

Gestion clinique

des Victimes de Viol

Développement de protocoles à adopter avec
les réfugiés et les personnes déplacées dans
leur propre pays

Edition révisée

Gestion clinique

des Victimes de Viol

Développement de protocoles à adopter
avec les réfugiés et les personnes déplacées
dans leur propre pays

Edition révisée

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Gestion clinique des victimes de viol :
développement de protocoles à adopter avec
les réfugiés et les personnes déplacées dans
leur propre pays. -- Ed. rév.

1.Viol 2.Réfugié 3.Survivant 4.Conseil
5.Protocole thérapeutique 6.Ligne directrice
I.Organisation mondiale de la Santé II.UNHCR.

ISBN 92 4 259263 3
(Classification NLM: WM 401)

© **Organisation mondiale de la Santé/Haut
Commissariat aux Réfugiés des Nations
Unies 2005**

Tous droits réservés. Il est possible de se
procurer les publications de l'Organisation
mondiale de la Santé auprès de l'équipe
Marketing et diffusion, Organisation mondiale
de la Santé,
20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse)
téléphone : +41 22 791 2476 ;
télécopie : +41 22 791 4857 ;
adresse électronique : bookorders@who.int).
Les demandes relatives à la permission de
reproduire ou de traduire des publications de
l'OMS – que ce soit pour la vente ou une
diffusion non commerciale – doivent être
envoyées à l'unité Marketing et diffusion, à
l'adresse ci dessus
(télécopie : +41 22 791 4806 ;
adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente
publication et la présentation des données qui y
figurent n'impliquent de la part de l'Organisation
mondiale de la Santé/Haut Commissariat aux
Réfugiés des Nations Unies aucune prise de
position quant au statut juridique des pays,
territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités,
ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.
Les lignes en pointillé sur les cartes
représentent des frontières approximatives dont
le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord
définitif.

La mention de firmes et de produits
commerciaux ne signifie pas que ces firmes et
ces produits commerciaux sont agréés ou
recommandés par l'Organisation mondiale de la
Santé/Haut Commissariat aux Réfugiés des
Nations Unies, de préférence à d'autres de
nature analogue. Sauf erreur ou omission, une
majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom
déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé/Haut
Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies
ont pris toutes les dispositions voulues pour
vérifier les informations contenues dans la
présente publication. Toutefois, le matériel
publié est diffusé sans aucune garantie,
expresse ou implicite. La responsabilité de
l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel
incombe au lecteur. En aucun cas,
l'Organisation mondiale de la Santé/Haut
Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies
ne sauraient être tenus responsables des
préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en Italie

Un exemplaire de ce document peut être
obtenu gratuitement auprès des organismes
suivants :

HCRNU – Service Assistance Technique
C.P. 2500, 1202 Genève, Suisse
Fax : +41-22-739 7366
E-mail : HQTS00@unhcr.ch
Site web : <http://www.unhcr.ch>

OMS – Département de Santé et recherche
généralistes
Organisation mondiale de la Santé
20 Avenue Appia
1211 Genève 27, Suisse
Fax: +41 22 791 4189/4171
Email: rhrpublications@who.int
Site web : [http://www.who.int/
reproductive-health/index.htm](http://www.who.int/reproductive-health/index.htm)

FNUAP – Unité de Réponse humanitaire
11, Chemin des Anémones
1219 Châtelaine
Genève, Suisse
Fax : +41 22 917 8016
Site web : <http://www.unfpa.org/emergencies/>

Table des matières

Préface	v
Remerciements	vii
Abréviations et acronymes utilisés dans ce guide	viii
Introduction.	1
PHASE 1 – Opérations préalables pour offrir une assistance médicale aux victimes de viol	5
PHASE 2 – Préparation de la victime avant l'examen	9
PHASE 3 – Anamnèse et récit des faits	11
PHASE 4 – Collecte des preuves médico-légales.	13
PHASE 5 – Examen physique et génital	17
PHASE 6 – Prescription du traitement	21
PHASE 7 – Aide psychologique de la victime	27
PHASE 8 – Suivi médical de la victime	31
Assistance aux enfants victimes de viol	32
ANNEXE 1 – Autres références documentaires	37
ANNEXE 2 – Informations nécessaires au développement d'un protocole local	39
ANNEXE 3 – Assistance minimale des victimes de viol dans des endroits disposant de faibles ressources.	40
ANNEXE 4 – Formulaire de consentement type	42
ANNEXE 5 – Formulaire d'anamnèse et d'examen type	44
ANNEXE 6 – Pictogrammes	48
ANNEXE 7 – Collecte de preuves médico-légales	52
ANNEXE 8 – Certificats médicaux	55
ANNEXE 9 – Protocoles pour la prévention et le traitement des IST.	59
ANNEXE 10 – Protocoles pour la prophylaxie post-exposition au VIH.	61
ANNEXE 11 – Protocoles pour la contraception d'urgence	65

Préface

La violence sexuelle et à l'égard des femmes, y compris le viol, est un problème présent dans le monde entier au sein de chaque société, pays et région. Les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays sont particulièrement exposés à cette forme de violation des droits de l'homme à chaque étape d'une situation de crise. Le recours systématique à des violences sexuelles en tant qu'arme de guerre est largement documenté et constitue une violation critique du droit humanitaire international.

Au cours des cinq dernières années, les agences humanitaires ont travaillé pour mettre en place des systèmes capables de faire face à la violence sexuelle et à l'égard des femmes pour prévenir ces violences. En mars 2001, la communauté humanitaire internationale s'est réunie pour documenter ce qui a été fait et ce qui reste à faire pour empêcher et réagir à la violence sexuelle et à l'égard des femmes que subissent les réfugiés. Dans le cadre d'une conférence qui s'est tenue dans les locaux du Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies à Genève, 160 représentants d'organisations d'aide aux réfugiés, non

gouvernementales, gouvernementales et intergouvernementales, ont partagé les expériences acquises et les leçons tirées de leurs activités sur le terrain.

La première version de ce document a été l'un des résultats de cette conférence. Il a été distribué dans divers cadres internationaux et testé sur le terrain au sein de plusieurs sites. Les informations obtenues à partir de ces tests ont été intégrées à la révision actuelle, version qui résulte de la collaboration entre le Comité international de la Croix Rouge (Unité de Santé), le Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies (Unité d'Assistance Technique), le Fonds des Nations Unies pour la Population (Unité de Réponse humanitaire) et l'Organisation mondiale de la Santé (Département Santé et recherche génésiques, Département Prévention de la Violence et des Traumatismes et Département Genre et Santé de la Femme). Cette version a fait également l'objet d'une mise à jour afin d'inclure les informations techniques les plus récentes sur les divers aspects des soins prodigués aux victimes de viol.

Remerciements

La première version de ce guide a été élaborée suite à la Conférence Inter-Agences sur les leçons tirées de leurs activités : Prévention et Réponse aux Violences sexuelles et à l'égard des femmes en situation de réfugiés, 27–29 mars 2001, Genève, Suisse.

Nous remercions en particulier tous ceux qui ont participé à la révision et à l'essai sur le terrain du présent document:

Centres de Prévention et de Contrôle des Maladies (CDC), Atlanta, GA, Etats-Unis;

Centre pour la Santé et l'Égalité entre les sexes (CHANGE), Takoma Park, MD, Etats-Unis;

Département de Médecine communautaire, Hôpital cantonal universitaire de Genève, Genève, Suisse;

Centre international pour la Santé Reproductive, Gand, Belgique;

Comité international de la Croix Rouge, Projet Les Femmes et la Guerre et Unité de Santé, Genève, Suisse;

Corps médical international (IMC), Los Angeles, CA, Etats-Unis;

Ipas USA, Chapel Hill, NC, Etats-Unis;

Médecins Sans Frontières, Belgique, Pays-Bas, Espagne, Suisse;

Médecins pour les Droits de l'Homme (PHR), Boston, MA, Etats-Unis;

Consortium sur la santé reproductive des réfugiés (RHRC) (Comité américain pour les Réfugiés, CARE, Centre pour la Santé de la Population et de la Famille de l'Université de Columbia, Comité d'Aide internationale, Research and Training Institute of John Snow, Inc., Marie Stopes International, Commission des Femmes pour les Femmes et les Enfants Réfugiés);

Fonds des Nations Unies pour la Population, Unité de Réponse humanitaire, Genève, Suisse;

Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies, Service Assistance Technique, Genève, Suisse;

Siège de l'Organisation mondiale de la Santé, Départements Santé et Recherche génésiques, Prévention de la Violence et des Traumatismes, Genre et Santé de la Femme avec le soutien des Départements suivants :

- Interventions sanitaires en cas de crises,
- Politique pharmaceutique et médicaments essentiels,
- VIH/SIDA,
- Département de la Santé mentale et des Toxicomanies, et
- Immunisation, vaccins et produits biologiques;

Bureau Régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique;

Bureau Régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Asie du Sud-Est.

Nous adressons un remerciement particulier à ceux qui ont contribué à la finalisation de ce guide:

Dr Michael Dobson, Hôpital John Radcliffe, Oxford, Angleterre;

Mme Françoise Duroc, Médecins Sans Frontières, Genève, Suisse

Dr Coco Idenburg, ancien médecin auprès de la Clinique spécialisée dans le Soutien familial, Harare, Zimbabwe;

Dr Lorna J. Martin, Département de Médecine légale et Toxicologie, Le Cap, Afrique du Sud;

Mme Tamara Pollack, UNICEF, New York, NY, Etats-Unis;

Dr Nirmal Rimal, Programme AMDA PHC pour les réfugiés bhoutanais, Jhapa, Népal;

Mme Pamela Shifman, UNICEF, New York, NY, Etats-Unis;

Dr Santhan Surawongsin, Hôpital Nopparat Rajathanee, Bangkok, Thaïlande;

Nous remercions également les organisations non gouvernementales et le personnel du HCR basé en République Unie de Tanzanie, notamment Mme Marian Schilperoord qui a organisé l'essai sur le terrain de ce guide.

Abréviations et acronymes utilisés dans ce guide

ADN	Acide désoxyribonucléique
ARV	Antirétroviral
DIU	Dispositif intra-utérin
DT	Anatoxine tétanique et diphtérique
DTP	Anatoxine tétanique et diphtérique et vaccin contre la coqueluche
ELISA	Test immunoenzymatique
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
HCR	Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies
ICRC	Comité International de la Croix Rouge
IDP	Personne déplacée dans son propre pays
IST	Infection sexuellement transmissible
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCU	Pilule contraceptive d'urgence
PPE	Prophylaxie post-exposition
RPR	Réagine plasmatique rapide
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
Td	Anatoxine tétanique et diphtérique réduite
TIG	Immunoglobuline antitétanique
TT	Anatoxine tétanique
VHB	Virus de l'hépatite B
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

Ce guide décrit les meilleures pratiques en matière de gestion clinique des victimes de viol en situation de crise. Il doit être adapté à chaque situation en tenant compte des politiques et procédures nationales ainsi que de la disponibilité des équipements et médicaments.

Ce guide s'adresse aux prestataires de soins qualifiés (coordinateurs sanitaires, médecins, responsables cliniques, sages-femmes et infirmières) qui développent des protocoles pour la gestion des victimes de viol dans un contexte de crise, en fonction des ressources, des équipements, des médicaments disponibles localement ainsi que des politiques et procédures nationales. Il peut être également utilisé pour la planification des services médicaux et la formation des prestataires de soins.

Le document contient des informations détaillées sur la gestion clinique des femmes, des hommes et des enfants victimes de viol. Il explique comment effectuer un examen médical approfondi, consigner les résultats et soigner ceux qui ont subi une pénétration vaginale, anale ou orale par un pénis ou d'autres objets. Il ne contient pas de conseils en matière de traitement standard des blessures / lésions ni d'aide psychologique bien que ceux-ci puissent s'avérer nécessaires dans le cadre des soins complets prodigués à une personne victime de viol. Ce document ne donne pas non plus d'informations sur les procédures de renvoi des victimes de viol vers les services de soutien communautaire, de la police et les services juridiques. Il existe d'autres documents de référence qui décrivent ce type d'assistance ou donnent des conseils sur la création de réseaux de renvoi (voir Annexe 1) ; le présent guide vient en complément de ces textes. On encourage les utilisateurs du guide à consulter à la fois le document du HCR *Violence sexuelle et à l'égard des femmes à l'encontre des réfugiés, rapatriés et personnes déplacées dans leur propre pays : principes de prévention et de réponse* et celui de l'OMS *Principes d'assistance*

médicolégale aux victimes de violences sexuelles (voir Annexe 1).

Note : Il n'appartient pas au prestataire de soins de déterminer si une personne a été violée. Il s'agit là d'une détermination d'ordre juridique. Le prestataire de soins doit par contre administrer les soins nécessaires, consigner les faits relatés, l'examen médical et d'autres d'informations afférentes et, avec l'accord de la personne concernée, collecter toute preuve médicolégale qui pourrait s'avérer nécessaire dans une enquête ultérieure.

Bien qu'il soit reconnu que les hommes et les garçons puissent être eux aussi violés, la plupart des individus victimes de viol sont des femmes ou des jeunes filles ; les pronoms féminins sont donc utilisés dans ce guide pour désigner les victimes de viol, sauf si le contexte en exige autrement.

Les principales composantes de l'assistance médicale en cas de viol sont les suivantes :

- la documentation des blessures,
- la collecte des preuves médicolégales,
- le traitement des blessures,
- l'évaluation en matière d'infections sexuellement transmissibles (IST) et traitement préventif,
- l'évaluation des risques de grossesse et prévention,
- l'assistance psychosociale, le conseil et le suivi.

Utilisation de ce guide

Ce guide s'adresse aux professionnels de la santé qui travaillent en situation de crise (avec des réfugiés ou des personnes déplacées dans leur propre pays - IDPs) ou bien dans d'autres cadres similaires et qui souhaitent développer des protocoles spécifiques en matière de traitement médical des victimes de viol. Pour ce faire, il est nécessaire de mettre en place un certain nombre d'actions, entre autres les suivantes (pas nécessairement dans cet ordre) :

- 1 Identifier une équipe de professionnels et de membres de la collectivité impliqués ou devant être impliqués dans l'assistance aux personnes victimes de viol.
- 2 Convoquer des réunions avec le personnel médical et des membres de la collectivité.
- 3 Créer un réseau de renvoi entre les différents secteurs impliqués dans l'assistance aux victimes de viol (collectivité, santé, sécurité, protection).
- 4 Identifier les ressources disponibles (médicaments, matériels, équipements de laboratoire) ainsi que les lois, politiques et procédures nationales en matière de viol (protocoles de traitement standard, procédures juridiques, lois en matière d'avortement, etc.). L'Annexe 2 propose un exemple de liste de contrôle pour le développement d'un protocole local.
- 5 Développer un protocole d'assistance médicale spécifique à chaque situation en utilisant le présent guide comme référence.
- 6 Former les prestataires sur l'utilisation du protocole, en portant une attention particulière à ce qui doit être documenté pendant un examen à des fins juridiques.



Phases abordées dans ce guide

- 1 Opérations préalables pour offrir une assistance médicale aux victimes de viol.
- 2 Préparation de la victime avant l'examen.
- 3 Anamnèse et récit des faits.
- 4 Collecte des preuves médico-légales.
- 5 Examen physique et génital.
- 6 Prescription des traitements.
- 7 Aide psychologique de la victime.
- 8 Suivi de la victime.

Des chapitres spécifiques sont consacrés aux attentions spéciales qu'il faut porter aux enfants, aux hommes et aux femmes enceintes ou âgées.

Le viol est une expérience traumatisante tant sur le plan émotionnel que physique. Il arrive que les victimes aient été violées par plusieurs personnes dans différentes situations. Elles peuvent avoir été violées par des soldats, des policiers, des amis, leur petit ami, leur mari, leur père, leur oncle ou d'autres membres de la famille. Les victimes ont parfois été agressées pendant qu'elles étaient en train de ramasser du bois pour le feu, d'utiliser les latrines, d'aller rendre visite à des amis ou bien dans leur lit. Elles peuvent avoir été violées par une, deux, trois personnes ou plus, par des hommes, des garçons ou des femmes. Elles peuvent avoir été victimes de viol durant plusieurs mois ou bien il peut s'agir de la première fois. Les victimes peuvent être des femmes, des hommes, des jeunes filles ou des garçons même si les femmes et les filles sont majoritaires et si les agresseurs sont la plupart du temps des hommes.

Les victimes peuvent réagir à ce traumatisme de manière très différente les unes des autres. La guérison du traumatisme dépend en partie de la manière dont elles ont été traitées lorsqu'elles ont demandé de l'aide. En demandant un traitement médical, la victime reconnaît avoir subi un préjudice physique et/ou émotionnel. Elle éprouve très probablement des inquiétudes liées à sa santé. Le prestataire de soins peut prendre en compte ces inquiétudes et aider les victimes à entamer un processus de guérison en leur prodiguant une assistance médicale bienveillante, approfondie et de haute qualité axée sur la victime et ses exigences tout en étant conscient des circonstances locales spécifiques qui peuvent influencer sur l'assistance prêté.

Centre pour la Santé et l'Égalité entre les sexes (CHANGE)

Droits de l'homme et assistance médicale des victimes de viol

Le viol est à la fois une forme de violence sexuelle, un problème de santé publique et une violation des droits de l'homme. Le viol en temps de guerre est reconnu au niveau international comme un crime de guerre et un crime contre l'humanité mais il est également considéré comme une forme de torture et dans certaines circonstances comme un génocide. Toutes les personnes y compris les victimes de violences sexuelles, qu'elles soient réelles ou potentielles, ont droit à la protection et au respect des droits de l'homme, tels que le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, le droit à la protection contre la torture et les traitements inhumains, cruels et dégradants ainsi que le droit à la santé. Les gouvernements sont tenus par la loi de prendre toutes les mesures appropriées pour empêcher les violences sexuelles et garantir que des services de santé de qualité capables de répondre à la violence sexuelle sont disponibles et accessibles à tous.

Les prestataires de soins doivent respecter les droits de l'homme des victimes de viol.

- **Droit à la santé** : les victimes de viol et d'autres formes de violence sexuelle ont le droit de recevoir des services de santé de bonne qualité, y compris des services de santé reproductive pour gérer les conséquences physiques et psychologiques de la violence sexuelle dont la prévention et la gestion des IST et de la grossesse. Il est essentiel que les services de santé ne « victimisent » pas à nouveau les personnes victimes de viol.
 - **Droit à la dignité humaine** : les personnes victimes de viol doivent recevoir un traitement conforme à la dignité et au respect que celles-ci sont en droit de recevoir en tant qu'êtres humains. Dans le cadre des services de santé, ce droit à la dignité se traduit au minimum par un accès équitable à une assistance médicale de qualité, par un respect de l'intimité du patient et de la confidentialité des informations médicales, par l'information des patients et l'obtention de leur accord avant toute intervention
- médicale et par un environnement clinique contrôlé. Par ailleurs, les services de santé doivent être assurés dans la langue maternelle de la victime ou bien dans une langue qu'elle comprend.
- **Droit à la non-discrimination** : les lois, politiques et procédures liées à l'accès aux services ne doivent pas discriminer une personne victime de viol, du fait de sa race, de son sexe, de sa couleur, de ses origines sociales ou de sa nationalité. Les prestataires ne doivent pas par exemple refuser d'aider les femmes appartenant à un groupe ethnique particulier.
 - **Droit à l'auto-détermination** : les prestataires ne doivent pas forcer ni pousser les victimes à subir un examen ou faire l'objet d'un traitement contre leur gré. Le fait de recevoir une assistance médicale et un traitement (par exemple, la contraception d'urgence et l'avortement si la loi le permet) est un choix personnel qui ne peut être décidé que par la victime. Dans ce cas, il est essentiel que la victime soit bien informée pour lui permettre de prendre une décision en connaissance de cause. Les victimes ont également le droit de décider si et par qui elles souhaitent être accompagnées lors de leur information, de leur examen ou dans le cadre d'autres services. Ces choix doivent être respectés par le prestataire de soins.
 - **Droit à l'information** : chaque patient doit être informé personnellement. Par exemple, si une femme est enceinte suite à un viol, le prestataire de soins doit discuter avec elle de toutes les options dont elle dispose légalement (par exemple, l'avortement, la garde de l'enfant, l'adoption). L'ensemble des choix doit être présenté indépendamment des croyances personnelles du prestataire de sorte que la victime puisse prendre une décision en connaissance de cause.
 - **Droit au respect de la vie privée**: un environnement propice au respect de l'intimité de la personne victime de viol doit être mis en place. Outre la personne accompagnant la victime à sa demande, seules les personnes dont l'implication est nécessaire pour prodiguer les soins doivent être présentes pendant l'examen et le traitement médical.

