantes.
7	<i>Connaissance des participant au sujet de l'enquêteur</i>	L'information sur le type d'étude a été distribué à toute la communauté via des publicité, dans les commerces, les transports publics ou par courrier et les participantes avaient le choix de prendre contact avec les chercheurs.
8	<i>Caractéristique de l'enquêteur</i>	Les enquêteurs sont des chercheurs qualifiés dans les domaines des sciences sociales.

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

9	<i>Orientation méthodologique et théorique</i>	C'est une étude qualitative descriptive, dans le but de comprendre les expériences vécues par les victimes d'AS lors de leur prise en soins par des SANE.
---	--	---

Sélection des participants

10	<i>Echantillonnage</i>	Les participantes ont été sélectionnés par échantillonnage prospectif et rétrospectif communautaire.
11	<i>Prise de contact</i>	N = 10 ont été recruté via un formulaire de demande de participation à la recherche d'évaluation via des programme SANE et N = 10 ont pris contacte avec les auteurs après avoir aperçu la diffusion de l'information de l'étude dans des lieux commun et à la suite d'une vérification d'éligibilité.
12	<i>Taille de l'échantillon</i>	N = 20
13	<i>Non-participation</i>	Les raisons de non-participation ne sont pas détaillées dans l'article.

Contexte

14	<i>Cadre de la collecte de données</i>	Des entretiens semi-structurés ont été réalisé par trois intervieweurs au bureau du centre d'aide des victimes de viol affilié au programme local SANE.
----	--	---

15	<i>Présence de non-participants</i>	Il n'est pas précisé si d'autres personnes étaient présentes pendant les entretiens.
16	<i>Description de l'échantillon</i>	Les participantes sont des victimes adultes d'AS qui ont reçu des soins par un programme SANE.
<i>Recueil de données</i>		
17	<i>Guide d'entretien</i>	Un protocole a été élaboré : <ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs se sont basés sur des études antérieures pour adaptées leurs questions ; • La littérature sur les interactions du personnel médical et juridique avec les victimes a été examinée et utilisée pour élaborer le protocole d'entretien ; • Le personnel juridique et médical du conté concerné a été consulté sur le contenu du protocole, qui a été révisé en conséquence ; • L'entretien a été testé auprès de cinq victimes d'agression sexuelle, non incluses dans l'échantillon, afin d'en évaluer le contenu et les questions.
18	<i>Entretiens répétés</i>	Il n'est pas mentionné combien de fois les entretiens ont été menées.
19	<i>Enregistrement audio/visuel</i>	Il n'est pas mention d'un enregistrement audio ou visuel.
20	<i>Cahier de terrain</i>	L'utilisation d'un cahier de terrain n'est pas mentionnée dans l'article.
21	<i>Durée</i>	La durée des entretiens varie entre 1,5 et 4 heures.
22	<i>Seuil de saturation</i>	Le recrutement des participantes et les entretiens se sont poursuivis jusqu'à ce que la taille de l'échantillon permette la saturation des données (répétition des mêmes thèmes).
23	<i>Retour des retranscriptions</i>	Il n'est pas mentionné si les participantes ont eu l'occasion de revoir les retranscriptions de leurs entretiens.
Domaine 3 : Analyse et résultats		
<i>Analyse des données</i>		
24	<i>Nombre de personne</i>	Deux analystes

	<i>codant les données</i>	
25	<i>Description des thèmes</i>	Des transcriptions ont été faites indépendamment l'un de l'autre analyste pour ensuite identifier deux thèmes. Ils ont ensuite comparé ces thèmes, clarifiés la signification des codes thématiques et révisé le cadre de codage jusqu'à ce qu'il y ait consensus.
26	<i>Détermination des thèmes</i>	Les thèmes ont été déterminés par l'analyse des codes générés à partir des entretiens, avec des thèmes émergents reflétant les expériences et perceptions des participantes.
27	<i>Logiciel</i>	L'article ne mentionne pas l'utilisation d'un logiciel d'analyse qualitative.
28	<i>Vérification par les participants</i>	La vérification des résultats par les participantes n'est pas mentionné.
<i>Rédaction</i>		
29	<i>Citations présentées</i>	L'article inclut des citations directes des participantes.
30	<i>Cohérence des données et des résultats</i>	Les résultats sont cohérents avec les données recueillies et les thèmes sont bien soutenus par les citations des participantes.
31	<i>Clarté des thèmes principaux</i>	Les thèmes principaux sont définis et illustrés dans l'article, avec des verbatims des participantes. Les thèmes principaux sont : <ul style="list-style-type: none"> • Le viol ; • Les expériences des victimes avec la SANE ; • Le rôle des preuves médico-légales ; • Le rapport des autorités tel que les forces de l'ordre.
32	<i>Clarté des thèmes secondaires</i>	Les thèmes secondaires sont également présentés : <ul style="list-style-type: none"> • L'objectif des SANE • La pratique des SANE

Article n°5 : Fukumoto, T. (2022). Nursing care provided at medical institutions to female victims immediately after a sexual assault incident: A qualitative descriptive study. *Nursing Open*, 10(4), 2118-2131. <https://doi.org/10.1002/nop2.1459>

N° Item	Grille de lecture COREQ – étude quantitative	Item	Étude
Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion			
<i>Caractéristiques personnelles</i>			
1	<i>Enquêteur/ animateur</i>		Fukumoto est le chercheur principal et auteur de l'article.
2	<i>Titres académiques</i>		Fukumoto est doctorant en soins infirmier.
3	<i>Activité</i>		Chercheur académique avec une spécialisation en soins infirmiers et recherche qualitative.
4	<i>Genre</i>		L'information sur le genre de l'auteur n'est pas spécifiée dans l'article.
5	<i>Expérience et formation</i>		Expérience en recherche qualitative dans le domaine des soins infirmiers et de la prise en charge des victimes d'AS. Formation en méthodologie qualitative.
<i>Relations avec les participants</i>			
6	<i>Relation antérieure</i>		L'article ne précise pas si l'auteur était en relation avec les participantes avant l'étude.
7	<i>Connaissance des participant au sujet de l'enquêteur</i>		L'étude a été expliquée aux infirmières, par écrit et par oral avant d'obtenir le consentement par signature des infirmières.
8	<i>Caractéristique de l'enquêteur</i>		Fukumoto est un chercheur avec une expertise en soins infirmiers et en recherche qualitative, ce qui est pertinent pour l'étude des soins infirmiers fournis aux victimes.

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

- 9 *Orientation méthodologique et théorique* Le but de l'étude est de clarifier le contenu des soins offerts par les infirmières et les sages-femmes aux femmes victimes d'AS lorsqu'elles se rendent dans un établissement médical immédiatement après l'agression.

Sélection des participants

- 10 *Echantillonnage* Différents superviseurs de plusieurs établissements ont proposé le nom d'infirmière et sage-femme qui répondent aux critères d'éligibilité de l'étude.
- 11 *Prise de contact* Les participantes ont été contactées par le biais de leur lieu de travail.
- 12 *Taille de l'échantillon* N = 20
- 13 *Non-participation* Les raisons de non-participation ne sont pas détaillées dans l'article.

Contexte

- 14 *Cadre de la collecte de données* Les entretiens ont été réalisés dans les établissements médicaux où les infirmières travaillent.
- 15 *Présence de non-participants* Il n'est pas précisé si des non-participantes étaient présentes lors des entretiens.
- 16 *Description de l'échantillon* Les participantes sont les infirmières (N = 14) et les sages-femmes (N = 6) ayant traité au minimum une femme victime d'AS au cours de l'année écoulée dans un établissement médical collaborant avec un centre de soutien.

Recueil de données

- 17 *Guide d'entretien* Les données ont été collectées par le biais d'entretiens semi-structurés menés en présentiel, à l'aide d'un guide d'entretien.
- 18 *Entretiens répétés* Les entretiens ont été menés une seule fois avec chaque participante.

19	<i>Enregistrement audio/visuel</i>	Les entretiens ont été enregistrés grâce à une application d'enregistrement audio <i>Integrated Chip recorder</i> .
20	<i>Cahier de terrain</i>	Il n'y a pas mention d'un cahier de terrain.
21	<i>Durée</i>	La durée des entretiens varie de 30 à 60 minutes
22	<i>Seuil de saturation</i>	Il n'y a pas mention d'un seuil de saturation
23	<i>Retour des retranscriptions</i>	Il n'est pas mentionné si les participantes ont eu l'occasion de revoir les retranscriptions de leurs entretiens.
Domaine 3 : Analyse et résultats		
<i>Analyse des données</i>		
24	<i>Nombre de personne codant les données</i>	L'article ne précise pas combien de personnes ont codé les données, mais il est probable que l'enquêteur principal ait fait la majorité du codage.
25	<i>Description des thèmes</i>	Les thèmes principaux le type de soins qu'elles offraient aux victimes qui se présentaient dans leur établissement médical pour une première visite dans les deux semaines qui ont suivi une AS et l'intentionnalité de leur soins infirmiers.
26	<i>Détermination des thèmes</i>	Lors des 3 premiers entretiens, une enquête supplémentaire a été menée pour approfondir le thème « d'intentionnalité des soins », afin de ne pas se concentrer uniquement sur les soins réalisés. Les entretiens suivants ont été adaptés en conséquence.
27	<i>Logiciel</i>	La méthode conventionnelle d'analyse conçue par Hsieh et Shannon (2005) a été utilisée afin d'analyser les données qualitatives obtenues. Leur validité et fiabilité ont été évaluées selon les 4 critères de fiabilité de <i>Lincoln et Guba</i> et les données ont été analysées à l'aide de <i>NVivo</i> version 12.

28	<i>Vérification par les participants</i>	La vérification des résultats par les participantes n'est pas spécifiée dans l'article.
<i>Rédaction</i>		
29	<i>Citations présentées</i>	L'article inclut des citations directes des participantes.
30	<i>Cohérence des données et des résultats</i>	Les résultats sont cohérents avec les données collectées et les thèmes sont bien soutenus par les citations des participantes.
31	<i>Clarté des thèmes principaux</i>	Les thèmes principaux sont clairement définis et bien illustrés dans l'article, fournissant une compréhension approfondie des expériences des infirmières.
32	<i>Clarté des thèmes secondaires</i>	<p>Les thèmes secondaires sont également présentés de manière claire et identifié sous cinq forme de soins infirmiers.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer le réconfort et la sécurité ; • Offrir un soutien pour que l'examen physique se déroule sans encombre ; • Construire une relation de confiance ; • Favoriser le rétablissement de la dignité, de la santé physique et émotionnelle de la victime ; • Assurer la continuité des soins.

Article n°6 : Hollender, M., Almirol, E., Meyer, M., Bearden, H., & Stanford, K. (2023). Sexual Assault Nurse Examiners Lead to Improved Uptake of Services : A Cross-Sectional Study. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 24(5), 974-982. <https://doi.org/10.5811/westjem.59514>

N°/Item Grille de lecture STROBE – étude transversale		
	Item	Étude
Titre et résumé	1	Le titre indique que c'est une étude transversale qui cherche à comparer les services offerts aux victimes d'AS aux urgences lorsque les soins ont été fournis par un SANE. Le résumé présente clairement l'objectif de l'étude, la méthode utilisée, les résultats clés et la conclusion.
Introduction		
<i>Contexte / Justification</i>	2	Les auteurs présupposent que l'utilisation des SANE serait associée à une meilleure utilisation des services recommandés, par rapport aux équipes de soins traditionnelles.
<i>Objectifs</i>	3	L'objectif de l'étude est de comparer les services offerts aux victimes d'AS aux urgences lorsque les soins ont été fournis par un SANE par rapport aux équipes de soins traditionnelles.
Méthode		
<i>Conception de l'étude</i>	4	C'est une étude quantitative rétrospective transversale. C'est un examen rétrospectif de toutes les rencontres de victimes d'AS.
<i>Contexte</i>	5	L'étude a été menée dans un seul grand service d'urgence adulte.
<i>Population</i>	6	Les participantes sont des patients adultes victimes d'AS qui se sont présentés aux urgences entre le 1 ^{er} juin 2019 et le 30 juin 2022.

<i>Variable</i>	7	Un <i>t</i> test a été utilisé pour les variable continues et le tes du <i>chi-carré</i> (χ^2) ou le test exact de Fisher pour les variables catégorielles.
<i>Source de données / mesures</i>	8	La méthode de l'étude à consister à extraire des dossiers médicaux les données et informations utiles à l'enquête et ensuite à les analyser.
<i>Biais</i>	9	Les auteurs reconnaissent le risque de biais de sélection, car seul un site a été sélectionné pour l'étude.
<i>Taille de l'étude</i>	10	N = 182
<i>Variable quantitatives</i>	11	<p>Les différences les plus significatives observées dans les services offerts dans les groupes SANE et les groupes non-SANE comprenait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les défenseurs des victimes d'AS ; • Kit médico-légal ; • Test de grossesse ; • Dossier de ressource à la sortie. <p>Les SANE sont plus susceptibles d'offrir des services judiciaires, tel que la recommandation d'avocats, ainsi que de compléter un rapport de police. Les différences entre le groupe SANE et le groupe non-SANE ont été considérées comme significatives.</p>
<i>Analyses statistiques</i>	12	Toutes les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide de la version 4.2.1 de <i>R Core Team (R Foundation for Statistical Computing)</i> .
Résultats		
<i>Population</i>	13	Au cours des trois années de la période d'étude, 177 personnes se sont présentées aux urgences à la suite d'une AS dont 5 se sont présentés deux fois, ce qui représente 182 consultations d'AS sur des adultes aux services d'urgences.

<i>Données descriptives</i>	14	Sur l'ensemble des consultations, 130 patients ont reçu des soins d'une équipe SANE et 52 patients ont reçus les soins habituels d'une équipe composée d'un médecin et d'une infirmière, dont 90,4% des victimes sont des femmes cisgenre.
<i>Données obtenues</i>	15	Les résultats montrent que la majorité des participantes perçoivent les soins comme étant de haute qualité.
<i>Principaux résultats</i>	16	Les résultats sont statistiquement significatifs et discutés en fonction de l'objectif de l'étude.
<i>Autres analyses</i>	17	Les auteurs mettent l'accent sur une pénurie de SANE au niveau national, en particulier dans les zones rurales qui sont moins susceptible que les zones urbaines d'avoir une couverture SANE.
Discussion		
<i>Résultats clés</i>	18	Les résultats clés démontrent les implications des perceptions positives des soins SANE sur le bien-être des victimes.
<i>Limitation</i>	19	En raison de la petite taille de l'échantillon, le sexe des victimes n'a pas pu être pleinement pris en compte et certains services ou ressources ont peut-être été proposés et/ou acceptés par les patients mais non documenté. Tous services non documentés ont été considéré comme non offert ou reçu, ce qui peut avoir affecté les résultats si une grande partie des services avaient été non documenté donc non applicables dans l'étude.
<i>Interprétation</i>	20	L'interprétation des résultats est cohérente avec les objectifs de l'étude, et les auteurs soulignent la nécessité de renforcer les programmes SANE pour améliorer ces perceptions positives.

« Généralisabilité »	21	Les auteurs discutent de la généralisation des résultats, mentionnant que bien que l'étude soit menée sur un large échantillon multisite, les résultats pourraient ne pas être applicables dans des contextes sans programmes SANE bien établis.
Autres informations		
<i>Financement</i>	22	Les sources de financement ne sont pas mentionnées.
<i>Approbation éthique</i>	23	L'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel du groupe de recherche.

Article n°7 : Lechner, M., Bell, K., Short, N. A., Martin, S. L., Black, J., Buchanan, J. A., Reese, R., Ho, J. D., Reed, G. D., Platt, M., Riviello, R., Rossi, C., Nouhan, P., Phillips, C., Bollen, K. A., & McLean, S. A. (2021). Perceived Care Quality Among Women Receiving Sexual Assault Nurse Examiner Care: Results From a 1-Week Postexamination Survey in a Large Multisite Prospective Study. *Journal of Emergency Nursing*, 47(3), 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.11.011>

N°/Item Grille de lecture STROBE – étude transversale	Étude	
	Item	
Titre et résumé	1	Le titre indique que c'est une étude prospective multisite. L'abstract présente succinctement l'objectif de l'étude, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion. Il est structuré.
Introduction		
<i>Contexte / Justification</i>	2	Cette étude fait partie de l'étude sur la santé des femmes, la première étude de cohorte longitudinale multisite à grande échelle basée sur les soins d'urgence prodigués aux femmes adultes victimes d'AS.
<i>Objectifs</i>	3	Le but de l'étude est de comprendre dans quelle mesure les patientes victimes d'AS ont perçues que les SANE fournissaient les soins de haute qualité, en prenant en compte leurs besoins et préoccupations, de comprendre si les patients percevaient que les SANE prodiguaient les soins avec attention et compassion, le tout en expliquant l'examen pour AS et en fournissant les informations de suivis. L'étude vise également à comprendre si les caractéristiques démographiques des patientes, ainsi que leur état de santé avant l'agression impactent leurs perceptions à l'égard de la prise en soins des SANE.
Méthode		

<i>Conception de l'étude</i>	4	L'enquête a utilisé une échelle allant de 1 (« pas du tout d'accord ») à 4 (« tout à fait d'accord »), les scores les plus élevés indiquaient une meilleure qualité de soins.
<i>Contexte</i>	5	Les participantes ont répondu à des enquêtes auto-administrées une semaine après avoir reçu des soins SANE, lors d'une visite de suivi.
<i>Population</i>	6	Les participantes sont des femmes adultes ayant reçu des soins de SANE à la suite d'une AS dans les 72h suivant l'agression, dans 13 centres de soins d'urgence et programmes communautaires des États-Unis.
<i>Variable</i>	7	La variable principale est la qualité perçue des soins mesurée par un questionnaire auto-administré une semaine après l'examen. Cette variable est divisée en plusieurs dimensions : empathie, compétence, soutien émotionnel. La satisfaction globale avec les soins est également mesurée, servant de variable dépendante supplémentaire.
<i>Source de données / mesures</i>	8	Les enquêtes ont été réalisées dans des salles privées sur des ordinateurs portables. Toutes les participantes ont donné leur consentement éclairé pour participer à l'étude.
<i>Biais</i>	9	Les réponses se situant à l'extrémité supérieure de l'échelle, les auteurs pensent qu'il est possible qu'il y ait eu un effet de plafond dans la mesure des perceptions des soins SANE ou qu'un biais de désirabilité sociale ait affecté les résultats.
<i>Taille de l'étude</i>	10	L'échantillon comprend 859 femmes. La taille est justifiée pour permettre une analyse statistique robuste et fournir des résultats généralisables.
<i>Variable quantitatives</i>	11	Les variables quantitatives incluent les scores sur la qualité perçue des soins, évalués sur une échelle de <i>Likert</i> , et la satisfaction globale, également mesurée sur une échelle de <i>Likert</i> .

<i>Analyses statistiques</i>	12	Les analyses bivariées et les tests non paramétriques d'analyse de la variance à une voie de <i>Kruskal-Wallis</i> ont permis de déterminer si les scores globaux de qualité des soins varient en fonction de leurs caractéristiques démographiques et de leur état de santé avant l'agression.
Résultats		
<i>Population</i>	13	Le taux de participation à l'étude est de 98% (695 participations sur 706 inscrits initialement).
<i>Données descriptives</i>	14	Un score global de qualité de soin a été créé pour chaque patiente en calculant la moyenne des réponses aux cinq questions (score de 1 à 4 également).
<i>Données obtenues</i>	15	Le score moyen de qualité globale de soins est de 3,79, indiquant que les patientes estiment avoir reçu des soins de haute qualité de la part des SANE.
<i>Principaux résultats</i>	16	Les résultats principaux indiquent des niveaux élevés de satisfaction globale et de qualité perçue des soins.
<i>Autres analyses</i>	17	L'état de santé avant l'agression était limité à la santé émotionnelle et aux symptômes de douleurs, ce qui ne peut pas être généralisables aux patients qui ont été agressés sexuellement et qui présentent d'autres types de problème de santé avant l'agression.
Discussion		
<i>Résultats clés</i>	18	La plupart des participantes ont déclaré avoir reçu des soins de haute qualité de la part des SANE.
<i>Limitation</i>	19	Les auteurs reconnaissent plusieurs limitations, telles que les sites participants à la recherche se situent dans des zones urbaines et suburbaines, n'incluant pas les zones rurales.
<i>Interprétation</i>	20	L'interprétation des résultats est cohérente avec les objectifs de l'étude. Les auteurs discutent de l'importance des

		programmes SANE pour améliorer les perceptions des soins et suggèrent des pistes pour la recherche future.
« Généralisabilité »	21	Les résultats ne sont pas non plus généralisables aux patients n'ayant pas pu participer à l'étude car ils ne répondaient pas aux critères d'éligibilité (tel que ceux qui se sont présentés aux services d'urgences > 72 heures après l'AS ne sont pas pris en compte dans l'étude).
Autres informations		
<i>Financement</i>	22	L'étude a bénéficié du soutien financier de plusieurs institutions national de la santé et les bailleurs de fond n'ont joué aucun rôle dans l'ensemble de la réalisation de l'étude.
<i>Approbation éthique</i>	23	Le protocole de l'étude a été approuvé par les comités institutionnel de l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill et de chaque site d'étude.

Article n°8 : Nielson, M. H., Strong, L., & Stewart, J. G. (2015). Does Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Training Affect Attitudes of Emergency Department Nurses Toward Sexual Assault Survivors? *Journal of Forensic Nursing*, 11(3), 137-143.
<https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000081>

N°/Item Grille de lecture STROBE – étude transversale		
	Item	Étude
Titre et résumé	1	Le titre est explicite et reflète bien la question de recherche principale, qui est d'évaluer l'impact de la formation SANE sur les attitudes des infirmières. Le résumé présente l'objectif de l'étude, la méthodologie, les principaux résultats et les conclusions.
Introduction		
<i>Contexte / Justification</i>	2	L'introduction explique le besoin d'améliorer les attitudes des infirmières des services d'urgence envers les victimes d'AS, un aspect important dans la qualité des soins.
<i>Objectifs</i>	3	Le but de l'étude est de déterminer si la formation et l'éducation en matière de SANE ont un effet sur l'attitude des infirmières et sur la qualité des soins que reçoit une victime de violence sexuelle au sein des urgences.
Méthode		
<i>Conception de l'étude</i>	4	C'est une étude quantitative transversale comparative observationnelle.
<i>Contexte</i>	5	La population représente des infirmières de sexe féminin travaillant aux États-Unis.
<i>Population</i>	6	L'échantillon a été sélectionné au hasard via les codes postaux, d'après la liste de l'Association des Infirmières d'Urgence [ENA], et stratifiés par les régions géographiques.

<i>Variable</i>	7	Les données reçues ont été évaluées à l'aide de deux <i>t</i> test indépendants afin de déterminer s'il existe des différences dans les attitudes à l'égard des patientes adultes victimes de violence sexuelle, en fonction de la formation SANE et de déterminer si les attitudes à l'égard des victimes adultes d'agression sexuelle différaient en fonction des caractéristiques démographiques et personnelles.
<i>Source de données / mesures</i>	8	Les dossiers d'enquête comprenaient un formulaire de consentement éclairé, une échelle d'attitude et un questionnaire démographique.
<i>Biais</i>	9	Il y a une possibilité que les déclarations sur l'ARVS aient été mal interprétées par les participants à l'étude (affirmation écrite positivement et négativement ce qui peut induire en erreur le lecteur sur la véritable nature de la question).
<i>Taille de l'étude</i>	10	N = 394
<i>Variable quantitatives</i>	11	Il y a eu un examen des relations entre les variables et le score total de l'ARVS qui a été réalisé à l'aide d'une analyse de la variance et du <i>tau-b</i> de Kendall et du <i>rho</i> de Spearman. Les données ont été analysées à l'aide d'une analyse de régression, avec un modèle de régression par étapes, pour déterminer si la formation SANE était un facteur prédictif de l'ARVS après contrôle de certaines caractéristiques.
<i>Analyses statistiques</i>	12	Il a été constaté que lorsque des patients adultes victimes d'agression sexuelle sont soignées par des infirmières qui ne sont pas équipées pour fournir des soins SANE, la qualité des soins étaient moindres.
Résultats		
<i>Population</i>	13	503 enquêtes ont été envoyées par la poste et seulement 394 ont été complétées, ce qui correspond à un taux de réponse de 27%, donc 74 participantes ont répondu à

		l'enquête en ligne. La plupart des participantes étaient des femmes âgées de 53 à 57 ans.
<i>Données descriptives</i>	14	Aucune variable statistiquement significative n'a permis de prédire les scores ARVS.
<i>Données obtenues</i>	15	Les résultats montrent une amélioration significative des attitudes des infirmières après la formation SANE, particulièrement en termes d'empathie et de réduction des préjugés. Il n'a été révélé aucune différence entre les SANE et les infirmières sans la formation SANE, en ce qui concerne le diplôme infirmier, le nombre d'année de pratique en tant que professionnelles ou encore le nombre d'année d'expérience au sein des services d'urgence. D'autres facteurs tels que l'emplacement de l'hôpital, la religion, le volume de patients aux urgences et de patientes victimes d'agressions sexuelles, le niveau d'éducation et le nombre d'années de pratique n'ont pas eu de corrélation avec les attitudes à l'égard des victimes.
<i>Principaux résultats</i>	16	Les SANE ont une attitude plus positive à l'égard des victimes d'agressions sexuelles, comme le montrent les résultats à l'échelle ARVS. Le score moyen est plus faible pour les SANE en comparaison aux non-SANE, ce qui suggère une attitude plus positive à l'égard des patientes victimes d'agression sexuelles. Les différences d'attitudes envers les patientes victimes d'AS en fonction des caractéristiques démographiques et personnelles, ainsi que la relation entre les variables ordonnées des SANE et non-SANE, ont montré une signification uniquement avec l'âge et le sexe (attitude plus favorable envers les patientes si infirmières de sexe féminin et plus jeune).
<i>Autres analyses</i>	17	Aucune analyse supplémentaire complexe n'est rapportée. L'accent est principalement mis sur les résultats pré-post de la formation.

Discussion

<i>Résultats clés</i>	18	Les résultats clés sont discutés dans le contexte de la littérature existante. Les auteurs concluent que la formation SANE est efficace pour améliorer les attitudes des infirmières envers les victimes d'AS.
<i>Limitation</i>	19	Les auteurs reconnaissent certaines limitations, telles que la petite taille de l'échantillon et l'absence de groupe de contrôle, ce qui limite la robustesse des conclusions. Ils mentionnent également le possible biais de désirabilité sociale, où les participantes pourraient répondre de manière plus favorable après la formation.
<i>Interprétation</i>	20	Comme il n'y a pas eu de pré-test, il n'y a pas eu d'évaluation des groupes de participants pour observer s'il existe des différences autres que la formation SANE, susceptible d'influencer les attitudes à l'égard des patientes victimes d'agression sexuelle.
<i>« Généralisabilité »</i>	21	Les auteurs discutent de la généralisation des résultats, notant que l'étude est limitée par la taille de l'échantillon et la spécificité du contexte (services d'urgence formés en SANE).
Autres informations		
<i>Financement</i>	22	Les sources de financement ne sont pas mentionnées dans l'article.
<i>Approbation éthique</i>	23	L'approbation éthique est pas mentionnée.

Article n°9 : Shaw, J., & Coates, V. (2021). Emergency Contraception Administration, Toxicology Kit Use, and Postassault Reporting : A Comparison of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) and Non-SANE Medical Providers. *Journal of Forensic Nursing*, 17(3), 146-153. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000320>

Item		
Grille de lecture STROBE – étude transversale	N° Item	Étude
Titre et résumé	1	Le titre indique bien les variables étudiées et le groupe comparé. L'abstract présente l'objectif de l'étude, la méthode, les principaux résultats, et les conclusions.
Introduction		
<i>Contexte / Justification</i>	2	L'introduction souligne l'importance des SANE dans le soin des victimes d'AS et la nécessité de comparer leurs pratiques avec celles des autres professionnels de santé pour améliorer les soins post-agression.
<i>Objectifs</i>	3	Le but de l'étude est de comparer la prestation de soins médico-légaux post agression sexuelle et les mesures prises par tous les SANE et les prestataires médicaux non-SANE travaillant dans tous les hôpitaux du Massachusetts entre 2011 et 2015
Méthode		
<i>Conception de l'étude</i>	4	C'est une étude quantitative transversale comparative observationnelle. Les données ont été collectées à l'origine pour une autre étude (Shaw et al. 2020) et ont été réutilisées pour la présente étude.
<i>Contexte</i>	5	L'étude a utilisé les données du formulaire PSCR de l'agence de sécurité de l'Etat du Massachusetts.
<i>Population</i>	6	Les participantes sont des personnes ayant eu recours à des soins médicaux de prestataires médicaux SANE et non-SANE d'après les formulaires PSCR.

<i>Variable</i>	7	<p>Les variables principales sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les soins proposés (contraception d'urgence, kit de toxicologie) ; • Faire l'objet d'un rapport de police ; • Faire l'objet d'un rapport de maltraitance (pour les patientes mineures). <p>Le groupe comparé est la variable indépendante (SANE et non-SANE).</p>
<i>Source de données / mesures</i>	8	<p>L'échantillon était constitué de données PSCR pour tous les formulaires reçus par l'agence de sécurité de l'État qui répondait aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données PSCR correspondaient à des kits d'abus sexuels pour adultes remplis par des prestataires médicaux du Massachusetts ; • L'examen médico-légal, y compris la collecte du kit d'AS, a eu lieu entre le 1^{er} janvier 2011 et le 21 décembre 2015 ; • L'AS correspondante s'est produite dans une seule ville du Massachusetts ; • Le formulaire PSCR indiquait qu'un kit d'agression sexuelle avait été utilisé ou n'indiquait pas explicitement qu'un kit n'avait pas été utilisé ; • Le formulaire PSCR indiquait si l'examen médico-légal ait été réalisé par un prestataire de soins SANE ou non SANE, et que cette information ne soit pas manquante sur le formulaire.
<i>Biais</i>	9	<p>Les auteurs indiquent que ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car ils sont basés sur des dossiers existants que les auteurs ont réorganisés pour répondre aux questions de recherches principales. Il est également plus difficile de connaître le contexte complet d'un cas donné, ce qui peut avoir un impact sur les variables d'intérêts.</p>

<i>Taille de l'étude</i>	10	N = 3'969
<i>Variable quantitatives</i>	11	Les variables quantitatives incluent la fréquence des interventions (administration de contraception, utilisation des kits, signalement), qui sont analysées pour les groupes SANE et non-SANE.
<i>Analyses statistiques</i>	12	Les auteurs mettent l'accent sur l'importance de remplir les dossiers médicaux de manière cohérente, précise et complète, car chaque information, même celle qui peut sembler inutile à la prestation de soins sur le moment, peut être utilisé ultérieurement pour examiner et évaluer la prestation de soins.
Résultats		
<i>Population</i>	13	92% des patients inclus dans l'étude étaient des femmes.
<i>Données descriptives</i>	14	<p>Les auteurs ont formulé quatre hypothèses :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les taux d'administration de la contraception d'urgence seraient plus élevés dans les cas traités par les SANE que dans ceux traités par les autres prestataires, car les SANE sont censés discuter systématiquement la probabilité d'une éventuelle grossesse et les options de traitements auprès des patientes victimes d'AS. • Les taux d'utilisation des kits de toxicologie par les SANE seraient inférieurs à ceux des autres prestataires, car les SANE sont censés mieux comprendre quand un dépistage toxicologique est approprié et savent que les tests de routine ne sont pas recommandés. • Les taux de signalement à la police au moment de l'examen seraient inférieurs dans les cas traités par les SANE par rapport à ceux traités par les prestataires non-SANE, car les SANE sont censés comprendre et expliquer aux patients leurs droits aux soins médicaux indépendamment du fait qu'ils signalent ou non à la police et présenter le signalement à la police comme une option et soutenir la décision du patient à ce sujet. • Les taux de signalement obligatoires de maltraitance d'enfants aux services publics de protection de l'enfance seraient plus élevés chez les SANE que

		chez les prestataires non-SANE, car du fait de leur statut, les SANE sont informés de leur obligation de déposer un rapport de maltraitance d'enfant pour tous les mineurs, alors que les prestataires non-SANE peuvent exercer une plus grande discrétion dans la décision de déposer un rapport.
<i>Données obtenues</i>	15	L'analyse de la relation entre le type de prestataire (SANE ou non-SANE) et l'administration de la contraception d'urgence, l'utilisation du kit de toxicologie, le signalement à la police au moment de l'examen, et le signalement de maltraitance sur mineurs étaient toutes statistiquement significatives.
<i>Principaux résultats</i>	16	Les 4 hypothèses formulées par les auteurs ont été confirmées, ce qui suggère que les SANE fournissent comme attendu des soins médico-légaux experts, complets et adaptés à la première réponse de prise en soins des survivants d'AS.
<i>Autres analyses</i>	17	Il n'y a pas d'analyses secondaires complexes rapportées. L'accent est mis sur la comparaison des pratiques entre les deux groupes.
Discussion		
<i>Résultats clés</i>	18	Les auteurs indiquent que tous les patients victimes d'AS, et ce dans toutes les communautés, devraient avoir accès aux soins SANE, puisque la présente étude confirme les conclusions de la littérature antérieure, à savoir que les SANE sont des spécialistes particulièrement qualifiés pour fournir des soins optimaux aux patients victimes d'AS, et apportent une réponse nettement améliorée en comparaison aux professionnels de santé non-SANE.
<i>Limitation</i>	19	L'échantillon examiné ne comprend que les cas dans lesquels le patient a consenti au prélèvement d'un kit d'agression sexuelle, il est donc possible que les services rendus auprès des patients victimes d'AS cherchant à obtenir des soins médicaux après l'agression mais refusant le

		prélèvement différent, et faussant donc potentiellement les résultats concernant plusieurs variables d'intérêt.
<i>Interprétation</i>	20	Les SANE recevant une formation approfondie sur les soins aux patients victimes d'AS, il est possible qu'ils soient plus familiarisés avec la documentation nécessaire, et donc plus susceptibles de remplir le formulaire PSCR de manière plus précise et cohérente que les autres prestataires de soins. Dans le cadre de l'étude, un formulaire avec des données manquantes sur les variables d'intérêt étudiées n'était pas inclus. Il est donc possible que les différences de taux entre les SANE et les non-SANE soient encore plus prononcées que dans la présente étude.
« Généralisabilité »	21	Les auteurs précisent que les résultats observés ne peuvent pas être généralisable car l'Etat du Massachusetts est unique par son niveau d'engagement en faveur d'une réponse centralisée et coordonnée aux AS, ce qui fait que les prestataires médicaux non-SANE de cet état peuvent probablement officier une meilleure réponse médicale aux victimes d'AS que dans d'autres états des Etats-Unis.
Autre information		
<i>Financement</i>	22	Les sources de financement ne sont pas mentionnées dans l'article.
<i>Approbation éthique</i>	23	Le <i>Boston College Institutional Review Board</i> a déterminé que l'utilisation des données PSCR à des fins de recherches n'était pas soumise à l'examen du conseil d'examen institutionnel en raison de la nature des données.

Emergency Department Preparedness to Care for Sexual Assault Survivors: A Nationwide Study

Kristen Chalmers, BA*

Meredith Hollender, BS, MPP*

Liam Spurr, BS*

Ramya Parameswaran, MD, PhD†

Nicole Dussault, MD, MS‡

Jeanne Farnan, MD, MHPE*

Sonia Oyola, MD§

Keme Carter, MD*

*University of Chicago Pritzker School of Medicine, Department of Medicine, Chicago, Illinois

†University of California San Francisco Health, San Francisco, California

‡Duke University, Duke University Medical Center, Department of Internal Medicine, Durham, North Carolina

§University of Chicago Pritzker School of Medicine, Department of Family Medicine, Chicago, Illinois

Section Editor: David Thompson, MD

Submission history: Submitted October 28, 2022; Revision received January 6, 2023; Accepted February 2, 2023

Electronically published April 26, 2023

Full text available through open access at http://escholarship.org/uc/uciem_westjem

DOI: 10.5811/westjem.59257

Introduction: Emergency departments (ED) provide trauma-informed care to sexual assault (SA) survivors and connect them with comprehensive services. Through surveying SA survivor advocates, we aimed to 1) document updated trends in the quality of care and resources offered to SA survivors and 2) identify potential disparities according to geographic regions in the US, urban vs rural clinic locations, and the availability of sexual assault nurse examiners (SANE).

Methods: We conducted a cross-sectional study between June-August 2021, surveying SA advocates who were dispatched from rape crisis centers to support survivors during ED care. Survey questions addressed two major themes in quality of care: staff preparedness to provide trauma-response care; and available resources. Staff preparedness to provide trauma-informed care was assessed through observations of staff behaviors. We used Wilcoxon rank-sum and Kruskal-Wallis tests to analyze differences in responses according to geographic regions and SANE presence.

Results: A total of 315 advocates from 99 crisis centers completed the survey. The survey had a participation rate of 88.7% and a completion rate of 87.9%. Advocates who indicated that a higher proportion of their cases were attended by SANEs were more likely to report higher rates of trauma-informed staff behaviors. For example, the recalled rate of staff asking patients for consent at every step of the exam was significantly associated with SANE presence ($P < 0.001$). With respect to access to resources, 66.7% of advocates reported that hospitals often or always have evidence collection kits available; 30.6% reported that resources such as transportation and housing are often or always available, and 55.3% reported that SANEs are often or always part of the care team. The SANEs were reported to be more frequently available in the Southwest than in other US regions ($P < 0.001$) and in urban as opposed to rural areas ($P < 0.001$).

Conclusion: Our study indicates that support from sexual assault nurse examiners is highly associated with trauma-informed staff behaviors and comprehensive resources. Urban-rural and regional disparities exist regarding access to SANEs, suggesting that elevating nationwide quality and equity in care of survivors of sexual assault requires increased investments in SANE training and coverage. [West J Emerg Med. 2023;24(3)629–636.]

INTRODUCTION

Sexual assault (SA) is a nationwide public health crisis with long-term health consequences. Within the United States, 43.6% of women and 24.8% of men experience some form of contact sexual violence within their lifetime.¹ Survivors of SA bear the burden of both acute and long-lasting sequelae, including injuries, sexually transmitted diseases, and an increased risk of chronic physical and mental health problems.²

Emergency departments (ED) play a critical role in serving the approximately 21% of SA survivors who seek acute medical attention.³ Ideally, EDs provide survivors with comprehensive services to address their physical and mental health needs, including crisis counseling, sexually transmitted infection management, emergency contraception, and HIV exposure management.^{4,5} Survivors are also offered the option to complete a SA examination kit to obtain forensic evidence. This includes swabbing the vagina, rectum, and mouth, plucking and combing head and pubic hairs, and obtaining fingernail scrapings and blood samples.^{6,7} The interpersonal dynamic between ED staff and patient is critical during these invasive procedures. While positive interactions can be empowering to SA survivors, negative interactions with ED staff can increase SA survivors' risk of post-traumatic stress symptomatology and decrease their likelihood of seeking further medical and legal assistance.⁸⁻¹⁰

Many EDs use additional support from specialized sexual assault response teams when caring for SA survivors. These teams typically consist of SA patient advocates and/or sexual assault nurse examiners (SANE). The SA patient advocates serve as first-response crisis counselors, assist survivors in navigating the medical and legal processes in the ED, and provide referrals to follow-up support services.¹¹ The SA patient advocates are volunteers or staff members at sexual violence crisis centers who are dispatched to hospitals to assist with SA patient cases.¹² SANEs are registered nurses trained in trauma-informed approaches to survivors' medical care, conducting forensic examinations and providing forensic documentation in legal cases.¹³⁻¹⁵ Budgetary constraints, scheduling, or a lack of contracts between hospitals, SANE programs, and/or rape crisis centers lead to many SA patients receiving specialized support from only a SA advocate, a SANE, or neither.¹⁶

Providing SA survivors with high-quality care can be challenging for many hospitals. A 2013 survey of US hospitals found that only ~20% provided survivors with comprehensive services, including SA crisis counseling, sexually transmitted infection management, HIV management, and emergency contraception.¹⁷ Furthermore, small, qualitative studies suggest that ED staff have low self-efficacy when working with SA patients.¹⁸ Despite SA-related ED visits in the US increasing from 3,607 in 2006 to 55,296 in 2019, there is limited research documenting how EDs have responded to this increase in utilization volume.¹⁹ Additionally, there are no nationwide perspectives on the quality of care offered to SA patients in EDs

Population Health Research Capsule

What do we already know about this issue?
United States' emergency departments provide post-assault care to over 55,000 sexual assault (SA) survivors per year. The quality of trauma-informed care and resources offered are highly variable.

What was the research question?
Are there disparities in the care offered to SA survivors according to geography (region and urban vs rural)?

What was the major finding of the study?
The availability of SA nurse examiners (SANE), which is lower in rural compared to urban areas ($P < 0.001$), is positively associated with trauma-informed care ($P < 0.001$) to the benefit of SA patients.

How does this improve population health?
Elevating nationwide quality and equity in SA survivor care requires increased investments in SANE training and coverage.

in the wake of societal shifts such as the #MeToo movement, which has led to changes in societal perceptions of survivors and their treatment in other medical settings.²⁰⁻²²

When studying nationwide trends and potential disparities in ED care of SA survivors, patient advocates can serve as reliable sources of information.⁸ As observers of numerous SA ED cases, patient advocates have valuable insight into SA patients' ED experiences, and their nationwide presence allows for widespread data collection. The most recent surveys of ED care of SA survivors in the US are not nationwide. For example, testimony by the US Government Accountability Office on the availability of forensic examiners was limited to data collection from six states. Therefore, more comprehensive data collection is needed. Our aim in this study, therefore, was to survey advocates to 1) document updated trends in the quality of care and resources offered to SA survivors, and 2) identify potential disparities with regard to SANE and resource availability in EDs according to US geographic regions and urban vs rural clinic locations.

METHODS

Our methods are reported according to the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES).²³

We developed an electronic survey to explore two major themes in ED preparedness in caring for SA patients: staff preparedness and physical resources. Staff preparedness to provide trauma-informed care was assessed through

advocates' observations of staff behaviors that previous studies have identified as potentially retraumatizing, such as expressing disbelief or blame and not providing thorough explanations of care.^{9,24,25} Assessment of physical resources included questions regarding how frequently hospitals had evidence collection kits available, in addition to access to resources such as transportation and emergency housing. To assess the validity of the online survey, we conducted cognitive interviews with three SA patient advocates via Zoom video call (Zoom Video Communications, San Jose, CA), and iterative changes were made to ensure survey clarity.^{26,27} A link to the full survey is available in Appendix 1.

Patient advocates for SA victims were recruited from participating rape crisis centers via email. We identified participating rape crisis centers via online search and contacted them via phone and email. Of 137 centers with advocacy services where study team members spoke directly to center staff, 135 agreed to distribute the survey to their SA patient advocates. After agreeing to assist with survey distribution, staff at participating centers sent the survey link and background information to their SA patient advocates via email. Before providing consent via an online survey form, participating SA patient advocates were provided information about the research aims, study time commitment, privacy risks, and investigator contact information. Participants were offered the opportunity to enter a raffle for a \$250 gift card as a survey incentive.

Survey responses were captured automatically via the secure REDcap platform hosted at University of Chicago between June-August 2021. Survey data were stored separately from identifiable participant data that was collected for recruitment purposes. The survey included between 57-100 items (dependent on adaptive questioning) distributed over four pages. Survey respondents were able to review and change their answers using a back button. Surveys that were terminated early were included in the analysis.

To analyze differences in survey responses between geographic regions in the US and between urban and rural clinic locations, we first coded Likert-type survey responses on a five-point ordinal scale. Data from the US Department of Agriculture were used to classify the county within which rape crisis centers were located as urban or rural.²⁸ We used non-parametric tests to assess differences in these ordinal values across comparison groups. A Wilcoxon rank-sum test was used for comparisons between two groups, and we used a Kruskal-Wallis test for comparisons of more than two groups. Correlations between two ordinal variables were assessed using a Spearman correlation. All statistical tests were two-sided and performed using R v4.0.5 (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria). Adjusted *P*-values to control the false discovery rate were computed using the Benjamini-Hochberg method; an adjusted *P*-value of < 0.05 was considered significant.²⁹ The institutional review board at the study institution approved the study procedures.

RESULTS

The survey had a participation rate (unique webpage viewers who agreed to participate out of total unique first survey-page views) of 88.7% and a completion rate (unique webpage viewers who finished the survey out of total unique views who agreed to participate) of 87.9%. A total of 321 advocates from 119 crisis centers responded to the survey. Crisis centers represented 44 states and ranged from rural crisis centers serving numerous counties to crisis centers affiliated with urban, academic medical centers. Participant demographic information is summarized in Table 1.

Table 1. Demographic data of survey participants.

