

Gestion clinique  
*des Victimes de Viols*

---

Guide pour le développement des protocoles  
à adopter avec les réfugiés et les  
personnes déplacées dans leurs propres pays



Gestion clinique

# *des Victimes de Viols*

---

Guide pour le développement des protocoles  
à adopter avec les réfugiés et les  
personnes déplacées dans leurs propres pays

*Document issu de la  
Conférence inter-Agences sur les leçons tirées en matière de :  
Prévention et réponse aux violences sexuelles ou liées au sexe auprès des réfugiés  
27-29 Mars 2001 • Genève*

---

© Organisation Mondiale de la Santé/Haut  
Commissaire des Nations Unies pour les  
Réfugiés 2002

Le présent document n'est pas une publication officielle de l'OMS (WHO) ou du Haut Commissaire des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR). Ce document peut être librement reproduit et traduit, en partie ou dans sa totalité, hormis pour des fins commerciales ou en rapport avec des buts commerciaux. La mention de sociétés spécifiques ou de produits de certains fabricants n'implique pas qu'ils sont pour autant approuvés ou recommandés par l'OMS ou le Haut Commissaire des Nations Unies pour les Réfugiés.

Le présent manuel doit être testé sur le terrain. Les utilisateurs sont invités à soumettre leurs commentaires à l'OMS, à l'adresse ci-dessous.

Pour plus d'informations sur ce document ou pour s'en procurer des exemplaires supplémentaires, contacter :

Organisation Mondiale de la Santé, Genève –  
Département de la Santé et des Recherches sur  
la Reproduction  
Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse  
Télécopie : +41-22-791 4189 ;  
E-mail : [rhrpublications@who.int](mailto:rhrpublications@who.int)  
Site Internet : [http  
://www.who.int/reproductive-health](http://www.who.int/reproductive-health)

UNHCR  
HCNUR – Section pour le développement de la  
santé et des collectivités  
B.P. 2500, 1202 Genève, Suisse  
Fax: +41-22-739 7366  
E-mail: [HQTS00@unhcr.ch](mailto:HQTS00@unhcr.ch)  
Website: <http://www.unhcr.ch>  
Télécopie : +41-22-739 7366  
E-mail : [HQTS00@unhcr.ch](mailto:HQTS00@unhcr.ch)  
Site Internet : [http ://www.unhcr.ch](http://www.unhcr.ch)

# Sommaire

Préambule . . . . .	v
Remerciements. . . . .	vii
Abréviations et acronymes. . . . .	viii
Introduction . . . . .	1
PHASE 1 – Opérations préalables pour offrir une assistance médicale aux victimes de viol. . . . .	3
PHASE 2 – Préparation de la victime avant l'examen . . . . .	7
PHASE 3 – Anamnèse et récit des faits. . . . .	8
PHASE 4 – Collecte des preuves médico-légales . . . . .	10
PHASE 5 – Examen physique et génital. . . . .	14
PHASE 6 – Prescription des traitements . . . . .	17
PHASE 7 – Assistance psychosociale de la victime . . . . .	22
PHASE 8 – Suivi médical de la victime . . . . .	24
Assistance aux enfants victimes de viol . . . . .	25
Considérations spéciales pour les hommes . . . . .	28
Considérations spéciales pour les femmes enceintes . . . . .	28
Considérations spéciales pour les femmes âgées. . . . .	28
Annexe 1 – Informations nécessaires pour développer un protocole local . . . . .	29
Annexe 2 – Exemple du formulaire de consentement . . . . .	30
Annexe 3 – Exemple du formulaire d'anamnèse et d'examen. . . . .	31
Annexe 4 – Pictogrammes. . . . .	35
Annexe 5 – Protocoles de traitement des MST . . . . .	39
Annexe 6 – Protocoles de prophylaxie post-exposition au VIH . . . . .	41
Annexe 7 – Protocoles pour la contraception d'urgence. . . . .	42
Annexe 8 – Assistance minimale des victimes de viol dans les endroits disposant de moindres ressources. . . . .	44
Annexe 9 – Documentation supplémentaire . . . . .	46

# Préambule

La violence sexuelle ou liée au sexe est un problème mondial. Les réfugiés et les personnes déplacées sont particulièrement exposés à cette forme de violation des droits de l'homme pendant chaque étape de leur phase de réfugiés. Le viol – l'une des formes les plus extrêmes de violence sexuelle – a lieu dans chaque société, pays et région. Le viol utilisé en tant qu'arme de guerre est largement documenté, tout comme la violence sexuelle à l'égard des réfugiés.

Au cours de ces cinq dernières années, les agences humanitaires ont travaillé pour mettre en place des systèmes capables de faire face à la violence sexuelle ou liée au sexe ainsi que pour soutenir les efforts collectifs accomplis pour prévenir ces violences. En mars 2001, la collectivité 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 ou liée au sexe que subissent les réfugiés. A l'invitation du Haut Commissariat pour les Réfugiés, 160 représentants de réfugiés, d'organisations

non-gouvernementales, gouvernementales et inter-gouvernementales se sont réunis à Genève pour partager les expériences acquises et les leçons tirées de leurs activités sur le terrain. Le présent document est l'un des résultats de cette conférence. Il a été rédigé sous la direction du Département de la Santé et des Recherches sur la Reproduction de l'Organisation Mondiale de la Santé, avec le support du Comité International de la Croix Rouge et du Haut Commissaire des Nations Unies pour les Réfugiés.

Une ébauche de ce manuel a été distribuée dans plusieurs cadres internationaux pour être testée sur le terrain. Les informations obtenues à partir de ces tests ont été intégrées dans la révision actuelle. Cette version bénéficiera d'une plus ample diffusion et son utilisation sur le terrain sera évaluée pendant une période d'une ou deux années avant de procéder à une révision ultérieure. Les commentaires et les suggestions seront les bienvenus.

# Remerciements

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

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, GA, USA ;
- Center for Health and Gender Equity (CHANGE), Takoma Park, MD, USA ;
- Département de Médecine Communautaire, Hôpital Cantonal Universitaire de Genève, Genève, Suisse ;
- International Centre for Reproductive Health, Ghent, Belgique ;
- International Committee of the Red Cross, Women and War Project, Genève, Suisse ;
- International Medical Corps, Los Angeles, CA, USA;
- Ipas USA, Chapel Hill, NC, USA ;
- Médecins Sans Frontières, Belgique. Pays-Bas, Espagne, Suisse ;
- Physicians for Human Rights, Boston, MA, USA;
- Reproductive Health for Refugees Consortium (American Refugee Committee, CARE, Columbia University's Center for Population and Family Health, International Rescue Committee, Research and Training Institute of John Snow, Inc., Marie Stopes International, Women's Commission for Refugee Women and Children) ;
- United Nations Population Fund, New York, NY, USA;
- United Nations High Commissioner for Refugees, Health and Community Development Section, Genève, Suisse ;
- World Health Organization Headquarters Department of Reproductive Health and Research avec le support des départements suivants :
  - ▶ Emergency and Humanitarian Action,

- ▶ Essential Drugs and Medicines Policy,
- ▶ Gender and Women's Health,
- ▶ HIV/AIDS,
- ▶ Injuries and Violence Prevention,
- ▶ Mental Health and Substance Dependence, and
- ▶ Vaccines and Biologicals;
- World Health Organization Regional Office for Africa (AFRO);
- World Health Organization Regional Office for South-East Asia (SEARO).

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

- Michael Dobson, John Radcliffe Hospital, Oxford, Royaume-Uni ;
- Coco Idenburg, Family Support Clinic, Harare, Zimbabwe ;
- Lorna J. Martin, Department of Forensic Medicine and Toxicology, Le Cap, Afrique du Sud ;
- Dr Nirmal Rimal, AMDA PHC Programme Bhutanese Refugees, Jhapa, Nepal ;
- Dr Santhan Surawongsin, Nopparat Rajathanee Hospital, Bangkok, Thaïlande ;
- Ms Beth Vann, Reproductive Health for Refugees Consortium, Alexandria, VA, USA.

Nous remercions également les organisations non-gouvernementales et le personnel UNHCR basé en Tanzanie et notamment Mme Marianne Schilperoord, qui a organisé l'essai sur le terrain de ce manuel.

# Abréviations et acronymes utilisés dans ce manuel

ARV	antiretroviral (antirétroviral)
DT	diphtheria and tetanus toxoids (diphtérie et toxoïdes tétaniques)
DTP	diphtheria and tetanus toxoids and pertussis vaccine (diphtérie, toxoïdes tétaniques et vaccin contre la coqueluche)
ECP	emergency contraceptive pills (pillule contraceptive d'urgence)
ELISA	enzyme-linked immunosorbent assay (test immunoenzymatique)
HBV	hepatitis B virus (virus de l'hépatite B)
HIV	human immunodeficiency virus (virus de l'immunodéficience humaine VIH)
IDP	internally displaced person (personne déplacée dans son propre pays)
IUD	intrauterine device (dispositif intra-utérin DIU)
PEP	post-exposure prophylaxis (prophylaxie post-exposition)
RPR	rapid plasma reagin (réagine plasmatique rapide)
STI	sexually transmitted infection (maladie sexuellement transmissible MST)
Td	tetanus toxoid and reduced diphtheria toxoid (toxoiïde tétanique et toxoiïde de la diphtérie réduit)
TIG	tetanus immunoglobulin (immunoglobuline tétanique)
TT	tetanus toxoid (toxoiïde tétanique)
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees – Haut Commissaire des Nations Unies pour les Réfugiés
VCT	voluntary counselling and testing (assistance psychosociale et tests volontaires)
WHO	World Health Organization - Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

# Introduction

Le présent manuel décrit les meilleures pratiques en matière de gestion clinique des victimes de viol. Il doit être adapté à chaque situation, en tenant compte des politiques et des procédures nationales ainsi que de la disponibilité locale d'équipements et de médicaments.

Le présent manuel s'adresse aux opérateurs médicaux qualifiés (coordinateurs sanitaires, médecins, responsables cliniques, obstétriciennes et infirmières) qui développent des protocoles pour la gestion des victimes de viol, en fonction des ressources, des équipements, des médicaments disponibles localement ainsi que des politiques et des procédures nationales. Il peut être également utilisé pour la planification des services médicaux et la formation des opérateurs sanitaires.

Le présent 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'assistance psychologique, bien que ceux-ci puissent s'avérer nécessaires. Ce manuel ne contient non plus d'informations sur les procédures de renvoi au support des services publics, à la police et aux services juridiques. Il existe d'autres textes de référence qui décrivent ce type d'assistance ou fournissent des informations pour la création de réseaux de renvoi : le présent manuel est complémentaire par rapport à ces publications.

**Note :** Il n'appartient pas à l'opérateur médico-sanitaire de déterminer si une personne a été violée. Il s'agit là d'une détermination d'ordre juridique. L'opérateur

médico-sanitaire doit par contre administrer les traitements nécessaires, consigner les faits relatés et d'autres informations afférentes, avec l'accord de la personne concernée, et collecter toute preuve médico-légale qui pourrait être nécessaire dans une enquête ultérieure.

Bien qu'il soit reconnu que les hommes et les garçons peuvent être eux aussi violés, la plupart des individus qui subissent un viol sont des femmes ou des jeunes filles ; les pronoms féminins sont donc utilisés dans ce manuel 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 collection des preuves médico-légales,
- l'évaluation en matière de maladies sexuellement transmissibles et de traitement préventif,
- l'évaluation des risques de grossesse et prévention,
- le traitement des blessures,
- l'assistance psychosociale et suivi.

## Utilisation de ce manuel

Le présent document s'adresse aux opérateurs médico-sanitaires professionnels qui travaillent avec les réfugiés ou les personnes déplacées dans leurs propres pays (IDP - Internally Displaced Persons), ou bien dans d'autres cadres similaires, pour 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 (non nécessairement dans cet ordre) :

- 1 Identifier une équipe de professionnels et de membres de la collectivité impliqués dans l'assistance aux personnes qui ont été violées.
- 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 politiques et les procédures nationales en matière de viol (protocoles de traitement standard, procédures juridiques, lois en matière d'avortement, etc.). L'Annexe 1 propose l'exemple d'une liste de contrôle pour le développement d'un protocole local.
- 5 Développer un protocole d'assistance médicale spécifique pour chaque situation, en utilisant le présent manuel à titre de référence.
- 6 Former les opérateurs 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 manuel

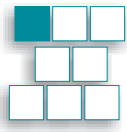
- 1 Opérations préalables pour fournir une assistance médicale aux victimes de viol.
- 2 Préparation de la victime avant l'examen.
- 3 Anamnèse et récit des faits.
- 4 Collecte des preuves médico-légales.
- 5 Examen physique et génital.
- 6 Prescription des traitements.
- 7 Assistance psychosociale de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

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

Le viol est une expérience traumatisante, sur le plan tant émotionnel que physique. Il arrive souvent que les victimes aient été violées par d'innombrables personnes, dans les situations les plus diverses. Elles peuvent avoir été violées par des soldats, des policiers, des membres de leur famille, des copains, des petits amis, des maris, des pères ou des oncles. Les victimes ont parfois été agressées pendant qu'elles étaient en train de récolter 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, voire plus, par des hommes, des garçons ou des femmes. Elles peuvent avoir subi des violences 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.

Les victimes peuvent réagir à ce traumatisme de manière très différente les unes des autres. Leur réaction au traumatisme peut demander beaucoup de temps et ne dépend pas, au moins 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. L'opérateur médico-sanitaire peut prendre en compte ces inquiétudes et aider les victimes à entamer un processus de guérison en leur prodiguant une assistance médicale compatissante, 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.

*Center for Health and Gender Equity (CHANGE)*



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

Le service médico-sanitaire doit se préparer pour répondre de manière approfondie et compatissante aux exigences des personnes qui ont été violées. Le coordinateur sanitaire doit veiller à ce que les opérateurs médico-sanitaires (médecins, assistants médicaux, infirmières, etc.) aient reçu la formation nécessaire pour prêter l'assistance requise et qu'ils disposent des équipements et des fournitures indispensables. Les opératrices médico-sanitaires doivent être formées en priorité, mais leur pénurie ne doit certes pas empêcher le service de prêter son assistance aux victimes de viol.

