

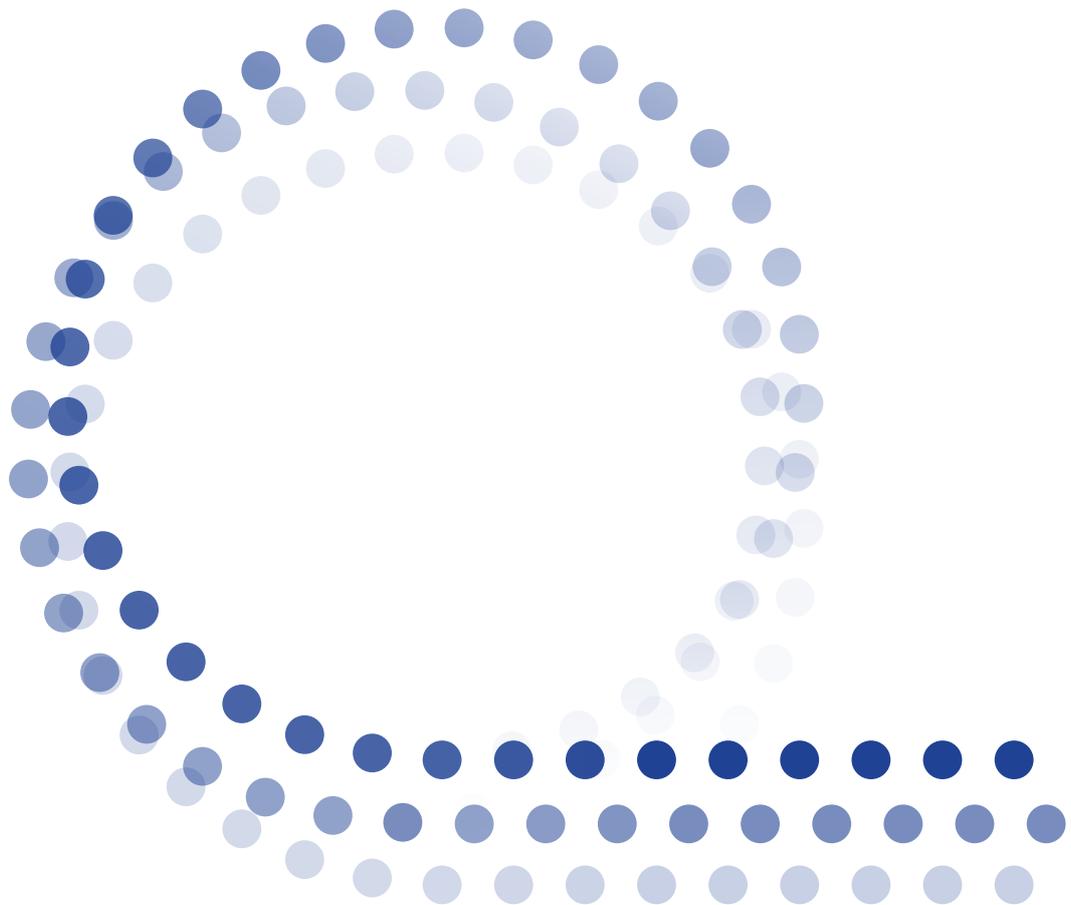
Prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime

Élaboration de protocoles à adopter
dans les situations de crise humanitaire



Prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime

Élaboration de protocoles à adopter
dans les situations de crise humanitaire



Organisation
mondiale de la Santé

Prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime : élaboration de protocoles à adopter dans les situations de crise humanitaire [Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings]

ISBN 978-92-4-004128-8 (version électronique)

ISBN 978-92-4-004129-5 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2022

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du logo de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Citation suggérée. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR). Prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime : élaboration de protocoles à adopter dans les situations de crise humanitaire [Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/copyright>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue pour responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Table des matières

Remerciements.....	vi
Abréviations et acronymes	vi
Introduction	1
Comment utiliser ce guide	1
Le secteur de la santé et les violences faites aux femmes	1
Termes essentiels	3
Principes directeurs.....	4
Partie 1. Préparation.....	5
1.1 Comprendre les lois et les politiques	5
1.2 Connaître les ressources et les services disponibles	5
1.3 Savoir où des soins appropriés peuvent être dispensés, s'ils ne sont pas déjà disponibles	5
1.4 Préparer l'établissement de santé.....	5
1.5 Former le personnel	6
1.6 Élaborer un protocole.....	6
1.7 Assurer la coordination avec d'autres prestataires de services et la mise en place de systèmes de référencement.....	6
1.8 Sensibiliser les communautés.....	7
1.9 Prendre soin de soi en tant que prestataire de soins de santé	7
Partie 2. Fournir le Soutien de première ligne	10
2.1 Vraiment écouter	11
2.2 S'Informer sur les besoins et les préoccupations	12
2.3 Valider.....	12
2.4 Renforcer la sécurité.....	13
2.5 Renforcer l'entourage.....	13
Partie 3. Prise en charge clinique du viol (étape par étape)	15
Étape 1. Vraiment écouter, s'Informer sur les besoins et les préoccupations, et Valider	15
Étape 2. Obtenir le consentement éclairé et préparer la survivante	15
Étape 3. Procéder à l'anamnèse	16
Étape 4. Réaliser un examen physique et génital	17
Étape 5. Fournir un traitement	22
Étape 6. Renforcer la sécurité et référer pour une aide supplémentaire.....	28
Étape 7. Évaluer la santé mentale et apporter un soutien psychosocial	29
Étape 8. Assurer un suivi médical.....	29
Partie 4. Identification et prise en charge des survivantes de violence exercée par un partenaire intime	31
Étape 1. Déterminer si une femme subit une violence exercée par un partenaire intime.....	31
Étape 2. Vraiment écouter, s'Informer sur les besoins et les préoccupations, et Valider	32
Étape 3. Fournir des soins physiques	32
Étape 4. Renforcer sa sécurité et son entourage, et la référer pour plus d'assistance au besoin.....	32
Étape 5. Évaluer la santé mentale et apporter un soutien psychosocial	33
Étape 6. Documenter sa visite.....	33

Partie 5. Soins de santé mentale complémentaires et soutien psychosocial	35
5.1 Apporter un soutien psychosocial de base	35
5.2 Évaluer les troubles de la santé mentale	36
Partie 6. Prise en charge des enfants victimes de violence.....	39
6.1 Apporter un soutien de première ligne aux enfants victimes de violence	39
6.2 Créer un environnement sûr	40
6.3 Obtenir le consentement éclairé	40
6.4 Procéder à l'anamnèse	40
6.5 Préparer l'enfant à l'examen physique.....	41
6.6 Examiner l'enfant.....	41
6.7 Donner un traitement.....	42
6.8 Assurer un suivi médical	42
Annexes.....	43
Annexe 1. Ressources clés	44
Annexe 2. Modèle de formulaire de consentement	46
Annexe 3. Collecte de preuves médico-légales	48
Annexe 4. Anamnèse et fiche d'examen physique.....	51
Annexe 5. Pictogrammes	55
Annexe 6. Modèles de certificats médicaux.....	59
Annexe 7. Protocoles pour la contraception d'urgence.....	63
Annexe 8. Protocoles pour la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles.....	65
Annexe 9. Protocoles de prophylaxie post-exposition de l'infection par le VIH.....	68
Annexe 10. Évaluation et prise en charge des troubles de santé mentale	70
Annexe 11. Informations nécessaires à l'élaboration d'un protocole local	72

Listes des tableaux, des encadrés et des aide-mémoires

Liste des tableaux

Tableau 1. Exemples des différents types de violences exercées par un partenaire intime (VPI)	3
Tableau 3.1. Description des caractéristiques des lésions physiques	21
Tableau 3.2. Table de décision pour l'administration d'anatoxine tétanique (AT) et d'immunoglobuline tétanique (IGT)	23
Tableau 3.3. Vaccination préalable contre l'hépatite B et orientations thérapeutiques	26
Tableau 3.4. Liste de contrôle des consultations de suivi d'une survivante de viol	30

Liste des encadrés

Encadré 1. Promotion de l'égalité du genre	4
Encadré 1.1. Coordination de la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence humanitaire	7
Encadré 2.1. Conseils pour apporter le soutien de première ligne.....	10
Encadré 2.2. Écoute active : ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire	11
Encadré 2.3. Techniques pour s'informer sur les besoins et les préoccupations	12
Encadré 2.4. Comment aider	14
Encadré 2.5. Questions fréquentes sur le soutien de première ligne	14
Encadré 3.1. Signalement obligatoire et consentement éclairé.....	16
Encadré 3.2. Parler avec la survivante du signalement à la police	16
Encadré 3.3. Conditions particulières concernant les survivants masculins de viol	18
Encadré 3.4. Si une survivante de viol se présente après 72 heures	21
Encadré 3.5. Collecte de preuves médico-légales relatives aux survivantes de viol.....	22
Encadré 5.1. Technique de respiration lente	36
Encadré 5.2. Suicide et autodestruction.....	37
Encadré 5.3. Considérer les conditions de santé mentale pré-existantes	38
Encadré 6.1. Points importants à savoir avant la prise en charge d'enfants victimes de violence.....	39
Encadré 6.2. Principes directeurs à respecter lors de la prise en charge des enfants et des adolescentes	39
Encadré 6.3. L'approche VIVRE (Vraiment écouter, s'Informier sur les besoins et les préoccupations, Valider, Renforcer la sécurité et l'Entourage) adaptée aux enfants.....	40

Liste des aide-mémoires

Aide-mémoire 1. Liste pour fournir des soins cliniques de qualité aux survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime (VPI)	8
Aide-mémoire 2. Tableau de référencement	14
Aide-mémoire 3. Thèmes à aborder avec une survivante de viol lors de l'anamnèse	17
Aide-mémoire 4. Listes de contrôle pour l'examen après le viol	20
Aide-mémoire 5: Calendrier de traitement après un viol	28
Aide-mémoire 6: Questions pour évaluer le risque immédiat de violence	33
Aide-mémoire 7: Plan de sécurité	34

Remerciements

Le présent document est une mise à jour qui remplace le document intitulé *Gestion clinique des victimes de viol : guide pour le développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays*, élaboré par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) publié en 2004.¹ Au cours des 15 dernières années, les preuves et l'apprentissage de la manière de répondre aux besoins de santé des personnes survivantes de violence basée sur le genre (VBG) a considérablement augmenté. Cette mise à jour de la publication de 2004 a pour but d'aligner ces orientations sur d'autres lignes directrices plus récentes de l'OMS relatives à la prestation de soins cliniques aux survivantes de viol, et d'intégrer des informations complémentaires sur la réponse aux besoins des survivantes d'actes de violence commis par un partenaire intime. Elle comprend également une nouvelle section sur la réponse aux besoins en matière de santé mentale des survivantes de violences basées sur le genre.

Claudia García-Moreno, Elisabeth Roesch et Megin Reijnders de l'OMS ont dirigé l'élaboration du présent guide et ont supervisé la rédaction de la version finale. Nadine Cornier de l'UNFPA et Ann Burton du HCR ont également contribué à la rédaction du texte définitif et recueilli les contributions de collègues dans ce domaine. Catrin Schulte-Hillen du HCR a assuré la relecture de la version finale. Robyn Yaker et Inka Weissbecker ont apporté leur précieuse contribution et rédigé les premières ébauches des sections du guide.

Nous souhaitons également exprimer notre gratitude aux personnes suivantes pour leurs conseils et leur participation à la révision du texte :

Suhaila Aboud, UNFPA
Ana Belen Anguita Arjona, HCR
Sanni Bundgaard, International Rescue Committee (IRC)
Maria Caterina Ciampi, OMS
Wilma Doedens, UNFPA
Dabney Evans, université Emory
Nathan Paul Ford, OMS
Mary Eluned Gaffield, OMS
Alice Han, Harvard Medical School
Christine Heckman, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Yelmali Clotaire Hein, OMS
Maria Holtsberg, Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF)
Felicia Jones, HCR
Sigrid Kopp, Comité international de la Croix-Rouge
Luna Mehraïn, IPPF
Sarah Mosely, IRC
Kristin Parco, Organisation internationale pour les migrations (OIM)
Martina Penazzato, OMS
Chen Reis, université de Denver
Anne-Cécile Robin, OMS
Guglielmo Schinina, OIM
Selma Sevkli, IRC
Peter Ventevogel, HCR
Teodora Wi, OMS
Alice Wimmer, OIM

La révision technique, la conception et la mise en page ont été réalisées par Green Ink, au Royaume-Uni (greenink.co.uk)

Abréviations et acronymes

AT	Anatoxine tétanique	TSPT	Troubles de stress post-traumatique
CU	Contraception d'urgence	IM	Intramusculaire
DIU	Dispositif intra-utérin	UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
PPE	Prophylaxie post-exposition	IST	Infection sexuellement transmissible
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés	VBG	Violences basées sur le genre
OMS	Organisation mondiale de la Santé	VPI	Violence exercée par un partenaire intime

1 Organisation mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR). *Gestion clinique des victimes de viol : développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays*, édition révisée. Genève : OMS/HCR, 2004 (<https://www.unhcr.org/fr-fr/4b151c885.pdf>, consulté le 3 septembre 2019).

Introduction

Les violences sexuelles et les violences exercées par des partenaires intimes, pouvant être physiques, sexuelles ou émotionnelles/psychologiques, sont des problèmes mondiaux qui n'épargnent aucune société ou région. Dans les situations de crise humanitaire, les femmes et les enfants, qui sont des réfugiés, des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays ou touchées par des crises, qu'elles soient humanitaires ou liées à des conflits, sont particulièrement exposés à la violence, en conséquence de déplacements massifs de population et de l'effondrement de la protection sociale. Les taux élevés de violences sexuelles et de violences exercées par des partenaires intimes sont bien documentés et constituent une violation grave du droit international humanitaire et des droits humains.

Ce guide s'adresse aux prestataires de soins qualifiés (médecins, cliniciens, sages-femmes et infirmiers/-ères) qui travaillent dans des situations de crise humanitaire ou d'autres contextes similaires, et qui souhaitent élaborer des protocoles spécifiques pour la prise en charge médicale des survivantes de violences sexuelles et de violences exercées par un partenaire intime. Ce guide devra être adapté à chaque situation, en fonction des ressources, des équipements et des médicaments disponibles, ainsi que des politiques et procédures nationales. Il peut également servir à actualiser des protocoles existants, afin d'aider à planifier et fournir des services, mais aussi à former les prestataires de soins de santé.

Comment utiliser ce guide

Ce guide propose des étapes et suggestions claires qui vous aideront à offrir des soins de qualité aux survivantes de violences sexuelles et de violences exercées par un partenaire intime, et vous guideront dans l'élaboration d'un protocole de soins. Il se compose de six parties.