Participant Characteristics (N = 315)	n, %
Racial/ethnic background	
White	218, 79.0%
Black	20, 7.2%
Hispanic/LatinX	41, 14.9%
Asian	10, 3.6%
Native American/Alaskan Native	5, 1.8%
Native Hawaiian /Pacific Islander	1, 0.4%
Other	4, 1.4%
Gender Identity	
Female-identifying	254, 92.4%
Male-identifying	10, 3.6%
Non-binary/gender fluid	9, 3.3%
Prefer not to say	2, 0.7%
Age (mean, standard deviation)	37.5, 13.0
Number of years of experience as advocate (mean, standard deviation)	4.6, 4.8
Number of patient experiences as a survivor advocate	
1-20	104, 37.9%
20-50	62, 22.7%
50+	108, 39.4%

Quality-of-care Trends

Figure 1 presents selected quality-of-care indicators related to clinician attitudes and behaviors. Over half of respondents (53.2%) reported that they observe ED staff conveying skepticism, either verbally or non-verbally, about a patient's account of SA sometimes, often, or always. Approximately one-quarter of respondents (28.35%) reported observing ED staff blaming survivors for the circumstances of their SA sometimes, often, or always. Similar proportions of advocates recalled that health professionals sometimes, often, or always thoroughly explain all medical care/each step of the exam and ask for consent at every step of the exam (83.6%)

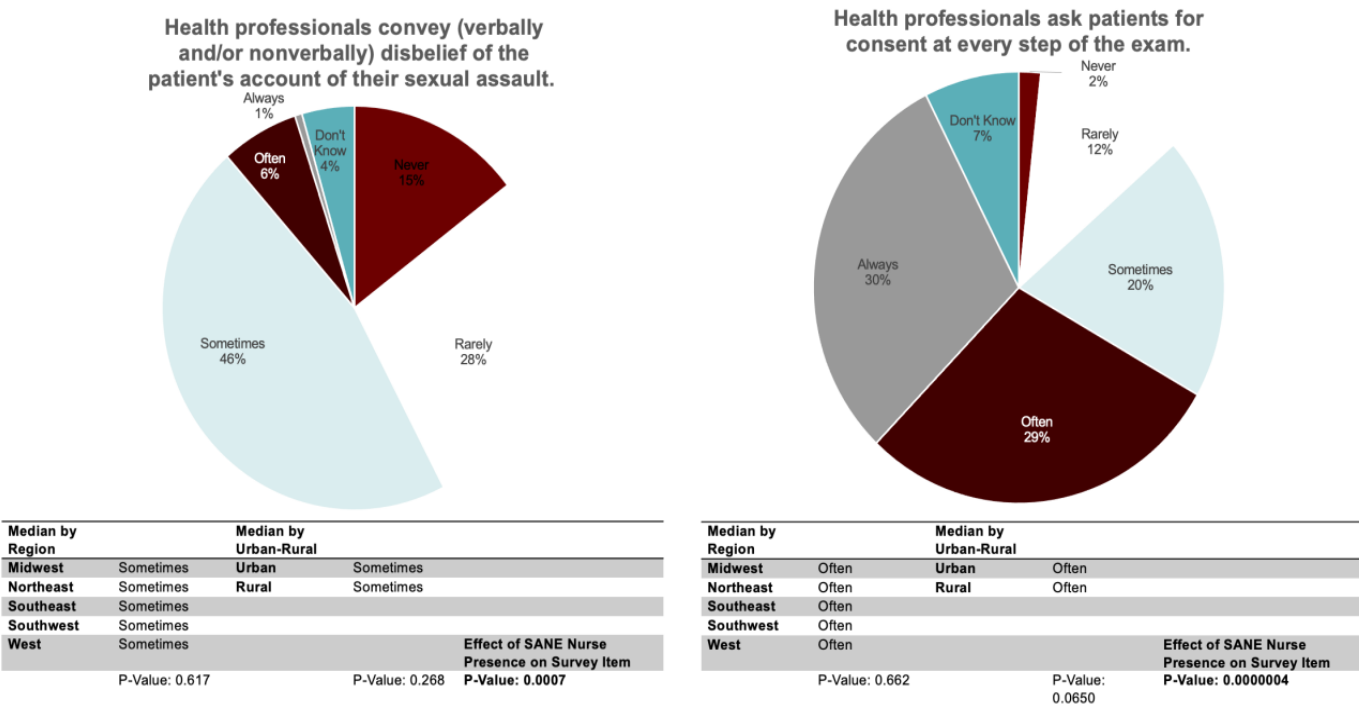


Figure 1. Selected quality-of-care indicators: clinician attitudes and behaviors. SANE, Sexual Assault Nurse Examiner.

and 78.4%, respectively), and 43.9% of advocates stated that they sometimes, often, or always recalled ED staff pressuring survivors to complete the exam or file a police report. Rates of recalled empathy were high: 95.6% of advocates reported that ED staff were sometimes, often, or always empathetic towards SA survivors.

Quality-of-care Disparities

There were no significant differences in quality-of-care indicators related to provider attitudes and behaviors between US geographical regions or urban vs. rural regions. However, advocates who indicated that a higher proportion of their cases were attended by SANEs were more likely to report higher rates of trauma-informed staff behaviors. Notably, the recalled rate of ED staff explaining all medical care and asking patients for consent at every step of the exam was significantly associated with SANE presence ($P < 0.001$).

Hospital Resource Trends

Figure 2 presents indicators of hospital preparedness, including protocols, ED staff preparedness, and resources. Indicators of procedural inefficiencies were common. A high percentage (70.7%) of advocates reported that patients sometimes, often, or always experience long wait times (>30 minutes) between different steps of their visit, including moving from the waiting room to an examination room, starting the medical forensic exam, medications, follow-up education, and discharge papers. A similar percentage of

advocates (71.5%) recalled that survivors sometimes, often, or always must repeat their assault story to multiple members of the care team.

In assessing ED staff preparedness, 65.8% of advocates recalled that ED staff were sometimes, often, or always comfortable completing a medical forensic exam. A notable percentage of advocates (18.0%) reported that ED staff were never or rarely comfortable completing a medical forensic exam. While most hospitals have the resources to conduct forensic medical examinations, resources to meet survivors’ comprehensive needs are less consistent. For example, while 78.8% of advocates recalled that hospitals sometimes, often, or always have SA evidence collection kits available, only 57.9% of advocates recalled that hospitals sometimes, often, or always have resources to support patients after discharge, such as clothes for patients to change into, vouchers for follow-up care, and information to address survivors’ basic needs, such as transportation and emergency housing. Nearly three-quarters (74.4%) of advocates reported that the patient care team was sometimes, often, or always supported by a SANE.

Hospital Resources: Geographic Disparities

With respect to differences in hospital preparedness among both US geographical regions and urban vs rural regions, SANEs were more often part of the care team in the Southwest than in other US regions ($P < 0.001$). SANEs were also more frequently present in urban as opposed to rural areas ($P < 0.001$). Advocates who indicated that a higher

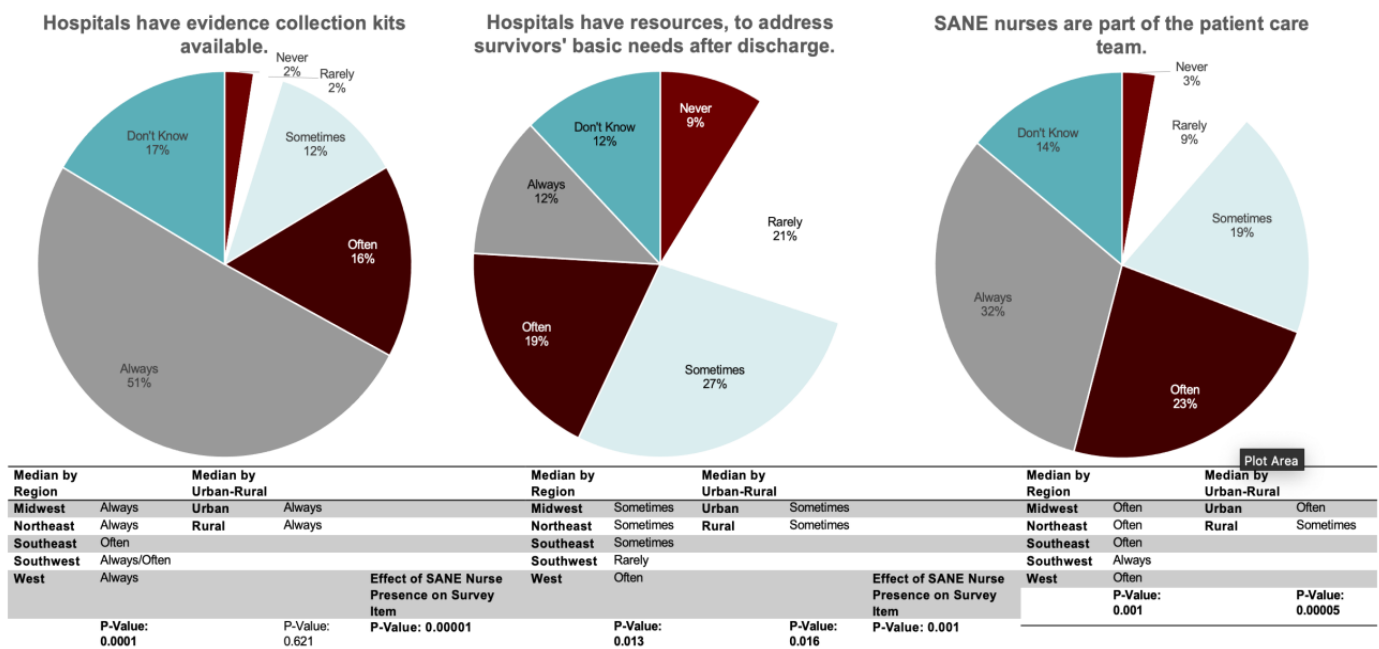


Figure 2. Selected hospital preparedness indicators: protocols, staff preparedness, and resources. SANE, Sexual Assault Nurse Examiner.

proportion of their cases were attended by SANEs were more likely to report higher rates of several components of hospital preparedness, including shorter waiting times, lower rates of survivors repeating their story, ED staff comfort with the medical exam, availability of forensic exam kits, and availability of follow-up resources (Figure 2). SANE presence was most highly associated with ED staff being comfortable completing a medical forensic exam ($P < 0.001$) and the availability of post-discharge resources ($P < 0.001$).

DISCUSSION

Evolving societal perceptions of SA have changed the ED care of SA survivors, with increased ED utilization and advancing standards for trauma-informed care.¹⁹ However, our study reveals widespread variations in the quality of trauma-informed care and delivery of appropriate post-SA resources. Increased SANE presence is highly associated with more consistent observations of trauma-informed ED staff-patient interactions, as well as improved delivery of comprehensive resources to address patients’ medical and social needs. When comparing urban to rural regions of the US, patients seeking care in urban regions are more likely to be supported by a SANE.

Our findings on quality-of-care indicators related to clinician attitudes and behaviors, including levels of conveyed disbelief and blame, indicate that SA survivors who present to hospitals nationwide may be exposed to retraumatizing interactions. This study provides a nationwide perspective on the prevalence of negative interactions between SA survivors and ED staff that have been previously documented in local or regional qualitative studies.^{25,30,31} The reasons for widespread

deficiencies in quality of care are multifactorial. The ED often serves as the medical safety net of communities, and patients with a myriad of acute and complex medical and social needs seek care in EDs across the country.^{32,33} High patient volumes, especially in the context of staffing shortages, can contribute to the deterioration in quality of care.^{34,35} While global improvements in patient care are a complex challenge, targeted improvement in SANE staffing can mitigate the outsized impact of negative ED encounters on survivors of SA.

The association of SANE presence with various survey measures of high-quality care aligns with prior studies documenting that EDs with SANE programs provide comprehensive medical services and proper completion of forensic examinations at higher rates than EDs lacking SANEs.^{36,37} Numerous studies have also demonstrated that SA survivors whose ED care is supported by SANEs are more likely to report receiving compassion, clear explanations, and choices.^{38,39} Our study provides an update on the trajectory of nationwide SANE coverage. In a 2009-2010 survey, approximately one-third of hospitals reported never having a SANE present during the care of SA survivors in the ED; less than 3% of advocates surveyed in our study reported never having worked with SANEs during ED management of SA survivors.¹⁷ This is likely the result of initiatives such as the 2018 Advanced Nursing Education - Sexual Assault Nurse Examiners Program, which allocated 24.3 million dollars of Bureau of Health Workforce of the Health Resources and Services Administration funding to SANE training at 20 academic institutions.⁴⁰

Although SA is understudied in rural areas, our data aligns with studies documenting scarce resources, including

healthcare personnel, in specific rural areas.⁴¹⁻⁴³ As reported in a Pennsylvania-based study, SANEs are limited by inconsistent coverage, placing rural SA survivors at risk of receiving lower quality ED care.⁴⁴ While our study did not find direct correlations between urban vs rural location and quality-of-care measures, SANE presence, which was less common in rural areas, was associated with many positive clinician behaviors, and their absence was associated with several negative behaviors. These negative clinician behaviors, such as conveying disbelief of the survivor's account of sexual assault, may have serious ramifications for survivors' legal credibility and access to resources.⁴⁵⁻⁴⁷

Addressing these urban vs rural disparities in SA survivor care requires the implementation of evidence-based strategies to recruit, train, and retain SANEs to serve rural regions. Innovative training programs developed through the Advanced Nursing Education - Sexual Assault Nurse Examiners Program have proved successful in improving SANE coverage in regions of Texas and Florida and can serve as a model for widescale SANE-coverage expansion.⁴⁸ Blended learning programs that supplement simulated clinical experiences with online education are a promising alternative to traditional classroom learning that can be employed in rural settings.⁴⁹

While expanding educational opportunities for SANE training is a foundational step, it is merely one component of many necessary steps to reduce disparities and elevate the quality of SA survivor care nationwide. Our study and previous work show that notable proportions of non-SANE ED staff may be uncomfortable with performing the medical forensic exam. This also provides a wider context to qualitative studies documenting low self-efficacy among ED staff when working with SA patients and demonstrates that insufficient training in SA patient care is a problem on a national level.^{18,50} Although there is currently no published standardized curriculum that provides continuing medical education in the trauma-informed management of SA survivors for physician trainees,⁵¹ educational interventions for ED staff show great promise in increasing self-efficacy and ability to avoid retraumatizing patients.^{52,53} Collaborative trainings that use the experience of SANEs are particularly impactful.⁵⁴

LIMITATIONS

The inherent limitations of this study should inform interpretation of our data. Advocates who work with centers that dispatch SA advocates to multiple hospitals reported an average of their experiences. Therefore, granularity regarding hospital type was lost. Additionally, most survey respondents were White, cisgender women. While this is likely reflective of the nationwide population of SA patient advocates, it is not reflective of SA survivors themselves and, therefore, could have influenced the survey data obtained. Future studies should further explore disparities in quality of ED care offered to SA survivors that may be influenced by patient identity.

Additionally, survey respondents may have been influenced by recall bias and thus may have reported the more memorable interactions with emergency clinicians.

CONCLUSION

Our study underscores the importance of more consistent standards for hospital preparedness to elevate the nationwide quality of ED care of sexual assault patients. Interventions should aim to decrease ED wait times, reduce the number of times patients must repeat their stories, and improve the consistency with which post-discharge resources are offered to patients. Addressing gaps in staff preparedness through more robust clinician training and increased consistency in coverage by sexual assault nurse examiners should also be prioritized to minimize potentially retraumatizing experiences for SA patients in the ED. This is particularly important to address disparities in the quality of care offered to urban and rural sexual assault survivors.

ACKNOWLEDGMENTS

We would like to thank the partnering sexual assault crisis centers and participants for their generosity in sharing their experiences. We would also like to thank Tanvee Sinha for her assistance with outreach to sexual assault crisis centers.

Address for Correspondence: Kristen Chalmers, BA, University of Chicago Pritzker School of Medicine, 924 E 57th St, Chicago, IL, 60637. Email: kchalmers@uchicagomedicine.org

Conflicts of Interest: By the WestJEM article submission agreement, all authors are required to disclose all affiliations, funding sources and financial or management relationships that could be perceived as potential sources of bias. The study was funded by the generosity of the Bucksbaum Center for Clinical Excellence. There are no conflicts of interest to declare.

Copyright: © 2023 Chalmers et al. This is an open access article distributed in accordance with the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0) License. See: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

REFERENCES

1. Smith SG, Zhang X, Basile KC, et al. (2018) The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2015 Data Brief—Updated Release. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, US Centers for Disease Control and Prevention.
2. Basile KC, Smith SG, Chen J, Zwald M. Chronic diseases, health conditions, and other impacts associated with rape victimization of US women. *J Interpers. Violence*. 2021;36(23-24):NP12504-NP12520.
3. Zinzow HM, Resnick HS, Barr SC, et al. Receipt of post-rape medical care in a national sample of female victims. *Am J Prev Med*. 2012;43(2):183-187.
4. Vrees RA. Evaluation and management of female victims of sexual

- assault. *Obstet/ Gynecol Surv.* 2017;72(1):39-53.
5. Bates C. Evaluation and management of adult and adolescent sexual assault victims 2021. <https://www.uptodate.com/contents/-Evaluation-andmanagement-of-adult-and-adolescent-sexual-assault-victims>.
6. Ingemann-Hansen O, Charles AV. Forensic medical examination of adolescent and adult victims of sexual violence: Best practice & research. *Clin Obstet Gynecol.* 2013;27(1):91-102.
7. Muldoon KA, Drumm A, Leach T, Heimerl M, Sampsel K. Achieving just outcomes: forensic evidence collection in emergency department sexual assault cases. *Emerg Med J.* 2018;35(12):746-752.
8. Campbell R. The community response to rape: Victims' experiences with the legal, medical, and mental health systems. *Am J Community Psychol.* 1998;26(3):355-379.
9. Campbell R, Raja S. The sexual assault and secondary victimization of female veterans: help-seeking experiences with military and civilian social systems. *Psychol Women Q.* 2005;29(1):97-106
10. McQueen K, Murphy-Oikonen J, Miller A, Chambers L. Sexual assault: women's voices on the health impacts of not being believed by police. *BMC Women's Health.* 2021;21(1):1-10.
11. Greeson MR, Campbell R. Sexual Assault Response Teams (SARTs). An empirical review of their effectiveness and challenges to successful implementation. *Trauma Violence Abuse.* 2013;14(2):83-95.
12. Zajac J. National sexual assault response team survey report. *Health Care.* 2011;31:12.
13. Cole J, Logan T. Negotiating the challenges of multidisciplinary responses to sexual assault victims: Sexual assault nurse examiner and victim advocacy programs. *Res Nurs Health.* 2008;31(1):76-85.
14. Ledray LE, Faugno D, Speck P. SANE: Advocate, forensic technician, nurse? *J Emerg Nurs.* 2001;27(1):91-93.
15. SANE-A CCR. The Forensic Sexual Assault Medical Legal Examination: The SANE Exam. *Handbook of Sexual Assault and Sexual Assault Prevention.* Springer; 2019:609-632
16. Delgadillo DC. When there is no sexual assault nurse examiner: emergency nursing care for female adult sexual assault patients. *J Emerg Nurs.* 2017;43(4):308-315.
17. Patel A, Roston A, Tilmon S, et al. Assessing the extent of provision of comprehensive medical care management for female sexual assault patients in US hospital emergency departments. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;123(1):24-28.
18. Amin P, Buranosky R, Chang JC. Physicians' perceived roles, as well as barriers, toward caring for women sex assault survivors. *Womens Health Issues.* 2017;27(1):43-49.
19. Vogt EL, Jiang C, Jenkins Q, et al. Trends in US emergency department use after sexual assault, 2006-2019. *JAMA Netw Open.* 2022;5(10):e2236273-e2236273. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.3627
20. Azzopardi C, Smith TD. Paediatric health care in the# MeToo era: advocating for survivors of sexual violence. *Paediatr Child Health.* 2019;24(4):213-215.
21. Coverdale J, Roberts LW, Balon R, et al. *#MeToo and Female Patients with Major Mental Disorders: What Should Academic Psychiatry Do?* Springer; 2020. p. 11-15.
22. Hegarty K, Tarzia L. Identification and management of domestic and sexual violence in primary care in the# MeToo era: an update. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(2):12.
23. Eysenbach G. Improving the quality of web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res.* 2004;6(3):e132.
24. Chalmers K, Parameswaran R, Dussault N, et al. Patient advocates' perspectives on the care of sexual assault survivors in Chicago-area emergency departments. presented at: University of Chicago NorthShore Department of Family Medicine 11th Annual Scholarship Day; 2021; Virtual.
25. Maier SL. "I have heard horrible stories..." Rape victim advocates' perceptions of the revictimization of rape victims by the police and medical system. *Violence Against Women.* 2008;14(7):786-808.
26. Willis GB. *Cognitive Interviewing: A Tool for Improving Questionnaire Design.* Sage Publications; 2004.
27. Willis GB, Artino Jr AR. What do our respondents think we're asking? Using cognitive interviewing to improve medical education surveys. *J Grad Med Educ.* 2013;5(3):353-356.
28. Agriculture UDO. Rural definition based on Office of Management and Budget (OMB). Metro Counties. 2021. <https://www.ers.usda.gov/topics/rural-economy-population/rural-classifications/>. Accessed September 16, 2021.
29. Benjamini Y, Hochberg Y. Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *J R Statist Soc B. (Methodological).* 1995;57(1):289-300.
30. Maier SL. Sexual assault nurse examiners' perceptions of the revictimization of rape victims. *J Interpers Violence.* 2012;27(2):287-315.
31. Campbell R. The Psychological Impact of Rape Victims' Experiences with the Legal, Medical, and Mental Health Systems. 2013:149-178.
32. Pines JM, Lotrecchiano GR, Zocchi MS, et al. A conceptual model for episodes of acute, unscheduled care. *Ann Emerg Med* 2016;68(4):484-491. e3.
33. Greenwood-Ericksen MB, Kocher K. Trends in emergency department use by rural and urban populations in the United States. *JAMA Netw Open.* 2019;2(4):e191919-e191919.
34. McKenna P, Heslin SM, Viceddino P, Mallon WK, Hernandez C, Morley EJ. Emergency department and hospital crowding: causes, consequences, and cures. *Clin Exp Emerg Med.* 2019;6(3):189.
35. Kelen GD, Wolfe R, D'Onofrio G, et al. Emergency department crowding: the canary in the health care system. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery.* 2021;2(5)
36. Schmitt T, Cross TP, Alderden M. Qualitative analysis of prosecutors' perspectives on sexual assault nurse examiners and the criminal justice response to sexual assault. *J Forensic Nurs.* 2017;13(2):62-68.
37. Patterson D, Campbell R, Townsend SM. Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) program goals and patient care practices. *J Nurs Scholarsh.* 2006;38(2):180-186.
38. Fehler-Cabral G, Campbell R, Patterson D. Adult sexual assault survivors' experiences with sexual assault nurse examiners (SANEs). *J Interpers Violence.* 2011;26(18):3618-3639.

39. Campbell R, Patterson D, Adams AE, Diegel R, Coats S. A participatory evaluation project to measure SANE nursing practice and adult sexual assault patients' psychological well-being. *J. Forensic Nurs.* 2008;4(1):19-28.
40. Colbert AM, Sekula LK. A major investment in the United States sexual assault nurse examiner workforce. *J. Forensic Nurs.* 2022;18(1):1-3.
41. Averill JB, Padilla AO, Clements PT. Frightened in isolation: unique considerations for research of sexual assault and interpersonal violence in rural areas. *J. Forensic Nurs.* 2007;3(1):42-46.
42. Carter-Snell C, Jakubec S, Hagen B. Collaboration with rural and remote communities to improve sexual assault services. *J. Community Health.* 2020;45(2):377-387.
43. Choo EK, Newgard CD, Lowe RA, Hall MK, McConnell KJ. Rural-urban disparities in emergency department intimate partner violence resources. *West J. Emerg. Med.* 2011;12(2):178.
44. Thiede E, Miyamoto S. Rural availability of sexual assault nurse examiners (SANEs). *J. of Rural Health.* 2021;37(1):81-91.
45. Murugan V, Holzer KJ, Vaughn MG, Carbone JT, Jackson DB, Bitter CC. Coding of sexual assault by emergency physicians: a nationally representative study. *West J. Emerg. Med.* 2021;22(2):291.
46. Torregosa MB, Chaudhuri N, del Rosario Benavides M, et al. Building a capacity of sexual assault nurse examiners in an underserved US-Mexico border region. *J. Forensic Nurs.* 2022;18(1):30-38.
47. Thomas T, Nobrega JC, Britton-Susino S. challenges and collaborations: a case study for successful Sexual Assault Nurse Examiner education in rural communities during the COVID-19 pandemic. *J. Forensic Nurs.* 2022;18(1):59-63.
48. Mitchell SA, Charles LA, Downing N. Increasing access to forensic nursing services in rural and underserved areas of Texas. *J. Forensic Nurs.* 2022;18(1):21-29.
49. Sheeran B, Kiser L, Williams-Gilbert W, et al. Sexual assault nurse examiner training: a review of literature and implication for nursing education and service to rural communities. *J. Forensic Nurs.* 2022;18(2):78-84.
50. Marshall AJ, Schultz T, de Crespigny CF. Emergency clinicians' perceived self-efficacy in the care of intoxicated women victims of violence. *Int. Emerg. Nurs.* 2018;40:18-22.
51. Sande MK, Broderick KB, Moreira M, et al. Sexual assault training in emergency medicine residencies: a survey of program directors. *West J. Emerg. Med.* 2013;14(5).
52. Auten JD, Ross EM, French MA, et al. Low-fidelity hybrid sexual assault simulation training's effect on the comfort and competency of resident physicians. *J. Emerg. Med.* 2015;48(3):344-350.
53. McLaughlin SA, Monahan C, Doezeema D, Crandall C. Implementation and evaluation of a training program for the management of sexual assault in the emergency department. *Ann. Emerg. Med.* 2007;49(4):489-494.
54. Chandramani A, Dussault N, Parameswaran R, et al. A needs assessment and educational intervention addressing the care of sexual assault patients in the emergency department. *J. Forensic Nurs.* 2020;16(2):73-82.



Published in final edited form as:

J Forensic Nurs. 2020 ; 16(2): 73–82. doi:10.1097/JFN.0000000000000290.

A Needs Assessment and Educational Intervention Addressing the Care of Sexual Assault Patients in the Emergency Department

Ayushi Chandramani, MD^{1,2,*}, Nicole Dussault^{1,*}, Ramya Parameswaran, PhD^{1,3,*}, Jaclyn Rodriguez, RN SANE-A⁴, Jared Novack, MD⁵, James Ahn, MD MHPE⁶, Sonia Oyola, MD^{1,7}, Keme Carter, MD^{1,6}

¹Pritzker School of Medicine, University of Chicago.

²Emergency Medicine Residency, Icahn School of Medicine at Mount Sinai.

³Medical Scientist Training Program, University of Chicago.

⁴Crime Victims Services, Office of the Illinois Attorney General.

⁵NorthShore University Health System.

⁶Department of Medicine, University of Chicago.

⁷Department of Family Medicine, University of Chicago.

Abstract

Emergency department (ED) providers serve as the primary point-of-contact for many survivors of sexual assault, but are often untrained on their unique treatment needs. Sexual assault nurse examiners (SANE) are therefore an important resource for training other ED providers. The objective of this project was to create a SANE-led educational intervention addressing this training gap. We achieved this objective by 1) conducting a needs-assessment of ED providers' self-reported knowledge of and comfort with sexual assault patient care at an urban academic adult ED, and 2) using these results to create and implement a SANE-led educational intervention to improve emergency medicine (EM) residents' ability to provide sexual assault patient care. From the needs-assessment survey, ED providers reported confidence in medical management but not in providing trauma-informed care, conducting forensic exams, or understanding hospital policies or state laws. Less than half of respondents felt confident in their ability to avoid re-traumatizing sexual assault patients and only 29% felt comfortable conducting a forensic exam. Based on these results, a SANE-led educational intervention was developed for EM residents, consisting of a didactic lecture, two standardized patient cases, and a forensic pelvic exam simulation. Pre- and post- intervention surveys demonstrated an increase in respondents' ability to avoid re-traumatizing patients, comfort with conducting forensic exams, and understanding of laws and

Corresponding Author Nicole Dussault: University of Chicago Pritzker School of Medicine; 929 East 57th St., Suite 104 Chicago, IL, 60637; (773) 702-1937; ndussault@uchicago.edu.

*First authors, equal contribution

Conflict of Interest:

AC, ND, RP, JR, JA, SO, and KC report no conflict of interest.

policies. These results demonstrate the value of an inter-professional collaboration between physicians and SANEs to train ED providers on sexual assault patient care.

Keywords

sexual assault; rape; sexual assault nurse examiner; forensic exam; medical evidence kit; trauma-informed care; re-traumatization

Introduction

Sexual assault is a pervasive human rights issue across the United States. Current estimates suggest that 1 in 5 women and 1 in 14 men will experience a completed or attempted rape in their lifetime (Smith et al., 2018). In Illinois, 5,309 cases of rape were reported to the Illinois Police Uniform Crime Reporting Program in 2017 (Crime in Illinois 2017, 2017). Sequelae of this violence include serious and long-lasting mental and physical health conditions, making sexual assault a critical medical issue (Pegram & Abbey, 2016; Peterson et al., 2017). Indeed, the emergency department (ED) serves as one of the first points-of-contact for many sexual assault survivors, seeing over 65,000 survivors per year (CDC WISQARS, 2017; Filmlalter et al., 2018).

To meet the unique needs of sexual assault patients, EDs across the country have developed sexual assault nurse examiner (SANE) programs. SANEs are specifically trained in taking sexual assault histories, conducting forensic exams, and providing compassionate care to survivors of sexual assault using a trauma-informed approach (Office for Victims of Crime, 2016). This approach involves realizing how trauma can affect individuals and groups, recognizing signs of trauma, responding through language and behavior that is sensitive to this trauma, and resisting re-traumatization (Huang et al., 2014). Studies have shown that this specialized training makes survivors feel more cared for and humanized during their hospital encounters with SANEs than during prior experiences with non-SANE ED providers (Fehler-Cabral et al., 2011). Past studies have also shown that EDs with SANE programs are more likely to provide STI prophylaxis, emergency contraception, comprehensive medical services, and proper completion of forensic exams (Cameron & Helitzer, 2003; Schmitt et al., 2017).

While SANE programs are extremely effective in addressing the specific needs of sexual assault survivors, SANEs are not always available when needed (Delgadillo, 2017). For instance, as of April 2018, there were only 32 certified SANEs in Illinois, compared to over 10,000 ED nurses (Bowen, 2018; Delaney et al., 2019). In these situations, other ED providers are tasked with providing medical treatment and conducting forensic evidence collection (Campbell et al., 2014). Unfortunately, insufficient training of non-SANE providers on the unique needs of these patients can result in poor outcomes via victim-blaming language, substandard provision of medical care, and inadequate forensic evidence collection (Maier, 2012). For example, a study that surveyed EDs across Illinois showed that only 59.6% always provided emergency contraceptives and only 28% always provided HIV prophylaxis (Patel et al., 2008). Physicians themselves are aware of these educational gaps, and report feeling uncomfortable and unprepared to care for sexual assault patients (Amin et

al., 2017). Thought should be given, therefore, to the development of training programs for healthcare professionals to ensure that they are prepared to meet the unique needs of survivors. Given the expertise and extensive experience of SANEs, they are particularly suited to provide training to their fellow ED providers (Auten et al., 2015; McLaughlin et al., 2007).

The objective of this project, therefore, was to create an educational intervention at an Illinois urban academic adult ED that would target the self-perceived educational gaps of ED providers, via a collaboration between physicians and SANEs. First, a needs-assessment was conducted of ED providers' self-perceived comfort with providing all aspects of care to survivors of sexual assault, as well as their attitudes and beliefs about sexual assault, and perceived barriers to care. Second, the results of this needs-assessment were used to develop and evaluate a SANE-led educational intervention for emergency medicine (EM) residents on sexual assault patient care, consisting of a didactic lecture, two standardized patient (SP) cases, and a forensic pelvic exam simulation.

Methods

Development of the Needs-Assessment

The first component of this project was a cross-sectional needs-assessment conducted at an Illinois urban academic adult ED, with a population consisting of non-SANE nurses, EM residents, and EM attending physicians. The needs-assessment evaluated the aforementioned providers' self-perceived attitudes and beliefs regarding sexual assault, comfort with providing sexual assault medical care, comfort with avoiding re-traumatizing survivors, comfort with conducting a forensic exam, knowledge of hospital/state sexual assault laws and policies, and barriers to providing care. A survey was developed that consisted of 23 Likert-type scale questions answered on a 5-point scale from "Strongly Disagree" to "Strongly Agree," and two short-answer questions (Supplemental Digital Content 1). Content validity was established by an interactive process of review by two EM attending physicians with expertise in educational content, the Illinois SANE coordinator, and two members of the YWCA Metropolitan Chicago's Sexual Violence Support Services.

Distribution of the Needs-Assessment

The needs-assessment survey was distributed electronically via email to all ED providers, in paper form to EM residents at their weekly conference, and to nurses at their daily meetings, between June and October of 2017. Responses to the emailed survey were collected and managed using REDCap electronic data capture tools (Harris et al., 2009). Responses to the paper survey were manually entered into REDCap by the investigators. Survey completion was voluntary and anonymous.

Statistical Analysis of the Needs-Assessment

Likert-type scale questions were analyzed with histograms comparing the distributions of responses. Between-group comparisons were made by gender and experience working with sexual assault survivors. The statistical significance of the differences between the group distributions was determined using the Wilcoxon Rank-Sum test. Statistical significance was

set a priori as a two-tailed p -value of < 0.05 . All data cleaning and analyses were performed using Stata version 15.1 (StataCorp, 2017).

Development of the Educational Intervention

Based on the training gaps identified in the aforementioned needs-assessment survey, an educational intervention was developed through a collaboration between the Illinois SANE Coordinator, a family medicine physician specializing in intimate partner violence, two EM physicians with expertise in educational content, and the Director of the YWCA Metropolitan Chicago's Advocacy and Crisis Intervention Services. The intervention consisted of a two-hour didactic lecture, two 20-minute sexual assault SP cases, and a 40-minute forensic pelvic exam simulation.

The didactic lecture included 1) an overview of the health impacts of sexual assault on patients, 2) a discussion of re-traumatization in the healthcare setting, 3) an overview of Illinois laws governing forensic exam consent, 4) instructions on conducting patient histories for sexual assault cases, 5) best practices for the head-to-toe assessment and evidence collection including an overview of the documentation involved, 6) detailed instructions on performing proper ano-genital assessments with specialized examination techniques, and 7) best practices for language to avoid re-traumatization of survivors. Content for this didactic was based on the results of the needs-assessment, standard curricula from 40-hour sexual assault advocacy certification trainings, standard curricula from SANE trainings, and the American College of Emergency Physicians guidelines for the treatment of sexual assault patients.

The SP cases were developed for this intervention by the primary investigators and were based off of standard scenarios used in SANE trainings. Each case simulated a new patient who had presented to the ED after sexual assault. Participants were given 15 minutes to take a focused history; SPs then spent five minutes giving feedback to the participant. The first case involved a patient who had been raped by an acquaintance, and the second involved a patient who worked as a sex worker and was raped by a client. Both cases were reviewed by the Illinois SANE coordinator, the Director of the YWCA Metropolitan Chicago's Advocacy and Crisis Intervention Services, and the Associate Director of an Illinois medical school's Standardized Patient and Clinical Performance Center. The SPs were certified YWCA sexual assault patient advocates with at least one year of experience working in EDs with survivors of sexual assault. The SPs were trained for this event by the Illinois SANE coordinator to both act as the patients in the cases and to provide feedback to the participants on their history taking and language skills.

Content for the forensic pelvic exam simulation was developed by the Illinois SANE coordinator and was derived from standard SANE trainings. The simulation consisted of a 20-minute demonstration of proper exam techniques in a step-by-step fashion, focusing on the differences between a medical pelvic exam and a forensic pelvic exam. Evidence collection strategies were highlighted. Participants were then given 20 minutes to practice the steps themselves, with one-on-one feedback from the Illinois SANE coordinator. Pelvic mannikins were used for both demonstration and practice purposes; each participant had their own mannikin for practice.

Implementation of the Educational Intervention

The educational intervention was conducted on May 9, 2019 during the monthly scheduled EM resident simulation day. The two-hour lecture component was delivered by the Illinois SANE coordinator to all participating EM residents. Next, the residents rotated between the SP cases and the forensic pelvic exam simulation. To assess the efficacy of the intervention, residents were given paper pre- and post-surveys assessing their self-perceived knowledge of and comfort with sexual assault patient care. These surveys were developed by modifying the original needs-assessment survey to target the objectives of the educational intervention; they each consisted of 11 Likert-type scale questions answered on a scale of “Strongly Disagree” to “Strongly Agree,” as well as two short answer questions on the pre-survey and one short answer question on the post-survey. (Supplemental Digital Content 2). Paper surveys were confidential and were transcribed to an Excel spreadsheet by the investigators, and then converted into a Stata dataset.

Statistical Analysis of the Educational Intervention

Likert-type scale questions were analyzed with histograms comparing the distributions of responses in the pre-survey to the distributions of responses in the post-survey. The statistical significance of the differences between the distributions was determined using the Wilcoxon Rank-Sum test. Statistical significance was set a priori as a two-tailed p -value of < 0.05 . All data cleaning and analyses were performed using Stata version 15.1 (StataCorp, 2017).

This project was granted exemption status by the University of Chicago IRB: IRB 17–0482, IRB 18–0073, IRB 18–0049.

Results

Needs-Assessment

Demographics of respondents.—The needs-assessment survey was distributed via email on seven occurrences to 192 individual email accounts, and via paper at one EM resident conference and six nurse meetings. Ninety-five ED staff members completed the survey, including 20 attending physicians (response rate of 71%), 34 residents (response rate of 53%), and 41 non-SANE nurses (response rate of 41%). Fifty-five percent of respondents were female, and 33% were 36 years of age or older (Table 1). Forty-seven percent of respondents had more than one year of experience working with survivors of sexual assault.

Provider self-reported comfort with sexual assault patient care and forensic exam provision.—Respondents felt comfortable with many aspects of the medical management of survivors. For instance, most providers agreed or strongly agreed that they felt comfortable counseling patients on: 1) the need for HIV prophylaxis (68%), 2) sexually transmitted infections (80%), and 3) pregnancy and emergency contraceptives (72%) (Figure 1). However, only 29% of respondents indicated that they were comfortable conducting a sexual assault forensic exam, and only 51% felt confident in their ability to avoid re-traumatizing sexual assault patients through their words and actions.

Provider self-reported knowledge of sexual assault laws and policies.—

Respondents also reported a lack of familiarity with relevant state laws and hospital policies (Figure 1). Only 20% of respondents agreed or strongly agreed that they were aware of Illinois laws regarding evidence collection for the forensic exam. Furthermore, only 33% agreed or strongly agreed that they were aware of their own hospital's policies and procedures regarding cases of sexual assault.

Provider self-reported barriers to sexual assault patient care.—The majority of respondents (71%) felt that time was a significant barrier to their ability to conduct a forensic exam in a thorough and sensitive manner. Thirty-seven percent believed that sexual assault patients take time away from “more critical patients” (Figure 1). Male respondents were more likely to agree or strongly agree with this statement than female respondents (56% vs. 21% respectively, $p < 0.01$) (Supplemental Digital Content 3). In addition, only 26% agreed or strongly agreed that they felt adequately trained in trauma-informed care (Figure 1). The vast majority of respondents, however indicated a desire for training, with 87% agreeing that physicians should be specifically trained to care for sexual assault patients.

Responses to short answer questions.—Even though formal content analysis was not performed, a read-through of the responses revealed that 34 of the 78 respondents who answered the short answer questions expressed that time was a major systemic barrier to treating sexual assault patients in the ED. Furthermore, 38 respondents mentioned that lack of education and training was a barrier to care, and seven mentioned a need for more SANEs to be on staff. Lastly, six male respondents (15% of all male respondents) reported that being male felt like a barrier to providing treatment to this patient population.

Stratification of respondents by years of experience working with survivors.—

While respondents with more than one year of experience working with survivors were more likely to know Illinois laws and hospital policies, understand how to take a sexual assault patient history, conduct a forensic exam, and feel confident in their ability to avoid re-traumatizing patients, there was still an overall lack of comfort in these areas (Table 2). For example, only 18% of experienced providers agreed/strongly agreed that they knew the requirements of Illinois' Sexual Assault Survivors Emergency Treatment Act (SASETA) (compared to 6% of the less-experienced providers, $p < 0.05$), only 67% felt confident not re-traumatizing patients (compared to 39%, $p < 0.05$), and only 44% felt comfortable conducting a sexual assault forensic exam (compared to 16%, $p < 0.001$). Both experienced and less-experienced respondents agreed or strongly agreed that physicians should be specifically trained to care for sexual assault patients – 91% versus 86% ($p = 0.35$).

Educational Intervention

Demographics of respondents.—Twenty EM residents attended the educational intervention on May 9, 2019. Eighteen attendees completed the pre-survey and 15 completed the post-survey. Fifty percent of the attendees were female, and all were between the ages of 18–35. Thirty-five percent were first year residents, 24% were second-year residents, and

41% were third year residents. Forty-one percent of attendees had seen fewer than five sexual assault cases in the ED.

Provider self-reported comfort with history-taking and counseling.—Before the intervention, 67% of residents agreed or strongly agreed that they were aware of the specific elements of the history to obtain from sexual assault patients, compared to 93% after the intervention ($p < 0.05$) (Figure 2). In addition, an increase in the proportion of residents who agreed or strongly agreed that they felt comfortable counseling patients about the forensic exam also occurred after the intervention, from 41% to 86% ($p < 0.01$). Attendees were also more likely to agree or strongly agree that they felt confident in their ability to avoid re-traumatizing sexual assault patients through their words and actions, increasing from 33% before the intervention to 80% afterwards ($p < 0.01$).

Provider self-reported comfort with conducting forensic exams.—After the intervention, attendees reported a change in their comfort with performing the forensic exam. For example, the percentage of attendees who agreed or strongly agreed that they felt comfortable conducting an Illinois State Police Evidence Collection Kit (ISPECK) increased from 44% before the intervention to 87% afterwards ($p < 0.01$) (Figure 2). Attendees were also more likely to agree or strongly agree that they felt comfortable performing an ano-genital exam on sexual assault patients after the intervention, with an increase from 50% to 80% ($p < 0.05$).

Provider self-reported comfort with laws and policies.—While before the intervention none of the attendees agreed or strongly agreed that they felt comfortable counseling patients about what would happen to their ISPECK after completion, 87% felt comfortable doing so after the intervention ($p < 0.001$) (Figure 2). Attendees also expressed an increase in their comfort with answering patient questions regarding payment for the ED visit, from 17% agreeing or strongly agreeing to this statement before the intervention to 93% afterwards ($p < 0.001$). Finally, while only 17% of attendees agreed or strongly agreed that they were aware of their hospital's policies and procedures regarding sexual assault before the intervention, 73% did so after the intervention ($p < 0.01$).

Provider self-reported barriers to sexual assault patient care.—Before the intervention, 56% of residents agreed or strongly agreed that sexual assault cases in the ED take time away from more critical patients. Though this percentage decreased to 40% after the intervention, the difference was not statistically significant (Figure 2). Similarly, the percentage agreeing or strongly agreeing that they have the time to conduct a forensic exam in a thorough and sensitive manner increased from 18% to 53%, but without a statistically significant difference. Both before and after the intervention, though, 100% of the attendees agreed or strongly agreed that physicians should be specifically trained to care for sexual assault patients.

Responses to short answer questions.—Though formal content analysis was not performed, 11 of the 15 respondents who answered the short-answer questions mentioned time constraints as one of the main barriers to caring for survivors of sexual assault. For example, one respondent noted that “having an entire ED to run does not allow you to spend

the time with this one patient.” In addition, nine mentioned a lack of training and education as a barrier, with one respondent writing, “I feel like I haven’t been formally taught how to treat a sexual assault patient, ever.” Three respondents specifically noted the ISPECK as a particular gap in knowledge with another three respondents specifically mentioning laws and policies. For example, one respondent wrote that they did not know “how to properly conduct [a] SANE exam from start to finish,” and another was unsure of “the laws in Illinois.”

Short answer responses to the post-survey also did not undergo formal content analysis, but nine of the 11 attendees who provided short-answer responses wrote that the educational intervention was very helpful to their ability to care for survivors. Two specifically discussed the benefits of participating in the SP cases. For example, one respondent noted that they felt “more comfortable interviewing people after this intervention.” In addition, five commented on the benefit of the forensic pelvic exam simulation, with one respondent mentioning that it was “very helpful to realize [the] steps of the exam [they] were rushing through and how to perform [the] steps correctly.”