Lors de la création d'un service, il est nécessaire de prendre en compte les questions suivantes 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 qui ont été violées ;
- pourquoi les victimes de viol auraient-elles besoin d'une assistance médicale ;
- où se trouvent ces services ;
- que les victimes de viol doivent se rendre auprès du service médical aussitôt après avoir subi la violence, 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 et assurera leur sécurité;

- que les services sont accessibles 24 heures sur 24.

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

- Quel est l'opérateur médico-sanitaire qui doit fournir l'assistance ? Et quel type d'assistance doit-il/elle fournir ? Si la personne désire dénoncer officiellement le viol aux autorités, les lois nationales peuvent demander qu'un médecin certifié ou habilité prète l'assistance et remplisse la documentation officielle.
- Quelles sont les exigences juridiques en matière de preuves médico-légales ?
- Quelles sont les lois nationales en matière de gestion des possibles conséquences médicales d'un viol (par exemple, contraception d'urgence, avortement, tests et traitement préventif contre le virus de l'immunodéficience humaine ou VIH) ?

## 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 (MST, VIH) ? Quels sont les services d'assistance psychosociale disponibles ?
- Est-ce qu'il existe des protocoles de gestion des viols et des "kits à viol" pour documenter et collecter les preuves médico-légales ?

- Est-ce qu'il existe un protocole national de traitement des MST, un protocole de prophylaxie post-exposition (PEP) et un programme de vaccination ? Quels sont les vaccins disponibles ?
- Quelles sont les possibilités de renvoi de la victime à une structure médico-sanitaire secondaire (psychiatrie, chirurgie, pédiatrie ou gynécologie/obstétrique) ?

## Où l'assistance doit-elle être prêtée ?

Généralement, une clinique ou un service de consultations externes proposant déjà des services en matière de santé reproductive, d'accouchements ou de gestion des MST, peut offrir l'assistance aux victimes de viol. Des services de renvoi peuvent être nécessaires au niveau hospitalier.

## Qui doit prêter l'assistance ?

L'ensemble du personnel des structures médico-sanitaires qui est en contact avec les victimes de viol – du personnel d'accueil aux professionnels médico-sanitaires – doit avoir reçu une formation spécifique. 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 expressément développé pour la situation en question. Les protocoles doivent contenir des informations relatives aux aspects médicaux, psychosociaux et éthiques (responsabilités de l'opérateur) ainsi que sur les options en matière d'assistance psychosociale ;
- avec une attitude compatissante ;
- en se concentrant sur la victime et ses besoins ;

- en prenant en compte la sensibilité et les attitudes des opérateurs, le contexte socioculturel, les perspectives, les pratiques et les croyances de la collectivité.

## De quoi a-t-on besoin

- L'assistance sanitaire 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 victime ne soit pas obligée de se déplacer d'un lieu à l'autre.
- Les services doivent être disponibles 24 heures sur 24, par jour, 7 jours sur 7.
- Toutes les fournitures énumérées dans la liste de contrôles (pages 5 et 6) immédiatement accessibles. Doivent être préparées et rangées dans un conteneur ou un lieu spécial, de manière à ce qu'elles soient immédiatement disponibles.

## Comment organiser la coordination avec les autres acteurs

- La coordination inter-agences et intersectorielle doit être établie de manière à assurer une assistance globale des victimes de violences sexuelles.
- Veiller à impliquer les représentants des services sociaux/publics, de protection (police et système judiciaire) et de sécurité. Suivant les services disponibles dans un contexte 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 l'Annexe 8 pour l'assistance minimale qui peut et doit être mise à la disposition des victimes dans les endroits disposant de moindres ressources.

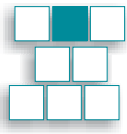
***A rappeler : les souhaits de la victime doivent toujours être respectés.***

## Liste de contrôle des fournitures pour la gestion clinique des victimes de viol

<b>1 Protocole</b>	<b>Disponible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Protocole médical écrit dans la langue de l'opérateur*</li> </ul>	
<b>2 Personnel</b>	<b>Disponible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Professionnels médico-sanitaires (locaux) formés et disponibles 24 heures sur 24*</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Pour les victimes de sexe féminin, une opératrice médico-sanitaire parlant leur langue (situation optimale). Si cela n'est pas possible, une assistante sanitaire (ou une amie) doit être présente dans la salle pendant l'examen*.</li> </ul>	
<b>3 Meubles/Aménagement</b>	<b>Disponible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Salle (privée, tranquille, accessible, avec accès à une toilette ou latrine)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Table d'examen*</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Eclairage, de préférence fixe (une torche pourrait effrayer les enfants)*</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Miroir grossissant (ou vaginoscope)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Accès à une autoclave pour stériliser les équipements*</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Accès aux équipements/microscope/technicien de laboratoire formé</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Echelles de hauteur et diagrammes de poids pour les enfants</li> </ul>	
<b>4 Fournitures</b>	<b>Disponible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ "Kit à viol" pour la collecte des preuves médico-légales, comprenant :</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Spéculum* (de préférence en plastique, à usage unique, tailles pour adultes seulement)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Peigne pour récupérer des corps étrangers parmi les poils pubiens</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Seringues/aiguilles (papillon pour les enfants)/tubes pour les prélèvements sanguins</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lames en verre pour préparer les lamelles humides et/ou sèches (pour le sperme)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tampons au bout en coton/applicateurs/compresses pour le prélèvement des échantillons</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conteneurs de laboratoire pour le transport des tampons à prélèvements</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feuilles de papier pour collecter les débris lorsque la victime se déshabille</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mètre à ruban pour mesurer les dimensions des bleus, des lacérations, etc.*</li> </ul>	

▶ Sacs en papier pour la collecte des preuves*	
▶ Ruban adhésif pour fermer et étiqueter les conteneurs/sacs*	
▶ Fournitures de protection générale (gants, poubelle pour le traitement spécifique des matériels contaminés ou tranchants, savon)*	
▶ Equipement de réanimation pour les réactions anaphylactiques*	
▶ Instruments médicaux stériles (kit) pour réparer les déchirures, et matériel de suture*	
▶ Aiguilles, seringues*	
▶ De quoi couvrir la victime du viol pendant l'examen* (blouse, tissu, drap)	
▶ Vêtements pour remplacer ceux qui ont été déchirés ou prélevés à titre de preuve	
▶ Fournitures sanitaires (tampons, serviettes ou tissus)*	
▶ Tests de grossesse	
▶ Disque de calcul de la grossesse	
<b>5 Médicaments</b>	<b>Disponible</b>
▶ Pour le traitement des MST, selon le protocole national*	
▶ Pour la prophylaxie post-exposition de la transmission VIH (PEP)	
▶ Pilules contraceptives d'urgence et/ou dispositifs intra-utérins (DIU)*	
▶ Toxoïde tétanique, immunoglobuline tétanique	
▶ Vaccin contre l'hépatite B	
▶ Analgésiques* (par exemple, paracétamol)	
▶ Anxiolytic (e.g. diazepam)	
▶ Sédatifs pour enfants (par exemple, diazépam)	
▶ Anesthésique local pour les sutures*	
▶ Antibiotiques pour le traitement des plaies*	
<b>6 Fournitures administratives</b>	<b>Disponible</b>
▶ Diagramme médical avec pictogrammes*	
▶ Formulaire de consigne de l'assistance post-viol	
▶ Formulaire de consentement*	
▶ Brochures d'information pour l'assistance post-viol (pour les victimes)*	
▶ Armoire fermable à clé pour conserver les documents confidentiels dans des conditions de sécurité*	

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

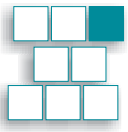


## PHASE 2 – Préparation de la victime avant l'examen

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. L'opérateur sanitaire doit la préparer et procéder à l'examen de manière compatissante, systématique et complète.

### Préparation de la victime avant l'examen :

- S'assurer qu'une personne de support formée ou qu'un opérateur médical formé restent auprès de la victime durant l'examen.
- Expliquer tout ce qui va se passer dans chaque phase de l'examen, pourquoi cela est important, qu'est-ce que cela va apporter et comment cela influera sur l'assistance qui sera prêtée.
- Rassurer la victime, en lui disant qu'elle a le plein contrôle du rythme, des temps et des composantes de l'examen.
- Rassurer la victime, en lui disant que les résultats de l'examen seront confidentiels.
- Lui demander si elle a des questions à poser.
- Lui demander si elle souhaite qu'une personne particulière soit présente pour la soutenir.
- Examiner le formulaire de consentement (voir Annexe 2) avec la victime. S'assurer qu'elle comprenne tout ce qu'il contient et lui expliquer qu'elle peut refuser de donner son consentement à quoi que ce soit. Une fois qu'on a la certitude qu'elle a entièrement compris le formulaire, 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. Limit the number of people allowed in the room during the examination to the minimum necessary.
- 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 pour qu'elle fasse quelque chose contre son gré.



## PHASE 3 – Anamnèse et récit des faits

### Lignes de conduite générales

- Si l'entretien se passe dans la salle d'examen, couvrir les instruments médicaux avant leur utilisation.
- Avant d'écouter le récit des faits, examiner les éventuels documents apportés par la victime au centre médico-sanitaire.
- Laisser la victime raconter son histoire comme elle le préfère.
- Les questions doivent être posées gentiment, en s'adaptant au rythme de la victime.
- Prévoir tout le temps nécessaire pour collecter les informations nécessaires, sans aucune hâte.
- Ne pas poser des questions qui ont déjà été adressées et documentées par d'autres personnes impliquées dans l'affaire.
- Éviter toute distraction ou interruption pendant le récit des faits.
- Expliquer ce qu'on va faire.
- Essayer d'instaurer un climat de confiance.

Un exemple du formulaire d'anamnèse et d'examen est présenté dans l'Annexe 3. Ses principaux éléments sont décrits ci-après.

### Informations générales

- Nom, adresse, sexe, date de naissance (ou âge exprimée en années).
- Noter la date et l'heure de l'examen ainsi que les noms des personnes (membre du personnel ou personne requise par la

victime) présentes 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 propre rythme. Ne pas l'interrompre pour demander des détails ; avant de demander des clarifications, attendre qu'elle ait terminé son récit. Lui expliquer qu'elle n'est pas obligée de raconter ce qui la met mal à l'aise.
- Il est important que l'opérateur médico-sanitaire comprenne exactement ce qui s'est passé, de manière à vérifier les possibles blessures. Il faut l'expliquer à la victime et la rassurer quant au caractère confidentiel de l'entretien, notamment si elle hésite à fournir des informations détaillées. Le formulaire de l'Annexe 3 spécifie les informations requises.

### Anamnèse

- Si la violence a eu lieu récemment, déterminer si depuis la victime s'est lavée, a uriné, a vomi, etc. Cela pourrait compromettre la collecte des preuves médico-légales.
- Les informations sur les problèmes de santé préexistants (allergies, prise de médicaments, vaccinations et état VIH) aideront à déterminer le traitement adéquat, l'assistance psychosociale nécessaire, le suivi médical, etc.
- Évaluer la possibilité d'une grossesse, demander des détails sur la contraception, les dernières règles, etc.

Dans les pays développés, environ 20% des victimes de viol sont enceintes lorsqu'elles subissent la violence.<sup>1</sup> Certaines d'entre elles n'en étaient pas au courant. Vérifier la possibilité d'une grossesse préexistante chez les femmes en âge reproductif, en pratiquant un test de grossesse ou bien au travers de l'anamnèse et de l'examen. Le tableau suivant peut s'avérer utile lorsqu'on ne dispose pas de tests de grossesse.

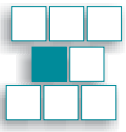
Guide pour confirmer une grossesse préexistante (adapté à partir d'un protocole FHI <sup>2</sup> )		
Non		Oui
	1 Avez-vous accouché au cours des 4 dernières semaines?	
	2 Vous avez accouché il y a moins de six mois <b>et</b> vous avez allaité <b>et</b> vous n'avez pas de règles depuis la naissance de votre enfant ?	
	3 Vos dernières règles ont commencé au cours de ces 10 derniers jours ?	
	4 Avez-vous subi une fausse couche ou un avortement au cours de ces 10 derniers jours ?	
	5 Avez-vous eu des rapports sexuels depuis vos dernières règles (hormis la violence subie) ?	
	6 Utilisez-vous correctement une méthode contraceptive fiable ? (vérifier en posant des questions spécifiques)	

Si la victime répond **NON** à toutes les questions, rechercher des signes et des symptômes de grossesse. Si la grossesse *ne peut pas* être confirmée, lui parler de la contraception d'urgence de manière à ce qu'elle puisse choisir en connaissance de cause (voir Phase 7).

Si la victime répond **OUI** à au moins une question 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 choisir en connaissance de cause (voir Phase 7).

1 Sexual assault nurse examiner (SANE) development and operation guide. Washington, DC, United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Office for Victims of Crime ([www.sane-sart.com/SaneGuide/toc.asp](http://www.sane-sart.com/SaneGuide/toc.asp)).

2 Checklist for ruling out pregnancy among family-planning clients in primary care. Lancet, 1999, 354(9178).



## PHASE 4 – Collecte des preuves médico-légales

Le principal objectif de l'examen 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.

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

### ***Ce qu'il faut savoir avant de développer le protocole***

Chaque pays a ses propres dispositions juridiques et ses propres structures (laboratoires, réfrigération, etc.) pour effectuer les tests. La nature des preuves prélevées dépend des ressources et des politiques nationales ou locales. Ne pas collecter des preuves qui ne peuvent pas être traitées.

Dans certains pays, le médecin peut être légalement obligé de donner son avis sur les preuves physiques prélevées. S'informer à propos du rôle de l'opérateur médico-sanitaire appelé à faire son rapport dans 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 qui sont généralement posées lors des témoignages au tribunal.