- ▶ Partie 1. Préparation
- ▶ Partie 2. Soutien de première ligne
- ▶ Partie 3. Prise en charge clinique du viol (étape par étape)
- ▶ Partie 4. Identification et prise en charge des survivantes de violences exercées par un partenaire intime

- ▶ Partie 5. Soins de santé mentale complémentaires et soutien psychosocial
- ▶ Partie 6. Soins aux enfants qui subissent des violences

Les aide-mémoires fournis tout au long de ce guide vous aideront à proposer des soins et un soutien aux femmes survivantes de violences².

À la fin de cette publication figurent des annexes complétant les informations contenues dans les différentes parties de ce guide, notamment des modèles de formulaires. Enfin, l'annexe 1 fournit une liste des principales ressources et publications.

Le secteur de la santé et les violences faites aux femmes

Les violences sexuelles et les violences exercées par des partenaires intimes ont de profondes répercussions sur la santé des femmes à bien des niveaux, qu'elles soient immédiates ou à long terme, évidentes ou insidieuses. Les femmes qui ont subi de la violence peuvent souffrir de blessures, (notamment des lésions génitales), de grossesse non désirée et de complications de la grossesse, d'infections sexuellement transmissibles (IST), comme le VIH, les douleurs pelviennes, les infections des voies urinaires, les fistules et les troubles ou conditions chroniques. L'impact de la violence sexuelle et de la VPI sur la santé mentale peut se traduire par des réactions aiguës au stress, des troubles de stress post-traumatique (TSPT), de la dépression, de l'anxiété, des troubles du sommeil, des abus de substances et un comportement autodestructeur ou suicidaire. De plus, ces survivantes sont susceptibles d'être stigmatisées et rejetées par leur famille et leur communauté.

Ainsi, ce guide présente des méthodes simples mais très utiles à l'ensemble des prestataires de soins, y compris les non-spécialistes, afin d'aider une survivante de violences et répondre à l'éventail de ses besoins essentiels, notamment aux :

- ▶ Besoins immédiats et permanents en matière de santé émotionnelle/psychologique ;
- ▶ Besoins immédiats et permanents en matière de santé physique ; et
- ▶ Besoins en matière de sécurité.

2 Une survivante est une personne qui a subi des actes de violence basée sur le genre. Les termes « victime » et « survivante » sont interchangeable. Le terme « victime » est souvent utilisé dans les domaines juridique et médical, tandis que le terme « survivante » est généralement privilégié dans les domaines psychologiques et du soutien social, car il implique une résilience. Dans ce document, le terme « survivante » sera utilisé pour renforcer le concept de résilience. Les VBG affectant principalement les femmes, le terme sera utilisé au féminin pour plus de clarté.

À l'échelle mondiale, près d'une femme sur trois est victime d'actes de violence physique et/ou sexuelle commis par un partenaire ou d'agression sexuelle commise par d'autres que le partenaire.³ Les hommes peuvent également être survivants de violences sexuelles, en particulier dans les zones de conflit et peuvent souffrir de violence de la part d'un partenaire intime. Néanmoins, les taux sont beaucoup plus faibles et les impacts différents. Les violences sexuelles contre les hommes ont tendance à être commises par d'autres hommes dans le but de les subordonner à eux, leurs familles et leurs communautés. Les garçons peuvent aussi être exposés aux abus sexuels, qui sont principalement commis par des membres de la famille ou d'autres hommes qui sont connus de l'enfant. Les minorités sexuelles et de genre, les personnes en situation de handicap, les enfants et les adolescents sont aussi exposés à un risque accru de violence.

Les hommes et les garçons sont confrontés aux mêmes barrières que les femmes et les filles en matière de services, ainsi qu'à la honte et

à la stigmatisation, mais ils peuvent les vivre différemment.⁴ Puisque dans la plupart des sociétés, les normes et les systèmes accordent plus de pouvoir aux hommes qu'aux femmes, les femmes subissent plus fréquemment des violences sexuelles et des violences exercées par leurs partenaires intimes, des violences physiques plus graves dans le cadre des relations interpersonnelles, et plus de contrôle de la part de leurs conjoints.

Étant donné que la plupart des personnes qui subissent des violences sexuelles et des VPI sont des femmes, ce guide met, avant tout, l'accent sur la prise en charge des femmes, et donc les pronoms féminins sont utilisés en référence aux survivantes.

Néanmoins, la majorité des conseils s'appliquent également aux violences sexuelles faites aux hommes. Toute considération spéciale concernant les hommes ou garçons, ou d'autres groupes vulnérables, sera précisée.

3 Département Santé reproductive et recherche de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire*. Genève, OMS, 2013 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625>, consulté en anglais le 8 mars 2019).

4 Comité de pilotage du système de gestion d'informations sur les violences basées sur le genre (GBVIMS). *Directives inter-agences relatives à la gestion des cas de Violences Basées sur le Genre*. GBVIMS, 2017 (http://www.gbvims.com/wp/wp-content/uploads/Interagency-GBV-Case-Management-Guidelines_Final_2017.pdf, consultées en anglais le 8 mars 2019).

Termes essentiels

Ce guide traite de la prise en charge clinique des survivantes de violence sexuelle et de violence exercée par un partenaire intime dans les situations de crise humanitaire. Dans ce guide, le terme violence désigne l'utilisation du pouvoir ou de la force physique dans l'intention de causer un préjudice physique ou psychologique.⁵

Violence sexuelle

Il s'agit de « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la survivante, dans n'importe quel contexte ».⁶ La violence sexuelle comprend le viol, qui se définit comme un acte de pénétration non consentie, même légère, de

la vulve, de la bouche ou de l'anus, au moyen du pénis, d'autres parties du corps ou d'un objet. Cette tentative est connue sous le nom de « tentative de viol ».⁷ Le terme d'« agression sexuelle » est souvent utilisé de manière interchangeable avec viol.

Violence exercée par un partenaire intime (VPI)

Cela fait référence à la violence et maltraitance actuelles ou passées exercées par un partenaire intime ou un ancien partenaire intime, un mari, un petit ami ou autre. Les femmes peuvent souffrir de plusieurs types de violence exercée par un partenaire intime, notamment la violence physique, la violence émotionnelle/psychologique, les comportements dominateurs et la violence sexuelle (voir le Tableau 1).

Tableau 1. Exemples des différents types de violences exercées par un partenaire intime (VPI)

Violence physique	Violence émotionnelle/psychologique	Comportements dominateurs	Violence sexuelle
<ul style="list-style-type: none"> Coups de poing, coups de pied, bousculades, brûlures, strangulation et agression avec ou sans arme, pouvant causer des blessures ou des dommages corporels. 	<ul style="list-style-type: none"> La critiquer de manière répétée L'insulter ou la mépriser Menacer de lui faire du mal ou de faire du mal aux personnes qu'elle aime, comme ses enfants Menacer de détruire des choses auxquelles elle tient Tenir des propos humiliants ou dégradants en présence d'autres personnes 	<ul style="list-style-type: none"> L'empêcher de sortir de chez elle ou de voir sa famille ou ses amis Insister pour savoir où elle se trouve à tout moment Se mettre en colère si elle adresse la parole à un autre homme L'interdire d'avoir recours à des soins de santé sans son autorisation Lui empêcher l'accès à des services Contrôler l'argent nécessaire au fonctionnement du foyer 	<ul style="list-style-type: none"> La forcer à avoir des relations sexuelles ou actes sexuels quand elle ne veut pas ; cela peut inclure l'usage de la force physique, coercition et l'intimidation Coercition reproductive, qui consiste à la forcer à avoir une relation sexuelle sans protection contre une grossesse ou une infection, ou à la contrôler en ce qui concerne l'usage de contraception

5 Le viol et les actes de violence commis par un partenaire intime sont des types de violence basée sur le genre (VBG). La VBG est un terme générique pour tout acte préjudiciable perpétré contre le gré d'autrui, et qui est basé sur des différences socialement fixées entre hommes et femmes (autrement dit le genre) ou sur les relations de pouvoir inégales entre les femmes et les hommes. Dans le contexte humanitaire, le terme VBG est souvent utilisé pour décrire différentes formes de violence, notamment le viol, la violence exercée par un partenaire intime, le mariage forcé et les autres types de violence basées sur le genre.

6 Sous la direction de Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony Zwi et Rafael Lozano-Ascencio. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2002 (https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf, consulté le 27 août 2019).

7 Ibid ; La définition légale du viol peut dépendre des différents pays et des définitions médicales et sociales..

Principes directeurs

Ce guide propose une approche de la prestation de services **centrés sur les survivantes**, qui accorde la priorité à leurs droits, besoins et souhaits. Les soins centrés sur les survivantes promeuvent les droits des survivantes suivants :

- ▶ **La dignité et le respect.** Le droit d'être traitée avec dignité et respect, et de ne pas être blâmée pour les violences subies.
- ▶ **La vie.** Le droit de vivre une vie libre de peur et de violence.
- ▶ **L'auto-détermination.** Le droit de prendre ses propres décisions, y compris celles concernant sa vie sexuelle et reproductive ; de refuser des actes médicaux ou faire une action en justice, et de choisir la ligne de conduite qui lui convient le mieux.
- ▶ **Le meilleur état de santé possible.** Le droit de bénéficier de services de santé de bonne qualité, qui sont disponibles, accessibles et acceptables.
- ▶ **Non-discrimination.** Le droit de bénéficier de services de santé sans discrimination. Le traitement n'est pas refusé du fait de la race, de l'ethnie, de la caste, de l'orientation sexuelle, de l'identité sexuelle, de la religion, de situation de handicap, du statut marital, de l'occupation, des convictions politiques ou de tout autre facteur.
- ▶ **Privacité et confidentialité.** Le droit de bénéficier de soins, d'un traitement et de conseils privés et confidentiels, et de décider quelles informations sont à intégrer dans son dossier médical et quelles informations ne sont pas à divulguer sans consentement.
- ▶ **L'information.** Le droit de connaître les informations qui ont été recueillies sur sa santé et d'y avoir accès, ainsi qu'à son dossier médical.

Par ailleurs, il est primordial de promouvoir l'égalité du genre (voir l'Encadré 1).

Encadré 1. Promotion de l'égalité du genre

Faits importants :

- La violence faite aux femmes est enracinée dans un pouvoir inégal entre les femmes et les hommes.
- Les femmes ont moins accès que les hommes aux ressources, comme l'argent ou l'information.
- Les femmes peuvent ne pas être libres de prendre des décisions pour elles-mêmes, y compris concernant leurs soins de santé.
- Les femmes peuvent faire face au risque de violence en fonction de leur état de santé (par exemple, si elles contractent une IST ou tombent enceintes) et ne pas être en mesure de partager des informations en toute sécurité avec d'autres personnes.
- Les femmes peuvent être blâmées et stigmatisées pour les violences qui leurs sont faites et peuvent ressentir de la honte et une faible estime d'elles-mêmes.

Les prestataires de soins de santé doivent promouvoir l'autonomie et la dignité des femmes et comme minimum d'éviter de renforcer ces inégalités en :

- Ayant conscience des dynamiques et normes du pouvoir qui perpétuent la violence faites aux femmes, et comment cela peut affecter la capacité des femmes à accéder et continuer à recevoir des soins en toute sécurité ;
- Veillant à ne pas l'exposer à davantage de risques par des actions et recommandations ;
- Écoutant son histoire, en la croyant et en prenant au sérieux ce qu'elle dit ;
- Évitant de la blâmer ou de la juger ;
- Donnant des informations et des conseils qui peuvent l'aider à prendre ses propres décisions ;
- Renforçant son autonomie, son droit à choisir quels soins médicaux et services supplémentaires elle accepte.

Partie 1. Préparation

Un protocole pour la prestation de soins aux survivantes de violences sexuelles et de violences exercées par un partenaire intime (VPI), qu'il soit récent ou actualisé, doit offrir une aide complète et bienveillante aux survivantes. Un tel protocole nécessite une préparation minutieuse. Lors de la création d'un service et de l'élaboration d'un protocole de traitement, les questions et problèmes suivants ont besoin d'être traités et des procédures standard développées pour la mise en œuvre dans le contexte local.

1.1 Comprendre les lois et les politiques

- ▶ Quelles formes de violence sexuelle et VPI sont considérées comme des crimes en vertu de la loi en vigueur ?
- ▶ Les relations entre personnes de même sexe sont-elles criminalisées ?
- ▶ Quelles sont les lois nationales relatives à la prise en charge des éventuelles conséquences du viol (par exemple, la contraception d'urgence, l'avortement, le dépistage et la prévention de l'infection par le VIH) ?
- ▶ Quelles sont les exigences légales pour les prestataires de soins concernant le signalement de cas de violence sexuelle ou de VPI aux autorités ?
- ▶ La loi a-t-elle des exigences concernant les personnes qui peuvent fournir des soins cliniques aux survivantes ? Par exemple, si la personne souhaite signaler officiellement un viol aux autorités, la législation du pays peut exiger que ce soit un médecin certifié, agréé ou autorisé qui dispense les soins et remplisse les documents officiels.
- ▶ Quelles sont les exigences juridiques en matière de preuves médico-légales ? Qui est habilité à les collecter ?

1.2 Connaître les ressources et les services disponibles

- ▶ Existe-t-il déjà des protocoles nationaux ou régionaux pour la prise en charge des survivantes de violences sexuelles ? En existe-t-il pour les VPI ? Des établissements de santé fournissent-ils déjà ce type de soins ?
- ▶ Existe-t-il un protocole de traitement des IST, un protocole de prophylaxie post-exposition (PPE) et/ou un calendrier vaccinal à l'échelle nationale ? Quels sont les vaccins disponibles ? Une

contraception d'urgence est-elle disponible ? Une prise en charge complète de l'avortement est-elle disponible et pour quelles indications ?

- ▶ Quels sont les services de soutien psychologique ou psychosocial disponibles ?
- ▶ Quelles sont les possibilités de référencement vers un établissement de soins secondaires ou un prestataire de services spécialisés (gynécologie/obstétrique, services de conseil, chirurgie, pédiatrie, gestion de cas, par exemple) ?
- ▶ Quels sont les centres de santé ayant les équipements disponibles pour le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST, notamment le VIH) ?
- ▶ Existe-t-il des équipements pour la documentation, la collecte et la conservation des preuves médico-légales ? Quels sont les équipements de laboratoire disponibles pour les tests médico-légaux (analyses ADN, phosphatase acide, par exemple) ?

1.3 Savoir où des soins appropriés peuvent être dispensés, s'ils ne sont pas déjà disponibles

En général, un centre de soins ou un service de consultation externe qui propose déjà des services de santé reproductive, comme des soins prénataux, des soins obstétricaux de base ou de prise en charge des IST, peut également dispenser des soins aux survivantes de violence sexuelle et de VPI. En cas de blessures graves ou d'autres complications, les survivantes doivent être référées vers un hôpital.