Discussion

The ED serves as one of the primary sources of care for sexual assault survivors, a population of patients that requires complex, sensitive care. SANEs are specifically trained to care for these patients, but due to scarcity are not always available when needed (Delgadillo, 2017). Despite the frequency with which non-SANE ED providers encounter sexual assault survivors, most are not trained on survivors’ specific needs, leading to inadequate or re-traumatizing care (Maier, 2012). To address these issues, we conducted a needs-assessment of providers at an Illinois urban academic ED and used the results to develop a SANE-led educational intervention. With this approach, we were able to first collect data regarding ED providers’ self-perceived training gaps and then target the educational intervention directly to their needs.

The needs-assessment demonstrated that providers at this ED were uncomfortable with many aspects of sexual assault patient care, such as avoiding re-traumatization and conducting forensic exams. As SANEs are not always available when a sexual assault history and forensic exam must be conducted, it is important that ED providers feel capable of doing so themselves in a trauma-informed manner. Therefore, our EM resident educational intervention emphasized the specific steps of the forensic examination, specific elements of the history to elicit, and methods to avoid re-traumatizing patients. In addition to the lecture addressing these topics, the residents had a chance to practice these skills by completing two SP cases and a forensic pelvic exam simulation. This intervention led to an increase in resident comfort with avoiding re-traumatization, counseling patients on the forensic exam, and conducting the forensic exam.

The needs-assessment also suggested that ED providers felt unaware of both the statewide laws that dictate how sexual assault patients should be treated, and their own ED’s specific policies on sexual assault patient care. We aimed to address these gaps in our educational intervention, leading to an increase in resident understanding of ISPECK regulations, laws

surrounding ED payment, and specific hospital policies. This improvement is encouraging, because knowledge of state laws and hospital policies allows for physicians and nurses to better counsel survivors on the legal and medical aspects of their care.

The majority of the needs-assessment respondents reported that time is a significant barrier to providing care for sexual assault patients. Many respondents also indicated that sexual assault patients take time away from more “critical” patients; male respondents were more likely to agree to this statement than female respondents, suggesting a possible correlation between gender and stigmatization of sexual assault patients. While these issues cannot be fully addressed by an educational intervention, pre- and post-surveys did demonstrate an increase in the percentage of residents who felt that they have the time to conduct a sexual assault forensic exam and a decrease in those who felt sexual assault patients take time away from more “critical” patients. Hopefully, as providers become more comfortable with the steps involved in sexual assault patient care, they will also become more efficient and more able to care for these patients appropriately in a shorter amount of time.

The needs-assessment survey responses from ED providers who had more than one year of experience working with survivors of sexual assault demonstrated more self-perceived knowledge of sexual assault patient care than their counterparts, but less knowledge overall than would be desired in a health-care system fully prepared to address the complex needs of this vulnerable patient population. Since both experienced and less-experienced providers alike agreed that specifically training physicians in sexual assault patient care is important and necessary, this may suggest that ad-hoc experience does not fully replace formal training. Instead, providers of all experience-levels could likely benefit from increased education in this area.

Unfortunately, most ED providers have not undergone the extensive training completed by SANEs that is necessary to cover all aspects of sexual assault patient care. Properly learning the nuances of history taking, medical care, forensic examination, and trauma-informed care takes hours of dedicated education. Therefore, our work first and foremost highlights the need to train and hire more SANEs in Illinois. First, such a measure would address the time barrier described by so many of our survey respondents, since SANEs are able to provide all aspects of care to survivors and can fully focus on survivors. Second, while all providers should receive basic training on sexual assault patient care, nothing can truly replace the dedicated training SANEs receive. However, given that non-SANE ED providers are often still responsible for caring for survivors of sexual assault, they must receive a baseline level of training. ED providers, therefore, have a valuable resource in their SANE colleagues. This suggests yet another reason to increase the number of SANEs in Illinois – to serve as educational and training resources.

Our own intervention was strengthened by the collaboration between EM physicians, SANEs, and certified sexual assault patient advocates. Even though our educational intervention was a condensed version of the SANE and advocate curricula, we were able to leverage this inter-professional collaboration to significantly improve EM resident knowledge of and comfort with sexual assault patient care. Our educational intervention is particularly feasible and valuable within graduate medical education training programs. This

intervention occurred during a regularly scheduled didactic session and demonstrated the efficacy of utilizing both traditional lecture and standardized patient cases/simulations in developing patient-centered communication skills, a necessary milestone for EM residents as mandated by the Accreditation Council for Graduate Medical Education (*The Emergency Medicine Milestone Project*, 2015).

This project is limited by its single-center status and the sample-selection bias that is inherent in the response rate. It is further limited by the small sample size of the educational intervention; therefore, the statistical testing should be interpreted with caution.

Conclusion

Our project demonstrated that providers at an Illinois urban academic adult ED reported significant gaps in their understanding of sexual assault patient care, including avoiding re-traumatization, conducting a forensic exam, and knowing relevant laws and policies. Assessing these educational gaps allowed us to create an interprofessional SANE-led educational intervention that targeted these providers' specific needs, leading to an increase in their self-perceived knowledge of and comfort with sexual assault patient care. Since we have identified problems that are widespread throughout the country, we encourage other hospital systems to implement similar needs-assessments and educational interventions. Given the extensive expertise of SANEs on caring for sexual assault survivors, they are uniquely suited to help provide this training to their non-SANE colleagues. Therefore, our work highlights the need to expand the ranks of SANEs in Illinois and across the country to both meet the care needs of survivors and the educational needs of ED providers.

Supplementary Material

Refer to Web version on PubMed Central for supplementary material.

Acknowledgements and Credits:

We thank the University of Chicago Emergency Department EM residents, SANE nurses, nurses, and attendings for participating in our surveys. We also thank the YWCA Metropolitan Chicago for reviewing our surveys and providing helpful feedback on both language and content. We would especially like to thank the YWCA sexual assault patient advocates for volunteering their time to serve as standardized patients for our training session. Finally, we would like to thank the Standardized Patient Program and Clinical Performance Center at the University of Chicago Pritzker School of Medicine for their guidance in this project.

Funding Information:

This study was supported by the University of Chicago Bucksbaum Institute Pilot Grant and the University of Chicago Biological Science Division Diversity Grant.

References

- Amin P, Buranosky R, & Chang J. (2017). Physicians' Perceived Roles, as Well as Barriers, Toward Caring for Women Sex Assault Survivors. *Women's Health Issues*, 27(1), 43–49. 10.1016/j.whi.2016.10.002 [PubMed: 27863981]
- Auten J, Ross E, French M, Li I, Robinson L, Brown N, King K, & Tanen D. (2015). Low-Fidelity Hybrid Sexual Assault Simulation Training's Effect on the Comfort and Competency of Resident Physicians. *The Journal of Emergency Medicine*, 48(3), 344–350. 10.1016/j.jemermed.2014.09.032 [PubMed: 25435474]

- Bowen A. (2018, 4 4). Lisa Madigan Pushes for Bill to Require Training Before Treating Sexual Assault Patients. Chicago Tribune. <https://www.chicagotribune.com/lifestyles/ct-life-lisa-madigan-sane-nurses-legislation-0405-story.html>
- Cameron C, & Helitzer D. (2003). Impact Evaluation of a Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Program (No. 203276). National Criminal Justice Reference Service. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/203276.pdf>
- Campbell R, Bybee D, Townsend S, Shaw J, Karim N, & Markowitz J. (2014). The Impact of Sexual Assault Nurse Examiner Programs on Criminal Justice Case Outcomes: A Multisite Replication Study. *Violence Against Women*, 20(5), 607–625. 10.1177/1077801214536286 [PubMed: 24875379]
- CDC WISQARS. (2017). Sexual Assault All Injury Causes Nonfatal Injuries and Rates per 100,000 [Data file]. CDC WISQARS. <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/nonfatal.html>
- Crime in Illinois 2017. (2017). Illinois State Police Uniform Crime Reporting Program. <https://www.isp.state.il.us/crime/cii2017.cfm>
- Delaney K, Taylor L, & Haviley C. (2019). Registered Nurse Workforce Survey Report 2018. Illinois Nursing Workforce Center. http://nursing.illinois.gov/PDF/2019-01-11_%202018%20RN%20Survey%20Report_Final.pdf
- Delgadillo D. (2017). When There is No Sexual Assault Nurse Examiner: Emergency Nursing Care for Female Adult Sexual Assault Patients. *Journal of Emergency Nursing*, 43(4), 308–315. 10.1016/j.jen.2016.11.006 [PubMed: 28366240]
- 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. 10.1177/0886260511403761 [PubMed: 21602203]
- Filmalter C, Heyns T, & Ferreira R. (2018). Forensic Patients in the Emergency Department: Who Are They and How Should We Care for Them? *International Emergency Nursing*, 40, 33–36. 10.1016/j.ienj.2017.09.007 [PubMed: 29050837]
- Harris P, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, & Conde J. (2009). Research Electronic Data Capture (REDCap)—A Metadata-Driven Methodology and Workflow Process for Providing Translational Research Informatics Support. *Journal of Biomedical Informatics*, 42(2), 377–381. 10.1016/j.jbi.2008.08.010 [PubMed: 18929686]
- 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>
- Maier S. (2012). Sexual Assault Nurse Examiners' Perceptions of the Revictimization of Rape Victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(2), 287–315. 10.1177/0886260511416476 [PubMed: 21810794]
- McLaughlin S, Monahan C, Doezema D, & Crandall C. (2007). Implementation and Evaluation of a Training Program for the Management of Sexual Assault in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 49(4), 489–494. 10.1016/j.annemergmed.2006.07.933 [PubMed: 17011075]
- Office for Victims of Crime. (2016). SANE Program Development and Operation Guide. Office for Victims of Crime. <https://www.ovctac.gov/saneguide/introduction/>
- Patel A, Panchal H, Piotrowski Z, & Patel D. (2008). Comprehensive Medical Care for Victims of Sexual Assault: A Survey of Illinois Hospital Emergency Departments. *Contraception*, 77(6), 426–430. 10.1016/j.contraception.2008.01.018 [PubMed: 18477492]
- Pegram S, & Abbey A. (2016). Associations Between Sexual Assault Severity and Psychological and Physical Health Outcomes: Similarities and Differences Among African American and Caucasian Survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 0886260516673626. 10.1177/0886260516673626
- Peterson C, DeGue S, Florence C, & Lokey C. (2017). Lifetime Economic Burden of Rape Among U.S. Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(6), 691–701. 10.1016/j.amepre.2016.11.014 [PubMed: 28153649]
- Schmitt T, Cross TP, & Alderden M. (2017). Qualitative Analysis of Prosecutors' Perspectives on Sexual Assault Nurse Examiners and the Criminal Justice Response to Sexual Assault. *Journal of Forensic Nursing*, 13(2), 62. 10.1097/JFN.0000000000000151 [PubMed: 28525430]

- Smith S, Zhang X, Basile K, Merrick M, Wang J, Kresnow M, & Chen J. (2018). National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2015 Data Brief Updated Release. National Center for Injury Prevention and Control. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/2015data-brief508.pdf>
- The Emergency Medicine Milestone Project. (2015). Accreditation Council for Graduate Medical Education.
- StataCorp. (2017). Stata Statistical Software: Release 15. College Station, TX: StataCorp LLC

Patient Care and Forensic Exam Provision

I am comfortable counseling a SA patient regarding the need for HIV prophylaxis



I am comfortable counseling a SA patient regarding STIs



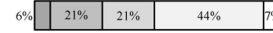
I am comfortable counseling a SA patient regarding pregnancy and emergency contraceptives



I feel comfortable conducting a SA forensic exam using an IPSECK

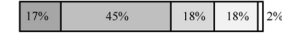


I am confident in my ability to avoid retraumatizing SA patients through my words and actions



Knowledge of Laws and Policies

I am aware of the Illinois laws regarding evidence collection, storage, and release of IPSECKs for SA patients



I am aware of my hospital's policies and procedures regarding cases of sexual assault

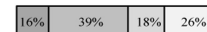


Barriers to Appropriate Care

SA cases in the ED take time away from more critical patients



I feel adequately trained in TIC



I think that physicians should be specifically trained to care for SA patients



Legend: Strongly Disagree, Disagree, Neutral, Agree, Strongly Agree

Figure 1:

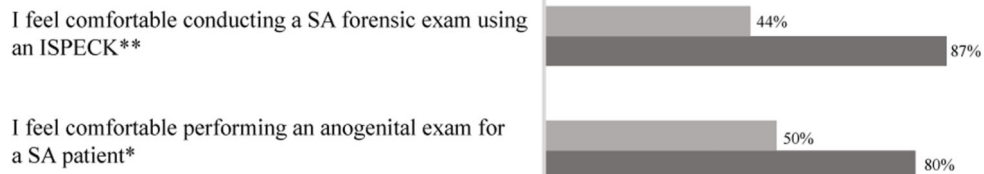
Distribution of responses to select Likert-type scale questions from the emergency department needs-assessment survey; $n = 95$

ED = emergency department; IPSECK = Illinois State Police Evidence Collection Kit; SA = sexual assault; STI = sexually transmitted infection; TIC = trauma-informed care
The needs-assessment survey was distributed to ED attending physicians, residents, and nurses.

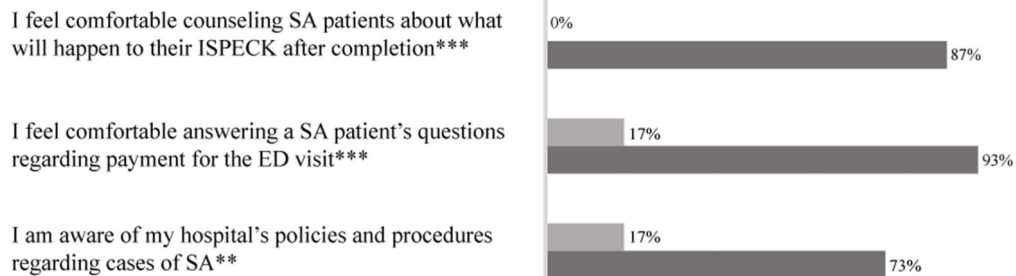
History Taking and Counseling



Conducting Forensic Exams



Laws and Policies



Barriers to Care

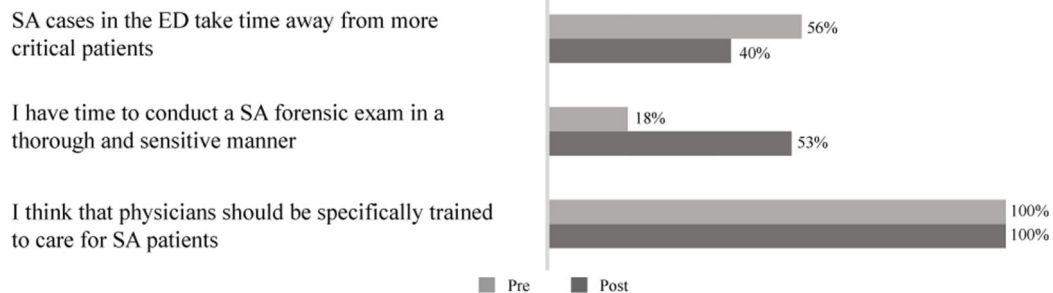


Figure 2:

Percentage of respondents who agreed or strongly agreed to the following Likert-type scale questions from the emergency medicine resident educational intervention pre- and post-surveys; $n = 18$ for the pre-survey and $n = 15$ for the post-survey

ED = emergency department; IPSECK = Illinois State Police Evidence Collection Kit; SA = sexual assault

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

The statistical significance of the differences between the pre- and post- survey distributions was determined using the Wilcoxon Rank-Sum test. Statistical significance was set a priori as a two-tailed p -value of < 0.05 .

Table 1:

Demographics of respondents to the emergency department needs-assessment survey

	Attendings (n = 20)	EM Residents (n = 34)	Nurses (n = 41)	Total (n = 95)
Response rate	71%	53%	41%	59%
Age				
18–35 (%)	5 (25%)	34 (100%)	25 (61%)	64 (67%)
36 + (%)	15 (75%)	0 (0%)	16 (39%)	31 (33%)
Gender				
Male (%)	14 (70%)	17 (50%)	10 (34%)	41 (43%)
Female (%)	6 (30%)	16 (47%)	30 (73%)	52 (55%)
Experience with survivors of SA				
< 1 year (%)	8 (40%)	19 (56%)	22 (54%)	49 (52%)
1+ year (%)	12 (60%)	15 (44%)	18 (46%)	45 (47%)

EM = emergency medicine; SA = sexual assault

Note: Percentages might not add to 100% due to missing responses.

Table 2:

Percentage of respondents to the emergency department needs-assessment survey who agreed or strongly agreed with the following statements, based on amount of experience working with survivors of sexual assault

	1 or more years of experience (n=45)	Less than 1 year of experience (n=49)	Distribution <i>p</i> -value
I know the requirements of the SASETA	18%	6%	< 0.05
I am aware of my hospitals policies and procedures regarding cases of SA	51%	14%	<0.001
I am aware of what elements of the history to obtain from SA patients	76%	43%	<0.001
I am confident in my ability to avoid retraumatizing SA patients through my words and actions	67%	39%	<0.05
I feel comfortable counseling patients about the SA forensic exam	56%	22%	<0.001
I feel comfortable conducting a SA forensic exam using an ISPECK	44%	16%	<0.001
I feel adequately trained in TIC	61%	29%	<0.001
Part of the physician's role is to determine whether SA occurred	13%	41%	<0.001
When drugs or alcohol are involved, I think there is a grey area in classifying cases of SA	4%	18%	<0.05
I always think patients who say they have been sexually assaulted are telling the truth	62%	37%	<0.05
I think that physicians should be specifically trained to care for SA patients	91%	86%	0.35

IPSECK = Illinois State Police Evidence Collection Kit; SA = sexual assault; SASETA = Sexual Assault Survivor Treatment Act; TIC = trauma-informed care

The statistical significance of the differences between the group distributions was determined using the Wilcoxon Rank-Sum test. Statistical significance was set a priori as a two-tailed *p*-value <0.05.

The Role of the Sexual Assault Nurse Examiner in England: Nurse Experiences and Perspectives

Rhiannon Cowley, MSc, BSc(Hons), RN¹, Elizabeth Walsh, PhD, MSc, BSc(Hons), RN², and Judith Horrocks, MPhil, BA(Hons)³

ABSTRACT

Sexual Assault Nurse Examiners (SANEs) were introduced in the United Kingdom in 2001, but there is a lack of knowledge about their role and the services they provide. The aim of this study was to explore the role of SANEs currently working in England. Qualitative semistructured interviews explored the training experiences, roles, and working practices of five SANEs in a variety of settings. The findings identified three categories: training and qualifications, SANE care, and working within multidisciplinary teams (MDT). SANEs have complex roles that involve patient care as well as collection of forensic evidence. There was variation in service provision and training of SANEs interviewed and differences in how they felt their role was regarded by members of the MDT. The findings suggest that SANE services need further evaluation to determine a model of practice that can be consistently implemented to provide both optimal patient care and reliable forensic evidence.

KEY WORDS:

England; qualitative; role; SANE perspectives

Background

Rape is a crime that cuts across age, gender, socioeconomic group, ethnicity, nationality, and religion. It is underreported, yet findings from the British Crime Survey suggest a consistent rise in the number of reported rapes against men and women (Chaplin, Flatley, & Smit, 2011). In 2011/2012, 16,041 rapes were reported to police (Office of National Statistics, 2013), which is estimated to be only 11% of the total number of rapes in England and Wales (Stern, 2010). Rape is a costly violent crime with estimated costs to the National Health Service (NHS) of £96,000 per adult case (Her Majesty's Government, 2011). A failure to

provide immediate care and support to individuals affected by rape and sexual assault increases the likelihood of long-term health conditions, mental health conditions, substance misuse, self-harm, and suicide, which ultimately places increased pressures on General Practitioners, substance misuse programs, mental health services, and genitourinary medicine (Her Majesty's Government, 2007).

There is a need for improved care for complainants of sexual violence in England (Duddle, 1985), and more recently, the NHS has been criticized for not providing sexual assault complainants with the same rigorous, systematic care as other areas of NHS work, such as diabetes and stroke (Alberti, 2010). Nevertheless, care of rape complainants remains nationally fragmented and disparate (Coy, Kelly, & Foord, 2007; Coy, Kelly, Foord, & Bowstead, 2011; Wiese, Armitage, Delaforce, & Welch, 2005). A complainant attending Accident & Emergency may receive substandard care as forensic medical examiners are not available, and other needs arising from rape and sexual assault, such as contraception, sexually transmitted infection (STI) prophylaxis, testing, and counseling may not be addressed.

Historically, in England, police services have contracted doctors to complete forensic medical examinations following a rape or sexual assault complaint (Pilai & Paul, 2006).

Author Affiliations: ¹Leeds Teaching Hospital Trust, UK; ²School of Healthcare, University of Leeds, UK and School of Nursing, University of Ottawa, Canada; and ³School of Healthcare, University of Leeds, UK.

The authors declare no conflict of interest.

Correspondence: Elizabeth Walsh, PhD, MSc, BSc(Hons), RN, School of Healthcare, University of Leeds, Leeds, LS2 9UT. E-mail: e.walsh@leeds.ac.uk.

Received February 5, 2014; accepted for publication March 25, 2014.

Copyright © 2014 International Association of Forensic Nurses
DOI: 10.1097/JFN.000000000000026

According to Martin (2005), the focus of examinations has been the collection of forensic evidence rather than the complainants' well-being. Sexual assault referral centers (SARCs) were established in the United Kingdom (U.K.) to meet both the medical and legal needs of complainants (Lovett, Regan, & Kelly, 2004). The first SARC in the U.K. was established in Manchester in 1986 (Lovett et al., 2004), and subsequently, the Home Office and Department of Health committed themselves to opening a SARC in every police force by 2011. There are presently 25% fewer SARCs than the number originally proposed. Research suggests that areas without a SARC have insufficient doctors to complete medical examinations and delivery of STI prophylaxis, pregnancy testing, and postcoital contraception (Pilai & Paul, 2006).

In 2000, the Violence Against Women Initiative was introduced by the Home Office with the main aim of determining methods most suited to supporting victims and challenging violence against women (Regan, Kelly, & Lovett, 2004). The Violence Against Women Initiative introduced the Sexual Assault Nurse Examiner (SANE), a registered nurse, who has advanced education in the forensic examination of rape and sexual assault complainants (Ledray, 1999). The purpose of this nurse is to provide prompt and compassionate care to complainants, which preserves their dignity, reduces secondary trauma, and enhances evidence collection for criminal investigation and subsequent prosecution (Patterson, Campbell, & Townsend, 2006).

The first SANE service in England was established in 2001 in Manchester. A review of this service (Regan et al., 2004) indicated that complainants had no preference whether they were attended to by a doctor or a nurse. The nursing intervention had cost savings of nearly £17,000 over 27 months and showed a highly successful collaborative model of care, viewed favorably by police officers, complainants, and crime scene officers.

There is currently no central resource that indicates how many SANEs are employed in England or who they are employed by. They may be employed by the police, the NHS, or private companies. There is also a lack of information regarding the constitution of SARC multidisciplinary teams (MDTs) or SANE training and qualifications.

Methodology

A small-scale qualitative study was undertaken using semi-structured interviews with five SANEs. Given the limited literature and the exploratory nature of the research, a qualitative approach was used where small samples are common in order to obtain in-depth, descriptive data. Purposive sampling was used to recruit participants via professional nursing networks. A member of the U K Association of Forensic Nursing (UKAFN) approached possible participants and asked permission for them to be contacted by the researcher. This method yielded contact details for seven SANEs, and

an eighth SANE approached the researcher directly. Of the eight possible participants contacted, one withdrew because of personal matters, another did not meet inclusion criteria, and another did not reply when contacted. The five nurses interviewed met inclusion criteria, which required SANEs to have been a registered nurse for at least 5 years and to have completed 15 forensic medical examinations within the past 180 days. Fifteen was chosen as this was the number of forensic medical examinations the SANE in the pilot study had to complete under direct supervision before being allowed to conduct examinations alone (Regan et al., 2004).

Although some may consider five nurses to be too small a sample to provide any meaningful data, we suggest that it is in keeping with a postmodern qualitative research methodology, where the aim is not to generalize and construct a grand narrative (see Alvesson, 2002) but to provide the reader with an understanding of the perspectives of the nurses in the study. It is inevitable that, based on our findings, the reader will then construct his or her own perspective of the role of the SANE, which we anticipate will provoke reflection and support further studies to explore the role of the SANE.

The five SANEs participated in one-on-one interviews. Informed consent was obtained prior to commencing the interviews, and ethical approval was granted from the University of Leeds School of Healthcare Research Ethics Committee. Governance approvals were obtained from the research and development offices of all relevant trusts and private companies.

Interviews with two participants were completed via telephone, and three were completed face-to-face at the request of the participants. Of these three interviews, two took place in the participants' own homes and the other in a counseling room at the SARC. Interviews lasted 45–60 minutes, and an interview schedule was used as a supporting tool throughout (see Table 1 for further information). The interview schedule included both demographic information and open-ended questions designed to explore the nurses' perceptions of their roles and experiences in practice.

TABLE 1. Interview Schedule Guide

• What is SANE training like?
• What is the main purpose of a SANE service and what is your role in it?
• What services do you provide?
• What is the SANE role in the multidisciplinary team?
• Do you think doctors, forensic medical examiners, police officers, and Crown Prosecution Service lawyers understand and accept your role?
• Do you see the role developing in the future?

Note. SANE = Sexual Assault Nurse Examiner.

Interviews were audio-recorded and transcribed verbatim. In addition to interview data, a reflexive research diary was maintained by the researcher for the duration of this study to promote reflexive self-awareness that would allow the researcher to be fully involved, interested, and open to what the research may find (Finlay, 2003). The transcripts were read repeatedly and organized using open coding to identify categories in the text. Categories were guided by the aims and objectives of the research, whereas subcategories were identified inductively from recurring patterns of ideas, thoughts, and feelings expressed by the SANEs. Finally, similar categories were grouped together (Weber, 1990) with notes taken from the reflexive diary. A member check was then performed to ensure accuracy and credibility of both data and analysis.

Findings and Discussion

All SANEs in this study were White British women aged 40–55 years and worked in SARCs in different areas of England. Three were employed by private companies and two by the NHS. Of the five nurses, four worked daytime hours, with three working full time and one working part time. The fifth nurse worked out-of-hours on an on-call basis for four shifts per week. The job titles used by the nurses included Forensic Nurse Examiner, Sexual Assault Nurse Examiner, Forensic Examiner, and specific management titles, which, to maintain anonymity, will not be provided. The duration of time in the SANE role varied from 10 months to almost 5 years.

Following data analysis, three categories emerged. These included training and qualifications, SANE care, and MDT working. From these three categories, subcategories emerged which, although presented as separate categories, cannot be viewed in isolation.

Qualifications and Training

All SANEs were registered nurses with a relevant degree, and one had a Master's degree. Two SANEs were nonmedical prescribers. All were undertaking or had completed further study in this speciality; one had completed the Diploma in the Forensic and Clinical Aspects of Sexual Assault (DFCASA), three were completing this qualification, one was completing an Advanced Forensic Practice (sexual assault) course, accredited by UKAFN and of an equivalent standard to DFCASA. Completion of specialist qualifications could improve the recognition of the SANE role in the United Kingdom.

Although all SANEs felt their training was sufficient, each was trained differently, highlighting a lack of standardized SANE training in the United Kingdom. Theoretical training varied from 1 day to 1 year. Practical training included observing a number of examinations and completing examinations under supervision before being signed

off as competent. The number of examinations observed ranged from 4 to 15, whereas the number of examinations completed under supervision ranged from 3 to 15.

SANE-1, SANE-2, and SANE-5 suggested that feelings of confidence in their own ability were because of the extra effort they had made, including attending court to observe trials, reading text books and journals, visiting the Forensic Science Service and genitourinary medicine clinics, and explaining their role to other members of the MDT.

Transition From Nurse to SANE

While discussing SANE training, the subcategory of transition from nurse to SANE emerged. Four of the SANEs suggested that transitioning from the role of nurse to the role of forensic examiner was challenging. The reasons for this included the following: only seeing complainants once and not knowing how they are coping in the following months; not knowing the outcome of any legal proceedings; and feeling that the role of the nurse and SANE conflicted. As SANE-4 stated,

Being a nurse, but becoming a forensic examiner it can sometimes feel like the two roles are conflicting cos we're trained to be very caring, compassionate, empathetic and all the rest of it. But when you're a forensic examiner, you've got to be neutral and unbiased and...I feel I'm getting on top of that. It's difficult because it feels like you're going against everything you're trained as a nurse to be.

Interestingly, in the United States, where the SANE role has a much longer history, Downing and Mackin (2012) also found that SANEs experienced conflict between their roles as nurses in comparison to their roles as evidence collectors. In contrast, SANE-3 suggested that the transition from nurse to SANE was "alright" as she had assisted on over 1,000 examinations prior to becoming the examiner. She also emphasized disengaging from the nurse-patient relationship after the examination as a coping mechanism.

I sometimes wonder about them, but erm, no I think it's quite important to not get too attached. I mean, I've been doing them since May and I've done 60, so if you were to take on all of those people, you know I think it would affect you.

SANE Care

All of the nurses, bar one, described how they would meet the complainant upon arrival at the SARC to introduce themselves. Following this, they would leave them in the care of the crisis worker and take the first account from a police officer. Depending on the nature of the

allegation, the nurses would then spend between 1 and 4 hours with the complainant.

Participants reported that initially time is spent obtaining informed consent from the complainant. They placed emphasis on capacity to consent and the importance of explaining that the consultation with the SANE is not confidential. Following consent, forensic elements of care were identified by one participant, where time was described as thorough, holistic, and individualized. SANE-1 stated,

I provide a one-stop service which is looking at doing the health assessment, doing the consultation, doing the examination, doing the risk assessments. Erm, offering emergency contraception, offering sexual health and health promotion, that sort of thing. And if needs be, initiating treatment for sexual health.

Following the examination, the complainant may wash and shower before completing medical aftercare. Research suggests that introduction of a SANE service increases the likelihood of complainants being offered comfort care, such as a shower (83.3%) and clean clothes (88%; Plitcha, Clements, & Houseman, 2007). All of the SANEs felt that comfort care allowed for separation between forensic and medical care. Medical aftercare focuses on sexual health, pregnancy risk, and referrals or signposting to the wider MDT.

I've done GU med, letters to GPs, Independent Sexual Violence Advisor referrals, mental health—I've done a couple of acute MH crisis referrals. I think...I've had a couple of discussions with social services if there are issues surrounding child protection and the victim is 16 and there are other children, but the police tend to deal with that. (SANE-5)

Purpose

A subcategory that emerged while discussing SANE services was the notion of purpose. SANEs in this study viewed their primary purpose as being firmly grounded in patient care.

I would say that [patient care] is my key role—to start the healing process and help them feel supported and not judged really. (SANE-5)

Because I'm a nurse and always will be a nurse first, I think the health needs of the client come paramount and then you're looking that the quality of forensic evidence has to be suitable for presentation to a court. (SANE-4)

Although many of the nurses did refer to evidence collection and knew exactly what was expected of them to

achieve the best evidence, many suggested that this was seen as a lesser consideration. Perhaps this is due to only a small proportion of cases proceeding to trial, as SANE-1 reported that she was asked for statements for use in court in only 16% of cases, whereas SANE-5 had never been asked for a statement.

Giving Evidence

UKAFN states that SANEs can only provide a statement of fact, not opinion. Traditionally, only doctors have provided expert opinion (Pyrek, 2006); however, in recent years the number of nurse experts has increased (Royal College of Nursing, 2009). In the SANE pilot study, the SARC clinical director stated that they strongly felt opinion for the court should be done by a very experienced forensic doctor (Regan et al., 2004). However, one could question the practicality of doctors providing expert opinion for patients that they have not attended to, using notes from a nurse examination. By using this two-tier approach, U.K. SANEs could become overzealous in documenting information that may not be relevant to the case, including tattoos and piercings, as these may be relevant to the doctor's testimony and nurses want to demonstrate their examination has been thorough (Rees, 2011). In this study, all five participants had different opinions suggesting that providing evidence is a much contested area:

We all know that no, no injury doesn't mean that nothing happened. So not being able to write that and support it with a reference, which is the same one that everyone uses, is quite frustrating. (SANE-1)

I think not being able to give an opinion is actually a bit of a misnomer. (SANE-2)

It's with experience and at the moment I think it's (not giving opinion) a good protection for us as nurses. (SANE-3)

Why wouldn't I be able to give opinion in court? Why wouldn't I? I don't class myself as an expert yet.... But I think more and more...when I did my law module, they're less interested in expertise and more interested in the experience. (SANE-4)

There's a lot of stuff around the court not wanting professional witnesses, they want opinion from the expert witness. So it's getting that balance and all the text books say just say what you see and yet they also say that you're there to help the court. So if you think you've got information which might help the court. (SANE-5)

This area was further debated by SANE-1 and SANE-4 during the member check, with SANE-4 stating she felt she would be doing her patients a disservice if she did not provide her professional opinion and SANE-1 questioning if SANE opinion evidence had been tried and tested in England. SANE-4 further suggested splitting SANEs into three levels (novice, learner, and experienced), according to experience and competency to further clarify if and when SANEs can provide opinion evidence.

Client Age

The process complainants go through with SANEs in this study was consistent, although there was variation in the age range covered by services. One nurse cares for both adults and pediatrics, whereas another only cares for post-pubertal complainants (girls who have had a period and boys over 12 years). Of the other three nurses, one cares for clients over 16 years of age, one is progressing to caring for clients over 13 years of age, and the other is progressing to clients over 14 years of age. This suggests a lack of rationale and standardization regarding when a complainant's age qualifies them to be seen by a SANE. SANE-2 suggested that this variation in ages is a consequence of the perceived emotional load attached to child sexual assault work and both nurses and forensic medical examiners lacking experience examining children. SANE-3 felt that the variation arose as 16 is the age of consent, and complexity increases legally and anatomically with those under 16.

Treatment

Findings from the interviews highlighted inconsistencies in some of the treatments provided to the complainants. This is puzzling as national guidelines outline immediate medical and legal needs, which should be considered by those caring for complainants of rape (Cybulska et al., 2011). During member checking, SANE-2 suggested that this variation may be due to the different backgrounds of SANEs.

I organise any medication they may need: HIV PEP, bacterial prophylaxis for common infections like gonorrhoea and chlamydia and emergency contraception. (SANE-3)

We will provide emergency contraception and we will provide HIV PEP, but we don't do prophylactic STI treatment. Yeah, the only thing we give is HIV PEP, not antibiotics. (SANE-4)

It's not set up that we can start the hepatitis B vaccinations. (SANE-5)

A save-serum for HIV, which we can't do at the moment but we did do where I worked before. (SANE-3)

This variation suggests the need for national alignment on standards of practice, although it has been acknowledged in research that service provision is dependent on location (Coy et al., 2007, 2011).

MDT Working

Many of the SANEs in this study described their role in the MDT as "important" as they assess and decide what referrals are needed to other members of the MDT. One SANE described herself as "a pivot" that links together health care, forensics, and police as she liaises with them on a day-to-day basis, whereas another SANE viewed her role in the MDT as working in close partnership with crisis workers to select appropriate referrals. As the role of the SANE in the MDT was explored, feelings of understanding support and acceptance emerged as discussed further in the following subcategory

Understanding of Role

Only SANE-3 felt that her role was well understood by other members of the MDT. SANE-2 suggested that only nurses that work in sexual assault examining understand the role well, but because there are so few SANEs in England that they can feel isolated. SANE-1 suggested that poor understanding and awareness may be due to the role being in its infancy in the United Kingdom:

I think it is people's perception, again particularly say police, they've never heard of a nurse doing this sort of job. Crown Prosecution Service had never heard of a nurse doing this job. You know, nurses don't do this sorta thing.

However SANE-4 suggested that being able to understand and differentiate between a SANE and a forensic doctor may not be necessary, as the care they provide is largely the same.

The police can't see the difference between the doctor and the nurse and in most ways they don't need to 'cos they're just looking at the forensic examination.

Acceptance

The nurses in this study felt that acceptance by medical examiners and police was a slow process that only improved with time.

Everybody was very dubious at first, because nobody had heard of it; it had never been done before. (SANE-1)

They're [doctors and police] seeing the benefits of having somebody onsite that can address any issues that they've got. So yes, I had a lot of problems in the beginning, but I've noticed them less and less. (SANE-4)

Moreover, two of the nurses stated that, although professionals may not have initially accepted the role, complainants were satisfied with nurses providing care and did not express a preference for being examined by a doctor. This is consistent with other research (Regan et al., 2004).

Support for Role and MDT Relationships

Many of the nurses described feelings of not being supported by doctors as SANE-3 proposed that there is "a big whispering that doctors don't want nurses to do it," and SANE-2 believed that doctors feel nurses are "not capable" and are "untrainable." SANE-4 and SANE-5 also thought doctors felt nurses were coming to steal their jobs, leading to feelings of discomfort for nurses. Regardless of the sometimes strained nurse-doctor relationship, many of the SANEs strongly advocated the need for a forensic doctor to educate the nurses and help the team progress. One nurse suggested that a good forensic doctor could be seen as a role model for good forensic practice.

We're very new to it at the moment and we need that support and education that doctors give us. (SANE-2)

You will always need medical examiners and someone with that expertise to oversee the service. (SANE-4)

Although the nurses advocated a joint nurse-doctor service, many of them felt that SANEs provide a better service to the patient as they believed they have a more holistic approach to care and take their time.

I think, yeah we're much more holistic and think about the patient as a whole rather than just the incident and that's it. (SANE-5)

I think nurses are much more self-aware and want to be competent and ready—emotionally, just as well as practically to go and do examinations. (SANE-2)

A possible reason for SANEs feeling this way is that doctors tend to undertake sexual offenses work in addition to other roles. Many of the SANEs suggested this resulted in the time of doctors being limited as they had to be elsewhere, not being able to follow through with care as

they were on-call, and documentation and interactions with the complainant being of poorer quality. Conversely, when discussing what qualities a doctor contributes to the care of complainants, all of the nurses recognized the importance of medical knowledge and the doctor's background.

I think because they've got the medical background they're obviously better with the medicines type stuff and they can prescribe, so there's that whole issue that we can't. Probably one of the things I was quite nervous about initially was documenting injuries and anatomy and physiology and using the right words, but actually once you've done the reading that's kind of ok. (SANE-5)

Strengths and Limitations

There are several limitations to this study. First, the number of SANEs interviewed in this study can be viewed as small; however, small sample sizes in qualitative research is common and provides useful in-depth descriptive data. Second, the SANEs interviewed were all employed in SARCs. SANE-2 referred to nurses working for an out-of-hours forensic examination provider, and inclusion of a nurse working for such a provider would have allowed for a comparison of roles between SARC and non-SARC SANEs. Lastly, inclusion of questions regarding SANE involvement in preventative work or rape awareness in the community and training of other members of the MDT would have permitted a more rounded view of the role.

Despite these limitations, this research resulted in the capture of rich qualitative data leading to findings that identified the complex role of the SANE, who simultaneously attends to the medical, emotional, legal, and after-care needs of a complainant.

Recommendations

Findings from this small-scale research show that SANEs feel they provide a more thorough, holistic, and compassionate service to complainants of rape and sexual assault than a doctor. Furthermore, limited U.K. research (Regan et al., 2004) suggests a SANE intervention has cost-benefits, improves access to daytime services, and is valued by the police. However, it is not clear how many SANEs are currently practicing in England or how they are prepared for the role; therefore, a larger-scale study is required to ascertain both the numbers of SANE nurses working in England and the nature of their roles.

Comparative studies of nurse-led, doctor-led, and combined services would also be valuable in evaluating SANE roles. This would need to include comparison of waiting times, quality of statements, admissibility of evidence,

provision of emergency contraception, provision of sexual health care, and aftercare referrals made.

Akin to much of the recent research available in this field, this study has focused on the experiences of the service provider rather than the service user. This highlights the need for research into complainants' experiences of SANE healthcare services in the U.K., in areas with and without a SARC. Likewise, research into long-term physical, psychological, and sociological quality of life of rape complainants is needed. This may improve healthcare provision, as interventions would be based on felt need, rather than assumed normative need (Bradshaw, 1972).

Conclusion

The purpose of this research was to explore the role of SANE in England from the experiences and perspectives of five nurses presently employed in this role. Little is known about this role in England because of lack of research, lack of recognition in government reports, and lack of support for the role by other professionals already undertaking the forensic examination of sexual assault and rape complainants. It is believed that this research contributes knowledge to this field by succinctly describing the complex, multifaceted role of the SANEs in this study. The SANE role combines meeting the immediate physical, psychological, and sociological needs of the complainant with the legal needs of the criminal justice system. However, as noted in this study, there are variations in SANE training including: the ages of patients cared for, treatments provided, and inconsistent beliefs about SANE provision of opinion evidence.

References

- Alberti, G. (2010). *Responding to violence against women and children—The role of the NHS*. London: The report of the Taskforce on the Health Aspects of Violence Against Women and Children [online]. Retrieved from http://www.health.org.uk/media_manager/public/75/external-publications/Responding-to-violence-against-women-and-children%E2%80%9393the-role-of-the-NHS.pdf
- Alvesson, M. (2002). *Postmodernism and social research*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Bradshaw, J. (1972). A taxonomy of social need. In McLachlan, G. (Ed.) *Problems and Progress in Medical Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Chaplin, R., Flatley, J., & Smit, K. (Eds.). (2011). *Crime in England and Wales 2010/11: Findings from the British Crime Survey and police recorded crime* (2nd ed.). London, UK: Home Office Statistical Bulletin.
- Coy, M., Kelly, L., & Foord, J. (2007). *Map of gaps: The postcode lottery of violence against women support services in Britain*. London, UK: End Violence Against Women.
- Coy, M., Kelly, L., Foord, J., & Bowstead, J. (2011). Roads to nowhere? Mapping violence against women services. *Violence Against Women*, 17(3), 404–425.
- Cybulska, B., Forster, G., Welch, J., Lacey, H., Rogstad, K., & Lazaro, N. (2011). *UK national guidelines on the management of adult and adolescent complainants of sexual assault 2011*. London, UK: British Association for Sexual Health & HIV (BASHH).
- Downing, N. R., & Mackin, M. L. (2012). The perception of role conflict in asexual assault nursing and its effects on care delivery. *Journal of Forensic Nursing*, 8, 53–60.
- Duddle, M. (1985). The need for sexual assault centres in the UK. *British Medical Journal*, 209, 771–773.
- Finlay, L. (2003). The reflexive journey: Mapping multiple routes. In Finlay, L. (Ed.), *Reflexivity: A practical guide for researchers in health and social sciences*. Oxford, UK: Blackwell.
- Her Majesty's Government. (2007). *Cross government action plan on sexual violence and abuse*. London, UK: Her Majesty's Stationary Office.
- Her Majesty's Government. (2011). *The government response to the Stern review: A government review of how rape complaints are handled by public authorities in England and Wales*. London, UK: Her Majesty's Stationary Office.
- Ledray, L. (1999). *Sexual assault nurse examiner (SANE: Development & operation guide* [online]. Minnesota: U.S. Department of Justice Office for Victims of Crime. Retrieved from <http://www.ojp.usdoj.gov/ovc/publications/infores/sane/saneguide.txt>
- Lovett, J., Regan, L., & Kelly, L. (2004). *Home office research study 285: Sexual assault referral centres: Developing good practice and maximising potentials*. London, UK: Home Office.
- Martin, P. (2005). *Rape work: Victims, gender, and emotions in organization and community context*. New York, NY: Routledge.
- Office of National Statistics. (2013). *Crime in England and Wales—Quarterly first release* (March 2012). London, UK: Author.
- Patterson, D., Campbell, R., & Townsend, S. (2006). Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) program goals and patient care practices. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 180–186.
- Pilal, M., & Paul, S. (2006). Facilities for complainants of sexual assault throughout the United Kingdom. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 13, 164–171.
- Plitcha, A., Clements, P., & Houseman, C. (2007). Why SANEs matter: Models of care for sexual violence victims in the emergency department. *Journal of Forensic Nursing*, 3, 15–23.
- Pyrek, K. (2006). *Forensic nursing*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Rees, G. (2011). *The role and work of forensic nurses: An international comparative approach*. University of Edinburgh & Economic and Social Research Council. Retrieved from <http://www.esrc.ac.uk/my-esrc/grants/RES-000-22-4084/outputs/read/af13eff8-bd4d-4d04-8acb-d9b4bf55de5c>
- Regan, L., Kelly, J., & Lovett, L. (2004). *Home office online report 28/04: Forensic nursing: An option for improving responses to reported rape and sexual assault*. London, UK: Home Office.
- Royal College of Nursing. (2009). *Nurse entrepreneurs*. London, UK: Royal College of Nurses.
- Stern, B. V. (2010). *A report by Baroness Vivien Stern CBE of an independent review into how rape complainants are handled by public authorities in England and Wales*. London, UK: Home Office.
- Weber, R. P. (1990). *Basic content analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Wiese, M., Armitage, C., Delaforce, J., & Welch, J. (2005). Emergency care for complainants of sexual assault. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 98(2), 49–53.