- **Droit à la confidentialité** : toutes les informations médicales et sur l'état de santé des victimes doivent être gardées confidentielles et ne doivent pas non plus être divulguées aux membres de leur famille. Le personnel de santé peut divulguer les informations sur la santé de la victime uniquement aux personnes devant être impliquées dans l'examen et le traitement médical ou bien avec l'accord explicite de la victime. En cas d'inculpation par la police ou d'autres autorités, les informations pertinentes de l'examen devront être transmises (voir Annexe 4).

Les prestataires de soins en collaboration avec les agents des autres secteurs peuvent jouer un rôle au sein de la collectivité dans son ensemble et ce en identifiant et préconisant des actions de prévention contre le viol et les autres formes de violence sexuelle ainsi qu'en promouvant et protégeant les droits des victimes. Le manque de reconnaissance du viol comme problème de santé et la non-application des lois contre le viol empêchent tout réel progrès vers l'égalité entre les sexes.



PHASE 1 – Opérations préalables pour offrir une assistance médicale aux victimes de viol

Les services de soins de santé doivent se préparer pour répondre de manière approfondie et bienveillante aux personnes victimes de viol. Le coordinateur de santé doit veiller à ce que les prestataires de soins (médecins, assistants médicaux, infirmières etc.) aient reçu la formation nécessaire pour prêter l'assistance requise et qu'ils disposent des équipements et fournitures indispensables. Les prestataires de soins de sexe féminin doivent être formés en priorité mais leur pénurie ne doit pas empêcher le service de santé de prêter son assistance aux victimes de viol.

Lors de la création d'un service, il est nécessaire de prendre en compte les questions et points suivants et de développer des procédures standard.

De quoi la collectivité doit-elle être au courant?

Les membres de la collectivité doivent savoir :

- *quels* sont les services mis à la disposition des personnes victimes de viol;
- *pourquoi* les victimes de viol auraient besoin d'une assistance médicale;
- *où* se trouvent ces services;
- que les victimes de viol doivent se rendre auprès du service médical **immédiatement ou dès que possible** après l'agression sans se laver ni changer leurs vêtements;
- que les victimes de viol peuvent être sûres que le service médical les traitera avec dignité et confidentialité, assurera leur sécurité et respectera leur intimité;
- *quand* les services sont disponibles; ils doivent l'être de préférence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Quelles sont les lois et les politiques en vigueur dans le pays d'accueil?

- Quel prestataire de soins doit fournir tel ou tel soin? Si la personne désire dénoncer officiellement le viol aux autorités, les lois nationales peuvent exiger qu'un médecin certifié, accrédité ou habilité prêche assistance et remplisse les documents officiels.
- Quelles sont les exigences juridiques en matière de preuves médico-légales?
- Quelles sont les exigences juridiques en matière de rapport?
- Quelles sont les lois nationales en matière de gestion des éventuelles conséquences médicales d'un viol (par exemple, contraception d'urgence, avortement, dépistage et traitement préventif contre le VIH (virus de l'immunodéficience humaine)?

Quelles sont les ressources et les capacités disponibles?

- Quels sont les équipements de laboratoire disponibles pour les tests médico-légaux (analyses ADN, phosphatase acide) ou le dépistage des maladies (IST, VIH)? Quels sont les services de conseil disponibles?
- Est-ce qu'il existe des protocoles de gestion des viols ainsi que des « kits viol » pour documenter et rassembler les preuves médico-légales?
- Est-ce qu'il existe un protocole national de traitement des IST, un protocole de prophylaxie post-exposition (PPE) ainsi qu'un programme de vaccination? Quels sont les vaccins disponibles? Une contraception d'urgence est-elle disponible?

- Quelles sont les possibilités de renvoi de la victime vers une structure médico-sanitaire secondaire (services de conseil, chirurgie, pédiatrie ou gynécologie/obstétrique)?

Où l'assistance doit-elle être prêtée?

En général, une clinique ou un service de consultations externes proposant déjà des services en matière de santé reproductive, tels que des soins en matière de planification familiale, des soins prénataux, des soins pour un accouchement normal ou la gestion des IST, peut offrir l'assistance aux victimes de viol. Des services de renvoi peuvent s'avérer nécessaires au niveau hospitalier.

Qui doit prêter l'assistance?

L'ensemble du personnel des structures sanitaires en contact avec les victimes de viol – du personnel d'accueil au professionnel de santé – doit être sensibilisé et formé au problème. Le personnel doit toujours faire preuve de compassion et respecter la confidentialité.

Comment l'assistance doit-elle être prêtée?

L'assistance doit être prêtée:

- suivant un protocole développé tout particulièrement pour la situation en question. Les protocoles doivent contenir des informations relatives aux aspects médicaux, psychosociaux et éthiques, à la collecte et la conservation des preuves médico-légales ainsi qu'aux options en matière de conseil/soutien psychologique;
- avec une attitude bienveillante, confidentielle et sans porter de jugement;
- en se concentrant sur la victime et ses besoins;

- en tenant compte de la sensibilité et des attitudes des prestataires, du contexte socioculturel et des perspectives, pratiques et croyances de la collectivité.

Quels sont les besoins?

- L'assistance médicale pour les victimes de viol doit être fournie dans un endroit situé à l'intérieur de la structure sanitaire de manière à ce que la personne ne soit pas obligée de se déplacer d'un lieu à un autre.
- Les services doivent être disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
- Toutes les fournitures disponibles énumérées dans la liste de contrôle ci-dessous doivent être préparées et rangées dans une caisse fermée ou un lieu sûr de sorte qu'elles soient immédiatement disponibles.

Comment organiser la coordination avec les autres acteurs?

- Une coordination interagences et intersectorielle doit être établie pour assurer une assistance globale des victimes de violences sexuelles.
- Veiller à impliquer des représentants des services sociaux et publics, de protection (police ou système judiciaire) et de sécurité. Suivant les services disponibles dans un endroit particulier, d'autres acteurs peuvent être inclus.
- En tant qu'équipe multisectorielle, établir des réseaux de renvoi, des systèmes de communication, des mécanismes de coordination et des stratégies de suivi.

Voir Annexe 3 pour l'assistance minimale qui peut et doit être mise à la disposition des victimes de viol y compris dans les endroits disposant de faibles ressources.

Rappel : l'autonomie et les souhaits de la victime doivent toujours être respectés.

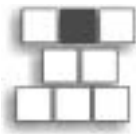
Liste de contrôle des besoins pour la gestion clinique des victimes de viol

1 Protocole	Disponible ?
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Protocole médical écrit dans la langue du prestataire* 	
2 Personnel	Disponible
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Professionnels de santé (locaux) qualifiés (disponibles 24 heures sur 24)* 	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pour les victimes de sexe féminin, présence d'un prestataire de soins de sexe féminin parlant leur langue (situation optimale). Si cela n'est pas possible, un agent de santé de sexe féminin (ou une amie) doit être présent dans la salle pendant l'examen* 	
3 Aménagement/meubles	Disponible
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Salle (privée, tranquille, accessible, avec accès à des toilettes ou latrines)* 	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Table d'examen* 	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Eclairage, de préférence fixe (une torche pourrait effrayer les enfants)* 	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Miroir grossissant (ou colposcope) 	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Accès à un autoclave pour stériliser le matériel* 	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Accès aux équipements de laboratoire/microscope/technicien formé 	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Balance et toise pour enfants 	
4 Fournitures	Disponible
<ul style="list-style-type: none"> ▶ « Kit viol » pour la collecte des preuves médico-légales pouvant comprendre : 	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Spéculum* (de préférence en plastique, à usage unique, tailles pour adultes seulement) 	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Peigne pour récupérer les corps étrangers parmi les poils pubiens 	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Seringues/aiguilles (butterfly pour les enfants)/tubes pour les prélèvements sanguins 	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lames en verre pour préparer les lamelles sèches et/ou humides (pour le sperme) 	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ecouvillons avec coton/applicateurs/compresses pour le prélèvement d'échantillons 	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Récipient de laboratoire pour le transport des écouvillons 	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Feuille de papier pour collecter les éventuels débris lorsque la victime se déshabille 	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mètre à ruban pour mesurer la taille des bleus, des lacérations, etc.* 	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sacs en papier pour la collecte des preuves* 	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ruban adhésif pour fermer et étiqueter les récipients/sacs* 	

Liste de contrôle des besoins pour la gestion clinique des victimes de viol

▶ Fournitures de protection générale (gants, poubelle pour le traitement spécifique des matériels contaminés ou tranchants, savon)*	
▶ Equipement de réanimation*	
▶ Instruments médicaux stériles (kit) pour traitement des déchirures et matériel de suture*	
▶ Aiguilles, seringues*	
▶ De quoi couvrir la victime lors de l'examen (blouse, tissu, drap)*	
▶ Vêtement de rechange pour remplacer ceux déchirés ou retirés à titre de preuve	
▶ Protection hygiénique (tampons ou serviettes hygiéniques)*	
▶ Tests de grossesse	
▶ Disque de calcul de la grossesse pour déterminer la date de début de la grossesse	
5 Médicaments	Disponible
▶ Pour le traitement des IST, selon le protocole national*	
▶ Pour la prophylaxie post-exposition de la transmission du VIH (PPE)*	
▶ Pilules contraceptives d'urgence et/ou dispositif intra-utérin libérant du cuivre (DIU)*	
▶ Anatoxine tétanique, immunoglobuline antitétanique	
▶ Vaccin contre l'hépatite B	
▶ Analgésiques* (par exemple, du paracétamol)	
▶ Anxiolytiques (par exemple, du diazépam)	
▶ Sédatifs pour enfants (par exemple, du diazépam)	
▶ Anesthésique local pour les sutures*	
▶ Antibiotiques pour le traitement des plaies*	
6 Fournitures administratives	Disponible
▶ Carte sanitaire avec pictogrammes*	
▶ Formulaire d'enregistrement de l'assistance post-viol	
▶ Formulaire de consentement*	
▶ Brochures d'information sur l'assistance post-viol (pour les victimes)*	
▶ Armoire à clé pour conserver les documents confidentiels en toute sécurité*	

*Les éléments identifiés par un astérisque représentent les besoins minimum pour l'examen et le traitement des victimes de viol.



PHASE 2 – Préparation de la victime avant l'examen

La victime d'un viol est traumatisée et peut se trouver dans un état d'agitation ou de dépression. Elle a souvent peur et éprouve des sentiments de culpabilité, de honte et de colère ou bien un mélange de ces sentiments. L'agent de santé doit la préparer et obtenir son consentement éclairé pour l'examen et doit procéder à l'examen de manière bienveillante, systématique et complète.

Préparation de la victime avant l'examen:

- Se présenter.
- S'assurer qu'un soignant ou un agent de santé qualifiés du même sexe reste près de la victime pendant l'examen.
- Expliquer tout ce qui va se passer à chaque étape de l'examen, pourquoi cela est important, ce qu'il va apporter à la victime et comment il influera sur l'assistance qui sera prêtée.
- Rassurer la victime en lui indiquant qu'elle aura le plein contrôle de la rapidité, du déroulement et des composantes de l'examen.
- Rassurer la victime en lui indiquant que les résultats de l'examen seront confidentiels à moins que la personne décide de porter plainte (voir Annexe 4).
- Lui demander si elle a des questions.
- Lui demander si elle souhaite qu'une personne particulière soit présente pour la soutenir. Essayer de lui poser cette question lorsqu'elle est seule.
- Examiner le formulaire de consentement (voir Annexe 4) avec la victime. S'assurer qu'elle comprend tout ce qu'il contient et lui expliquer qu'elle peut refuser tout aspect de l'examen. Lui expliquer qu'elle peut supprimer les références à ces aspects sur le formulaire de consentement. Une fois que vous avez la certitude qu'elle a compris le formulaire dans son intégralité, lui demander de le signer. Si elle n'est pas en mesure d'écrire, se procurer l'empreinte de son pouce et la signature d'un témoin.
- Limiter au nombre strictement nécessaire les personnes admises dans la salle pendant l'examen.
- Procéder le plus tôt possible à l'examen.
- Ne pas forcer ni faire pression sur la victime contre son gré. Lui expliquer qu'elle peut refuser certaines étapes de l'examen à tout moment pendant celui-ci.



PHASE 3 – Anamnèse et récit des faits

Lignes de conduite générales

- Si l'entretien se passe dans la salle d'examen, recouvrir les instruments médicaux avant leur utilisation.
- Avant d'écouter le récit des faits, examiner les documents éventuels apportés par la victime au centre médico-sanitaire.
- Parler d'une voix calme et regarder la victime dans les yeux si sa culture le permet.
- Laisser la victime raconter son histoire comme elle le préfère.
- Les questions doivent être posées gentiment en s'adaptant au rythme de la victime. Éviter les questions embarrassantes du style "que faisiez-vous toute seule?"
- Prendre le temps de rassembler toutes les informations nécessaires sans aucune hâte.
- Ne pas poser de questions déjà abordées et documentées par d'autres personnes impliquées dans l'affaire.
- Éviter toute distraction ou interruption pendant le récit des faits.
- Expliquer ce qui va être fait à chaque étape.

Un exemple de formulaire d'anamnèse et d'examen type est présenté à l'Annexe 5. Les principaux éléments du formulaire d'anamnèse sont décrits ci-après.

Informations générales

- Nom, adresse, sexe, date de naissance (ou âge exprimé en années).
- Date et heure de l'examen, noms et fonctions des personnes (membre du personnel ou personne requise par la victime) présents pendant l'entretien et l'examen.

Description des faits

- Demander à la victime de décrire ce qui s'est passé. La laisser parler à son rythme. Ne pas l'interrompre pour demander des détails; attendre qu'elle ait terminé son récit pour lui demander d'éclaircir certains points. Lui expliquer qu'elle n'est pas obligée de raconter ce qui la met mal à l'aise.
- Les victimes peuvent omettre ou éviter de décrire certains détails de l'agression qui sont particulièrement douloureux ou traumatisants mais il est important que l'agent de santé comprenne exactement ce qui s'est passé de manière à vérifier les éventuelles blessures et évaluer les risques de grossesse, IST ou VIH. Il convient de l'expliquer à la victime et de la rassurer quant au caractère confidentiel de l'entretien, notamment si elle hésite à fournir des informations détaillées. Le formulaire de l'Annexe 5 spécifie les informations requises.

Anamnèse

- Si l'incident a eu lieu récemment, déterminer si depuis, la victime s'est lavée, a uriné, vomi, déféqué, pris une douche vaginale ou a changé de vêtements. Cela pourrait compromettre le rassemblement des preuves médico-légales.
- Les informations sur les problèmes de santé préexistants (allergies, prise de médicaments, vaccination et état sérologique) aideront à déterminer le traitement adéquat, l'aide psychologique nécessaire et le suivi médical.
- Évaluer la possibilité d'une grossesse, demander des détails sur la contraception et la date des dernières règles.

Dans les pays développés, environ 2 % des victimes de viol s'avéraient être enceintes au moment du viol.¹ Certaines n'étaient pas au courant de leur grossesse. Vérifier la possibilité d'une grossesse préexistante chez les femmes en âge de procréer en pratiquant un test de grossesse ou bien au travers de l'anamnèse et de l'examen. Le tableau suivant suggère quelques questions utiles à poser à la victime si un test de grossesse s'avère impossible.

Questionnaire pour déterminer s'il y a grossesse préexistante (adapté à partir d'un protocole FHI ²)		
Non		Oui
	1 Avez-vous accouché au cours des 4 dernières semaines ?	
	2 Vous avez accouché il y a moins de 6 mois et vous avez allaité et vous n'avez pas eu vos règles depuis la naissance de votre enfant ?	
	3 Vos dernières règles ont-elles commencé au cours de ces 7 derniers jours ?	
	4 Avez-vous subi une fausse couche ou un avortement au cours de ces 7 derniers jours ?	
	5 Avez-vous eu des rapports sexuels depuis vos dernières règles (hormis la violence subie) ?	
	6 Utilisez-vous correctement un mode de contraception fiable ? (vérifier en posant des questions spécifiques)	

<p>Si la victime répond NON à <u>toutes</u> les questions, rechercher des signes et des symptômes de grossesse. Si la grossesse <i>ne peut pas</i> être exclue ou confirmée, lui parler de la contraception d'urgence de manière à ce qu'elle puisse se décider en connaissance de cause (voir Phase 7).</p>	<p>Si la victime répond OUI à <u>au moins 1 question</u> et qu'elle ne présente aucun signe ou symptôme de grossesse, lui parler de la contraception d'urgence de manière à ce qu'elle puisse se décider en connaissance de cause (voir Phase 7).</p>
---	--

1 *Sexual assault nurse examiner (SANE) development and operation guide*. Washington, DC, Département de Justice des Etats-Unis, Bureau des Programmes Juridiques, Bureau des Victimes d'Actes Criminels, 1999 (www.sane-sart.com).

2 Liste de contrôle permettant d'exclure toute grossesse chez les patients du planning familial bénéficiant de soins primaires. *Lancet*, 1999, 354(9178).



PHASE 4 – Collecte des preuves médico-légales

Le principal objectif de l'examen d'une victime de viol est de déterminer le traitement médical à administrer. Toutefois, il est également possible de collecter des preuves médico-légales qui aideront la victime à se pourvoir en justice si cette action est possible.

La victime peut refuser que des preuves médico-légales soient prélevées. Dans ce cas, il convient de respecter son choix.

Ce qu'il faut savoir avant de développer le protocole

Chaque zone géographique a ses propres dispositions juridiques et ses propres structures (laboratoires, réfrigération, etc.) pour effectuer les tests sur les preuves médico-légales. La nature des preuves prélevées et la personne chargée de ce prélèvement dépendent des ressources et des politiques nationales et locales. Seuls les agents de santé formés et qualifiés doivent rassembler les preuves. **Ne rassembler de preuves qui ne peuvent être traitées ou qui ne seront utilisées.**

Dans certains pays, le médecin peut être obligé par la loi de donner son avis sur les preuves physiques prélevées. S'informer de la responsabilité du prestataire de soins appelé à faire son rapport devant une cour de justice. Demander à un juriste de rédiger un bref rapport illustrant les procédures juridiques locales en cas de viol et les questions généralement posées lors des témoignages au tribunal.

Pourquoi collecter les preuves médico-légales

Un examen des preuves médico-légales a pour but de collecter les preuves qui pourront aider à prouver ou contester tout lien entre

les personnes et/ou entre les personnes et les objets ou lieux. Les preuves médico-légales peuvent être utilisées pour étayer le récit d'une victime, confirmer un contact sexuel récent, démontrer l'usage de la force ou la contrainte et identifier éventuellement l'agresseur. Une collecte et un stockage en bonne et due forme des preuves médico-légales peuvent être décisifs pour l'engagement par la victime de poursuites judiciaires. Une attention particulière doit être portée aux mécanismes existants de recours légal et aux moyens d'analyse au niveau local des échantillons lorsqu'il s'agit de déterminer si un examen médico-légal doit ou non être accordé à une victime. Il convient de prendre en considération les exigences et les compétences de la justice pénale locale ainsi que l'aptitude des laboratoires locaux à analyser les preuves.

L'Annexe 7 fournit des informations plus détaillées sur la conduite de l'examen médico-légal et sur les techniques de collecte et de stockage appropriées.

Collecter les preuves médico-légales le plus tôt possible après l'agression

Le fait de documenter les blessures et de prélever des échantillons (sang, cheveux, salive et sperme) dans les 72 heures qui suivent l'agression peut contribuer à confirmer le récit de la victime et à identifier son/ses agresseur(s). Si la personne se présente plus de 72 heures après le viol, la quantité et le type de preuves collectées dépendront de chaque situation.

Les preuves médico-légales doivent si possible être prélevées pendant l'examen médical de manière à ce que la victime n'ait pas à subir plusieurs examens invasifs qui pourraient s'avérer traumatisants.

Documenter le cas

- Documenter l'entretien et les résultats de l'examen de manière claire, complète, objective et sans porter de jugement.
- Il n'incombe pas au prestataire de soins de déterminer si une femme a été ou non violée. Documenter les résultats sans tirer de conclusion sur le viol. A noter que dans de nombreux cas, il n'existe aucun résultat clinique.
- Evaluer et documenter de manière exhaustive l'état physique et émotionnel de la victime.
- Documenter clairement et systématiquement toutes les blessures en utilisant des termes standard et en décrivant les caractéristiques des plaies (voir Tableau 1). Illustrer les résultats à l'aide des pictogrammes fournis (voir Annexe 6). Les agents de santé qui ne sont pas formés à l'interprétation des blessures doivent se limiter à les décrire avec le plus de détails possible (voir Tableau 1) sans spéculer sur la cause dans la mesure où un tel comportement pourrait avoir des conséquences profondes sur la victime et l'agresseur accusé.
- Documenter avec précision les déclarations importantes faites par la victime en utilisant ses propres mots, par exemple les menaces proférées par son agresseur. Ne pas avoir peur de noter le nom de l'agresseur mais utiliser des tournures du type « la patiente affirme » ou « la patiente raconte ».
- Eviter d'utiliser le terme « présumé » dans la mesure où il pourrait faire penser que la victime a exagéré ou menti.
- Noter les échantillons prélevés à titre de preuve.