### **Pourquoi collecter des preuves médico-légales ?**

- Pour confirmer un contact sexuel récent.
- Pour démontrer qu'il a eu un emploi de la force ou de moyens de coercition.
- Pour confirmer le récit de la victime.
- Si possible, pour identifier l'agresseur.

### **Collecter les preuves médico-légales le plus tôt possible après la violence (dans les 72 heures)**

Le fait de documenter les blessures et de prélever les 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 victime se présente 72 heures après le viol, la quantité et le type de preuves collectées dépendront de chaque situation spécifique.

### **Documenter le cas**

- Documenter l'entretien et les résultats de l'examen de manière claire, complète, objective et sans porter aucun jugement.
- Evaluer et documenter de manière exhaustive l'état physique et émotionnel de la victime.
- Documenter avec précision les déclarations importantes faites par la victime, 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 mot "préssumé", car il pourrait faire penser que la victime a exagéré ou menti.
- Noter exactement quels échantillons ont-ils été prélevés.

### **Les échantillons qui peuvent être prélevés à titre de preuve**

- Preuve des blessures : le traumatisme physique et/ou génital témoigne de l'emploi de la force et doit être documenté.

- Vêtements : les vêtements déchirés ou tachés sont utiles pour prouver qu'il y a eu coercition.
- 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 étrangers peuvent être trouvés sur les vêtements ou le corps de la victime. Il est possible de prélever des poils pubiens et des cheveux de la victime pour faire une comparaison.
- Sperme et liquide séminal : des échantillons peuvent être prélevés dans le vagin, l'anus ou la cavité orale (si l'éjaculation 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 peut être effectuée sur les substances repérées sur le corps de la victime ou sur le lieu de l'agression, qui garde parfois des traces de sang, sperme, salive ou un autre matériel biologique de l'agresseur (par exemple, vêtements, serviettes hygiéniques, mouchoirs, préservatifs), ainsi que sur des tampons à prélèvements provenant de morsures, de taches de sperme, des 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 tests toxicologiques (si la victime a été droguée).

Les preuves médico-légales doivent être prélevées pendant l'examen médical. Pour ce faire, il est nécessaire d'obtenir l'accord de la victime.

Travailler systématiquement à partir du formulaire d'examen médical (voir Annexe 3). Expliquer tout ce qui est fait et pourquoi.

## Inspection corporelle

- Examiner les vêtements de la victime sous un bon éclairage avant qu'elle ne se déshabille. Prélever tous les débris étrangers présents sur les vêtements, la peau ou dans les cheveux (terre, feuilles, herbe, poils/cheveux étrangers). Demander à la victime de se déshabiller, debout sur une feuille de papier, pour collecter tous les débris qui tombent. Ne pas lui demander de se dévêtir complètement. Examiner d'abord la partie supérieure de son corps, puis la partie inférieure, ou bien lui donner une blouse pour qu'elle puisse se couvrir. Ne collecter les vêtements déchirés et tachés **que** si des vêtements de rechange sont disponibles.
- Documenter toutes les blessures (voir Phase 5).
- Prélever des échantillons pour l'analyse ADN dans tous les endroits où il pourrait y avoir de la salive (là où l'agresseur a léché, embrassé ou mordu la victime) ou du sperme sur la peau, à l'aide d'un tampon au bout en coton, légèrement humecté d'eau stérile.
- Les poils pubiens de la victime peuvent être peignés pour récupérer d'éventuels poils étrangers.
- Si l'éjaculation a eu lieu dans la bouche, prélever des échantillons et des tampons dans la cavité orale, pour l'examen direct du sperme ainsi que pour les analyses ADN et phosphatase acide.
- Prélever un échantillon d'urine, si nécessaire.

## Inspection de l'anus, du périnée et de la vulve

Inspecter et prélever des échantillons pour l'analyse ADN sur la peau autour de l'anus, du périnée et de la vulve, à l'aide de tampons au bout en coton, légèrement humectés d'eau stérile.

## Examen du vagin et du rectum

En fonction du lieu de pénétration, examiner le vagin et/ou le rectum.

- Lubrifier un spéculum avec de la solution saline ou de l'eau propre (d'autres lubrifiants pourraient interférer avec les analyses médico-légales).
- Prélever une petite quantité de liquide dans le fornix postérieur pour l'examen du sperme.
- Prélever des échantillons du fornix postérieur et du canal endocervical pour l'analyse ADN, à l'aide de tampons au bout en coton. Les laisser sécher à température ambiante.
- Prélever des échantillons séparés pour le col et le vagin. Ils pourront être analysés pour la phosphatase acide.
- Si nécessaire, prélever des échantillons dans le rectum pour l'examen du sperme et les analyses ADN et phosphatase acide.

## Examen direct du sperme

Mettre une goutte du liquide prélevé sur une lame, éventuellement avec une goutte de solution saline (lamelle humide), et l'examiner au microscope pour vérifier la présence de sperme. Noter la mobilité du sperme. Etaler le liquide restant sur une deuxième lame et sécher les deux lamelles à l'air pour les examiner ultérieurement.

## Dépistage des MST

Les tests pour les maladies sexuellement transmissibles ne sont généralement pas utilisés comme preuve médico-légale. Une MST préexistante pourrait être utilisée contre la victime au tribunal.

Dans certains contextes, le dépistage de la gonorrhée, de la chlamydia, de la syphilis et du VIH est prévu pour les enfants qui ont subi des abus sexuels (voir "Assistance aux enfants victimes de viol", page 25-27).

## Maintien de la chaîne des preuves

Il est important de maintenir à tout moment la chaîne des preuves, pour faire en sorte à ce que celles-ci soient admissibles au tribunal. Pour ce faire, les preuves doivent être correctement prélevées, étiquetées, stockées et transportées. La documentation doit inclure la signature de tous ceux qui ont été en possession des preuves à un moment ou à un autre (de la personne qui les a prélevées à celle qui les transporte au tribunal), afin d'éviter tout risque de manipulation frauduleuse.

Dans l'impossibilité de transporter immédiatement les échantillons dans un laboratoire, il est nécessaire d'adopter un certain nombre de mesures :

- Tous les vêtements, les tissus, les tampons, les compresses et les autres objets à analyser doivent sécher parfaitement à température ambiante et être mis dans des sachets en papier (pas de plastique). Les échantillons peuvent être soumis à l'analyse ADN plusieurs années après l'agression, à condition que le matériel soit parfaitement sec.
- Les échantillons de sang et d'urine peuvent être conservés au réfrigérateur durant 5 jours. Pour pouvoir les conserver plus longtemps, ils doivent être rangés dans un congélateur. Suivre les instructions du laboratoire local.
- Tous les échantillons doivent être clairement étiquetés avec un code d'identification confidentiel (pas le nom ni les initiales de la victime), la date, l'heure et la typologie d'échantillon (sa nature et l'endroit où ils ont été prélevés), puis mis dans un conteneur.
- Fermer le sachet ou le conteneur à l'aide de ruban adhésif. Ecrire le code d'identification, la date et ses propres initiales sur le ruban.

Dans le protocole adapté, écrire clairement les instructions du laboratoire en matière de collecte, stockage et transport des échantillons.

Les preuves ne doivent être remises aux autorités que si la victime décide de porter plainte.

Lors de l'examen, la victime peut accepter à ce que des preuves soient collectées, mais pourrait refuser à ce qu'elles soient remises aux autorités. Dans ce cas, l'informer que les preuves seront conservées pendant un mois dans un espace fermé et sécurisé à l'intérieur du centre médical, après quoi elles seront détruites. Si elle change d'avis au cours de ce délai, elle pourra communiquer aux autorités le lieu où se trouvent les preuves.

## Présentation des résultats médicaux dans une cour de justice

Si la victime souhaite porter plainte et l'affaire est jugée au cours d'un procès, l'opérateur médico-sanitaire qui l'a examinée après l'agression peut être appelé à faire son rapport à la cour. En réalité, seul un petit pourcentage de cas de viols aboutit à un procès. De nombreux opérateurs médico-sanitaires sont inquiets à l'idée de comparaître dans un tribunal ou pensent ne pas avoir assez de temps pour le faire. La présentation de ces preuves s'inscrit cependant dans leur fonction d'assistance de la victime.

Dans les cas de viol, le ministère public (pas l'opérateur médico-sanitaire) doit prouver trois choses :<sup>3</sup>

- 1 La pénétration, même partielle, du vagin ou de l'anus par le pénis ou un autre objet, ou bien la pénétration de la bouche par le pénis.
- 2 Que la pénétration a eu lieu sans le consentement de la personne.
- 3 L'identité du coupable.

3 Brown, W.A. Obstacles to women accessing forensic medical exams in cases of sexual violence. Document de support non publié pour : Consultation on the Health Sector Response to Sexual Violence, WHO Headquarters, Departments of Injuries and Violence Prevention and Gender and Women's Health, Genève, Juin 2001.

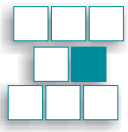
Dans plusieurs endroits, l'opérateur médico-sanitaire peut être appelé à présenter son rapport en tant que témoin de fait (ce qui signifie réitérer les résultats au fur et à mesure qu'il/elle les a enregistrés) plutôt qu'en tant que témoin expert.

Rencontrer le ministère public avant l'audience au tribunal pour préparer le témoignage et obtenir des informations sur les principaux aspects de l'affaire en question.

Au tribunal, avoir une attitude professionnelle et confiante :

- S'habiller correctement.
- Parler clairement et lentement, en regardant dans les yeux son propre interlocuteur.
- Ne pas utiliser de termes médicaux.
- Répondre aux questions de la manière la plus approfondie et la plus professionnelle possible.
- Si l'on ne connaît pas la réponse à une question, l'admettre. Ne pas répondre ni témoigner sur des aspects qui vont au-delà de votre domaine de compétence.
- Demander des clarifications si l'on ne comprend pas les questions. Ne pas essayer de deviner la signification des questions.

Les notes prises pendant l'entretien initial et l'examen constituent la base du rapport à fournir. Il est difficile de se souvenir des choses qui n'ont pas été écrites. D'où la nécessité de noter toutes les déclarations, les procédures et les actions de façon détaillée, précise, exhaustive et lisible. Il s'agit là de la meilleure manière de préparer son témoignage au tribunal.



## PHASE 5 – Examen physique et génital

Le principal objectif de l'examen est de déterminer quel est le traitement à administrer à la victime.

Travailler systématiquement à partir du formulaire d'examen médical (voir Annexe 3).

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 ce délai, voir la Partie B. Les lignes de conduite générales ci-après s'appliquent dans les deux cas.

### Lignes de conduite générales

- S'assurer que les équipements et les fournitures aient été préparés.
- Toujours observer d'abord la victime, avant de la toucher, et noter son aspect et son état mental.
- Toujours expliquer à la victime ce qu'on va faire 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.
- Enregistrer les signes vitaux de la patiente (pouls, pression sanguine, fréquence respiratoire et température).
- L'évaluation initiale pourrait révéler de graves complications médicales qui doivent être traitées de toute urgence et pour lesquelles la patiente doit être hospitalisée. Parmi ces complications, figurent :
  - ▶ vaste traumatisme (région génitale, tête, poitrine ou abdomen),
  - ▶ enflure asymétrique des articulations (arthrite septique),

- ▶ déficits neurologiques,
- ▶ difficultés respiratoires.

Le traitement de ces complications n'est pas illustré dans le présent manuel.

- Se procurer le consentement informé volontaire pour l'examen et le prélèvement des échantillons pour les analyses médico-légales (voir exemple de formulaire dans l'Annexe 2).

### 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 se découvrir complètement. Examiner d'abord la partie supérieure de son 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, à commencer par sa tête. Ne pas oublier de regarder dans les yeux, le nez, la bouche, dans et derrière les oreilles ; examiner les avant-bras, les poignets et les chevilles. 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, tympan perforés à la suite de gifles.
- Noter tous les éléments constatés dans le formulaire d'examen et les pictogrammes du corps humain (voir Annexe 4), en précisant le type, les dimensions, la couleur et la forme des

bleus, des lacérations, des ecchymoses et des 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, liquide séminal, ongles, tampons de morsures, etc.), selon le protocole local de collecte des preuves.
- Prélever un échantillon du sang de la victime, si nécessaire.

## Examen des parties génitales

Même lorsque les parties génitales féminines 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 selon le protocole local. Noter l'emplacement des lacérations, des abrasions et des bleus sur le pictogramme et dans le formulaire d'examen.

- Inspecter systématiquement 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 féminines précédentes.
  - ▶ Vérifier la présence de lésions génitales, telles que bleus, égratignures, abrasions, 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 deux doigts 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 », pages 25-27).

- ▶ Prélever des échantillons selon le protocole local de collecte des preuves médico-légales. En cas de collecte d'échantillons pour les analyses ADN, prélever des tampons d'abord dans la zone anale et périnéale, puis au niveau de la vulve, afin d'éviter tout risque de contamination.

- S'il y a eu pénétration vaginale, introduire délicatement un spéculum lubrifié avec de l'eau ou une solution saline ordinaire (**ne pas utiliser le spéculum lors de l'examen des enfants**; voir « Assistance aux enfants victimes de viol », pages 25-27) :
  - ▶ Sous un bon éclairage, inspecter le col, puis le fornix postérieur et la muqueuse vaginale à la recherche de traumatismes, saignements et signes d'infection.
  - ▶ Prélever des tampons et des sécrétions vaginales, selon le protocole local de collecte des preuves médico-légales.
- Si cela est suggéré par l'anamnèse et par la reste de l'examen, effectuer un examen à deux mains et palper le col, l'utérus et les annexes, à la recherche de signes de traumatisme abdominal, grossesse ou infection.

**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 ces cas, il est parfois nécessaire de limiter l'examen à l'inspection des organes génitaux extérieurs, à moins que des symptômes ne fassent penser à la présence de dommages internes.