Adult Sexual Assault Survivors' Experiences With Sexual Assault Nurse Examiners (SANEs)

Journal of Interpersonal Violence

26(18) 3618–3639

© The Author(s) 2011

Reprints and permission: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

DOI: 10.1177/0886260511403761

<http://jiv.sagepub.com>



**Giannina Fehler-Cabral, MA,¹
Rebecca Campbell, PhD,¹ and
Debra Patterson, PhD²**

Abstract

Sexual assault survivors often feel traumatized by the care received in traditional hospital emergency departments. To address these problems, Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) programs were created to provide comprehensive medical care, crisis intervention, and forensic services. However, there is limited research on the actual experiences and emotional impact of sexual assault survivors who seek treatment from SANEs. This qualitative study examined twenty rape survivors' experiences with forensic nurse examiners of a Midwestern SANE program. Findings suggest that SANEs provided survivors with care and compassion, clear explanations, and choices. Taken together, these positive experiences were perceived as "humanizing". However, some survivors perceived forensic nurses as hurtful when they were not provided with choices, explanation, and/or acted cold and distant. Implications for future research on SANE care and practice are discussed.

Keywords

sexual assault, adult victims, intervention

¹Michigan State University, Lansing

²Wayne State University, Detroit, MI

Corresponding Author:

Giannina Fehler-Cabral, Department of Psychology, Michigan State University,
231 Psychology Building, East Lansing MI 48824

Email: cabralgi@msu.edu

Sexual assault is a widespread social problem that affects between 17% to 25% of women in their adult lifetime (Fisher, Cullen, & Turner, 2000; Koss, Gidycz, & Wisniewski, 1987; Tjaden & Thoennes, 1998, 2006) and is associated with multiple negative outcomes, such as psychological distress, physical health problems, repeated victimization, and difficulties in life functioning (Campbell, Dworkin, & Cabral, 2009). Unfortunately, most sexual assault survivors do not seek medical help to address their physical and psychological needs (Campbell, Wasco, Ahrens, Sefl, & Barnes, 2001; Ullman, 1996a, 1996b, 2007; Ullman & Filipas, 2001a). When survivors do seek medical care, they are often first directed to the emergency department (ED) for forensic evidence collection (Martin, 2005; Resnick et al., 2000).

Hospital care for sexual assault survivors, however, has not always been commonplace. Prior to the rape crisis movement, sexual assault survivors were often denied treatment in hospitals (Ledray & Arndt, 1994), and it was not until 1992 that the Joint Commission for the Accreditation of HealthCare Organizations made it mandatory for hospitals to develop and implement official procedures for the treatment of victims of abuse (McFarlane, Greenberg, Weltge, & Watson, 1995). The development of specific protocols to help rape victims were intended to make recovery easier, but unfortunately, many problems emerged with this treatment model. As sexual assault survivors do not typically have physical injuries, they are not perceived as an "emergency" and oftentimes wait 4 to 10 hr before being treated. During this time, survivors are often told to not drink, eat, or urinate before being seen by a physician to prevent any evidence from being destroyed (Littel, 2001). Furthermore, ED personnel often lack specialized training in treating sexual assault survivors, decreasing the likelihood that they be treated in a sensitive and respectful manner (Ledray, 1992a; Lenehan, 1991; Littel, 2001). As a result, many survivors leave hospitals feeling more depressed, anxious, blamed, and reluctant to seek further help (Campbell, 2005, 2006; Campbell et al. 1999, 2001; Campbell & Raja, 1999).

Such negative incidents within the traditional hospital ED system are examples of sexual assault survivors experiencing "secondary victimization" (Campbell, 2008; Campbell & Raja, 1999; Madigan & Gamble, 1991; Martin & Powell, 1994), which has been defined as "the victim-blaming attitudes, behaviors, and practices engaged in by community services providers, which further the rape event, resulting in additional trauma for rape survivors" (Campbell et al., 2001, p. 1240). In their interactions with health care providers, survivors are often blamed or questioned about their victimization and do not routinely receive recommended care, such as pregnancy testing, contraceptives, or information on STDs (Ahrens et al., 2000; Campbell, 1998;

Campbell & Bybee, 1997; Campbell et al., 1999, 2001; Taylor, 2002). Some survivors experience secondary victimization to a greater degree, where women of lower SES and/or ethnic minorities have a harder time obtaining help, and victims of nonstereotypical rapes (e.g., date rape) experience more victim-blaming questioning (Campbell, 2008).

In light of these problems, new approaches for sexual assault patient health care have emerged. One widely implemented alternative model are Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) programs. Since the development of the first SANE program in 1974 (Ledray & Arndt, 1994), today there are well over 500 programs throughout the United States (International Association of Forensic Nurses, 2008). Most SANE programs are hospital based, but approximately 10% are in stand-alone community sites (Campbell et al., 2005). SANEs are trained in forensic evidence collection, specialized techniques and equipment, and the treatment/prevention of STDs and pregnancy. SANEs are also trained to provide crisis intervention that enables them to properly respond to victim's emotional needs and provide referrals for counseling and medical follow-up (Ledray, 1997; Taylor, 2002).

Most of the research on SANE programs has focused on the legal and forensic aspects (see Campbell, Patterson, & Lichty, 2005 for a review), while there has been comparatively less work conducted on how SANEs attend to survivors' emotional needs following an assault. Although there is no research to date examining the long-term impact of SANEs' quality of care on survivors, the existing research has found that they do have short-term positive impact on survivors' psychological well-being. In the earliest study, Malloy (1991) surveyed 70 rape victims and found that 85% identified their nurses listening to them as the one thing that helped them the most during their crisis period. To date however, only two studies have examined SANEs' role in postassault well-being more extensively. In a qualitative study on sexual assault patients' experiences with a Canadian-based SANE program, Ericksen et al. (2002) found that rape victims felt respected, safe, in control, believed, supported, cared for, informed, and felt that they could get support after leaving the program. Although this study provided a preliminary in-depth understanding about survivors' positive experiences, it remains unclear *how* these positive experiences impacted survivors and *why* they are important for recovery. Ericksen et al. (2002) also focused on understanding survivors' experience with nurses who served as advocates, not nurses who were forensic examiners. As it is not clear how these survivors felt about the *forensic* nurses, this study cannot make claims about their exclusive role.

More recently, Campbell, Patterson, Adams, Diegel, and Coats (2008) conducted a quantitative study on sexual assault survivors' experience with

SANEs. Similar to Ericksen et al. (2002), they found that rape victims felt that the nurses were compassionate, caring, and listened to them. These survivors also felt that their concerns were taken seriously, were provided clear instructions for medications, given explanations of the exam, and felt that they could contact the program if they had any future concerns. Most survivors also felt like they were in control during the exam and did not feel pressured to continue with prosecution. Although this study was able to provide some insight as to how SANEs may affect the well-being of rape survivors, there are several questions left unanswered. First, these findings may not have captured all the experiences (positive and negative) survivors had with forensic nurses. Second, this study did not examine how secondary victimization may be prevented by the quality of care provided by forensic nurses.

Taken together, although both studies present important information regarding survivors' experiences, there is limited understanding on how forensic nurses play a role in emotional well-being and recovery. Although the current work on SANEs suggests that victims have positive experiences with these programs, less is known about how forensic nursing care may help or hinder postassault recovery and how they may prevent or further secondary victimization. Having a clearer understanding of these experiences can provide validating evidence for SANEs regarding the importance of emotional care *and* forensic expertise in victim recovery. The purpose of this qualitative study was to understand adult sexual assault survivors' experiences with SANEs during their forensic examination. Specifically, what did survivors perceive as helpful and/or hurtful to their postassault recovery during their interactions with the forensic nurses, and to what extent did survivors encounter secondary victimization while being treated?

Method

Participants

This study is part of a larger project on SANEs impact in the criminal justice system (Campbell, Bybee, Ford, Patterson, & Ferrell, 2009). The target sample for this study was adult female sexual assault survivors who (a) were 18 years of age or older at the time of the assault; (b) were victimized in the focal county; and (c) received an exam by the SANE program between September 1999 (opening date of program) to June 2007 (Campbell et al., 2009). The focal SANE program is community based in a medical clinic facility rather than a hospital emergency department. Each sexual assault patient is cared

for by one forensic nurse and one sexual assault victim advocate. At the time of data collection, there were six forensic nurses who provided care for the vast majority of adult cases. These nurses were White females, with an average age of 46 years, range of 30 to 55 years old. Fifty percent have an associate's degree and the other 50% have a bachelor's degree. These nurses had on average 6.75 years experience specifically in forensic nursing (ranging from 5.5 to 9 years).

Two recruitment strategies were used to identify the target population: prospective sampling and community-based retrospective purposive sampling. For prospective sampling, the focal SANE program agreed to adjust their existing patient paperwork to include a form requesting participation in evaluation research. This form described the study and asked survivors if they would be willing to be contacted at a later date by the research team regarding their experiences with the SANE program and criminal justice system. Survivors who agreed to be contacted completed a form on how and when they can be safely contacted by the research team. Survivors were contacted by a research assistant 10 weeks later to request participation in the study. Half ($n = 10$) of the participants were recruited through prospective methods.

Retrospective recruitment methods were also used because it was expected that prospective recruitment would not be sufficient to obtain a desired sample size. Furthermore, it is not uncommon for survivors to not be ready to talk about their sexual assault experiences until later in their healing process (Campbell, Sefl, Wasco, & Ahrens, 2004). Therefore, we used community-based retrospective methods to recruit "older" cases (i.e., as early as 1999) that have gone through the same SANE program. We conducted wide-spread dissemination of information about the study throughout the community including posting advertisements at local businesses (e.g., grocery stores, hair salons), public transportation, community-wide mailings, and postings in human and health service agencies including the rape crisis center. This strategy allowed survivors to decide privately whether to contact the research team (see Campbell et al., 2004 for more discussion of this methodology). If survivors decided to contact the research team, they were screened for eligibility, and then scheduled for an interview. Half ($n = 10$) of the participants in this study were recruited through this method. Participant recruitment and interviewing continued until the sample size allowed for data saturation, where the same themes were repeated and no new themes emerged among participants (Morse 1994; Starks & Trinidad, 2007). A sample of 20 participants is a reasonable size for a qualitative study examining phenomenon in-depth (Creswell, 2007; Sandelowski, 1995).

Procedures

Interviews were conducted in-person at the administrative office of the rape crisis center affiliated with the focal SANE program by three interviewers (the PI and two research assistants). The interviewers were trained by the PI on strategies for building rapport and increasing the victims' comfort during the interviews (see Campbell, Adams, Wasco, Ahrens, & Sefl, 2009 regarding the interviewer training program). Ongoing weekly meetings were held to review interview transcripts and discuss emerging themes and logistical problems to address in subsequent interviews. Interviews ranged from 1.5 to 4 hours in length, with an average of 2 hours. The interviews were tape recorded with the permission of participants and then transcribed. Participants were paid US\$30 and given a resource packet of local services. The procedures used in this study were approved by the Institutional Review Board of (Michigan State University).

Measures

The semi-structured interview protocol was developed in four stages. First, the interview was adapted in part from a prior study, which was codeveloped with advocates, sexual assault survivors, and community personnel (see Campbell et al., 2001). This helped identify appropriate phrasing of questions so that they were comprehensible and supportive to survivors. Second, the literature on medical and legal system personnel's interactions with victims was reviewed and used to inform the interview protocol. Third, key legal and medical personnel in the focal county were consulted on the content of the interview protocol and revised accordingly. Finally, the interview was pilot tested with five sexual assault survivors (not included in the sample) to assess the content and probes, and provide an opportunity for the research assistants to receive additional training on qualitative interviewing.

The interview consisted of four main topics: (a) the rape itself and initial disclosures; (b) victims' experiences with SANE; (c) the role of forensic medical evidence in victims' decisions to prosecute; and (d) victims' experiences with law enforcement, prosecutors, and judicial proceedings. In this manuscript, we present data regarding survivors' experiences with the forensic nurse examiner.

Data Analyses

Data analysis consisted of a two-phase process. First, consistent with Strauss and Corbin's (1990) method of "open coding" which involves, "breaking

down, examining, comparing, conceptualizing, and categorizing data” (p. 61), two analysts read the transcripts independently and identified a preliminary list of themes mentioned by participants. The analysts compared these themes, discussed and clarified the meaning of the thematic codes, and revised the coding framework until there was consensus. The second phase included “pattern coding” (Miles & Huberman, 1994; Saldana, 2009). Pattern codes are explanatory codes that further identify an emerging theme into more meaningful unit of analysis. Pattern coding involves taking the initial thematic framework that was identified during the first phase and searching for causes and explanations in the data (Saldana, 2009). The two analysts discussed, compared, and revised their explanatory codes to reach final consensus. Reliability and validity were maximized through several verification strategies, including sampling adequacy, triangulation (i.e., multiple analysts) to reduce interpretive bias and reach consensus on themes, and working in an iterative process whereby collecting and analyzing data occur simultaneously to inform the creation and modification of themes (Morse et al., 2002; Patton, 2002).

Results

The majority of sexual assault survivors were White (85%) and were assaulted by someone they knew (80%), with an average age of 28 years (ranging from 18 to 53 years). Few assaults ($N = 2$) involved the use of a weapon, but 60% of survivors suffered physical injuries and 40% suffered from anogenital injuries. Finally, 50% of the survivors made a report within 2 hr of the assault. The method of recruitment was unrelated to participants’ experiences with SANE or when they sought help from the program. Most survivors (75%) sought help from SANE during 2006 and 2007 (regardless of recruitment method), making it less likely that there were any differences due to organizational changes within the program.

Survivors identified three main aspects of SANE care that they found particularly helpful: (a) they were provided a clear and thorough explanation of the exam process and findings; (b) they were given choices during the exam; and (c) they were treated with care and compassion. Because of these helpful responses, many felt that their overall experience with SANEs was “humanizing” and facilitated their emotional recovery. However, there were some survivors who noted three hurtful or unhelpful things about SANE, including the following: (a) not providing enough explanation of the exam process or findings; (b) not giving enough options or choices; and (c) acting in a distant and cold manner. First, the positive experiences with forensic nurses and their role in fostering survivors’ emotional healing will be presented. Then,

the negative experiences with forensic nurses and how this impacted survivors' healing process will be discussed.

Positive Experiences With SANEs

Thorough explanations. One of the most common positive experiences cited by survivors was how nurses provided thorough explanations during the exam. This included being told what would occur prior to the exam, why each procedure was being done, and describing any visible injuries. Having this amount of explanation was important for rape survivors who just went through an extremely invasive assault, helping them feel more informed, comfortable, and in control of their bodies. Being thorough and clear also made survivors feel like the nurses were doing their jobs effectively and it made them feel validated when the nurses described visible injuries. For some, being told that there were visible injuries was like "proof" that the assault occurred and may help in prosecution:

That's part of the reason [that I continued]. I am because I had evidence towards it . . . Because that will just show that he did things to me, and I have proof.

I: Why is proof important?

Because that's what people need in the world is proof.

I: Let's say that when the nurse did the exam, that there wasn't any proof, there was no tearing, which does happen for some women. If there was no proof, do you think that would [affect] whether or not you wanted to press charges?

I think that it would have changed, yes, because I don't think I would have believed that I had a good chance . . . (18- year old assaulted by a coworker)

The notion of "proof" was used in future interviews to gain a better understanding of what visible injuries meant to survivors:

Yeah, she said that, you know, she seen the cuts where he grabbed me and she saw them. She said I looked a little irritated down there, um, that's about it.

I: When she told you that she noticed, you know, signs of irritation and things like that, how did that make you feel in terms of, I guess, I don't know if it is the right words, validating what happened and showing kind of like proof? Did you see it as proof?

Yeah, I did.

I: Can you explain to me like how you felt, like what did you think about it as proof?

I just was happy that she had found something, she had found the stains and put towards as evidence. Something that could help with the case. (26-year-old survivor raped by a stranger)

In the focal SANE program, medical forensic exams are conducted within 96 hr of the rape and because of their invasive nature; it is often difficult for survivors to be examined so soon after the assault. A forensic exam can therefore be very distressing and perceived as a second attack on the survivor's body. However, the survivors that were interviewed said this secondary trauma was alleviated as a result of the nurses being very open and honest about what was going to happen every step of the way:

It is really uncomfortable to begin with, especially after what happened and I'd rather know what they are doing and why they are doing it, then you know . . . I thought more informed of what was going on. I didn't feel so like I was in the dark about everything, you know. (24-year-old survivor raped by her boyfriend)

Choices. Survivors also reported that it was helpful when nurses provided them with choices, such as whether or not they wanted to continue or if they would be okay with certain parts of the exam. By providing choices, nurses demonstrated their patience and respect, making survivors feel more comfortable. This is seen in the following excerpt:

It made me like more comfortable with them [forensic nurse and advocate] and able to talk about what was happening and just, you know, if there's any part you don't want to do you don't have to do whereas the cops were like well you, you know, you gotta tell us everything. They weren't giving me, like, the option of slowing it down and like just tell us everything and were gonna go from there. Whereas the forensic nurses were like, OK, you gotta tell me what happened. We gotta know what, you know, play by play what happened. Just take your time talking about it so that we can, you know, take the proper steps in your exam to find everything that we can. (21-year-old survivor raped by her boyfriend)

Several survivors experienced secondary victimization with law enforcement, such as being asked to retell their stories numerous times and being

questioned impatiently about the details of the assault. For these survivors, going to SANE and being provided with choices for the first time after their assault made them feel like they were in control.

They were very careful, caring people. They made sure you had everything you needed. If you didn't want to talk, you didn't have to. They didn't make you do anything you didn't want to do. Of course, they're all women. (23-year-old survivor raped by a stranger)

Care and compassion. Another common theme is that the nurses treated survivors with compassion and took their needs and concerns seriously. For these survivors, it was important for nurses to do their jobs as forensic experts (i.e., collecting evidence) while treating them with care. Survivors perceived nurses as caring and compassionate because they validated their experiences, reassured them it was not their fault when they would blame themselves, tried to make them as comfortable as possible, and were personable (e.g., asking what name they would like to be called, talking about everyday life, using humor appropriately). This level of care and compassion expressed by most of the survivors played a critical role in making them feel safe and validated, which is shown in the following two excerpts:

It just seemed like their arms were open, were wide open, and if you needed a hug, they'd give you hug. If you needed somebody to hold your hand, they'd hold your hand. If you had any questions, they'd answer your questions, and they would be honest and not try to hide behind euphemisms or just patronize you or pat you on the back, and say, "You're fine now. Go away." They were very, in fact after it was over, they asked me if I needed to lay down before I went, you know, and did whatever I had to do next. So, it did really make me feel safe . . . One of the things that I'm really glad of it that they did right away, started putting the idea in my mind that I'm not a victim. It was his fault. I didn't do anything to deserve that. (53-year-old survivor raped by a neighbor)

When she [forensic nurse] said she was on my side. It was terrible what he did to me . . . Because I was happy when people actually believed me. You can't like stress that enough 'cause I was so scared at the time.

I: Why were you so scared? I hear that a lot from a lot of women so I just wanted to ask. What were you scared of?

I just didn't think like, people would sit there and say like, they don't know what it's like, and they don't believe that they would know somebody like that, so it's like, it made me feel good that people actually believed me . . . (18-year-old survivor raped by a coworker)

Humanizing. Because forensic nurses showed care and compassion, provided choices, and explained things carefully, survivors felt respected. Rape is dehumanizing, whereby perpetrators treat their victims as objects to control, rather than as human beings. SANE nurses have the opportunity to restore victims' humanity that was taken away during the assault, and this "humanizing" experience seemed to be instrumental in facilitating victims' recovery. Many survivors contacted law enforcement prior to being referred to the SANE program and had negative experiences (e.g., asking them about the assault in detail, treating them like "just another case"). For several of these women, SANEs were often the first formal support providers who treated them like "real" people. At SANE, they felt respected, safe, and able to begin the healing process, as is described in the following two excerpts:

Up until that time, it would have just been formalities, collecting evidence, the police doing that, and it was the first time (at SANE) where I felt like human after going through such a horrendous experience and made to feel I was just a bitch in heat . . . or a pig being led to the slaughter. It's right away, that it starts the healing. And people like the advocates and the nurse examiner, they . . . make you feel like they're more interested in you, in helping you cope with what happened, and that makes it easier, too, because they're looking at you like a person . . . I didn't feel like another body on a slab. (53-year-old survivor raped by a neighbor)

When I walked in the doors it was the first time I felt safe. It was the first time I felt like I wasn't being violated more. I was kind of struck because they cared without wanting me to want them to care . . . It was very odd at first. Because all of a sudden I felt like I could drop my guard and the minute I did I started to cry . . . when I walked in there they made it very clear that they would make sure that I was okay and that I could stay there as long as I wanted. (41-year-old survivor raped by her ex-husband]

Besides being dehumanized during the assault, several rape victims experienced secondary victimization in the hands of other formal medical system

personnel. Although most of the survivors went to SANE as their sole medical care, some initially went to the emergency department when they did not report to the police immediately and/or were not aware of the SANE program. Unlike SANEs, survivors felt that hospital personnel oftentimes did not respect them. Being treated like a “human being again” can also help survivors continue on with the next steps in their case, such as prosecution, as this survivor explains:

You’ve just gone through an experience where you have been treated like animal, and it’s very dehumanizing, and being treated like a human being again, is, it’s one of the most beneficial things, I would say, because you’re not feeling human, especially so soon after the situation. You’re not feeling like a human being.

I: And feeling human helps you be able to get through it?

It helps you get through the whole process . . . because by the time you get to court, then you go through the whole thing again . . . The respect that they give you, and the humanizing qualities that they try to bring to the situation, it makes it easier to take each small step at a time . . . so that by the time you get to court, you’re ready to testify . . . (53-year-old survivor raped by a neighbor)

Negative Experiences With SANEs.

Eight of the survivors interviewed stated that their nurses acted in ways that were unhelpful. However, it was rare for any one survivor to have had an entirely negative experience. That is, seven of the eight survivors who mentioned negative experiences had mixed (both positive and negative) experiences with their nurses, while only one had a primarily negative experience.

Cold and distant. Three survivors stated that the nurse examiner was cold and distant. For instance, while the following survivor did not regret going to SANE, she felt that the nurse acted in a routine manner:

I mean I don’t want to say she wasn’t compassionate or anything . . . this was just so routine for her. For me, this really wasn’t. I was crying . . . I would say more like the evidence collection. It was, you know . . . She got all her stuff out, and you know, it was really pretty bizarre. I’ve never been through anything like that in my life . . . And so, it was more of a business type thing, you know, like, and she was trying to hurry and get me out of there, too, so . . . Yeah. She wasn’t rude about it. She was just trying to get it done. (32-year-old survivor raped by her long-term partner)

When negative experiences did occur, it was hurtful to the survivors who expected and needed supportive care, as is seen in the following excerpt:

It was okay . . . She gave me all the medicine I needed so that I wouldn't get nothing. She just didn't explain the things that I felt I should know. I just thought maybe she was, I don't know, maybe she doesn't like her job . . . She just didn't care. I don't know. I can't really explain it. She just, she was cold . . . She just made me feel like she just wanted to do her job, and go back home. That's all she talked about, how she had to get out of bed. (19-year-old survivor raped by her male friend)

The fact that some nurses acted in a somewhat cold and distant manner made these survivors feel uncared for and as if the nurse was simply there to do her job and leave.

No explanation. Four survivors mentioned that their nurse did not give them enough explanation about the exam procedures or findings. As previously mentioned, the narratives suggest that survivors felt that their sense of control and dignity were taken away during the assault. Those who were provided with thorough explanations felt more informed and in control of their bodies, both of which are important for healing. As is seen in the following excerpts, when this did not occur, survivors felt in the dark:

They just said they were gonna perform a rape kit. They took pictures of my bruises, and then, it was just like a regular exam at the doctor's, kind of.

I: So they only explained that they were gonna do a rape kit, they didn't really get into any details about it?

[no]

I: Ok. Do you feel like before you had the exam, it would have helped to know a little bit more about what the exam was?

Probably

I: Having gone through the exam, what do you think would have been useful for you to know?

I just wish they would have explained everything that they were doing, and what they were doing it for . . . They didn't even tell me what was going on. I don't know if it was 'cause she was tired . . . (19-year-old survivor raped by her male friend)

Likewise, not being told about what is found during the exam not only makes survivors feel less informed, but may also leave a survivor confused. This following excerpt comes from a survivor who explains how she felt when she wasn't told whether there was any evidence or injuries from the assault:

You start to doubt yourself as far as like, well what really happened, like did I have like a really bad dream. Like sometimes you have dreams that you wake up and you think, oh like that happened and you don't know the difference between reality and your imagination just told you and so, yeah you start to doubt yourself. And then when you tie in like go through some kind of therapy and then you kind of think, well maybe I don't have a problem and maybe I'm not messed up and but you really are. And so, yeah, I think it would have been nice if someone had told me, you know, yeah, you were violated. But I mean, I had already known that, I kind of just, I guess it didn't bother me, but yeah, I think, there is a big believing factor. If people don't believe you, you feel even more hurt by that because it is like, like why don't you go through that and why don't you tell me how you feel about it. So, yeah, I think that's the way things are, you know, it could have been nicer, but it didn't really affect my experience. (20-year-old survivor raped by an acquaintance)

It is important for sexual assault survivors to be believed and have their experience validated by formal support providers (Ahrens, Cabral, & Abeling, 2009; Campbell, 2008). When nurses do not provide any explanations about possible injuries or the absence of injuries, survivors may begin to second guess themselves. Although the survivor quoted above did not feel that this impacted her experience in a completely negative way, she would have preferred to have some kind of validation from the nurse. Likewise, survivors wanted to know what was happening to their bodies during the exam at all times. Those who were not provided step by step explanations of the exam felt uncomfortable and uncertain about what to expect and if any injuries were actually found.

No choice. Six survivors felt that having the exam did not feel like a choice or that they were not given the option for certain exam procedures, making them feel upset and frustrated. Letting survivors know that the exam is their choice and giving them all their options is also important to help them regain control. The following excerpt is from a survivor who did not feel that she had total control of the exam:

I don't understand why I had to go through that part of it, then they had to brush my hair, which, this comb, you know, I literally had like scabs and stuff on my head from having so much hair pulled out. I didn't want my hair brushed. It wasn't like there was a stranger. They didn't have to find DNA on my body because it was, you know, I just didn't understand all that.

I: Did you feel like you had a choice?

No, not for the most part. You know, you're out getting pictures taken again, and you know, you're very uncomfortable, very degrading on you. I mean, she didn't make me, she wasn't like belittling me or anything. I'd just been through enough. I just wanted to go home, and I still had to go to the hospital after there. I was a wreck. (32-year-old raped by her long-term partner)

Lack of choice during the exam process can be very hurtful to survivors. As the previous excerpt highlights, lack of choice is not conducive to an already uncomfortable and invasive exam.

Discussion

SANEs are specially trained to provide forensic medical treatment with compassion and care. Therefore, they have the unique opportunity to prevent and/or alleviate the secondary victimization that sexual assault survivors are likely to have already endured in other formal systems. Although this study did not assess postassault psychological outcomes (e.g., depression, PTSD), it did provide an in-depth examination of how sexual assault survivors' positive experiences with SANEs may promote recovery and emotional well-being. Similar to Campbell et al. (2008) and Ericksen et al. (2002), patients stated that the positive and helpful aspects of SANE care were to provide compassion, choices, and clear explanations. Our study expands on these prior findings in that we now have a preliminary understanding about *how* these positive experiences with forensic nurses may impact survivors' healing process. The positive emotional care provided by forensic nurses made survivors feel safe, respected, and "humanized." It was not simply that forensic nurses were collecting evidence to help further their case—it was about the manner in which it was done that seems to have impacted their coping and emotional well-being.

Several patients also perceived a difference once they entered the SANE program. Those who had negative experiences with law enforcement and traditional EDs stated that they no longer felt that they were being

disrespected or treated like another “case” or “body on a slab.” Being treated like a human being and given the choice over what happens to them during the exam helped them regain a sense of control and made them feel more confident in taking the next steps to recovery. A few survivors stated that this also helped them feel more confident to seek justice if they chose to go through prosecution. It was clear that these survivors felt relieved that a medical professional was much more than an “evidence collector.” Instead, SANEs were also able to provide them with the emotional support needed to heal. In this sense, SANE’s goal of reinstating dignity and preventing secondary victimization was being realized for most of the survivors in this study.

This study also presented what some survivors perceived as unhelpful interactions with their forensic nurses. Although these survivors did not regret going to SANE and found them helpful overall, they also felt that they were not provided with enough explanation, choice, and/or had nurses who were cold and distant. After an assault, survivors are likely to feel confused, scared, and may sometimes blame themselves (Campbell et al., 2009). Once they enter the system, they are likely to first contact the police and/or a traditional ED. Many survivors who entered these systems prior to SANE described it as dehumanizing, leaving them more confused, scared, and lacking control. For those survivors who felt that SANEs were not able to provide them with choices or thorough explanations of what was happening during the exam, the secondary victimization already experienced from these other systems may have been exacerbated with the negative experiences with SANE. These survivors continued to feel a lack of control of their bodies, felt unsure about what was happening during the exam, and felt that their experience as a victim was not validated. As a result, their ability to regain control and maintain the dignity needed to start the healing process seemed to have been hindered while at SANE.

What can be learned from the negative experiences described by some of these survivors? The current findings bring more attention to the emotional component in SANE practice and its impact on survivors’ well-being. Nursing practice within the SANE model is not the only nursing field where human dignity is paramount. The American Nurses Association states, “a fundamental principle that underlies all nursing practice is respect for the inherent worth, dignity, and human rights of every individual” (2001, p. 3). Therefore, what is primarily important for recovery is the maintenance of respect and dignity while a patient is being treated and cared for by a nurse. In a recent study by Matiti and Trorey (2008), hospital patients describe how dignity includes being treated with respect, given choices, and control over their treatment. Lack of these important qualities in nursing care disrupts the

healing process. Furthermore, Matiti and Trorey suggest that dignity is a subjective concept perceived by the patient. It is up to the nurse to pay attention to how dignity is to be maintained given the unique needs of their patients. Applying this to SANEs, it is important for forensic nurses to understand that sexual assault survivors are a unique population of patients where the reinstatement of control and dignity is even more crucial to recovery. Unlike other patients (e.g., cancer patients), sexual assault patients are victims of abuse, where they have been devalued and disempowered. Given this, it is reassuring that the majority of survivors in this study felt respected, in control, and valued as a result of being cared for by their forensic nurses.

Overall, this study was able to provide a deeper understanding of SANE practice from the perspective of sexual assault survivors. Whereas previous research has provided a basic understanding of SANEs' role in survivors' well-being, this study was able to expand on *how* certain caring practices may help a victim recover and prevent further trauma, and how some negative practices may impede the healing process. Furthermore, as part of the larger project on SANEs impact on the criminal justice system, the six nurses were interviewed about their philosophy on victim reporting and the role of patient care on victims' participation in prosecution. Consistent with the positive experiences explained by survivors, the findings suggest that forensic nurses believe that their primary role is to provide medical care and help patients regain a sense of control by providing options (see Campbell et al., 2009 for additional details).

The negative findings regarding survivors' experiences with SANEs should be taken with caution. This study was conducted on a relatively small sample ($N=20$) of sexual assault survivors who were treated by one community-based SANE program in the Midwest. Therefore generalizations cannot be made about SANE nursing practice nationwide. Individual nurse differences also may contribute to the various survivor experiences. However, given that these forensic nurses did not vary greatly (e.g., years in nursing profession, age, education, and so forth), it cannot be concluded that these factors made a significant difference. Future research on the emotional care of SANEs should be conducted on a larger sample in diverse settings (i.e., other cities, hospital-based programs, and so forth) from the perspectives of both survivors and nurses.

This study was also able to add to the body of knowledge regarding SANE practice. Prior research has suggested that there is an inherent conflict in the forensic nurse role, where one has to negotiate between being the comforter and evidence collector (Cole & Logan, 2008). Although nurses understand and value the concept of "care," attending to patients' needs is difficult and

complex because it is expected that nurses provide emotional care along with technical competence in a seamless process (Bassett, 2002; Bolton, 2000). Given that forensic nurses have the unique role of collecting evidence which may be used in criminal investigations, the balance between remaining “professional” and “caring” may be more difficult because they are required to maintain objectivity (Cole & Logan, 2008). The current study suggests that survivors perceived the emotional *and* forensic care to be beneficial to their well-being. Although this balance may be difficult for nurses (Cole & Logan, 2008), SANEs should include more emotional care practice (e.g., validation, compassion, choice) within their professional training as it is likely to promote recovery. Because many survivors experience negative treatment within other formal systems prior to receiving care from SANE, it is important for forensic nurses to understand systemic trauma and to appreciate their role in helping to reduce further secondary victimization through their emotional labor.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the authorship and/or publication of this article.

Funding

This research was supported by a grant from the National Institute of Justice awarded to the second author (2005-WG-BX-0003). The opinions or points of view expressed in this document are those of the authors and do not reflect the official position of the U.S. Department of Justice.

References

- Ahrens, C., Cabral, G., & Abeling, S. (2009). Healing or hurtful: Sexual assault survivors' interpretations of social reactions from support providers. *Psychology of Women Quarterly*, 33, 81-94. doi:10.1111/j.1471-6402.2008.01476.x
- Ahrens, C., Campbell, R., Wasco, S., Aponte, G., Grubstein, L., & Davidson, W. (2000). Sexual Assault Nurse Examiner programs: Alternative systems for service delivery for sexual assault victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 921-943. doi:10.1177/088626000015009002
- American Nurses Association. (2001). *Code of ethics for nurses with interpretive statements* [Brochure]. Silver Spring, MD: Author. Retrieved from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics.aspx>
- Bassett, C. (2002). Nurses' perceptions of care and caring. *International Journal of Nursing Practice*, 8(1), 8-15. doi:10.1046/j.1440-172x.2002.00325

- Bolton, S. C. (2000). Who cares? Offering emotion work as a "gift" in the nursing labour process. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 580-586. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01516
- Campbell, R. (1998). The community response to rape: Victims' experiences with the legal, medical and mental health systems. *American Journal of Community Psychology*, 26, 355-379. doi:10.1023/A:1022155003633
- Campbell, R. (2005). What really happened? A validation study of rape survivors' help-seeking experiences with the legal and medical systems. *Violence & Victims*, 20(1), 55-68. doi:10.1891/vivi.2005.20.1.55
- Campbell, R. (2006). Rape survivors' experiences with the legal and medical systems: Do rape victim advocates make a difference? *Violence Against Women*, 12(1), 1-16. doi:10.1177/1077801205277539
- Campbell, R. (2008). The psychological impact of rape victims. *American Psychologist*, 63, 702-717. doi:10.1037/0003-066X.63.8.702
- Campbell, R., & Bybee, D. (1997). Emergency medical services for rape victims: Detecting the cracks in service delivery. *Women's Health*, 3, 75-101.
- Campbell, R., Bybee, D., Ford, J.K., Patterson, D., & Ferrell, J. (2009). *A systems change analysis of SANE programs: Identifying mediating mechanisms of criminal justice system impact*. Washington, DC: National Institute of Justice.
- Campbell, R., Dworkin, E., & Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10, 225-246. doi:10.1177/1524839008334456
- Campbell, R., Patterson, D., Adams, A., 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. doi:10.1111/j.1939-3938.2008.00003
- Campbell, R., Adams, A.E., Wasco, S.M., Ahrens, C.E., & Sefl, T. (2009). Training interviewers for research on sexual violence: A qualitative study of rape survivors' recommendations for interview practice. *Violence Against Women*, 15, 595-617.
- Campbell, R., Patterson, D., & Lichty, L. F. (2005). The effectiveness of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) program: A review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6, 313-329. doi:10.1177/1524838005280328
- Campbell, R., & Raja, S. (1999). Secondary victimization of rape victims: Insights from mental health professionals who treat survivors of violence. *Violence & Victims*, 14, 261-275. Retrieved from <http://www.springerpub.com/journal.aspx?jid=0886-6708>
- Campbell, R., Sefl, T., Barnes, H. E., Ahrens, C. E., Wasco, S. M., & Zaragoza-Diesfeld, Y. (1999). Community services for rape survivors: Enhancing psychological well-being or increasing trauma? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 847-858. doi:10.1037/0022-006X.67.6.847

- Campbell, R., Sefl, T., Wasco, S. M., & Ahrens, C. E. (2004). Doing community research without a community: Creating safe space for rape survivors. *American Journal of Community Psychology*, 33, 253-261. doi:10.1023/B:AJCP.0000027010.74708.38
- Campbell, R., Townsend, S. M., Long, S. M., Kinnison, K. E., Pulley, E. M., Adams, S. B., & Wasco, S. M. (2005). Organizational characteristics of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) programs: Results from the National Survey of SANE Programs. *Journal of Forensic Nursing*, 1(2), 57-64. Retrieved from <http://www.wiley.com/bw/journal.asp?ref=1556-3693>
- Campbell, R., Wasco, S. M., Ahrens, C. E., Sefl, T., & Barnes, H. E. (2001). Preventing the "second rape": Rape survivors' experiences with community service providers. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 1239-1259. doi:10.1177/088626001016012002
- Cole, J., & Logan, T. (2008). Negotiating the challenges of multidisciplinary response to sexual assault victims: Sexual Assault Nurse Examiner and Victim Advocacy programs. *Research in Nursing & Health*, 31 (1), 76-85. doi:10.1002/nur.20234
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Ericksen, J., Dudley, C., McIntosh, G., Ritch, L., Shumay, S., & Simpson, M. (2002). Clients' experiences with a specialized sexual assault service. *Journal of Emergency Nursing*, 28, 86-90. doi:10.1067/men.2002.121740
- Fisher, B. S., Cullen, F. T., & Turner, M. G. (2000). *The sexual victimization of college women*. Washington, DC: National Institute of Justice, U.S. Department of Justice.
- International Association of Forensic Nurses. (2008). Data base of the International Association of Forensic Nurses, Retrieved from <http://www.forensicnurse.org>
- Koss, M. P., Gidycz, C. A., & Wisniewski, N. (1987). The scope of rape: Incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 162-170. doi:10.1037/0022-006X.55.2.162
- Ledray, L. (1992a). The sexual assault nurse clinician: A fifteen-year experience in Minneapolis. *Journal of Emergency Nursing*, 18, 217-222.
- Ledray, L. (1997). SANE program staff: Selection, training, and salaries. *Journal of Emergency Nursing*, 23, 491-495. doi:10.1016/S0099-1767(97)90152-5
- Ledray, L. E., & Arndt, S. (1994). Examining the sexual assault victim: A new model for nursing care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 32(2), 7-12.
- Lenahan, G. (1991). Sexual assault nurse examiners: A SANE way to care for rape victims. *Journal of Emergency Nursing*, 17(1), 1-2.
- Littel, K. (2001). Sexual Assault Nurse Examiner programs: Improving the community response to sexual assault victims. *Office for Victims of Crime Bulletin*, 4, 1-19.

- Madigan, L., & Gamble, N. (1991). *The second rape: Society's continued betrayal of the victim*. New York, NY: Lexington.
- Malloy, M. (1991). *Relationship of nurse identified therapeutic techniques to client satisfaction reports in a crisis program* (Unpublished master's thesis). University of Minnesota, Minneapolis.
- Martin, P. Y. (2005). *Rape work: Organizations and rape victims*. New York, NY: Routledge.
- Martin, P. Y., & Powell, R. M. (1994). Accounting for the "second assault": Legal organizations' framing of rape victims. *Law & Social Inquiry*, 19, 853-890.
- Matiti, M. R., & Trorey, G. M. (2008). Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2709-2717. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02365
- McFarlane J, Greenberg L, Weltge A, & Watson M. (1995). Identification of abuse in emergency departments; effectiveness of a two question screening tool. *Journal Emergency Nursing*, 21, 391-394. doi:10.1016/S0099-1767(05)80103-5
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Morse, J. M. (1994). "Emerging the data": The cognitive processes of analysis in qualitative inquiry. In J. M. Morse (Ed.), *Critical issues in qualitative research methods* (pp. 22-43). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Resnick, H. S., Holmes, M. M., Kilpatrick, D. G., Clum, G., Acierno, R., Best, C.L., & Saunders, B. E.(2000). Predictors of post-rape medical care in a national sample of women. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 214-219. doi:10.1016/S0749-3797(00)00226-9
- Saldana, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. London, UK: SAGE.
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18, 179-183.
- Schaefer, K. M. (2002). Reflections on caring narratives: Enhancing patterns of knowing. *Nursing Education Perspectives*, 23, 286-293. Retrieved from <http://www.ovid.com/site/catalog/Journal/241.jsp>
- Starks, H., & Trinidad, S. B. (2007). Choose your method: A comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qualitative Health Research*, 17, 1372-1380. doi:10.1177/1049732307307031
- Strauss A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Taylor, W. K. (2002). Collecting evidence for sexual assault: The role of the Sexual Assault Nurse Examiner (SANE). *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 78, S91-S94. doi: 10.1016/S0020-7292(02)00051-6

- Tjaden, P., & Thoennes, N. (1998). *Prevalence, incidence, and consequences of violence against women: Findings from the National Violence Against Women Survey* (NIJ Publication No. 183781). Washington, DC: National Institute of Justice, U.S. Department of Justice. Retrieved from <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/183781.pdf>
- Tjaden, P., & Thoennes, N. (2006). *Prevalence, incidence, and consequences of rape victimization: Findings from the National Violence Against Women Survey* (NIJ Publication No. 210346). Washington, DC: National Institute of Justice, U.S. Department of Justice. Retrieved from <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/210346.pdf>
- Ullman, S. E. (1996a). Do social reactions to sexual assault victims vary by support provider? *Violence and Victims*, 11, 143-156.
- Ullman, S. E. (1996b). Correlates and consequences of adults sexual assault disclosure. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 554-571. doi:10.1177/088626096011004007
- Ullman, S. E. (2007). Mental health services seeking in sexual assault victims. *Women and Therapy*, 30(1-2), 61-84. doi:10.1300/J015v30n01_04
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2001). Correlates of formal and informal support seeking in sexual assault victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 1028-1047. doi:10.1177/088626001016010004

Bios

Giannina Fehler-Cabral, MA, is a doctoral candidate at Michigan State University. Her research examines adult and adolescent sexual assault victims' experiences with sexual assault nurse examiners (SANE) and the impact of forensic exams on case progression through the criminal justice system. Her other research involves investigating adolescent sexual assault survivors' disclosure and help-seeking processes, and college students' perceptions and bystander behaviors regarding interpersonal violence on college campuses.

Rebecca Campbell, PhD, is a professor, Psychology and Program Evaluation at Michigan State University. Her research focuses on violence against women, specifically sexual assault and how the legal, medical, and mental systems respond to the needs of rape survivors. Her current projects examine the role of SANE programs in adult and adolescent sexual assault prosecution.

Debra Patterson, PhD, is an assistant professor in the School of Social Work at Wayne State University. Her research examines the social, medical, and legal systems' response to sexual assault victims/survivors, as well as, the impact of SANE programs on legal outcomes and patients' emotional well-being.

RESEARCH ARTICLE

Nursing care provided at medical institutions to female victims immediately after a sexual assault incident: A qualitative descriptive study

Tamaki Fukumoto 

College of Nursing Art and Science,
University of Hyogo, Kobe, Japan

Correspondence

Tamaki Fukumoto, University of Hyogo,
College of Nursing art and Science, 13-71,
Kitaoji-cho, Akashi, Hyogo, 673-8588,
Japan.

Email: tamaki_fukumoto@cnas.u-hyogo.ac.jp

Funding information

JSPS KAKENHI, Grant/Award Number:
17K12129 and 20K10864

Abstract

Aim: To clarify the content of nursing care provided to sexually assaulted females when they present at a medical institution immediately after the assault.

Design: Qualitative descriptive study.

Methods: Individual semi-structured interviews were conducted with 20 female nurses and midwives affiliated with medical institutions collaborating with the one-stop Support Center for sexual violence victims. Data were analysed using content analysis.

Results: The study identified five forms of nursing care: providing safety and reassurance, supporting smooth physical exams, building trusting relationships, supporting the recovery of emotional/physical health and dignity, and ensuring continuity of support. There were three types of institutional systems in victim care: (a) male doctors are sometimes involved in care, (b) female doctors provide care with nursing supervisors, and (c) female doctors take the lead to provide care. Nursing care content extracted in this study was influenced by the structure of the medical institution with which the nurses were affiliated.