Tableau 1 : Description des caractéristiques des blessures corporelles

CARACTERISTIQUE	NOTES
Classification	Utiliser si possible la terminologie acceptée, à savoir, écorchure, contusion, lacération, plaie ouverte, blessure par balle.
Endroit	Documenter la position anatomique de la/des blessure(s).
Taille	Mesurer les dimensions de la/des blessure(s).
Forme	Décrire la forme de la/des blessure(s) (par exemple, droite, courbe, irrégulière).
Zones contiguës	Noter l'état des zones contiguës ou des tissus situés à proximité (par exemple, contusion, gonflement).
Couleur	L'observation de la couleur est particulièrement importante dans la description des contusions.
Sens	Commenter la direction dans laquelle la force a été apparemment appliquée (par exemple dans le cas d'écorchures).
Contenu	Noter la présence de tout corps étranger dans la plaie (par exemple, des poussières, du verre).
Age	Commenter toute preuve de cicatrisation/guérison. (Noter qu'il est impossible d'identifier avec précision l'âge d'une blessure, commenter avec précaution cet aspect).
Pourtour	Le pourtour de la/des blessures peut fournir un indice sur l'arme utilisée.
Profondeur	Indiquer la profondeur de la/des blessure(s); une estimation devra en être donnée.

Adapté de : *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*, Genève, OMS, 2003.

Echantillons pouvant être prélevés à titre de preuve

- Preuve des blessures : le traumatisme physique et/ou génital témoigne de l'usage de la force et doit être documenté (voir Tableau 1) et illustré sur les pictogrammes.
- Vêtements : les vêtements déchirés ou tachés peuvent s'avérer utiles pour prouver l'usage de la force. Si les vêtements ne sont pas gardés comme preuve (par exemple, en l'absence de vêtements de rechange), décrire l'état de ces derniers.
- La présence de corps étrangers (terre, feuilles, herbe) sur les vêtements, le corps ou dans les cheveux peut confirmer le récit de la victime.
- Cheveux : des cheveux n'appartenant pas à la victime peuvent être trouvés sur ses vêtements ou son corps. Il est possible de prélever des poils pubiens ou des cheveux de la victime à des fins de comparaison.
- Sperme et liquide séminal : des échantillons peuvent être prélevés dans le vagin, l'anus ou la cavité orale (si la pénétration a eu lieu dans ces endroits) afin de vérifier la présence de sperme et effectuer l'analyse de la phosphatase acide prostatique.
- L'analyse ADN, si elle est disponible, peut être effectuée sur les substances repérées sur le corps de la victime ou sur le lieu de l'agression qui garderaient des traces de sang, sperme, salive ou une autre substance de l'agresseur (par exemple, les vêtements, les serviettes hygiéniques, les mouchoirs, les préservatifs) ainsi que sur les prélèvements effectués sur les morsures, taches de spermes, orifices concernés ou encore sur les ongles coupés et grattés. Dans ce cas, un échantillon de sang de la victime doit être prélevé afin de distinguer son ADN de celui de son agresseur.
- Sang ou urine pour les dépistages toxicologiques (par exemple, si la victime a été droguée).

Les preuves médico-légales doivent être prélevées pendant l'examen médical et doivent être stockées en toute sécurité et confidentialité. Il est nécessaire d'obtenir l'accord de la victime avant de collecter des preuves.

Travailler systématiquement en respectant le formulaire d'examen médical (voir Annexe 5). Expliquer tout ce qui est fait et pourquoi. Les preuves ne doivent être délivrées aux autorités que si la victime décide d'engager des poursuites judiciaires.

Le certificat médical³

L'assistance médicale fournie à une victime de viol comprend la préparation d'un certificat médical. Ce certificat est une obligation légale dans la plupart des pays. Il incombe au prestataire de soins examinant la victime de s'assurer qu'un certificat est effectué.

Le certificat médical est un document médical confidentiel que le médecin doit transmettre à la victime. Le certificat médical constitue une preuve et est souvent la seule preuve matérielle disponible mis à part le récit de la victime.

En fonction du contexte, la victime peut utiliser le certificat dans un délai de 20 ans maximum suivant l'agression pour engager des poursuites judiciaires ou obtenir une compensation. Le prestataire de soins doit en garder une copie sous clé avec le dossier de la victime afin de pouvoir attester de l'authenticité du document fourni par la victime devant un tribunal si nécessaire. La victime est la seule personne en droit de décider de l'utilisation de ce document.

3 Adapté de : *Medical care for rape survivors*, MSF, Décembre 2002.

Le certificat médical peut être transmis aux services juridiques ou aux organismes avec un mandat de protection seulement après accord explicite de la victime.

Voir Annexe 8 pour consulter des exemples de certificats médicaux. Ces derniers doivent être adaptés à chaque situation en collaboration avec un juriste.

Un certificat médical doit comporter les éléments suivants :

- le nom et la signature du médecin chargé de l'examen;*
- le nom de la victime;*
- la date exacte et le lieu de l'examen;*
- le récit des faits par la victime dans ses propres termes;
- les résultats de l'examen clinique;
- la nature des échantillons prélevés;
- une conclusion.

* *Si le certificat comporte plus d'une page, ces éléments doivent être reportés sur chaque page du document.*

Si le certificat est transmis à des organisations des droits de l'homme pour défendre la cause des victimes, sans l'accord de la victime en question, son nom ne doit pas apparaître sur les pages du document.



PHASE 5 – Examen physique et génital

Le principal objectif de l'examen physique est de déterminer le traitement médical à administrer à la victime. Travailler systématiquement en respectant le formulaire d'examen médical (voir formulaire type en Annexe 5).

Le contenu de l'examen physique dépendra de la précocité avec laquelle la victime se présente au service médico-sanitaire après l'agression. Si elle se présente dans les 72 heures qui suivent l'agression, suivre les instructions de la Partie A; si la victime se présente après 72 heures, consulter la Partie B. Les lignes de conduite générales suivantes s'appliquent dans les deux cas.

Lignes de conduite générales

- S'assurer que les équipements et les fournitures ont été préparés.
- **Toujours commencer par observer la victime avant de la toucher**, et noter son apparence ainsi que son état mental.
- **Toujours expliquer à la victime ce qui va être fait et lui demander sa permission avant de procéder.**
- Lui assurer qu'elle a le plein contrôle, qu'elle peut poser des questions et qu'elle peut interrompre l'examen à tout moment.
- Noter les signes vitaux de la patiente (pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire et température).
- L'évaluation initiale peut révéler de graves complications médicales nécessitant un traitement de toute urgence et impliquant une hospitalisation de la patiente. Parmi ces complications figurent :
 - ▶ traumatisme important (au niveau des parties génitales, de la tête, de la poitrine ou de l'abdomen),

- ▶ enflure asymétrique des articulations (arthrite septique),
- ▶ déficits neurologiques,
- ▶ difficultés respiratoires.

Le traitement de ces complications n'est pas abordé dans le présent guide.

- Obtenir le consentement éclairé et volontaire de la victime pour l'examen et le prélèvement des échantillons requis à des fins d'analyse médico-légale (voir formulaire de consentement type à l'Annexe 4).
- Consigner tous les résultats et observations de manière aussi claire et exhaustive que possible sur un formulaire d'examen standard (voir Annexe 5).

Partie A : la victime se présente dans les 72 heures qui suivent l'agression

Examen physique

- Ne jamais demander à la patiente de se déshabiller ou de se découvrir complètement. Examiner d'abord la partie supérieure du corps puis la partie inférieure ou bien lui donner une blouse pour qu'elle puisse se couvrir.
- Examiner minutieusement et systématiquement le corps de la patiente. Commencer l'examen par les signes vitaux puis observer les mains et les poignets plutôt que la tête, ce qui mettra la victime plus en confiance. Ne pas oublier d'examiner les yeux, le nez et la bouche (intérieur des lèvres, les gencives et le palais, l'intérieur et l'arrière des oreilles et le cou). Rechercher des éventuels signes de grossesse. Prendre note du stade pubertaire.

- Rechercher des signes cohérents avec le récit de la victime : morsures, coups de poing, signes d'immobilisation au niveau des poignets, zones du cuir chevelu où les cheveux ont été arrachés ou tympans perforés à la suite de gifles (voir Tableau 1 en Phase 4). Si la victime déclare avoir été étranglée, examiner les yeux pour contrôler la présence d'hémorragies rétiniques. Examiner la zone du corps qui était en contact avec la surface où l'agression a eu lieu pour vérifier la présence éventuelle de blessures.
- Consigner tous les éléments constatés sur le formulaire d'examen et les pictogrammes du corps humain (voir Annexe 6), en prenant soin de préciser le type, la taille, la couleur et la forme des contusions, lacérations, ecchymoses et pétéchies.
- Prendre note de l'état mental et émotionnel de la victime (repliée sur elle-même, en pleurs, calme etc.).
- Prélever des échantillons des corps étrangers présents sur le corps ou les vêtements de la victime (sang, salive et sperme, rognures d'ongles, prélèvements sur morsures, etc.) selon le protocole local de collecte des preuves.
- ▶ Vérifier la présence de lésions génitales telles que des contusions, des égratignures, des écorchures, des lacérations (souvent situées au niveau de la fourchette postérieure).
- ▶ Rechercher d'éventuels signes d'infection (ulcères, pertes vaginales ou verrues).
- ▶ Vérifier la présence de lésions au niveau de l'orifice d'entrée et de l'hymen en saisissant les lèvres par leur bord postérieur entre l'index et le pouce et en les tirant délicatement vers l'extérieur et vers le bas. Les lacérations de l'hymen sont plus courantes chez les petites filles et les adolescentes (voir "Assistance aux enfants victimes de viol", page 32).
- ▶ Prélever des échantillons selon le protocole local de collecte des preuves. En cas de prélèvement d'échantillons pour une analyse ADN, procéder tout d'abord à des prélèvements autour de l'anus et du périnée puis au niveau de la vulve afin d'éviter toute contamination.

Examen des parties génitales, de l'anus et du rectum

Même si les parties génitales de la femme sont examinées aussitôt après le viol, les dommages sont identifiables dans moins de 50 % des cas. Effectuer un examen gynécologique comme décrit ci-dessous.

Collecter les preuves au fur et à mesure de l'examen selon le protocole local de collecte des preuves (voir Annexe 7). Noter l'emplacement des lacérations, écorchures et contusions sur le pictogramme et le formulaire d'examen.

- Contrôler systématiquement dans l'ordre suivant le pubis, l'intérieur des cuisses, le périnée, l'anus, les grandes et petites lèvres, le clitoris, l'urètre, l'orifice d'entrée et l'hymen :
 - ▶ Noter les éventuelles cicatrices de mutilations génitales précédentes ou résultant d'un accouchement antérieur.
 - ▶ Noter la forme et la dilatation de l'anus. Remarquer les éventuelles fissures autour de l'anus, la présence de matière fécale sur la peau du périnée et les saignements au niveau des lacérations rectales.
 - ▶ Si cela est suggéré par l'anamnèse, prélever des échantillons au niveau du rectum selon le protocole local de collecte des preuves.
- En cas de pénétration vaginale, introduire délicatement un spéculum lubrifié avec de l'eau ou une solution saline ordinaire (**ne pas utiliser de spéculum lors de l'examen des enfants**; voir "Assistance aux enfants victimes de viol", page 32):
 - ▶ Sous un bon éclairage, inspecter le col puis le fornix postérieur et la muqueuse vaginale pour rechercher d'éventuelles blessures et signes d'infection.
 - ▶ Procéder à des prélèvements de sécrétions vaginales selon le protocole local de collecte des preuves.

- Si cela est suggéré par l'anamnèse et le reste de l'examen, effectuer un examen à deux mains et palper le col, l'utérus et les annexes pour rechercher d'éventuels signes de lésions abdominales, grossesse ou infection.
- Si cela est suggéré, procéder à un examen rectovaginal et contrôler la zone rectale pour rechercher d'éventuelles blessures, lésions recto-vaginales ou fistules, saignements et pertes. Mesurer la tonicité du sphincter. En cas de saignement, douleur, doute quant à la présence d'un corps étranger, orienter la patiente vers un hôpital.

Note : dans certaines cultures, il est inconcevable de pénétrer le vagin d'une femme vierge à l'aide de n'importe quel objet, y compris, un spéculum, un doigt ou un tampon. Dans ce cas, il est parfois nécessaire de limiter l'examen à l'inspection des organes génitaux externes à moins que des symptômes ne fassent penser à la présence de dommages internes.

Considérations spéciales pour les femmes âgées

Les femmes âgées qui ont subi un viol vaginal courent des risques plus importants de lacérations et de lésions vaginales ainsi que de transmission du VIH et IST. La réduction des taux hormonaux due à la ménopause entraîne une plus faible lubrification du vagin dont les parois deviennent plus fines et plus fragiles. Utiliser un spéculum plus fin pour l'examen génital. Si le prélèvement de preuves médico-légales ou le dépistage des IST sont les seuls motifs de l'examen, procéder simplement aux prélèvements sans utiliser de spéculum.

Considérations spéciales pour les hommes

- Concernant l'examen génital :
 - ▶ Examiner le scrotum, les testicules, le pénis, le tissu périurétral, l'orifice urétral et l'anus.
 - ▶ Noter si la victime a été circoncise.

- ▶ Vérifier la présence d'hyperhémie, de boursouffures (faire la différence entre une hernie inguinale, une hydrocèle et une hématocèle), de torsion des testicules, de contusions, de lacérations anales etc.
- ▶ La torsion des testicules représente un cas d'urgence et nécessite l'envoi immédiat de la victime chez un spécialiste.
- ▶ Si l'urine contient d'importantes quantités de sang, vérifier la présence de traumatismes péniens et urétraux.
- ▶ Si nécessaire, procéder à un examen rectal et vérifier la présence de traumatismes et de signes d'infection au niveau du rectum et de la prostate.
- ▶ Si nécessaire, procéder à un prélèvement rectal pour un examen direct du sperme au microscope.

Tests de laboratoire

Seuls les échantillons mentionnés à la Phase 4 doivent être collectés pour les tests en laboratoire. Si l'anamnèse et les résultats de l'examen l'indiquent, d'autres échantillons peuvent être prélevés à des fins médicales.

- Si la victime se plaint de symptômes indiquant la présence d'une infection urinaire, prélever un échantillon d'urine pour tester les globules rouges et blancs et si possible le mettre en culture.
- Faire un test de grossesse si cela est conseillé et disponible (voir Phase 3).
- Des examens diagnostiques complémentaires (par exemple, radiographies et examens aux ultrasons) peuvent s'avérer utiles pour détecter des fractures ou des traumatismes abdominaux.

Partie B : la victime se présente plus de 72 heures après l'agression

Examen physique

Il est rare de trouver des preuves physiques plus d'une semaine après une agression. Si la victime se présente dans la semaine qui suit le viol ou parce qu'elle se plaint de certains symptômes, procéder à un examen physique complet comme décrit ci-dessus. Dans tous les cas :

- Noter les dimensions et la couleur des bleus et cicatrices;
- Noter toute trace éventuelle de complications dues au viol (surdité, fractures, abcès etc.);
- Vérifier les signes de grossesse;
- Noter l'état mental de la victime (normale, repliée sur elle-même, déprimée, suicidaire).

Examen des parties génitales

Si l'agression a eu lieu plus de 72 heures auparavant mais si ce délai ne dépasse pas une semaine, noter tout signe de guérison de lésions au niveau des parties génitales et/ou de récentes cicatrices.

Si l'agression a eu lieu plus d'une semaine auparavant et que la victime ne présente aucune contusion ni lacération ni symptôme (par exemple, pertes vaginales/anales ou ulcères), rien n'indique la nécessité de procéder à un examen génital.

Même si l'on ne s'attend pas à trouver des blessures, la victime peut sentir qu'elle a été blessée. Un examen minutieux rassurant la victime quant à l'absence de blessures physiques peut grandement soulager et profiter au patient et constituer le principal motif de sa présence.

Dépistage de laboratoire

Faire un test de grossesse s'il est indiqué et disponible (voir Phase 3). S'il y a un laboratoire, des échantillons peuvent être prélevés au niveau du vagin et de l'anus pour le dépistage des IST à des fins de traitement. Le dépistage peut comprendre :

- Test rapide de la r agine plasmatique (RPR) pour dépister la syphilis ou bien tout test rapide aux points de services;
- Coloration de Gram et culture pour la gonorrhée;
- Culture ou test immunoenzymatique (ELISA) pour la chlamydia ou bien tout test rapide aux points de services;
- Lamelle humide pour dépistage de la trichomonase;
- Test VIH (seulement si la patiente le souhaite et après avoir été conseillée).



PHASE 6 – Prescription du traitement

Le traitement dépendra de la précocité avec laquelle la victime se présente au service médico-sanitaire. Si elle se présente dans les 72 heures qui suivent l'agression, suivre les instructions de la Partie A; si la victime se présente après 72 heures, consulter la Partie B. Les victimes de sexe masculin nécessitent les mêmes vaccinations et traitements des IST que les victimes de sexe féminin.

Partie A : la victime se présente dans les 72 heures qui suivent l'agression

Prévention des infections sexuellement transmissibles

Ce qu'il faut savoir avant de développer le protocole

La *Neisseria gonorrhoeae*, la bactérie responsable de la gonorrhée est très résistante à plusieurs antibiotiques. De nombreux pays disposent de protocoles locaux de traitement des IST reposant sur des modèles locaux de résistance. Se procurer le protocole de traitement des IST en vigueur localement et l'utiliser avec les victimes de viol.

- Les victimes de viol doivent être soignées à l'aide d'antibiotiques pour prévenir la gonorrhée, la chlamydia et la syphilis (voir Annexe 9). Si d'autres IST sont répandues au niveau local (par exemple, la trichomonase ou le chancre mou), administrer également un traitement préventif pour ces infections.
- Administrer à la victime les traitements les plus courts disponibles dans le protocole local et faciles à prendre. Par exemple, 400 mg de céfixime plus 1 g

d'azithromycine par voie orale suffiront au traitement préventif de la gonorrhée, de la chlamydia et de la syphilis.

- Se rappeler que les femmes enceintes ne peuvent pas prendre certains antibiotiques. Modifier leur traitement en conséquence (voir Annexe 9).
- Des exemples de traitement des IST recommandés par l'OMS sont présentés à l'Annexe 9.
- Des traitements préventifs des IST peuvent commencer le même jour que la contraception d'urgence et la prophylaxie post-exposition VIH (PPE) bien que les doses doivent être espacées (et prises au moment des repas) pour limiter les effets secondaires, tels que les nausées.

Prévention de la transmission VIH

Ce qu'il faut savoir avant de développer le protocole

A la date de publication du présent document, aucune information concluante n'existait quant à l'efficacité de la prophylaxie post-exposition (PPE) dans la prévention de la transmission du VIH à la suite d'un viol. Cependant, d'après les expériences sur la prophylaxie après exposition professionnelle et la prévention de la transmission mère-enfant, il s'avère bénéfique de lancer la PPE dès que possible (et dans tous les cas, dans les 72 heures suivant l'agression). La PPE pour les victimes de viol est disponible dans certaines structures sanitaires nationales et peut être commandée avec les kits médicaux d'urgence inter-agences. Avant de mettre en place ce service, s'assurer que le personnel connaît les instructions de la PPE et sait comment conseiller les victimes à ce sujet ou bien dresser la liste des noms et adresses des prestataires qui la fournissent.