1.4 Préparer l'établissement de santé

- ▶ Tous les soins destinés aux survivantes devraient être fournis en un seul lieu au sein de l'établissement de santé de manière à ce que la personne n'ait pas à se déplacer d'un endroit à un autre.
- ▶ Prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime
- ▶ Élaboration de protocoles à adopter dans les situations de crise humanitaire.
- ▶ Si cela n'est pas possible, il est recommandé de créer un algorithme clair du patient et de fournir une « orientation bienveillante ».⁸
- ▶ Un établissement de santé assurant des services 24 heures/24, sept jours sur sept devrait être identifié.

8 Une « orientation bienveillante » consiste à s'assurer que la survivante connaît le lieu de prestation du service ainsi que le nom de la personne qui s'occupera d'elle, à proposer de prendre rendez-vous pour elle, à fournir des informations écrites sur le service ou à prendre des dispositions afin qu'une personne l'accompagne.

- ▶ Toutes les fournitures, ainsi que tous les médicaments contenus dans la liste des conditions de l'Aide-mémoire 1, devraient être préparés et stockés dans une boîte/contenant ou un endroit de sorte qu'ils soient immédiatement disponibles.

1.5 Former le personnel

- ▶ Veillez à ce que les professionnels de santé (médecins, assistants médicaux, infirmiers/-ères, sages-femmes, etc.) soient formés pour fournir des soins appropriés et des options de référencement et qu'ils disposent des fournitures médicales nécessaires.
- ▶ Les prestataires de soins de sexe féminin devraient être formés en priorité, mais s'il en manque, cela ne doit pas empêcher le service de santé de fournir des soins aux survivantes. Si l'examen est effectué par un prestataire de soins de sexe masculin, un agent de sexe féminin devrait être présent.
- ▶ Tous les autres personnels de l'établissement de santé, comme les agents d'entretien et les administrateurs/trices, doivent également recevoir une formation de sensibilisation, y compris sur la façon de respecter la confidentialité et de communiquer avec compassion, sans discrimination.

1.6 Élaborer un protocole

- ▶ Ce guide peut être utilisé comme document de référence afin d'élaborer un protocole sanitaire national ou spécifique à la situation pour la prise en charge des survivantes de violence sexuelle et de VPI. Si un protocole existe déjà, passez-le en revue et vérifiez qu'il est à jour et conforme aux dernières normes fondées sur des preuves qui sont incluses dans ce guide.

1.7 Assurer la coordination avec d'autres prestataires de services et la mise en place de systèmes de référencements

- ▶ La coordination interagence et intersectorielle doit être établie afin d'assurer des soins holistiques aux survivantes de violence sexuelle et VPI, incluant des soins de santé mentale et un soutien psychosocial, des services de santé, de sécurité et un accès aux services juridiques et à la justice.
- ▶ En tant qu'équipe multisectorielle, il convient d'établir et de documenter des réseaux et systèmes de référencement clairs, des systèmes de communication, des mécanismes de coordination et des stratégies de suivi clairs.
- ▶ Les systèmes de référencement doivent indiquer clairement les points focaux et les personnes de contact pour chaque prestataire de services, l'emplacement, les procédures et les systèmes de référencement pour partager et protéger les informations, ainsi que la personne qui sera chargée du suivi. Ce processus devrait également identifier les systèmes de référencement pour les hommes, les enfants et autres survivants (par exemple, les personnes en situation de handicap et les minorités sexuelles et de genre) si tous les prestataires de services n'avaient pas la capacité d'aider.
- ▶ Dans les situations de crise humanitaire, les structures gouvernementales, sous-groupe/sous-secteur/groupe de travail sur la violence basée sur le genre (VBG) ou d'autres instances de coordination compétentes peuvent aider à identifier les réseaux existants, à maintenir un système de référencement actualisé et à identifier des opportunités de formations pour le personnel soignant (voir l'Encadré 1.1).

9 Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire. Réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement. Comité permanent interorganisations (IASC), 2015 (<https://gbvguidelines.org>, consulté le 27 août 2019).

Encadré 1.1. Coordination de la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence humanitaire

Dans les contextes humanitaires, des mécanismes de coordination de la lutte contre la VBG peuvent être mis en place et seront axés sur le développement de systèmes de référencement, le soutien des programmes multisectoriels de lutte contre la VBG. La prévention et l'atténuation de la VBG seront intégrées dans tous les secteurs, conformément aux *Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire* du Comité permanent interorganisations (IASC).⁹ Ces structures de coordination peuvent être présidées par des acteurs du gouvernement, des organisations non gouvernementales (ONG), des ONG internationales et/ou des agences des Nations Unies, en fonction du contexte.

À l'échelle mondiale, la coordination de la VBG est facilitée par le domaine de responsabilité VBG (VBG AoR), et dirigée par le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et constitue l'une des « composantes fonctionnelles » du Cluster de Protection. Au niveau du terrain, le GBV AoR il peut également être connu comme sous-groupe, sous-secteur ou groupe de travail sur la VBG.

Les mécanismes de coordination de la VBG travaillent en étroite collaboration avec le Cluster Santé du IASC, qui est dirigé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui supervise la coordination des interventions sanitaires liées à la VBG, y compris les interventions relatives à la santé reproductive et à la santé mentale. Dans les situations d'urgence humanitaire, un groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) sera créé en tant que sous-groupe au sein du secteur Santé ; ce groupe de travail est souvent dirigé par UNFPA. Ce groupe de travail a la responsabilité de garantir la mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence (DMU) en santé sexuelle et reproductive, notamment des services et du personnel qualifié pour administrer les protocoles de prise en charge clinique du viol.

1.8 Sensibiliser les communautés

Il est important d'atteindre les membres des communautés, une fois les services établis, afin qu'ils comprennent quels types de services sont disponibles pour les survivantes et comment elles peuvent y avoir accès ou aider les autres à y accéder. Les membres des communautés devraient savoir :

- ▶ Quels services sont disponibles pour quelqu'un ayant expérimenté de la violence sexuelle et/ou VPI, y compris où accéder à ces services 24 heures/24, 7 jours/7 ;
- ▶ Pourquoi les survivantes gagnent à obtenir des soins médicaux et d'autres services, et l'importance que les survivantes de viol se présentent dans les 72 heures afin d'éviter une infection par le VIH et une grossesse,¹⁰ et de permettre la collecte de preuves médico-légales (si disponible)¹¹;
- ▶ que les survivantes de viol peuvent faire confiance aux services de soins pour les soigner avec dignité, maintenir leur sécurité et respecter leur vie privée et la confidentialité.

1.9 Prendre soin de soi en tant que prestataire de soins de santé

Vos besoins sont tout aussi importants que ceux des femmes que vous soignez. Il peut vous arriver d'avoir des réactions ou des émotions fortes lorsque vous écoutez ou parlez de violence avec des femmes. Ceci est particulièrement vrai si vous avez vous-même vécu des actes de violence. Les prestataires de soins de santé peuvent développer des conditions liées au stress, comme le burnout, « compassion fatigue » ou le traumatisme par proxy. Si vous travaillez avec des survivantes, soyez conscients de ces risques et prenez des mesures pour préserver votre bien-être face au stress lié à votre travail. Les exercices de soutien psychosocial de la partie 5 du présent guide (« Soins de santé mentale complémentaires et soutien psychosocial ») peuvent vous être utiles en tant que soignant afin de limiter le stress et de renforcer les stratégies d'adaptation positive.

10 Il convient de noter qu'il est possible de fournir une contraception d'urgence jusqu'à 120 heures après l'évènement. Néanmoins, plus elle est délivrée tôt, plus elle a de chances d'être efficace.

11 Encouragez les survivantes de violence à venir se faire soigner dès que possible, sans prendre de bain ou de douche ou changer de vêtements si elles souhaitent que des preuves médico-légales soient prélevées.

Aide-mémoire 1.

Liste pour fournir des soins cliniques de qualité aux survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime (VPI)

1. Protocole	Disponible ?
Protocole médical rédigé dans la langue du/de la prestataire*	
2. Personnel	Disponible ?
Des professionnels de santé (locaux) qualifiés (dans la mesure du possible, il convient de mettre en place un système de garde 24 heures/24, 7 jours/7) *	
Dans l'idéal, le prestataire de soins doit être de sexe féminin et parler la même langue que la survivante ; si ce n'est pas possible, la survivante peut être accompagnée dans la salle pendant l'examen par une personne de son choix ou par un autre agent de santé /une assistante sociale* de sexe féminin	
3. Équipement/aménagement/installations	Disponible ?
Une salle de consultation propre, calme, adaptée aux enfants et accessible, avec un accès à des toilettes ou latrines, et équipée d'une porte, d'un rideau ou d'un panneau pour le respect de l'intimité*	
Une table d'examen*	
Éclairage, de préférence fixe (une torche peut effrayer les enfants) *	
Un miroir grossissant (ou colposcope)	
Accès à un autoclave pour stériliser le matériel*	
Accès aux équipements de laboratoire/au microscope avec un.e technicien.ne qualifié.e	
Pèse-personne et toise pour enfants	
4. Fournitures	Disponibles ?
Spéculum* (tailles pour adultes uniquement)	
Mètre ruban pour mesurer la taille des ecchymoses, des lacérations, etc.*	
Seringues/aiguilles* (type papillon pour enfants) et tubes pour prélèvements sanguins	
Fournitures de protection générale (gants, poubelle pour le traitement spécifique des matériels contaminés ou tranchants, savon) *	
Matériel de réanimation*	
Instruments médicaux stériles (kit) pour la réparation des déchirures, et matériel de suture*	
Abaisse-langue (pour l'inspection du frein et des lésions buccales)	
De quoi couvrir la survivante pendant l'examen (blouse, tissu, drap) *	
Vêtements de rechange pour remplacer ceux déchirés ou pris à titre de preuve	
Articles d'hygiène (serviettes lavables ou jetables) *	
Tests de grossesse	
Disque de grossesse pour calculer le stade d'une grossesse	
Autres fournitures nécessaires à la collecte/documentation de preuves médico-légales	
Peigne pour prélever les corps étrangers parmi les poils pubiens	
Écouvillons avec coton/applicateurs/compresses pour le prélèvement d'échantillons	
Lames en verre pour la préparation des lamelles sèches et/ou humides (pour le sperme)	
Récipients de laboratoire pour le transport des écouvillons	
Feuille de papier pour collecter les éventuels débris lorsque la survivante se déshabille	
Sacs en papier pour la collecte des preuves*	
Ruban adhésif pour fermer et étiqueter les récipients/sacs*	

5. Médicaments (avec des dosages appropriés en fonction de l'âge)	Disponibles ?
Pour le traitement des IST, selon le protocole national*	
Pour la prophylaxie post-exposition (PPE) au VIH*	
Pilules contraceptives d'urgence* et/ou dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre	
Anatoxine tétanique, immunoglobuline tétanique*	
Vaccin contre l'hépatite B*	
Analgésiques* (par exemple, du paracétamol)	
Anxiolytiques (par exemple, du diazépam)	
Sédatifs pour enfants (par exemple, du diazépam)	
Anesthésique local pour utiliser lors des sutures*	
Antibiotiques pour le traitement des plaies*	
6. Fournitures administratives	Disponible s?
Antécédents médicaux et formulaire d'examen comprenant un tableau avec des algorithmes*	
Certificat médical/formulaires médico-légaux	
Répertoire de référencement	
Aide-mémoires dans la langue du/de la prestataire (par exemple, un algorithme de traitement/soins, un schéma du système/circuit de référencement)	
Formulaires de consentement*	
Brochures d'information sur les soins post viol (pour la survivante) *	
Armoire à clé pour conserver les documents confidentiels en toute sécurité ou ordinateur protégé par un mot de passe pour les fichiers électroniques*	

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

Dans les situations de crise humanitaire, les fournitures et les médicaments essentiels à la prise en charge des conséquences des violences sexuelles sont disponibles dans le Kit 3 des kits de santé reproductive interorganisations (IARH Kit 3)¹² et le module complémentaire pour la PEP du kit sanitaire d'urgence interorganisations (IEHK).¹³

12 Disponible à l'adresse : <https://www.unfpa.org/resources/emergency-reproductive-health-kits>

13 Disponible en anglais à l'adresse : <https://www.who.int/emergencies/kits/iehk>

Partie 2. Fournir le soutien de première ligne

Le soutien de première ligne est une partie essentielle des soins que vous pouvez fournir aux survivantes de violence sexuelle et de violence exercée par un partenaire intime (VPI). Cela implique **soutenir une femme qui confie avoir subi des violences, à l'aider à répondre à ses besoins et à privilégier sa sécurité, sans empiéter sur sa vie privée**. Le soutien de première ligne permet de répondre aux besoins pratiques et émotionnels de la survivante. Qu'elle décide ou non d'avoir un examen physique ou de bénéficier de soins de santé physique ou mentale complémentaires, ils peuvent être proposés. Le soutien de première ligne est compatible avec les principes des premiers secours psychologiques, venant en aide aux personnes qui ont vécu des événements stressants ou un traumatisme. Ce genre de soutien peut sauver des vies, particulièrement en situation de crise.

Le soutien de première ligne se compose de cinq éléments simples. Les lettres dans le mot VIVRE (en anglais LIVES)¹⁴ peut vous aider à vous en souvenir.

Avec le soutien de première ligne, vous n'avez pas besoin de :

- ▶ Résoudre les problèmes de la survivante ;
- ▶ La convaincre de quitter une relation violente ;
- ▶ La convaincre de se rendre auprès d'autres services, comme la police ou les tribunaux ;
- ▶ Lui poser des questions détaillées qui l'obligent à revivre des événements douloureux.

De telles mesures pourraient s'avérer plus nocives que bénéfiques.

L'Encadré 2.1 vous fournit des conseils utiles pour apporter un appui de première ligne efficace.

Encadré 2.1. Conseils pour apporter le soutien de première ligne

- Choisir un endroit privé pour parler à la survivante, où personne ne puisse vous voir ni vous entendre (mais pas un endroit qui indique aux autres pourquoi vous y êtes).
- Lui assurer que vous ne répétez pas ses propos et n'indiquez pas sa présence aux personnes qui n'ont pas besoin d'en être informées. Si vous êtes obligé.e de signaler sa situation, expliquer ce que vous devez signaler et à qui.
- Encouragez-la à parler sans insister et montrez que vous l'écoutez.
- Encouragez-la à parler sans la pousser, mais ne la forcez pas à parler. Vous pourriez demander par exemple, « Souhaiteriez-vous en dire plus à ce sujet ? »
- Permettre les silences. Si elle pleure, donnez-lui le temps de se ressaisir.

Rappel : Toujours respecter les souhaits de la survivante.

V RAIMENT ÉCOUTER	Écoutez la femme attentivement, avec empathie et sans porter de jugement.
S' INFORMER SUR LES BESOINS ET LES PRÉOCCUPATIONS	Évaluez et répondez à ses différents besoins et préoccupations – émotionnels, physiques, sociaux et pratiques (par exemple, garde des enfants)
V ALIDER	Montrez-lui que vous la comprenez et que vous la croyez. Rassurez-la qu'elle n'est pas à blâmer.
R ENFORCER LA SÉCURITÉ ET	Étudiez un plan pour la protéger contre des souffrances supplémentaires si la violence se reproduit
L' ENTOURAGE	Soutenez-la en l'aidant à accéder à des informations, à des services et au soutien social.