## Examen de l'anus et du rectum

- Pour l'examen anal, la patiente doit changer de position. Noter sa position pendant l'examen (couchée pour l'examen génital ; à plat ventre, les genoux repliés contre le buste ou latérale allongée pour l'examen anal).
- Noter la forme et la dilatation de l'anus. Remarquer les éventuelles crevasses

autour de l'anus, la présence de matière fécale sur la peau du périnée et les saignements depuis les lacérations rectales.

- Si cela est suggéré par l'anamnèse, prélever des échantillons au niveau du rectum, selon le protocole local de collecte des preuves médico-légales.
- Si nécessaire, effectuer un examen rétro-vaginal et inspecter la zone rectale à la recherche de traumatismes, lacérations ou fistules recto-vaginales, saignements et pertes. Noter le tonus du sphincter.

## Tests de laboratoire

Hormis les échantillons collectés à titre de preuves médico-légales, il n'est pas nécessaire de prélever d'autres échantillons pour les tests de laboratoire, à moins que l'anamnèse ou les résultats de l'examen en suggèrent autrement. Des échantillons pour les tests MST peuvent être prélevés à des fins médicales.

- Si la victime se plaint de symptômes qui indiquent la présence d'une infection urinaire, prélever un échantillon d'urine pour les tests des érythrocytes/leucocytes et, si possible, pour une culture.
- Faire un test de grossesse, si cela est conseillé et disponible (voir Phase 3).
- D'autres examens diagnostiques (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 maladies, effectuer un examen physique complet, comme décrit ci-dessus. Dans tous les cas :

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

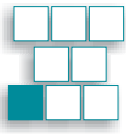
## Examen des parties génétales

Si l'agression a eu lieu plus d'une semaine avant et il n'y a ni bleus, ni lacérations ni symptômes (par exemple, pertes vaginales/anales ou ulcères), rien n'indique la nécessité de procéder à un examen génital. Toutefois, si l'on dispose de structures de laboratoire, il est possible de prélever des échantillons dans le vagin et l'anus pour le dépistage des MST.

## Dépistage de laboratoire

Si possible, dépister les MST. Suivre les instructions du laboratoire local. Le dépistage peut comprendre :

- test de réagine plasmatique rapide (RPR) pour dépister la syphilis ;
- coloration de gram et culture pour la gonorrhée ;
- culture ou test immunoenzymatique (ELISA) pour la chlamydia ;
- dépistage VIH (mais seulement si la patiente le veut et après assistance psychosociale).



## PHASE 6 – Prescription des traitements

Le traitement dépendra de la 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 ce délai, voir la Partie B.

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

#### Prévention des maladies sexuellement transmissibles

##### *Ce qu'il faut savoir avant de développer le protocole*

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

- Les victimes de viol doivent être soignées avec des antibiotiques pour prévenir la gonorrhée, la chlamydia et la syphilis. Si d'autres MST sont répandues au niveau local (par exemple, trichomonase ou chancre mou), administrer aussi un traitement préventif pour ces maladies.
- Administrer à la femme les traitements les plus courts disponibles dans le protocole local, et qui soient faciles à

assumer. Par exemple, 2 g d'azithromycine par voie orale plus une piqûre de 2,4 millions UI de benzathine benzylpenicilline suffiront pour le traitement de gonorrhée, de la chlamydia et de la syphilis.

- Se rappeler que les femmes enceintes ne peuvent pas prendre certains antibiotiques et modifier leur traitement en conséquence.
- Des exemples des régimes de traitement des MST recommandés par l'OMS, sont présentés dans l'Annexe 5.

#### Prévention de la transmission VIH

##### *Ce qu'il faut savoir avant de développer le protocole*

A la date de publication du présent document, il n'existait pas de données concluantes sur l'efficacité de la prophylaxie post-exposition (PEP) dans la prévention de la transmission du VIH après un viol. Dans certains endroits, la PEP est cependant disponible pour les victimes de viol. Avant de mettre en place le service, vérifier si la PEP est disponible localement et dresser la liste des noms et des adresses de ceux qui la fournissent.

- Si la PEP est disponible, elle comprend généralement 1, 2 ou 3 médicaments antirétroviraux (ARV) à prendre durant 28 jours (voir les exemples dans l'Annexe 6). La prescription de la PEP pose de nombreux problèmes et soulève bien des questions, notamment la difficulté de conseiller la victime en matière de VIH dans un moment aussi difficile. Pour en savoir plus sur la PEP, voir les documents énumérés dans l'Annexe 9.

- Si la PEP est disponible sur place, envoyer le plus tôt possible (dans les 72 heures qui suivent le viol) la victime au centre compétent. Si la victime se présente après ce délai, lui fournir des informations sur les services d'assistance psychosociale et de test volontaire (VCT) disponibles localement.
- Si une grossesse est détectée à ce stade, au travers d'un test ou de l'anamnèse/examen (voir Phases 3 et 5), faire clairement comprendre à la femme qu'elle ne peut pas être due au viol.

- Il n'existe pas de contre-indications connues quant à l'administration simultanée des pilules contraceptives d'urgence et des antibiotiques.

## Prévention de la grossesse

- La prise de pilules contraceptives d'urgence (ECP) dans les 72 heures qui suivent un rapport sexuel non protégé, réduit les probabilités de grossesse de 74% à 85%, selon le régime choisi et la date de démarrage du traitement (voir Annexe 7).
- 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 pilules contraceptives d'urgence n'interrompent ni endommagent une grossesse, l'OMS ne les considère pas comme une méthode d'avortement.<sup>4</sup>
- D'aucuns pensent que les pilules contraceptives d'urgence soient des abortifs. Les opérateurs médico-sanitaires qui le pensent pourraient refuser d'administrer ce traitement. Les femmes doivent recevoir une assistance objective à ce sujet, de manière à ce qu'elles puissent prendre une décision en connaissance de cause.
- Un opérateur médico-sanitaire prêt à prescrire les pilules contraceptives d'urgence doit toujours être disponible pour prescrire ce traitement aux victimes de viol qui souhaitent y avoir recours. Si la victime est une jeune fille qui a eu son ménarque, 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.

## Traitement des blessures

Nettoyer les lacérations, les plaies et les abrasions ; éliminer les salissures, la matière fécale ainsi que les tissus nécrosés ou endommagés. 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 suture primaire différée. Ne pas suturer les plaies très sales. En présence de plaies fortement contaminées, administrer des antibiotiques et des analgésiques.

<sup>4</sup> Emergency contraception: a guide for service delivery. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1998 (document n. WHO/FRH/FPP/98.19).

## Prévention du tétanos

### Ce qu'il faut savoir avant de développer le protocole

- Le toxoïde du tétanos est disponible dans différentes préparations. Vérifier les lignes de conduite locales en matière de vaccination.
- L'immunoglobuline antitétanique (anti-toxine) est chère et doit être réfrigérée. Elle n'est pas disponible dans les endroits qui disposent de moindres ressources.

TT – toxoïde tétanique

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

DT – double antigène : toxoïdes diphtérique et tétanique ; à donner jusqu'à l'âge de 6 ans

Td – double antigène : toxoïde tétanique et toxoïde diphtérique réduite ; à donner dès l'âge de 7 ans

TIG – immunoglobuline antitétanique

- S'il y a des lacérations au niveau de la peau ou de la muqueuse, la prophylaxie tétanique doit être pratiquée même si la victime a été totalement vaccinée.
- Sur la base du tableau ci-dessous, décider s'il faut administrer le toxoïde tétanique, qui assure une protection active, et l'immunoglobuline antitétanique, qui assure une protection passive.
- Si le vaccin et l'immunoglobuline sont administrés en même temps, il est important d'utiliser des aiguilles et des seringues séparées ainsi que des endroits différents d'injection.
- Conseiller aux victimes de compléter le programme de vaccination (deuxième dose après 4 semaines, troisième dose entre 6 mois et un an).

### Guide pour l'administration du toxoïde tétanique et de l'immunoglobuline tétanique en cas de blessures<sup>5</sup>

Antécédents d'immunisation tétanique (nombre de doses)	Si les blessures sont propres et ont moins de 6 heures ou en cas de blessures peu importantes		Toutes les autres blessures	
	TT*	TIG	TT*	TIG
Incertain ou <3	Oui	Non	Oui	Oui
3 ou plus	Non, sauf si dernière dose il y a >10 ans	Non	Non, sauf si dernière dose il y a >5 ans	Non

\*Pour les enfants de moins de 7 ans, les DTP ou DT sont à préférer par rapport au seul toxoïde tétanique. Dès 7 ans, le Td est à préférer par rapport au seul toxoïde tétanique.

5 Adapté à partir de : Benenson, A.S. Control of communicable diseases manual. AMPH, 1995. Washington DC, American Public Health Association, 1995.

## Prévention de l'hépatite B

### *Ce qu'il faut savoir avant de développer le protocole*

- Vérifier la présence prépondérante de l'hépatite B au niveau local ainsi que les programmes de vaccination en vigueur dans le pays de la victime et le pays hôte.
  - Plusieurs vaccins contre l'hépatite B sont disponibles, chacun desquels comporte des dosages et des 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 pourrait ne pas être disponible, car il est relativement onéreux et requiert la réfrigération.
  - Il n'existe pas d'informations sur l'incidence de l'infection par le virus de l'hépatite B (HBV) à la suite d'un viol. Toutefois, le HBV est présent dans les liquides séminal et vaginal et est effectivement transmis par voie sexuelle. Si possible, les victimes de viol doivent être vaccinées contre l'hépatite B dans les 14 jours qui suivent l'agression.
  - Dans les pays où les programmes d'immunisation infantile utilisent couramment le vaccin contre l'hépatite B, il est possible que la victime ait déjà été totalement vaccinée. Si la documentation de vaccination le confirme, il n'est pas nécessaire d'administrer des doses supplémentaires de vaccin contre l'hépatite B.
  - Le programme habituel de vaccination comporte des piqûres à 0, 1 et 6 mois. Toutefois, ce programme peut différer selon les produits et les endroits. Administrer le vaccin par injection intramusculaire dans le muscle deltoïde (adultes) ou dans la cuisse antérolatérale (bébés et enfants). Ne pas injecter le vaccin dans la fesse, car cet endroit est moins efficace.
  - Le vaccin n'a pas de contre-indications pour les femmes enceintes et les personnes atteintes d'infection VIH chronique ou antérieure. Il peut être

administré en même temps que le vaccin antitétanique.

## Assistance de médecine mentale

- Le support social et l'assistance psychologique (voir Phase 7) sont des éléments fondamentaux de l'assistance médicale des victimes de viol. La plupart d'entre elles recouvreront leur santé psychologique au travers du support émotionnel et de la compréhension des personnes de confiance, de l'assistant social ou des groupes de support. Toutes les victimes de viol doivent être envoyées chez le correspondant local compétent en matière de violence sexuelle et liée au sexe.
- Une victime peut occasionnellement accuser de graves symptômes de troubles de stress post-traumatiques. Parmi ces symptômes figurent l'anxiété, les cauchemars, l'insomnie et les pleurs continus.
- Dans des cas exceptionnels, si le niveau d'anxiété est tel à perturber la vie quotidienne de la victime, prescrire un comprimé de 10 mg de diazépam, à prendre avant de se coucher. Dans ce cas, la victime doit être envoyée chez un médecin spécialiste et ses symptômes doivent être réévalués le jour suivant.

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

### Maladies sexuellement transmissibles

Si le dépistage de laboratoire des MST a mis en évidence la présence d'une infection, ou si la personne accuse les symptômes d'une MST, prescrire le traitement approprié. Suivre les protocoles locaux.

## Transmission VIH

Bien que dans certains endroits les tests VIH puissent être effectués dès six semaines après le viol, il est recommandé d'envoyer la victime chez les services d'assistance psychosociale et de test volontaire (VTC) après 3-6 mois, afin d'éviter des tests répétés. Vérifier les services VCT disponibles sur place ainsi que leurs protocoles.

## Grossesse

- Si la victime est enceinte, essayer de vérifier si cela pourrait être dû au viol. Si elle est, ou pourrait être, enceinte à la suite du viol, la conseiller sur les options disponibles sur place (voir Phase 3, Phase 7 et Phase 8).
- Si la victime se présente dans les cinq jours qui suivent le viol, la pose d'un DIU en cuivre est une méthode efficace pour empêcher une 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 une assistance à ce sujet, de manière à ce qu'elle puisse prendre une décision en connaissance de cause. Un opérateur qualifié doit conseiller la patiente et poser le DIU.

## Bleus, blessures et cicatrices

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

## Tétanos

Le tétanos a une période d'incubation de 3 à 21 jours, voire de plusieurs mois. Si l'on constate des signes d'infection tétanique, envoyer la victime dans une structure médicale appropriée. Si elle n'a pas été totalement vaccinée, la vacciner immédiatement, quel que soit le laps de

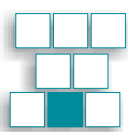
temps qui s'est écoulé depuis l'agression. S'il existe toujours des plaies importantes, sales et non cicatrisées, prendre en considération la possibilité d'administrer l'anti-toxine, si elle est disponible (voir « Prévention du tétanos » dans Partie A).

## Hépatite B

L'hépatite B a une période moyenne d'incubation de deux à trois mois. Si l'on remarque des signes d'infection aiguë, envoyer la patiente chez un spécialiste ou lui fournir une assistance psychosociale. Si la personne n'a pas été vaccinée et cela est conseillé en raison des conditions locales, procéder à la vaccination, quelle que soit la période de temps qui s'est écoulée depuis l'agression.

## Santé mentale

- Le support social et l'assistance psychologique (voir Phase 7) sont des éléments fondamentaux de l'assistance médicale des victimes de viol. La plupart d'entre elles recouvreront leur santé psychologique au travers du support émotionnel et de la compréhension des personnes de confiance, de l'assistant social ou des groupes de support. Toutes les victimes de viol doivent être envoyées chez le correspondant local compétent en matière de violence sexuelle et liée au sexe.
- Une victime peut occasionnellement accuser de graves symptômes de troubles de stress post-traumatiques. Parmi ces symptômes figurent l'anxiété, les cauchemars, l'insomnie et les pleurs continus.
- Dans des cas exceptionnels, si le niveau d'anxiété est tel à perturber la vie quotidienne de la victime, prescrire un comprimé de 10 mg de diazépam, à prendre avant de se coucher. Dans ce cas, la victime doit être envoyée chez un médecin spécialiste et ses symptômes doivent être réévalués le jour suivant.