- La PPE doit être proposée aux victimes en fonction de l'évaluation des risques réalisée par le prestataire de soins qui repose sur les faits survenus pendant l'agression (à savoir, pénétration ou non, nombre d'agresseurs, blessures occasionnées, etc.) et de la prévalence du VIH dans la région. Les risques de transmission du VIH sont plus importants dans les cas suivants : plus d'un agresseur, victime présentant des écorchures ou lésions de la peau, viol par voie anale, agresseur connu comme étant séropositif ou toxicomane adepte de drogues par injection. **Si l'état séropositif des agresseurs n'est pas connu, anticiper leur séropositivité, tout particulièrement dans les pays à forte prévalence du VIH.**
- La PPE comprend généralement 2 ou 3 médicaments antirétroviraux (ARV) à prendre pendant 28 jours (voir exemples à l'Annexe 10). La prescription de la PPE pose certains problèmes et soulève bien des questions, notamment la difficulté de conseiller la victime sur le VIH dans un moment aussi difficile. Pour en savoir plus sur la PPE, voir les documents listés à l'Annexe 1.
- Si la PPE n'est pas disponible sur place, envoyer le plus tôt possible (dans les 72 heures qui suivent le viol) la victime vers un centre compétent. Si la victime se présente après 72 heures, l'informer sur les services de conseil et de dépistage volontaire (VCT) disponibles localement.
- La PPE peut commencer le même jour que la contraception d'urgence et les traitements préventifs des IST bien que les doses doivent être espacées et prises au moment des repas pour limiter les effets secondaires, tels que les nausées.
- **Les pilules progestatives sont recommandées comme PCU.** Elles sont plus efficaces que le régime oestrogène-progestérone et présentent moins d'effets secondaires (voir Annexe 11).
- Les pilules contraceptives d'urgence agissent en interrompant le cycle reproductif de la femme ; elles retardent ou empêchent l'ovulation, en bloquant la fécondation ou en empêchant l'implantation de l'ovule. Etant donné que les PCU n'interrompent ni ne nuisent à une grossesse déclarée, l'OMS ne les considère pas comme une méthode d'avortement.⁴
- Le recours à une contraception d'urgence constitue un choix personnel qui ne peut être pris que par la femme et elle seule. Les femmes doivent être conseillées de manière objective à ce sujet de manière à prendre une décision en connaissance de cause. Un agent de santé souhaitant prescrire des PCU doit toujours être disponible pour les prescrire aux victimes de viol qui souhaitent y avoir recours.
- Si la victime est une jeune fille qui a eu ses premières règles, aborder le sujet de la contraception d'urgence avec elle, ses parents ou son tuteur afin qu'elle puisse comprendre et suivre le traitement prescrit.
- Si une grossesse est détectée à ce stade, à l'aide d'un test ou de l'anamnèse/examen (voir Phases 3 et 5), faire clairement comprendre à la victime qu'elle ne peut pas résulter du viol.
- Il n'existe aucune contre-indication connue quant à l'administration simultanée de PCU, d'antibiotiques pour IST et de la PPE bien que les doses doivent être espacées et prises au moment des repas pour réduire les effets secondaires tels que les nausées.

Prévention de la grossesse

- La prise de pilules contraceptives d'urgence (PCU) dans les 120 heures (5 jours) qui suivent un rapport sexuel non protégé réduit les probabilités de grossesse de 56% à 93% en fonction du traitement choisi et de sa date de démarrage.

4 *Emergency contraception: a guide for service delivery*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (OMS/FRH/FPP/98.19).

Traitement des blessures

Nettoyer les lacérations, plaies et écorchures. Éliminer les salissures, matières fécales ainsi que les tissus nécrosés ou abîmés. Vérifier si des plaies doivent être suturées. Suturez les plaies propres dans les 24 heures. Après ce délai, elles devront guérir par cicatrisation secondaire ou par une suture primaire retardée. Ne pas suturer les plaies très sales. En présence de plaies fortement contaminées, administrer des antibiotiques et des analgésiques.

TT – anatoxine tétanique

DTP – triple antigène : anatoxine tétanique et diphtérique et vaccin contre la coqueluche

DT – double antigène : anatoxine tétanique et diphtérique; administré aux enfants jusqu'à l'âge de 6 ans

Td – double antigène : anatoxine tétanique et diphtérique réduite; administré aux individus de 7 ans et plus

TIG – immunoglobuline antitétanique

Prévention du tétanos

Ce qu'il faut savoir avant de développer le protocole

- L'anatoxine tétanique est disponible dans plusieurs préparations différentes. Vérifier les lignes de conduite locale en matière de vaccination pour connaître les recommandations.
- L'immunoglobuline antitétanique (antitoxine) coûte cher et doit être réfrigérée. Elle n'est pas disponible dans les endroits disposant de faibles ressources.

- En présence de lacérations au niveau de la peau ou de la muqueuse, la prophylaxie antitétanique doit être pratiquée à moins que la victime ait été totalement vaccinée.
- A l'aide du Tableau 2, décider s'il faut administrer l'anatoxine tétanique (protection active) et l'immunoglobuline antitétanique (protection passive) si disponible.
- Si le vaccin et l'immunoglobuline sont administrés en même temps, il est important d'utiliser des aiguilles et des seringues différentes ainsi que différents points d'injection.
- Conseiller aux victimes de suivre le programme de vaccination (deuxième dose après 4 semaines, troisième dose entre 6 mois et un an).

Tableau 2. Guide d'administration de l'anatoxine tétanique (TT) et de l'immunoglobuline antitétanique (TIG) en cas de plaies⁵

Antécédents d'immunisation tétanique (nombre de doses)	Si les plaies sont propres et datent de moins de 6 heures ou en cas de plaies peu importantes		Toutes les autres plaies	
	TT*	TIG	TT*	TIG
Incertain ou <3	Oui	Non	Oui	Oui
3 ou plus	Non sauf si la dernière dose date de plus de 10 ans	Non	Non sauf si la dernière dose date de plus de 5 ans	Non

*Pour les enfants de moins de 7 ans, les DTP et DT sont à préférer par rapport à l'administration seule d'anatoxine tétanique. Dès 7 ans, le Td est à préférer par rapport à l'administration seule d'anatoxine tétanique.

5 Adapté de : Benenson, A.S. *Control of communicable diseases manual*. Washington DC, Association Américaine de Santé Publique, 1995.

Prévention de l'hépatite B

Ce qu'il faut savoir avant de développer le protocole

- Vérifier la prévalence de l'hépatite B au niveau local ainsi que les programmes de vaccination en vigueur dans le pays d'origine et le pays hôte de la victime.
 - Plusieurs vaccins contre l'hépatite B sont disponibles. Chacun de ces vaccins comporte des dosages et programmes spécifiques. Vérifier le dosage et le programme de vaccination du produit disponible sur place.
- La décision de pratiquer la prophylaxie post-exposition contre l'hépatite B dépendra du lieu de travail. Le vaccin peut ne pas être disponible dans la mesure où celui-ci est relativement onéreux et nécessite une réfrigération.
 - Aucune information n'est disponible sur l'incidence de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) à la suite d'un viol. Toutefois, le VHB est présent dans les liquides séminal et vaginal et est effectivement transmis au cours de rapports sexuels. Les victimes de viol doivent si possible être vaccinées contre l'hépatite B dans les 14 jours qui suivent l'agression.
 - Dans les pays où les programmes d'immunisation infantile impliquent généralement le vaccin contre l'hépatite B, il est possible que la victime ait déjà été totalement vaccinée. Si le carnet de vaccination le confirme, il n'est pas nécessaire d'administrer des doses supplémentaires du vaccin contre l'hépatite B.
 - Le programme habituel de vaccination comporte des piqûres à 0, 1 et 6 mois. Cependant, ce programme peut différer en fonction des produits et endroits. Administrer le vaccin par voie intramusculaire dans le muscle deltoïde (adultes) ou la cuisse antéro-latérale (nourrissons et enfants). Ne pas injecter le vaccin dans la fesse car il est moins efficace à cet endroit.
 - Le vaccin ne présente aucune contre-indication pour les femmes enceintes et les personnes atteintes d'infection VIH chronique ou antérieure. Il peut être administré en même temps que le vaccin contre le tétanos.

Aide psychologique

- L'aide psychosociale y compris le conseil (voir Phase 7) est un élément fondamental de l'assistance médicale aux victimes de viol. La plupart d'entre elles retrouvent un état psychologique normal au travers du soutien émotionnel et de la compréhension assurés par des personnes de confiance, des conseillers de la collectivité et des groupes de soutien. A ce stade, **ne pas** forcer la victime à parler de ses expériences personnelles outre celles dont elle souhaite parler. Cependant, la victime pourra bénéficier ultérieurement d'une aide psychologique et toutes les victimes doivent être dirigées vers le correspondant local compétent en matière de violence sexuelle et sexiste s'il en existe un.
- Si la victime montre des signes de panique et d'anxiété (vertiges, troubles respiratoires, palpitations et suffocations) qui ne peuvent être expliqués médicalement (à savoir, sans cause organique), lui expliquer que ces sensations sont très courantes chez les personnes qui sont affolées suite à une telle expérience traumatisante et que ces symptômes ne sont pas liés à une maladie ou blessure.⁶ Ces symptômes reflètent de fortes émotions et disparaîtront au fur et à mesure que le trouble émotionnel diminuera.
- Prescrire des médicaments uniquement dans des cas exceptionnels si le niveau d'anxiété est tel qu'il perturbe la vie quotidienne de la victime, qui, par exemple, ne peut plus parler avec d'autres personnes, pendant au moins 24 heures. Dans ce cas et seulement si l'état physique de la victime est stable, prescrire **un comprimé de 5 ou 10 mg** de diazépam, à prendre avant de se coucher pendant une durée maximale de 3 jours.

6 Resnick H, Acierno R, Holmes M, Kilpatrick DG, Jager N. Prevention of post-rape psychopathology: preliminary findings of a controlled acute rape treatment study. *Journal of anxiety disorders*, 1999, 13(4):359-70.

Orienter la personne vers un spécialiste en santé mentale pour réévaluer les symptômes le jour suivant. En l'absence de professionnel et si des symptômes critiques persistent, la dose peut être répétée pendant quelques jours avec une réévaluation quotidienne.

- **Attention : la prescription de benzodiazépine peut engendrer rapidement un état de dépendance, tout particulièrement chez les victimes traumatisées.**

Partie B : la victime se présente plus de 72 heures après l'agression

Infections sexuellement transmissibles

Si le dépistage de laboratoire des IST a mis en évidence une infection ou si la personne présente les symptômes d'une IST, suivre les protocoles locaux de traitement.

Transmission VIH

Dans certains endroits, le dépistage du VIH peut être effectué dès six semaines après le viol. En général, il est recommandé toutefois d'envoyer la victime vers les services de conseil et de dépistage volontaire après 3-6 mois afin d'éviter des tests répétés. Vérifier si ces services sont disponibles sur place ainsi que leurs protocoles.

Grossesse

- Si la victime est enceinte, tenter de vérifier si cette grossesse pourrait être due au viol. Si cela est ou pourrait être le cas, la conseiller sur les options disponibles sur place (voir Phase 3, Phase 7 et Phase 8).
- Si la victime se présente dans un délai compris entre 72 heures (3 jours) et 120 heures (5 jours) après le viol, la prise

d'une pilule contraceptive d'urgence progestative réduira les risques de grossesse. Ce traitement est plus efficace s'il est pris dans les 72 heures qui suivent l'agression mais il jouit encore d'une efficacité modérée dans les 120 heures suivant les rapports sexuels non protégés (voir Annexe 11). Il n'existe aucune donnée sur l'efficacité d'une contraception d'urgence après 120 heures.

- Si la victime se présente dans les cinq jours suivant le viol, la pose d'un DIU libérant du cuivre constitue une méthode efficace pour empêcher la grossesse (dans plus de 99 % des cas). Le DIU peut être retiré lors des règles suivantes ou bien laissé en place à titre de contraception future. Les femmes doivent recevoir des conseils à ce sujet afin de prendre une décision en connaissance de cause. Un agent qualifié doit conseiller la patiente et poser le DIU. Si un DIU est posé, bien administrer tous les traitements nécessaires contre les IST pour empêcher toute infection des voies génitales supérieures (voir les recommandations à l'Annexe 9).

Contusions, blessures et cicatrices

Traiter ou faire traiter toutes les plaies non cicatrisées, les fractures, les abcès ainsi que les autres blessures et complications.

Tétanos

En général, la période d'incubation du tétanos est de 3 à 21 jours voire plusieurs mois. En cas de constatation de signes d'infection tétanique, orienter la victime vers la structure médicale appropriée. Si elle n'a pas été totalement vaccinée, la vacciner immédiatement quelque soit le délai écoulé depuis l'agression. S'il reste des plaies importantes, « sales » et non cicatrisées, envisager d'administrer l'immunoglobuline antitétanique si elle est disponible (voir "Prévention du tétanos », Partie A).

Hépatite B

La période d'incubation de l'hépatite B est de 2-3 mois en moyenne. Si des signes d'infection aiguë sont constatés, orienter si possible la victime vers un spécialiste ou la conseiller. Si la personne n'a pas été vaccinée et que la vaccination est conseillée en raison des conditions locales, procéder à la vaccination quelque soit le délai écoulé depuis l'agression.

Santé mentale

- L'aide psychosociale (voir Phase 7) est un élément fondamental de l'assistance médicale aux victimes de viol. La plupart d'entre elles retrouvent un état psychologique normal au travers du soutien émotionnel et de la compréhension assurés par des personnes de confiance, des conseillers de la collectivité et des groupes de soutien. Toutes les victimes doivent être dirigées vers le correspondant local compétent en matière de violence sexuelle et à l'égard des femmes s'il en existe un.
- Prescrire des médicaments uniquement dans des cas exceptionnels si le niveau d'anxiété est tel qu'il perturbe la vie quotidienne de la victime, qui, par exemple, ne peut plus parler avec d'autres personnes, pendant au moins 24 heures. Dans ce cas et seulement si l'état physique de la victime est stable, prescrire un comprimé de 5 ou 10 mg de diazépam, à prendre avant de se coucher pendant une durée maximale de 3 jours. Orienter la personne vers un spécialiste en santé mentale pour réévaluer les symptômes le jour suivant. En l'absence de professionnel et si des symptômes critiques persistent, la dose de diazépam peut être répétée pendant quelques jours avec une réévaluation quotidienne.
- **Attention : la prescription de benzodiazépine peut engendrer rapidement un état de dépendance, tout particulièrement chez les victimes traumatisées.**
- De nombreux symptômes disparaîtront sans médicament, tout particulièrement au cours des premiers mois. Cependant, si l'agression date de moins de 2 à 3 mois et que la victime souffre d'un traumatisme psychologique important durant au moins 2 semaines sans amélioration malgré l'aide psychologique (voir Phase 7), et si elle demande à plusieurs reprises un traitement plus efficace et qu'il n'est pas possible d'orienter cette personne vers un autre service, envisager l'administration à titre d'essai d'imipramine, d'amitriptyline ou d'un anti-dépresseur similaire, jusqu'à 75-150 mg au moment du coucher. Commencer par administrer 25 mg et si nécessaire prescrire des doses supérieures sur une semaine environ jusqu'à la constatation d'un changement. Attention aux effets secondaires (bouche sèche, troubles visuels, rythme cardiaque irrégulier et maux de tête légers ou vertiges) tout particulièrement au lever. La durée du traitement dépendra des médicaments choisis et de la réaction de la victime.
- Si l'agression date de plus de 2 à 3 mois et que l'aide psychologique (voir Phase 7) ne réduit pas les signes d'un traumatisme fortement marqué ou handicapant (dépression, cauchemars, peur permanente) et qu'il n'est pas possible d'orienter cette personne vers un autre service, envisager l'administration à titre d'essai d'antidépresseurs (voir point ci-dessus).



PHASE 7 – Aide psychologique de la victime

Il est probable que les victimes rencontrées aussitôt après le viol auprès du service médical soient fortement angoissées et ne se souviennent pas des conseils prodigués à cet instant. Par conséquent, il est important de répéter ces informations pendant les visites de suivi. Il est également utile de préparer un texte écrit rappelant les conseils et informations standard et d'en remettre un exemplaire à la victime avant qu'elle ne quitte le centre médical (même si elle est illettrée, elle pourra demander plus tard à une personne de confiance de le lui lire).

Donner l'opportunité à la victime de poser des questions et d'exprimer ses inquiétudes.

Traumatisme psychologique et émotionnel

- Le traitement médical des victimes de viol consiste à orienter la victime vers un service compétent pour soigner des problèmes psychologiques et sociaux, tels que des troubles mentaux courants, état morbide et isolement, toxicomanie, comportement à risque et rejet de la famille. Même si ces troubles peuvent ne pas apparaître ou bien disparaître avec le temps, toutes les victimes doivent se voir proposer l'aide d'un correspondant local compétent en matière de violence sexuelle et à l'égard des femmes s'il en existe un. Un système de renvoi intégré et bien coordonné doit être mis en place dès que possible (voir Phase 1 et les directives du HCR⁷).
 - La majorité des victimes de viol ne parle à personne de cet incident. Si la victime raconte ce qui s'est passé, elle fait preuve de confiance à l'égard de son interlocuteur.
- De la compassion à son égard peut avoir un impact positif sur sa guérison.
- Prodiguier des soins de base avec pondération. Ecouter sans forcer la victime à parler de l'agression et s'assurer que ses besoins fondamentaux sont satisfaits. Dans la mesure où des problèmes psychologiques plus importants peuvent survenir, ne pas pousser la victime à partager son expérience personnelle outre les événements dont elle souhaite parler naturellement.
 - Demander à la victime s'il y a un **endroit sûr** où elle peut aller et si une personne de confiance l'accompagnera à sa sortie du centre médical. Si elle n'a pas d'endroit sûr où aller, s'efforcer de lui en trouver un. Faire appel au soutien des services de conseil, à l'agent des services publics, des autorités chargées de faire respecter la loi (police ou services de sécurité) tel qu'approprié (voir Phase 1). Si la victime dispose de personnes à charge et n'est pas en mesure d'assurer ses tâches quotidiennes suite au traumatisme, s'assurer du bien-être des personnes à sa charge et de leur sécurité.
 - Les victimes de viol sont plus sujettes à certains symptômes y compris les suivants :
 - ▶ Sentiments de culpabilité et de honte;
 - ▶ Emotions incontrôlables telles que la peur, la colère, l'anxiété;
 - ▶ Cauchemars;
 - ▶ Pensées suicidaires ou tentatives de suicide;
 - ▶ Léthargie;
 - ▶ Toxicomanie;
 - ▶ Troubles sexuels;
 - ▶ Plaintes somatiques sans explication médicale;

⁷ *Sexual and gender-based violence against refugees, returnees and internally displaced persons: guidelines for prevention and response.* Genève, UNHCR, 2003.

- ▶ Retrait social.
- Expliquer à la victime qu'elle a subi un grave traumatisme physique et émotionnel. L'informer des problèmes psychologiques, émotionnels, sociaux et physiques qui pourraient se manifester. Lui expliquer qu'il est courant d'éprouver de fortes émotions négatives ou une certaine léthargie après le viol.
- Informer la victime qu'elle a besoin d'un soutien émotionnel. La pousser **sans la forcer** à se confier à une personne de confiance et à demander un soutien émotionnel auprès peut-être d'un membre de sa famille ou d'un(e) ami(e) de confiance. Encourager une participation active de la victime aux activités familiales et publiques.
- Un orgasme involontaire peut se produire pendant le viol provoquant souvent un sentiment de culpabilité chez la victime. Rassurer la victime que dans ce cas, sa réaction n'était que purement physiologique et non contrôlée.
- Dans de nombreuses cultures, on a tendance à faire porter à la victime la responsabilité du viol. Si la victime éprouve un sentiment de culpabilité ou de honte, lui expliquer gentiment que l'agresseur est toujours coupable du viol, jamais la victime. Rassurer la victime en lui disant qu'elle **ne** méritait **pas** d'être violée, que l'agression **n'est pas** de sa faute et qu'elle **n'a pas** été provoquée par son comportement ou par sa manière de s'habiller. Ne pas porter de jugement moral sur la victime.

Considérations spéciales pour les hommes

Il est plus rare que les hommes ayant subi un viol viennent raconter ce qui leur est arrivé à cause de l'extrême embarras qu'ils éprouvent généralement. S'il est vrai que les effets physiques diffèrent par rapport aux femmes, le traumatisme psychologique et émotionnel post-viol est tout à fait comparable.

Lorsqu'un homme a subi un viol anal, la pression exercée sur la prostate peut provoquer une érection voire un orgasme. Il convient de rassurer la victime en lui expliquant que, si cela a eu lieu lors du viol, il

s'agit d'une réaction physiologique tout à fait en dehors de son contrôle.