¹⁴ Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle : manuel clinique. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2014 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook>, accessed 11 March 2019).

2.1 Vraiment écouter

L'écoute est la partie la plus importante d'une bonne communication et la base du soutien de première ligne. Cela donne une chance à la femme de dire ce qu'elle veut, dans un lieu/endroit sûr et privé, à une personne attentionnée

qui souhaite aider. C'est important afin de se remettre sur le plan émotionnel, mais aussi pour répondre à ses besoins pratiques et assurer sa sécurité (voir l'Encadré 2.2).

Encadré 2.2. Écoute active : ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire

Faire	Ne pas faire
Votre comportement	
Soyez patient et calme. Dans les contextes humanitaires, les demandes et les besoins urgents sont nombreux. Par conséquent, les quelques minutes supplémentaires que vous lui offrez peuvent faire toute la différence.	Ne la forcez pas à vous raconter son histoire.
Votre attitude	
Reconnaissez ce qu'elle ressent. Faites savoir à la femme que vous écoutez ce qu'elle vous dit. Dites-lui, par exemple, « J'entends combien cela a dû être difficile pour vous » ou « Cela ressemble à une situation très effrayante ».	Ne jugez pas ce qu'elle a ou n'a pas fait, ni ce qu'elle ressent. Ne parlez pas à sa place. Évitez les phrases comme « Vous ne devriez pas ressentir cela », ou « Vous devriez vous estimer heureuse d'avoir survécu » ou « Pourquoi avez-vous fait ça ? ».
Votre discours	
Lui donner la possibilité de dire quel type d'aide elle souhaite, si elle en souhaite. Pour ce faire, vous pouvez poser des questions comme, « Comment pouvons-nous vous aider aujourd'hui ? » ou « Que puis-je faire pour vous aujourd'hui ? »	Ne partez pas du principe que vous savez ce qui est mieux pour elle.
Encouragez-la à continuer de parler si elle le souhaite. Demandez-lui « Voudriez-vous m'en dire plus ? »	Ne l'interrompez pas. Attendez qu'elle ait fini pour poser des questions.

2.2 S'Informer sur les besoins et les préoccupations

Demander à une femme ses besoins et ses préoccupations est un moyen d'apprendre ce qui est le plus important pour elle. Il est important de

respecter ses souhaits et de répondre à ses besoins (voir l'Encadré 2.3).

Encadré 2.3. Techniques pour s'informer sur les besoins et les préoccupations	
Technique	Exemples
Formulez vos questions comme des invitations à prendre la parole.	« De quoi souhaiteriez-vous parler ? »
Posez des questions ouvertes pour encourager votre interlocutrice à parler plutôt qu'à répondre par « oui » ou par « non ».	« Que ressentez-vous par rapport à cela ? »
Reformulez ses sentiments avec vos propres mots afin qu'elle sache que vous l'avez écoutée, observée et comprise.	« Il semble que vous soyez en colère à propos de... » « Vous semblez énervée. »
Demandez des éclaircissements si vous ne comprenez pas	« Pouvez-vous réexpliquer cela, s'il vous plaît ? » « Pourriez-vous m'en dire plus à ce sujet ? »
Aidez-la à définir et à exprimer ses besoins et ses préoccupations.	« Y a-t-il quelque chose dont vous avez besoin ou qui vous préoccupe ? » « Il semble que vous ayez peut-être besoin d'un endroit où loger. » « Il semble que vous soyez inquiète pour vos enfants. »
Résumez ce qu'elle a exprimé	« Vous semblez dire que... »
À éviter	
Ne posez pas de questions suggestives, comme « J'imagine que cela vous a énervée, n'est-ce pas ? »	
Ne posez pas de questions commençant par « pourquoi », comme « Pourquoi avez-vous fait cela ? » Elles peuvent sembler accusatrices.	

2.3 Valider

La validation permet à une femme de savoir que ses sentiments sont normaux, qu'elle peut les exprimer sans crainte, qu'elle a le droit de vivre sans violence et sans peur et que vous croyez ce qu'elle vous dit sans jugement ni conditions.

Choses importantes que vous pouvez dire :

- ▶ « Ce n'est pas votre faute. Vous n'êtes pas responsable. »
- ▶ « Il existe de l'aide. » (Ne dites cela que si c'est le cas.)
- ▶ « Ce qui s'est produit n'est ni justifiable ni excusable. »
- ▶ « Personne ne mérite d'être frappé par son partenaire ou par quiconque. »

- ▶ « Vous n'êtes pas la seule. Malheureusement, beaucoup d'autres femmes ont aussi été confrontées à ce problème. »
- ▶ « Votre vie, votre santé, votre personne ont de la valeur. »
- ▶ « Je crains que cela puisse nuire à votre santé. »

Consultez également les sections suivantes de la partie 5 de ce guide pour aider la survivante à gérer ses émotions et ses réactions :

- ▶ Fournissez des informations sur les réactions de stress normales à la suite de violences ;
- ▶ Étudiez et élaborer des stratégies d'adaptation positive.

2.4 Renforcer la sécurité

Renforcer la sécurité signifie aider une femme à évaluer sa situation et à établir un plan pour assurer sa sécurité à l'avenir. Ce processus se fait souvent par petites étapes progressives visant à réduire le risque ou la gravité des futurs actes de violence.

Bon nombre de survivantes de violence craignent pour leur sécurité et peuvent demeurer dans des situations d'insécurité, en particulier dans les situations de crise. Si une femme a vécu de la violence sexuelle, elle peut faire face à des risques de nouvelles violences de la part de son auteur, ou de la part d'autres membres de sa communauté, y compris de sa famille. Les adolescentes et les femmes non mariées sont particulièrement exposées du fait des normes liées à l'honneur et à la virginité. Les hommes survivants peuvent être confrontés à la honte et à la stigmatisation les privant ainsi du soutien de leur famille ou de leur communauté. La discrimination, la persécution et, dans certains cas, la criminalisation des relations homosexuelles compromet sérieusement la sécurité des minorités sexuelles et de genre. En cas de VPI, les risques pour la sécurité sont souvent omniprésents et nécessitent une attention particulière. Un soutien vital inclut la prise en compte des préoccupations en matière de sécurité de la survivante, en l'aidant à évaluer les risques immédiats de violence et en planifiant sa sécurité.

Évaluer le risque immédiat et améliorer la sécurité

S'il n'est pas possible d'éliminer totalement le risque de violence pour une femme, vous pouvez néanmoins améliorer sa sécurité, même si ce n'est que légèrement, en fonction de sa situation particulière. Cela implique d'évaluer les risques immédiats de violence, d'étudier les options et ressources disponibles et d'identifier des étapes concrètes dont elle dispose pour assurer sa sécurité.

- ▶ Si elle craint pour sa sécurité, prenez-la au sérieux.
- ▶ Si elle est incertaine, posez-lui des questions précises pour savoir si des situations ou personnes continuent de représenter un risque pour elle.
- ▶ Étudiez les stratégies de sécurité et d'aide existantes auxquelles elle a eu recours. Si des lieux dans un camp ou une communauté sont peu sûrs, discutez de stratégies pour les éviter ou, si ce n'est pas possible, cherchez à savoir si elle peut compter sur un.e ami.e de confiance ou un membre de sa famille pour l'accompagner à obtenir de l'aide ou une protection.
- ▶ Discutez des options de référencement éventuelles et sans danger (si elle le souhaite), notamment : 1) un abri ou un logement sûr, 2) contacter une ONG qui vient en aide aux

survivantes, ou 3) faire un signalement à la police ou à d'autres prestataires de services. Dans les contextes humanitaires, ces options sont souvent limitées. Dans ces circonstances, réfléchissez avec la survivante pour trouver d'autres lieux/ endroits sûrs (comme le domicile d'un.e ami.e ou une église) (Aide-mémoire 2).

- ▶ En cas de VPI, notamment, si elle est en danger chez elle, mais décide tout de même d'y retourner, respectez sa volonté. Orientez-la vers un autre soutien auprès d'une personne capable de l'aider à créer un plan de sécurité qu'elle pourra utiliser si la violence recommence (voir la partie 4, étape 4). Insistez sur le fait que vous êtes là pour elle et encouragez-la à revenir dès qu'elle le souhaite.
- ▶ Évitez de la mettre en danger.
 - Préservez la confidentialité de son dossier médical en conservant les versions papier et électronique hors de vue, dans un lieu/endroit sûr et en le rendant anonyme grâce à un système de codage.
 - Étudiez avec la survivante comment expliquer où elle se trouvait. Si elle doit emporter des papiers (pour la police ou des organismes comme le HCR, par exemple), discutez de ce qu'elle fera des papiers afin qu'ils ne compromettent pas davantage sa sécurité.
 - Ne parlez de maltraitance que lorsque vous êtes seul.e avec elle. Aucune personne de plus de deux ans ne devrait entendre votre conversation. N'abordez jamais la question si son mari, ou un autre membre de sa famille ou n'importe quelle autre personne qui l'a accompagnée, même à un.e ami.e, est capable de surprendre ce que vous dites, sauf si c'est le souhait de la survivante.

2.5 Renforcer l'entourage

Les besoins des survivantes vont généralement au-delà de ce que peut offrir un établissement de santé. Néanmoins, en discutant de ses besoins avec elle, en lui indiquant d'autres sources d'aide et en l'assistant pour qu'elle obtienne l'aide qu'elle veut, fait partie du soutien essentiel d'un prestataire de soins de santé (voir l'Encadré 2.4).

Faire des référencement

Utilisez les systèmes et réseaux de référencement locaux établis afin de référer les survivantes vers un soutien ou des services supplémentaires (voir la partie 1 « Préparation », section 1.7). Dans la mesure du possible, indiquez à la femme le nom d'une personne spécifique à contacter qui pourra l'aider et l'assister dans chaque autre endroit.

Il ne sera peut-être pas possible de faire face à toutes les préoccupations de la femme la première fois que vous la voyez. Faites-lui savoir que vous êtes disponible pour la rencontrer à nouveau pour

parler des autres problèmes. Dans les situations de crise humanitaire, gardez à l'esprit qu'il est possible que la survivante ne se présente pas pour le suivi. Par conséquent, veillez à ce qu'elle reçoive les informations essentielles avant de partir.

Vous pouvez remplir le tableau de l'Aide-mémoire 2 afin de suivre les services dans le camp ou la communauté. Ces référencement peuvent se faire vers des ressources internes ou externes.

Enfin, l'Encadré 2.5 répond à certaines questions concernant le soutien de première ligne.

Encadré 2.4. Comment aider

- Demandez à la survivante quels sont les problèmes qui sont les plus importants pour elle maintenant. Vous pouvez lui demander « Qu'est-ce qui vous aiderait le plus que nous pourrions faire tout de suite ? »
- Aidez-la à identifier et à considérer ses options.
- Discutez de son soutien social. A-t-elle un membre de sa famille, un.e ami.e ou une personne de confiance dans la communauté à qui elle pourrait parler ? A-t-elle quelqu'un qui pourrait l'aider financièrement ?

Aide-mémoire 2.

Tableau de référencement

Type de soutien ou de service	Organisation	Coordonnées du contact	Responsabilité pour le suivi
Prise en charge du cas et/ou services psychosociaux			
Protection/sécurité			
Services juridiques/justice			
Soins de santé mentale			
Services destinés aux enfants, hommes, minorités sexuelles et du genre et autres groupes vulnérables			

Encadré 2.5. Questions fréquentes sur le soutien de première ligne

Voici des réponses à certaines questions que les prestataires de soins de santé se posent souvent quand ils/elles travaillent avec des survivantes d'actes de violence.

Pourquoi ne pas la conseiller ?

Les survivantes d'actes de violences ont besoin d'une personne capable de les écouter activement, sans porter de jugement. Écouter attentivement, répondre avec empathie et lui donner l'espace nécessaire pour qu'elle prenne ses propres décisions est beaucoup plus utile que vous ne le pensez. C'est peut-être la chose la plus importante que vous puissiez faire. Cette approche lui montre qu'elle compte et l'aide à reprendre un certain contrôle sur sa vie et ses décisions. De plus, seule la survivante peut comprendre toute la portée de sa situation et prendre les décisions les plus avisées concernant sa vie. Malgré les bonnes intentions, les conseils peuvent exposer les femmes à un risque accru de violence.

Que puis-je faire alors que j'ai si peu de ressources et si peu de temps ?

Le soutien de première ligne (« VIVRE », tel que décrit dans cette section du guide) constitue le soin le plus utile que vous puissiez offrir. Il ne prend pas forcément beaucoup de temps et ne nécessite pas de ressources supplémentaires. Vous pouvez également orienter la survivante vers d'autres services pouvant offrir un soutien important aux femmes qui subissent des actes de violence.

Que faire si elle décide de ne pas faire de signalement à la police ?

Respectez sa décision. Indiquez-lui s'il y a quelqu'un qui peut continuer de discuter avec elle de ses options et l'aider à faire un signalement à la police si elle change d'avis.

Que faire si je soupçonne de la violence mais que la patiente ne reconnaît pas les faits ?

N'essayez pas de la forcer à les révéler. Vos soupçons pourraient être infondés et elle est bien placée pour savoir quelles pourraient en être les conséquences pour elle. Vous pouvez toujours dispenser des soins et proposer une aide supplémentaire.

Partie 3. Prise en charge clinique du viol (étape par étape)

Les survivantes de viol requièrent des soins médicaux spécifiques d'urgence directement liés au type de violence subie. Cela est vrai qu'elles aient été violées par leur partenaire ou quelqu'un d'autre. Cette section comporte des conseils, étapes par étapes, concernant la prestation de soins cliniques aux survivantes de viol. Pour les enfants qui ont été violés, consultez également la partie 6 « Prise en charge des enfants survivants de violence ».

IMPORTANT ! Orientez immédiatement les survivantes présentant des problèmes graves ou potentiellement mortels pour un traitement d'urgence.

Étapes de la prise en charge clinique du viol

Étape 1	Soutien de Première Ligne (VIVRE, partie 2) : Vraiment écouter, s'Informer sur les besoins et les préoccupations et Valider
Étape 2	Obtenir le consentement éclairé de la survivante et la préparer
Étape 3	Procéder à l'anamnèse
Étape 4	Réaliser un examen physique et génital
Étape 5	Donner un traitement
Étape 6	Renforcer la sécurité et l'Entourage (référer les patients ayant besoin de soins supplémentaires) (VIVRE, partie 2)
Étape 7	Évaluer la santé mentale de la survivante et apporter un soutien psychosocial
Step 8	Assurer un suivi médical

Étape 1. Vraiment écouter, s'Informer sur les besoins et les préoccupations, et Valider

Une personne qui a été violée a vécu un événement traumatique et peut se trouver dans un état d'agitation, de dépression ou de dissociation. Souvent, elle ressent de la peur, de la culpabilité, de la honte ou de la colère, ou une combinaison de tout

cela. En utilisant l'approche VIVRE décrite dans la partie 2, écoutez-la, informez-vous sur ses besoins et préoccupations et validez ses émotions et ses expériences. C'est le soutien de première ligne qui est nécessaire afin d'assurer des soins centrés sur la survivante.