## PHASE 7 – Assistance psychosociale de la victime

Les victimes rencontrées aussitôt après le viol auprès du service médical sont en train de subir un traumatisme psychologique et peuvent montrer des signes d'anxiété et/ou de dépression. Dans cet état, il est fort improbable qu'elles se souviennent des conseils et des informations qu'elles ont reçus à ce moment-là. D'où l'importance de répéter ces informations lors des visites de suivi. Il est également utile de préparer un texte écrit standard des conseils et des informations, en en remettant 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).

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

### Traumatisme psychologique et émotionnel

- Le traitement médical des victimes de viol comprend l'assistance pour le traumatisme psychologique.
- La plupart des victimes de viol ne parlent à personne de ce qui leur est arrivé. Si la victime raconte ce qui s'est passé, elle fait preuve de confiance à l'égard de son interlocuteur.
- Le viol provoque un traumatisme psychologique et émotionnel au même titre que des blessures physiques. Les victimes peuvent manifester un certain nombre de symptômes post-traumatiques :
  - ▶ auto-reproche ;
  - ▶ émotions incontrôlables, telles que peur, colère, culpabilité, honte, anxiété ;
  - ▶ sauts d'humeurs ;
  - ▶ cauchemars et troubles du sommeil ;
  - ▶ troubles de l'alimentation ;
  - ▶ pensées suicidaires ou tentatives de suicide.
- Expliquer à la victime qu'elle a vécu un grave traumatisme physique et émotionnel. L'informer à propos des symptômes post-traumatiques (émotionnels et physiques) qui pourraient se manifester.
- Dans de nombreuses cultures, on a tendance à faire porter à la victime la responsabilité du viol. Rassurer la victime en lui disant qu'elle **ne** méritait **pas** d'être violée, que ce qui s'est passé **n'est pas** de sa faute et **n'a pas** été provoqué par son comportement ou sa manière de s'habiller.
- Informer la victime que le support émotionnel fait partie de l'assistance dont elle a besoin. La pousser à se confier à une personne de confiance et à demander son support émotionnel (un membre de sa famille ou un(e) ami(e)).
- Envoyer la victime chez un service d'assistance psychosociale pour le support psychologique.
- 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'**endroits sûrs** où aller, il faut s'efforcer de lui en trouver un. Faire appel au support des services d'assistance psychosociale, des services publics, de la police ou des services de sécurité (voir Phase 1).
- Dans certains cas, la victime est sérieusement traumatisée et manifeste

de graves troubles émotionnels et psychologiques qui lui empêchent d'exercer ses activités quotidiennes. Une évaluation psychologique et une assistance plus approfondies pourraient alors s'avérer nécessaires. Vérifier quels sont les services disponibles sur place.

## Grossesse

- Les pilules contraceptives d'urgence ne peuvent pas empêcher une grossesse découlant d'actes sexuels qui ont lieu après le traitement. Si la victime souhaite utiliser une méthode de contraception hormonale supplémentaire, elle doit commencer le traitement dès le premier jour de ses prochaines règles. Il est recommandé d'utiliser le préservatif durant une période de 6 mois pour la protection contre la transmission des MST et du VIH.
- Les femmes victimes de viol sont généralement très inquiètes quant à la possibilité de tomber enceintes à la suite de la violence. Le support émotionnel et des informations claires sont nécessaires pour s'assurer qu'elles comprennent les options qui sont mises à leur disposition si elles tombent enceintes :
  - ▶ Il peut y avoir des services d'adoption et/ou d'accueil locaux. Vérifier quels sont 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 pourrait également s'appliquer aux victimes de viol. Vérifier si tel est le cas sur place. Déterminer où se trouvent des services fiables qui pratiquent les avortements, de manière à pouvoir adresser les victimes qui choisissent d'y avoir recours.
  - ▶ Conseiller aux victimes de rechercher le support d'une personne de confiance (un leader religieux, un membre de la famille, un ami ou un opérateur public).

## VIH

Tant les hommes que les femmes sont concernés par la possibilité de devenir VIH-positifs à la suite d'un viol. Bien que le risque de contracter le VIH lors d'une seule exposition sexuelle soit réduit, ces inquiétudes sont fondées. Il est essentiel de fournir une assistance psychosociale compatissante et attentive dans ce domaine. L'opérateur médico-sanitaire peut également aborder le sujet du risque de transmission du VIH ou des MST à d'autres partenaires après un viol.

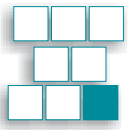
- La victime peut être envoyée chez un service d'assistance psychosociale VIH/SIDA (si disponible).
- Il faut recommander l'utilisation du préservatif avec tous les partenaires pour une période de 6 mois (ou selon les résultats des tests de dépistage VIH).
- Informer la victime des signes et des symptômes des possibles MST, en réitérant ces informations lors de la consultation successive.

## Autres

- Donner des informations sur le traitement correct des blessures subies lors 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 et sur leurs possibles effets secondaires.

## Suivi médical auprès de la structure sanitaire

- Dire à la victime qu'elle peut retourner à tout moment au centre médical si elle a des questions ou d'autres problèmes de santé. La pousser à y retourner après deux semaines pour le suivi MST et de grossesse (voir Phase 8).
- Donner des informations claires sur le suivi nécessaire pour le traitement des plaies ou les vaccinations.



## PHASE 8 – Suivi médical de la victime

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

Si la victime a entamé une prophylaxie post-exposition avec des médicaments antirétroviraux, le programme de suivi peut être différent de celui illustré ci-après. Examiner la question avec le responsable PEP.

### Visite de suivi après deux semaines

- Evaluer la grossesse et fournir l'assistance psychosociale (voir Phases 3, 6, 7).
- Evaluer les MST, prescrire les traitements nécessaires, fournir des informations sur l'assistance et le test VIH volontaires (voir Phase 6, 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 mois

- Evaluer les MST, prescrire les traitements nécessaires.
- Fournir des informations sur l'assistance et le test VIH volontaires.
- Evaluer l'état mental et émotionnel ; envoyer la victime chez un spécialiste ou lui prescrire les traitements nécessaires (voir Phase 7).

### *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 ou avorter) doivent être examinées avec la femme, quelles que soient les convictions personnelles des consultants, du personnel médical ou des autres personnes concernées, afin qu'elle 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, l'assistance psychosociale en matière de planification familiale 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 support doit être offert à leurs mères. Il est important de faire en sorte à ce que la famille ou la collectivité ne stigmatisent 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.

## Assistance aux enfants victimes de viol

### **Ce qu'il faut savoir avant de développer le protocole**

- S'il est obligatoire de dénoncer les cas d'abus sur les enfants, se procurer le protocole national de gestion de ces cas ainsi que des informations sur les procédures de police et judiciaires en vigueur.
- Prendre connaissance des lois locales spécifiques pour savoir qui doit donner le consentement pour les mineurs.
- Dans les endroits où l'opérateur médico-sanitaire est appelé à témoigner dans les tribunaux en qualité d'expert, il doit recevoir une formation spéciale pour l'examen des enfants ayant subi des abus.
- Les opérateurs médico-sanitaires doivent connaître les aspects liés au développement, à la croissance et à l'anatomie des enfants.

### **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 de supports publics 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, quelle que soit son âge, à moins que l'examen ne soit nécessaire pour des raisons médicales.

L'évaluation initiale peut révéler des complications médicales qui doivent être traitées de toute urgence et pour lesquelles le patient doit être hospitalisé. Parmi ces complications, figurent :

- convulsions ;
- vomissements persistants ;
- stridor chez un enfant calme ;

- léthargie ou inconscience ;
- incapacité à boire ou à s'allaiter.

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

- fièvre ;
- basse température corporelle ;
- renflement de la fontanelle ;
- grognement, poitrine enfoncée et fréquence respiratoire supérieure à 60 respirations/minute.

Le traitement de ces complications n'est pas examiné en détail dans le présent manuel.

### **Créer un climat de confiance et sécurisant**

- 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 neutres (par exemple, l'école, les copains, avec qui l'enfant vit-il, ses activités favorites).
- Porter une attention particulière au choix de ceux qui doivent être présents pendant l'entretien et l'examen (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 le tuteur attendent 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.

### **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 ? »

- Rassurer l'enfant en lui disant qu'il peut tranquillement répondre « 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.

Le schéma des abus sexuels des 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 (y a-t-il un lieu sûr où l'enfant peut retourner ?) ;
- comment le viol/abus a-t-il été découvert ;
- le nombre d'agressions subies et la date de la dernière d'entre elles ;
- s'il y a eu des saignements ;
- si l'enfant a eu des difficultés de déambulation.

## Préparer l'enfant pour l'examen

- Comme dans le cas des adultes, une personne de support ou un opérateur médico-sanitaire dans lesquels l'enfant a confiance doivent être présents pendant l'examen.
- Pousser l'enfant à poser, à tout moment pendant l'examen, n'importe quelle question sur des sujets qui l'inquiètent ou qu'il/elle ne comprend pas.
- Expliquer à l'enfant ce qui va se passer pendant l'examen, en utilisant des termes qu'il/elle puisse comprendre.
- Avec une préparation adéquate, la plupart des enfants seront en mesure de se détendre et de participer à l'examen.
- Il est possible que l'enfant **souffre** et qu'il ne parvienne pas à se relaxer à cause de la douleur. Dans ce cas, lui administrer du paracétamol ou d'autres simples analgésiques pour soulager sa douleur. Attendre que ces médicaments agissent avant de procéder.

- **Ne jamais** immobiliser ou forcer un enfant terrorisé et qui fait de la résistance, afin de compléter un examen. L'immobilisation et la force font souvent partie de l'abus sexuel et si ces méthodes sont utilisées par ceux qui sont censés aider l'enfant, elles aggravent son état de peur et d'anxiété, 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 les positions. Montrer à l'enfant les équipements et les fournitures (gants, tampons, etc.) et lui permettre de les utiliser sur la poupée.

## Exécution de l'examen

Exécuter l'examen comme dans le cas des adultes. Dans le cas des enfants, des critères particuliers doivent être quand même 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, elles risquent de tomber enceintes.
- Les bébés peuvent être examinés sur les genoux de leurs mères. S'ils sont un peu plus âgés, ils doivent pouvoir choisir : assis sur une chaise, placés sur les genoux de leur mère ou couchés sur le lit.
- Examiner l'anus, l'enfant à plat ventre ou en position latérale. Éviter la position avec les genoux repliés contre la poitrine, souvent utilisée par les agresseurs.
- Vérifier l'hymen en saisissant entre deux doigts les lèvres au niveau du bord postérieur et en les tirant **délicatement** vers l'extérieur et le bas. Noter l'emplacement d'éventuelles lacérations récentes ou cicatrisées dans l'hymen et la muqueuse vaginale. La quantité de tissu hyménal et les dimensions de l'orifice vaginal ne sont pas des indices significatifs de pénétration.
- L'examen digital (évaluation des dimensions de l'orifice vaginal selon le

nombre de doigts qui peuvent y être introduits) ne doit pas être effectué.

- Vérifier l'éventuelle présence de pertes vaginales. Chez les filles pré-pubères, des échantillons vaginaux peuvent être prélevés à l'aide d'un tampon en coton stérile sec.
- **Ne pas** utiliser un spéculum pour examiner les filles pré-pubères ; il est extrêmement douloureux et peut provoquer de graves lésions.
- Le spéculum doit être **uniquement** utilisé si l'on soupçonne une lésion vaginale pénétrante ou un saignement interne. Dans ce cas, l'examen au spéculum d'une fille pré-pubère est généralement effectué sous anesthésie générale. Selon les endroits, adresser l'enfant à un service médical de niveau supérieur.
- Chez les garçons, vérifier l'éventuelle présence de lésions au niveau du frein du prépuce, ainsi que de pertes anales ou urétrales ; si nécessaire, prélever des tampons.
- Effectuer l'examen anal sur les garçons et les filles.
- Noter sur le pictogramme l'emplacement d'éventuelles crevasses ou lacérations anales.
- La dilatation anale réflexe (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.
- L'examen digital pour évaluer le ton du sphincter **ne doit pas** être effectué.

## Tests de laboratoire

Dans certains endroits, le dépistage de la gonorrhée, de la chlamydia (par culture), 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).<sup>6</sup> Suivre le protocole local.

## Si l'enfant est très agité

Dans de rares cas, l'enfant ne peut pas être examiné car il est très agité.

**Seulement** dans les cas où l'enfant ne peut pas être calmé et que son traitement est vital, l'examen peut être effectué sous calmants, en utilisant **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 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 reposer dans un lieu tranquille.

## Traitement

Si le dépistage est possible, la prévention de routine des MST n'est généralement pas recommandée pour les enfants. Toutefois, dans les endroits qui disposent de faibles ressources et qui enregistrent des taux élevés de MST le traitement MST présomptif peut faire partie du protocole (voir Annexe 5 pour les exemples de régimes).

6 American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics*, 1999,103: 186-191.

## Suivi

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

## Considérations spéciales pour les hommes

### Assistance psychosociale

- 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. S'il est vrai que les effets physiques diffèrent par rapport aux femmes, le traumatisme psychologique et émotionnel 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 faut 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.

### Examen génital

- Examiner le scrotum, les testicules, le pénis, le tissu péri-urétral, l'orifice urétral et l'anus.
- Remarquer si la victime a été circoncise.
- Vérifier la présence d'hyper-anémie, de boursouffures (faire la différence entre une hernie inguinale, un hydrocèle et un hématocele), de torsion des testicules, d'abrasions, de lacérations anales, etc.
- La torsion des testicules représente une urgence qui requiert 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, prélever un tampon dans l'anus pour un examen direct du sperme à l'aide d'un microscope.