KEYWORDS

female, hospitals, nursing care, obstetrics and gynecology department, hospital, qualitative research, rape, violence

1 | INTRODUCTION

Sexual assault against females, a serious problem worldwide, injures the physical and emotional state of women, in addition to their dignity (WHO, 2013, 2020). Given the global concern for this issue, some comprehensive protocols have been developed for health-care professionals of medical institutions for use when caring for female victims of rape in humanitarian settings, such as refugee camps (UNFPA, 2004; WHO, 2020). Medical support in the form

of emergency birth control via a pill or preventive measures against sexually transmitted infections are necessary, particularly for female victims immediately following a rape incident, at which time they will also require legal support for evidence collection. Unfortunately, legal and cultural differences between countries and regions give rise to differences in the support a medical professional can offer. In other words, some protocols developed in one country or region may not necessarily be appropriate for application elsewhere, or within a given organization. Accordingly, each medical professional

This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.

© 2022 The Author. *Nursing Open* published by John Wiley & Sons Ltd.

must consider the type of support that aligns with the culture and realities faced by their particular organization.

When a victim presents at a medical institution immediately after sexual assault, it is often the case that the first medical professional they encounter is a nurse. Hence, training nurses to provide the appropriate care to female victims immediately after sexual assault is of utmost importance, and educational programs that fully consider the unique situation in the given country or region are needed. Development of such programs will require a comprehensive understanding of the content of care offered by nurses in that country or region. To date, very few studies have reported specific details on the care provided by nurses to female victims who present at a medical institution immediately after a sexual assault incident.

2 | BACKGROUND

Sexual assault against females is a serious health and human rights issue that is unfortunately quite prominent across numerous societies, countries, and regions around the world (WHO, 2013, 2020). Sexual assault can cause physical damage, such as injury to the reproductive organs and other areas, sexually transmitted infections, and pregnancy, as well as emotional damage, such as anxiety, fear, depression, suicidal ideation, self-blame, and PTSD (Ledray, 2011). As the victim's body following sexual assault may contain evidence that would allow for identification of the assailant (Ledray, 2011; Lynch, 2011), medical institutions that intercept victims of sexual assault immediately after the incident must also collect evidence, in addition to addressing the victim's physical and emotional health.

To combat sexual assault against females, support is available as Rape Crisis Centers around the world (United Nations Division for the Advancement of Women, 2012). In Japan, governmental support has been provided through one-stop service centers (hereafter, Support Centers) for sexual assault victims. Victims can receive comprehensive support immediately after the assault in the form of OB-GYN care, emotional support in the form of consultation or counselling, assistance with the criminal investigation, and legal support. Where possible, all of these services are offered at one location. Momentum to support victims of sexual assault has been increasing steadily, and in October 2018, at least one Support Center had been established in each of the 47 prefectures (Gender Equality Bureau, Cabinet Office, 2018).

The role of nursing professionals is critical, as they are most often the first medical professionals encountered by female victims of sexual assault. Within the nursing profession, beginning in the 1970s, some nurses, particularly in North America, trained to care for victims of sexual assault, are known as Sexual Assault Nurse Examiners (SANE). As a SANE is responsible for covering one field of forensic nursing, one particularly important role of SANEs is evidence collection (Zalon et al., 2013). In 2000, Japan's NPO Center for Education and Support for Women created a Japanese version of the SANE program, modelled after a SANE program conducted

in British Columbia, Canada. As of spring 2021, 469 individuals have completed the Japanese SANE program (NPO Center for Education and Support for Women, Japan, n.d.). While Japan has moved forward with its own SANE program, referring to that used in North America, the system in Japan differs from that in North America in that legal consideration is necessary for a nurse to collect evidence on their own (Act on public health nurses, midwives, nurses, 1948). Additionally, in contrast to other developed countries, Japan has not widely adopted the use of contraceptive pills (UN, 2021). Within these circumstances, some female victims have reportedly visited a medical institution immediately following an incident of sexual assault and have requested for emergency contraceptive pills due to the concern of having been impregnated by their assailant (Nagae, 2017).

Very few studies have considered the specific details of the care offered to female victims who present at a medical institution immediately after a sexual assault incident. While Japan has Support Centers available for victims throughout the nation, the type of care offered to victims remains unclear, as do the objectives and intentions of the nursing staff offering this care to the victims. Therefore, the present study aimed to conduct a broad investigation of the content of care provided by nurses at medical institutions collaborating with Support Centers to female victims immediately following sexual assault and examine the care intentionality among nursing staff caring for them. The present study findings will inform the development of educational programs tailored to the current situation in Japan and contribute to the improved quality of care for victims of sexual assault.

3 | THE STUDY

3.1 | Aims

The present study aimed to clarify the care content offered by nurses and midwives (collectively, "nurses") to female victims of sexual assault when they visit a medical institution immediately following an assault.

3.2 | Design

The study design was a qualitative descriptive study (Sandelowski, 2000).

3.3 | Participants

Study participants were female nurses and midwives with experience in treating at least one female victim of sexual assault within the past year at a medical institution collaborating with a Support Center.

3.4 | Data collection

Data were collected through semi-structured interviews conducted one-on-one using an interview guide. Maximum variation sampling (Patton, 1990; Sandelowski, 1995) was used to gather the details on various types of care from all participants. In December 2018, supervisors at 50 Support Centers nationwide were contacted to begin the recruitment process for study participants via telephone and mail. We requested two items of the supervisors. The first was to ensure that the survey targeted a wide range of nurses working at various medical institutions. The second was to keep the number of survey respondents from any given Support Center to no more than three, to minimize the burden on their supervisors. The most common response from supervisors was, "There are no such nurses," with 41 of the 50 supervisors responding this way. Therefore, the decision was made instead to meet with the nine supervisors who offered their participation at a specific time and place chosen ahead of time. During this visit, supervisors received an explanation of the selection criteria of the nurses and offered the names of some who would be eligible for study participation.

In August 2019, as the time for completing data collection was nearing, further recruitment was requested of research participants from the supervisors who had yet to provide the names of three individuals. Unfortunately, all of these supervisors responded again, saying, "I have no other nurses in my institution who would fit these criteria other than those I have already introduced to you." As such, we decided to consider the data collection complete. During the interview survey, we asked nurses about (1) the type of care they offered female victims who presented at their medical institution for an initial visit within 2 weeks of sexual assault and (2) the intentionality of their nursing care. With the nurses' consent, we recorded the interviews on an Integrated Chip recorder (a digital voice recorder). Once the data collection and analysis of data from the first three individuals was complete, we reviewed the interview guide. Although we found that several questions were insufficient for extracting data on the topic of "intentionality of care" from the nurses interviews and their responses were sometimes limited to the type of care they offered, we decided that the interview guide did not require revision. For the first three interviewees, researchers performed an additional survey that focused specifically on the "intentionality of care" that they offered, with the aim to clarify this. Then, data were added in a way so as not to break up the cadence of the verbatim recording that had already been created. Following this, we commenced the fourth interview, taking special care to ensure that not only the type of care they offered but also "intentionality of care" was thoroughly addressed in the surveys. We were able to obtain data suitable for analysis, and no re-interviews were conducted from the fourth interviewee and beyond.

Interview locations were chosen through consultation with each study participant, 19 of whom chose to be interviewed in a private room of the medical institution of their affiliation, whereas one chose to be interviewed in a rented conference room where privacy could be guaranteed. Interviews lasted from 30 to 68 min per case,

with the duration for each research participant ranging from 30 to 98 min.

3.5 | Ethical considerations

When selecting study participants, we first explained the study both in writing and verbally to the supervisor and received names of nurses only after obtaining a signature indicating the consent of their supervisor. Second, we explained the study to the nurses both in writing and verbally, and then obtained nurses' signatures indicating consent before performing the interview survey. Third, to guarantee research participation from the nurses, prior to conducting interviews with the nurses, we explained the study in writing and verbally to each director of the affiliated medical institution, obtaining their signature of consent as well.

One unique feature of the present study is that nursing personnel selected the victim cases for analysis, and we collected narratives regarding the content of care offered for each case. As such, it was of the utmost importance that personal information of those involved in the cases was protected. In order to ensure that all supervisors, directors of the medical institutions, and nurses had an appropriate understanding of how any personal data would be handled, the following three points were explained carefully at the time written, and spoken instructions were given to each to explain the study parameters and objectives. First, I clarified that the present study objective is to gain an understanding of the nursing care content, and not to know the damage/injury status of the case. Second, I assured them that research findings would be published in a manner that ensures the anonymity of all individuals and medical institutions involved. Third, I noted that after creating a verbatim record of the nurse's words, I would ask the nurses to check to make sure that the recording was not problematic in terms of the disclosure of personal information. All nurses who participated in the study confirmed that the recordings contained no disclosure of personal information. Data analysis was initiated after receiving this confirmation.

The present study was approved by the ethics committee of the investigator's graduate school of affiliation, as well as by the ethics committees of the relevant medical institutions in response to requests from the medical institutions.

3.6 | Data analysis

The conventional content analysis method, designed by Hsieh and Shannon (2005), was used to analyse the qualitative data obtained from the present study. The analysis focused on the intentionality underlying the care provided by the nurses to clarify the purpose of care. Data were organized such that the semantic content would be contained as one unit, and then codes were assigned to each unit of data obtained from this process. Thus, all data, including conflicting data, were carefully examined with additional care to ensure that the interpretations of phenomena based on the obtained data did

not create any arbitrary skew. Multiple codes were compared, and subcategories were created while considering similarity and divergence. In addition, the created subcategories were compared and classified, the level of abstraction was increased, and then categories were created. Data were analysed using NVivo ver. 12 (QSR International, 2018).

3.7 | Validity and reliability

Validity and reliability were assessed according to the four criteria for trustworthiness established by Lincoln and Guba (1985). For the first criteria, i.e., credibility, triangulation was used to guarantee data credibility. Specifically, supervisors of all 50 institutions across the nation were asked to select nursing staff in a way that would ensure that the nurses would not be skewed by the number of cases they had each handled. In so doing, data were collected from several different nurses working at various medical institutions, which guaranteed data credibility. Peer debriefing by two specialists in qualitative research (one of whom specialized in supporting victims of sexual assault) was also used to guarantee data credibility. Finally, by working carefully to comb through all data, including conflicting data, to ensure that no arbitrary skewing occurred in our interpretation of any phenomena, we confirmed data credibility in the data analysis process. With regard to the second criteria, i.e., transferability, this was ensured by having nurses give rich descriptions of the care content through their narratives. The third criterion of dependability was ensured through the creation of records for all data and the data analysis process; this was performed to demonstrate the continuity of the data collection methods and interpretation. When necessary, multiple specialists were consulted to confirm any ambiguity, which guaranteed data dependability. The fourth criterion, confirmability, was ensured by the fact that supervision was provided to the multiple specialists as they weighed in with their opinions.

3.8 | Definition of terms

In the present study, “immediately after assault” was defined as within 2 weeks after an assault. Sexual assault was defined as the “forceful insertion of a penis or any other item into a female's body (vagina, rectum, or mouth) against her will.”

4 | FINDINGS

Participant characteristics are summarized in Table 1. Our study participants comprised 20 nursing staff members (all female: 14 nurses and 6 midwives) of 10 medical institutions (3 general hospitals, 3 OB/GYN hospitals, and 4 OB/GYN clinics) working at nine Support Centers. The age breakdown of participants was as follows: 20s ($n = 1$), 30s ($n = 2$), 40s ($n = 9$), 50s ($n = 6$), and 60s ($n = 2$). Clinical experience of our participants ranged from 8 to 40 years; of those

years, 0–37 years were spent obtaining clinical experience in the OB/GYN field. The number of sexual assault cases presenting within 2 weeks of the assault each nurse had handled ranged from 1 to 20+ cases. Of the 20 participants, 6 (Ns 1–6) had attended the Japanese version of the SANE training program (40+ hr), and 13 (Ns 1–7, 15–20) had attended some training session related to supporting victims of sexual assault targeting Support Center personnel or staff members at an organization collaborating with a Support Center.

Nurses reported their experiences with a total of either 1 case ($n = 17$) or 2 cases ($n = 3$), for a total of 23 cases. Nurses 3, 5, and 18 reported on two cases to which they responded, so each is notated as Ns 3.1 and Ns 3.2, Ns 5.1 and Ns 5.2, and Ns 18.1 and Ns 18.2. The 23 cases included 7 for which the subject age ranged from toddler to junior high/high school. Of these 23 cases, Ns 3.1, 5, 6, and 7 were attended by a male doctor, whereas Ns 2, 3.2, 4, and 8–20 were attended by a female doctor. The case Ns 1 was attended by one male and one female doctor.

In other words, at medical institutions A, B and C, sexually assaulted females were attended to by male doctors as well as females, and all nurses who had cared for the victims had attended a training session on supporting victims of sexual assault. All nursing staff at medical institutions A and B had also attended the Japanese version of the SANE training program.

4.1 | Systematic structure of the medical institution

In the present study context, “systematic structure of the medical institution” indicates the structure of role division between doctors and nurses who respond to assault victims. Here, we found that medical institutions followed one of three different systematic structures.

4.2 | Doctors leave all care other than the physical exam to the nurses

When responding to female sexual assault victims, some medical institutions were set up such that doctors would leave all care and responsibility to the nursing staff, with the exception of the physical exam. This structure was followed by medical institutions A, B and C.

“The doctor's interaction with female sexual assault victims ends after the physical exam is completed and the results are explained. The rest of it is handed off to the nurses to handle from there. So, the doctors are involved for about 10–15 minutes, maybe not even. Typically, a female sexual assault victim receives roughly 2 hours of our care, and the majority of that is provided by nurses.”

(Ns 5.1)

TABLE 1 Summary of participant characteristics (N = 20)

NsID	Medical institution of affiliation	Systematic structure of medical institution*	Occupation	Age group	Sex	Years of nursing experience (years)	Years of OB/GYN nursing experience (years)	Number of females tended to who presented for the initial visit within 2 weeks of a sexual assault incident	Attended 40+ hr of SANE training	Attended a workshop on supporting victims of sexual assault**
Ns 1	A	a	Nurse	50s	F	37	0	15	Yes	Yes
Ns 2	A	a	Midwife	60s	F	40	37	15	Yes	Yes
Ns 3	A	a	Midwife	60s	F	40	30	20+	Yes	Yes
Ns 4	A	a	Nurse	40s	F	15	0	3	Yes	Yes
Ns 5	B	a	Nurse	40s	F	25	10	20+	Yes	Yes
Ns 6	B	a	Nurse	30s	F	18	16	20+	Yes	Yes
Ns 7	C	a	Nurse	50s	F	24	22	16	No	Yes
Ns 8	D	b	Nurse	40s	F	26	0	1	No	No
Ns 9	D	b	Nurse	50s	F	31	2	1	No	No
Ns 10	D	b	Nurse	40s	F	20	0	1	No	No
Ns 11	E	c	Nurse	50s	F	15	13	10	No	No
Ns 12	E	c	Midwife	50s	F	20	20	1	No	No
Ns 13	F	c	Nurse	40s	F	18	2	1	No	No
Ns 14	F	c	Nurse	20s	F	9	2	1	No	No
Ns 15	F	c	Midwife	40s	F	8	8	1	No	Yes
Ns 16	G	c	Midwife	40s	F	26	24	3	No	Yes
Ns 17	G	c	Nurse	50s	F	33	6	4	No	Yes
Ns 18	H	c	Midwife	40s	F	21	20	10	No	Yes
Ns 19	I	c	Nurse	40s	F	27	22	5	No	Yes
Ns 20	J	c	Nurse	30s	F	16	16	7	No	Yes

*The systematic structures of medical institutions are as follows: a, Doctors leave all care other than the physical exam to the nurses; b, The nursing supervisor works with the doctor to provide care; c, A specific doctor takes the lead to provide care.; **The target audience of the training workshops on supporting victims of sexual violence include advocates at the Support Centers as well as staff affiliated with organizations collaborating with Support Centers, and are not necessarily all nurses.

4.3 | Nursing supervisor responds to victims while consulting with the doctor

Some medical institutions are set up such that, as a general rule, the nursing supervisor works and consults with the doctor while caring for female sexual assault victims. Medical institution D followed this particular structure.

After 19:00, the nursing supervisor is the one to respond to sexual assault victims. At the time, I was working on duty, so I provided care to the female sexual assault victim.

(Ns 9)

4.4 | A specific doctor takes the lead in offering care

At some medical institutions, the policy was to have a specific doctor take the lead when responding to female sexual assault victims. This structure was followed by medical institutions E, F, G, H, I and J.

Responses at the Support Center are led by the doctor, from start to finish. Nurses might help the doctor with the exam, but that is about it.

(Ns 11)

4.5 | Nursing care offered at a medical institution to female victims immediately after the sexual assault incident

Analysis results are shown in [Tables 2](#) and [3](#). The Nurse IDs (NsIDs) shown in [Tables 2](#) and [3](#) correspond to those shown in [Table 1](#).

Below are the narratives of the nursing staff. To clarify how each narrative corresponds to a given code and nurse, the code and NsID are indicated at the end of each narrative. In cases where the nurse provided nursing care that conflicted with the code, a ⇔ symbol is inserted following the NsID.

4.6 | Provide safety and reassurance

Providing safety and reassurance means that nurses understand the information given to them about the female sexual assault victims and are able to read the body language or mood that is projected. This reassures the victims that the medical institution is a safe place and that the doctors and nurses can be trusted, which leads to the creation of an environment of safety and reassurance within a medical institution. The present study revealed that this form of care was provided by all medical institutions, regardless of their systematic structure. Among them, medical institutions A, B and C had private rooms where nurses could tend to female sexual assault victims.

Medical institutions A and B had an institution-specific medical exam sheet created specifically for female sexual assault victims, and nurses used this to interview the victims. In addition, nurses at medical institution B noted that if the doctor in charge was male, they would proactively convey to the victim that he could be trusted (Ns 5.1, 5.2, and 6). In addition, at medical institutions D, E and J, if the doctor was male, nurses would become a safe space for the female sexual assault victim, thereby offering their protection to the victim (Ns 10, 11, 12, and 20). Finally, nurses at medical institutions A and B demonstrated their understanding of acute stress disorder (Ns 1, 2, 3.1, 3.2, and 5.1). Conversely, some nurses at medical institutions D and J had not yet realized the possibility that when female sexual assault victims talk about their assault in very matter-of-fact or detached ways, this can indicate the presence of dissociative disorder (Ns 9, 10, and 20).

Within the medical institution is a room for female victims of sexual assault, so I interviewed the victim in that room.

(Question victim in a private room: Ns 1)

I heard from the female victim of sexual assault about the situation surrounding the incident in line with the medical exam sheet.

(Understand information concerning the assault: Ns 4)

At the medical institution where I work, the same medical examination sheet that is used for sexual assault victims is used by the hospital, police, and the Support Center. The female victim of sexual assault in this case came to us from the police station, so after the police filled out the examination sheet for the sexual assault victim, the victim arrived at the hospital with this already filled out.

(Understand information concerning the assault: Ns 5.1)

In order to alleviate even a little bit of the anxiety held by the female sexual assault victim before she undergoes the doctor's exam, I explain ahead of time what sort of doctor is going to be examining her, is it a male doctor, is it a female doctor, etc. For example, I might explain, 'This is a male doctor, but he is kind, and you are safe.' We have never had any trouble with male doctors examining female sexual assault victims.

(Convey that the doctor is someone who can be trusted: Ns 6)

Whenever the doctor on the case is male, I move to a place where the female sexual assault victim can see me while the doctor is performing the exam. I figure that the victim was just assaulted

TABLE 2 Categories, subcategories, codes, and nurse/case ID numbers pertaining to nursing care offered at medical institutions to female victims of sexual assault immediately after the assault incident

Categories	Subcategories	Codes	NsID
Provide safety and reassurance	Understand the information	Understand the purpose of the visit	1, 2, 3.1, 3.2, 5.1, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 16, 17, 18.1, 19, 20
		Understand information concerning the assault	1, 2, 3.1, 3.2, 4, 5.1, 5.2, 6, 7, 15
	Read the mood that is projected	Understand acute stress disorder	1, 2, 3.1, 3.2, 5.1, 9 (⇔), 10 (⇔), 20 (⇔)
		Detect victim discomfort	4, 8, 15
	Assure victim that this is a safe place	Question victim in a private room	1, 2, 3.1, 3.2, 4, 5.1, 5.2, 6, 7
		Explain the medical institution	1, 3.1, 3.2, 5.1, 7
	Assure victim that the doctor is a trustworthy person	Go out to meet the victim	1, 2, 3.1, 6, 13
		Self-introduction	1, 3.1, 3.2, 4, 5.1, 5.2, 6, 9
		Prevent others from seeing the victim	1, 2, 4, 5.1, 5.2, 6, 8, 9, 10, 15, 16, 20
		Convey that the doctor is someone who can be trusted	5.1, 5.2, 6
		No coercion of any sort	1, 3.1, 6, 8, 9
		See the victim out	2, 6, 9, 10, 13, 15
	Create an environment of safety and reassurance	The nurse becomes a safe space	3.2, 6, 8, 10, 11, 12, 17, 18.2, 20
		Create an environment where a pelvic exam can be performed with reassurance	1, 2, 3.1, 3.2, 4, 5.1, 5.2, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18.1, 20
Offer support to enable a smooth physical exam	Work with the doctor	Report the information obtained	1, 2, 3.1, 3.2, 4, 6, 7
		Assist with the physical exam	1, 2, 3.1, 4, 5.1, 8, 9, 10 (⇔), 11, 12, 15, 16, 17, 18.1, 19, 20
	Assist in evidence collection	Assist with evidence collection	1, 5.1, 10 (⇔), 12 (⇔), 20
		Check the wounded area	1, 2, 3.1, 5.1
Construct a trusting relationship	Assume a posture of alliance and support	Assure victim that it is not their fault	1, 2, 3.2 (⇔), 7
		Confirm the victim's wishes	2, 3.1, 5.2, 15, 17
	Comply with informed consent policies	Explain the necessity for evidence collection	1, 2, 6
		Obtain signature for consent form	1, 4, 7
	Protect victim privacy	Promise that information will not be leaked	5.1, 6
Support the recovery of victim dignity and emotional/physical health	Minimize damage to health	Prevent pregnancy	1, 2, 3.1, 4, 5.2, 7, 10, 13, 14
		Prevent sexually transmitted infections	1, 2, 3.1, 4, 5.2, 6
	Recover the sense of control	State the victim's right to choose	1, 2, 4, 5.1, 6, 7, 13 (⇔), 14 (⇔), 18.1 (⇔), 20 (⇔)
		Inform victim that the vulva is unblemished	2, 3.1
	Cast off/reject the defiled self-image	Have the doctor tell the victim that there are no issues with the vulva	1, 2, 3.1, 5.1, 5.2
Ensure continuity of support	Collaborate with accompanying persons	Collaborate with the police	1, 3.1, 3.2, 5.1, 8, 10
		Collaborate with a teacher at school	6, 17
	Provide continuous care	Adjust the schedule to ensure a follow-up visit	1, 2, 5.1, 5.2, 6
		Collaborate with the Support Center	2, 3.2, 4, 5.1, 5.2, 6, 7, 15, 16, 17

Note: In cases for which the nurse provided nursing care that was not consistent with the code, a double-headed arrow (⇔) was inserted after the NsID.

TABLE 3 Cases denoting categories, subcategories, and codes for nursing care at medical institutions providing care for female victims of sexual assault immediately after the assault incident

Categories	Provide safety and reassurance										Offer support to enable a smooth physical exam			Construct a trusting relationship			Support the recovery of victim dignity and emotional/physical health						Ensure continuity of support							
	Subcategories	Understand the information concerning the assault	Understand acute stress disorder	Detect victim discomfort	Question victim in a private room	Explain the medical institution	Go out to meet the victim	Self introduction	Prevent others from seeing the victim	Convey that the doctor is someone who can be No coercion of any sort	See the victim out	The nurse becomes a safe space	Create an environment of safety and reassurance	Work with the doctor	Assist in evidence collection	Assure victim that it is not their fault	Confirm victim's wishes	Explain the necessity for evidence collection	Obtain signature for consent form	Promise that information will not be	Prevent pregnancy	Prevent sexually transmitted infections	State the victim's right to choose	Inform victim that the vulva is unblemished	Have the doctor tell the victim that there are no	Collaborate with the police	Collaborate with a teacher at school	Adjust the schedule to ensure a follow-up visit	Collaborate with the Support Center	
Medical institution	Systematic structure of medical institution*	Understand the purpose of the visit	Understand information concerning the assault	Understand acute stress disorder	Detect victim discomfort	Question victim in a private room	Explain the medical institution	Go out to meet the victim	Self introduction	Prevent others from seeing the victim	Convey that the doctor is someone who can be No coercion of any sort	See the victim out	The nurse becomes a safe space	Create an environment of safety and reassurance	Work with the doctor	Assist in evidence collection	Assure victim that it is not their fault	Confirm victim's wishes	Explain the necessity for evidence collection	Obtain signature for consent form	Promise that information will not be	Prevent pregnancy	Prevent sexually transmitted infections	State the victim's right to choose	Inform victim that the vulva is unblemished	Have the doctor tell the victim that there are no	Collaborate with the police	Collaborate with a teacher at school	Adjust the schedule to ensure a follow-up visit	Collaborate with the Support Center
	Codes	Understand the purpose of the visit	Understand information concerning the assault	Understand acute stress disorder	Detect victim discomfort	Question victim in a private room	Explain the medical institution	Go out to meet the victim	Self introduction	Prevent others from seeing the victim	Convey that the doctor is someone who can be No coercion of any sort	See the victim out	The nurse becomes a safe space	Create an environment of safety and reassurance	Work with the doctor	Assist in evidence collection	Assure victim that it is not their fault	Confirm victim's wishes	Explain the necessity for evidence collection	Obtain signature for consent form	Promise that information will not be	Prevent pregnancy	Prevent sexually transmitted infections	State the victim's right to choose	Inform victim that the vulva is unblemished	Have the doctor tell the victim that there are no	Collaborate with the police	Collaborate with a teacher at school	Adjust the schedule to ensure a follow-up visit	Collaborate with the Support Center
	Ns1	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	Ns2	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	A a Ns3.1	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	Ns3.2	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	Ns4	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	Ns5.1	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	B a Ns5.2	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	Ns6	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	C a Ns7	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	Ns8	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	D b Ns9	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	Ns10	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	Ns11	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	E c Ns12	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	Ns13	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	F c Ns14	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	Ns15	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	Ns16	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
G c Ns17	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Ns18.1	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Ns18.2	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
I c Ns19	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
J c Ns20	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	

Note: Nurses who provided nursing care applicable to the code are denoted by a circle. Nurses who provide care that is not consistent with the code are denoted with a double-headed arrow (⇔).

*The systematic structure of medical institutions are as follows: a, Doctors leave all care other than the physical exam to the nurses; b, The nursing supervisor works with the doctor to provide care; c, A specific doctor takes the lead to provide care.

by a male, so it would likely be frightening to face another male one-on-one. I think that my standing behind the male doctor in a place where the victim can see me, and my responding to the words that the victim is using to describe the assault to the doctor, can put the victim at ease and encourage her to relax.

(The nurse becomes a safe space: Ns 11)

I thought I perceived that the female victim of sexual assault was calm. However, I then wondered if in fact that calmness was actually paralleling the part of her heart/emotional state that required care.

(Understanding acute stress disorder: Ns 5.1)

I found it so curious that a female victim of sexual assault was so calm. I couldn't come up with any reason why this victim would be so calm.

(Understanding acute stress disorder: Ns 10 (⇔))

4.7 | Offer support to enable a smooth physical exam

Nurses reported that they would collaborate with the doctor and assist with evidence collection so that the doctor's physical exam of the assault victim can progress smoothly. This type of care was provided at all medical institutions regardless of the systematic structure. In addition, at medical institutions A, B and C, as the primary individuals asking the questions of the victim, nurses were the ones who relayed the information they obtained to the doctor (Ns 1, 2, 3.1, 3.2, 4, 6 and 7). At medical institutions A and B, nurses were aware that any wounded areas might contain or constitute evidence for the criminal investigation and examined these regions with the doctor (Ns 1, 2, 3.1, and 5.1).

First, assuming that the female victim is not likely wanting to have a pelvic exam, but also in order to help the doctor to conduct the exam without any issues, I anticipate the timing of when the doctor is about to come around to do the pelvic exam and prepare the patient for this.

(Assist with the physical exam: Ns 20)

Evidence collection has to happen, so after preparing the sexual assault victim to undergo a pelvic exam, I moved behind the doctor and assisted him with evidence collection.

(Assist with evidence collection: Ns 1)

In addition to the information that the doctor needs for the examination, I relay information I obtained from my direct questioning of the patient; for

example, the way the victim speaks, her state of pain or agony, and even her level of resistance toward medical procedures.

(Report the information obtained: Ns 2)

I stood next to the doctor and together we checked to see if there was any damage done to the reproductive organs of the victim.

(Check the wounded area: Ns 3.1)

4.8 | Construct a trusting relationship

To construct a trusting relationship requires demonstrating a posture that the nurse is on the side of the female sexual assault victim, follow the policy of informed consent, and guard the privacy of the victim. Nurses provided most of this care content at medical institutions A, B and C.

First, when I hear about the assault from the female victim, I tell them, 'But this is not in any way your fault. The one to blame is your assailant.' If the victim even hints at the notion that 'it was my fault,' I repeatedly tell them, 'That is not right,' in a very firm and absolute manner. I say this also with the intent to convince them to persevere, conveying that we will cooperate with them and that we are absolutely on their side. By assuring the victim that it was not their fault, we may be able to construct a trusting relationship with her, so this is something that I intentionally say.

(Assure victim that it is not their fault: Ns 1)

I explain to the victim that she can elect to be by herself in the interview room, the exam room, or the pelvic exam room. Alternatively, if her mother is with her she may join her, and a nurse can stay by her side in the pelvic exam room. I make sure that the victim's wishes are met in this.

(Confirm victim's wishes: Ns 5.2)

Every time, I tell the victim that the hospital will protect her personal information. I tell her that their medical chart will be kept safe and secure in a spot separate from the general patients, so there is no way that any information would be leaked.

(Promise that information will not be leaked: Ns 6)

4.9 | Support the recovery of victim dignity and physical/emotional health

Support for victims as they recover their dignity, as well as their physical and emotional health, comprises care in which nurses

minimize the medical damage inflicted on the sexual assault victim, or work to help the victim recover their sense of control and rebuild their self-image that has been defiled. Most of this type of care was provided by nurses at medical institutions A, B and C.

I bring some water for them to take with the emergency birth control pill and have them take it while I am watching.

(Prevent pregnancy: Ns 7)

I told the victim that STI testing doesn't necessarily work well at the first visit (i.e., immediately after exposure) and asked her to come back to the hospital for STI testing three weeks later.

(Prevent sexually transmitted infections: Ns 3.1)

I tell the victims that they may sit on the bed, on the chair, or wherever they would like. One of the first things that I learned was that by having them express their wishes in that way, I can ensure that they realize that they still have power or control over themselves.

(State the victim's right to choose: Ns 5.1)

When the medical staff tells a victim that there are no wounds and everything is in order, they are always very glad to hear this. They all make a face that says, 'Oh, I'm relieved.' As the victims cannot see their vulva with their own eyes, if there is no outwardly obvious issue with the vulva, I make a point to tell them that.

(Inform the victim that the vulva is unblemished: Ns 2)

4.10 | Ensure continuity of support

During the hospital visit, nurses keep an eye on any person accompanying the female sexual assault victim and ensure continuity of support through the physical exam and through the completion of the first visit. Additionally, after the initial visit is completed, nurses make sure that a follow-up visit actually happens, collaborating with the Support Center to ensure that the care for the victim is not truncated. This form of care was provided by nurses at all medical institutions, regardless of their systematic structure.

After obtaining consent from the female victim herself, I check with the police about what the victim had told them about the assault.

(Collaborate with the police: Ns 1)

I worried about the level of understanding in the female victim herself, so after obtaining her consent, I

asked the teacher from school to attend the questioning and had them explain the results.

(Collaborate with a teacher at school: Ns 6)

I asked for a convenient day for the victim from among the open appointment slots and set up a follow-up appointment for that day.

(Adjust the schedule to ensure a follow-up visit: Ns 1)

Based on the doctor's interview with the victim, she was sent to the Support Center, so I called ahead to the Center to tell them that she would be coming.

(Collaborate with the Support Center: Ns 17)

4.11 | Explanation of the concept diagram

Figure 1 shows the concept diagram of the present study findings. To clearly present the care content of care offered to female victims immediately following a sexual assault incident, the concept diagram has the female victim immediately after the incident in the center, surrounded by the five forms of care provided to her. Thereafter, to clarify that the five forms of care are influenced by the systematic structure of the various medical institutions where the affiliated nurses provide care, the systematic structures of the medical institutions were placed along the outside perimeter of the care content.

4.12 | Influence of the systematic structure of the medical institution on care content

Nursing care content extracted in the present study was influenced by the structure of the medical institution with which the nurses were affiliated. Specifically, nurses working at medical institutions where male doctors would also work with the victims ("Doctors leave all care other than the physical exam to the nurses") offered all five of the following forms of care: provide safety and reassurance, offer support to enable a smooth physical exam, construct a trusting relationship, support the recovery of victim dignity and physical/emotional health, and ensure continuity of support. Meanwhile, at medical institutions where only female doctors worked with the victims (systematic structures included "The nursing supervisor works with the doctor to provide care" and "A specific doctor takes the lead to provide care"), the nurses primarily provided three forms of care: provide safety and reassurance, offer support to enable a smooth physical exam, and ensure continuity of support.

5 | DISCUSSION

The present study revealed five forms of nursing care that were provided by nurses to female victims who presented at medical institutions collaborating with Support Centers immediately after a sexual

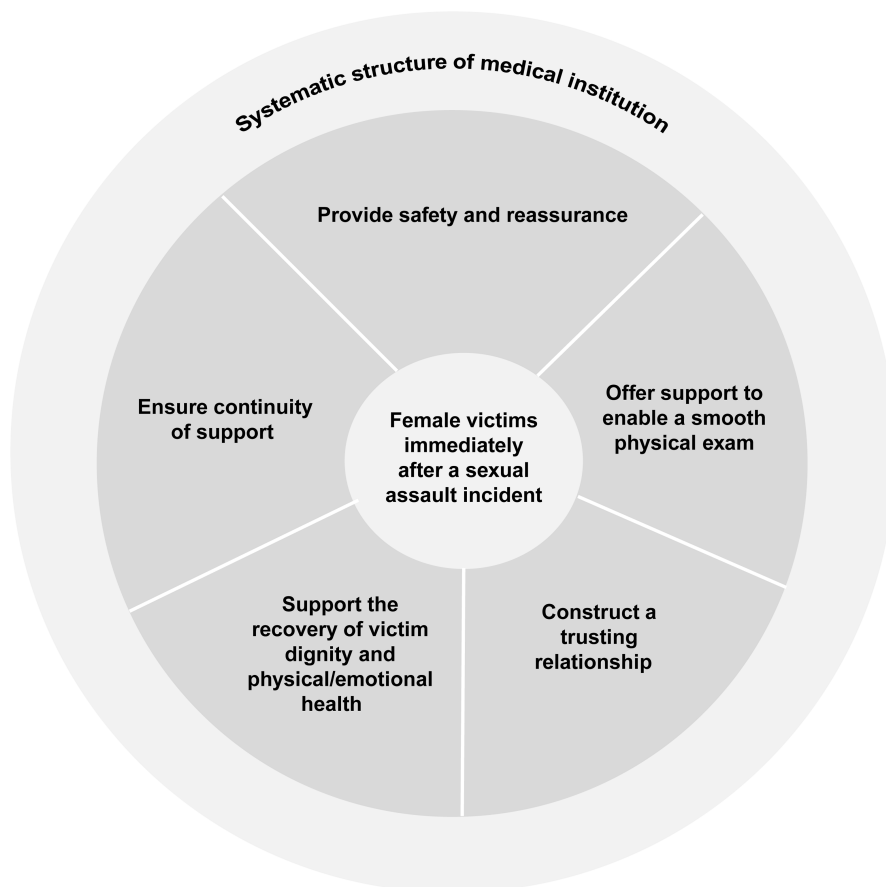


FIGURE 1 Nursing care provided at medical institutions to female victims immediately after a sexual assault incident.

assault incident. The first form of nursing care (provide safety and reassurance) was consistent with findings from Herman (1992), who noted that the recovery process among female victims of sexual assault developed in three stages, the first of which was centered on establishing safety (p. 155). Within medical institutions A, B, and C were private rooms where a nurse could tend to a female victim of sexual assault. In particular, medical institutions A and B had specific questionnaires for victims of sexual assault that were created independently by the institution, and nurses used these to obtain information from the victims. Immediately after a sexual assault incident, female victims present at OB-GYN medical institutions with many forms of anxiety and tension (Place et al., 2019). By setting aside a private room to tend to these victims, the medical institution not only protects the victim's privacy from the physical environment, but also lessens the emotional burden on the victim; this is equivalent to offering the victim safety and reassurance. In addition, by using a questionnaire form tailored to victims of sexual assault, the victims can be reassured that the nurses are not asking the questions out of personal interest. This can also lead to the victims feeling safe and reassurance. The present study findings demonstrate the necessity of setting aside private rooms and having questionnaire forms tailored to sexual assault victims at each medical institution as a way to offer the victims safety and reassurance.

All nurses who participated in the present study were female. The present study revealed that in cases in which a male doctor would tend to a female victim of sexual assault, the nurses would

intentionally reassure the victim that the doctor was a safe person, thereby lessening any sense of fear the victim might have against male doctors (Ns 5, 6). Even nurses who primarily assisted female doctors felt that one of their roles was to protect the female victims of sexual assault from the potential fear of male doctors (Ns 10, 11, 12, 20). These results demonstrate that even just the presence of female nurses can create a space of safety and reassurance for female victims of sexual assault. This care content offered by the nurses, who intentionally provided safety and reassurance and thereby demonstrated the utility of such, is consistent with that described by Herman (1992) as care that aims to establish safety for victims of sexual assault.

With regard to offering support to ensure a seamless physical exam, it is important to consider that immediately after a sexual assault incident, an exam involving the insertion of a speculum into the pelvic region could easily give rise to secondary trauma reminding the victim of the original incident; unfortunately, it is also important that this exam takes place as soon as possible after the incident, considering the aspect of evidence collection (Carter-Snell, 2013). Although Japanese nurses may lack the credentials to conduct the exam themselves, they should aim to provide care in a way that will lessen the physical and emotional burden on the female sexual assault victim while also enabling the doctor to conduct the exam and collect evidence seamlessly and without causing further trauma to the victim. Participants reported that they worked alongside the doctors to ensure that the doctor could examine the female victim of

sexual assault without any issues. Some nurses proceeded through the evidence collection step with the doctor, knowing that the wounded area may well become evidence (Ns 1, 2, 3, and 5). These results demonstrate that although the nurses are not legally permitted to perform exams or collect evidence independently from the doctor, their nursing practice is such that they set the stage for the doctor to do so with minimal issues and trauma to the female victim immediately following a sexual assault incident.

The third form of care was to construct a trusting relationship. Herman (1992) noted that traumatic incidents strip a person of their trust in themselves, others around them, and in God (p. 56). This damage to human relationships due to the traumatic event can be lessened somewhat by any supportive response from those around the victim, whereas negative or aggressive responses will exacerbate it (p. 61). In the present study, it was primarily nurses at medical institutions where "doctors left all care other than physical exam to the nurses" who made sure to reassure the victim that the incident was not their fault and that they are not to blame to demonstrate a posture of solidarity and back-up to the female sexual assault victims. Nurses would also confirm the wishes of the sexual assault victim as a way to comply with informed consent, and portray an image of nurses that promised to protect the victim's personal information as a way to convey to the victim that their privacy would be protected. This indicates that participants provided the type of care referred to by Herman (1992): care that aims to enable the female sexual assault victims to reclaim trust in themselves and others.

The fourth form of care was support for the recovery of the victim's dignity and physical/emotional health. Herman (1992) states that the objective of a rape attack is to flaunt the insult against the victim's autonomy and dignity (p. 53), and as sexual violence strips the victim of strength and the sense of self-governance, fundamental principles for recovery must assist the victim in reclaiming strength and the sense of self-governance (p. 159). In the present study, nurses primarily at medical institutions where "doctors leave all care other than the physical exam to nurses" provided care that aimed not only to help the victims recover their sense of control but also to help victims cast aside or reject the defiled self-image; ultimately, this would ideally help female sexual assault victims to recover both their dignity and physical/emotional health. This indicates that participants were providing the care described by Herman (1992): care that allows the female sexual assault victims to reclaim not only their sense of self-governance but also their self-image. Nursing care enabling the victim to reject the defiled self-image was considered to be an effective intervention (Ns 2). While being cognizant of the fact that female sexual assault victims will be dealing long-term with the trauma afflicted on their self-awareness, nurses must also support the victims in the present moment by focusing on what responses are needed in the early stages after the incident. These may include care that allows the victim to reclaim their self-image after it has been defiled, or the recovery of their dignity.

The fifth form of nursing care extracted in the present study was ensuring continuity of support. Herman (1992) states that the core of any emotionally traumatic experience is the stripping

of power and isolation from others, and that the fundamentals of recovery must therefore enable those who must live with this memory to gain back their power and create new connections with others (p. 133). Nurses in the present study prevented female victims of sexual assault from being alone, worked to ensure that continuous support would be provided for them, and walked them through the necessary care protocols while being aware of the presence of an accompanying person, striving to offer continuous care. This indicates that participants were providing the care content described by Herman (1992): care that allows female victims of sexual assault to receive continuous support without becoming isolated or alone. Based on our findings described above, we feel that nurses in the present study provided the type of care that has been demonstrated to be important for female victims of sexual assault.

Our study also revealed that the nursing care content was influenced by the systematic structure of the medical institution with which each nurse was affiliated. Care to female sexual assault victims at medical institutions is more appropriately provided by females than males (Chowdhury-Hawkins et al., 2008). One advantage of nursing is that it is a specialty that brings them in the closest proximity to patients, making it relatively easy for relationships to develop between nurse and patient (Japanese Nursing Association, 2007). If improvements are to be made in the quality of care for female sexual assault victims, the systematic structure of the medical institution must be altered such that the latter is centered on female nurses working in a system within which "doctors leave all care other than the physical exam to nurses."

All nurses affiliated with medical institutions A, B, and C had attended training workshops on how to support victims of sexual assault, and some (those at medical institutions A and B) had even attended the Japanese version of the SANE training workshop. This suggests that, in addition to the systematic structure of the medical institution of affiliation, one other factor contributing to the nurses' capabilities to provide care to female sexual assault victims was their education pertaining to nursing care for sexual assault victims. The present study also identified some nurses who were unaware of the possibility of detachment syndrome (a form of acute stress disorder) among female sexual assault victims (Ns 9, 10, 20). Of these three nurses, Ns 20 had attended a training session on supporting victims of sexual assault, but none of them (Ns 9, 10, 20) had attended the Japanese version of the SANE training. Conversely, those who noticed the signs of acute stress disorder (Ns 1, 2, 3, 5) had attended the Japanese version of the SANE training workshop. One possible reason for a nurse to overlook the possibility of acute stress disorder might be a lack of knowledge of this disorder. It is often the case that the first medical professional a victim encounters immediately after sexual assault is a nurse. If nurses lack the knowledge of dissociative symptoms that tend to appear immediately after a sexual assault incident, they may misunderstand the reactions of female sexual assault victims and fail to respond appropriately to provide safety and reassurance. Further efforts will be needed to fortify

the education pertaining to nursing care for sexual assault victims immediately after the incident.

5.1 | Strengths and limitations

A strength of the present survey is that it targeted Support Centers, which are distributed widely throughout Japan (i.e., each of the 47 prefectures in Japan had at least one Center as of October 2018). Accordingly, the study findings represent a comprehensive assessment of the various forms of care provided by nurses across all Support Centers. The study also has two main limitations. First, the response rate was low. Two factors contributed to this: (1) among hospitals that could respond quickly to female sexual assault victims immediately after the incident, only eight had Support Centers established within the institutions, and most Support Centers were located far away from hospitals (Gender Equality Bureau, Cabinet Office, 2018); and (2) in Japan, doctors take the lead to provide victim care in most cases, and the number of nurses who respond to female sexual assault victims is low (Fukumoto, 2019). In the future, if more nurses become primarily involved in offering care to female sexual assault victims who present at medical institutions immediately after a sexual assault incident, studies targeting those nurses will contribute to improving the quality of nursing care. Second, all sexual assault victims were female. As some victims of sexual assault are male (Stemple & Meyer, 2014), it is critical that support systems are constructed to ensure that immediate and appropriate care is provided to male victims of sexual assault as well.