Étape 2. Obtenir le consentement éclairé et préparer la survivante

Obtenir le consentement éclairé

Le consentement éclairé est obligatoire pour l'examen et le traitement, ainsi que pour la communication d'informations à des tierces parties, telles que la police et les tribunaux.

Étapes pour obtenir le consentement éclairé

- ▶ Expliquez à la survivante qu'elle sera examinée et soignée uniquement si elle le veut. Expliquez-lui qu'elle peut refuser l'une (ou l'ensemble) des composantes de l'examen et l'interrompre à tout moment (même après avoir donné son consentement) ;
- ▶ Adaptez les procédures de consentement lorsqu'il s'agit d'un enfant survivant (voir la partie 6). Un parent ou un tuteur doit signer le formulaire de consentement sauf s'il est soupçonné d'être l'auteur des faits. Les adolescent.e.s mineurs peuvent être en mesure de donner leur consentement elles-mêmes, en fonction de leur âge et leur degré de maturité ;
- ▶ Décrivez les quatre composantes de l'examen, en expliquant ce qui va se passer lors de chaque étape, pourquoi c'est important, ce que cela nous dira et comment cela influencera les soins que vous dispenserez :
 1. Examen physique
 2. Examen génital
 3. Collecte des preuves médico-légales (si disponibles et pertinentes)
 4. Partage des informations et des preuves médicales à la police, si elle veut un recours en justice ;
- ▶ Pour chaque composante de l'examen, invitez la survivante à poser des questions et répondez de façon détaillée. Assurez-vous que la survivante comprend. Puis, demandez-lui si elle accepte ou non chaque composante (oui ou non), puis cochez la case correspondante dans le formulaire (voir l'annexe 2) ;
- ▶ Une fois que vous êtes sûr.e que la survivante a entièrement compris l'examen et le formulaire, demandez-lui de signer. Si elle ne peut pas écrire, prenez son empreinte de pouce ;
- ▶ Demandez à une autre personne de signer le formulaire en tant que témoin, si nécessaire.

Ne forcez pas la survivante à faire ou à dire quelque chose contre sa volonté. Expliquez qu'elle peut refuser n'importe quelle étape de l'examen à tout moment.

Encadré 3.1. Signalement obligatoire et consentement éclairé

Les prestataires de soins doivent connaître les lois et obligations relatives au signalement obligatoire des cas de violence sexuelle/viol et de violence conjugale/exercée par un partenaire intime à la police ou aux autorités. Même si le signalement obligatoire a pour but de protéger les survivantes (en particulier les enfants), il peut parfois aller à l'encontre des principes directeurs de la prise en charge des survivantes. De plus, dans le cas des adultes, cela empiète sur leur autonomie et leur capacité à prendre leurs propres décisions. Le signalement peut poser des problèmes de sécurité dans la mesure où les femmes peuvent subir des représailles, craindre de perdre la garde de leurs enfants ou faire face à des conséquences juridiques (dans les pays où les relations sexuelles extraconjugales sont illégales, par exemple).

Dans les pays où les relations homosexuelles sont criminalisées, les hommes et/ou les minorités sexuelles et de genre peuvent être réticents à demander des services de santé si le signalement est obligatoire. Les prestataires de soins doivent comprendre leurs obligations juridiques (s'il y en a) et leurs codes professionnels afin de s'assurer que la survivante est pleinement informée sur leurs choix et leurs limites sur le principe de confidentialité quand c'est le cas. En s'assurant que les survivantes sont conscientes des exigences de signalement obligatoire, les prestataires de soins de santé peuvent les aider à prendre des décisions éclairées quant à ce qu'il convient de divulguer pendant la visite médicale.

Encadré 3.2. Parler avec la survivante du signalement à la police

- Si d'après la loi, vous êtes tenu.e de faire un signalement à la police, informez-en la survivante dès que possible.
- Si la survivante veut recourir aux services de police, assurez-vous d'avoir tous les formulaires que les prestataires de soins doivent remplir. Expliquez ce que sont ces formulaires et pourquoi ils sont nécessaires.

Dans certains contextes, la police peut demander des preuves médico-légales. Si c'est le cas et que la survivante souhaite faire un signalement à la police, reportez-vous à l'étape 4 et à l'annexe 3 afin d'en savoir plus sur la collecte de ces preuves médico-légales.

L'encadré 3.1 fournit des informations complémentaires sur le signalement obligatoire et le consentement éclairé et l'Encadré 3.2 traite brièvement de la discussion à avoir avec la survivante afin d'aborder le signalement à la police.

Préparer la survivante

- ▶ Rassurez la survivante sur le fait que c'est elle qui contrôle le déroulement, le moment et les composantes de l'examen.
- ▶ Assurez-lui que les résultats de l'examen resteront confidentiels, sauf si elle décide de porter plainte ou s'il y a des lois sur le signalement obligatoire.
- ▶ Obtenez le consentement éclairé de la survivante et veillez à ce qu'une autre personne soit présente pendant l'examen. Demandez-lui si elle veut avoir une personne spécifique à ses côtés, essayez de lui demander cela quand elle est seule. Si la survivante n'a pas de personne spécifique, il est préférable que cela soit une personne formée au soutien ou un agent de santé de sexe féminin. Il est indispensable qu'une femme soit présente si le prestataire chargé de l'examen est un homme. Présentez cette personne, expliquez qu'elle est là pour aider et soutenir la survivante.
- ▶ Limitez au minimum nécessaire le nombre de personnes dans la salle d'examen.

Étape 3. Procéder à l'anamnèse

L'anamnèse de la survivante comporte quatre parties :

a) des informations médicales générales ; b) des questions sur le ou les viols ; c) les antécédents gynécologiques ; d) une évaluation de la santé mentale. Un formulaire-type d'anamnèse et d'examen physique figure à l'annexe 4, indiquant les informations et les questions que vous devriez poser lors de l'anamnèse. L'Aide-mémoire 3 détaille les sujets à traiter pendant l'anamnèse.

Conseils généraux pour faire l'anamnèse

- ▶ Si l'entretien est réalisé dans la salle de soins, couvrez les instruments médicaux jusqu'au moment où vous les utiliserez.
- ▶ Avant de procéder à l'anamnèse, passez en revue les documents apportés par la survivante. Évitez de poser des questions auxquelles elle a déjà répondu et qui ont déjà été consignées.
- ▶ Laissez la survivante raconter son histoire comme elle veut et à son rythme. Ne l'interrompez pas ou ne la pressez pas.
- ▶ Parlez d'une voix calme et regardez-la dans les yeux, si cela est approprié du point de vue culturel.

- ▶ Ne faites pas de remarques pouvant être considérées comme de la stigmatisation ou des reproches, comme « Que faisiez-vous

là-bas ? ». Prendre le temps de rassembler toutes les informations nécessaires, sans se précipiter.

IMPORTANT ! Ne forcez pas une survivante à parler de la violence sexuelle qu'elle a vécu si elle ne le souhaite pas. Limitez les questions à celles qui sont obligatoires pour les soins médicaux. Toutefois, si une survivante désire clairement parler de ce qu'il s'est passé, il est très important de l'écouter activement, avec empathie et sans porter de jugement.

Aide-mémoire 3.

Thèmes à aborder avec une survivante de viol lors de l'anamnèse

Thème	Objectif	Que consigner/ couvrir/demander ?
Informations générales	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer : monter un dossier, enregistrer et faire un suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifiant/nom, adresse, sexe, date de naissance ou âge • Date et heure de l'examen ; personnel ou personne de soutien présente
Antécédents médicaux	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre les résultats de l'examen • Déterminer le traitement le plus approprié à fournir, les conseils nécessaires et assurer un suivi médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes de santé actuels ou passés • Allergies • Prise de médicaments • Vaccination • Statut VIH
L'incident de viol	<ul style="list-style-type: none"> • Guider l'examen afin que toutes les blessures soient détectées et traitées • Évaluer le risque de grossesse, d'infections sexuellement transmissibles (IST), VIH, le tétanos et l'hépatite B • Guider le prélèvement et la documentation des échantillons • Déterminer le traitement, les conseils et le suivi médical les plus appropriés 	<ul style="list-style-type: none"> • Date de l'agression (récent ou pas) • Description générale de l'incident • A-t-elle pris un bain ou une douche, uriné, vomi, fait une douche vaginale ou changé de vêtements après l'incident (important s'il faut procéder à la collecte des preuves médico-légales) ?
Antécédents gynécologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier s'il existe un risque de grossesse et/ou d'IST • Vérifier si des résultats de l'examen pourraient découler d'événements traumatiques antérieurs, d'une grossesse ou d'un accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation d'une éventuelle grossesse • Précisions sur la méthode de contraception utilisée • Date des dernières règles
Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la santé mentale et la nécessité d'obtenir un référencement • L'aider à identifier des stratégies d'adaptation positive • Évaluer ses sources de soutien 	<ul style="list-style-type: none"> • Comment elle se sent, quelles sont ses émotions ; voir la partie 4, étape 5 (Évaluer la santé mentale de la victime et apporter un soutien psychosocial), ainsi que d'autres informations dans la partie 5

Étape 4. Réaliser un examen physique et génital

La raison principale de l'examen physique et génital est de déterminer quels soins médicaux sont nécessaires pour la survivante. Cet examen permet également de compléter la documentation légale.

Assurez-vous d'obtenir le consentement éclairé et volontaire pour l'examen et pour le prélèvement d'échantillons en cas de collecte de preuves médico-légales

(voir l'étape 2 ci-dessus et le modèle de formulaire de consentement pour les échantillons à l'annexe 2) et vérifiez que tout l'équipement et les fournitures sont préparés avant de commencer. Dans la plupart des cas, les preuves médico-légales doivent être collectées dans les 72 heures suivant l'incident, mais ce délai dépend néanmoins du type de preuves collectées et des protocoles nationaux. Même si la collecte de preuves médico-légales n'est pas faisable ou si la survivante n'en veut pas, un examen physique complet est recommandé afin de documenter et de traiter les blessures.

Lignes de conduite générales

- ▶ Assurez la survivante que c'est elle qui contrôle. Elle peut poser des questions, interrompre l'examen à tout moment et refuser n'importe quelle partie.
- ▶ Ne lui demandez jamais de se déshabiller ou de se découvrir entièrement. Examinez d'abord la partie supérieure, puis la partie inférieure du corps. Donnez-lui une blouse, un drap ou une couverture pour se couvrir.
- ▶ À chaque étape de l'examen, dites-lui ce que vous allez faire et demandez-lui la permission avant de procéder.
- ▶ Toujours observer la survivante avant de la toucher et faites attention à son apparence et à son état émotionnel.
- ▶ Demandez souvent si elle a des questions et si vous pouvez poursuivre. Si elle vous dit « non », interrompez immédiatement l'examen.
- ▶ Mesurez les constantes vitales de la survivante (pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire et température).
- ▶ Notez tous vos résultats et observations aussi clairement que possible et de manière exhaustive dans le formulaire-type pour l'examen (voir l'annexe 4).

L'évaluation initiale d'une survivante peut révéler des complications médicales graves nécessitant un traitement d'urgence et pour lesquelles la patiente peut devoir être hospitalisée. Le traitement de ces complications n'est pas abordé ici. Ces complications pourraient inclure :

- ▶ Traumatisme grave (au niveau de la région génitale, de la tête, de la poitrine ou de l'abdomen) ;
- ▶ Gonflement asymétrique des articulations ;
- ▶ Déficits neurologiques ; et/ou
- ▶ Détresse respiratoire.

Examen physique

- ▶ Examinez systématiquement la survivante, en vous référant à l'Aide-mémoire 4 et à l'annexe 4.
- ▶ N'oubliez pas d'examiner les yeux, nez et bouche (l'aspect intérieur des lèvres, gencives et palais, dans et derrière les oreilles, et sur le cou).
- ▶ Recherchez des signes cohérents avec le récit de la survivante : comme des bleus, morsures, marques de coups, signes d'immobilisation au niveau des poignets, zones du cuir chevelu où les cheveux ont été arrachés, tympans perforés à la suite de gifles (voir l'Aide-mémoire 4).
- ▶ Si la survivante déclare avoir été étranglée, examinez ses yeux à la recherche d'hémorragies pétéchiales, mais aussi d'ecchymoses ou de marques de doigts au niveau du cou.
- ▶ Examinez la partie du corps qui était en contact avec la surface sur laquelle les violences sexuelles se sont produites pour constater d'éventuelles lésions.

- ▶ Notez tous vos résultats et observations aussi clairement que possible et de manière exhaustive dans le formulaire type d'examen et les pictogrammes (annexes 4 et 5), en prenant le soin de documenter et d'enregistrer le type, la taille, la couleur, la zone et la forme des hématomes, lacérations, lésions, ecchymoses et pétéchies, car cela peut être des preuves importantes.
- ▶ Prenez note de l'état mental et émotionnel de la survivante (repliée sur elle-même, en pleurs, calme, etc.).
- ▶ Si vous collectez des preuves médico-légales, prélevez des échantillons des corps étrangers présents sur le corps ou les vêtements de la survivante (sang, salive et sperme, coupures ou résidus sous les ongles, écouvillonner les marques de morsure, etc.) selon le protocole local de collecte des preuves.

L'Encadré 3.3 énumère des conditions particulières concernant les survivants masculins de viol. Notez que chez les femmes ménopausées, la réduction des taux hormonaux entraîne une plus faible lubrification du vagin dont les parois deviennent plus fines et plus fragiles. En cas d'agression sexuelle, elles sont exposées à un risque plus élevé de déchirures et lésions vaginales et/ou anales, mais aussi de transmissions d'IST, notamment du VIH. Utilisez un spéculum étroit lorsque vous procédez à l'examen génital. Si l'examen a pour seul but de collecter des preuves ou de dépister des IST, envisagez d'insérer un écouvillon uniquement sans utiliser de spéculum.

Encadré 3.3. Conditions particulières concernant les survivants masculins de viol

- Les hommes et les garçons risquent également d'être violés (voir aussi la partie 6 « Prise en charge des enfants victimes de violences » pour en savoir plus sur la prise en charge des garçons). Le rôle des prestataires de soins est le même pour les survivants masculin et le soutien de première ligne, tout aussi important (voir l'approche VIVRE dans la partie 2).
- Les hommes survivants de viol, tout comme les femmes, peuvent être réticents à l'idée de signaler l'agression, du fait de la honte et de la stigmatisation. S'il est vrai que les effets physiques diffèrent par rapport aux femmes, le traumatisme psychologique et les séquelles émotionnelles sont tout à fait comparables.
- Lorsqu'un homme est violé analement, la pression exercée sur la prostate peut provoquer une érection voire même un orgasme, ce qui peut contribuer aux sentiments de honte et de culpabilité. Il convient de rassurer la victime en lui expliquant que, si cela a eu lieu lors du viol, c'était une réaction physiologique totalement incontrôlable.
- L'examen physique peut être délicat pour les survivants de sexe masculin. Il est important de suivre les lignes de conduite générale.