Grossesse

- Les pilules contraceptives d'urgence ne peuvent pas empêcher une grossesse résultant de rapports sexuels qui ont lieu après le traitement. Si la victime souhaite utiliser une méthode de contraception hormonale supplémentaire pour empêcher toute grossesse future, la conseiller et lui prescrire de commencer le traitement dès le premier jour de ses prochaines règles ou bien l'orienter vers un centre de planning familial.
- Les femmes victimes de viol sont généralement très inquiètes quant à la possibilité de tomber enceintes à la suite du viol. Un soutien émotionnel et des informations claires et précises sont nécessaires pour s'assurer qu'elles comprennent les options mises à leur disposition si elles tombent enceintes :
 - ▶ Il peut y avoir des services d'adoption ou d'accueil locaux. Vérifier les services disponibles et en informer la victime.
 - ▶ Dans de nombreux pays, la loi autorise l'interruption de grossesse à la suite d'un viol. Par ailleurs, l'interprétation locale des lois sur l'avortement par rapport à la santé mentale et physique de la femme peut autoriser l'interruption de la grossesse si celle-ci résulte d'un viol. Vérifier si tel est le cas sur place. Déterminer où se trouvent des services fiables pratiquant l'avortement de sorte à pouvoir orienter vers ces services les victimes qui choisissent d'y avoir recours.
 - ▶ Conseiller les victimes de rechercher un soutien auprès d'une personne de confiance (une autorité religieuse, un membre de la famille, un ami ou un agent de la collectivité).
- Les femmes enceintes au moment du viol sont particulièrement vulnérables à la fois sur le plan physique et psychologique. Elles présentent plus particulièrement des risques de fausse couche, d'hypertension gravidique et d'accouchement prématuré. Informer les femmes enceintes à ce sujet et les conseiller de se rendre régulièrement aux services de soins

prénataux tout au long de la grossesse. Les risques d'abandon étant plus élevés, un suivi médical est donc important.

- Donner des informations claires et précises sur le suivi nécessaire pour le traitement des plaies ou les vaccinations.

VIH/IST

Tant les hommes que les femmes sont concernés par la possibilité de devenir séropositifs à la suite d'un viol. Bien que le risque de contracter le VIH lors d'un seul rapport sexuel soit réduit, ces inquiétudes sont fondées dans les régions marquées par une forte prévalence du VIH et/ou des IST. Il est essentiel de fournir une aide compatissante et attentive à cet effet. Le prestataire de soins peut également aborder les risques de transmission du VIH et des IST à d'autres partenaires après un viol.

- La victime peut être orientée vers un service d'aide VIH/SIDA (si disponible).
- Il convient de recommander l'utilisation du préservatif avec tous les partenaires pendant une période de 6 mois (ou jusqu'aux résultats des tests de dépistage VIH/IST)
- Informer la victime des signes et symptômes des éventuelles IST et de la date de la prochaine consultation.

Autres

- Donner des informations sur le traitement correct des blessures résultant de l'agression, sur la prévention des infections (y compris l'hygiène périnéale, les lavements du périnée), les signes d'infection, le traitement antibiotique, la date de la consultation suivante etc.
- Donner des informations sur les modalités de prise des traitements prescrits et sur leurs éventuels effets secondaires.

Suivi médical auprès de la structure sanitaire

- Indiquer à la victime qu'elle peut revenir au centre médical à tout moment si elle a des questions ou d'autres problèmes de santé. La pousser à y revenir après deux semaines pour le suivi des IST et de grossesse (voir Phase 8).

Si la femme est tombée enceinte à la suite du viol

- Une femme peut tomber enceinte à la suite d'un viol. Toutes les options disponibles (par exemple, garder l'enfant, le donner en adoption et, si la loi le permet, procéder à un avortement) doivent être examinées avec la femme quelles que soient les convictions personnelles des conseillers, du personnel médical ou des autres personnes concernées afin que la victime puisse prendre une décision en connaissance de cause.
- Si des services fiables d'interruption de grossesse ne sont pas disponibles sur place, les femmes qui ne souhaitent pas poursuivre leur grossesse risquent de subir des avortements dans des conditions précaires. Ces femmes doivent pouvoir accéder à une assistance post-avortement, comprenant le traitement d'urgence des complications, des conseils en matière de planning familial et la liaison avec les services de santé reproductive.
- Il arrive que les enfants nés à la suite d'un viol soient maltraités voire abandonnés par leurs mères et leurs familles. Ils doivent être attentivement surveillés et un soutien doit être accordé à leurs mères. Il est important de s'assurer que la famille et la collectivité ne stigmatisent ni l'enfant ni sa mère. Le placement dans des familles d'accueil et, dans un deuxième temps, l'adoption, doivent être pris en considération si l'enfant est rejeté, négligé ou maltraité.



PHASE 8 – Suivi médical de la victime

Il est possible que la victime ne veuille ou ne puisse pas retourner au centre pour un suivi. Fournir un maximum d'informations lors de la première visite qui pourrait être aussi la dernière.

Les visites de suivi pour les victimes recevant une prophylaxie post-exposition pour le VIH diffèrent légèrement de celles pour les victimes n'en recevant aucune.

Visites de suivi pour les victimes qui ne reçoivent pas de prophylaxie post-exposition

Visite de suivi après deux semaines

- Evaluer la possibilité d'une grossesse et fournir une aide psychologique (voir Phases 3, 6 et 7).
- Vérifier si la victime a pris l'intégralité des médicaments donnés pour le traitement des IST.
- Si aucun antibiotique prophylactique n'a été administré, évaluer les IST, prescrire les éventuels traitements nécessaires et donner des informations sur le service de conseil et de dépistage volontaire du VIH (voir Phases 6 et 7).
- Evaluer l'état mental et émotionnel; envoyer la victime chez un spécialiste ou lui prescrire les traitements nécessaires (voir Phase 7).

Visite de suivi après trois mois

- Evaluer les IST et prescrire les traitements nécessaires.
- Evaluer l'état de grossesse si indiqué.
- Procéder au dépistage de la syphilis si aucune prophylaxie n'a été administrée.
- Donner des informations sur le service de conseil et de dépistage volontaire du VIH.

- Evaluer l'état mental et émotionnel; envoyer la victime chez un spécialiste ou lui prescrire les traitements nécessaires (voir Phase 7).

Visites de suivi pour les victimes qui reçoivent une prophylaxie post-exposition

Visite de suivi après une semaine

- Evaluer la prophylaxie post-exposition (effets secondaires et conformation à la prescription).
- Si cela n'as pas été remis lors de la première visite, fournir un traitement supplémentaire de trois semaines pour la prophylaxie post-exposition.
- Vérifier si la victime a pris l'intégralité des médicaments donnés pour le traitement des IST.
- Evaluer les IST, prescrire les éventuels traitements nécessaires et donner des informations sur le service de conseil et de dépistage volontaire du VIH (voir Phases 6 et 7).
- Evaluer l'état mental et émotionnel; envoyer la victime chez un spécialiste ou lui prescrire les traitements nécessaires (voir Phase 7).

Visite de suivi après six semaines

- Evaluer la possibilité d'une grossesse et fournir une aide psychologique (voir Phases 3, 6 et 7).
- Si aucun antibiotique prophylactique n'a été administré, évaluer les IST, prescrire les éventuels traitements nécessaires et donner des informations sur le service de conseil et de dépistage volontaire du VIH (voir Phases 6 et 7).
- Evaluer l'état mental et émotionnel; envoyer la victime chez un spécialiste ou lui prescrire les traitements nécessaires (voir Phase 7).

Visite de suivi après trois mois

- Evaluer les IST et prescrire les traitements nécessaires.
- Evaluer l'état de grossesse si indiqué.
- Procéder au dépistage de la syphilis si aucune prophylaxie n'a été administrée.
- Donner des informations sur le service de conseil et de dépistage volontaire du VIH aux victimes qui ont fait l'objet d'un test négatif au cours de la première semaine.
- Proposer un service de conseil et de dépistage volontaire du VIH aux victimes qui n'ont pas été testées précédemment.
- Evaluer l'état mental et émotionnel; envoyer la victime chez un spécialiste ou lui prescrire les traitements nécessaires (voir Phase 7).

Assistance aux enfants victimes de viol

Ce qu'il faut savoir avant de développer le protocole

- S'il est obligatoire de rapporter les cas d'abus sur les enfants⁸, se procurer un exemplaire du protocole national de gestion de ces cas ainsi que des informations sur les procédures de police et judiciaires en vigueur. Evaluer chaque cas séparément – dans certains cas, le rapport d'un abus sexuel présumé sur un enfant peut nuire à l'enfant en l'absence de mesures de protection.
- Prendre connaissance des lois locales spécifiques pour savoir qui peut donner le consentement pour les mineurs et qui peut être appelé à témoigner devant les tribunaux en qualité d'expert.
- Les prestataires de soins doivent connaître les aspects liés au développement, à la croissance et à l'anatomie des enfants. Il est recommandé que le personnel médical reçoive une formation spéciale pour l'examen des enfants ayant subi des abus.

Généralités

Un parent ou un tuteur légal doit signer le formulaire de consentement pour l'examen de l'enfant et la collecte des preuves médico-légales à moins que la personne en question ne soit soupçonnée d'être l'auteur des abus. Dans ce cas, un représentant de la police, des services d'assistance publique ou du tribunal peut signer le formulaire. Les adolescents mineurs peuvent être en mesure de donner leur propre consentement. L'enfant ne doit jamais être examiné contre son gré, quel que soit son âge, à moins que l'examen ne soit nécessaire pour des raisons médicales.

L'évaluation initiale peut révéler de sérieuses complications médicales nécessitant un traitement d'urgence et une hospitalisation du patient. Parmi ces complications figurent les suivantes :

- Convulsions;
- Vomissements permanents;
- Stridor chez un enfant calme;
- Léthargie ou perte de connaissance;
- Incapacité à boire ou à s'allaiter.

Chez les enfants de moins de 3 mois, vérifier également les signes suivants :

- Fièvre;
- Faible température temporelle;
- Renflement de la fontanelle;
- Geignement expiratoire, tirage et fréquence respiratoire supérieure à 60 respirations/minute.

Le traitement de ces complications n'est pas abordé en détail dans le présent document.

⁸ La Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant (1989) définit un enfant comme tout individu âgé de moins de dix-huit ans.

Créer un climat de confiance sécurisant

- ─ Porter une attention particulière au choix des personnes devant être présentes pendant l'entretien et l'examen (se rappeler qu'il est possible que l'auteur des abus soit un membre de la famille de la victime). Il est préférable que le parent ou tuteur attende dehors pendant l'entretien et qu'une personne de confiance indépendante soit par contre présente. Un parent, le tuteur ou une personne de confiance doivent être présents pendant l'examen. Toujours demander à l'enfant de choisir la personne qui doit être présente et respecter ses souhaits.
- ─ Se présenter à l'enfant.
- ─ S'asseoir à la hauteur du regard de l'enfant et le regarder dans les yeux.
- ─ Rassurer l'enfant en lui disant qu'il/elle ne doit pas s'inquiéter.
- ─ Poser quelques questions sur des sujets d'ordre général (par exemple, l'école, les copains, avec qui l'enfant vit-il, ses activités favorites).

Ecouter le récit des faits

- ─ Commencer l'entretien en posant des questions ouvertes du type "Pourquoi es-tu ici aujourd'hui ?" ou "Qu'est-ce qu'on t'a dit avant de venir ici ?".
- ─ Éviter de poser des questions suggestives.
- ─ Rassurer l'enfant en lui disant qu'il peut répondre sans problème "Je ne sais pas".
- ─ Faire preuve de patience, s'adapter au rythme de l'enfant, ne pas interrompre le fil de ses pensées.
- ─ Poser des questions ouvertes pour obtenir des informations sur l'agression. Poser des questions oui/non uniquement pour clarifier des détails.
- ─ Pour les filles, en fonction de l'âge, les interroger sur leurs menstruations et leurs antécédents obstétricaux.

Le schéma des abus sexuels sur les enfants est généralement différent de celui des adultes. Par exemple, il s'agit souvent d'abus répétés. Pour se faire une idée plus précise de ce qui s'est passé, essayer d'obtenir les informations suivantes :

- ─ La situation à la maison (l'enfant dispose-t-il d'un lieu sûr où il peut retourner ?);
- ─ Comment le viol/abus a été découvert;
- ─ Le nom de l'agresseur et s'il représente encore ou non une menace;
- ─ Si le cas s'est déjà produit, le nombre d'agressions subies et la date de la dernière d'entre elles;
- ─ Si l'enfant se plaint de troubles physiques (par exemple, saignements, dysurie, pertes, difficultés à marcher, etc.);
- ─ La présence ou non de frères et soeurs à risque.

Préparer l'enfant à l'examen

- ─ Comme dans le cas des adultes, une aide ou un agent de santé qualifié en qui l'enfant a confiance doivent être présents pendant l'examen.
- ─ Pousser l'enfant à poser à tout moment pendant l'examen toute question sur des sujets qui l'inquiètent ou qu'il/elle ne comprend pas.
- ─ Expliquer à l'enfant le déroulement de l'examen en utilisant des termes qu'il/elle peut comprendre.
- ─ Avec une préparation adéquate, la plupart des enfants seront en mesure de se détendre et de participer à l'examen.
- ─ Il se peut que l'enfant **souffre** et qu'il ne parvienne pas à se détendre à cause de la douleur. Dans ce cas, lui administrer du paracétamol ou d'autres analgésiques de base puis attendre que les médicaments agissent avant de procéder.
- ─ **Ne jamais** immobiliser ou forcer un enfant terrorisé qui fait de la résistance pour réaliser l'examen. L'immobilisation et la force font souvent partie de l'abus sexuel et si ces méthodes sont utilisées par ceux

tendant d'aider l'enfant, elles aggravent son état de peur et d'anxiété tout en augmentant l'impact psychologique de l'abus.

- Il est utile d'avoir une poupée à portée de la main pour illustrer les procédures et positions. Montrer à l'enfant les équipements et les fournitures (gants, tampons etc.) pour lui permettre de les utiliser sur la poupée.

Réalisation de l'examen

Réaliser l'examen dans le même ordre que celui des adultes. Dans le cas des enfants, des critères particuliers doivent toutefois être respectés :

- Noter le poids, la taille et le stade pubertaire de l'enfant. Demander aux filles si elles ont eu leurs premières règles. Dans l'affirmative se posent alors des risques de grossesse.
- Les enfants en bas âge peuvent être examinés sur les genoux de leur mère. S'ils sont plus âgés, ils doivent pouvoir choisir leur position : assis sur une chaise, placés sur les genoux de leur mère ou couchés sur un lit.
- Examiner l'hymen en saisissant entre l'index et le pouce les lèvres au niveau du bord postérieur et en les tirant **délicatement** vers l'extérieur et le bas. Noter l'emplacement des éventuelles lacérations récentes ou cicatrisées au niveau de l'hymen et de la muqueuse vaginale. La quantité de tissu hyménal et les dimensions de l'orifice vaginal ne sont pas des indices significatifs de pénétration.
- **Ne pas** réaliser de toucher vaginal (à savoir, insertion des doigts dans l'orifice vaginal pour en évaluer les dimensions).
- Vérifier la présence éventuelle de pertes vaginales. Chez les filles prépubères, des prélèvements vaginaux peuvent être réalisés à l'aide d'un coton sec stérile.
- Ne pas utiliser de spéculum pour examiner les filles prépubères; cet examen est extrêmement douloureux et peut provoquer de graves lésions.

- Le spéculum doit être utilisé **uniquement** si l'on soupçonne une lésion vaginale pénétrante et un saignement interne. Dans ce cas, l'examen au spéculum d'un enfant prépubère est généralement effectué sous anesthésie générale. Selon les endroits, adresser l'enfant à un service médical de niveau supérieur.
- Chez les garçons, vérifier la présence éventuelle de lésions au niveau du frein du prépuce ainsi que des pertes anales ou urétrales; procéder à des prélèvements si nécessaire.
- Procéder à un examen de l'anus et des parties génitales sur tous les enfants, garçons et filles. Examiner l'anus avec l'enfant en décubitus dorsal ou en position latérale. Éviter la position genu-pectorale car celle-ci est souvent utilisée par les agresseurs.
- Noter sur le pictogramme l'emplacement des éventuelles fissures ou lacérations anales.
- La dilatation réflexe de l'anus (ouverture de l'anus sous l'effet de la traction latérale exercée sur les fesses) peut être symptomatique d'une pénétration anale mais aussi d'un état de constipation.
- **Ne pas** réaliser de toucher rectal pour évaluer la tonicité du sphincter.

Tests de laboratoire

Le dépistage des infections sexuellement transmissibles doit être réalisé au cas par cas et est fortement recommandé dans les cas suivants:⁹

- L'enfant présente des signes ou symptômes de IST;
- L'agresseur présumé est connu comme étant porteur d'une IST ou présente de hauts risques d'en avoir;
- Une forte prévalence des IST est présente au sein de la collectivité;
- L'enfant ou le parent demande un dépistage.

9 Source : *Guidelines for the management of sexually transmitted infections, version révisée*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (OMS/RHR/01.10).

Dans certains endroits, le dépistage de la gonorrhée, de la chlamydia, de la syphilis et du VIH est effectué pour tous les enfants dont on soupçonne qu'ils ont été violés. La présence de ces infections peut être symptomatique d'un viol (s'il est improbable que l'infection ait été acquise dans la période prénatale ou à la suite d'une transfusion sanguine).¹⁰ Suivre le protocole local.

Si l'enfant est très agité

Dans des cas très rares, l'enfant ne peut pas être examiné car il est très agité. Seulement dans les cas où l'enfant ne peut être calme et que son traitement est vital, l'examen peut être effectué sous calmants en utilisant l'un des médicaments suivants:

- diazépam, par voie orale, 0,15 mg/kg de poids corporel; maximum 10 mg;

ou

- chlorhydrate de prométhazine, sirop, par voie orale;
 - ▶ 2–5 ans: 15–20 mg
 - ▶ 5–10 ans: 20–25 mg

Ces médicaments ne calment pas la douleur. Si l'on estime que l'enfant souffre, lui donner tout d'abord **un simple analgésique**, par exemple, du paracétamol (1–5 ans: 120–250 mg; 6–12 ans: 250–500 mg). Attendre que ce médicament agisse avant de procéder.

Il faut attendre 1 à 2 heures avant que les calmants administrés par voie orale agissent. Entre-temps, l'enfant doit se reposer dans un lieu tranquille.

Traitement

Concernant les IST, le VIH, l'hépatite B et le tétanos, les enfants présentent les mêmes besoins en termes de prévention et de traitement que les adultes mais les doses peuvent être différentes. Des protocoles spécifiques aux enfants doivent être respectés pour toutes les vaccinations et les traitements médicamenteux.

La prévention de routine des IST n'est généralement pas recommandée pour les enfants. Toutefois, dans les endroits disposant de faibles ressources et enregistrant des taux élevés de IST, le traitement préventif peut faire partie du protocole (voir les exemples de traitements à l'Annexe 9).

Les dosages recommandés pour une prophylaxie post-exposition destinée à empêcher toute transmission du VIH sont donnés à l'Annexe 10.

Suivi

Le suivi médical est le même que celui des adultes. Si une infection vaginale ne disparaît pas, envisager la présence éventuelle d'un corps étranger ou d'abus sexuels persistants.

10 American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics*, 1999,103:186-91.

Annexe 1 • Autres références documentaires

Informations générales

Violence sexuelle et à l'égard des femmes à l'encontre des réfugiés, rapatriés et personnes déplacées dans leur propre pays : principes de prévention et de réponse. Genève, UNHCR, 2003 (<http://www.unhcr.ch/> ou <http://www.rhrc.org/resources/gbv/>).

Principes d'assistance médico-légale aux victimes de violences sexuelles. Genève, OMS, 2003 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/).

Sexual assault nurse examiner (SANE) development and operation guide. Washington, DC, Département de Justice des Etats-Unis, Bureau des Programmes juridiques, Bureau des Victimes d'Actes criminels, 1999 (www.sane-sart.com).

La santé reproductive en situations de réfugiés: manuel de terrain interorganisations. Genève, UNHCR, 1999 (<http://www.who.int/reproductive-health/publications> ou <http://www.rhrc.org/fieldtools> ou <http://www.unhcr.ch/>).

Basta! Une lettre d'information de l'IPPF/WHR sur l'intégration de la violence à l'égard des femmes dans le secteur de la santé reproductive et sexuelle publiée à New-York, entre 2000 et 2002. Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), (http://www.ippfwhr.org/publications/publication_detail_e.asp?PubID=10).

Informations sur la santé mentale

37

Mental health of refugees. Genève, OMS, 1996 (<http://www.who.int/hq/1996/a49374.pdf>).

Mental health in emergencies: psychological and social aspects of health of populations exposed to extreme stressors. Genève, OMS, 2003 (http://www.who.int/mental_health/prevention/mnhemergencies/en/).

Informations sur les maladies sexuellement transmissibles

Guidelines for the management of sexually transmitted diseases, version révisée. Genève, OMS, 2003 (OMS/RHR/01.10) (<http://www.who.int/reproductive-health/publications>).