6 | CONCLUSION

The present study extracted five forms of nursing care provided by nurses to female sexual assault victims who present for an initial visit immediately after the assault incident at medical institutions collaborating with Support Centers. The five forms of care included the following: provide safety and reassurance, offer support to enable a smooth physical exam, construct a trusting relationship, support the recovery of victim dignity and physical/emotional health, and ensure continuity of support. The study also demonstrated that this care content was influenced by the systematic structure of the medical institution with which the nurse was affiliated. Specifically, nurses at medical institutions where male doctors also responded to the victims (i.e., "doctors leave all care other than the physical exam to the nurses") proactively strive to ensure that the female sexual assault victim receives continued care from the time they arrive at the hospital until they are discharged. This demonstrates that all five forms of nursing care noted above are provided. Supplemental education and training workshop attendance were also found to have influenced the nurses' capability to provide appropriate care. To enhance the quality of care offered to female

victims who present at medical institutions immediately after a sexual assault incident, the systematic structure of the medical institutions should be altered to ensure not only that female nurses can take lead roles in providing care for victims, but also to ensure that nurses receive appropriate and adequate training for the skills they need to provide specialized care for sexual assault victims immediately following the incident. A specific focus on training nurses to acquire a solid understanding of acute stress disorder may be needed.

The discrepancy between SANEs and non-Ns7 nurses was as follows: SANEs provided all five care contents, whereas non-Ns7 nurses rarely constructed a trusting relationship or supported the recovery of victim dignity and physical/emotional health. However, nurses (Ns8.10) not categorized as SANEs had no clinical experience in obstetrics and gynaecology, and this was their first experience with providing a wide variety of care services (Table 3). Therefore, I believe that providing nurses with the opportunity to attend appropriate educational programs will foster more appropriate care practice skills. In line with this, an E-learning system needs to be developed so that nurses from any region of Japan can access educational programs.

Comprehensive support for victims of sexual violence is essential. However, the specific type of support needed to restore the physical and mental health and dignity of victims of sexual violence and the role of nursing professionals in providing comprehensive support remain unclear. Further research is necessary for determining the nursing care required for victims of sexual violence in the context of comprehensive support, considering the laws and culture of each region.

AUTHORS CONTRIBUTION

The author confirms sole responsibility for the following: study conception and design, data collection, analysis and interpretation of results, and manuscript preparation.

ACKNOWLEDGEMENTS

I thank the many nurses, supervisors and directors of the medical institutions who graciously offered their participation in this research study. The present report is the revised and enhanced version of a doctoral thesis submitted in FY2020 to the College of Nursing Art and Science, University of Hyogo. I am greatly indebted to the professors who advised me as I completed my doctoral thesis, and particularly to Dr. Miyoko Nagae of Nihon Fukushi University, who helped me with my doctoral thesis and provided invaluable feedback on the present manuscript.

FUNDING INFORMATION

This work was supported by JSPS KAKENHI Grant Numbers JP17K12129, JP20K10864.

CONFLICT OF INTEREST

No conflict of interest has been declared by the author.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

ORCID

Tamaki Fukumoto  <https://orcid.org/0000-0001-7487-0488>

REFERENCES

- Act on public health nurses, midwives, nurses. (1948).
- Carter-Snell, C. J. (2013). Violence: Sexual assault and the forensic nurse. In R. E. Constantino, P. A. Crane, & S. E. Young (Eds.), *Forensic nursing: Evidence-based principles and practice* (pp. 140–175). F. A. Davis Company.
- Chowdhury-Hawkins, R., McLean, I., Winterholler, M., & Welch, J. (2008). Preferred choice of gender of staff providing care to victims of sexual assault in sexual assault referral Centres (SARCs). *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 15, 363–367. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2008.01.005>
- Fukumoto, T. (2019). Actual support contents by nursing staff for female rape victims who had initial examination at obstetrics and gynecology facility. *Journal of Japan Association of Forensic Nursing*, 5, 15–33 (in Japanese).
- Gender equality bureau, Cabinet Office. (2018). Promotion of measures against sexual crimes and sexual violence. Retrieved from <https://www.gender.go.jp/kaigi/senmon/boryoku/siryō/pdf/bo100-4.pdf> (in Japanese)
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. Basic Books.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Japanese Nursing Association. (2007). Commentary on main terminology used in nursing. Retrieved from <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/yougokaisetu.pdf> (in Japanese)
- Ledray, E. L. (2011). Sexual violence: Victims and offenders. In V. A. Lynch & J. B. Duval (Eds.), *Forensic nursing* (2nd ed., pp. 380–396). Elsevier Mosby.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE.
- Lynch, V. A. (2011). Evolution of forensic nursing science. In V. A. Lynch & J. B. Duval (Eds.), *Forensic nursing* (2nd ed., pp. 1–9). Elsevier Mosby.
- Nagae, M. (2017). Notes from the field: On-site supporting victims of crime at SANE-based one-stop sexual assault help center. *Journal of the Japanese Society for Traumatic Stress Studies*, 15, 77–79 (in Japanese).
- NPO Center for Education and Support for Women, Japan. (n.d.). What is SANE? Retrieved from <https://shienkyo.com/sane/> (in Japanese)
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). SAGE.
- Place, J. M. S., Billings, D. L., & Valenzuela, A. (2019). Women's post-rape experiences with Guatemalan health services. *Health Care for Women International*, 40, 278–294. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1545230>
- QSR International. (2018). NVivo for windows qualitative data analysis software (12th version) [Computer software].
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing and Health*, 18, 179–183. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180211>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing and Health*, 23, 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
- Stemple, L., & Meyer, I. H. (2014). The sexual victimization of men in America: New data challenge old assumptions. *American Journal of Public Health*, 104, e19–e26. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301946>
- United Nations (UN). (2021). World contraceptive use 2021. Retrieved from <https://www.un.org/development/desa/pd/data/world-contraceptive-use>
- United Nations Division for the Advancement of Women. (2012). Handbook for legislation on violence against women. Retrieved from <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2012/12/handbook-for-legislation-on-violence-against-women>
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2004). Clinical management of rape survivors. Retrieved from <https://www.unfpa.org/publications/clinical-management-rape-survivors>
- World Health Organization (WHO). (2013). Global and regional estimates of violence against women. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>
- World Health Organization (WHO). (2020). Clinical management of rape and intimate partner violence survivors. Retrieved from <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rape-survivors-humanitarian-settings/en/-survivors-humanitarian-settings/en/>
- Zalon, M. L., Constantino, R. E., & Crane, P. A. (2013). Fundamentals of contemporary forensic nursing practice, education, and research. In R. E. Constantino, P. A. Crane, & S. E. Young (Eds.), *Forensic nursing: Evidence-based principles and practice* (pp. 2–26). F. A. Davis Company.

How to cite this article: Fukumoto, T. (2023). Nursing care provided at medical institutions to female victims immediately after a sexual assault incident: A qualitative descriptive study. *Nursing Open*, 10, 2118–2131. <https://doi.org/10.1002/nop2.1459>

UC Irvine

Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health

Title

Sexual Assault Nurse Examiners Lead to Improved Uptake of Services: A Cross-Sectional Study

Permalink

<https://escholarship.org/uc/item/7qm2m54d>

Journal

Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health, 24(5)

ISSN

1936-900X

Authors

Hollender, Meredith
Almirol, Ellen
Meyer, Makenna
[et al.](#)

Publication Date

2023

DOI

10.5811/westjem.59514

Supplemental Material

<https://escholarship.org/uc/item/7qm2m54c#supplementa>

Copyright Information

Copyright 2023 by the author(s). This work is made available under the terms of a Creative Commons Attribution License, available at <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Peer reviewed

Sexual Assault Nurse Examiners Lead to Improved Uptake of Services: A Cross-Sectional Study

Meredith Hollender, MPP*

Ellen Almirol, MPH, MAMS[†]

Makenna Meyer, BS[†]

Heather Bearden, RN, SANE-A[‡]

Kimberly A. Stanford, MD, MPH^{†‡}

*University of Chicago, Pritzker School of Medicine, Chicago, Illinois

[†]Chicago Center for HIV Elimination, Chicago, Illinois

[‡]University of Chicago, Section of Emergency Medicine, Chicago, Illinois

Section Editor: Tehreem Rehman, MD, MPH

Submission history: Submitted November 29, 2022; Revision received April 13, 2023; Accepted May 24, 2023

Electronically published August 11, 2023

Full text available through open access at http://escholarship.org/uc/uciem_westjem

DOI: 10.5811/westjem.59514

Introduction: Sexual Assault Nurse Examiners (SANE), who are trained to provide comprehensive and compassionate specialty care to sexual assault survivors, are increasingly used in the emergency department (ED), but there is little published literature to support their benefit. In this study we aimed to compare services offered and received by sexual assault survivors in the ED when care was provided by a SANE vs those with traditional care teams, hypothesizing that SANE utilization will be associated with improved uptake of recommended services.

Methods: This was a retrospective review examining all patient encounters in which a sexual assault was disclosed in a large, urban, adult ED between June 1, 2019–June 30, 2022. We extracted timeline information from the ED encounter, demographic information, resources offered to and accepted by the patient, clinical care data, and continuity of care data from the medical record. We used unadjusted and adjusted analyses to compare patient demographics and services offered and accepted between SANE and non-SANE encounters.

Results: We included a total of 182 encounters in the analysis, of which 130 (71.4%) involved SANEs. Demographics were similar between groups, except there was a larger proportion of cisgender men in the non-SANE group (14.0% vs 5.5%), and the timing of visits differed, with non-SANE visits more common during the overnight shift. All recommended testing, prophylaxis, and resources were offered more frequently during SANE visits, and all but one were more frequently accepted by patients during SANE visits, although not all comparisons reached statistical significance.

Conclusion: Patients who received care from a SANE were more often offered recommended services and resources and more frequently accepted them. Making SANE care available at all times to these vulnerable patients would both improve patient outcomes and allow hospitals to meet required quality metrics. States should consider expanding legislation to encourage and fund SANE coverage for all hospitals to support access to vital resources in the ED for survivors of sexual assault. [West J Emerg Med. 2023;24(5)974–982.]

INTRODUCTION

Sexual assault (SA) is a major public health issue that affects people of all socioeconomic and cultural backgrounds. Each year in the United States, more than 100,000 survivors of SA seek care in the emergency

department (ED).¹ Understanding that survivors of SA are a vulnerable group with unique acute and chronic care needs, there have been recent moves toward implementing legislation that will help support comprehensive and compassionate hospital care for survivors, including the

federal Survivors' Bill of Rights Act of 2016, the Illinois Sexual Assault Survivors Emergency Treatment Act (SASETA) amended in 2019, and the No Surprises for Survivors Act, introduced in 2022.²⁻⁴ These laws aim to protect SA survivors from financial ruin after their hospital visit, ensure medical forensic kits are processed in an efficient and timely manner, establish care guidelines and reporting systems for hospitals that treat SA survivors, and promote the provision of comprehensive, trauma-informed care.

The goal of these initiatives is to address inequities in access to care faced by survivors of SA, among whom the most vulnerable members of society—particularly young, socioeconomically disadvantaged women—are disproportionately represented.⁵⁻⁷ Survivors face many barriers to receiving optimal care, with fewer than one in five US hospitals providing all 10 metrics of what is considered “comprehensive medical care management” for SA survivors in the ED.⁶ One proposed mechanism to address this gap is to use specially trained Sexual Assault Nurse Examiners (SANE).

Sexual Assault Nurse Examiner programs were developed in 1976 to augment training, address concerns of physicians about caring for survivors of sexual assault, decrease long ED wait times, and support sensitive and socially competent care.⁸ Many emergency physicians and nurses feel unprepared and uncomfortable providing some or all necessary patient care in cases of SA.⁹ They may also face significant challenges due to the unique ED environment, including crowding, caring for multiple patients simultaneously, or needing to care for patients who require immediate attention. Earlier studies have shown that when SANEs provide care, they do so in a compassionate, respectful, and safe manner that is associated with feelings of confidence and relief in survivors.^{10,11} The SANEs are able to build a unique, trusting relationship with their patients that is focused on providing SA survivors with control and choices surrounding their care decisions.¹²

Sexual Assault Nurse Examiner programs are increasingly common, and there is rising awareness of the importance of specialized SANE training; however, there is still a nationwide shortage of SANEs.¹³ Rural areas have few SANEs and are less likely than urban areas to have 24-hour continuous SANE coverage.¹⁴ Even in urban areas, 85.5% of nurses indicate that they are not SANE-trained, yet they have cared for SA survivors in their healthcare institution.¹³ While some studies have examined the impact of SANEs on the patient experience, few have evaluated the effects of SANE care on quality metrics in terms of the actual delivery of recommended services and resources.

We conducted this study at a large, urban, tertiary care hospital with a Level I trauma center. Approximately 60–80 adult survivors of SA visit our ED annually. In this ED, a SANE is unavailable in the adult ED approximately

Population Health Research Capsule

What do we already know about this issue?

Few studies have examined the impact of Sexual Assault Nurse Examiners (SANE) on the patient experience, or evaluated their effects on delivery of recommended services.

What was the research question?

Were sexual assault survivors more likely to receive recommended healthcare services in the ED if they were cared for by a SANE?

What was the major finding of the study?

Patients cared for by a SANE were more likely to be offered advocate services ($P < 0.05$), medical forensic exam kits ($P < 0.05$), and resource packets ($P < 0.05$).

How does this improve population health?

Sexual assault survivors cared for by a SANE are more likely to receive recommended treatment in the ED, which may have major impacts on long-term outcomes for them.

20–30% of the time, mostly overnight. Care for a SA survivor is always provided by a SANE, if available; if not, then care is provided by a physician or non-physician clinician and a registered nurse, which is the standard of care. During a visit for SA, patients are offered a medical forensic examination kit, if appropriate, which can be used as evidence should a case go to trial, testing and prophylaxis for HIV and other sexually transmitted infections (STI), a pregnancy test, and emergency contraception. They should also have the opportunity to speak with police, a SA advocate, and social services, and access other hospital resources as needed, such as behavioral health support or safe housing options, and they are given a packet of post-visit resources before discharge. Both SANEs and registered nurses have access to a checklist of these items that should be completed during the ED visit. This study compared the rate at which these services were offered or accepted between encounters in which care was provided by a SANE vs those with traditional care teams, hypothesizing that SANEs would be more likely to offer services, and that their patients would be more likely to accept them. Increased uptake of recommended services with SANE care would support the adoption and expansion of SANE programs, which would ultimately address disparities in care faced by SA survivors.

METHODS

Study Design

This was a retrospective review of all adult patient encounters in which a SA was disclosed (defined as a triage chief complaint or ED diagnosis code for SA) in the ED between June 1, 2019–June 30, 2022. Encounters were included even if the patient left before the visit was considered complete, provided any services had been offered. For patients who were included more than once (i.e., had two instances of SA during the study period), each encounter was considered an independent event, as the details of the assault and the ED encounter were unique. This study was approved by our institutional review board.

Measures

Data extracted from the electronic health record (EHR) included the following: demographics (e.g., age, gender, race/ethnicity); the time the patient was admitted to the ED; days since incident reported; clinical care data (e.g., STI testing and prophylaxis, forensic kit collection, pregnancy testing and provision of emergency contraceptives); and continuity of care data (e.g., linkage to primary care or mental health resources). Encounter time was divided according to shift times in the ED, with 6:30 AM–2:30 PM considered the morning, 2:30 PM–10:30 PM considered the afternoon, and 10:30 PM–6:30 AM considered overnight.

The primary outcomes of this study were the proportions of patients offered and accepting services when cared for by a SANE or non-SANE team. In certain cases, for which a service was not applicable during the ED visit (e.g., already completed elsewhere, too much time passed since the incident, or pregnancy testing for individuals without a uterus), these were removed from the denominator of services offered. If an applicable service was not explicitly documented to have been offered or accepted in the EHR, it was considered not offered or not accepted for the purposes of the analysis. If a service was partially accepted (e.g., prophylaxis for gonorrhea and chlamydia but not hepatitis), the outcome (e.g., STI prophylaxis) was considered accepted in the analysis.

Statistical Analyses

We compared patient demographics and the proportion of patients offered and accepting services to identify differences between SANE and non-SANE evaluated patients, using a *t*-test for continuous variables and chi-square (χ^2) test or the Fisher exact test for categorical variables. We used logistic regression to calculate odds ratios between groups, adjusting for patient arrival time as a potential confounder in the model. Offering the medical forensic kit, accepting the discharge resource packet, and accepting the social work consult were excluded from the logistic regression analysis due to the presence of zero responses. Differences were considered significant at $P \leq 0.05$. We performed

all statistical analyses using R version 4.2.1. (R Core Team, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria).

RESULTS

Participant Characteristics

Over the three-year study period, we identified 182 adult ED encounters for SA, including 177 unique individuals, five of whom presented on two separate occasions for SA. Of all encounters, 130 (71.4%) received care from a SANE, while 52 (28.6%) received the standard of care with a physician/nurse team (Table 1). Cisgender women (90.4%) and non-Hispanic Black individuals (82.7%) represented the majority of encounters, with a mean age of 30 years (range 18–79). Demographics were similar between the two groups; however, the non-SANE group had more cisgender men than the SANE group (14.0% vs 5.5%) and no transgender individuals. The groups differed by time of patient arrival, with a larger proportion of SANE encounters (48.5%) in the afternoon, and the largest proportion of non-SANE encounters (50.0%) during the overnight shift ($P < 0.01$). Both SANE and non-SANE groups presented to the ED within similar time frames after the assault (mean 1.16 days, SD 1.44, non-SANE vs mean 1.28 days, SD 1.72, SANE; $P = 0.65$). Additionally, there was a significant difference in the number of patients who left before treatment was complete (15.4% non-SANE vs 2.3% SANE, $P < 0.01$).

Resources, Medical Care, and Services Offered and Accepted

While not all differences were statistically significant, every type of recommended resource or care studied was offered in a higher proportion of SANE encounters than non-SANE encounters (Table 2). Significant differences observed in services offered between SANE and non-SANE groups included SA advocate (97.7% SANE vs 89.4% non-SANE; odds ratio [OR] 5.04, 95% confidence interval [CI] 1.16–21.99, $P = 0.03$), medical forensic kit (100% vs 93.6%, $P = 0.02$); pregnancy testing (96.2% vs 86.1%; OR 4.11, 95% CI 1.09–15.54, $P = 0.05$); and discharge resource packet (69.0% vs 48.9%; OR 2.33, 95% CI 1.16–4.65, $P = 0.03$). A higher percentage of the SANE group was offered emergency contraception (94.3% vs 82.4%, $P = 0.07$), although not significant. The proportion of encounters offered safe disposition planning (28.7% vs 21.7%) or a social work consult (33.3% vs 27.7%) was markedly low in both groups, although it is unknown whether this was related simply to lack of documentation around these services.

For those services documented to have been applicable and offered, the proportion of recommended resources and care accepted in SANE encounters was also higher for every service category except the discharge resource packet, which was comparable between groups (98.9% SANE vs

Table 1. Demographics of emergency department patient encounters for sexual assault from June 1, 2019–June 30, 2022, by type of care team.

	All encounters (n = 182)		SANE (n = 130)		Non-SANE (n = 52)		P-value
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Age (mean, SD)	30.2	(13.1)	30.1	(13.5)	30.6	(12.3)	0.81
Gender ⁺							0.11
Female	160	(90.4%)	117	(92.1%)	43	(86.0%)	
Male	14	(7.9%)	7	(5.5%)	7	(14.0%)	
Transgender/Non-binary	3	(1.7%)	3	(2.4%)	0	(0.0%)	
Race/Ethnicity ⁺							0.83
Non-Hispanic White	14	(8.4%)	10	(8.1%)	4	(9.3%)	
Non-Hispanic Black	138	(82.7%)	101	(81.5%)	37	(86.0%)	
Hispanic	9	(5.4%)	8	(6.5%)	1	(2.3%)	
Other	6	(3.6%)	5	(4.0%)	1	(2.3%)	
Patient arrival time [^]							<0.01*
Morning	48	(26.4%)	32	(24.6%)	16	(32.0%)	
Afternoon	73	(40.1%)	63	(48.5%)	10	(18.0%)	
Overnight	61	(33.5%)	35	(26.9%)	26	(50.0%)	
Days since incident (mean, SD)	1.19	1.51	1.16	1.44	1.28	1.72	0.65

SANE, Sexual Assault Nurse Examiner.

*Indicates a P -value ≤ 0.05 ; Fisher tests were conducted due to the small cell counts.

⁺Gender (n = 177) and race/ethnicity (n = 177), given that five individuals had two encounters.

[^]Patient arrival times were categorized into the following: morning 6:30 AM–2:30 PM; afternoon 2:30 PM–10:30 PM; and overnight 10:30 PM–6:30 AM. Missing values for race/ethnicity (n = 15, 8%) and days since incident (n = 7, 4%).

100.0% non-SANE, $P = 1.00$). A much larger proportion of encounters in the SANE group accepted SA advocate services (78.7% vs 61.9%; OR 2.28, 95% CI 1.07–4.84, $P = 0.05$) and a medical forensic kit (88.4% vs 68.2%; OR 3.55, 95% CI 1.54–8.15, $P < 0.01$). Large differences that did not reach statistical significance were found for several service types, including making a police report (82.4% vs 67.5%), HIV prophylaxis (76.3% vs 64.1%), HIV testing (93.4% vs 85.7%) and STI testing (93.5% vs 86.0%), emergency contraception (66.3% vs 57.1%), and social worker consultation (100% vs 84.6%).

Because SANE encounters occurred more often during the afternoon and non-SANE encounters more often overnight, additional models were created to adjust for the effects of patient arrival time on services offered and accepted (Tables 3 and 4). In the adjusted analysis, SANE encounters were still more likely to offer recommended services such as SA advocates (adjusted [aOR] 5.51, 95% CI 1.26–24.05, $P = 0.03$) and to accept both the advocate services (aOR 2.60, 95% CI 1.22–5.52, $P = 0.02$) and the medical forensic kit (aOR 2.90, 95% CI 1.26–6.66, $P = 0.02$). Of note, after adjusting for arrival time, the higher proportion of SANE encounters completing a police report was significant (aOR 2.63, 95% CI 1.17–5.93, $P = 0.03$). While the

non-SANE group had a higher proportion of cisgender men than the SANE group (Table 1), the model was not adjusted for patient gender, as this observed difference did not reach statistical significance.

DISCUSSION

We found that survivors cared for by a SANE were more often offered the recommended care and resources in every category examined, and they accepted this offer more often for all but one category. The SANEs were significantly more likely to offer a pregnancy test and emergency contraception, and survivors cared for by a SANE were significantly more likely both to be offered and to accept SA advocate services and a medical forensic examination kit. While only a few categories reached statistical significance, this is likely due to the small sample size inherent in studying a relatively uncommon event, and the results of this study suggest major potential benefits from SANE care.

Recent data shows a concerning trend in US ED visits for SA, which have increased more than 1,533.0% from 2006 to 2019.⁵ Young, low-income women are disproportionately represented among survivors of SA.⁵ Survivors may have increased risk for a variety of mental health complications, substance use, and chronic health conditions.^{15–17} Providing

Table 2. Bivariate analysis of services offered and accepted by emergency department patients evaluated after sexual assault from June 1, 2019–June 30, 2022, by type of care team.

	SANE (n = 130)		Non-SANE (n = 52)		P-value
	n/N	(%)	n/N	(%)	
Testing and prophylaxis					
HIV testing					
Offered ⁺	122/128	(95.3%)	42/46	(91.3%)	0.46
Accepted ⁺	113/121	(93.4%)	36/42	(85.7%)	0.20
STI testing					
Offered ⁺	124/129	(96.1%)	43/47	(91.5%)	0.25
Accepted ⁺	115/123	(93.5%)	37/43	(86.0%)	0.20
Pregnancy testing					
Offered ⁺	102/106	(96.2%)	31/36	(86.1%)	0.05*
Accepted ⁺	94/101	(93.1%)	28/31	(90.3%)	0.70
HIV prophylaxis					
Offered ⁺	115/126	(91.3%)	39/44	(88.6%)	0.56
Accepted	87/114	(76.3%)	25/39	(64.1%)	0.20
STI prophylaxis					
Offered ⁺	122/129	(94.6%)	41/46	(89.1%)	0.31
Accepted	103/121	(85.1%)	33/41	(80.5%)	0.65
Emergency contraception					
Offered ⁺	99/105	(94.3%)	28/34	(82.4%)	0.07
Accepted	65/98	(66.3%)	16/28	(57.1%)	0.50
Services and resources					
Medical forensic kit					
Offered ⁺	129/129	(100.0%)	44/47	(93.6%)	0.02*
Accepted	114/129	(88.4%)	30/44	(68.2%)	<0.01*
Sexual assault advocate					
Offered ⁺	127/130	(97.7%)	42/47	(89.4%)	0.03*
Accepted	100/127	(78.7%)	26/42	(61.9%)	<0.05*
Police report					
Offered to call ⁺	119/125	(95.2%)	40/44	(90.9%)	0.29
Report complete	98/119	(82.4%)	27/40	(67.5%)	0.08
Resource packet					
Offered	89/129	(69.0%)	22/45	(48.9%)	0.03*
Accepted ⁺	88/89	(98.9%)	22/22	(100.0%)	1.00
Social worker consult					
Offered	43/129	(33.3%)	13/47	(27.7%)	0.60
Accepted ⁺	43/43	(100.0%)	11/13	(84.6%)	0.05
Safe discharge planning					
Offered	37/129	(28.7%)	10/46	(21.7%)	0.47
Accepted ⁺	36/37	(97.3%)	9/10	(90.0%)	0.38
Left before treatment complete	3/130	(2.3%)	8/52	(15.4%)	<0.01

SANE, Sexual Assault Nurse Examiner; STI, sexually transmitted infections.

*Indicates a P-value ≤ 0.05; ⁺Fisher tests were performed due to small cell counts.

Table 3. Odds ratios of services offered to emergency department patients evaluated after sexual assault from June 1, 2019–June 30, 2022, by type of care team.

	Unadjusted odds ratio	95% Confidence interval	P-value	Adjusted odds ratio	95% Confidence interval	P-value
Testing and prophylaxis						
HIV testing	2.35	(0.77, 7.24)	0.13	1.93	(0.63, 5.95)	0.27
STI testing	2.33	(0.76, 7.16)	0.14	2.40	(0.78, 7.36)	0.15
Pregnancy testing	1.44	(1.00, 16.96)	0.62	1.41	(0.87, 14.79)	0.64
HIV prophylaxis	1.80	(0.82, 3.95)	0.14	1.87	(0.86, 4.10)	0.14
STI prophylaxis	1.39	(0.55, 3.48)	0.49	2.11	(0.48, 3.04)	0.70
Emergency contraception	1.43	(0.61, 3.38)	0.41	1.61	(0.68, 3.80)	0.29
Services and resources						
Medical forensic kit	3.55	(1.54, 8.15)	<0.01*	2.90	(1.26, 6.66)	0.02*
Sexual assault advocate	2.28	(1.07, 4.84)	0.03*	2.60	(1.22, 5.52)	0.02*
Police report	2.25	(1.00, 5.06)	0.05	2.63	(1.17, 5.93)	0.03*
Resource packet		N/A			N/A	
Social worker consult		N/A			N/A	
Safe discharge planning	4.00	(0.23, 70.30)	0.34	3.64	(0.21, 63.91)	0.40

STI, sexually transmitted infections.

*Indicates a P -value ≤ 0.05 ; reference group = non-Sexual Assault Nurse Examiners. Analyses are adjusted for patient arrival time. Odds ratio analysis could not be calculated for N/A entries due to 0 responses in a single group.

Table 4. Odds ratios of services accepted by emergency department patients evaluated after sexual assault from June 1, 2019, through June 30, 2022, by type of care team.

	Unadjusted odds ratio	95% Confidence interval	P-value	Adjusted odds ratio	95% Confidence interval	P-value
Testing and prophylaxis						
HIV testing	1.94	(0.52, 7.20)	0.32	2.04	(0.55, 7.58)	0.32
STI testing	2.31	(0.59, 8.99)	0.23	2.04	(0.52, 7.94)	0.33
Pregnancy testing	4.11	(1.09, 15.54)	0.04*	3.59	(0.95, 13.55)	0.08
HIV prophylaxis	1.34	(0.44, 4.10)	0.61	1.07	(0.35, 3.26)	0.92
STI prophylaxis	2.13	(0.64, 7.06)	0.22	1.59	(0.48, 5.29)	0.47
Emergency contraception	3.54	(1.05, 11.78)	0.04*	3.00	(0.90, 9.97)	0.08
Services and resources						
Medical forensic kit		N/A			N/A	
Sexual assault advocate	5.04	(1.16, 21.99)	0.03*	5.51	(1.26, 24.05)	0.03*
Police report	1.98	(0.53, 7.39)	0.31	1.87	(0.50, 6.96)	0.37
Resource packet	2.33	(1.16, 4.65)	0.02*	1.96	(0.98, 3.93)	0.07
Social worker consult	1.21	(0.58, 2.54)	0.59	1.05	(0.50, 2.19)	0.91
Safe discharge planning	1.45	(0.65, 3.23)	0.36	1.34	(0.60, 2.98)	0.49

STI, sexually transmitted infections.

*Indicates a P -value ≤ 0.05 ; Reference group = non-Sexual Assault Nurse Examiners. Analyses are adjusted for patient arrival time. Odds ratio analysis could not be calculated for N/A entries due to 0 responses in a single group.

comprehensive and trauma-informed care to survivors of SA in the ED is vital to the long-term outcomes for these vulnerable patients. However, time constraints, crowding,

lack of awareness or training in trauma-informed care, and many other challenges of the ED environment can present major obstacles.

Recent federal and state laws have been passed or proposed to try to address this problem, requiring certain standards for all visits for SA. For example, the Illinois SASETA act created universal care and reporting guidelines and requires EDs to have continuous coverage by a SANE or a clinician with equivalent training.⁴ Guidelines from the American College of Emergency Physicians on management of patients presenting after SA emphasize the importance of “specially trained, non-physician medical personnel,” which may include SANEs, and “access to appropriate medical, technical, and psychological support” for patients.¹⁸ In addition, with the recent increasing popularity of the value-based reimbursement model, there will be financial incentives for hospitals to provide services to SA survivors beyond basic medical care.¹⁹ Similarly, there may be financial penalties or legal ramifications for hospitals that do not meet these quality metrics in states that have implemented laws like SASETA.

The SANE programs have been proposed to fill these gaps, using dedicated care personnel with specialized training in caring for survivors of SA. These programs have been shown to reduce patient wait times, increase quality of examination and evidence collection, and provide overall comprehensive and compassionate care in a timely manner.²⁰ Despite growing evidence and guidelines supporting SANE services, SANE utilization and availability are highly variable. One study found that 35.5% of hospitals had no access to SANE services at all.¹³ Hiring and retaining a specially trained group of nurses to be available at all times, if needed, is expensive and challenging. For hospitals without the means to expand SANE coverage, community efforts have laid the groundwork for telehealth SANE coverage in rural areas.²¹

While there is a growing body of evidence demonstrating the benefits of SANE care, thus far little has been published on the effect of SANE care on quality metrics, which are important both for individual patient outcomes and regulatory and financial reasons. Evidence of an association between SANE care and improved service delivery could encourage expanded support for the development and adoption of SANE programs. Prior studies suggest that specialized training may help nurses approach patients about receiving medical services for a SA in a manner that encourages engagement in care.^{11,22} When care is provided by a SANE, patients report positive psychological outcomes, such as feelings of empowerment and compassion.^{11,22}

One study found that SANEs go beyond “collecting evidence,” and that “the manner in which it was being done” made a positive impact on patients.¹⁰ Patients interviewed in that study found that SANEs provided a “clear and thorough explanation of the exam process and findings.”¹⁰ In the present study, more survivors completed treatment in the ED when care was provided by a SANE. This may reflect the additional training in trauma-informed care or the lack of

concurrent clinical duties during SANE care, both of which may lead patients to engage more in their care. Additionally, when services were offered to survivors, they were accepted at much higher rates when offered by a SANE. This likely reflects the way in which the resource was presented or described to the survivor, which certainly could be affected by training and awareness.

Involvement of SANES in care is associated with more medical services provided, more forensic kits collected, and more police reports filed.²³ The same trend was identified for SANE care in cases of pediatric SA.²⁴ In the current study, after adjusting for patient arrival time, police reports were completed during SANE encounters at a significantly higher rate. The police reporting options for patients are complex, there can be significant delays waiting for police to arrive to file a report, and non-SANE nurses may not be familiar with all the options, which may lead to missed opportunities to file a police report.

Non-SANE nurses caring for SA survivors have a checklist of services to offer and, therefore, theoretically should offer these services at the same rate. However, SANES receive substantial additional training that may afford them a better understanding of the importance of these resources and the skills to discuss them sensitively with a traumatized patient. A SANE-trained nurse may have a more positive attitude toward SA survivors in general.¹³ They may also have more time to talk with the patients, as they are not responsible for any other patient care duties at the same time; or the higher resource acceptance rates among SANE patients may simply reflect the fact that SANE nurses have self-selected for additional training due to an interest in helping SA survivors, which may allow them to provide more sensitive care. Regardless of the reason, given mounting evidence to support the benefits of SANE care to patient and quality outcomes, SANE programs should be expanded and supported whenever possible.

LIMITATIONS

The major limitation of this study was the reliance on retrospective, routine care data collected from the EHR. It is possible that some services or resources were offered and/or accepted by patients and simply not documented, and it is unknown whether one group was more likely to document than the other. Any service not documented was considered to not have been offered or received for the purposes of the analysis, which may have affected the outcomes if a large proportion of those services not documented were either not applicable or were actually provided. Additionally, there were five individuals who presented for SA twice during the study period. Each encounter was analyzed independently, but it is possible that the first ED experience impacted their choices during the second encounter. However, given that these individuals represented such a small proportion of the sample, it is unlikely that their inclusion significantly affected

the results of the study. Due to the small sample size, the effects of survivor gender could not be fully explored, as gender differences between groups were not statistically significant. It is possible that the larger proportion of cisgender men in the non-SANE cohort affected outcomes, or that their gender affected either the likelihood of SANE care or their likelihood of accepting services, as men may be less trusting of their care team due to significant stigma.^{24,25}

Furthermore, much of the study period included the COVID-19 pandemic, which may have impacted clinical documentation, availability of ED services, or willingness of patients to remain in the ED while waiting for results or referrals, although these should have impacted both SANE and non-SANE groups similarly. Lastly, this was a single-site study. While it is likely that the results are generalizable to other large, urban, adult EDs, further studies are needed to validate these results in other ED settings.

CONCLUSION

This study revealed that sexual assault survivors in the ED who received care from a Sexual Assault Nurse Examiner were more likely to be offered and to accept standard-of-care SA services and resources. This may reflect the increased sensitivity and expanded skillset afforded by SANE training, or the ability of a dedicated SANE to work outside the time, space, and workflow constraints of a busy ED. While arranging for continuous SANE coverage in the ED can be logistically and financially challenging, it may not only benefit patient outcomes but allow hospitals to meet recommended quality metrics, which may be required by governing bodies or even tied to reimbursement in the value-based care model. Legislative support for SANE coverage should be expanded nationally, with parallel increases in funding to help hospitals implement continuous SANE coverage. This will positively impact the quality of care for survivors of SA, who may then be more likely to receive the services and treatment that they need after a traumatic event.

Address for Correspondence: Meredith Hollender, MPP, University of Chicago, Pritzker School of Medicine, 924 E 57th Street, Chicago, IL 60637. Email: mhollender@uchicagomedicine.org

Conflicts of Interest: By the WestJEM article submission agreement, all authors are required to disclose all affiliations, funding sources and financial or management relationships that could be perceived as potential sources of bias. No author has professional or financial relationships with any companies that are relevant to this study. There are no conflicts of interest or sources of funding to declare.

Copyright: © 2023 Hollender et al. This is an open access article distributed in accordance with the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0) License. See: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

REFERENCES

1. Short NA, Lechner M, McLean BS, et al. Health care utilization by women sexual assault survivors after emergency care: results of a multisite prospective study. *Depress Anxiety*. 2021;38(1):67–78.
2. *Survivors' Bill of Rights Act of 2016*. 114th Congress. Available at: <https://www.congress.gov/bill/114th-congress/house-bill/5578>. Accessed March 28, 2023.
3. *No Surprises for Survivors Act of 2022*. 117th Congress. Available at: <https://www.congress.gov/bill/117th-congress/house-bill/8891/>. Accessed March 28, 2023.
4. *Sexual Assault Survivors Emergency Treatment Act (SASETA)*. Illinois General Assembly. Available at: <https://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=1531&ChapterID=35>. Accessed March 28, 2023.
5. Vogt EL, Jiang C, Jenkins Q, et al. Trends in US emergency department use after sexual assault, 2006-2019. *JAMA Netw Open*. 2022;5(10):e2236273–e2236273.
6. Patel A, Panchal H, Piotrowski ZH, et al. Comprehensive medical care for victims of sexual assault: a survey of Illinois hospital emergency departments. *Contraception*. 2008;77(6):426–30.
7. Patel A, Roston A, Tilmon S, et al. Assessing the extent of provision of comprehensive medical care management for female sexual assault patients in US hospital emergency departments. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;123(1):24–8.
8. Ahrens CE, Campbell R, Wasco SM, et al. Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) programs: alternative systems for service delivery for sexual assault victims. *J Interpers Violence*. 2000;15(9):921–43.
9. Chandramani A, Dussault N, Parameswaran R, et al. A needs assessment and educational intervention addressing the care of sexual assault patients in the emergency department. *J Forensic Nurs*. 2020;16(2):73–82.
10. Fehler-Cabral G, Campbell R, Patterson D. Adult sexual assault survivors' experiences with Sexual Assault Nurse Examiners (SANEs). *J Interpers Violence*. 2011;26(18):3618–39.
11. Campbell R, Patterson D, Adams AE, et al. A participatory evaluation project to measure SANE nursing practice and adult sexual assault patients' psychological well-being. *J Forensic Nurs*. 2008;4(1):19–28.
12. Poldon S, Duhn L, Camargo Plazas P, et al. Exploring how sexual assault nurse examiners practise trauma-informed care. *J Forensic Nurs*. 2021;17(4):235–43.
13. Nielson M, Strong L, Stewart J. Does sexual assault nurse examiner (SANE) training affect attitudes of emergency department nurses toward sexual assault survivors? *J Forensic Nurs*. 2015;11(3):137–43.
14. Thiede E, Miyamoto S. Rural availability of Sexual Assault Nurse Examiners (SANEs). *J Rural Health*. 2021;37(1):81–91.
15. Dworkin ER, DeCou CR, Fitzpatrick S. Associations between sexual assault and suicidal thoughts and behavior: a meta-analysis. *Psychol Trauma*. 2022;14(7):1208–11.
16. Young-Wolff KC, Sarovar V, Klebaner D, et al. Changes in psychiatric and medical conditions and health care utilization following a diagnosis of sexual assault: a retrospective cohort study. *Med Care*. 2018;56(8):649–57.

17. Santaularia J, Johnson M, Hart L, et al. Relationships between sexual violence and chronic disease: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14(1):1286.
18. American College of Emergency Physicians. Management of the Patient with the Complaint of Sexual Assault. Available at: <https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/management-of-the-patient-with-the-complaint-of-sexual-assault/>. Accessed March 28, 2023.
19. Crook HL, Zheng J, Bleser WK, et al. How are payment reforms addressing social determinants of health? Policy implications and next steps issue brief. Available at: https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2021/02/Duke-SDOH-and-VBP-Issue-Brief_v3.pdf. Accessed March 28, 2023.
20. Littel K. Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) programs: improving the community response to sexual assault victims. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office for Victims of Crime. Available at: http://www.vawnet.org/sites/default/files/assets/files/2016-09/OVC_SANE0401-186366.pdf. Accessed March 28, 2023.
21. Miyamoto S, Thiede E, Dorn L, et al. The Sexual Assault Forensic Examination Telehealth (SAFE-T) Center: a comprehensive, nurse-led telehealth model to address disparities in sexual assault care. *J Rural Health*. 2021;37(1):92–102.
22. Campbell R, Patterson D, Lichty L. The effectiveness of sexual assault nurse examiner programs: a review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma Violence Abuse*. 2005;6(4):313–29.
23. Crandall C, Helitzer D. Impact evaluation of a Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) program. Available at: <https://www.ojp.gov/pdffiles1/nij/grants/203276.pdf>. Accessed March 28, 2023.
24. Bechtel K, Ryan E, Gallagher D. Impact of sexual assault nurse examiners on the evaluation of sexual assault in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2008;24(7):442–7.



PERCEIVED CARE QUALITY AMONG WOMEN RECEIVING SEXUAL ASSAULT NURSE EXAMINER CARE: RESULTS FROM A 1-WEEK POSTEXAMINATION SURVEY IN A LARGE MULTISITE PROSPECTIVE STUDY

Authors: Megan Lechner, MSN, Kathy Bell, MS, RN, Nicole A. Short, PhD, Sandra L. Martin, PhD, Jenny Black, BSN, Jennie A. Buchanan, MD, Rhiannon Reese, MA, Jeffrey D. Ho, MD, Gordon D. Reed, MD, Melissa Platt, MD, Ralph Riviello, MD, Catherine Rossi, MSN, Patricia Nouhan, MD, Carolyn Phillips, MD, Kenneth A. Bollen, PhD, and Samuel A. McLean, MD, MPH, Colorado Springs, CO, Tulsa, OK, Chapel Hill, NC, Austin, TX, Denver, CO, Birmingham, AL, Minneapolis, MN, Newark, DE, Louisville, KY, San Antonio, TX, Greensboro, NC, Detroit, MI, and Washington, DC

Contribution to Emergency Nursing Practice

- Few studies have examined female patients' perspectives of the care provided by sexual assault nurse examiners (SANEs), and none have examined whether the perspectives differ according to the demographic characteristics of the patients who had been sexually assaulted or their preassault health status.
- Nearly 700 female patients who had been sexually assaulted and who were evaluated at 13 widely geographically distributed SANE programs reported

receiving high-quality SANE care, including taking their needs/concerns seriously, not acting as though the assault was their fault, showing care/compassion, explaining the sexual assault examination, and providing follow-up information. There were no significant differences in the perceptions of care according to demographic or preassault health characteristics.

- SANEs provide critical services greatly valued by female patients who have been sexually assaulted. SANEs should be used whenever possible in emergency nursing settings to treat women who have been sexually assaulted.

Megan Lechner is a Forensic Nurse Examiner Clinical Manager and Colorado SANE/SAFE Project Director, UCHHealth Memorial Hospital, Colorado Springs, CO.

Kathy Bell is a Forensic Nursing Administrator, Tulsa Police Department, Tulsa, OK.

Nicole A. Short is an Assistant Professor, Institute for Trauma Recovery, University of North Carolina, Chapel Hill, NC. **ORCID identifier:** <http://orcid.org/0000-0002-5857-3800>.

Sandra L. Martin is a Professor, Department of Maternal and Child Health, University of North Carolina, Chapel Hill, NC.

Jenny Black is Director of Forensic Nursing, Austin SAFE, Austin, TX.

Jennie A. Buchanan is Associate Professor, Department of Emergency Medicine, Denver Health, Denver, CO.

Rhiannon Reese is Clinical Director of Crisis Programs, Crisis Center of Birmingham, Birmingham, AL.

Jeffrey D. Ho is Medical Director, Hennepin Assault Response Team, Minneapolis, MN. **ORCID identifier:** <http://orcid.org/0000-0003-4214-1162>.

Gordon D. Reed is Professor, Department of Emergency Medicine, Christiana Care, Newark, DE. **ORCID identifier:** <http://orcid.org/0000-0002-5819-6216>.

Melissa Platt is Associate Professor, SAFE Service, University of Louisville Hospital, Louisville, KY.

Ralph Riviello is Professor and Chair, University of Texas Health, San Antonio, TX. **ORCID identifier:** <http://orcid.org/0000-0002-6228-4454>.

Catherine Rossi is Forensic Nursing Program Coordinator, Cone Health, Greensboro, NC.

Patricia Nouhan is Associate Professor, Department of Emergency Medicine, Wayne State University, Detroit, MI.

Carolyn Phillips is Assistant Professor, Medstar, Washington, Hospital Center, Washington, DC.

Kenneth A. Bollen is a Professor, University of North Carolina, Chapel Hill, NC.

Samuel A. McLean is Director, Institute for Trauma Recovery, University of North Carolina, Chapel Hill, NC. **ORCID identifier:** <http://orcid.org/0000-0001-9482-3582>.

For correspondence, write: Samuel A. McLean, MD, MPH, Institute for Trauma Recovery, University of North Carolina, 211B W Cameron Avenue, Chapel Hill, NC; E-mail: Samuel_McLean@med.unc.edu.

J Emerg Nurs 2021;47:449-58.

Available online 27 January 2021

0099-1767

Copyright © 2020 Emergency Nurses Association. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

<https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.11.011>

Abstract

Introduction: This study examined the perspectives of female patients who had been sexually assaulted regarding the quality of care provided by sexual assault nurse examiners, including whether the patients' perspectives varied by their demographic characteristics and health status before the assault.

Methods: A total of 695 female patients who received care from sexual assault nurse examiners at 13 United States emergency care centers and community-based programs completed standardized surveys 1 week after receiving sexual assault nurse examiners' care for sexual assault.