Examen génital

- ▶ L'examen génital est une procédure délicate, en particulier l'utilisation du spéculum. Par conséquent, suivez les indications générales ci-dessus afin d'aider la survivante à se sentir aussi à l'aise que possible. N'oubliez pas d'informer la survivante du moment et de l'endroit où vous la toucherez et de lui demander la permission à chaque étape de l'examen.

Rappel : une agression sexuelle ou un viol est un événement traumatisant. Les survivantes peuvent être très gênées d'être examinées ou touchées, en particulier par un prestataire de soins de sexe masculin. Procédez lentement. Demandez souvent si elle va bien et si vous pouvez poursuivre. Faites très attention à ne pas accroître sa détresse.

Le test de virginité (ou test des deux doigts) n'a aucune validité médicale ou scientifique. Il ne doit jamais être pratiqué.

Examen des parties génitales et anale externes de la femme

Examinez systématiquement la survivante, en vous référant à l'Aide-mémoire 4 pour vous orienter. Assurez-vous d'avoir une bonne source de lumière pour voir les lésions. Veillez, en particulier, à respecter les étapes suivantes.

- ▶ Aidez la femme à s'allonger sur le dos, les jambes pliées et les genoux confortablement écartés.
- ▶ Placez un drap sur son corps et n'exposez que les parties de son corps à examiner.
- ▶ Examinez, dans l'ordre suivant, le pubis, l'intérieur des cuisses, le périnée, l'anus, les grandes et petites lèvres, le clitoris, l'urètre et l'orifice vaginal.
 - Notez les éventuelles cicatrices de mutilations génitales précédentes ou résultant d'un précédent accouchement.
 - Vérifiez la présence de lésions génitales, telles que des contusions, des égratignures, des écorchures, des lacérations (souvent situées au niveau de la fourchette postérieure). Notez l'emplacement des lacérations, écorchures et contusions sur le pictogramme et le formulaire d'examen.
 - Recherchez d'éventuels signes d'infection comme des ulcères, pertes vaginales ou verrues.
 - Vérifiez la présence de lésions au niveau de la vulve, de l'orifice vaginal et du vagin en maintenant les lèvres entre l'index et le pouce au niveau du bord postérieur et en les tirant délicatement vers l'extérieur et le bas.
 - Si vous collectez des preuves médico-légales, prélevez des échantillons selon le protocole local de collecte des preuves. En cas de prélèvement d'échantillons pour une analyse

ADN, procédez tout d'abord à des prélèvements autour de l'anus et du périnée puis au niveau de la vulve, afin d'éviter toute contamination.

- ▶ Pour l'examen anal, la patiente devra peut-être se mettre dans une autre position que celle de l'examen génital. Noter sa position pendant l'examen (en décubitus dorsal, procubitus, genu-pectorale ou position latérale allongée pour l'examen anal ; décubitus dorsal pour l'examen génital).
- ▶ Noter la forme et la dilatation de l'anus, les éventuelles fissures autour de l'anus, la présence de matière fécale sur la peau du périnée et les saignements dus à des déchirures au niveau du rectum.
- ▶ Si vous collectez des preuves médico-légales, avec l'accord de la survivante et si cela est indiqué par l'anamnèse, prélevez des échantillons au niveau du rectum selon le protocole local de collecte des preuves.

Examen des parties génitales et anale internes de la femme

Un examen interne au spéculum est très délicat et devrait être pratiqué uniquement en cas de pénétration vaginale et de certaines des indications suivantes : saignements, douleurs, pertes malodorantes, ou pour rassurer la survivante de l'absence de lésions graves. Les procédures appropriées sont énumérées ci-dessous.

- ▶ Introduisez délicatement un spéculum, réchauffé de préférence, lubrifié avec de l'eau ou une solution saline ordinaire. Les lubrifiants ne sont pas recommandés car ils peuvent fausser les prélèvements d'échantillons. N'utilisez jamais de spéculum lorsque vous examinez des filles pré-pubères (voir la partie 6 « Prise en charge des enfants victimes de violence »).
 - Sous un bon éclairage, inspecter le col de l'utérus, puis le fornix postérieur et la muqueuse vaginale pour rechercher un traumatisme, des saignements et des signes d'infection.
 - Si vous collectez des preuves médico-légales, procédez à un écouvillonnage et prélevez des sécrétions vaginales selon le protocole local de collecte des preuves. Cela peut être délicat pour la survivante. N'oubliez pas de l'informer à l'avance et s'assurer qu'elle soit à l'aise.
- ▶ Selon l'anamnèse et les résultats de l'examen jusqu'ici, effectuez un examen bimanuel et palpez le col d'utérus, l'utérus et les annexes pour rechercher d'éventuels signes de traumatisme abdominal, de grossesse ou d'infection.
- ▶ Procédez, si nécessaire, à un examen recto-vaginal et contrôlez la zone rectale à la recherche de traumatismes, déchirures recto-vaginales ou fistules, saignements et pertes. Mesurez la tonicité du sphincter. En cas de saignement, de douleur ou de doute quant à la présence d'un

corps étranger, référez la survivante vers un hôpital.

- ▶ Consignez tous vos résultats et observations de manière claire dans le formulaire d'examen (en annexe 4) et les pictogrammes (en annexe 5).

Prenez en considération les normes sociales, car certaines cultures peuvent interdire les examens vaginaux internes, y compris à l'aide d'un spéculum, doigt ou écouvillon. Respectez le choix de la survivante à subir ou non un examen interne. Vous devrez parfois limiter l'examen à l'inspection des organes génitaux externes à moins qu'il y ait des symptômes de dommages internes ou autres indications.

Examen des parties génitales et anale externes et internes de l'homme

Quand on examine un survivant de sexe masculin.

- ▶ Examinez le scrotum, les testicules, le pénis, le tissu péri-urétral, l'orifice urétral et l'anus.
- ▶ Notez si le survivant a été circoncis.
- ▶ Vérifiez la présence d'hyperhémie, de boursoufflures (faites la différence entre une hernie inguinale, une hydrocèle et une hématocele), de torsion des testicules, de contusions, de déchirures anales, etc.
- ▶ La torsion des testicules représente un cas d'urgence et nécessite une orientation immédiate vers un service de chirurgie.
- ▶ Si l'urine contient d'importantes quantités de sang, vérifiez la présence de traumatismes péniens et urétraux.
- ▶ Si nécessaire, procédez à un examen rectal et vérifiez le rectum et la prostate afin de déterminer

la présence de traumatismes et de signes d'infection.

- ▶ Si nécessaire, procédez à un prélèvement rectal pour un examen direct du sperme au microscope.

Enregistrement des conclusions de l'examen et du traitement donné

Quand le signalement est obligatoire ou si la survivante choisit de signaler son viol aux autorités, les prestataires de soins doivent souvent répondre aux questions de la police, des avocats ou des tribunaux concernant les traumatismes et les autres conséquences pour les femmes qu'ils ont soignées. Si vous décrivez soigneusement les conclusions et le traitement fourni (voir l'étape 5 « Donner un traitement ») dans le formulaire-type d'anamnèse et d'examen physique (en annexe 4), il vous sera plus facile de répondre de façon précise. Les survivantes qui refusent l'examen physique, ou ne parviennent pas jusqu'au bout de l'examen, devraient toutefois se voir proposer un traitement en fonction de l'anamnèse précise.

Conseils pour la documentation

- ▶ Consignez l'entretien, ainsi que les résultats de l'examen de manière claire, complète, objective et dénuée de jugement. Ne reformulez pas les propos verbaux de la patiente.
- ▶ Ce n'est pas la responsabilité des prestataires de soins de déterminer si une personne a été violée ou non. Documentez vos résultats sans tirer de conclusions sur le viol. Notez que dans de nombreux cas de viols, il n'existe aucun résultat clinique.
- ▶ Évaluez et documentez de manière exhaustive l'état physique et émotionnel de la survivante.

Aide-mémoire 4.

Listes de contrôle pour l'examen après le viol

Rechercher tout ce qui suit	Rechercher et consigner ce qui suit
Points à vérifier lors de l'examen physique	
<ul style="list-style-type: none"> • Apparence générale • Mains et poignets, avant-bras, intérieur des bras, aisselles • Visage et intérieur de la bouche • Oreilles, y compris l'intérieur et derrière les oreilles • Tête • Cou • Poitrine, y compris les seins • Abdomen • Fesses, cuisses, y compris l'intérieur des cuisses, jambes et pieds 	<ul style="list-style-type: none"> • Saignement actif ou plaies ouvertes • Contusions • Rougeurs ou gonflements • Coupures ou écorchures • Preuve que des cheveux ont été arrachés récemment et que des dents manquent depuis peu • Lésions telles que des marques de morsure, des griffures, ou plaies par arme blanche ou par balle • Preuve de traumatismes internes au niveau de l'abdomen • Tympan perforé
Points à vérifier lors de l'examen génital	
<ul style="list-style-type: none"> • Organes génitaux (externes) • Organes génitaux (examen interne avec un spéculum) • Région anale (externe) 	<ul style="list-style-type: none"> • Saignement actif ou plaies ouvertes • Contusions • Rougeurs ou gonflements • Coupures ou écorchures • Présence d'un corps étranger

- ▶ Documentez clairement et systématiquement toutes les blessures en utilisant des termes standard et en décrivant les caractéristiques des plaies (voir le Tableau 3.1). Illustrez les résultats à l'aide des pictogrammes (voir l'annexe 5). Les prestataires de soins qui n'ont pas été formés à l'interprétation des blessures doivent se limiter à les décrire avec le plus de détails possible (voir le Tableau 3.1), sans spéculer sur la cause dans la mesure où un tel comportement pourrait avoir des conséquences profondes sur la survivante et l'agresseur accusé.
 - ▶ Documentez avec précision les déclarations importantes faites par la survivante en utilisant ses propres mots, par exemple les menaces proférées par son agresseur. N'hésitez pas à noter le nom de l'agresseur, mais utilisez des tournures du type « la patiente affirme » ou « la patiente rapporte ».
 - ▶ Évitez d'utiliser le terme « présumé » dans la mesure où il pourrait faire penser que la survivante a exagéré ou menti.
 - ▶ Notez chaque échantillon prélevé à titre de preuve.
- constitue un élément de preuve et constitue souvent la seule preuve matérielle disponible en dehors du récit de la survivante.
- ▶ En fonction du contexte, la survivante peut utiliser le certificat dans un délai de 20 ans maximum suivant l'agression pour engager des poursuites judiciaires ou obtenir une compensation. Le/la prestataire de soins devrait en conserver une copie sous clé avec le dossier médical de la survivante afin de pouvoir attester de l'authenticité du document fourni par la survivante devant un tribunal, si nécessaire. La survivante est la seule personne en droit de décider de l'utilisation de ce document.
 - ▶ Le certificat médical peut être transmis aux services juridiques ou aux organismes avec un mandat de protection seulement après accord explicite de la survivante.
 - ▶ Le certificat médical devrait être disponible gratuitement ; la survivante ne devrait pas payer pour obtenir ce document.
 - ▶ Le certificat médical ne doit pas contenir de condition ou case à cocher pour indiquer qu'un viol a été commis ou non.

Le certificat médical

- ▶ Les soins médicaux fournis à une survivante de violence sexuelle/viol incluent la préparation d'un certificat médical (voir l'annexe 6). Ce certificat est une obligation légale dans la plupart des pays. C'est la responsabilité du/de la prestataire de soins qui examine la survivante de s'assurer qu'un certificat est délivré.
- ▶ Le certificat médical est un document médical confidentiel que le/la prestataire de soins doit remettre à la survivante. Le certificat médical

Si le/la prestataire de soins peut documenter l'examen et les soins fournis, il ne lui appartient PAS de déterminer si un viol a été commis ou non. Le viol est défini sur le plan juridique et, il n'est pas nécessaire d'effectuer cette détermination afin de fournir les soins appropriés.

Pour plus de détails sur les examens médico-légaux, consultez l'annexe 3, ainsi que le document intitulé *Renforcement de la réponse médico légale en cas de violence sexuelle*.¹⁵

Tableau 3.1. Description des caractéristiques des lésions physiques

Feature	Notes
Classification	Utilisez, si possible, la terminologie acceptée, à savoir, écorchure, contusion, lacération, plaie ouverte, plaie par balle.
Emplacement	Documentez l'emplacement anatomique de la ou des blessures.
Taille	Mesurez les dimensions de la ou des blessures.
Forme	Décrivez la forme de la ou des blessures (par exemple, droite, courbe, irrégulière).
Zones voisines	Notez l'état des zones voisines ou des tissus situés à proximité (par exemple, contusion, gonflement).
Couleur	L'observation de la couleur est particulièrement importante dans la description des contusions.
Sens	Commentez la direction dans laquelle la force a été apparemment appliquée (par exemple dans le cas d'écorchures).
Contenu	Notez la présence de tout corps étranger dans la plaie (par exemple, des poussières, du verre).
Ancienneté	Commentez toute preuve de cicatrisation/guérison. (Notez qu'il est impossible d'identifier avec précision l'ancienneté d'une blessure, commentez avec précaution cet aspect).
Pourtour	Les caractéristiques du pourtour de la ou des blessures peut fournir un indice sur l'arme utilisée.
Profondeur	Indiquez la profondeur de la ou des blessures ; une estimation devra en être donnée.

Encadré 3.4. Si une survivante de viol se présente après 72 heures

Si la victime se présente plus de 72 heures après l'agression, la capacité à collecter des preuves médico-légales sera limitée. Il reste important d'effectuer un examen complet afin de documenter et de traiter les lésions.

Notez :

- Les dimensions et la couleur des contusions et des cicatrices ;
- Les preuves d'éventuelles complications dues au viol ou à l'agression (surdité, fractures, abcès etc.) ;
- Les signes de grossesse ;
- L'état mental (repliée sur elle-même, déprimée, suicidaire).

Même si l'on ne s'attend pas à trouver des blessures, la survivante peut sentir qu'elle a été blessée. Un examen minutieux rassurant la survivante quant à l'absence de blessures physiques peut grandement soulager la survivante et cela peut constituer le principal motif de sa présence. Il est également important d'expliquer à la survivante que les lésions génitales guérissent vite et que leur absence ne signifie pas nécessairement qu'elle n'a pas été violée ou blessée auparavant.