Informations sur la contraception d'urgence

Emergency contraceptive pills: medical and service delivery guidelines. Consortium International pour la Contraception d'Urgence, deuxième édition, Washington DC, 2004. (<http://www.cecinfo.org>).

Selected practice recommendations for contraceptive use, deuxième édition, Genève, OMS, 2004 (http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/index.html). La version française sera disponible en 2005.

Informations sur la prophylaxie post-exposition de l'infection par le VIH

PHS report summarises current scientific knowledge on the use of post-exposure antiretroviral therapy for non-occupational exposures. Atlanta, GA, Centres de Prévention et de Contrôle des Maladies, 1998 (<http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/petfact.htm>).

Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for post exposure prophylaxis. *Rapport hebdomadaire sur la mortalité et la morbidité*, 2001, 50(RR-11), Annexe C, 45-52 (<http://www.cdc.gov/hiv/treatment.htm#prophylaxis>).

HIV post-exposure prophylaxis following non-occupational exposure including sexual assault, mise à jour Juillet 2004. New York, Département d'Etat à la Santé /Institut de santé SIDA (http://hivguidelines.org/public_html/center/clinical-guidelines/pep_guidelines/pep_guidelines.htm).

Informations détaillées sur les politiques nationales d'avortement

Abortion policies: a global review, New York, Département des Affaires économiques et sociales de l'ONU, Division Population, 2002 (<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/profiles.htm>).

Avortement sans risques : guide technique et politique pour les systèmes de santé. Genève, OMS, 2003 (http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/safe_abortion.html).

38 Informations sur la protection

IASC Task Force. Activities of the Inter-Agency Standing Committee Task Force on Protection from Sexual Exploitation and Abuse. Juin 2004 (<http://ochaonline.un.org/webpage.asp?Page=1139>).

Informations sur les droits

Convention relative aux droits de l'enfant. New York, Nations Unies, 1989 (<http://www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc/treaties/crc.htm>).

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. New York, Nations Unies, 1979 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>).

Annexe 2 • Informations nécessaires au développement d'un protocole local

Liste de contrôle établie pour les camps de réfugiés en République Unie de Tanzanie

Certaines informations sont nécessaires avant de pouvoir élaborer un protocole local. Le tableau ci-après liste les informations rassemblées en République Unie de Tanzanie ainsi que leur lieu d'origine.

Informations requises	Sources
<i>Lois sur la médecine et procédures juridiques</i>	
Lois en matière d'avortement	Ministère de la Santé
Normes en matière de contraception d'urgence	Ministère de la Santé
Lois et procédures en matière de familles d'accueil et d'adoption	Ministère du Développement de la Collectivité, de la Femme et de l'Enfance
Exigences et obligations de dénonciation des crimes pour les victimes adultes ou enfants	Ministère de la Justice
Formulaires de police et autres	Ministère de l'Intérieur
<i>Preuves médico-légales</i>	
Quel praticien peut présenter des preuves médicales devant un tribunal (par exemple, médecin, infirmière, etc.)	Ministère de la Justice
Formation du personnel médical pour l'examen médico-légal (victimes adultes ou enfants)	Ministère de la Santé
Preuves admises/utilisées dans un tribunal pour les cas de viols d'adultes et d'enfants qui peuvent être prélevées par le personnel médical	Ministère de la Justice
Tests médico-légaux possibles dans le pays (par exemple, ADN, phosphatase acide)	Laboratoire médico-légal dans la capitale
Modalités de collecte, stockage et envoi des échantillons de preuve	Laboratoire médico-légal dans la capitale; laboratoire au niveau régional
« Kits viol » ou protocoles existants pour la collecte des preuves	Hôpital de référence au niveau régional ou dans la capitale
<i>Protocoles médicaux</i>	
Protocole national en matière de IST	Ministère de la Santé
Disponibilités et programmes de vaccination	Ministère de la Santé
Emplacement des services de conseil et de dépistage volontaire du VIH	Programme national contre le SIDA, Ministère de la Santé
Stratégie de test VIH de confirmation et services de laboratoire	HCR, Programme national contre le SIDA, Ministère de la Santé, Responsable Médical Régional
Possibilités/protocoles/orientation vers la prophylaxie post-exposition à l'infection par le VIH	Programme national contre le SIDA, Ministère de la Santé
Possibilités d'orientation vers des structures spécialisées (par exemple, psychiatrie, chirurgie, pédiatrie, gynécologie/obstétrique)	Hôpital de référence au niveau régional

Annexe 3 • Assistance minimale des victimes de viol dans des endroits disposant de faibles ressources

Liste de contrôle des fournitures

1. Protocole	Disponible
▶ Protocole médical écrit dans la langue du prestataire	
2. Personnel	Disponible
▶ Professionnels de santé (locaux) qualifiés (disponibles 24 heures sur 24)	
▶ Présence dans la salle d'un agent de santé de sexe féminin ou d'une personne accompagnant la victime parlant « la même langue » pendant l'examen	
3. Aménagement/meubles	Disponible
▶ Salle (privée, tranquille, accessible, avec accès à des toilettes ou latrines)	
▶ Table d'examen	
▶ Eclairage, de préférence fixe (une torche pourrait effrayer les enfants)	
▶ Accès à un autoclave pour stériliser le matériel	
4. Fournitures	Disponible
▶ "Kit viol" pour la collecte des preuves médico-légales pouvant comprendre :	
✓ Spéculum	
✓ Vêtements de rechange	
✓ Mètre à ruban pour mesurer la taille des bleus, des lacérations, etc.	
▶ Fournitures de protection générale	
▶ Equipement de réanimation en cas de réaction anaphylactique	
▶ Instruments médicaux stériles (kit) pour traitement des déchirures et matériel de suture	
▶ Aiguilles, seringues	
▶ De quoi couvrir la victime lors de l'examen (blouse, tissu, drap)	
▶ Protection hygiénique (tampons ou serviettes hygiéniques)	
5. Médicaments	Disponible
▶ Pour le traitement des IST, selon le protocole national	
▶ Pilules contraceptives d'urgence et/ou dispositif intra-utérin	
▶ Analgésiques (par exemple, du paracétamol)	
▶ Anesthésique local pour les sutures	
▶ Antibiotiques pour le traitement des plaies	
6. Fournitures administratives	Disponible
▶ Carte sanitaire avec pictogrammes	
▶ Formulaire de consentement	
▶ Brochures d'information sur l'assistance post-viol (pour les victimes)	
▶ Armoire à clé pour conserver les documents confidentiels en toute sécurité	

Collecte des preuves médicolégales minimales

Les preuves doivent être rassemblées seulement si elles peuvent être traitées et utilisées et doivent être envoyées aux autorités seulement avec l'accord de la victime (voir Phase 4).

- Consigner par écrit et de manière précise tous les résultats de l'examen médical qui pourraient étayer le récit de la victime, y compris l'état des vêtements. La carte sanitaire fait partie du rapport juridique et peut être soumise à titre de preuve (avec l'accord de la victime) si le cas est porté devant un tribunal.
- Fournir des vêtements de rechange ainsi que du savon à la victime après l'examen.
- Si un microscope est disponible, un agent de laboratoire ou un prestataire de soins qualifié peut examiner les lamelles humides afin d'identifier la présence de sperme qui prouverait la pénétration.

Examen minimum

Un examen médical doit être réalisé seulement avec l'accord de la victime. Cet examen doit être confidentiel, complet et réalisé avec compréhension, tel qu'indiqué et décrit à la Phase 5.

Traitement minimum

Le traitement doit être administré de manière confidentielle et bienveillante comme suit (voir Phase 6) :

- Traitement des complications mettant en danger la vie de la victime et orientation de celle-ci vers un service spécialisé;
- Traitement ou prophylaxie pour les IST;
- Contraception d'urgence;
- Traitement des plaies;
- Aide psychologique;
- Orientation de la victime vers des services de soutien et d'aide psychosociale.

Annexe 4 • Formulaire de consentement type

Remarques sur la façon de remplir le formulaire de consentement

Le consentement à un examen est un aspect essentiel à la pratique médico-légale. Il est souvent appelé « consentement éclairé » car la victime (ou ses parents ou tuteur) reçoit des informations sur les aspects importants qui l'aideront à décider ce qui est le mieux pour elle au moment en question.

Il est important de s'assurer que la victime comprenne que son consentement ou son refus de quel qu'examen que ce soit n'aura aucune conséquence sur son accès au traitement et aux soins.

Le praticien doit transmettre l'information dans un langage facilement compréhensible par la victime ou ses parents/son tuteur afin de s'assurer qu'elle comprend :

42

- Ce qu'impliquera le processus d'anamnèse.
- Le type de questions qui seront posées et pourquoi elles le seront.
- Ce qu'impliquera l'examen physique.
- Ce qu'impliquera l'examen pelvien.
- Que l'examen physique, y compris l'examen pelvien, sera réalisé en privé et dans le respect de la personne.
- Que lors de l'examen physique, la victime sera allongée sur une table d'examen.

- Que le praticien aura besoin de la toucher lors des examens physique et pelvien.
- Que l'examen génito-anal implique que la victime soit allongée dans une position permettant, avec l'éclairage approprié, de voir correctement ses parties génitales.
- Que les prélèvements (si nécessaires) impliquent de toucher le corps ainsi que les orifices naturels à l'aide d'écouvillons et de prélever des substances corporelles telles que des cheveux, des poils pubiens, des sécrétions génitales, du sang, de l'urine et de la salive. Que les vêtements peuvent être gardés comme preuve. Que certains résultats des analyses médico-légales ne peuvent être transmis à la victime. Expliquer les raisons de cette impossibilité.
- Qu'elle peut refuser tout examen auquel elle ne désire pas se soumettre.
- Qu'il lui sera demandé de signer un formulaire indiquant qu'elle a reçu toutes les informations nécessaires et quelles sont les procédures qu'elle a choisies de suivre.

Informez la victime que si elle décide d'intenter un procès, et uniquement dans ce cas, les informations données au praticien pendant l'examen seront transmises avec son consentement à qui de droit en vue d'être utilisées lors du jugement de l'affaire.

Formulaire de consentement type

Nom de la structure sanitaire - - - - -

Note à l'attention du praticien :

Après avoir fourni à la victime tous les aspects importants comme indiqué en page 42 (remarques sur la façon de remplir le formulaire de consentement), parcourir la totalité du formulaire avec cette dernière (ou avec ses parents/son tuteur), en spécifiant qu'elle peut accepter toutes les interventions listées ou en refuser certaines. Obtenir du témoin une signature ou une empreinte digitale du pouce avec signature.

Je soussigné(e) - - - - - , (inscrire le nom de la victime)

autorise la structure sanitaire nommée ci-dessus à effectuer les interventions suivantes (cocher les cases correspondantes) :

	Oui	Non	43
Pratiquer un examen médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pratiquer un examen pelvien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Collecter des preuves , tels que des échantillons de liquide corporel, des vêtements, des cheveux, des rognures d'ongles, des échantillons de sang et des photos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fournir les preuves et l'information médicale concernant mon affaire à la police et/ou aux tribunaux ; ces informations se limiteront aux résultats de l'examen en question et à tout suivi médical.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Je reconnais pouvoir refuser tout examen auquel je ne désire pas me soumettre.

Signature : - - - - -

Date : - - - - -

Témoin : - - - - -

Annexe 5 • Formulaire d'anamnèse et d'examen type

Formulaire type, page 1 sur 4

CONFIDENTIEL

CODE :

Formulaire d'anamnèse et d'examen – Violence sexuelle

1. INFORMATIONS GENERALES

Prénom		Nom	
Adresse			
Sexe	Date de naissance (jour-mois-année)		Age
Date / heure de l'examen		En présence de	

S'il s'agit d'un enfant inscrire : le nom de l'école, des parents ou du tuteur

2. DESCRIPTION DE L'AGRESSION

44

Date de l'agression :		Heure de l'agression :		
Description de l'agression (description effectuée par la victime)				
Violence physique	Oui	Non	Décrire le type et la zone corporelle concernée	
Type (coups, morsures, cheveux tirés, etc.)				
Sous la contrainte				
Utilisation d'armes				
Sous l'emprise de drogues/d'alcool				
Pénétration	Oui	Non	Ne sait pas	Décrire (orale, vaginale, anale, type d'objet utilisé)
Pénis				
Doigt				
Autres (décrire)				
	Oui	Non	Ne sait pas	Type : orale, vaginale, anale, autre
Ejaculation				
L'agresseur portait un préservatif				

Si la victime est un enfant, demander également si cela s'est produit auparavant, à quelle date a eu lieu la première agression, depuis combien de temps cela dure, qui en est l'auteur, si cette personne constitue toujours une menace. Demander également si la victime a des saignements du vagin ou du rectum, ressent des douleurs en marchant, souffre de dysurie, de douleurs lors de la défécation, a des pertes ou présente tout autre signe ou symptôme.

3. ANAMNESE

Après l'agression, la victime		Oui	Non			Oui	Non
a-t-elle vomi?				s'est-elle rincée la bouche?			
a-t-elle uriné?				a-t-elle changé de vêtements?			
a-t-elle déféqué?				s'est-elle lavée ou a-t-elle pris un bain?			
s'est-elle lavée les dents?				a-t-elle utilisé un tampon ou une serviette hygiénique?			
Mode de contraception utilisé							
Pilule				DIU			
Contraceptif injectable				Préservatif		Autre	
Stérilisation							
Antécédents obstétricaux/Menstruations							
Date des dernières menstruations (jour-mois-année)				Avait ses règles lors de l'agression Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Signes de grossesse Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				Enceinte depuis _____ semaines			
Antécédents obstétricaux							
Historique des rapports sexuels consentis (uniquement si des échantillons ont été prélevés pour effectuer des tests ADN)							
Dernier rapport sexuel consenti au cours de la semaine précédent l'agression			Date (jour-mois-année) :		Nom de la personne :		
Problèmes de santé existants							
<i>Résumé des mutilations génitales, type</i>							
<i>Allergies</i>							
<i>Traitement suivi</i>							
Vaccinations	Vaccinée	Non vaccinée	Ne sait pas	Remarques			
Tétanos							
Hépatite B							
Statut sérologique VIH/SIDA	Connu			Inconnu			

4. EXAMEN MEDICAL

Apparence (tenue vestimentaire, cheveux, handicap mental ou physique manifeste)		
Etat mental (calme, en pleurs, anxieuse, coopérative, déprimée, autre)		
Poids :	Taille :	Stade de la puberté (pré-pubertaire, pubertaire, adulte) :
Pouls :	Tension artérielle :	Fréquence respiratoire : Température :
Relevés physiques <i>Décrire systématiquement et dessiner sur les pictogrammes joints l'emplacement exact des blessures, des ecchymoses, des pétéchies, des marques, etc. Décrire le type, la taille, la couleur, la forme ainsi que les autres particularités. Se limiter à une description sans essayer d'interpréter les constatations.</i>		
Tête et visage	Bouche et nez	
Yeux et oreilles	Cou	
Poitrine	Dos	
Abdomen	Fesses	
Membres supérieurs	Membres inférieurs	

46

5. EXAMEN GENITAL ET ANAL

Vulve/scrotum	Orifice d'entrée et hymen	Anus
Vagin/pénis	Col de l'utérus	Examen bimanuel/rectovaginal
Position du patient (<i>décubitus dorsal, procubitus, genu-pectorale, latérale, sur les genoux de sa mère</i>)		
Pour l'examen génital :		Pour l'examen anal :

6. PRELEVEMENTS EFFECTUES

Type et partie du corps concernée	Examinés/envoyés au laboratoire	Résultat

7. PREUVES COLLECTEES

Type et partie du corps concernée	Envoyées à.../conservées	Prélevées par/date

8. TRAITEMENTS PRESCRITS

Traitement	Oui	Non	Type et remarques
Prévention IST/traitement			
Contraception d'urgence			
Traitement des blessures			
Prophylaxie contre le tétanos			
Vaccin contre l'hépatite B			
Prophylaxie post-exposition au VIH			
Autre			

47

9. AIDE PSYCHOLOGIQUE, RENVOI VERS D'AUTRES STRUCTURES, SUIVI

Etat psychologique général	
La victime envisage de porter plainte à la police OU l'a déjà fait Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
La victime dispose d'un endroit sûr où se rendre Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	A quelqu'un pour l'accompagner Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Aide psychologique fournie :	
Renvoi à d'autres structures	
Suivi nécessaire	
Date de la prochaine consultation	

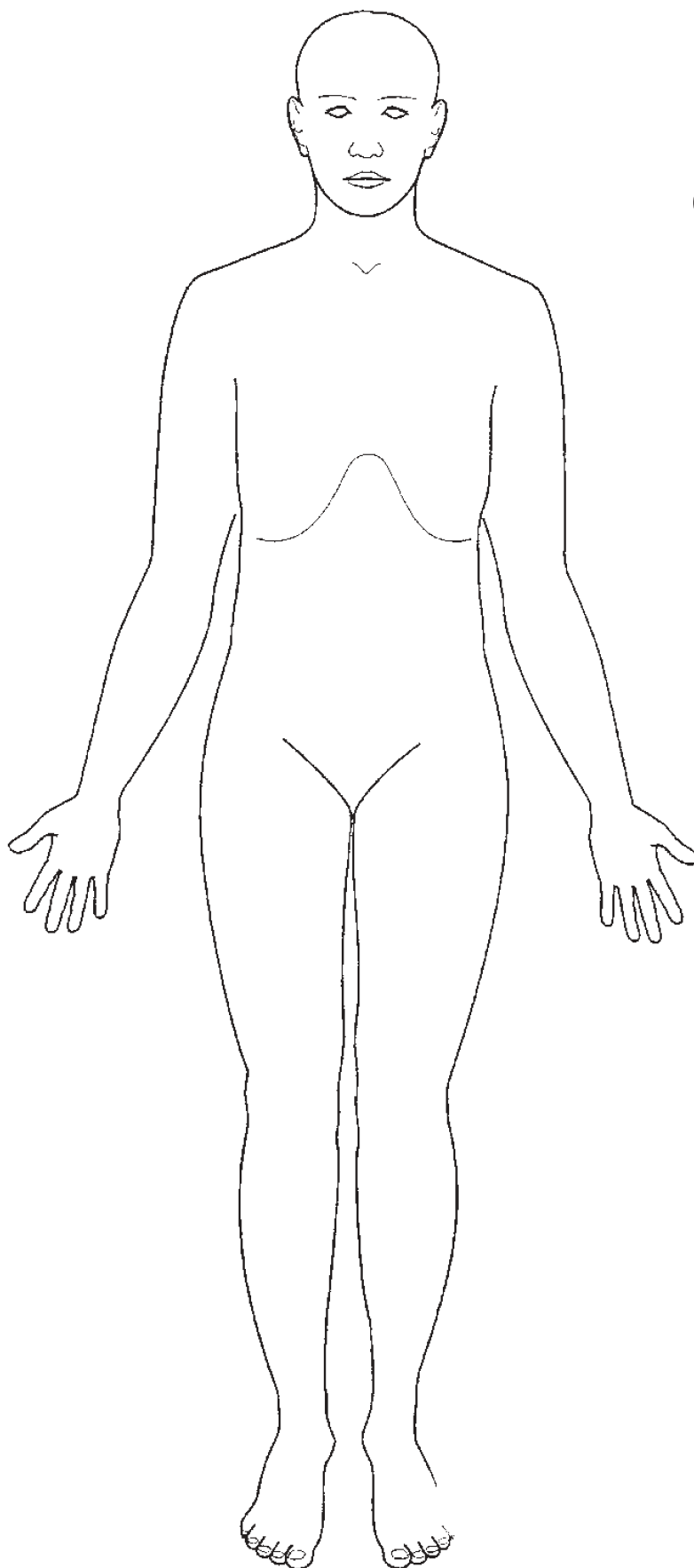
Nom du praticien ayant effectué l'examen/l'entretien : _____