Results: Most patients strongly agreed that the sexual assault nurse examiners provided high-quality care, including taking patients' needs/concerns seriously, not acting as though the

assault was the patient's fault, showing care/compassion, explaining the sexual assault examination, and providing follow-up information. The perceptions did not vary by the patients' demographic characteristics or preassault health status.

Discussion: Female patients who had been sexually assaulted and who were evaluated at 13 widely geographically distributed sexual assault nurse examiners' programs consistently reported that the sexual assault nurse examiners provided high-quality, compassionate care.

Key words: Anxiety; Quality of care; Posttraumatic stress disorder; Sexual assault nurse examiners; Trauma-informed care; Women

Introduction

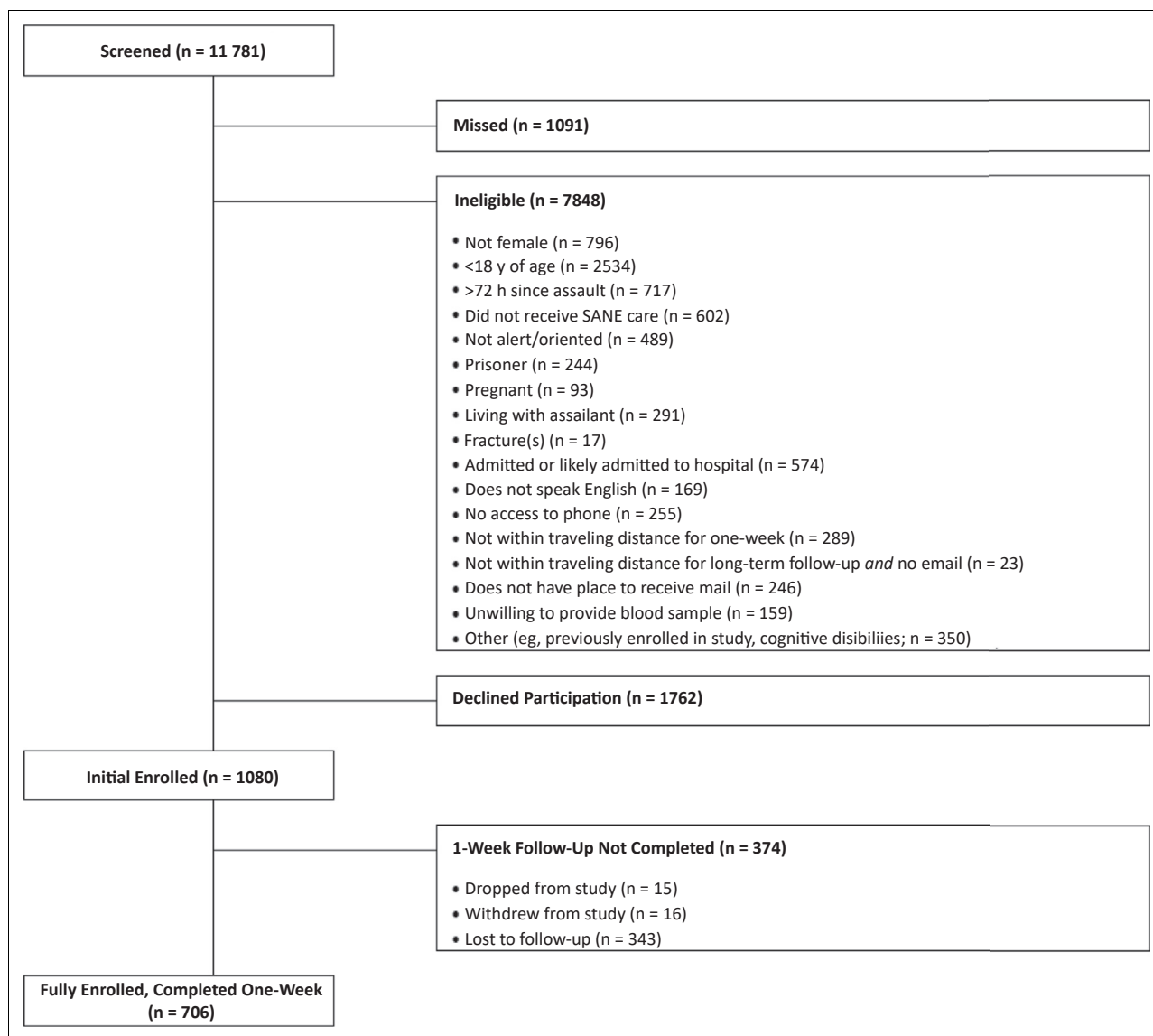
Sexual assault is a major public health problem for United States women and is common across sociodemographic groups.^{1,2} Women who present for emergency care after sexual assault commonly experience high levels of pain and distress, and multiple negative health sequelae after sexual assault are common.^{3,4} The sensitive provision of emergency nursing services is essential to appropriately address the needs of this diverse group of patients.⁵

The first sexual assault nurse examiner (SANE) programs developed in the 1970s, with programs becoming more widely available in the 1990s.^{6,7} SANEs are specially trained nursing specialists who offer patients who have been sexually assaulted comprehensive acute care and collect evidence that can be used in assailant prosecutions.^{8,9} SANEs are trained to prioritize addressing patients' needs and concerns, create a nonjudgmental atmosphere, demonstrate care/compassion, provide clear explanations of the sexual assault examination, and provide important follow-up information.⁶ SANEs have been shown to effectively collect forensic evidence, provide needed clinical care, and foster collaborative relationships among the professionals involved in sexual assault cases.¹⁰⁻¹⁴

In contrast, little research has gathered patients' perspectives of the quality of their SANE care. Moreover, to our knowledge, no studies have examined whether the perspectives of SANE care differ according to the female patients' demographic characteristics and health status before the assault, important questions given the diversity of the population consisting of patients who had been provided SANE care. One of the few investigations that examined patients' views of SANE care was a Canadian qualitative study

of 8 patients who had been provided SANE care. The patients felt that the SANEs cared about them, made them feel safe, were not pushy, believed them, were emotionally supportive, and provided clear information.¹⁵ Another study found that 85% of the 70 patients who had been provided SANE care in Minneapolis felt that the SANEs listened to them.¹⁶ Another investigation of 52 patients from a Midwestern SANE program found that virtually all patients perceived that the SANEs provided clear explanations about the sexual assault examination, took the patients' needs/concerns seriously, listened to the patients, showed care/compassion, and provided clear medication instructions.¹⁷ A qualitative investigation of 20 primarily white female patients who had been raped and were evaluated at a Midwestern SANE program found that the patients appreciated receiving the SANEs' explanations of the examination process, being given choices during the examination, and being treated with care/compassion.¹⁸

This past pioneering research on patients' perceptions of SANE care offers important insights. However, the generalizability of these studies is limited by small samples, single SANE programs evaluated, and limited racial/ethnic diversity. To extend this research, in this study we investigated the perceptions of a large, diverse group of female patients who had been sexually assaulted and who received care from SANEs working at 13 geographically distributed emergency care and community-based programs in the US. We addressed 2 questions: (1) to what extent did patients perceive that the SANEs provided high-quality care, including taking the patients' needs/concerns seriously, not acting as



FIGURE

Participant enrollment and study flow. SANE, sexual assault nurse examiner.

though the assault was the patient's fault, showing care/compassion, explaining the sexual assault examination, and providing follow-up information? (2) Did the patients' perceptions of SANE care differ by the patients' demographic characteristics (including age, race, ethnicity, education level, employment status, income level, and marital status) and health status before the assault (including symptoms of anxiety, depression, and posttraumatic stress, as well as somatic and pain symptoms)?

Materials and Methods

SETTINGS AND SAMPLES

This research is part of the Women's Health Study, the first large-scale, emergency care-based, multisite longitudinal cohort study of adult female patients who have been sexually assaulted.¹⁹ The main purpose of the overall study was to better understand acute, persistent, and chronic pain development among female survivors of sexual assault, and the

current subanalyses were designed to address how patients perceive SANE services. The current results have not been reported elsewhere. From 2015 through 2019, 706 study participants (Figure) were fully consented and enrolled for a 1-week postexamination survey from 13 geographically distributed US emergency care and community-based SANE programs: Albuquerque SANE Collaborative (Albuquerque, NM), UCHHealth Memorial Hospital (Colorado Springs, CO), Tulsa Forensic Nursing Services (Tulsa, OK), Austin SAFE (Austin, TX), Denver Health (Denver, CO), Crisis Center of Birmingham (Birmingham, AL), Hennepin Healthcare (Minneapolis, MN), Christiana Care (Newark, DE), University of Louisville SANE Hospital (Louisville, KY), Philadelphia Sexual Assault Response Center (Philadelphia, PA), Cone Health (Greensboro, NC), Wayne State University Hospital and Wayne County SAFE (Detroit, MI), and DC SANE (Washington, DC).²⁰ The full description of exclusion rates and reasons is available elsewhere. A power analysis for the sample size was based on the proposed main outcomes for the overall study.¹⁹ Women who were aged at least 18 years and presented for SANE care within 72 hours of sexual assault were eligible to participate. Patients were not eligible if they could not provide informed consent, were pregnant, were living with the assailant, had an assault-related fracture or required hospital admission, did not speak English, did not have a telephone/mailling address, were unwilling to provide blood samples, or were incarcerated. Research staff provided the patients with informed consent information.¹⁹

ASSESSMENT

The participants completed self-administered survey assessments 1 week after receiving SANE care at a follow-up visit. These surveys were completed on laptop computers in private rooms. The surveys asked about the patients' perceptions of SANE care, demographic characteristics, and health status before the assault. The perceptions of SANE care were evaluated using 5 survey questions that assessed whether the SANE took the patient's needs/concerns seriously, did not act as though the assault was the patient's fault, showed care/compassion, explained the sexual assault examination, and provided follow-up information. The patients responded to each survey question using a scale from 1 (strongly disagree) to 4 (strongly agree), with higher scores indicating a higher quality of care. In addition, for each patient, an overall care quality score was created by computing the mean of the responses on the 5 survey items. The care quality score could range from 1 to 4, with higher scores indicating a higher overall quality of care.

The survey also asked about the patients' demographic characteristics. The characteristics assessed included age, race

(white, black/African American, American Indian/Alaskan Native, or other), Hispanic/Latina ethnicity (yes or no), education level (more than high school graduate, high school graduate, or less than high school graduate), employment status (working full-time, working part-time, unemployed, student, or receiving disability benefits), annual income level (more than \$100 000, \$60 000-\$99 999, \$20 000-\$59 000, less than \$20 000, or did not know), and marital status (never married, married, or separated/divorced/widowed).

The survey also asked the patients specific questions about their health before the assault. Anxiety symptoms during the week before the assault were assessed by the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Short Form 8a.²¹ Scores of 60 or higher indicated clinically relevant levels of anxiety symptoms. Depression symptoms during the week before the assault were assessed by the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Short Form 8b,²¹ with scores of 60 or higher indicating clinically relevant levels of depression symptoms. Posttraumatic stress symptoms (PTSS) during the month before the assault were assessed using 10 items adapted from the Posttraumatic Stress Disorder Checklist.²² The endorsement of reexperiencing, avoidance, and hyperarousal symptoms at least 2 times a week along with distress or impairment at least 2 times a week were considered clinically relevant symptoms. Somatic symptoms during the week before the assault were assessed using 21 items,²³ with scores of 19 or higher suggestive of clinically relevant symptoms. Overall pain severity 1 week before the assault was assessed using an item from the Pain Severity Numeric Rating Scale,²⁴ with scores of 4 or higher indicating moderate or severe pain.

DATA ANALYSES

The analysis data set included 695 of the 706 enrolled patients (98% of the enrolled sample) who had completed the survey information available on the survey questions examining SANE care. Participants who did not complete any SANE care items ($n = 11$) were excluded; otherwise, participants with missing data were dropped pairwise. Descriptive statistics examined patients' demographic characteristics, health status before the assault, and perceptions of care provided by SANEs. Bivariate analyses and Kruskal-Wallis nonparametric 1-way analysis of variance tests²⁵ investigated whether the patients' overall care quality scores varied by their demographic characteristics and health status before the assault.

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD APPROVAL

The study protocol was approved by the institutional review boards at the University of North Carolina at Chapel Hill and at each study site.

TABLE 1

Patients' demographic characteristics (n = 695)

Demographic characteristics	Range	Mean	SD
Age	18-68	28.30	9.58
	n	%	
Age category (n = 692)			
18-20	165	23.7	
21-30	328	47.2	
31-40	125	18.0	
41-50	39	5.6	
≥51	35	5.0	
Race (n = 682)			
White	450	64.7	
Black/African American	87	12.5	
American Indian/Alaskan Native	40	5.8	
Other	105	15.1	
Hispanic/Latina ethnicity (n = 679)			
Yes	168	25.6	
No	501	72.1	
Education level (n = 689)			
More than high school graduate	465	66.9	
High school graduate	168	24.2	
Less than high school graduate	56	8.1	
Employment status (n = 681)			
Work full-time	262	37.7	
Work part-time	149	21.4	
Unemployed	135	19.4	
Student	74	10.6	
Disability benefits	61	8.8	
Annual income (n = 645)			
≥\$100 000	53	7.6	
\$60 000-\$99 999	80	11.5	
\$20 000-\$59 999	264	38.0	
<\$20 000	248	35.7	
Did not know	42	6.0	
Marital status (n = 688)			
Never married	542	78.0	
Married	45	6.5	
Separated/divorced/widowed	101	14.5	

Results

Table 1 presents information on the patients' demographic characteristics. The patients ranged in age from 18 years to 68 years, with a mean age of 28 years. Sixty-five percent were white, 13% were black/African American, 6% were American Indian/Alaskan Native, and 15% were another racial group. Twenty-six percent were Hispanic/Latina. Most (67%) had more than a high school education, 24% were high school graduates, and 8% had not completed high school. Thirty-eight percent worked full-time, 21% worked part-time, 19% were unemployed, 11% were students, and 9% received disability benefits. Incomes ranged from more than \$100 000 (8%) to less than \$20 000 (36%). Seventy-nine percent of the patients had never married, 7% were married, and 15% were separated, divorced, or widowed.

Table 2 presents information on the patients' reported health before the sexual assault. Anxiety scores ranged from 37.10 to 83.10 (mean = 52.66), with 27% of the patients reporting clinically relevant anxiety symptoms. Depression scores ranged from 37.10 to 81.10 (mean = 51.69), with 23% of the patients reporting clinically relevant depressive symptoms. Posttraumatic stress scores ranged from 0 to 36 (mean = 13.89), with 37% of the patients reporting clinically relevant PTSS. Somatic scores ranged from 0 to 199 (mean = 15.47), with 26% of the patients reporting clinically relevant somatic symptoms. Pain severity scores ranged from 0 to 10 (mean = 1.82), with 19% of the patients reporting moderate or severe pain.

Most of the female patients who had been sexually assaulted and who participated in this survey reported receiving a high quality of care by the SANEs (**Table 3**). Most patients "strongly agreed" that the SANEs took their needs/concerns seriously (90%), did not act as though the assault was their fault (89%), cared and showed compassion (88%), explained the sexual assault examination (86%), and gave follow-up information (75%). The mean scores for each of the 5 survey items ranged from 3.67 to 3.85, showing that most patients reported that the SANEs provided high-quality care on each of the 5 domains assessed. Moreover, the mean overall care quality score (3.79) indicated that the patients reported receiving an overall high quality of care from the SANEs.

Table 4 shows that overall care quality scores did not differ significantly by patients' demographic characteristics or health status before the assault. For each category of age, race, ethnicity, education, employment status, income, and marital status, the mean overall care quality score was extremely high, ranging from 3.66 to 3.87. In addition, the overall care quality scores

TABLE 2

Patients' health symptoms before the sexual assault

Symptom domain	Symptom scores before sexual assault	Mean	SD	Clinically high symptom levels before sexual assault n	%
	Range				
Anxiety symptoms (n = 686)	37.10-83.10	52.66	11.34	185	26.6
Depression symptoms (n = 687)	37.10-81.10	51.69	10.69	157	22.6
PTSS symptoms (n = 686)	0-36.00	13.89	11.17	260	37.4
Somatic symptoms (n = 691)	0-198.00	15.47	26.91	179	25.8
Pain severity (n = 681)	0-10.00	1.82	2.41	133	19.1

PTSS, posttraumatic stress symptoms.

did not differ significantly between the patients who had clinically high levels of depression, anxiety, PTSS, or somatic and/or pain symptoms before the assault and those who did not have clinically high levels of these symptoms before the assault. For each category within these groups, the mean overall care quality score was extremely high, ranging from 3.70 to 3.82.

Discussion

To our knowledge, this study is the first to examine assessments of SANE care by a large group of female patients who had been sexually assaulted and who presented to diverse SANE programs in the US. Our results are consistent with smaller studies in showing that most of the patients who participated view the SANEs as providing high-quality care.¹⁵⁻¹⁸ Our results extend this past research by showing that this is true for each of the 5 care domains examined in this study, including taking patients' needs/concerns seriously, not acting as though the assault was the fault of

the patient, showing care and compassion, explaining the sexual assault examination, and providing follow-up information. In addition, our results also extend previous findings by demonstrating that most female patients who had been sexually assaulted and were willing to participate in research view their SANE care as high quality across geographically, demographically, and administratively (ie, emergency care-based and community-based) diverse SANE programs, diverse demographic groups consisting of patients who had been sexually assaulted, and female patients who had been sexually assaulted with diverse mental and physical health statuses.

These quantitative findings are consistent with the participants' qualitative reports. For example, 1 female patient who had been sexually assaulted wrote, "The SANE nurse that I experienced was PHENOMENAL...her general attitude and humor greatly affected me in positive ways after the assault." Another patient who had been sexually assaulted wrote, "Everything was really good...I didn't even know they had that SANE organization...You guys are doing everything right."

TABLE 3

Number and percentage of patients with various perceptions of the quality of sexual assault nurse examiners' care in 5 domains and the overall care quality score (n = 695)

Survey items	Strongly agree (coded 4)		Agree (coded 3)		Disagree (coded 2)		Strongly disagree (coded 1)		Score	
	n	%	n	%	n	%	n	%	Mean	SD
Took needs/concerns seriously	623	89.6	56	8.1	2	0.3	14	2.0	3.85	0.50
Did not act like it was my fault	621	89.4	40	5.8	8	1.2	26	3.7	3.81	0.64
Cared and showed compassion	608	87.5	68	9.5	4	0.6	15	2.2	3.83	0.53
Explained the exam	598	86.0	76	10.9	8	1.2	13	1.9	3.81	0.54
Gave follow-up information	519	74.7	141	20.3	16	2.3	19	2.7	3.67	0.66
Overall care quality score	—	—	—	—	—	—	—	—	3.79	0.44

TABLE 4

Patients' overall care quality scores, stratified by patients' demographic characteristics and clinically relevant health symptoms before sexual assault (n = 695)

Demographic characteristic	Mean	SD	Kruskal-Wallis nonparametric 1-way ANOVA P value
Age, y			.14
18-20	3.73	0.54	
21-30	3.82	0.41	
31-40	3.83	0.36	
41-50	3.79	0.37	
≥51	3.66	0.58	
Race			.62
White	3.82	0.37	
American Indian/Alaskan Native	3.67	0.64	
Black/African American	3.81	0.30	
Other	3.75	0.58	
Hispanic/Latina ethnicity			.35
No	3.76	0.51	
Yes	3.81	0.41	
Education level			.10
More than high school graduate	3.82	0.41	
High school graduate	3.72	0.51	
Less than high school graduate	3.87	0.24	
Employment status			.14
Full-time employment	3.84	0.35	
Student	3.83	0.36	
Part-time employment	3.73	0.58	
Disability benefits	3.74	0.41	
Unemployed	3.76	0.50	
Annual income			.40
>\$100 000	3.85	0.27	
\$60 000-\$99 999	3.85	0.39	
\$20 000-\$59 999	3.80	0.43	
<\$20 000	3.76	0.49	

continued

TABLE 4

Continued

Demographic characteristic	Mean	SD	Kruskal-Wallis nonparametric 1-way ANOVA P value
Marital status			.51
Married	3.85	0.30	
Never married	3.79	0.45	
Separated/divorced/widowed	3.75	0.47	
Clinically relevant levels of health symptoms before sexual assault			
Depression symptoms			.51
No	3.82	0.40	
Yes	3.70	0.61	
Anxiety symptoms			.84
No	3.81	0.37	
Yes	3.74	0.58	
Posttraumatic stress symptoms			.67
No	3.81	0.43	
Yes	3.77	0.47	
Somatic symptoms			.92
No	3.79	0.44	
Yes	3.79	0.45	
Pain severity			.90
No	3.82	0.41	
Yes	3.79	0.44	

ANOVA, analysis of variance.

This research also has clinical and policy implications. Of note, SANE programs are not available in all locations across the US. Indeed, 1 report noted a shortage of SANE programs in every US state evaluated.²⁶ Specifically, it may be particularly difficult for women in rural areas to access SANE care.²⁷ The lack of availability of SANE programs in all areas may be in part attributable to difficulties with funding. SANE programs are typically funded through a combination of governmental funds, hospital donations, fundraising, and money from nongovernment agencies and other grants, as well as funding from the Violence Against Women Act and Victims of Crime Act. However, SANE programs often face budget cuts¹³ and operate at a

loss, given that SANE programs (including equipment and training) can be expensive to maintain.²⁸ Indeed, empirical studies have indicated that lack of funding is a “major problem” for more than half of the SANE programs.²⁹ When SANE care is not available, other resources (eg, nonclinical forensic evaluations or other interdisciplinary clinician teams) may provide services. Such teams may not have the advanced multidisciplinary training and breadth of experiences that SANEs have in providing health care, collecting forensic evidence, and fulfilling these needs in a trauma-informed and compassionate manner.

The SANEs’ training and experience in cultural competency may play a role in the high ratings for SANEs across various demographic groups. Although it is critical to strive for continuous improvement in cultural competency, SANE training emphasizes the need to be aware of, and respect, cultural differences.³⁰ Nationally representative surveys have found conflicting results regarding whether demographic characteristics play a role in who seeks SANE care. Resnick et al³¹ found that women who did not identify as white were more likely to receive postassault care, whereas the more recent findings by Amstadter³² indicated that white race and income less than \$20 000 predicted being more likely to seek postassault care (not specific to SANE care). Thus, more research is needed to determine whether there are health disparities in access to SANE care, but our research indicates that when women do receive such care, they are typically satisfied, regardless of their demographic characteristics.

Limitations

As with all research, this study has strengths and limitations. The strengths include the large sample of patients seen by SANEs in diverse SANE programs and the use of standardized assessment procedures. However, the emergency centers/programs participating in the study were not specifically selected to be nationally representative of all SANE programs; thus, our results cannot be viewed as providing specific estimates of experiences with SANEs at all programs across the US. In addition, only female patients aged 18 years or older were studied; therefore, the findings may not be generalizable to male or teen patients. The results are also not generalizable to patients who were ineligible to participate in our study, including those who presented for care more than 72 hours after the assault, not alert/oriented, incarcerated, pregnant, living with the assailant, admitted for acute care, fracture(s), and other reasons listed in the Figure. Future research should include children and men as well as lesbian, gay, bisexual, and transgender patients who have

been sexually assaulted because they may face unique challenges and have different perspectives on SANE services. Moreover, the preassault health concerns examined were limited to emotional health and pain symptoms; therefore, these findings may not be generalizable to patients who have been sexually assaulted and who present with other types of preassault health conditions. Most of our sites were in urban/suburban areas; therefore, future research should examine SANE care satisfaction among patients living in rural areas. Finally, considering that most of the patients’ responses were at the upper end of our scale, it is possible that ceiling effects existed in our measurement of the perceptions of SANE care or that a social desirability bias affected the results. Future research should consider more nuanced measures such as using Likert scales with 7 to 10 possible response options.

Implications for Emergency Clinical Care Nurses

The results of this research strongly reinforce the importance of including SANEs whenever possible in treating female patients who have been sexually assaulted. SANEs provide an emotionally supportive and respectful environment for patients while performing evidence collection and/or providing health-related services in the immediate aftermath of assault, and these services are critical in helping to begin the emotional and physical healing process. Leaders of hospitals and community health centers should develop and support their SANE programs to ensure that patients who have been sexually assaulted can receive the high quality of care that they deserve.

Conclusions

Most adult female patients who had been sexually assaulted and were seen by SANEs at 13 geographically and demographically diverse emergency care- and community-based SANE programs in the US, and who were willing to participate in our follow-up study, reported that SANEs provide a high quality of care. Adult female patients who had been sexually assaulted consistently reported that the SANEs took their needs/concerns seriously, did not act as though the assault was their fault, showed care and compassion, explained the sexual assault examination, and provided follow-up information. These perceptions were consistent among patients with varied demographic characteristics and preassault health status. We encourage all health services and facilities that treat patients who have been sexually assaulted to include SANE care as part of their routine response to these patients with trauma.

Acknowledgments

The authors thank Riya Thomas for manuscript-formatting assistance and the female patients who had been sexually assaulted who contributed their time and insight for this research.

Author Disclosures

This work was supported by funding from the following National Institutes of Health Institutes: National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases, National Institutes of Health, National Institute of Nursing Research, National Institute of Mental Health, Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (R01AR064700), a supplement from the National Office of Research of Women's Health, and support from the Mayday Fund. The funders did not play a role in design or conduct of the study; collection, management, analysis, and interpretation of the data; preparation, review, or approval of the manuscript; and decision to submit the manuscript for publication.

Conflicts of interest: none to report.

REFERENCES

1. Smith SG, Zhang X, Basile KC, et al. *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2015 Data Brief – Updated Release*. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2018.
2. Ullman SE, Najdowski CJ. Vulnerability and protective factors for sexual assault. In: White JW, Koss MP, Kazdin AE, eds. *Violence Against Women and Children, Volume 1. Mapping the Terrain*. American Psychological Association; 2011:151-172.
3. Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2017;56:65-81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.002>
4. Martin SL, Macy RJ, Young SK. Health and economic consequences of sexual violence. In: White JW, Koss MP, Kazdin AE, eds. *Violence Against Women and Children, Volume 1. Mapping the Terrain*. American Psychological Association; 2011:173-195.
5. Campbell R, Patterson DA. Services for victims of sexual violence. In: Koss MP, White JW, Kazdin AE, eds. *Violence Against Women and Children, Volume 2. Navigating Solutions*. American Psychological Association; 2011:95-114.
6. Ledray LE. Sexual assault nurse examiner (SANE) development and operation guide. Office for Victims of Crime. Published 1999. Accessed June 23, 2020. https://www.ncjrs.gov/ovc_archives/reports/saneguide.pdf
7. Ledray LE, Arndt S. Examining the sexual assault victim: a new model for nursing care. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1994;32(2):7-11.
8. Sexual assault nurse examiners. International Association of Forensic Nurses. Published January 20, 2020. Accessed June 23, 2020. <https://www.forensicnurses.org/page/aboutSANE>
9. National Institute of Justice. National best practices for sexual assault kits: a multidisciplinary approach. Published May 1, 2017. Accessed February 21, 2020. <https://nij.ojp.gov/topics/articles/national-best-practices-sexual-assault-kits-multidisciplinary-approach>
10. Campbell R, Bybee D, Townsend SM, Shaw J, Karim N, Markowitz J. The impact of sexual assault nurse examiner programs on criminal justice case outcomes: a multisite replication study. *Violence Against Women*. 2014;20(5):607-625. <https://doi.org/10.1177/1077801214536286>
11. Campbell R, Patterson D, Bybee D. Prosecution of adult sexual assault cases: a longitudinal analysis of the impact of a sexual assault nurse examiner program. *Violence Against Women*. 2012;18(2):223-244. <https://doi.org/10.1177/1077801212440158>
12. Campbell R, Patterson D, Fehler-Cabral G. Using ecological theory to evaluate the effectiveness of an indigenous community intervention: a study of sexual assault nurse examiner (SANE) programs. *Am J Community Psychol*. 2010;46(3-4):263-276. <https://doi.org/10.1007/s10464-010-9339-4>
13. Campbell R, Patterson D, Lichty LF. The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) programs: a review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma Violence Abuse*. 2005;6(4):313-329. <https://doi.org/10.1177/1524838005280328>
14. Campbell R, Townsend SM, Long SM, et al. Responding to sexual assault victims' medical and emotional needs: a national study of the services provided by SANE programs. *Res Nurs Health*. 2006;29(5):384-398. <https://doi.org/10.1002/nur.20137>
15. Ericksen J, Dudley C, McIntosh G, Ritch L, Shumay S, Simpson M. Clients' experiences with a specialized sexual assault service. *J Emerg Nurs*. 2002;28(1):86-90. <https://doi.org/10.1067/men.2002.121740>
16. Malloy M. *Relationship of Nurse Identified Therapeutic Techniques to Client Satisfaction Reports in a Crisis Program*. Unpublished thesis. Minneapolis: University of Minnesota; 1991.
17. Campbell R, Patterson D, Adams AE, Diegel R, Coats S. A participatory evaluation project to measure SANE nursing practice and adult sexual assault patients' psychological well-being. *J Forensic Nurs*. 2008;4(1):19-28. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2008.00003.x>
18. Fehler-Cabral G, Campbell R, Patterson D. Adult sexual assault survivors' experiences with sexual assault nurse examiners (SANEs). *J Interpers Violence*. 2011;26(18):3618-3639. <https://doi.org/10.1177/0886260511403761>
19. Short NA, Sullivan J, Soward A, et al. Protocol for the first large-scale emergency care-based longitudinal cohort study of recovery after sexual assault: the Women's Health Study. *BMJ Open*. 2019;9(11):e031087. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031087>
20. UNC School of Medicine. Better tomorrow network. Department of Anesthesiology Institute for Trauma Recovery. Published January 1, 2020. Accessed February 28, 2020. <https://www.med.unc.edu/itr/better-tomorrow-network/>
21. Cella D, Riley W, Stone A, et al. The patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) developed and tested its first wave of

- adult self-reported health outcome item banks: 2005-2008. *J Clin Epidemiol*. 2010;63(11):1179-1194. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.011>
22. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The post-traumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): development and initial psychometric evaluation. *J Trauma Stress*. 2015;28(6):489-498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
 23. Auvergne L, Bortsov AV, Ulirsch JC, et al. Association of epidemiologic factors and genetic variants influencing hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis function with postconcussive symptoms after minor motor vehicle collision. *Psychosom Med*. 2016;78(1):68-78. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000253>
 24. Bijur PE, Latimer CT, Gallagher EJ. Validation of a verbally administered numerical rating scale of acute pain for use in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2003;10(4):390-392. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2003.tb01355.x>
 25. Daniel WW. Kruskal-Wallis one-way analysis of variance by ranks. In: *Applied Nonparametric Statistics*. 2nd ed. PWS-Kent. 1990.
 26. United States Government Accountability Office. Sexual assault: information on availability of forensic examiners. Published February 1, 2018. Accessed December 23, 2020. <https://www.gao.gov/assets/700/695914.pdf>
 27. Annan SL. 'We desperately need some help here'—the experience of legal experts with sexual assault and evidence collection in rural communities. *Rural Remote Health*. 2014;14(4):2659.
 28. Maier SL. Sexual assault nurse examiners' perceptions of funding challenges faced by SANE programs: "it stinks". *J Forensic Nurs*. 2012;8(2):81-93. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2011.01126.x>
 29. Logan TK, Cole J, Capillo A. Sexual assault nurse examiner program characteristics, barriers, and lessons learned. *J Forensic Nurs*. 2007;3(1):24-34. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2007.tb00089.x>
 30. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice. National best practices for sexual assault kits: a multidisciplinary approach. Published October 1, 2017. Accessed December 23, 2020. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/250384.pdf>
 31. Resnick HS, Holmes MM, Kilpatrick DG, et al. Predictors of post-rape medical care in a national sample of women. *Am J Prev Med*. 2000;19(4):214-219. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(00\)00226-9](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(00)00226-9)
 32. Amstadter AB, McCauley JL, Ruggiero KJ, Resnick HS, Kilpatrick DG. Service utilization and help seeking in a national sample of female rape victims. *Psychiatr Serv*. 2008;59(12):1450-1457. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.12.1450>

Does Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Training Affect Attitudes of Emergency Department Nurses Toward Sexual Assault Survivors?

Mary Hugo Nielson, DNP, APRN, ANP-BC¹, Linda Strong, EdD, RN²,
and Julie G. Stewart, DNP, MPH, APRN, FNP-BC²

ABSTRACT

There are over 243,800 female sexual assaults in the United States annually. Of those who seek healthcare services after being sexually assaulted, 90% present to hospitals. Unfortunately, care and services for women who have been sexually assaulted are inconsistent. Increased burnout, frustration, and feelings of inadequacy can lead healthcare providers to exhibit personal biases or negative attitudes toward their patients. The Joint Commission, responsible for accreditation of healthcare organizations, has stated that nurses must provide competent care to all patients. Therefore, Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) training needs to be available for emergency department (ED) nurses who care for patients who have been sexually assaulted. A survey using the Attitude Toward Rape Victims Scale was sent to 1503 ED nurses throughout the United States, from the Emergency Nursing Association's mailing list. The results of the survey showed that there was a significant difference in attitudes toward the patients between SANE-trained emergency nurses and those without training. This study also showed that 35.5% of hospitals represented by the respondents did not have SANE services available for adult patients who had been sexually assaulted, and furthermore, 85.5% of the respondents who cared for adult patients who had been sexually assaulted were not SANE trained. The negative attitudes held toward such patients as found in this study, coupled with a lack of training provides evidence that ED nurses may benefit from education related to appropriate treatment for patients who have been sexually assaulted. As evidence-based practice becomes the gold standard of care, ensuring that nurses are properly trained to care for all patients must be the goal.

KEY WORDS:

attitude; emergency department; SANE; SANE training; sexual assault

Description of the Problem

According to the U.S. Department of Justice, there are over 243,800 female sexual assaults in the United States annually (Truman & Planty, 2012). This only represents the number

of individuals who actually report a crime of sexual assault (Berzofsky, Krebs, Langton, & Smiley-McDonald, 2012; Truman & Planty, 2012). The care that these women require is complex, ranging from treatment of acute injury and illness to the psychological treatment addressing the actual trauma. When women do seek healthcare services after a sexual assault, over 90% of the examinations are conducted in hospitals; and most of these are conducted in emergency departments (EDs) (Logan, Cole, & Capillo, 2007). The availability of specialized Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) training differs among jurisdictions, and currently, SANE service response is either hospital based or community based (Campbell, 2004). As some organizations may have financial and personnel constraints, formal SANE services

Author Affiliations: ¹Western Connecticut State University; and ²Sacred Heart University.

The authors declare no conflict of interest.

Correspondence: Mary Hugo Nielson, DNP, APRN, ANP-BC, Western Connecticut State University, 181 White Street, Danbury, CT 06810. E-mail: nielsonm@att.net.

Received November 24, 2014; accepted for publication June 19, 2015.

Copyright © 2015 International Association of Forensic Nurses

DOI: 10.1097/JFN.0000000000000081

may not be available. If services are unavailable, or if emergency nurses have only limited training, caring for these patients can make an emergency nurse feel inadequately prepared to provide evidence collection, treatment, or psychological support, potentially resulting in substandard care (Patterson, Campbell, & Townsend, 2006). These circumstances can lead to overall feelings of inadequacy, staff frustration, poor patient outcomes, and poor patient satisfaction scores. Researchers Lewis-O'Connor, Burgess, Nugent-Borakove, Flanflik, and Troutman (2009) found that SANE and Sexual Assault Response Team (SART) services had a significant impact on the judicial outcomes of sexual assault cases.

Significance

ED leaders have been charged with providing patient-centered care that is evidence based, safe, timely, efficient, and cost effective, consequently improving patient satisfaction (Welch, Augustine, Camargo, & Reese, 2006). Because of overcrowding and prolonged wait times, there is a high degree of clinical uncertainty with ED patients (Robert Wood Johnson Foundation, 2010). One of the factors that impedes ED flow is the complexity of patients who require multiple resources, which may include time and a multidisciplinary approach to care, as is the case with adult sexual assault patients (Agency for Health Care Research and Quality, 2011). At times, ED staff are reluctant to care for adult sexual assault patients primarily because the care that these women may require is seen as a composite of nonmedically necessary procedures; this in turn causes gaps in services and a negative experience for the sexual assault patient (Campbell et al., 2005; Campbell, Patterson, & Fehler-Cabral, 2010). Emergency doctors and nurses caring for a sexually assaulted woman may perceive this care as burdensome, in turn leaving the patient feeling helpless, worthless, and reassaulted and wanting to forget and ignore that anything happened at all (Campbell et al., 2005; Patterson et al., 2006). These factors, among others, are why over 50% of all hate crimes, including sexual assault, go unreported (Harlow, 2005; Office of Justice Programs, 2011).

Acute care after a sexual assault requires multiple resources, significant time, and a specific set of nursing skills. These skills include forensic evidence collection, forensic technique and assessment of injuries, and the ability to address the patients' emotional needs (Campbell & Diegel, 2011; International Association of Forensic Nursing [IAFN], 2006). Acute care of adult sexual assault patients can require a period of 4–6 uninterrupted hours (Joyful Hearts, 2010), obliging other nursing staff to cover patient assignments while an examination is being completed. This can, in turn, influence ED wait times. A lengthy wait time affects the patient experience and is reflected in patient satisfaction scores, a concern for nurses and hospital administrators alike. Because of the complexity of care, the multiple resources

required, and the quality and quantity of time that is needed to adequately treat these patients, caring for adult patients who have been sexually assaulted by those without specialized training can impede the flow of a well-running ED.

In addition to wait times and patient satisfaction scores, baseline competencies of nursing staff are required for patient care. Several professional organizations, including the IAFN, the Emergency Nurses Association (ENA), and the American Nurses Association, have issued position statements to support further education of nurses who may be assigned to care for these specialized patients (Eldredge, 2008; IAFN, 2012). These recommendations for continuing education and establishing core competencies to help meet the needs of patients in today's healthcare system are in line with those of The Joint Commission and the 2011 Institute of Medicine's (IOM) *The Future of Nursing* report (IOM, 2011). Patient overload paired with inadequate knowledge and skills in caring for specific patients can cause increased burnout, exhaustion, frustration, and feelings of inadequacy. This can lead healthcare providers to exhibit personal biases or attitudes toward their patients. To provide the best quality care to women who have been sexually assaulted SANE training or the provision of SANE support services for ED nurses needs to be the norm in EDs.

Review of the Literature

The stressors of the ED environment including patient overload and variety of patient needs, along with the pressure to provide quick and effective care, can foster the negative attitudes and behaviors symptomatic of staff burn out (Maier, 2011). Numbers depicting the healthcare crisis of sexual assault are underestimated; many cases are not reported because women are afraid to tell police, family, or friends, often fearing they will not be believed (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2014). The stigma associated with sexual assault and the lack of knowledge regarding treatment, evidence collections, and responsibility to law enforcement has made caring for adult sexual assault patients a difficult and challenging road to navigate (Campbell, 2009; Patterson et al., 2006). The CDC (2014) reports that sexual violence is a significant problem in the United States. Despite this, current approaches to treating adult sexual assault patients are inconsistent, and once patients arrive in the ED, they are often subjected to long waits and may be attended to by providers who lack the time and experience needed to care for them. Often, the physical needs are addressed, but the psychological needs are poorly met or simply not addressed at all (Lewis-O'Connor et al., 2009).

Attitudes can influence nurses' work environments, feed into their work cultures, and affect patient care. Nursing care can be influenced by the attitudes of the nursing staff (McCann, Clark, McConnachie, & Harvey, 2007; Moss, 1988). Personal

attitudes influence the quality of care that a patient receives (McCann et al., 2007; Moss, 1988). Attitudes toward patients and their care may be influenced by a shared common culture, an individual's experience and knowledge base, and the time and skills needed to complete tasks. Cultural and environmental values and behaviors that negatively influence individual attitudes need to be addressed as neglect to do so inevitably impacts patient care (Zomorodi & Lynn, 2010).

As outlined by Peterson and Bredow (2009) and Schmieding (1993), negative attitudes and behaviors can hinder the assessment phase of the nursing process, resulting in secondary victimization by the healthcare system. Patient assessment, the ensuing plan of care, and the nurses' validation of the patient's needs may be limited or poorly executed, resulting in poor patient outcomes. Nursing diagnosis and interventions then become inappropriate or ineffective, leading to poor outcomes physically and psychologically. For example, appropriate treatment options for injuries and sexually transmitted diseases may be overlooked. This breakdown in the nursing process results in long-term ill effects for the patient that can be costly and have permanent physical and psychological effects.

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2006) along with several other professional organizations and state health departments have reiterated the fact that staff must competently care for their patient populations. ED staff need to be skilled in delivering the care that may be necessary for all patients including adult patients who have been sexually assaulted. SANE education for emergency nurses will aid in caring for adult sexual assault patients in EDs and may help to improve overall ED functionality and efficiency as SANE programs and training seem to be a pertinent and logical solution for the patients, hospital staff, and hospital administrators.

Purpose

The purpose of this study was to determine if SANE training and education have an effect on ED nurses' attitudes toward women who have experienced sexual assault and ultimately affect the quality of care a sexual assault patient receives. The aims of this study were to: (a) determine if SANE training affects attitudes held by ED nurses toward sexual assault patients; (b) assess for differences in nurses' attitudes toward adult sexual assault patients based on demographic and personal characteristics; and (c) examine the relationship between demographic variables and the respondent's attitude toward patients who had been sexually assaulted as measured by the Attitude Toward Rape Victims Scale (ARVS; Ward, 1988).

Sample and Setting

Nurses living in the United States, who were also members of the ENA, were randomly selected by zip code and stratified by geographic region.

Human Protection

After university institutional review board approval, participants were sent the survey via U.S. mail. Mailed surveys were returned without any identifying information. The option to complete the survey online was also made available. The principal investigator included a consent form in each survey packet. Participants were informed that their participation was voluntary, that the ENA did not sponsor or endorse the study, and that their refusal to participate would not affect their membership in the ENA.

Measures

The survey packages consisted of the informed consent form, a demographic questionnaire, and an attitude scale. Attitudes were measured using the ARVS, a 25-item, 5-point Likert-type scale ("disagree strongly" to "agree strongly") with demonstrated cross-cultural utility and an internal consistency with a Cronbach's alpha of >0.80 (Ward, 1988). Respondents were asked to record their level of agreement with each of the 25 statements, for example, "Women who are raped while accepting rides from strangers get what they deserve," "A woman should not blame herself for rape," "A healthy woman can successfully resist a rapist if she really tries," and "Women who wear short skirts or tight blouses are not inviting rape." Demographic variables were identified via a 20-item questionnaire, developed by the primary author for use in this study. The questionnaire included questions related to demographic and personal characteristics, for example, current nursing degree held, years in nursing practice, years practicing in the ED, certification status as a SANE, trauma level of hospital, SANE services available, and whether they care for patients who have been sexually assaulted,

Data Analysis Procedures

Descriptive variables were used to determine the sample and the subsamples of nurses as well as subsamples of variables in relation to nurses with and without SANE training. First, are there differences in attitudes toward adult sexual assault patients based on SANE training? These data were evaluated with an independent t test to determine if attitudes toward adult sexual assault patients differed between SANE- and non-SANE-trained nurses. A difference is significant for $p < 0.05$.

Second, are their differences in attitudes toward adult sexual assault patients based on demographic and personal characteristics? These data were evaluated with an independent t test and an analysis of variance for ranking ordered variables. The examination of relationships between variables and the ARVS total score was completed using analysis of variance and Kendall's tau-b and Spearman's rho for ranking ordered variables. Finally, using regression analysis with a stepwise regression model, the data were analyzed

to determine if SANE training was a predictor of ARVS after controlling for certain characteristics.

Results

One thousand five hundred three surveys were mailed out: 406 surveys were returned; however, only 394 were complete, yielding a 27% response rate. Reminder cards were sent out 2 weeks after the initial mailing. Only 74 respondents completed the survey online. Most nurses held a bachelor's degree, practiced in nursing for 21 years or more, and practiced in the ED for 21 years or more. Only 17% of the nurses were SANE trained, and 5.6% were SANE certified (see Table 1), whereas 44.7% stated continuing education was required for nursing recertification. Most nurses (93.9%) were ENA members (and although only sent to ENA members, one person indicated that they were no longer a member as they had let their membership lapse). Most nurses worked in urban locations within the North East, Mid-Atlantic, and West Pacific regions. Most respondents stated that their institutions had an average ED patient volume of 60,000–70,000 a year; did not have a institution that their religious affiliation, nor had a trauma level designation. Respondents stated that their ED saw at least one sexual assault patient per week and that SANE services were available 64.5% of the time (see Table 2). However, 85.8% stated that they cared for sexual assault patients, suggesting that ED nurses must care for sexual assault patients when SANE services are not available (see Table 3). Most respondents were women aged 53–57 years.