Pour l'examen génital, si l'agression a eu lieu plus de 72 heures auparavant, notez tout signe de guérison de lésions et/ou de récentes cicatrices au niveau des parties génitales. Si l'agression a eu lieu plus d'une semaine auparavant et que la survivante ne présente aucune contusion ni lacération ni symptôme (par exemple, pertes vaginales/anales ou ulcères), rien n'indique la nécessité de procéder à un examen génital interne/au spéculum.

Étape 5. Fournir un traitement

Rappel : orientez immédiatement les survivantes présentant des problèmes graves ou potentiellement mortels pour un traitement d'urgence.

Le traitement dépendra de la précocité avec laquelle la survivante se présente au service de santé. Suivez les étapes de la Section A si elle se présente dans les 72 heures qui suivent l'agression, et la Section B si elle se présente après 72 heures. Les survivants de sexe masculin nécessitent les

Encadré 3.5. Collecte de preuves médico-légales relatives aux survivantes de viol

Le principal objectif de l'examen d'une survivante de viol est de déterminer le traitement médical nécessaire. Des preuves médico-légales peuvent aussi être collectées pour aider la survivante à se pourvoir en justice quand cela est possible et si elle le souhaite. Toutefois, dans de nombreux cas, la capacité à traiter ces preuves ou à les utiliser dans le cadre d'une action en justice est extrêmement limitée voire inexistante. Ceci est particulièrement vrai dans les contextes humanitaires.

- Ne collectez pas des preuves qui ne peuvent pas être traitées ou qui ne seront pas utilisées dans le cadre d'une action en justice.
- Ne collectez pas des preuves si l'acte de violence signalé n'est pas considéré comme un crime selon les lois en vigueur.
- *Ne collectez pas des preuves si la survivante s'y oppose. Respectez son choix.*

En cas de collecte de preuves médico-légales (autrement dit, si vous avez la capacité de les traiter et de les utiliser et avec le consentement de la survivante), si possible, procédez pendant l'examen médical de manière à ce que la survivante n'ait pas à subir plusieurs examens invasifs qui pourraient s'avérer traumatisants. Le fait de documenter les blessures et de prélever des échantillons (sang, cheveux, salive et sperme) dans les 72 heures après le viol peut contribuer à confirmer le récit de la survivante et à identifier son ou ses agresseurs. Si la survivante se présente plus de 72 heures après le viol, la quantité et le type de preuves qui peuvent être collectées dépendront de la situation.

Avant de commencer l'examen ou la collecte des preuves médico-légales :

- Expliquez à la survivante en quoi consiste la collecte des preuves ;
- Si elle veut que les preuves soient recueillies, faites appel à un.e prestataire spécialement formé.e en la matière ou orientez-la vers lui/elle ;
- Même en l'absence de collecte de preuves médico-légales, procédez à un examen physique et génital complet (avec le consentement de la survivante) et veillez à bien documenter tous les éléments (voir l'étape 4, l'Aide-mémoire 4 et les annexes 4 et 5). La documentation de l'examen en soi peut s'avérer utile si la victime se décide à intenter une action en justice.

15 Organisation mondiale de la Santé (OMS), Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). Renforcement de la réponse médico-légale en cas de violence sexuelle. Genève : OMS, 2015 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/medico-legal-response/en/>, consulté le 27 août 2019).

Tableau 3.2. Table de décision pour l'administration d'anatoxine tétanique (AT) et d'immunoglobuline tétanique (IGT)

	Si les plaies sont propres et datent de moins de 6 heures ou en cas de plaies peu importantes		Toutes les autres plaies	
	VAT*	SAT	VAT	SAT
Antécédents de vaccination contre le tétanos (nb de doses)				
Incertain ou < 3 doses	Oui	Non	Oui	Oui
3 ou plus	Non, sauf si la dernière dose date de plus de 10 ans	Non	Non, sauf si la dernière dose date de plus de 5 ans	Non

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

mêmes vaccinations et traitements des IST que les survivantes de sexe féminin. La Section C contient des informations sur l'auto-prise en charge.

L'Aide-mémoire 5 à la fin de l'étape 5 présente les calendriers de traitement pour les différentes interventions appropriées.

A. Traitement d'une survivante de viol qui se présente dans les 72 heures après l'agression

Traitement des blessures physiques ou référencement

Traitement des blessures

- ▶ Nettoyez les déchirures, coupures et écorchures et éliminez les salissures, matières fécales ainsi que les tissus nécrosés ou abîmés. Décidez si des plaies doivent être suturées. Suturez les plaies propres dans les 24 heures. Passé ce délai, elles devront guérir par cicatrisation secondaire ou par une suture primaire retardée. Ne suturez pas les plaies très sales. En présence de plaies fortement contaminées, considérez donner des antibiotiques et des analgésiques.

Les complications qui peuvent nécessiter une hospitalisation d'urgence incluent :

- ▶ Un traumatisme important (au niveau des parties génitales, de la tête, de la poitrine ou de l'abdomen) ;
- ▶ Des déficits neurologiques (par exemple, impossibilité de parler, troubles de la marche) ;
- ▶ Une détresse respiratoire ;
- ▶ Un gonflement des articulations d'un côté du corps ; et/ou
- ▶ De la fièvre et un sepsis

Prévention du tétanos

Bon à savoir avant d'élaborer votre protocole

- L'anatoxine tétanique est disponible dans plusieurs préparations différentes. Vérifiez les recommandations locales en matière de vaccination.
- L'immunoglobuline tétanique (antitoxine) coûte cher et doit être réfrigérée. En général, elle n'est pas disponible dans les régions disposant de faibles ressources.

- ▶ En présence de coupures au niveau de la peau ou des muqueuses, la prophylaxie antitétanique doit être pratiquée à moins que la survivante ait été totalement vaccinée.
- ▶ À l'aide du Tableau 3.2, décidez s'il convient d'administrer l'anatoxine tétanique (qui donne une protection active) et l'immunoglobuline tétanique (qui donne une protection passive) si disponible.
- ▶ Si le vaccin et l'immunoglobuline sont administrés en même temps, il est important d'utiliser des aiguilles et des seringues différentes, ainsi que différents points d'injection.
- ▶ Conseillez aux survivantes de suivre le calendrier de vaccination (deuxième dose après 4 semaines, troisième dose entre 6 mois et un an).

Prévention de la grossesse

Une femme qui a été violée, devrait se voir proposer une contraception d'urgence (CU). Si une CU est utilisée dans les 120 heures (5 jours) après le viol cela peut aider une femme à éviter une grossesse, bien que cela soit plus efficace immédiatement et dans les 72 premières heures (3 jours) après l'incident/agression. Si possible, réalisez un test de grossesse afin d'écarter toute grossesse préexistante. Un test de grossesse n'est pas nécessaire avant de fournir la CU, mais il peut être utile pour déterminer si une femme était enceinte

avant le viol. Il existe trois schémas thérapeutiques pour les pilules contraceptives d'urgence :

- ▶ Ulipristal acétate (30 mg en dose unique) ;
- ▶ Progestérone seule (lévonorgestrel 1,5 mg en dose unique ou deux comprimés de 0,75 mg) ; et
- ▶ Progestérone et œstrogène combinés (100 µg d'éthinyl estradiol + 0,5 mg de lévonorgestrel, à répéter 12 heures après).

Les pilules de CU combinées sont moins efficaces et ont plus d'effets secondaires que les autres options. Voir l'annexe 7 pour connaître les protocoles en matière de contraception d'urgence.

Faits concernant les pilules contraceptives d'urgence

- ▶ Toutes les femmes peuvent prendre des pilules contraceptives d'urgence. Il n'est pas nécessaire de dépister certaines maladies ou de faire un test de grossesse.
- ▶ La CU ne provoque pas d'avortement en cas de grossesse préexistante. Elle permet simplement d'éviter une éventuelle grossesse.
- ▶ Une femme peut également recevoir une provision de pilules de CU d'avance en prévision d'un futur besoin.
- ▶ Il n'existe aucune restriction quant à l'âge.

Expliquer la contraception d'urgence

Vous pouvez demander à la survivante si elle a utilisé une méthode de contraception efficace, comme la pilule contraceptive orale, les injectables, l'implant, le dispositif intra-utérin (DIU) ou la stérilisation féminine. Si tel est le cas, il est peu probable qu'elle tombe enceinte. De même, si son dernier cycle menstruel a commencé dans les sept jours qui ont précédé le viol, le risque de grossesse est peu probable.

- ▶ L'utilisation de la CU est une décision personnelle que seulement elle, la femme peut prendre.
- ▶ La CU peut l'aider à éviter une grossesse, mais ce n'est pas efficace à 100 %.
- ▶ Les pilules CU agissent principalement en bloquant l'ovulation.
- ▶ Les pilules CU ne provoquent pas d'avortement.
- ▶ Les pilules CU n'empêcheront pas une grossesse la prochaine fois qu'elle aura des rapports sexuels.
- ▶ Si elle a eu d'autres rapports sexuels non protégés depuis ses dernières règles, elle peut déjà être enceinte.
- ▶ Elle n'a pas besoin de faire un test de grossesse avant de prendre des pilules de CU. Néanmoins, un test de grossesse peut permettre de déterminer si elle est déjà enceinte. Si elle est déjà enceinte, la pilule contraceptive d'urgence n'aura pas d'effet et n'affectera pas la grossesse en cours.

Instructions pour la prise de pilules contraceptives d'urgence

- ▶ Une fille/femme doit **prendre une pilule de CU dès que possible**, car elles deviennent moins efficaces avec chaque jour qui passe.
- ▶ Les pilules de CU, les antibiotiques pour les IST et la prophylaxie post-exposition (PPE) pour la prévention de l'infection par le VIH peuvent être pris en même temps sans danger. La CU et les antibiotiques peuvent être pris à des moments différents et au cours des repas afin de réduire les nausées et un antiémétique peut être donné afin de prévenir les nausées et les vomissements (voir ci-dessous).
- ▶ Si la survivante vomit dans les deux heures suivant la prise des pilules de CU, elle doit revenir prendre une autre dose dès que possible. Si elle prend des pilules contraceptives d'urgence combinées, elle peut prendre un antiémétique (chlorhydrate de méclozine) entre 30 minutes et une heure avant les pilules de CU afin de réduire les nausées.
- ▶ Elle peut avoir des métrorragies ou des saignements quelques jours après la prise d'une pilule contraceptive d'urgence.
- ▶ Elle doit revenir si ses prochaines règles ont plus d'une semaine de retard.
- ▶ Notez que certains inducteurs enzymatiques (rifampicine ou éfavirenz, par exemple) réduisent l'efficacité des contraceptifs hormonaux oraux. Si la patiente a pris l'un de ces médicaments avant le viol, elle devra prendre une double dose de pilules contraceptive d'urgence.

Le DIU au cuivre comme contraception d'urgence

- ▶ Ce DIU peut être utilisé comme méthode de CU jusqu'à 5 jours après un rapport sexuel non protégé.
- ▶ Il ne doit pas être considéré comme une option si elle est enceinte.
- ▶ Cette option est plus efficace comme contraception d'urgence que les pilules de CU.
- ▶ Ce DIU offre une protection de longue durée contre la grossesse et peut être gardé jusqu'à 12 ans après la pose. La fertilité revient sans délai après le retrait du DIU.
- ▶ Si un DIU est en place, veillez à administrer tous les traitements nécessaires contre les IST, conformément aux recommandations de l'annexe 8.

Prévention du VIH

La prophylaxie post-exposition de l'infection par le VIH (PPE) doit être mise en route **dès que possible et jusqu'à 72 heures après une possible exposition au VIH** (voir aussi l'annexe 9).

Dans certains cas, la PPE n'est pas recommandée, même dans les 72 heures :

- ▶ La survivante de viol vit avec le VIH (si la survivante vit avec le VIH et qu'elle n'est pas sous traitement antirétroviral, elle doit être immédiatement orientée pour un traitement du VIH).
- ▶ L'agresseur est connu pour ne pas être séropositif au VIH (en cas de doute, une PPE doit être proposée).

Le/la prestataire de soins doit fournir des informations sur les facteurs de risque de transmission du VIH afin que la survivante puisse prendre une décision éclairée sur la prise ou non d'une PPE. Le risque potentiel de transmission du VIH est élevé dans les cas suivants :

- ▶ Il y a eu pénétration vaginale, anale ou orale ;
- ▶ La survivante a été exposée à des fluides corporels susceptibles de présenter un risque d'infection par le VIH (par exemple, sang, sang dans la salive, sécrétions génitales, liquides rectaux) par le biais de plaies ou de déchirures dans d'autres muqueuses ;
- ▶ La survivante était inconsciente ou ne se souvient pas de ce qu'il s'est passé ;
- ▶ L'agresseur est connu pour être un consommateur de drogues injectables ;
- ▶ La survivante a été violée par plusieurs personnes.

La prise d'une PPE pour prévenir une infection par le VIH est le choix de la survivante. Discutez des points suivants pour l'aider à prendre sa décision.

- ▶ Certains facteurs augmentent le risque de transmission du VIH (voir ci-dessus).
- ▶ La PPE peut réduire son risque d'acquérir le VIH, mais ce n'est pas efficace à 100 %.
- ▶ Les médicaments doivent être pris pendant 28 jours, une ou deux fois par jour en fonction du schéma thérapeutique.
- ▶ Près de la moitié des personnes sous PPE ont des effets secondaires, comme de la nausée, de la fatigue et des maux de tête. Dans la plupart des cas, les effets secondaires diminuent en quelques jours.
- ▶ Il est important de suivre le traitement PPE jusqu'au bout afin de garantir son efficacité.

Instructions pour la prise de la prophylaxie post-exposition

- ▶ Démarrez le traitement dès que possible, mais pas plus de 72 heures après l'agression.
- ▶ Le choix des médicaments de la PPE doit respecter les recommandations nationales.
- ▶ La névirapine (NVP) ne doit pas être utilisée dans le cadre d'une PPE en raison des risques de toxicité élevés susceptibles d'inciter à un abandon du traitement.
- ▶ Assurez un suivi à intervalles réguliers.
- ▶ Proposez un test de dépistage du VIH et des conseils à la première consultation. Effectuez

un test de dépistage du VIH uniquement si la survivante donne son consentement et si une PPE et un traitement du VIH sont disponibles sur place.

- ▶ Faites un nouveau test trois et/ou six mois après la mise en route de la PPE, avec le consentement de la survivante.
- ▶ Si le résultat du test VIH est positif, référez-la vers un service de traitement et de soins spécifiques au VIH. Des services et systèmes de référencement doivent avoir été identifiés lors de la phase préparatoire (voir la partie 1).

Conseils pour l'adhérence à la prophylaxie post-exposition

L'adhérence est un élément important dans le cadre d'une PPE étant donné qu'elle implique de prendre des médicaments une à deux fois par jour pendant 28 jours. Discutez des points suivants avec la survivante.