Titre : _____ Signature : _____ Date : _____

Annexe 6 • Pictogrammes

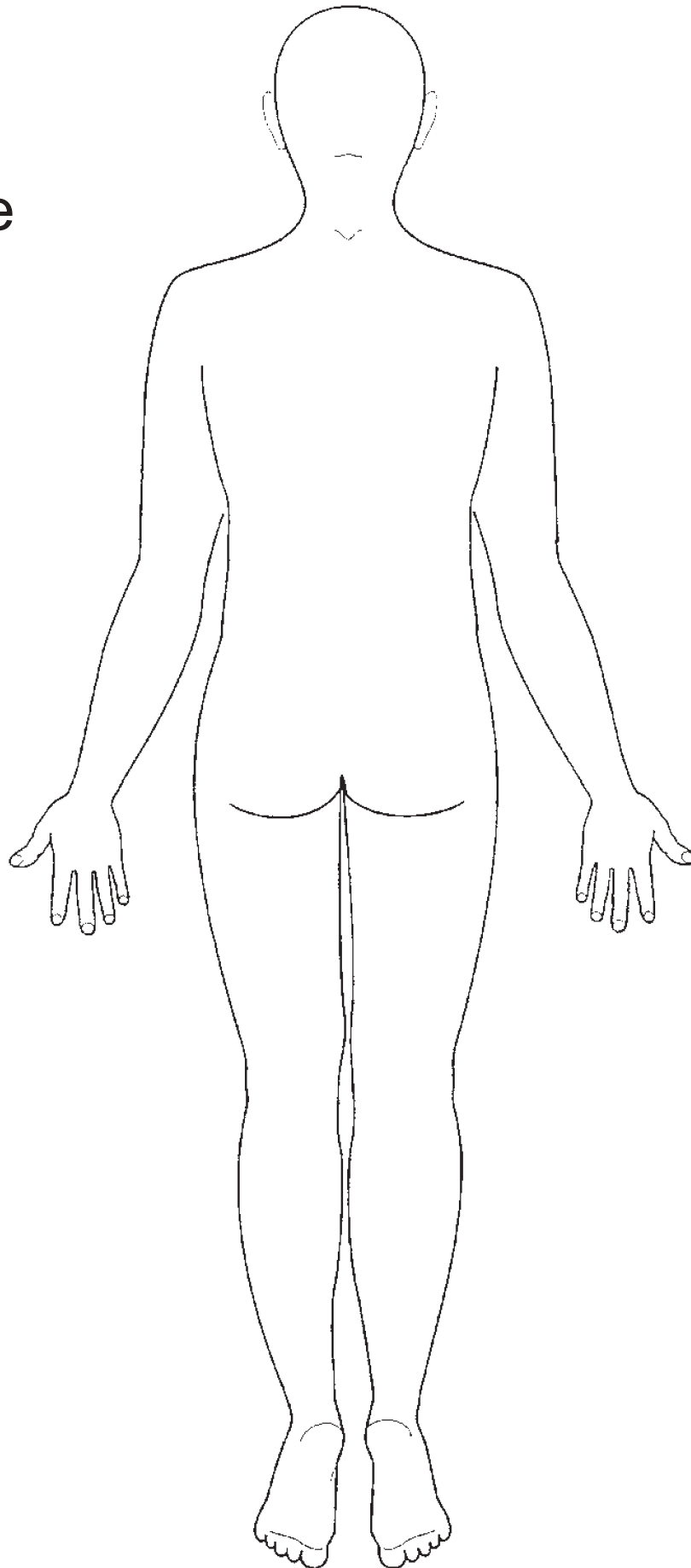
Droite

Gauche



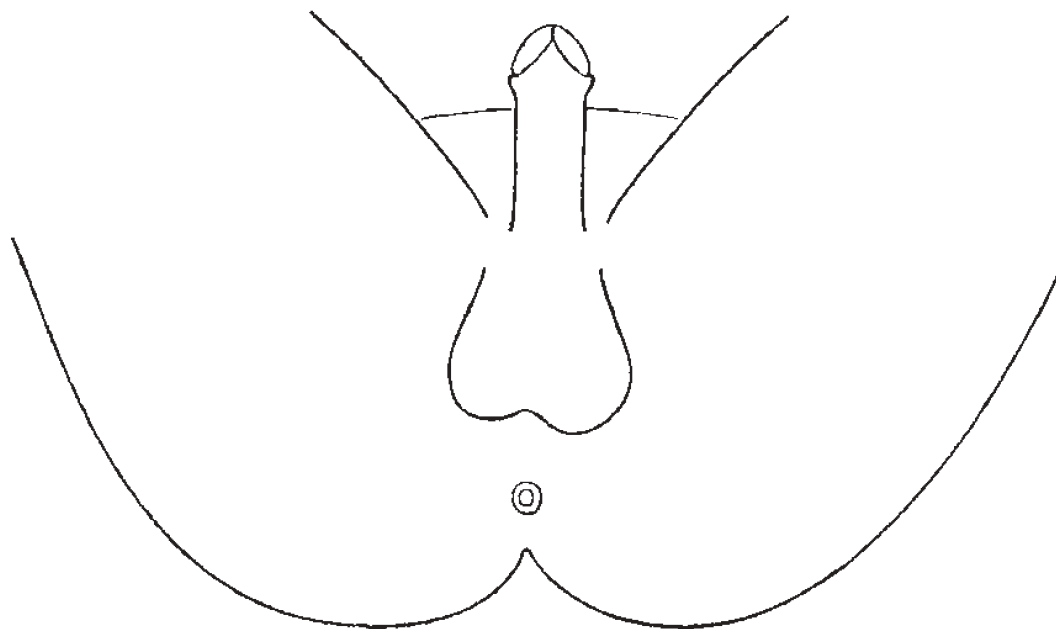
Gauche

Droite

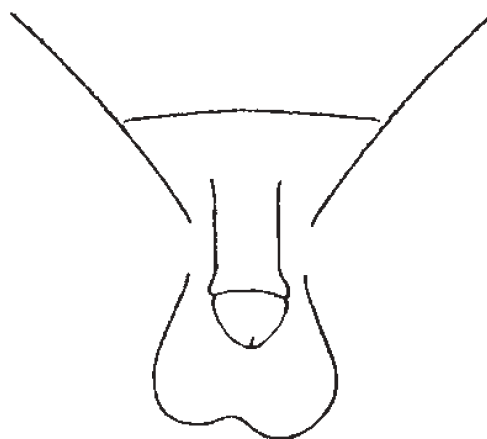


Droite

Gauche

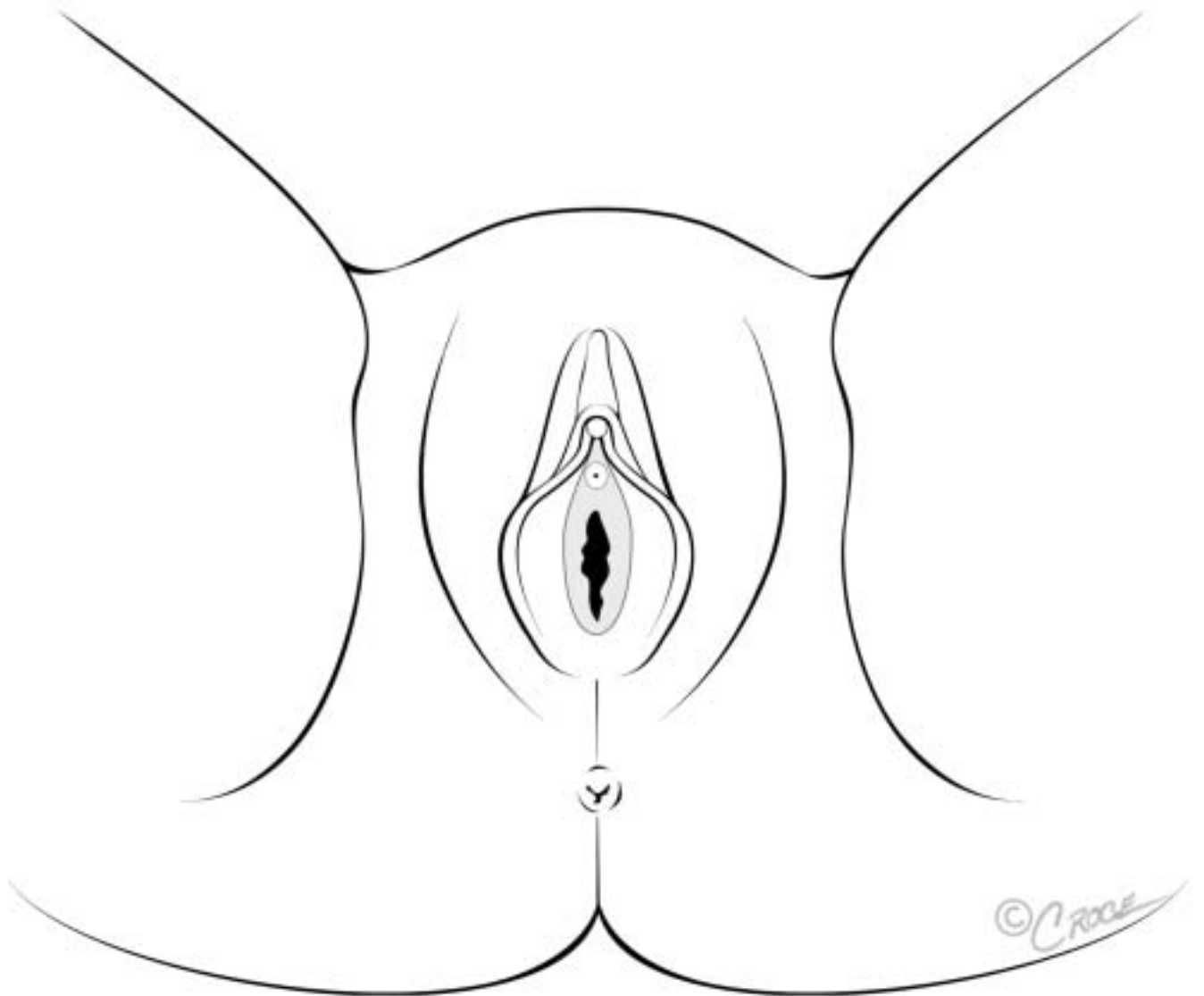


50



Droite

Gauche



Annexe 7 • Collecte de preuves médico-légales

Comme mentionné à la page 13, la capacité des laboratoires à analyser les preuves médico-légales varie considérablement. La présente annexe décrit les différents types de preuves médico-légales pouvant être collectés et passe en revue les procédures à suivre. Il est conseillé aux praticiens de se familiariser avec les ressources et les protocoles nationaux et locaux. Les lois sur le viol et les directives reconnaissant les preuves acceptables diffèrent dans de nombreux pays et lieux. **Ne pas collecter de preuves ne pouvant être utilisées.**

Examen corporel

- Examiner les vêtements de la victime dans un endroit bien éclairé avant qu'elle ne se déshabille. Prélever tout corps étranger présent sur les vêtements, la peau ou les cheveux (de la terre, des feuilles, de l'herbe, des cheveux n'appartenant pas à la victime). Placer une feuille de papier en-dessous des pieds de la personne et lui demander de se déshabiller afin de recueillir toute particule y tombant. Ne pas demander à ce qu'elle se dévête entièrement. Examiner tout d'abord la moitié supérieure du corps puis la moitié inférieure ou donner une blouse à la victime pour qu'elle se couvre. Prendre les vêtements déchirés ou tâchés **uniquement** si vous pouvez lui donner des vêtements de rechange.
- Décrire le plus précisément possible les blessures (voir Phase 4).
- Pour les tests ADN, prélever des échantillons partout où pourrait se trouver la présence de salive (à l'endroit où l'agresseur a léché, embrassé ou mordu la victime) ou de sperme sur la peau, à l'aide d'un écouvillon muni d'un bout en coton stérile légèrement humecté avec une solution stérile si la peau est sèche.
- Les poils pubiens de la victime peuvent être peignés afin d'y récupérer des poils ne lui appartenant pas.
- Si l'éjaculation s'est produite dans la bouche, prélever des échantillons en tamponnant la cavité buccale à la recherche de sperme ou pour réaliser des tests ADN et de phosphatase acide. Placer un écouvillon sec dans les interstices des dents ainsi qu'entre les dents et les gencives de la mâchoire inférieure, le sperme tendant à s'y déposer.

- Prélever du sang et/ou de l'urine pour effectuer les tests toxicologiques requis (par exemple si la victime était droguée).

Examen de l'anus, du périnée et de la vulve

Examiner et prélever des échantillons sur la peau située autour de l'anus et de la vulve à l'aide d'écouvillons différents munis d'un bout en coton humecté d'une solution stérile. Pour les enfants, examiner à la fois l'anus et la vulve.

Examen du vagin et du rectum

En fonction de l'endroit où la pénétration ou la tentative de pénétration a eu lieu, examiner le vagin et/ou le rectum.

- Lubrifier un spéculum avec de la solution saline ou stérile classique (d'autres lubrifiants pourraient fausser les analyses médico-légales).
- A l'aide d'un écouvillon muni d'un bout en coton, prélever le liquide du fornix postérieur à la recherche de sperme. Mettre une goutte du liquide prélevé sur une lame. Si nécessaire, utiliser une goutte de solution saline classique (lame humide). Rechercher au microscope la présence de sperme. Noter la mobilité du sperme. Étaler le liquide restant sur une deuxième lame et faire sécher les deux lames à l'air libre pour un examen ultérieur.
- Pour les tests ADN, effectuer des prélèvements au niveau du fornix postérieur et du canal endocervical à l'aide d'écouvillons munis d'un bout en coton. Les laisser sécher à température ambiante.
- Prélever des échantillons différents au niveau du col de l'utérus et du vagin pour les analyses de phosphatase acide.
- Réaliser des prélèvements au niveau du rectum, si nécessaire, pour y rechercher la présence de sperme et effectuer des tests ADN et de phosphatase acide.

Préservation de la chaîne des preuves

Il est important de toujours préserver la chaîne des preuves afin de s'assurer que celles-ci soient recevables devant un tribunal. Cela implique un relevé, un étiquetage, une conservation et un transport corrects des preuves. Une signature de toutes les personnes ayant en leur possession les preuves, de celle qui les a collectées à celle qui les présente à la Cour, doit être apposée sur le dossier afin de garder une trace exacte du lieu où elles se trouvent.

Des précautions sont à prendre s'il est impossible de transmettre directement les échantillons au laboratoire :

- Tous les vêtements, les écouvillons, les gazes et autres objets à analyser doivent être séchés à température ambiante et emballés dans des sacs en papier kraft (et non en plastique). Des échantillons peuvent être soumis à des tests ADN plusieurs années après l'agression à condition que le matériel ait été correctement séché.
- Les échantillons de sang et d'urine peuvent être conservés 5 jours au réfrigérateur. Pour les conserver plus longtemps, stocker les échantillons dans un réfrigérateur. Suivre les instructions du laboratoire local.
- Tous les échantillons doivent être clairement étiquetés et porter un code d'identification confidentiel (et non porter le nom ou les initiales de la personne ayant survécu à l'agression), la date, l'heure et le type d'échantillon (sa nature et l'endroit où il a été prélevé) et doivent être mis dans un récipient.
- Sceller le sac ou le récipient en apposant une bande papier adhésive sur la fermeture. Incrire le code d'identification, la date et apposer vos initiales sur la bande.

En fonction du protocole, inscrire clairement les instructions du laboratoire pour le prélèvement, la conservation et le transport des échantillons.

Les preuves doivent être délivrées aux autorités uniquement si la victime décide d'intenter un procès.

La victime peut donner son accord pour le prélèvement de preuves mais ne pas vouloir les transmettre aux autorités. Si tel était le cas, la prévenir que les preuves seront conservées un mois dans un centre médical, dans un endroit fermé et sécurisé. Passé ce délai, elles seront détruites. Si pendant cette période la victime change d'avis, elle peut faire état aux autorités de l'endroit où récupérer les preuves.

Rapport des résultats médicaux devant le tribunal

Si la victime désire disposer d'un recours légal et que l'affaire est portée devant les tribunaux, le praticien qui l'a examinée après l'agression peut être prié de faire un rapport de ses résultats devant le tribunal. En réalité, seul un faible pourcentage d'affaires est porté devant les tribunaux. De nombreux praticiens peuvent redouter l'idée de se présenter dans un tribunal ou penser qu'ils n'auront pas assez de temps pour le faire. Cependant, ce moyen d'administration de preuves se situe dans le prolongement de leur rôle de protection de la victime.

En cas de viol, le procureur (et non le praticien) doit prouver trois choses :¹¹

- 1 l'existence d'une pénétration, même minime, du vagin ou de l'anus par un pénis ou un autre objet ou d'une pénétration de la bouche par un pénis;
- 2 que la pénétration a eu lieu sans le consentement de la personne;
- 3 l'identité de l'auteur des faits.

Dans la plupart des tribunaux, le praticien doit donner des preuves en tant que témoin des faits et non en tant que témoin agissant en qualité d'expert (c'est à dire qu'il fait état des résultats tel qu'il/elle les a enregistrés).

Il lui est recommandé de rencontrer le procureur avant de se présenter devant le tribunal afin de préparer son témoignage et obtenir les informations concernant les points significatifs de l'affaire.

¹¹ Brown WA. Obstacles to women accessing forensic medical exams in cases of sexual violence. Freins à l'accès des examens médico-légaux pour les femmes dans les affaires de violences sexuelles. Document non publié, préparé pour une consultation par l'OMS sur la réponse du secteur sanitaire aux violences sexuelles, Genève, juin 2001.

Il lui est demandé de se conduire professionnellement et respecter la confidentialité dans la salle d'audience. A cette fin, il doit :

- S'habiller correctement.
- Parler clairement et distinctement et, si l'usage le requiert, regarder les personnes à qui il s'adresse dans les yeux.
- Utiliser une terminologie médicale précise.
- Répondre aux questions aussi précisément et professionnellement que possible.
- S'il ignore la réponse à une question, le dire. Ne pas inventer de réponses et ne pas attester de problèmes qui ne relèvent pas de son champ de compétences.

- Demander de clarifier les questions non comprises. Ne pas essayer de deviner le sens des questions.

Les remarques notées lors du premier entretien et du premier examen viennent à l'appui des résultats à communiquer. Il est difficile de se souvenir d'informations non écrites. Il est donc nécessaire **d'enregistrer toutes les déclarations, les procédures et les actions de façon suffisamment détaillée, précise, complète et lisible**. Ceci constitue la meilleure façon de se préparer à se présenter devant un tribunal.

Annexe 8 • Certificats médicaux

CERTIFICAT MEDICAL pour enfants

Je, soussigné(e) : (NOM, prénom) - - - - -

Titre : (Indiquer la fonction) - - - - -

ce jour et heure : (jour-mois-année, heure) - - - - -

certifie avoir examiné à la demande de : - - - - -

(nom du père, de la mère, du représentant légal)

Enfant : (NOM, prénom), - - - - -

Date de naissance : (jour, mois, année) - - - - -

Adresse : (adresse complète des parents or lieu de résidence de l'enfant)

- - - - -
- - - - -

55

Lors de l'entretien, l'enfant m'a dit : (reprendre le plus exactement possible les propres mots de l'enfant)

Lors de l'entretien, (nom de la personne accompagnant l'enfant) a déclaré:

L'enfant présente les signes suivants :

Examen général : (comportement de l'enfant : accablé, excité, calme, craintif, muet, en pleurs, etc.)

Examen physique : (description détaillée des lésions, de leur emplacement, de leur étendue, de leur caractère ancien ou récent et de leur gravité)

Lors de l'examen génital : (signe d'une défloration récente ou ancienne, d'ecchymoses, de larmes, etc.)

Lors de l'examen anal :

56

Autres examens réalisés ou échantillons prélevés :

L'absence de lésions ne permet pas d'aboutir à la conclusion qu'aucune agression sexuelle n'a eu lieu.

Certificat fait ce jour et délivré au titre de preuve à (Nom du père, de la mère, du représentant légal).

Signature du praticien

CERTIFICAT MEDICAL pour adultes

Je, soussigné(e) : (NOM, prénom) - - - - -

Titre : (Indiquer la fonction) - - - - -

ce jour et heure : (jour-mois-année, heure) - - - - -

certifie avoir examiné à sa demande M, Mme, Mlle : (NOM, prénom) :

- - - - -

Date de naissance : (jour, mois, année) - - - - -

Adresse : (adresse complète de la personne examinée)

- - - - -

- - - - -

Elle/Il a déclaré avoir été victime d'une agression sexuelle le (heure, jour, mois, année) - - - - -

- - - - -

à : (lieu) - - - - -

par (personne connue ou inconnue) : - - - - -

Mlle, Mme, M _____ **présente les signes suivants :**

Examen général (comportement : accablé(e), excité(e), calme, craintif(ve), muet(te), en pleurs, etc.) :

Examen physique (description détaillée des lésions, de leur emplacement, de leur étendue, de leur caractère ancien ou récent et de leur gravité) :

Examen génital (signe d'une défloration récente ou ancienne, d'ecchymoses, d'écorchures de larmes, etc.) :

Examen anal :

Autres examens réalisés et échantillons prélevés :

Evaluation du risque de grossesse :

58

L'absence de lésions ne permet pas d'aboutir à la conclusion qu'aucune agression sexuelle n'a eu lieu.

Certificat fait ce jour et délivré au titre de preuve à qui de droit.