## Traitement

Les hommes ont besoin du même traitement préventif MST et des mêmes vaccinations que ceux décrits dans la Phase 6.

## Considérations spéciales pour les femmes enceintes

Les femmes qui étaient enceintes lors du viol sont particulièrement vulnérables sur le plan physique et psychologique. En particulier, elles risquent des fausses couches, de l'hypertension de grossesse ou un accouchement prématuré.

Les informer à cet égard et leur conseiller de se rendre périodiquement chez un centre d'assistance prénatale pendant toute la période de grossesse.

## 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 de MST et VIH. La réduction des taux hormonaux, due à la ménopause, entraîne une moindre lubrification du vagin, dont les parois deviennent plus fines et plus fragiles. Utiliser un spéculum fin pour l'examen génital. Si le prélèvement des preuves médico-légales ou le dépistage des MST sont les seules indications pour l'examen, introduire simplement les tampons, sans utiliser le spéculum.

## Annexe 1 • Informations nécessaires pour développer un protocole local

### Liste de contrôle rédigée pour les camps de réfugiés dans la République Unie de Tanzanie

Certaines informations sont nécessaires avant de pouvoir élaborer un protocole local. Le tableau ci-après énumère les informations collectées dans la République Unie de Tanzanie ainsi que leur lieu de provenance.

Informations requises	Sources
<b>Lois médicaux et procédures juridiques</b>	
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 des Enfants
Exigences et obligation de dénonciation des crimes, pour les victimes adultes ou enfants	Ministère de la Justice
Formulaires de police et autres	Ministère de l'Intérieur
<b>Preuves médico-légales</b>	
Quel opérateur médical peut présenter des preuves médicales devant un tribunal (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, de stockage et d'envoi des échantillons de preuve	Laboratoire médico-légal dans la capitale ; laboratoire régional
« Kits à viol » ou protocoles existants pour la collecte des preuves	Hôpital de référence au niveau régional ou dans la capitale
<b>Protocoles médicaux</b>	
Protocole national en matière de MST	Ministère de la Santé
Disponibilité et programmes de vaccination	Ministère de la Santé
Emplacement de services d'assistance psychosociale et de tests volontaires VIH	Programme National contre le SIDA, Ministère de la Santé
Stratégie de tests VIH de validation et services de laboratoire	UNHCR, Programme National contre le SIDA, Ministère de la Santé, Responsable Médical Régional
Possibilités/protocoles/renvoi pour la prophylaxie post-exposition à l'infection VIH	Programme National contre le SIDA, Ministère de la Santé
Possibilités de renvoi à des structures spécialisées (psychiatrie, chirurgie, pédiatrie, gynécologie/obstétrique)	Hôpital de référence au niveau régional

## Annexe 2 • Exemple du formulaire de consentement

Nom de la structure - - - - -

Note à l'attention de l'opérateur médico-sanitaire : Lire la totalité du formulaire à la victime, en lui expliquant qu'elle peut choisir (ou ne pas choisir) n'importe quelle des rubriques énumérées. Se procurer sa signature ou l'empreinte de son pouce accompagnée de la signature d'un témoin.

Je soussigné(e), - - - - - , (nom de la victime en capitales)

Autorise la structure médico-sanitaire susmentionnée à effectuer ce qui suit (cocher les cases correspondantes) :

30

	Oui	Non
<b>Pratiquer un examen médical</b> , y compris gynécologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Collecter des preuves</b> , telles qu'échantillons de fluides corporels, vêtements, cheveux et poils, fragments d'ongles, échantillons de sang et photographies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fournir des preuves et des informations médicales à la police et/ou aux tribunaux concernant mon affaire</b> ; ces informations seront limitées aux résultats de l'examen en question et au suivi médical assuré.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature : - - - - -

Date : - - - - -

Témoin : - - - - -

## Annexe 3 • Exemple du formulaire d'anamnèse et d'examen

Exemple de formulaire, page 1 de 4

CONFIDENTIEL

CODE: 

### Formulaire d'anamnèse et d'examen – Après violence sexuelle

#### 1. INFORMATIONS GENERALES

Prénom		Nom	
Adresse			
Sexe	Date de naissance		Age
Date / heure de l'examen		Avec la présence de	

*S'il s'agit d'un enfant, inclure : Nom de l'école, noms des parents et/ou du tuteur*

#### 2. L'AGRESSION

Date de l'agression :		Heure de l'agression :		
Description de l'agression (description par la victime)				
Violence physique	Oui	Non	Décrire le type et son emplacement sur le corps	
Type (coups, morsures, arrachage de cheveux, etc.)				
Utiliser de moyen d'immobilisation				
Utilisation d'armes				
Utilisation de drogues/alcool				
Pénétration	Oui	Non	Ne sait pas	Décrire (orale, vaginale, anale, type d'objet)
Pénis				
Doigt				
Autre (décrire)				
	Oui	Non	Ne sait pas	Endroit (orale, vaginale, anale, autre endroit).
Ejaculation				
Utilisation de préservatif				

*Si la victime est un enfant, demander aussi: cela s'était-il produit auparavant? Depuis combien de temps? Qui est l'auteur? Est-ce la personne toujours une menace? etc. Aussi demander s'il y a des saignements depuis le vagin ou le rectum, des douleurs lors de la déambulation, de la dysurie, de la douleur lors de la défécation, des signes de pertes, etc.*

## 3. ANAMNESE

Après l'agression, la victime		Oui	Non			Oui	Non
A vomi				S'est rincé la bouche			
A uriné				A changé de vêtements			
A déféqué				S'est lavée/a pris un bain			
S'est lavé les dents				A utilisé des serviettes hygiéniques/tampons			
Contraception utilisée							
Pilule				DIU			
Piqûre				Autre (spécifier)			
Anamnèse menstruelle							
Dernières règles				Règles en cours lors de l'agression Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Preuve de grossesse Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				Nombre de semaines de grossesse _____ semaines			
Anamnèse des rapports sexuels consentants (seulement si des échantillons ont été prélevés pour les analyses ADN)							
Dernier rapport sexuel consentant dans la semaine qui a précédé l'agression		Date:		Nom de la personne :			
Problèmes de santé existants							
<i>Anamnèse des mutilations génitales féminines, type</i>							
<i>Allergies</i>							
<i>Traitement actuel</i>							
Vaccinations	Vaccinée	Non vaccinée	Inconnues	Remarques			
Tétanos							
Hépatite B							
Etat VIH/SIDA	Connu		Négatif		Inconnu		

#### 4. EXAMEN MEDICAL

Aspect extérieur (vêtements, cheveux, etc., handicap physique ou mental évident?)			
Etat mental (calme, en pleurs, anxieuse, coopérative, etc.)			
Poids :	Taille :	Stade pubertaire (pré-pubertaire, pubertaire, mature) :	
Pouls	Pression sanguine	Fréquence respiratoire	Température
<b>Relevés physiques</b>			
Décrire systématiquement, en le notant sur le pictogramme ci-joint, l'emplacement exact des blessures, des abrasions, des pétéchies, des marques, etc. Documenter le type, les dimensions, la couleur, la forme et d'autres détails. Se limiter à une description, sans essayer d'interpréter ce qui a été relevé.			
<i>Tête et visage</i>		<i>Bouche et nez</i>	
<i>Yeux et oreilles</i>		<i>Cou</i>	
<i>Poitrine</i>		<i>Dos</i>	
<i>Abdomen</i>		<i>Fesses</i>	
<i>Membres supérieurs</i>		<i>Membres inférieurs</i>	

33

#### 5. EXAMEN GENITAL ET ANAL

<i>Vulve/scrotum</i>	<i>Orifice d'entrée et hymen</i>	<i>Anus</i>
<i>Vagin/pénis</i>	<i>Col de l'utérus</i>	<i>Examen à deux mains/rétrovaginal</i>
<i>Position du patient (à plat ventre, couché sur le dos, genoux repliés contre la poitrine, latérale, sur les genoux de sa mère)</i>		
Pour l'examen génital :		Pour l'examen anal :

**6. RECHERCHES EFFECTUEES**

Type et emplacement	Examinées/envoyées au labo	Résultat

**7. PREUVES PRELEVEES**

Type et emplacement	Envoyées à.../stockées	Prélevées par/date

**8. TRAITEMENTS PRESCRITS**

34

Traitement	Oui	Non	Type et Remarques
Prévention MST			
Contraception d'urgence			
Traitement des blessures			
Prophylaxie contre le tétanos			
Vaccination contre l'hépatite B			
Autres			

**9. ASSISTANCE PSYCHOSOCIALE, RENVOI A D'AUTRES STRUCTURES, SUIVI**

Etat psychologique général	
La victime entend s'adresser à la police OU a déjà porté plainte    Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
La victime connaît une place sûre où aller    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Quelqu'un peut l'accompagner    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Assistance psychosociale prêtée :	
Renvoi à d'autres structures	
Suivi nécessaire	
Date de la prochaine consultation	

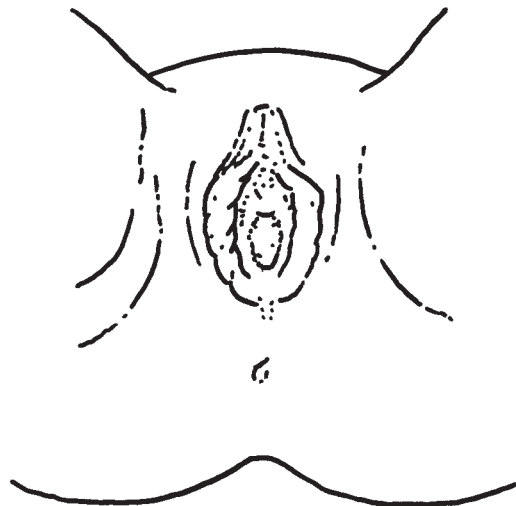
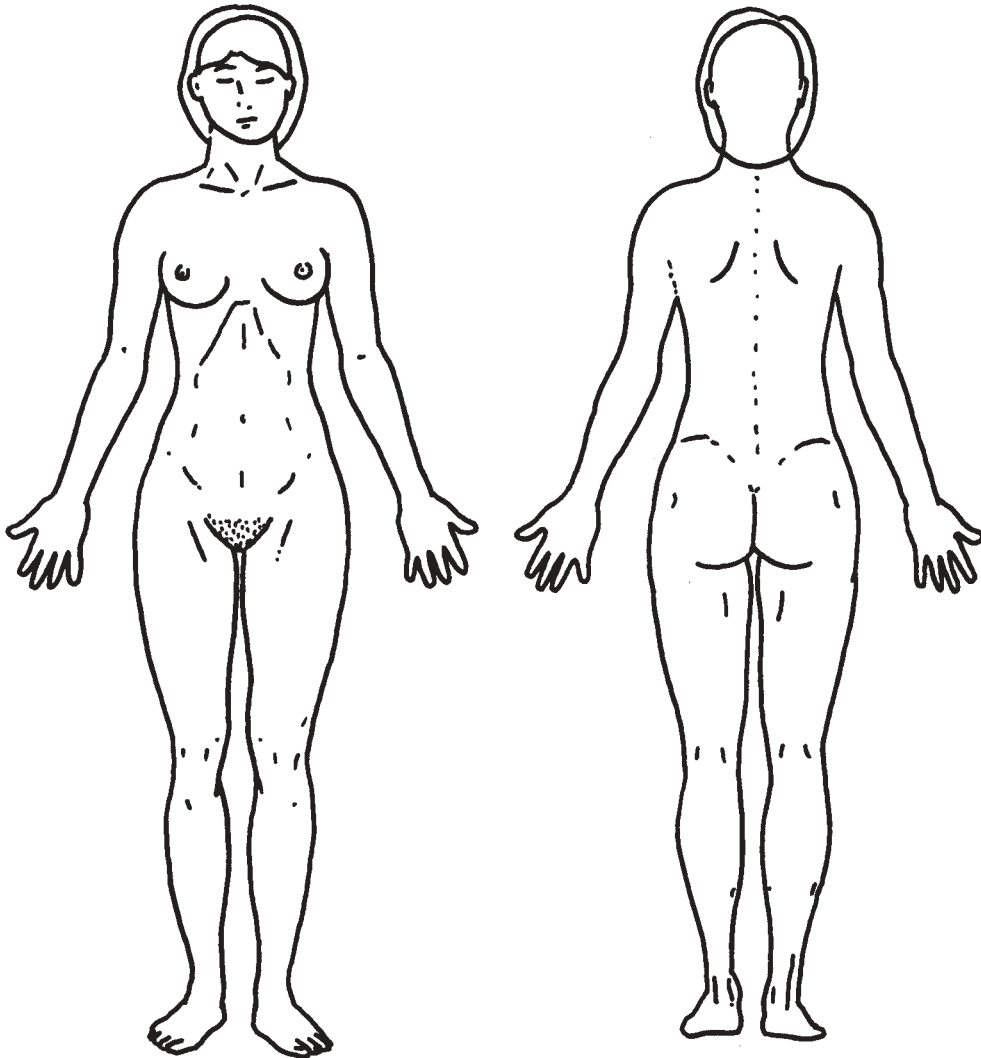
**Nom de l'opérateur médico-sanitaire qui a effectué l'examen/entretien :** \_\_\_\_\_