Evaluation of the subsamples of SANE-trained nurses to non-SANE-trained nurses showed no differences in degree held, years of practice as a Registered Nurse (RN) or years of practice in the ED. For hospital setting, location, trauma level, and religious affiliation, there was no statistically significant difference. Of those who responded, there were more SANE nurses in the West Pacific, South–South Atlantic and Midwest–East North central region, as compared with non-SANE nurses in the West Pacific, South–South Atlantic, and Northeast–Mid-Atlantic regions of the country. The numbers of sexual assault cases seen was the same for both groups, which was a minimum of one case per week. Eleven of the 67 SANE-trained nurses stated that there were no formal SANE services available at their institutions, and

TABLE 2. Are SANE/SAFE Services Available at Hospital

SANE/SAFE services available	n	%
Yes	254	64.5
No	137	34.8

Note. SANE = Sexual Assault Nurse Examiner; SAFE = Sexual Assault Forensic Nurse.

44.8% of the SANE-trained nurses stated that they were not paid for SANE services over and above their regular pay. Most SANE nurses were between 53 and 62 years old, and non-SANE-trained nurses were more evenly distributed. Of the 42 male respondents, three were SANE-trained.

Respondents with SANE training had a lower mean score on the ARVS than those without SANE training, suggesting a more positive attitude toward sexual assault patients. This was shown with an independent *t* test with a significance at $p = 0.007$. The differences in attitudes toward sexual assault patients based on demographic and personal characteristics as well as the relationship of ordered variables of SANE and non-SANE nurses showed significance with age and gender only. Emergency nurses who are younger seemed to have more favorable attitudes toward patients who have been sexually assaulted. Furthermore, women had a more favorable attitude toward sexual assault patients than their male counterparts. Other factors such as hospital location, religious affiliation, ED patient volume, sexual assault patient volume, level of education, and years in practice did not have any correlation with attitudes toward sexual assault patients. Finally, there were no statistically significant variables that predicted ARVS scores.

Discussion

This study showed that approximately 64.5% of the respondents were employed in healthcare institutions that had SANE services available to care for sexual assault patients, leaving 35.5% of the hospitals represented without SANE services. This is in line with a study by Logan et al. (2007), who found that most SANE programs used staff on a part-time on-call basis or used ED nurses whose ED shifts overlapped with their SANE shifts. Furthermore, 85.5% of the respondents stated that they were not SANE trained, yet they cared for sexual assault patients. Moreover, nurses who

TABLE 1. Are Respondents SANE or SAFE Trained and/or SANE Certified

	SANE or SAFE trained		SANE or SAFE certified	
	n	%	n	%
Yes	67	17.0	22	5.6
No	327	83.0	372	94.4

Note. SANE = Sexual Assault Nurse Examiner; SAFE = Sexual Assault Forensic Nurse.

TABLE 3. Do Respondents Care For Sexual Assault Patients?

Do you care for sexual assault patients	n	%
Yes	338	85.8
No	54	13.7

were SANE trained held more positive attitudes toward sexual assault patients as shown by their scores on the ARVS. Unfortunately, this gap in services and lack of SANE training has been shown in previous studies to contribute to the provision of inadequate care for the sexual assault patient with regard to evidence collection, psychological support, and care and treatment for sexually transmitted diseases (Campbell et al., 2005, 2010). Comprehensive preparation of emergency nurses is pivotal to the provision of competent care. As such, SANE services are critical to the provision of nursing care to patients who have experienced sexual assault. In settings that do not provide such services, it is imperative that SANE training for emergency nurses is provided. Providing SANE education to emergency nurses will not only contribute to the improvement of patient outcomes and patient satisfaction but also result in the improvement of outcomes such as decreasing caregiver burnout and increasing support for emergency nurses, which in turn will result in increased employee satisfaction as well.

Limitations

It is possible that the statements on the ARVS were misinterpreted by participants in the study. Given that the statements on the ARVS were written positively and negatively, interpretation by the reader may not have reflected the true nature of the question, and the participants may not have understood the questions. Another potential limitation was the demographics reflecting age. Most nurses who responded to the study (61.2%) were 43 years old or older. This age limitation may reflect that older nurses are more established, are more financially stable, and therefore, can afford to join organizations. This may have led to a skewed overall age of those who participated. Furthermore, nurses who join ENA may take their practice more seriously, indicated by the professional organizational affiliation, and in turn, have a more positive attitude in general. Another potential limitation relates to the SANE-trained nurses themselves in that they may have held more positive attitudes toward women who have been sexually assaulted, which prompted them to seek SANE training in the first place. Finally, because there was no pretest, assessment of the groups from baseline could not be done to see if there is a difference other than SANE training that may influence attitudes toward these patients.

Implications for Clinical Forensic Nursing Practice

Clinical forensic instruction is lacking in the nursing field; forensic education and protocols need to be defined, and nurses including emergency nurses need to have an existing level of knowledge and skill that would benefit patients who have experienced trauma (Eldredge, 2008). When adult sexual assault patients are cared for by nurses who are not equipped to provide SANE care, a lower quality of care has been

provided for adult sexual assault patients (Plichta, Clements, & Houseman, 2007). Improving healthcare quality as outlined by the IOM (2001) includes the provision of safe, effective, patient-centered, timely, efficient, and equitable care. Providing quality care to all patients seen in the ED, including patients who have experienced sexual assault, needs to be considered in the implementation of best practices. Through the implementation of SANE services, having SANE-trained nurses in the ED has been shown to improve overall patient outcomes and improvement in ED throughput. Standards and defined protocols need to be established and implemented to provide competent, quality healthcare to sexual assault patients. The impact of properly caring for these patients will aid in overall improvements in patient outcomes and patient satisfaction, staff satisfaction, and overall ED functioning.

SANE training courses should also be available for all nurses who may work with patients who have experienced sexual assault. Correctional nurses, school nurses, and outpatient clinic nurses, as well as many others, would benefit from SANE training. Nurses are the largest segment of the healthcare workforce on the front lines of patient care, across the healthcare continuum, and across a diversity of healthcare settings (IOM, 2011). Nurses need to be prepared to assist and manage their patients' needs, and forensic nursing education needs to be emphasized in nursing programs (Simmons & Grandfield, 2013). Sexual assault has no boundaries, and providing SANE training to nurses across the healthcare continuum is the key in expanding the skill set and knowledge needed to care for the complexity of issues experienced by patients who have been sexually assaulted. The potential to help identify, assist, and treat patients who have been sexually assaulted, regardless of their healthcare venue, is pivotal to the identification and management of this healthcare crisis. Forensic education needs to be incorporated into nursing curricula (Simmons & Grandfield, 2013), and forensic training such as SANE education needs to be easily accessible within undergraduate curricula (i.e., RN to Bachelor of Science in Nursing degree) and graduate nursing programs and through continuing professional development practice.

Conclusions

The IOM (2011), the U.S. Department of Health and Human Services, the World Health Organization (2013), the CDC (2014), and the Office of Disease Prevention and Health Promotion (2014) have made violence and injury prevention a priority, and strengthening forensic nursing education will help produce positive outcomes (Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2014; Simmons & Grandfield, 2013; WHO, 2013). The lack of preparation, training, and knowledge can cause increased burnout, exhaustion, and frustration, among emergency nurses therefore

contributing to not only feelings of inadequacy, but a poor work environment as well. Attitudes are affected by nursing experience, knowledge, personal beliefs, the environment, social culture and behavior. It is these attitudes coupled with the lack of training and skill that affect the quality of care a sexual assault patient receives (Patterson et al., 2006). As a result, the lack of nurse preparation and services, care for sexual assault patients is sporadic, as most SANE programs use staff on a part-time on-call basis or use emergency nurses whose ED shifts overlap with their SANE shifts (Logan et al., 2007).

This study revealed that 35.5% of the hospitals represented were without SANE services and that 85.5% of the respondents in this study stated that they were not SANE trained, yet they cared for patients who had been sexually assaulted. This study also found that nurses who were SANE trained had a more positive attitude toward their patients who had been sexually assaulted.

The impact of sexual assault can be life lasting with both long- and short-term effects (Gutner, Rizvi, Monson, & Resnick, 2006; National Center for Victims of Crime, 2012). Sexual violence is a significant problem in the United States, warranting increased pressure on law and policy makers to more vigorously pursue solutions to this crisis (CDC, 2014). Establishing standards of care and enforcing these standards are necessary to meet the needs of sexual assault patients and raise the bar on sexual assault care. To establish standards, forensic education such as SANE training must be a priority for nurses who may care for patients who have been sexually assaulted. The impact of SANE training will help patients who have been sexually assaulted receive the highest level of care, resulting in better patient outcomes (medically and psychologically), while fostering a better relationship with law enforcement, resulting in the encouragement of reporting and increasing in the investigation and prosecution of these crimes. Strengthening forensic education will produce positive outcomes such as increased access to services, increased confidence and skill of nurses providing care, improved patient outcomes, and patient satisfaction (Simmons & Grandfield, 2013).

References

- Agency for Health Care Research and Quality. (2011). *Improving patient flow and reducing emergency department crowding*. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/qual/ptflow/>
- Berzofsky, M., Krebs, C., Langton, L., & Smiley-McDonald, H. (2012). *Victimizations not reported to the police*. Bureau of Justice Statistics. Retrieved from <http://bjs.ojp.usdoj.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=4393>
- Campbell, R. (2004). *The effectiveness of sexual assault nurse examiner programs*. Harrisburg, PA: VAWnet, A Project of the National Resource Center on Domestic Violence/ Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence. Retrieved from <http://www.vawnet.org>
- Campbell, R. (2009). *The impact of SANE programs on adult sexual assault investigation and prosecution* [Michigan State University Web cast]. Retrieved from <http://nij.ncjrs.gov/multimedia/video-sane.htm#videolinks>
- Campbell, R., & Diegel, R. (2011). *The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) programs*. Retrieved from http://www.vawnet.org/applied-research-papers/print-document.php?doc_id=417
- Campbell, R., Patterson, D., & Fehler-Cabral, G. (2010). Using ecological theory to evaluate the effectiveness of an indigenous community intervention: A study of sexual assault nurse examiner (SANE) programs. *American Journal Community Psychology*, 46, 263–276.
- Campbell, R., Townsend, S. M., Long, S. M., Kinnison, K. E., Pulley, E. M., Adames, S. B., & Wasco, S. M. (2005). Organizational characteristics of sexual assault nurse examiner programs: Results from the national survey project. *Journal of Forensic Nursing*, 1, 57–64.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Understanding sexual violence fact sheet*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/sv-factsheet.pdf>
- Eldredge, K. (2008). Assessment of trauma nurse knowledge related to forensic practice. *Journal of Forensic Nursing*, 4, 157–165.
- Gutner, C. A., Rizvi, S. L., Monson, C. M., & Resnick, P. A. (2006). Changes in coping strategies, relationship to the perpetrator, and posttraumatic distress in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 813–823.
- Harlow, C. W. (2005). *Hate crime reported by patients and police*. Retrieved from <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/hcrvp.pdf>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Retrieved from <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20Report%20brief.pdf>
- Institute of Medicine. (2011). *The future of nursing: Leading change*. Washington, DC: The National Academic Press.
- International Association of Forensic Nursing. (2006). *Sexual assault nurse examiner*. Retrieved from <http://www.iafn.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=546>
- International Association of Forensic Nursing. (2012). *Position statement on SAFESTAR*. Retrieved from http://cymcdn.com/sites/www.forensicnurses.org/resource/resmgr/Position_Papers/SAFESTAR_IAFN_Position_State.pdf
- Joyful Hearts. (2010). *End the backlog. Medical help and rape kit examination*. Retrieved from <http://endthebacklog.org/resourcesforpatients2.htm>
- Lewis-O'Connor, A., Burgess, A. W., Nugent-Borakove, E., Fanflik, P. L., & Troutman, D. R. (2009). The evolution of SANE/SART—Are there differences? *Journal of Forensic Nursing*, 5, 220–227.
- Logan, T. K., Cole, J., & Capillo, A. (2007). Sexual assault nurse examiner program characteristics, barriers, and lessons learned. *Journal of Forensic Nursing*, 3(1), 24–34.
- Maier, S. L. (2011). The emotional challenges faced by sexual assault nurse examiners: "ER nursing is stressful on a good day without rape victims." *Journal of Forensic Nursing*, 7, 161–172.
- McCann, T. V., Clark, E., McConnachie, S., & Harvey, I. (2007). Deliberate self-harm: Emergency department nurses' attitudes, triage and care intentions. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1704–1711.
- Moss, A. R. (1988). Determinants of patient care: Nursing process or nursing attitudes? *Journal of Advanced Nursing*, 13, 615–620.
- National Center for Victims of Crime. (2012). *Sexual violence*. Retrieved from <http://www.victimsofcrime.org/library/crime-information-and-statistics/sexual-violence>

- Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2014). *Healthy People 2020: Injury and violence prevention*. Retrieved from <http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/injury-and-violence-prevention>
- Office of Justice Programs. (2011). *OJP fact sheet*. Retrieved from http://www.ojp.usdoj.gov/newsroom/factsheets/ojpfs_hatecrimes.html
- Patterson, D., Campbell, R., & Townsend, S. M. (2006). Sexual assault nurse examiner (SANE) program goals and patient care practices. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 180–186.
- Peterson, S. J., & Bredow, T. S. (2009). *Middle range theories: Application to nursing research* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Plichta, S. B., Clements, P. T., & Houseman, C. (2007). Why SANEs matter: Models of care for sexual violence victims in the emergency department. *Journal of Forensic Nursing*, 3(1), 15–23.
- Robert Wood Johnson Foundation. (2010). *Improving patient flow and reducing emergency department crowding*. Retrieved from <http://www.rwjf.org/files/research/56708.pdf>
- Schmieding, N. J. (1993). *Ida Jean Orlando: A nursing process theory*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Simmons, B., & Grandfield, K. (2013). Focus on forensic nursing education. *Journal of Emergency Nursing*, 39(6), 633–634.
- The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2006). *Comprehensive accreditation manual for hospitals*. Oakbrook Terrace, IL: Author.
- Truman, J., & Planty, M. (2012). *United States Department of Justice, Bureau of Justice Statistics: Criminal victimization 2011*. Retrieved from <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/cv11.pdf>
- Ward, C. (1988). The attitudes toward rape patient scale. Construction, validation, and cross-cultural applicability. *Psychology of Women Quarterly*, 12, 127–146.
- Welch, S., Augustine, J., Camargo, C. A. Jr., & Reese, C. (2006). Emergency department performance measures and benchmarking summit. *Academic Emergency Medicine*, 13(10), 1074–1080.
- World Health Organization. (2013). *Violence and injury prevention: Sexual violence: Strengthening the health sector response*. Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/sexual_violence/en/
- Zomorodi, M., & Lynn, M. R. (2010). Instrument development measuring critical care nurses' attitudes and behaviors with end-of-life care. *Nursing Research*, 59(4), 234–240.

Emergency Contraception Administration, Toxicology Kit Use, and Postassault Reporting: A Comparison of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) and Non-SANE Medical Providers

Jessica Shaw, PhD¹, and Victoria Coates, MSW²

ABSTRACT

Sexual assault nurse examiners (SANEs) are specially trained to meet the postassault medical forensic needs of sexual assault patients. However, there remains a dearth of literature comparing directly postassault service provision and action in cases treated by SANEs as compared to non-SANE medical providers. In this study, we compare rates of emergency contraception administration, toxicology kit use, reports to police at the time of examination, and mandatory child abuse reports among $n = 3,969$ sexual assault cases treated by SANEs and non-SANE medical providers. Compared to cases treated by non-SANE medical providers, cases treated by SANEs were significantly more likely to have emergency contraception administered, less likely to have a toxicology kit collected, less likely to have a police report filed at the time of examination, and more likely to have a mandatory child abuse report filed. Observed patterns suggest that non-SANE medical providers may find it difficult to balance the needs of the criminal justice system with those of their patients, whereas SANEs provide a tailored, comprehensive first response. We discuss the importance of consistent, accurate documentation and clearly defined protocols in the medical forensic response to sexual assault patients.

KEY WORDS:

Child abuse; emergency contraception; mandatory reporting; police report; sexual assault; sexual assault forensic examiner; sexual assault nurse examiner; toxicology kit

Sexual assault nurse examiners (SANEs) are specially trained and certified to provide expert, comprehensive, first-response medical forensic care to patients seeking

Author Affiliations: ¹Department of Psychology, University of Illinois at Chicago and ²Shaw Wellness Center, Colgate University.

The authors declare no conflict of interest.

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Correspondence: Jessica Shaw, PhD, Department of Psychology, University of Illinois at Chicago, 1007 W. Harrison Street, 1050D BSB, Chicago, IL 60607. E-mail: jshaw2@uic.edu.

Received August 5, 2020; accepted for publication December 29, 2020.

Copyright © 2021 International Association of Forensic Nurses

DOI: 10.1097/JFN.0000000000000320

services after a sexual assault. First developed in the 1970s, SANE programs were intended to provide an improved response to sexual assault patients to overcome the many inadequacies in a typical emergency department response (see Office for Victims of Crime, 2016). Since that time, SANE programs have proliferated; the International Association of Forensic Nurses's (IAFN, 2020) directory of SANE programs includes nearly 1,000 listings for SANE programs in the United States. Prior research has demonstrated the positive impact of SANEs on patient, medical, forensic, legal, and community outcomes (see Shaw et al., 2017). Yet, there remains a dearth of literature that has compared directly SANE and non-SANE medical forensic care service provision and immediate postassault action. In this study, we relied on state records corresponding to collected adult

sexual assault kits to compare directly how often emergency contraception is administered, toxicology kits are collected, police reports are filed, and child abuse reports are filed for patients treated by SANEs versus non-SANE medical providers. Before presenting the current study, we briefly review what is currently known about postassault medical forensic service provision and action among SANEs as compared to non-SANE medical providers.

Only a few studies have examined postassault medical forensic care service provision and action provided by SANEs in the United States, and only one of these has compared directly SANEs and non-SANE medical providers. The first study to examine SANE medical forensic care service provision and action was conducted by Ciancone and colleagues in the late 1990s (Ciancone et al., 2000). They invited the 92 known SANE programs in the United States that served adult and adolescent patients to complete a confidential survey. Surveys were mailed to contacts for each program and included 35 items that asked for information on nursing staff demographics, qualifications, and training; the organizational setting in which services were provided; patient demographics and volume; examination facilities and procedures; and legal issues and outcomes. Of the 62 programs that responded, almost all reported that they always offered pregnancy testing (97%), emergency contraception (97%), and prophylaxis for sexually transmitted infections (STIs; 90%). The majority of programs reported that toxicology and ethanol screening were selectively offered (75% and 65%, respectively), with about half of the programs reporting that human immunodeficiency virus (HIV) testing was never offered (54%). Almost half of the programs reported that STI testing was always offered (43%), whereas the other half reported that STI testing was selectively (37%) or never offered (20%). These relatively low rates of HIV and STI testing may be a result of concerns that such testing results could be used against patients if the case were to go forward in the criminal justice system. HIV and STI testing at the time of examination would not likely reveal infection or disease contracted during the assault, but instead preexisting infection and disease. Despite rape shield laws that limit the introduction of information about victim's prior sexual conduct or behavior at trial (see Office on Violence Against Women, 2013), many programs may have advised against routine testing at the time.

In the early 2000s, Campbell and colleagues substantiated these rates with a larger, national random sample (Campbell et al., 2006). After identifying 288 hospital- and community-based SANE programs, a random sample of 144 programs was invited to participate in their study. Some of these programs were found to not exist, others only served children, and still others declined to participate, resulting in a final sample of 110 programs. Research team members conducted telephone interviews with each program director and asked about the program's history, goals, and operations;

nursing staff training, demographics, and experiences; community relationships; examination facilities and procedures; and interactions with the criminal justice system. The nurses were asked how consistently their programs provided a set of medical and emotional care services. At least 70% of the programs reported providing the following services to every patient: forensic evidence collection, information on care of injuries; information on STIs and HIV, STI prophylaxis, information on the risk of pregnancy, pregnancy testing, information on emergency contraception, referrals to other resources in the community, and postexamination assistance (e.g., facilities for taking a shower). Like Ciancone and colleagues' earlier study, Campbell et al. (2006) found that STI and HIV testing was significantly less likely to be offered. Respondents explained that such testing was not routinely provided out of concerns the findings could "hurt [the] court case" (p. 387).

The rates of medical forensic care service provision provided by these two studies suggest that SANEs provide far more comprehensive and tailored service than what has been documented in studies of the traditional emergency department response to sexual assault patients (e.g., see Amey & Bishai, 2002). However, only one study to date has compared directly postassault medical service provision by SANEs and non-SANE medical providers. Crandall and Helitzer (2003) compared services provided to sexual assault patients treated 2 years prior to the start of a SANE program (1994–1996) to services provided in the 4 years afterward (1996–1999) in the same health center. Under SANE care, they found higher rates of pregnancy testing (88% vs. 79%), emergency contraception administration (87% vs. 66%), and STI prophylaxis (97% vs. 89%), as compared to service provision prior to the start of the SANE program. Though, it is worth noting that this particular health center had higher than typical service delivery rates, even in the absence of SANE. For example, the rate of emergency contraception administration before SANE was 66%, compared to typical emergency department administration rates ranging from 20% to 38% (see Shaw et al., 2017). Thus, it is difficult to know if these same improvements might be observed in other settings upon implementing SANE care.

The limited literature on the impact of SANE on postassault medical forensic service provision and action is likely due in part to the intensive methods required to carry out such empirical investigations. Comparing medical forensic service provision and action taken among SANEs and non-SANE medical providers requires access to records that document such service provision and action for both types of providers. Oftentimes, the only place such information is systematically recorded is in protected patient medical records. If successful in establishing the appropriate safeguards and approval to gain access to such records, the researcher would also need to identify records from both providers that are similar enough to allow for such comparisons to

be made. This may require accessing records from the same setting from before and after a SANE program was established, as done by Crandall and Helitzer (2003), or by employing methods to match cases across settings. An alternative option is to identify alternative data sets or administrative records that include information on variables related to medical forensic service provision and action. Of course, such data sets likely do not include the full array of medical services provided nor action taken. However, making use of such available data is still worthwhile, as it can build upon the existing literature. The current study contributes to this literature by providing a comparison of postassault medical forensic service provision and action among SANEs and non-SANE medical providers, specifically, differences in emergency contraception administration, use of toxicology kits, reports to police at the time of the medical forensic examination, and child abuse reports. These specific variables or outcomes were selected as they relate to the medical (i.e., emergency contraception administration) or forensic (i.e., use of toxicology kits, report to police, child abuse report) aspects of the encounter and are included in an existing state database developed and maintained by a state safety agency in Massachusetts.

The Current Study

Massachusetts state statute requires medical providers to provide information to a state safety agency on all cases of rape and sexual assault in which the victim sought medical care, whether or not the case was reported to police (MGL c.112, § 12A1/2). Medical providers fulfill this requirement by completing an anonymous Provider Sexual Crime Reporting (PSCR) form. PSCR forms collect unidentifiable information on the patient (e.g., patient gender, race, age), assailant (e.g., number of assailants, relation to patient), and assault (e.g., weapons used, acts described by patient). After the medical provider completes the PSCR form, they fax it to a state safety agency who maintains a master database of all PSCR information received from across the Commonwealth. The PSCR form is routinely reviewed and updated, and the state safety agency has maintained this database since August 1999.

Relevant to the current study, the medical provider indicates on the PSCR form if they are a SANE or a non-SANE medical provider. The PSCR form is routinely reviewed and updated. In earlier versions of the PSCR form, the medical provider indicated only if they were a SANE or a non-SANE. In more recent versions of the PSCR form, the medical provider provides more specificity on their qualifications (e.g., if they are a SANE trained by the state department of public health or IAFN). The medical provider also provides information related to the case status at the time of examination and on specific services and actions the medical provider may or may not have taken. This includes if

emergency contraception was administered to the patient and if the provider collected a toxicology kit in cases of suspected drug-facilitated sexual assault. This also includes if the sexual assault was reported to police at the time of examination. Although it cannot be assumed that the medical provider took action to assist in filing the report, medical providers can play a role in connecting the patient with the police. Finally, the medical provider documents on the PSCR form if they made any of a set of state-mandated reports. This includes an elder abuse report, in which medical providers are to report to state elder services suspected elder abuse for patients 60 years old or older (MGL c.19A); a child abuse report, in which medical providers are to report to state child protective services suspected child abuse for patients under 18 years of age (MGL c.119, § 51A); and a disabled persons report, in which medical providers are to report suspected abuse of a person with disabilities who is between 18 and 59 years of age to the state protection agency for people with disabilities (MGL c.19C).

By using data from this existing state database, we examined if this set of postassault services and actions taken by the medical provider varied based on whether the medical provider was a SANE or a non-SANE provider. In this study, we examined only the relationship between the medical provider type (SANE vs. non-SANE) and emergency contraception administration, toxicology kit use, report to police at the time of examination, and child abuse reports. We excluded elder abuse reports and disabled persons reports from our analysis, as the number of cases with this information missing (9.8% and 14.2%, respectively) far exceeded the number of cases that had these reports completed (1.3% and 3.5%, respectively). Based on prior literature (Campbell et al., 2006; Ciancone et al., 2000; Crandall & Helitzer, 2003) and best practice recommendations (Office on Violence Against Women, 2013), we developed four hypotheses:

Hypothesis 1: There would be *higher rates* of emergency contraception administration among cases treated by SANEs as compared to non-SANE providers, as SANEs are expected to more consistently discuss the probability of pregnancy and treatment options with patients.

Hypothesis 2: There would be *lower rates* of toxicology kits used by SANEs compared to non-SANE providers, as SANEs are expected to have a better understanding of when toxicology screening is appropriate and know that routine testing is not recommended.

Hypothesis 3: There would be *lower rates* of reports to police at the time of examination among cases treated by SANEs as compared to those treated by non-SANE providers, as SANEs are expected to understand and explain to patients their rights to medical care regardless of whether they report to police, present reporting to police as one option, and support the patient's decision to file a report or not.

Hypothesis 4: There would be *higher rates* of mandatory child abuse reports to state child protective services among SANEs as compared to non-SANE medical providers, as SANEs in

the focal state understand their obligation to file a child abuse report for all minors whereas non-SANE providers may exercise greater discretion in deciding to file a report.

Methods

Context

The current study utilized PSCR form data from the state safety agency in Massachusetts. Massachusetts is unique in that they have a centralized, statewide SANE program managed through the state department of public health. At the time these data were collected by responding medical providers and faxed to the state safety agency, the state SANE program was providing in-person SANE care at close to 30 hospitals across the state. The state was divided into six regions for SANE service delivery. A set of on-call SANEs would respond to SANE hospitals in their region after a patient presented for postassault care. In addition to the state SANE program responding to select hospitals across the Commonwealth, some individual nurses practicing in Massachusetts had SANE-A certification through IAFN to treat adult and adolescent patients. Thus, this study is not an evaluation of the state SANE program, specific hospitals in Massachusetts, or SANE-A nurses. It is a comparison of postassault medical forensic service provision and action provided by all SANEs and non-SANE medical providers working across all hospitals in Massachusetts from 2011 to 2015.

Sample

This study utilized data from the state safety agency in Massachusetts. The Boston College Institutional Review Board determined use of these data for research to be exempt from institutional review board review given the nature of the data. These data were originally collected to examine sexual assault kit handling and submission rates in the focal state (Shaw et al., 2020) and were repurposed for this study. The sample consisted of PSCR data for all PSCR forms received by the state safety agency that met the following criteria: (a) the PSCR data corresponded to adult¹ sexual assault kits completed by medical providers in Massachusetts; (b) the medical forensic examination, including the collection of the sexual assault kit, took place between January 1, 2011, and December 31, 2015; (c) the corresponding sexual assault occurred within a single city in Massachusetts; (d) the PSCR form indicated that a sexual assault kit was completed or did not explicitly indicate that a sexual assault kit was *not* completed; and (e) the PSCR form indicated if the medical forensic examination was completed by a SANE

or a non-SANE medical provider (i.e., this information was *not* missing). The PSCR form is routinely reviewed and updated. Data in this study were collected using forms from 2009 to 2014. The sample size for analysis was $n = 3,969$.

Measures

Type of Medical Provider

On the PSCR, medical providers indicate whether or not the medical forensic examination was completed by a SANE using a checkbox format. The PSCR form is routinely updated, and several different versions of the PSCR were used for the data in the study. On earlier versions of the PSCR, only two checkbox options were provided to indicate if the examination was completed by a SANE: (a) yes and (b) no. On the more recent PSCR form used in this sample, three checkbox options were provided: (a) MA SANE (indicating that the examination was completed by a Massachusetts SANE), (b) SANE-A (indicating that the examination was completed by a SANE that was trained and certified to treat adult and adolescent patients by the IAFN), and (c) other (indicating that the examination was completed by someone other than an MA SANE or SANE-A). For analysis, a binary variable was created for the type of medical provider indicating if a SANE (yes [older version of PSCR]; MA SANE and SANE-A [newer version of PSCR]) or a non-SANE (no [older version of PSCR]; other [new version of PSCR]) completed the examination. Cases with no checkbox checked to indicate the type of medical provider did not meet the inclusion criteria for this study and were excluded.

Emergency Contraception Administration

Medical providers indicate if emergency contraception was administered to the patient using a checkbox format. On earlier versions of the PSCR, only two checkbox options were provided to indicate if emergency contraception was provided: (a) yes and (b) no. On more recent versions of the PSCR, four checkbox options were provided: (a) yes, (b) not indicated, (c) declined, or (d) not offered. So all cases could be examined in this analysis; a binary variable was created for emergency contraception, indicating if emergency contraception was administered (yes) or not (no [older version of PSCR]; not indicated, declined, and not offered [newer version of PSCR]). Cases with no checkbox checked were excluded from the analysis on the relationship between medical provider type (SANE vs. non-SANE) and emergency contraception administration ($n = 365$ missing, 10% of 3,648 cases with female victims).

Toxicology Kit

Medical providers indicate on the PSCR whether or not a toxicology kit was collected. Two checkbox options are provided: (a) yes and (b) no. Cases with no checkbox checked were excluded from the analysis on the relationship between

¹Massachusetts has both adult and pediatric sexual assault kits, with the former used primarily in cases involving adolescent and adult victims 12 years or older and the latter used primarily in cases involving children under the age of 12 years old. PSCR forms for the adult and pediatric sexual assault kits collect very different information; thus, the current study is limited to only the adult sexual assault kits.

medical provider type (SANE vs. non-SANE) and use of a toxicology kit ($n = 165$ missing, 4.2% of 3,969 cases).

Report to Police at the Time of Examination

Medical providers indicate on the PSCR whether or not the assault was reported to the police at the time of examination. Two checkbox options are provided: (a) yes and (b) no. The medical provider is also prompted to write-in the name of the police department to which the report was made. For this analysis, cases in which no checkbox was checked but the name of a police department was provided were recoded as “yes.” Cases with no checkbox checked and without any information on a police department were excluded from the analysis on the relationship between medical provider type (SANE vs. non-SANE) and a report to police at the time of examination ($n = 79$ missing, 2.0% of 3,969 cases).

Child Abuse Report

Medical providers indicate on the PSCR whether or not they made a child abuse report to the state child protective services agency at the time of examination. Two checkbox options are provided: (a) yes and (b) no. Cases with no checkbox checked were excluded from the analysis on the relationships between medical provider type (SANE vs. non-SANE) and child abuse report ($n = 46$, 6.5% of 706 cases with minor patients).

Data Analysis

Descriptive analyses provide the number of cases treated by SANEs versus non-SANE medical providers, as well as rates of emergency contraception administration, use of toxicology kits, report to police at the time of examination, and child abuse report. Chi-square tests of independence were used to examine significant associations between the medical provider type (i.e., SANEs vs. non-SANE medical providers) and each of the four postassault actions. Cases missing information on the variable of interest for each chi-square test were excluded from that chi-square test. For example, in examining rates of emergency contraception administration between SANEs and non-SANE medical

providers, cases missing information on if emergency contraception was administered were excluded. In addition, only cases with female patients were included when comparing emergency contraception administration ($n = 3,684$ cases with female patients), and only cases with minor patients were included when comparing child abuse reports ($n = 706$ cases with patients under 18 years old). As such, the sample size for each chi-square test varies. All analyses were conducted in SPSS 26.

Results

Nearly 92% of the cases in the sample involved female patients ($n = 3,648$). The remaining cases involved male patients ($n = 180$, 4.5%), transgender patients ($n = 61$, 1.5%), or the information on gender was missing ($n = 80$, 2.0%). It is important to note, though, that checkbox options to indicate a transgender patient were not included on the PSCR form until 2012. Patient age was provided for nearly all cases ($n = 62$, 1.6% missing) and ranged from 6 to 99 years old, with a mean age of 27 years old ($SD = 12.33$). Based on the race recorded by the medical provider using provided checkbox options, 64% of the patients in the sample were White ($n = 2,544$), 15% were Latino ($n = 589$), 12% were Black ($n = 485$), 2% were Asian or Pacific Islander ($n = 92$), and 0.4% were American Indian or Alaska Native ($n = 17$). Another 4% ($n = 153$) of patients were recorded as “other,” with additional detail written in on the form. Race information was missing for 2% of the cases ($n = 89$). It is important to note that all sample demographic information is based on what was recorded by the medical provider on the PSCR form and may or may not align with how a patient would self-identify their race or gender. Of the $n = 3,969$ cases included in the sample, 75% were treated by SANEs ($n = 2,956$).

In Table 1, we present the chi-square results of our analysis of the relationship between medical provider type and emergency contraception administration, toxicology kit use, report to police at the time of examination, and child abuse reports. All four of these relationships were statistically

TABLE 1. Results of Chi-Square Analysis Examining the Relationship Between Medical Provider Type and Postassault Actions

Postassault action	SANE	Non-SANE	Pearson χ^2
Emergency contraception administered (female patients only)	65.0% ($n = 1,643$)	52.9% ($n = 400$)	$\chi^2(1, N = 3,283) = 36.294, p < 0.001$
Toxicology kit used	26.5% ($n = 767$)	39.4% ($n = 357$)	$\chi^2(1, N = 3,804) = 55.906, p < 0.001$
Report to police at time of examination	68.2% ($n = 1,992$)	77.4% ($n = 752$)	$\chi^2(1, N = 3,890) = 29.698, p < 0.001$
Child abuse report, minor (under 18 years old) patients only	85.8% ($n = 460$)	64.5% ($n = 80$)	$\chi^2(1, N = 660) = 30.726, p < 0.001$

Note. SANE = sexual assault nurse examiner.

significant. Female patients treated by a SANE were significantly more likely to be administered emergency contraception (65%), as compared to patients treated by a non-SANE medical provider (52.9%), $\chi^2(1, N = 3,283) = 36.294$, $p < 0.001$. Patients under the age of 18 years old who were treated by a SANE were also significantly more likely to have a child abuse report filed with the state child protective services agency (85.8%), as compared to patients under the age of 18 years old who were treated by a non-SANE medical provider (64.5%), $\chi^2(1, N = 660) = 30.726$, $p < 0.001$. Patients treated by a SANE were less likely than those treated by a non-SANE medical provider to have a toxicology kit administered (26.5% compared to 39.4%), $\chi^2(1, N = 3,804) = 55.906$, $p < 0.001$, and to make a report to police at the time of examination (68.2% compared to 77.4%), $\chi^2(1, N = 3,890) = 29.698$, $p < 0.001$.

Discussion

In this study, we found support for all four of our hypotheses. As compared to cases treated by non-SANE medical providers, cases treated by SANEs were significantly more likely to have emergency contraception administered to female patients (65% vs. 53%), less likely to have a toxicology kit collected (27% vs. 39%), less likely to have a police report filed at the time of examination (68% vs. 77%), and more likely to have a mandatory child abuse report filed for minor victims (86% vs. 65%). That all of our hypotheses were supported suggests that SANEs are operating as intended to provide expert, comprehensive, tailored first-response medical forensic care to sexual assault survivors.

Of course, these rates of postassault services and action should be interpreted with caution, as they are based on existing records that we repurposed to answer our focal research questions. As is always the case with existing records, it can be difficult to know the full context of a given case, which may impact the variables of interest. In this study, we examined and compared rates of emergency contraception administration among female patients treated by SANEs and non-SANE medical providers. We limited our examination of emergency contraception administration to cases involving female patients, as emergency contraception is only indicated for individuals capable of becoming pregnant. However, our use of “female” as an indication of an individual who could become pregnant was not without its flaws. Included in this subsample were prepubescent and postmenopausal patients for which emergency contraception would not be indicated and should not be administered. Also included in this subsample were transgender women who were accurately marked as “female” in their documentation in correspondence with their gender identity but who may not be capable of becoming pregnant. Transgender men, marked as “male” in correspondence with their gender identity, who may be capable of becoming

pregnant and thus indicating emergency contraception, were excluded. This important nuance means that the rates of emergency contraception reported herein may be lower than if we were to only examine rates of administration among individuals capable of becoming pregnant and for whom emergency contraception would be indicated.

In addition, when working with existing records, recorded information may be inaccurate or may be missing altogether. This is particularly relevant for the current study. Because SANEs receive extensive training in the care of sexual assault patients and are more familiar with the necessary documentation to complete in providing postassault care, they may be more likely to consistently and accurately complete said documentation as compared to non-SANE medical providers. In addition, and for the same reasons, SANEs may be more likely to fax the required documentation into the state safety agency as compared to non-SANE medical providers. If a form was not received by the state safety agency or if information was missing on the variables of interest in the current study, the case was not included in our analysis. Thus, the rate differences between SANEs and non-SANE medical providers may be even more pronounced than what is reported herein. It is also important to bear in mind that the sample examined in the current study only includes those cases in which the patient consented to the collection of a sexual assault kit. Postassault service provision and action may look different for patients who seek postassault medical care, but who decline a sexual assault kit.

Still, based on the patterns observed in these data, it seems as though non-SANE medical providers may be focusing more on the needs of the criminal justice system, as indicated by higher rates of toxicology kit use and reports to police at the time of examination. Without critical training, non-SANE providers may find it difficult to balance the needs of the criminal justice system to secure potential evidence of a crime, with the medical and emotional needs of the patient in front of them. Non-SANE medical providers may believe a toxicology kit can help bolster a potential criminal case and collect it from patients even when it is not indicated. They may also mistakenly think that a report to police is required or strongly encouraged for all cases, even if it is not in full alignment with the wishes of the victim. On the other hand, SANEs are trained to honor their role as medical providers first, charged with responding to the needs of the patient in front of them. They are trained to provide a range of options and services that best meet the needs of their patient while being sure not to compromise a potential criminal justice response. This is reflected in the relatively lower rates of toxicology kit use, as SANEs may be more intentional with their collection of the toxicology kit, using it only when indicated; lower rates of police reports at the time of examination, as SANEs make clear to the patient that they may choose though are not required to report to police, and

higher rates of emergency contraception administration, as SANEs make an effort to offer this service consistently when indicated. SANEs' familiarity and compliance with clearly established protocols also explains the higher rates of mandated child abuse reports.

It is important to note, though, that the comparatively lower rates of a report to police at the time of examination observed among cases treated by SANEs as compared to non-SANE medical providers may also be a result of our specific study sample and data source. Regarding the sample, the current study's sample only included cases in which a sexual assault kit was collected. SANEs know very well that a patient may choose to have a kit collected even if they choose not to report to police. Non-SANE medical providers may not be quite as familiar with patients' rights for a full medical forensic examination, complete with the collection of a sexual assault kit, regardless of whether they report to police. Even if they are aware of this patient right, they may still see the collection of a sexual assault kit and report to the police as tightly linked. If a patient states they did not report to the police, non-SANE medical providers may be more likely to not offer or even discourage the collection of a sexual assault kit. Such cases, in which a kit was not collected, then, would not appear in this sample, thus inflating the rate of non-SANE cases in this sample with a report to police at the time of examination. Regarding the data source, we relied completely on existing records. As has already been discussed, SANEs and non-SANE medical providers may differ in how they complete the PSCR based on their training and experience completing this required documentation. It is likely that SANEs are more consistent and conservative in regard to when they indicate on the form that there was a report to police made at the time of examination. SANEs only check the box to indicate a report was made if a report to police was made prior to the SANE arriving on-scene, or if the police arrived on-scene and took a report before the SANE completed their care of the patient. If the patient indicated they planned to report at a later time but did not make a report to police by the time the SANE finished their work with the patient, the SANE indicated on the form that no police report was filed at the time of examination. It is possible that non-SANE medical providers are less consistent and conservative in their documentation, again potentially inflating the rate of non-SANE cases in this sample with a report to police at the time of examination.

Finally, it is important to note that the differential rates observed among SANEs and non-SANE medical providers in this study may not be generalizable to or as pronounced as what might be observed in other locales. The focal state in this study is unique in its level of commitment to a centralized and coordinated response to sexual assault. This commitment is evidenced through the use of a statewide database on sexual assault medical forensic care service provision and a statewide SANE program operated out of the

state department of public health. In addition, each year, the statewide SANE program provides training for non-SANE medical providers on how to respond to sexual assault patients. The statewide SANE program consistently offers education and support to hospitals as they develop protocols related to serving sexual assault patients. As a result, patients treated by non-SANE medical providers in this state may receive an improved postassault medical response as compared to non-SANE medical providers treated elsewhere.

Implications for Clinical Practice

Although each hypothesis in the study was supported and the overall patterns of service provision and action among SANEs and non-SANE medical providers were expected, these findings provide insight into how the medical system response may be improved for all sexual assault patients. First, this invaluable study was made possible because of the state database that exists in the focal state. Without that database, it would have been incredibly challenging to provide insight into patterns in SANE and non-SANE postassault service provision and care across an entire state. However, we were not able to include some cases in our analysis as they were missing information on the variables of interest. This calls attention to the importance of consistent, accurate, and complete documentation in medical encounters. Even when said information is thought not to inform acute service provision in the moment, such information can later be used to examine and evaluate service provision. In relying upon such records, if something was not written down, it did not happen. It is important that SANEs and non-SANE medical providers alike are supported to complete consistent, accurate, and complete documentation. This might mean providing additional time for medical providers to close out an encounter before moving on to the next patient.

Second, clear protocols should be developed (when and where they do not already exist) and made available to SANEs and non-SANE medical providers to guide their treatment of sexual assault patients. These data show an improved response to sexual assault patients when they are treated by a SANE as compared to a non-SANE medical provider, likely a result of extensive training and familiarity with best practice protocols in sexual assault response. Although it is not feasible to expect all medical providers to train and be certified as SANEs, it is feasible to provide access to and basic training on the conditions under which a toxicology kit should be used and a mandated child abuse report should be filed, and on how to present options to patients regarding filing a police report and receiving emergency contraception. SANEs may be able to play a key role in developing and delivering this basic training to their non-SANE colleagues, with adequate compensation and support.

Conclusion

SANEs have long been considered a best practice in attending to the myriad needs of sexual assault survivors. This study provides empirical evidence of the positive impact of SANEs on postassault medical forensic service provision as compared to services provided by non-SANE medical providers. Our findings compliment and affirm what has been documented in prior literature: SANEs are specialists who are uniquely qualified to provide optimal care for sexual assault patients, providing a markedly improved response as compared to what is provided by non-SANE medical providers. All sexual assault patients, across all communities, should have access to SANE care.

References

- Amey, A. L., & Bishai, D. (2002). Measuring the quality of medical care for women who experience sexual assault with data from the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. *Annals of Emergency Medicine*, 39(6), 631–638.
- Campbell, R., Townsend, S. M., Long, S. M., Kinnison, K. E., Pulley, E. M., Adames, S. B., & 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.
- Ciancone, A. C., Wilson, C., Collette, R., & Gerson, L. (2000). Sexual assault nurse examiner programs in the United States. *Annals of Emergency Medicine*, 35(4), 353–357.
- Crandall, C. S., & Helitzer, D. (2003). *Impact evaluation of a sexual assault nurse examiner (SANE) program*. U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.
- International Association of Forensic Nurses. (2020). *Forensic nursing program listing*. <https://www.forensicnurses.org/page/A5>
- Office for Victims of Crime (2016). *SANE program development and operation guide*. U.S. Department of Justice, Office for Victims of Crime.
- Office on Violence Against Women (2013). *A national protocol for sexual assault medical forensic examinations: Adults/adolescents* (2nd ed.). U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women.
- Shaw, J., Campbell, R., & Day, K. (2017). Evaluating sexual assault nurse examiner (SANE) programs: Effectiveness in multiple domains. In A. P. Giardino, D. K. Faugno, M. J. Spencer, M. L. Weaver, & P. M. Speck (Eds.), *Sexual assault: Victimization across the lifespan: Investigation, diagnosis, and multidisciplinary team* (2nd ed., Vol. 1). STM Learning.
- Shaw, J., Coates, V., & Janulis, P. (2020). High rates of sexual assault kit submission and the important role of place. *Journal of Criminal Justice*, 67, 101671. 10.1016/J.JCRIMJUS.2020.101671