Signature du praticien

Annexe 9 • Protocoles pour la prévention et le traitement des IST

Traitements des IST recommandés par l’OMS pour les adultes (peuvent également être utilisés pour la prophylaxie)

Note: Il s’agit là d’exemples de traitements contre les infections transmises par voie sexuelle. Il peut exister d’autres traitements. Toujours suivre les protocoles de traitement **locaux** pour les infections sexuellement transmissibles.

IST	Traitement	
Gonorrhée	ciprofloxacine	500 mg par voie orale, dose unique (<i>contre-indiquée pendant la grossesse</i>)
		ou
	céfixime	400 mg par voie orale, dose unique
		ou
	ceftriaxone	125 mg par voie intramusculaire, dose unique
Infection chlamydienn	azithromycine	1 g par voie orale, en une dose unique (<i>déconseillé pendant la grossesse</i>)
		ou
	doxycycline	100 mg par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours (<i>contre-indiqué pendant la grossesse</i>)
Infection chlamydienn	érythromycine	500 mg par voie orale, 4 fois par jour pendant 7 jours
		ou
chez la femme enceinte	amoxicilline	500 mg par voie orale, 3 fois par jour pendant 7 jours
Syphilis	benzathine benzylpénicilline*	2,4 millions UI, par voie intramusculaire, une seule fois (administrée en deux injections à deux endroits différents)
Syphilis chez les patients allergiques à la pénicilline	doxycycline	100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 14 jours (<i>contre-indiqué pendant la grossesse</i>) (Note : cet antibiotique agit également contre la chlamydia)
Syphilis chez les femmes enceintes allergiques à la pénicilline	érythromycine	500 mg par voie orale, 4 fois par jour pendant 14 jours (Note : cet antibiotique agit également contre la chlamydia)
Trichomonase	métronidazole	2 g par voie orale, en une dose unique ou en deux doses administrées à 12h d’intervalle (<i>à éviter pendant le premier trimestre de la grossesse</i>)

59

*Note : la **benzathine benzylpénicilline** peut ne pas être prescrite si le régime de traitement prophylactique prévoit 1 g d’**azithromycine** administrée par voie orale, en une dose unique, efficace contre l’incubation de la syphilis.

Prescrire un traitement court et facile à suivre pour chaque infection fréquente localement.

Exemple

Traitement préventif contre la gonorrhée, la syphilis et l’infection chlamydienn chez une femme non enceinte et non allergique à la pénicilline.

- céfixime 400 mg par voie orale + azithromycine 1 g par voie orale, **ou**
- ciprofloxacine 500 mg par voie orale + benzathine benzylpénicilline 2,4 millions UI par voie intramusculaire + doxycycline 100 mg par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours.

Si la trichomonase est prédominante, ajouter une dose unique de 2 g de métronidazole par voie orale.

Traitements des IST recommandés par l'OMS pour les enfants et les adolescents (peuvent également être utilisés pour les traitements préventifs)

Note: Il s'agit là d'exemples de traitements contre les infections transmises par voie sexuelle. Il peut exister d'autres traitements. Toujours suivre les protocoles de traitement **locaux** pour les infections sexuellement transmissibles et utiliser des médicaments et des dosages adaptés aux enfants.

IST	Poids ou âge	Traitement	
Gonorrhée	< 45 kg	ceftriaxone	125 mg par voie intramusculaire, dose unique ou
		spectinomycine	40 mg/kg de poids corporel, par voie intramusculaire (jusqu'à 2 g maximum), dose unique ou (si > 6 mois)
	≥ 45 kg	céfixime	8 mg/kg de poids corporel, par voie orale, dose unique Traiter selon protocole adultes
Infection chlamydienn	< 45 kg	azithromycine	20 mg/kg par voie orale, dose unique ou
		érythromycine	50 mg/kg de poids corporel par jour, par voie orale (jusqu'à 2 g maximum), à répartir en 4 doses, pendant 7 jours
	≥ 45 kg mais < 12 ans	érythromycine	500 mg par voie orale, 4 fois par jour pendant 7 jours ou
		azithromycine	1 g par voie orale, dose unique
	≥ 12 ans		Traiter selon protocole adultes
Syphilis		* benzathine benzyl-pénicilline	50 000 UI/kg par voie intramusculaire (jusqu'à 2,4 millions UI), dose unique
	<i>Syphilis chez les patients allergiques à la pénicilline</i>	érythromycine	50 mg/kg de poids corporel par jour, par voie orale (jusqu'à 2 g maximum), à répartir en 4 doses, pendant 14 jours
Trichomonase	< 12 ans	métronidazole	5 mg/kg de poids corporel par voie orale, 3 fois par jours pendant 7 jours
	≥ 12 ans		Traiter selon protocole adultes

***Note:** la **benzathine benzylpénicilline** peut ne pas être prescrite si le régime de traitement préventif prévoit de l'**azithromycine**, efficace contre l'incubation de la syphilis, sauf dans le cas où les personnes atteintes localement présentent des signes de résistance à ce médicament.

Source : Tailoring clinical management practices to meet the special needs of adolescents: sexually transmitted infections. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (document WHO/CAH 2002, et WHO/HIV/AIDS 2002/03).

Annexe 10 • Protocoles pour la prophylaxie post-exposition au VIH

Les exemples suivants de protocoles de prophylaxie post-exposition (PPE) sont utilisés pour prévenir l'infection du VIH à la suite d'un viol. Ces exemples ne font pas état de toute l'assistance qui peut être nécessaire. Si vous n'avez pas la possibilité de pratiquer la PPE localement, il est préférable d'orienter la victime le plus rapidement possible (sous 72 heures) vers un centre spécialisé.

Ce qu'il faut savoir avant de commencer

Dans les endroits où les médicaments antirétroviraux sont disponibles en grande quantité pour traiter le SIDA, il est plus que probable que le virus VIH résiste à l'un de ces médicaments. Dans ce cas, trois médicaments seront nécessaires dans le protocole de la PPE. S'assurer que les médicaments antirétroviraux sont disponibles en grande quantité et se renseigner sur les médicaments utilisés pour traiter les malades atteints du SIDA. Il convient également de savoir s'il existe un protocole national de la PPE et de le mettre en place dans votre service.

On ne dispose actuellement pas de données concluantes sur l'efficacité de la prophylaxie post-exposition (PPE) dans la prévention de la transmission du VIH à la suite d'un viol. Cependant, suite à des observations de prophylaxie post-exposition chez des sujets victimes d'exposition professionnelle ou de transmission du VIH de la mère à l'enfant, les experts pensent que le fait d'entreprendre la PPE le plus rapidement possible (seulement entre 48 à 72 heures après le viol) est salutaire. Pour les victimes de viol, la PPE est disponible dans certains centres médicaux nationaux. Avant toute chose, il convient de s'assurer que le personnel soignant est bien informé sur la PPE, qu'il sait prodiguer les conseils aux victimes de viol, voire établir une liste de noms et d'adresses de prestataires de soins de santé vers lesquels les victimes peuvent être dirigées. L'OMS ne dispose pas encore de politique officielle ou de recommandations spécifiques sur les régimes de PPE. L'opinion des experts concernant les meilleurs régimes à adopter en différents endroits est partagée. Une réunion se tiendra en 2005 pour déterminer les régimes appropriés.

Prophylaxie post-exposition utilisant deux antirétroviraux

- Recourir à ce régime dans les endroits où la trithérapie antirétrovirale n'est pas largement répandue.
- Ce traitement préventif consiste en deux prises quotidiennes de deux médicaments antirétroviraux pendant 28 jours. Ces médicaments sont la zidovudine (ZDV ou AZT) et la lamivudine (3TC). L'association de ces médicaments est également disponible sous forme d'un comprimé appelé Combivir.
- Des gênes gastro-intestinales peuvent survenir chez 50 % des personnes prenant du ZDV/3TC, mais elles sont relativement mineures. Une prise en charge appropriée aidera les patients à suivre le traitement dans son intégralité. Il n'est pas contre-indiqué de commencer la PPE, la prise de la pilule contraceptive d'urgence et la prophylaxie des IST le même jour bien que les doses doivent être espacées, et si possible prises au cours des repas pour réduire les effets indésirables tels que la nausée.
- Une prise en charge ainsi qu'un test de dépistage du VIH devraient être proposés spontanément à toutes les victimes. Le test de dépistage n'est pas obligatoire. Les victimes ne pouvant ou ne voulant pas subir un test de dépistage et n'étant pas encore connues comme étant séropositives devraient se voir proposer une PPE, dans le cas où elle s'impose. La PPE de prescription de courte durée n'est pas préjudiciable à une personne dont le statut sérologique est encore inconnu mais qui est en réalité séropositive. **L'administration de la PPE ne doit jamais dépendre de l'acceptation du test de dépistage du VIH par la victime.**
- Les victimes reconnues comme étant séropositives ne doivent pas se voir proposer la PPE. Bien qu'elle ne soit pas supposée dangereuse, son efficacité est pour autant nulle. Ces victimes devront être conseillées et orientées vers des programmes spéciaux destinés aux personnes vivant avec le sida, tels que les soins à domicile, les compléments alimentaires, et le traitement des infections opportunistes.

- L'orientation vers le dépistage du VIH d'une personne venant de subir l'expérience traumatisante du viol s'avère particulièrement difficile. La victime peut ne pas être prête à supporter le stress supplémentaire lié au dépistage ainsi qu'à la communication du résultat. Si la victime ne souhaite pas se soumettre immédiatement au test, la PPE peut être commencée et le test de dépistage peut se faire une semaine après cette première visite de suivi.
- La PPE n'est pas contre-indiquée chez les femmes enceintes, et elle devrait être prescrite aux femmes enceintes dans les mêmes conditions qu'à celles qui ne le sont pas. Les femmes enceintes de moins de douze semaines doivent être informées que les risques éventuels des effets du médicament sur le fœtus ne sont pas encore connus. (S'assurer que les femmes enceintes sont orientées vers des soins prénataux appropriés).
- Les points suivants devront être abordés pour conseiller la victime sur la PPE :
 - ▶ Le niveau de risque de transmission du VIH durant un viol n'est pas déterminé, mais le risque subsiste, et plus particulièrement dans les zones où la prédominance du VIH est élevée.
 - ▶ Il est préférable de connaître le statut sérologique de la victime avant de commencer le traitement par antirétroviraux pour que la solution la plus adaptée soit proposée à celle-ci.
 - ▶ La victime est libre de choisir si elle veut effectuer ou non un test de dépistage du VIH dans la foulée. Si elle le préfère, cette décision peut être reportée jusqu'à une semaine après la première visite de suivi.
- ▶ L'efficacité de la PPE dans la prévention de la séroconversion à la suite d'un viol est inconnue, mais une recherche effectuée chez des sujets victimes d'exposition professionnelle ou de transmission du VIH de la mère à l'enfant indique que la PPE est vraisemblablement efficace dans la réduction des risques de transmission du VIH à la suite d'un viol.
- ▶ Expliquer les effets indésirables courants des médicaments tels que la sensation de fatigue, de nausée et les symptômes similaires à ceux de la grippe. Rassurer la victime sur ces effets indésirables qui ne sont que temporaires et ne provoquent pas de gêne à long terme. La plupart de ces effets indésirables peuvent être soulagés à l'aide d'analgésiques ordinaires tel que le paracétamol.
- ▶ Remettre à la victime une brochure explicative adaptée et traduite dans sa langue.
- Un test sanguin de routine, avec hémogramme NFS complet et enzymes hépatiques, n'est pas recommandé pour les patients sous zidovudine et lamivudine. Les tests sanguins ne doivent être effectués que si l'état clinique de la victime le demande.
- Lors de la première visite, les victimes se verront remettre un traitement de PPE pour une semaine, puis, le reste (traitement de 3 semaines) sera remis lors de la visite de suivi. **Pour les victimes ne pouvant pas se rendre à cette visite de suivi pour des raisons logistiques ou économiques, un traitement complet sera donné lors de la première visite.**

Adolescents > 40 kg et adultes, femmes enceintes et mères allaitantes

Traitement	Posologie	Traitement de 28 jours
Comprimé contenant 300 mg de zidovudine et 150 mg de lamivudine ou zidovudine (ZDV/AZT) comprimé de 300 mg plus lamivudine (3TC) comprimé de 150 mg	1 comprimé deux fois par jour ou 1 comprimé deux fois par jour plus 1 comprimé deux fois par jour	60 comprimés ou 60 comprimés plus 60 comprimés

Enfants*

Poids ou âge	Traitement	Posologie	Traitement de 28 jours
< 2 ans ou 5 – 9 kg	zidovudine (ZDV/AZT) en sirop** 10 mg/ml plus lamivudine (3TC) en sirop** 10 mg/ml	7,5 ml deux fois par jour plus 2,5 ml deux fois par jour	= 420 ml (soit 5 bouteilles de 100 ml ou 3 bouteilles de 200 ml) plus = 140 ml (soit 2 bouteilles de 100 ml ou 1 bouteille de 200 ml)
10 - 19 kg	zidovudine (ZDV/AZT) gélule de 100 mg plus lamivudine (3TC) comprimé de 150 mg	1 gélule trois fois par jour plus 1/2 comprimé deux fois par jour	90 gélules plus 30 comprimés
20 - 39 kg	zidovudine (ZDV/AZT) gélule de 100 mg plus lamivudine (3TC) comprimé de 150 mg	2 gélules deux fois par jour plus 1 comprimé deux fois par jour	120 gélules plus 60 comprimés

* Source : *Medical care for rape survivors, Directive provisoire MSF*. Décembre 2002.

** Ne pas conserver la solution buvable plus de 15 jours après ouverture.

Prophylaxie post-exposition utilisant trois antirétroviraux

Certains experts préconisent l'ajout d'un troisième médicament antirétroviral (inhibiteur de protéase) au ZDV et 3TC là où cela est possible, et plus particulièrement dans les zones où les antirétroviraux sont disponibles en quantité suffisante pour prévenir une quelconque résistance de l'un de ces médicaments au VIH. Le recours à la trithérapie pourra s'avérer plus difficile à appliquer que la bithérapie.

Voici un régime de traitement recommandé¹²:

300 mg de zidovudine et 150 mg de lamivudine associé en un comprimé; un comprimé deux fois par jour.

plus

indinavir, 800 mg trois fois par jour.

Les effets indésirables sont courants avec l'indinavir. Les plus fréquemment rapportés sont : nausée, vomissements, diarrhée, perte d'appétit, douleurs stomacales, maux de tête, éruption cutanée, calculs rénaux accompagnés de sang dans les urines, douleurs musculaires, sensation de malaise, fièvre, jaunisse, hyperglycémie et anémie hémolytique. Il est important de boire beaucoup (au moins 2 litres par jour).

En raison des effets indésirables éventuels causés par l'indinavir, la victime doit être suivie par un spécialiste du VIH. Le nelfinavir et le lopinavir/ritonavir sont d'autres inhibiteurs de protéase à considérer.

Note: La Névirapine **n'est pas** recommandée dans la prophylaxie post-exposition¹³.

12 World Health Organization Health and Medical Service. *Post Exposure Preventive Treatment Starter Kits*. WHO, Genève, Novembre 2004.

13 Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for post exposure prophylaxis. *Rapport hebdomadaire sur la mortalité et la morbidité*, 2001, 50(RR-11), Annexe C.

Annexe 11 • Protocoles pour la contraception d'urgence

Pilules contraceptives d'urgence

- Deux régimes de pilules contraceptives d'urgence peuvent être utilisés :
 - 1 le régime à seule base de lévonorgestrel :** 1,5 mg de lévonorgestrel en une dose unique (ce régime est recommandé car il est plus efficace et provoque moins d'effets indésirables), ou
 - 2 le régime à base d'oestrogène-progestatif (Yuzpe) :** deux doses de 100 microgrammes d'éthinylestradiol plus 0,5 mg de lévonorgestrel pris à 12 heures d'intervalle.
- Le traitement, quel que soit le régime adopté, doit être commencé le plus rapidement possible après le viol, des recherches ayant démontré que son efficacité diminue avec le temps. Les deux régimes sont efficaces si la prise s'effectue moins de 72 heures après le viol. Entre 72 heures et 120 heures après l'agression (soit 5 jours), l'efficacité est modérée. Les délais supérieurs n'ont pas fait l'objet d'étude.
- Le régime à seule base de lévonorgestrel peut être pris en une dose unique de 1,5 mg de lévonorgestrel le plus tôt possible, et dans l'idéal pas au-delà de 120 heures après le viol. Avec le régime oestrogène-progestatif, une première dose est à prendre le plus rapidement possible, toutefois pas au-delà de 120 heures après le viol, et une seconde dose est à prendre 12 heures plus tard. Certains produits sont spécialement conditionnés pour la contraception d'urgence, mais actuellement ils ne sont homologués que dans un nombre restreint de pays. Si la pillule contraceptive d'urgence (PCU) pré-conditionnée n'est pas disponible localement la contraception d'urgence peut se faire à l'aide de pilules contraceptives normales administrées par voie orale, disponibles dans les centres de planning familial (voir tableau ci-dessous pour conseils d'utilisation).
- Informer la victime sur la prise de pilules, sur ses effets secondaires et sur les effets que la prise pourrait avoir sur ses prochaines règles. La pilule contraceptive d'urgence n'empêche pas une grossesse due à des rapports sexuels ayant eu lieu après le traitement. Donner à la victime des préservatifs à utiliser dès que nécessaire.
- Bien expliquer à la victime qu'il existe toujours un risque d'échec de la pilule. Si le traitement fonctionne, la plupart des patientes auront leurs règles à la date prévue. Il se peut qu'il y ait une avance d'une semaine ou un retard de quelques jours. Si les règles ne surviennent pas après une semaine, la victime devra alors se soumettre à un test de grossesse et examiner les solutions qui se présentent dans un tel cas. Expliquer à la victime que des pertes vaginales ou des saignements légers sont courants avec le régime à base de lévonorgestrel et qu'il n'y a donc pas d'inquiétude à avoir. Ces derniers ne doivent pas être confondus avec des règles normales.
- *Effets indésirables* : le régime à base de lévonorgestrel provoque beaucoup moins de nausées que le régime à base d'oestrogène-progestatif (Yuzpe). Si les vomissements surviennent deux heures après la prise, répéter celle-ci. En cas de crise de vomissements aigue, les PCU peuvent être administrées par voie vaginale.
- *Mises en garde*. Les PCU ne sont pas efficaces en cas de grossesse déclarée. Elles peuvent être prescrites lorsque l'état de grossesse n'est pas clairement avéré et les tests de grossesse non disponibles, puisque rien ne permet de conclure que les pilules puissent être préjudiciables à la femme ou au fœtus. Il n'existe aucune contre-indication médicale à l'utilisation des PCU.

Régime	Composition de la pilule ^a (par dose)	Dénominations commerciales communes	Première dose (nombre de comprimés)	Deuxième dose 12 heures après (nombre de comprimés)
Lévonorgestrel seul	750 µg	Levonelle, NorLevo, Plan B, Postinor-2, Vikela	2	0
	30 µg	Microlut, Microval, Norgeston	50	0
	37,5 µg	Ovrette	40	0
Combiné	EE 50 µg + LNG 250 µg ou EE 50 µg + NG 500 µg	Eugynon 50, Fertilan, Neogynon, Noral, Nordiol, Ovidon, Ovral, Ovran, Tetragynon/PC-4, Preven, E-Gen-C, Neo-Primovlar 4	2	2
	EE 30 µg + LNG 150 µg ou EE 30 µg + NG 300 µg	Lo/Femenal, Microgynon, Nordete, Ovral L, Rigevidon	4	4

a EE = éthinyloestradiol ; LNG = lévonorgestrel ; NG = norgestrel.

(Adapté de: Consortium for Emergency Contraception, *Emergency contraceptive pills, medical and service delivery guidelines*, deuxième édition. Washington, DC, 2004).

Utilisation d'un dispositif intra-utérin (DIU) en tant que contraception d'urgence

- Si la victime se présente dans les cinq jours qui suivent le viol (et s'il n'y a pas eu d'autres rapports sexuels non protégés pendant le cycle ayant précédé l'agression), la pose d'un DIU libérant du cuivre constitue une méthode efficace de contraception d'urgence. Il réduit de plus de 99% le risque de grossesse.
- Les femmes doivent être informées à ce sujet de manière à ce qu'elles puissent prendre une décision en connaissance de cause.
- Une personne qualifiée doit conseiller la patiente et poser le DIU. Si un DIU est déjà posé, s'assurer de donner le traitement complet contre les IST, comme indiqué à l'Annexe 9
- Le DIU peut être retiré lors des règles suivantes ou bien laissé en place à titre de contraception future.

ISBN 92 4 259263 3