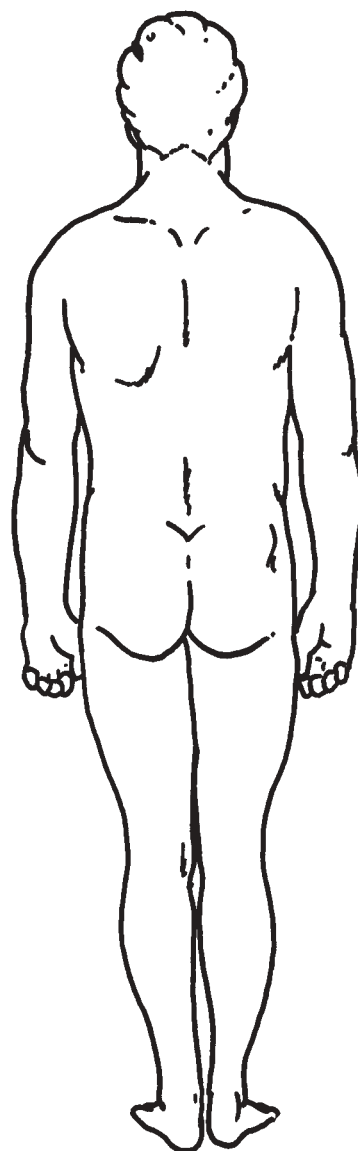
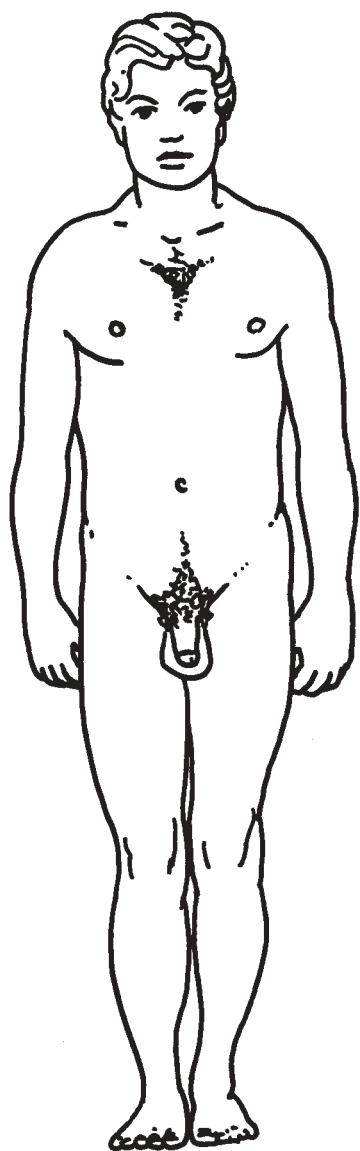
**Fonction :** \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

---

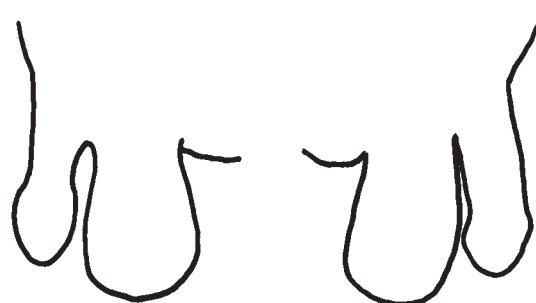
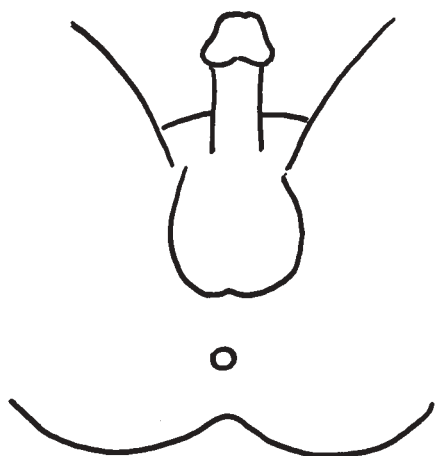
## Annexe 4 • Pictogrammes

---



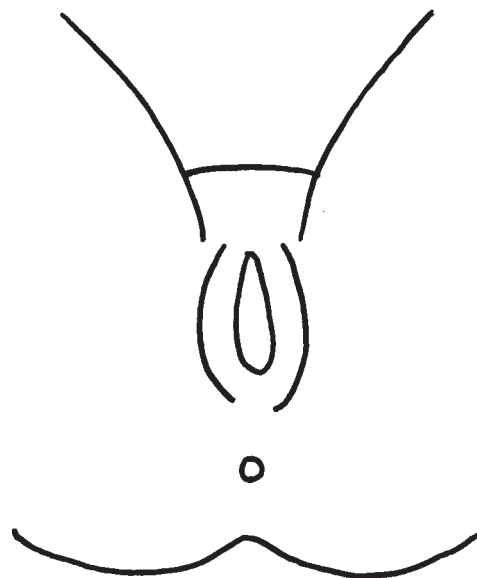
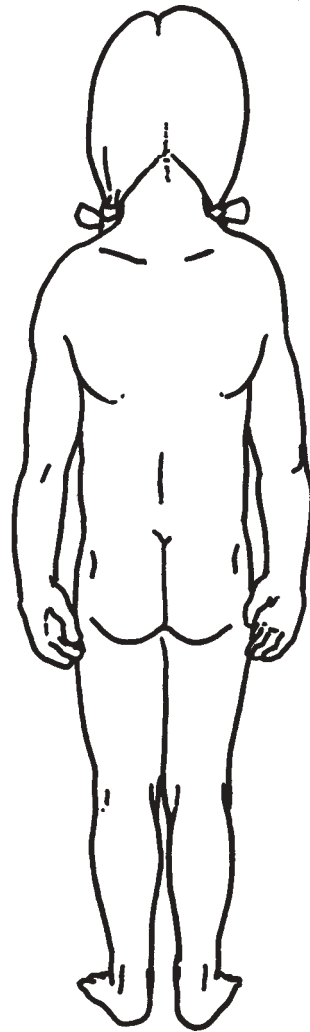
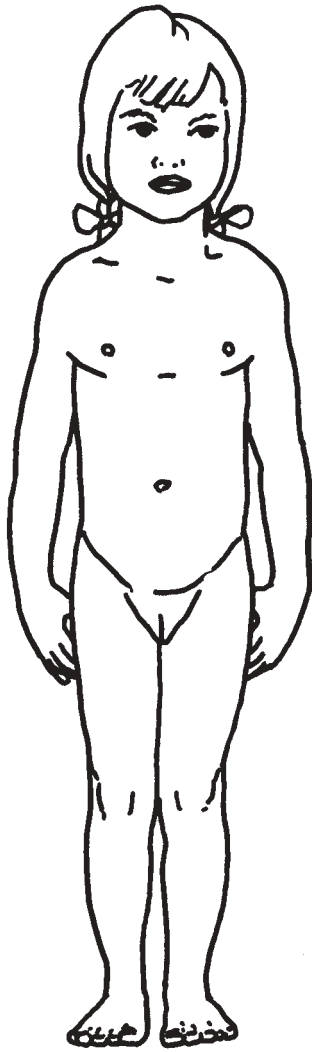


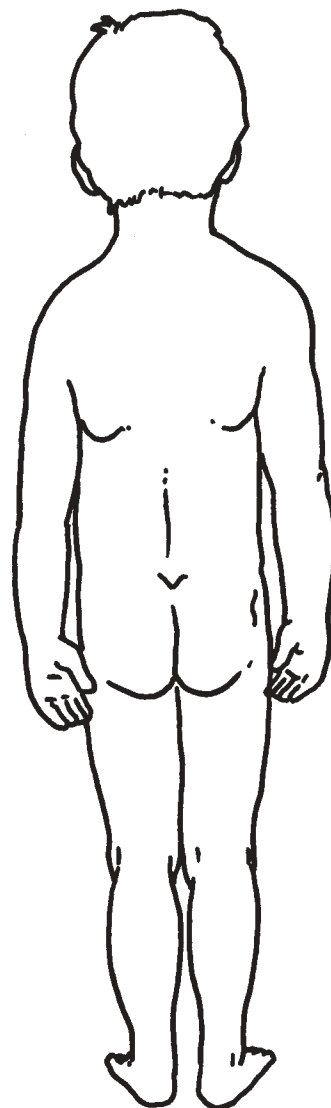
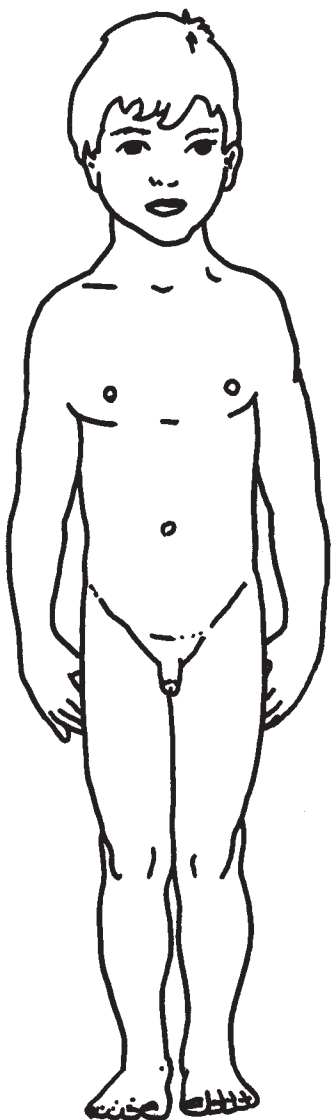
36



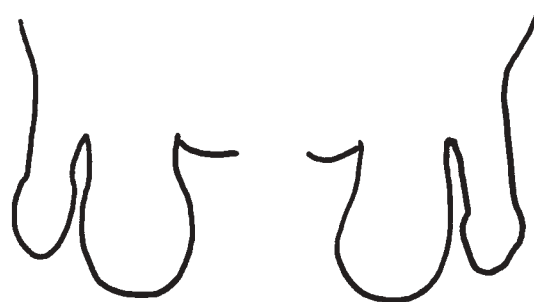
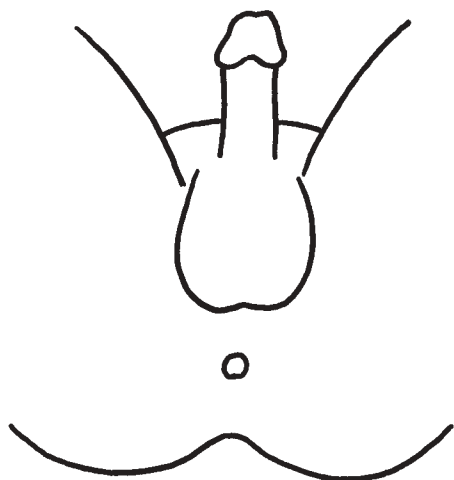
Gauche

Droite





38



Gauche

Droite

## Annexe 5 • Protocoles pour le traitement des MST

### Traitements recommandés par l'OMS pour les adultes

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

MST	Traitement	
ouGonorrhée	<b>azithromycine</b>	2 g par voie orale (non recommandée pendant la grossesse) (Note : dans ce cas, il n'est pas nécessaire de prescrire un traitement supplémentaire pour la chlamydia)
	<b>ou</b>	
	<b>ciprofloxacine</b>	500 mg par voie orale, dose simple (contre-indiquée pendant la grossesse)
	<b>ou</b>	
Chlamydia	<b>céfixime</b>	400 mg par voie orale, dose simple
	<b>ou</b>	
	<b>ceftriaxone</b>	125 mg par voie intramusculaire, dose simple
	<b>ou</b>	
Chlamydia	<b>doxycycline</b>	100 mg par voie orale, deux fois par jour durant 7 jours (contre-indiquée pendant la grossesse)
	<b>ou</b>	
Chlamydia chez la femme enceinte	<b>azithromycine</b>	1 g par voie orale, dose simple (non recommandée pendant la grossesse)
	<b>ou</b>	
Syphilis	<b>Erythromycine</b>	500 mg par voie orale, 4 fois par jour durant 7 jours
	<b>ou</b>	
Chlamydia chez la femme enceinte	<b>amoxicilline</b>	500 mg par voie orale, 3 fois par jour durant 7 jours
	<b>ou</b>	
Syphilis	<b>benzathine benzylpenicilline</b>	2,4 millions UI, par voie intramusculaire, une seule fois (deux piqûres à deux endroits différents.)
	<b>ou</b>	
Syphilis chez les patients allergiques à la pénicilline	<b>doxycycline</b>	100 mg par voie orale, deux fois par jour durant 15 jours (contre-indiquée pendant la grossesse)
	<b>or</b>	
Syphilis chez les femmes enceintes allergiques à la pénicilline	<b>tétracycline</b>	500 mg par voie orale, 4 fois par jour durant 15 jours (contre-indiquée pendant la grossesse) (Note : ces deux antibiotiques agissent également contre la chlamydia)
	<b>ou</b>	
Syphilis chez les femmes enceintes allergiques à la pénicilline	<b>érythromycine</b>	500 mg par voie orale, 4 fois par jour durant 15 jours (Note : cet antibiotique agit également contre la chlamydia)
	<b>ou</b>	
Trichomonase	<b>métronidazole</b>	2 g par voie orale, dose simple ou deux doses à distance de 12 heures (contre-indiqué dans le premier trimestre de grossesse)

39

Prescrire un traitement facile à suivre et court pour chacune des infections présentes au niveau local.

#### Exemple

Traitement présomptif contre la gonorrhée, la syphilis et la chlamydia chez une femme qui n'est pas enceinte et n'est pas allergique à la pénicilline

- azithromycine 2g par voie orale + benzathine benzylpenicilline 2,4 millions UI par voie intramusculaire,

ou

- ciprofloxacine 500 mg par voie orale + benzathine benzylpenicilline 2,4 millions UI par voie intramusculaire + doxycycline 100 mg par voie orale, deux fois par jour durant 7 jours

Si le trichomonase est prédominant, ajouter une dose simple de 2 g de métronidazole par voie orale.

## Traitements recommandés par l’OMS pour les enfants et les adolescents

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

MST	Poids ou âge	Traitement	
Gonorrhée	> 45 kg	<b>ceftriaxone</b>	125 mg par voie intramusculaire, dose simple <b>ou</b>
		<b>Spectinomycine</b>	40 mg/kg de poids corporel, par voie intramusculaire (jusqu’à un maximum de 2 g), dose simple <b>ou (isi &gt; 6 mois)</b>
		<b>céfixime</b>	8 mg/kg de poids corporel par voie orale, dose simple
	> 45 kg	Traiter selon le protocole pour les adultes	
Chlamydia	> 45 kg	<b>érythromycine</b>	50 mg/kg de poids corporel par jour, par voie orale (jusqu’à un maximum de 2 g), divisés en 4 doses, durant 7 jours
	≥ 45 kg mais < 12 ans	<b>érythromycine</b> <b>ou</b> <b>azithromycine</b>	500 mg par voie orale, 4 fois par jour durant 7 jours  1 g par voie orale, dose simple
	≥ 12 ans	<b>doxycycline</b> <b>or</b> <b>azithromycine</b> <b>or</b> <b>érythromycine</b>	100 mg par voie orale, deux fois par jour durant 7 jours  1 g par voie orale, dose simple  500 mg par voie orale, 4 fois par jour durant 7 jours
<b>Syphilis</b>		<b>benzathine pénicilline</b>	50 000 UI/kg IM (jusqu’à un maximum de 2,4 millions UI), dose simple
<i>Syphilis, patiente allergique à la pénicilline</i>		<i>Erythromycine ou doxycycline dans les dosages recommandés pour la chlamydia durant 14 jours</i>	
Trichomonase	< 12 ans	<b>métronidazole</b>	5 mg/kg de poids corporel par voie orale, 3 fois par jour durant 7 jours
	≥ 12 ans	Traiter selon le protocole pour les adultes	

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, WHO/HIV/AIDS 2002.03), en cours d’impression.

## Annexe 6 • Protocoles pour la prophylaxie post-exposition au VIH

Voici quelques exemples de protocoles de prophylaxie post-exposition (PEP), utilisés dans certains contextes pour prévenir l'infection VIH après un viol. Cette liste n'est pas exhaustive. Ces exemples ne décrivent pas toute l'assistance qui peut être nécessaire. Si la PEP peut être pratiquée localement, envoyer le plus tôt possible (sous 72 heures) la victime chez le centre spécialisé en matière.

### Exemple 1

Source : *Treatment guidelines for the use of AZT (zidovudine) for the prevention of the transmission of human immunodeficiency virus (HIV) in the management of survivors of rape*. The Department of Health, Western Cape Province, South Africa.

#### Régime de traitement (28 jours)

Zidovudine (AZT), 300 mg deux fois par jour

- Les victimes reçoivent la fourniture de médicament nécessaire pour une semaine **et** un rendez-vous pour un nouveau bilan la semaine suivante.
- Les victimes sont vues une fois par semaine pour l'évaluation et pour obtenir les résultats de leurs examens sanguins. Elles reçoivent le reste du traitement de 28 jours de zidovudine.
- Les visites suivantes ont lieu 6 semaines et 3 mois après le viol. Le test VIH est pratiqué lors de ces deux visites.
- Les tests de routine, avec NFS complète et enzymes hépatiques, ne sont pas recommandés pour les patients sous zidovudine. Les tests sanguins ne doivent être effectués que si requis par l'état clinique de la victime.

### Exemple 2

Source : *Bamberger, J.D. et al. Postexposure prophylaxis for human immunodeficiency virus (HIV) infection following sexual assault. American Journal of Medicine, 1999, 106 : 323-326.*

#### Régime de traitement (28 jours)

Zidovudine, 300 mg deux fois par jour ou 200 mg trois fois par jour, **et**

lamivudine, 150 mg deux fois par jour

#### Régime alternatif (28 jours)

Didanosine, 200 mg deux fois par jour, **et**

staduvidine, 40 mg deux fois par jour

Prendre en compte la possibilité d'ajouter :\*

nelfinavir, 750 mg trois fois par jour, **ou** indinavir, 800 mg trois fois par jour

- Bien que les médicaments rétroviraux provoquent rarement d'importantes anomalies de laboratoire, les tests de base pourraient s'avérer utiles.
- Le monitoring doit comprendre une NFS complète et les niveaux des enzymes hépatiques, selon les indications cliniques.
- Le tests des anticorps VIH est recommandé comme ligne de référence, 6 semaine, 3 mois et 6 mois après l'agression.

*\* Au cas, très rare, où l'on saurait que l'agresseur est contaminé par le VIH résistant aux inhibiteurs de la transcriptase inverse, il sera recommandé d'ajouter un inhibiteur de la protéase (par exemple, nelfinavir ou indinavir). Un spécialiste VIH doit être consulté pour déterminer le régime approprié.*

**Note :** La Névirapine **n'est pas** recommandée dans la prophylaxie post-exposition à la suite d'un viol.<sup>1</sup>

1 Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV, and recommendations for postexposure prophylaxis. *Morbidity and mortality weekly report*, 2001, 50(RR-11), Appendix C.

---

## Annexe 7 • Protocoles pour la contraception d'urgence

---

### Pilules contraceptives d'urgence

- Il existe deux régimes de pilules contraceptives d'urgence (ECP) qui peuvent être utilisés : le régime à base uniquement de lévonorgestrel (recommandé) ou le régime combiné oestrogènes-progestérone (Yuzpe).
- Dans les deux régimes, une première dose doit être prise assez rapidement, en tout cas pas au-delà de 72 heures après le viol, suivie d'une deuxième dose 12 heures plus tard. Il existe des produits spécialement conditionnés pour la contraception d'urgence, mais pour l'instant ils ne sont homologués que dans un nombre restreints de pays. Si l'ECP pré-conditionnée n'est pas disponible localement, la contraception d'urgence peut être administrée à l'aide des normales pilules contraceptives orales disponibles dans le cadre de la planification familiale (voir tableau ci-dessous).
- Informer la victime sur les modalités de prise des pilules, sur leurs effets secondaires et sur ceux qu'elles pourraient avoir sur ses prochaines règles. Les pilules de contraception d'urgence n'empêchent pas la grossesse due à des actes sexuels accomplis après le traitement.

Si nécessaire, remettre des préservatifs à utiliser dans l'immédiat.

- Bien expliquer à la victime qu'il existe toujours un moindre taux d'échec de la pilule. La plupart des patientes auront leurs règles normales dans les 21 jours qui suivent le traitement. Les règles peuvent survenir une semaine avant ou avec quelques jours de retard. Si la victime n'a pas eu de règles dans les 21 jours qui suivent le traitement, elle doit consulter pour pratiquer un test de grossesse ou examiner les options disponible si elle est enceinte.
- Effets secondaires : surtout avec le régime Yuzpe, il peut y avoir des nausées. En cas de vomissement dans les deux heures qui suivent la prise de la pilule, répéter la dose.
- Précautions : Les pilules de contraception d'urgence ne sont pas efficaces en cas de grossesse confirmée. Elles peuvent être prescrites lorsque l'état de grossesse est incertain et que les tests de grossesse ne sont pas disponibles, puisque rien ne permet de conclure que les pilules puissent nuire à la femme ou à une grossesse existante. Ces médicaments n'ont aucune autre contre-indication médicale.

Régime	Formulation <sup>a</sup> (par comprimé)	Dénominations commerciales communes	Première dose (nombre de comprimés)	Deuxième dose après 12 heures (nombre de comprimés)
Levonorgestr el seul	750 µg	Levonelle-2, NorLevo, Plan B, Postinor, Postinor-2, Vikela	1	1
	30 µg	Microlut, Microval, Norgeston	25	25
	37.5 µg	Ovrette	20	20
Combiné	EE 50 µg + LNG 250 µg ou EE 50 µg + NG 500	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

<sup>a</sup> EE = ethinylestradiol ; LNG = levonorgestrel ; NG = norgestrel

(Adapté depuis : Consortium for Emergency Contraception, *Emergency contraceptive pills, medical and service delivery guidelines*. Seattle, WA, 2000).

43

## 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, la pose d'un DIU en cuivre est une méthode efficace de contraception d'urgence. Il réduit de plus de 99% le risque de grossesse.
- Les femmes doivent être conseillées à ce sujet, de manière à ce qu'elles puissent décider en connaissance de cause.
- Un opérateur qualifié doit conseiller la patiente et poser le DIU.
- Le DIU peut être retiré lors des règles suivantes ou bien rester en place à titre de contraception future.

## Annexe 8 • Assistance minimale des victimes de viol dans les endroits disposant de moindres ressources

### Liste de contrôle des fournitures

<b>1. Protocole</b>	<b>Disponible</b>
▶ Protocole médical écrit dans la langue de l'opérateur	
<b>2. Personnel</b>	<b>Disponible</b>
▶ Professionnels médico-sanitaires (locaux) formés (en service 24 heures sur 24)	
▶ Une opératrice médico-sanitaire ou une amie parlant la langue de la victime, présente dans la salle pendant l'examen.	
<b>3. Meubles/Aménagement</b>	<b>Disponible</b>
▶ Salle (privée, tranquille, accessible, avec accès aux toilettes ou aux latrines)	
▶ Table d'examen	
▶ Eclairage, de préférence fixe (une torche pourrait effrayer les enfants)	
▶ Accès à une autoclave pour stériliser les équipements	
<b>4. Fournitures</b>	<b>Disponible</b>
▶ « Kit à viol » pour la collecte des preuves médico-légales, comprenant :	
✓ Spéculum	
✓ Mètre à ruban pour mesurer les dimensions des bleus, des lacérations, etc.	
✓ Sacs en papier pour la collecte des preuves	
✓ Ruban adhésif pour fermer et étiqueter les conteneurs/sacs	
▶ Fournitures de protection générale	
▶ Equipement de réanimation pour les réactions anaphylactiques	
▶ Instruments médicaux stériles (kit) pour réparer les déchirures, et matériel de suture	
▶ Aiguilles, seringues	
▶ De quoi couvrir la victime du viol pendant l'examen* (blouse, tissu, drap)	
▶ Fournitures sanitaires (tampons, serviettes ou tissus)	
<b>5. Médicaments</b>	<b>Disponible</b>
▶ Pour le traitement des MST, selon le protocole national	
▶ Pilules contraceptives d'urgence et/ou dispositifs intra-utérins (DIU)	
▶ Analgésiques (par exemple, paracétamol)	
▶ Anesthésique local pour les sutures	
▶ Antibiotiques pour le traitement des plaies	
<b>6. Fournitures administratives</b>	<b>Disponible</b>
▶ Diagramme médical avec pictogrammes	
▶ Formulaire de consentement	
▶ Brochures d'information pour l'assistance post-viol (pour les victimes)	
▶ Fichier fermant à clé pour conserver les documents confidentiels dans des conditions de sécurité	

## Collecte des épreuves médico-légales minimales

Les preuves ne doivent être prélevées et remises aux autorités qu'avec le consentement de la victime (voir Phase 4).

- Pendant l'examen médical, constituer une documentation écrite détaillée qui puisse valider le récit de la victime, y compris l'état de ses vêtements. Le diagramme médical est partie intégrante de la documentation juridique et peut être présenté comme preuve (avec le consentement de la victime) si l'affaire aboutit au tribunal.
- Prélever des échantillons des vêtements endommagés (à condition de disposer de vêtements de rechange pour la victime) et des corps étrangers présents sur les vêtements et le corps de la victime, afin de valider son récit.
- Si l'on dispose d'un microscope, un opérateur médico-sanitaire formé ou un technicien de laboratoire peuvent examiner les lamelles humides pour détecter la présence de sperme, ce qui prouve qu'il y a eu pénétration.

## Examen minimal

L'examen médical ne doit être pratiqué qu'avec le consentement de la victime. Il doit être compatissant, confidentiel et complète (voir Phase 5).

## Assistance minimale

Le traitement compatissant et confidentiel doit comprendre (voir Phase 6) :

- traitement et renvoi à d'autres structures en cas de complications potentiellement mortelles ;
- traitement ou prévention des MST ;
- contraception d'urgence ;
- traitement des blessures ;
- assistance psychosociale de support ;
- renvoi à des services d'assistance psychosociale de support.

---

## Annex 9 • Documentation supplémentaire

---

### Informations générales

Sexual assault nurse examiner (SANE) development and operation guide. Washington, DC, United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Office for Victims of Crime (<http://www.sane-sart.com/SaneGuide/toc.asp>).

Reproductive health in refugee situations: an inter-agency field manual. Geneva, UNHCR, 1999 (<http://www.who.int/reproductive-health/publications> ou <http://www.rhrc.org/fieldtools> or <http://www.unhcr.ch/>).

Basta!: Bulletin IPPF/WHR on integrating gender-based violence into sexual and reproductive health. International Planned Parenthood Federation (<http://www.ippfwhr.org/whatwedo/basta.html>).

**46** Violence sexuelle contre les réfugiés : lignes de conduite en matière de prévention et de réaction. Genève, UNHCR, 1995 (<http://www.unhcr.ch/>).

Santé mentale des réfugiés. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1996 (<http://www.unhcr.ch/>).

### Informations sur les maladies sexuellement transmissibles

Lignes de conduite pour la gestion des maladies sexuellement transmissibles. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2001 (document n.WHO/RHR/01.10) (<http://www.who.int/reproductive-health/publications>).

### Informations sur la contraception d'urgence

Contraception d'urgence : manuel pour la fourniture de services. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1998 (document n. WHO/FRH/FPP/98.19) (<http://www.who.int/reproductive-health/publications>).

### Informations sur la prophylaxie post-exposition (PEP) de l'infection VIH

Management of possible sexual, injecting-drug-use, or other nonoccupational exposure to HIV, including considerations related to antiretroviral therapy: Public Health Service Statement. Morbidity and mortality weekly report, 1998, 47(RR17):1-14 (<http://www.cdc.gov/hiv/treatment.htm#prophylaxis>).

PHS report summarises current scientific knowledge on the use of post-exposure antiretroviral therapy for non-occupational exposures. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 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 postexposure prophylaxis. Morbidity and mortality weekly report, 2001, 50(RR-11), Appendix C, 45-52 (<http://www.cdc.gov/hiv/treatment.htm#prophylaxis>).

### Informations détaillées sur les politiques nationales en matière d'avortement

Politiques en matière d'avortement : vue d'ensemble. New York, UN Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2001 (<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/profiles.htm>).