- ▶ Il est important de se rappeler de prendre chaque dose. Cela peut aider de prendre le traitement à heure fixe, pendant le petit-déjeuner et/ou le dîner (selon la fréquence des doses) ou de recevoir des rappels ou messages programmés par un téléphone portable, un membre de la famille ou un.e ami.e. La prise des comprimés à intervalles réguliers garantit que le niveau du médicament dans le sang reste à peu près le même.
- ▶ Certains médicaments de la PPE doivent être pris au cours d'un repas.
- ▶ En cas d'oubli d'un médicament :
 - Pour les médicaments à prendre une fois par jour, si la personne a oublié de prendre son médicament à l'heure dite, elle devrait quand même le prendre s'il s'est écoulé moins de 12 heures. S'il s'est écoulé plus de 12 heures, elle devrait attendre et prendre la prochaine dose à l'heure habituelle ;
 - Pour les médicaments à prendre deux fois par jour, si la personne a oublié de prendre une dose, elle ne devrait pas prendre deux doses en même temps.
- ▶ La survivante doit retourner au centre de soins si elle souffre d'effets secondaires qui ne disparaissent pas en quelques jours, si elle est incapable de prendre les médicaments prescrits ou si elle rencontre tout autre problème.

Prévention des infections sexuellement transmissibles

- ▶ Les survivantes de viol doivent recevoir des antibiotiques pour prévenir l'infection à *Chlamydia*, la gonorrhée et la syphilis.
- ▶ Donnez un traitement préventif des IST à la survivante dès la première visite.
- ▶ Donnez un traitement préventif pour les IST, basé sur les protocoles nationaux. Dans la

- mesure du possible, donnez des doses orales uniques, car elles sont plus faciles à prendre.
- ▶ Lors de la visite de suivi, donnez un traitement supplémentaire en fonction des résultats des tests de dépistage des IST, si disponibles ou si le dépistage des IST n'est pas fait, traitez les IST en fonction des symptômes. C'est aussi l'occasion de réaliser un test de dépistage de la syphilis, si possible.

Des exemples de traitement des IST, y compris pour les enfants, figurent à l'annexe 8.

Prévention de l'hépatite B

Bon à savoir avant d'élaborer votre protocole

- Vérifiez la prévalence de l'hépatite B au niveau local, ainsi que les calendriers de vaccination en vigueur dans le pays d'origine de la survivante et dans le pays hôte.
- Plusieurs vaccins contre l'hépatite B sont disponibles, chacun avec des recommandations différentes de dosages et de calendriers. Vérifiez le dosage et le calendrier de vaccination pour le produit qui est disponible sur place.

Le virus de l'hépatite B peut être transmis sexuellement. Par conséquent, les survivantes de viol doivent être vaccinées contre l'hépatite B, notamment dans les régions présentant une forte prévalence de ce virus.

- ▶ Demandez à la survivante sur l'existence d'éventuelles vaccinations antérieures contre l'hépatite B. Voir le Tableau 3.3 pour connaître les orientations thérapeutiques.
- ▶ Si son statut vaccinal est incertain, si possible testez en premier. Si elle est déjà immunisée (les résultats des tests montrent la présence de l'anticorps de surface de l'hépatite B dans le sérum), aucun vaccin n'est nécessaire. Si le test n'est pas possible, vaccinez.
- ▶ Utilisez le type de vaccin, le dosage et le calendrier vaccinal du pays où vous travaillez.

- ▶ Un vaccin sans immunoglobulines anti-hépatite B (vaccin HEB) peut être utilisé.
- ▶ Administrez le vaccin par voie intramusculaire dans la région deltoïde du bras.

Analyses de laboratoire

Si l'anamnèse et les résultats de l'examen l'indiquent, d'autres échantillons peuvent être prélevés à des fins médicales.

- ▶ Si la survivante se plaint de symptômes indiquant la présence d'une infection urinaire, prélevez un échantillon d'urine pour mesurer les taux de globules rouges et de globules blancs et si possible le mettre en culture.
- ▶ Faites un test de grossesse si cela est indiqué et disponible.
- ▶ D'autres examens diagnostics comme (des radiographies et examens par ultrasons peuvent s'avérer utiles pour détecter des fractures ou des traumatismes au niveau abdominal.

B. Traitement d'une survivante de viol qui se présente plus de 72 heures après l'agression

Traiter les blessures physiques ou orienter

Traitez ou référez pour le traitement, de toutes les plaies non cicatrisées, les fractures, les abcès, ainsi que les autres blessures et complications.

Tétanos

En général, le tétanos a une période d'incubation de 3 à 21 jours, mais elle peut-être de plusieurs mois. Référez la survivante vers une structure médicale d'un niveau approprié si vous voyez des signes d'infection tétanique. Si elle n'a pas été totalement vaccinée, vaccinez-la immédiatement, quel que soit le délai écoulé depuis l'agression. S'il reste des plaies importantes, sales et non cicatrisées, envisagez d'administrer l'immunoglobuline tétanique si elle est disponible (voir « Prévention du tétanos » et le Tableau 3.2 de la section A de l'étape 5 ci-dessus).

Tableau 3.3. Vaccination préalable contre l'hépatite B et orientations thérapeutiques

Statut vaccinal	Directives thérapeutiques
Non, jamais vaccinée contre l'hépatite B.	1ère dose de vaccin : à la première visite. 2ème dose : 1-2 mois après la première dose (ou à la visite de suivi du 3ème mois* si cela n'a pas été fait plus tôt). 3ème dose : 4-6 mois après la première dose.
A commencé mais n'a pas encore terminé une série de vaccinations contre l'hépatite B.	Terminez la série comme prévu selon le calendrier.
Oui, a terminé une série de vaccinations contre l'hépatite B.	Inutile de revacciner.

* Voir l'étape 8 - Assurer un suivi médical.

Grossesse

Si la survivante se présente dans un délai compris entre 72 heures (3 jours) et 120 heures (5 jours) après le viol, la prise d'une pilule contraceptive d'urgence (CU) réduira le risque de grossesse. Ce traitement est plus efficace s'il est pris dans les 72 heures qui suivent l'agression, mais il reste modérément efficace dans les 120 heures après un rapport sexuel non protégé. La pose d'un DIU au cuivre dans les 5 jours suivant le viol constitue une méthode efficace pour empêcher une grossesse.

Si une femme se présente 5 jours ou plus après l'agression, la CU ne sera pas efficace et elle devrait faire un test de grossesse si ses règles ont plus d'une semaine de retard.

La femme survivante de viol sera probablement très inquiète quant à la possibilité de tomber enceinte à la suite du viol. Si la survivante est enceinte, un soutien émotionnel et des informations claires et précises sont nécessaires pour s'assurer qu'elle comprend les choix disponibles. Dans de nombreux pays, la loi autorise l'interruption volontaire de grossesse à la suite d'un viol. Par ailleurs, l'interprétation locale des lois sur l'avortement par rapport à la santé mentale et physique de la femme, peut autoriser l'interruption volontaire de grossesse si celle-ci résulte d'un viol. Vérifiez si tel est le cas sur place. Si vous êtes dans l'impossibilité d'assurer un avortement médicalisé en toute sécurité, déterminez où il peut être pratiqué afin de pouvoir référer la survivante, si c'est légal et qu'elle choisit cette option. Vous trouverez plus d'informations dans le document de l'OMS intitulé *Clinical practice handbook for safe abortion care*.¹⁶

Il peut exister des services d'accueil et d'adoption dans votre région. Vérifiez quels services sont disponibles et donnez l'information à la survivante

Transmission du VIH

La PPE de l'infection par le VIH ne devrait pas être offerte à une survivante qui se présente après 72 heures. Cependant, le/la prestataire de soins doit prendre en considération les autres interventions et référencement relatifs au VIH à proposer à la survivante qui se présente à 72 heures ou plus après l'agression. Dans certains endroits, le dépistage du VIH peut être effectué dès six semaines après le viol. En général, cependant, il est recommandé de référer la survivante vers les services de conseil et de

dépistage volontaire 3 à 6 mois après l'agression, afin d'éviter des tests répétés. Vérifiez si ces services VIH sont disponibles sur place, ainsi que leurs protocoles.

IST

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

Hépatite B

L'hépatite B a une période d'incubation de 2 à 3 mois en moyenne. Si vous voyez des signes d'infection aiguë, référez si possible la personne pour un traitement ou conseillez-la. Si la personne n'a pas été vaccinée et que la vaccination est conseillée du fait des conditions locales, vaccinez quel que soit le délai écoulé depuis l'agression.

Analyses de laboratoire

- ▶ Si la survivante se plaint de symptômes indiquant la présence d'une infection urinaire, prélevez un échantillon d'urine pour mesurer les taux de globules rouges et de globules blancs et si possible le mettre en culture.
- ▶ Faites un test de grossesse si cela est indiqué et dépistez des IST, si disponible.
- ▶ Si vous suspectez des fractures ou des traumatismes abdominaux, envisagez d'autres examens diagnostics, comme les radiographies et les examens par ultrasons.

C. Plan d'auto-prise en charge d'une survivante de viol (en dehors du fait que la survivante se présente dans les 72 heures suivant l'agression ou après)**Expliquez les résultats des examens et le plan de traitement**

Discutez des résultats des examens, ce qu'ils signifient pour la santé de la survivante, ainsi que de tous les traitements donnés. Invitez-la à poser des questions et à parler de ses préoccupations. Répondez en détail à ses questions et vérifiez qu'elle vous comprend.

Auto-prise en charge des blessures

- ▶ Montrez à la survivante comment soigner ses blessures.
- ▶ Décrivez les signes et les symptômes d'une infection des plaies (si la plaie est chaude, rouge, douloureuse ou gonflée, s'il y a du sang ou du pus, une mauvaise odeur ou de la fièvre). Demandez-lui de revenir ou de consulter une

16 *Clinical practice handbook for safe abortion care*. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion, consulté le 14 mars 2019).

autre prestataire de soins si ces signes empirent.

- ▶ Expliquez l'importance de suivre un traitement jusqu'au bout, en particulier lorsqu'il s'agit d'antibiotiques. Discutez des éventuels effets secondaires et comment les gérer.

Auto-prise en charge pour prévenir les IST

- ▶ Discutez des signes et des symptômes des IST, y compris du VIH. Conseillez à la survivante de revenir pour un traitement si des signes ou symptômes apparaissent.
- ▶ Conseillez-lui d'éviter tout rapport sexuel jusqu'à la fin des traitements ou prophylaxies dès les IST.
- ▶ Encouragez-la à négocier l'utilisation de préservatifs pendant les rapports sexuels au moins jusqu'à ce que son statut IST/VIH soit connu lors de la consultation de suivi à trois ou à six mois (voir l'étape 8). Discutez des méthodes d'abstinence ou de négociation de l'utilisation de préservatifs, en ayant conscience que cela peut l'exposer à des violences.

Étape 6. Renforcer la sécurité et référer pour une aide supplémentaire

Résolution des problèmes de sécurité et s'assurer que la survivante de viol est référée vers les services de soutien complémentaire

Il est important de comprendre les risques immédiats auxquels est exposée une survivante et de l'aider à établir un plan visant à améliorer sa sécurité. La survivante de viol connaît souvent la personne qui l'a agressée. Même lorsque l'auteur des faits est un inconnu, la survivante peut être exposée à des risques au sein de sa famille ou de la communauté. Demandez à la survivante si elle a un lieu/endroit sûr où aller et si ce n'est pas le cas, des efforts doivent être faits pour elle. Pour plus de précisions, reportez-vous à la section « Améliorer la sécurité » de la partie 2 « soutien de première ligne ».

Une fois les questions liées à la sécurité résolues, assurez-vous que la survivante est référée vers les autres services appropriés, tels que les services de prise en charge des cas de violence basée sur le genre, la police, les services d'aide juridique ou les groupes de soutien, selon les systèmes de référencement établis et basés sur besoins

Aide-mémoire 5.

Calendrier de traitement après un viol		
	Traitement	Calendrier et spécificités
Priorités dans les 72 heures	Traitement des blessures physiques	Référer immédiatement la survivante vers des services de soins d'urgence en cas de complications mettant sa vie en danger. Nettoyer et traiter les blessures moins graves sur place.
	Prophylaxie post-exposition de l'infection par le VIH (PPE)	Donner une PPE dès que possible, et dans les 72 heures suivant le viol . Les survivantes n'auront peut-être pas accès aux services dans ce délai. Les prestataires de soins de santé devraient orienter les survivantes qui se présentent aux services de santé avec plus de 72 heures après l'agression vers d'autres services de lutte contre le VIH.
	Pilule contraceptive d'urgence (PCU)	Donner la PCU dès que possible et jusqu'à 120 heures après le viol.
	Traitement présomptif des infections sexuellement transmissibles (IST)	Dès que possible , donner un traitement préventif pour l'infection à <i>Chlamydia</i> , la blennorragie et la syphilis. Si la survivante se présente plusieurs semaines après l'agression, traiter en suivant une approche syndromique ou sur la base des résultats d'analyses de laboratoire, si disponibles.
	Prophylaxie antitétanique	Donner un traitement en fonction du risque et du statut vaccinal avant l'exposition.
	Prophylaxie de l'hépatite B	Procéder à la vaccination conformément au protocole, à moins qu'elle ne soit déjà vaccinée.
	Prise en charge d'une grossesse non désirée	Apporter des conseils et discuter des différentes options avec la survivante.

et souhaits (voir la partie 1 « Préparation »). Les survivantes peuvent rencontrer de nombreux problèmes, tels que la stigmatisation, l'isolement et le rejet de la famille, qui nécessitent l'attention de différents prestataires de services. Pour aider plus efficacement les survivantes à avoir accès à des services supplémentaires, reportez-vous aux recommandations formulées dans la section « Soutenir » de la partie 2 « Soutien de première ligne ».

Étape 7. Évaluer la santé mentale et apporter un soutien psychosocial

Le rôle du/de la prestataire de soins de santé ne se limite pas à l'examen physique. La prise en charge médicale des survivantes de viol comprend l'évaluation des troubles psychologiques et émotionnels, le soutien psychologique de base et d'autres formes de soutien, et, si nécessaire, l'orientation de la survivante vers d'autres prestataires de services pour prendre en charge les troubles mentaux courants, l'abus de substances, les comportements à risque et d'autres problèmes sociaux ou de santé mentale. Même si des symptômes liés au traumatisme n'apparaissent pas toujours, ou s'ils peuvent disparaître avec le temps, toutes les survivantes doivent se voir proposer une orientation vers des services d'aide psychosociale s'ils existent.

Les survivantes sont davantage susceptibles de présenter toute une série de symptômes tels qu'un sentiment de culpabilité et de honte, de la colère, de l'anxiété, de la peur, des cauchemars, des pensées suicidaires ou des tentatives de suicide, une léthargie, l'abus de substances, des troubles sexuels, des plaintes somatiques sans explication médicale ou le retrait social.

Prodiguez des soins de base pratiques sans vous montrer intrusif/-ive. Écoutez, mais ne la forcez

pas à parler de l'événement, et assurez-vous que ses besoins essentiels sont satisfaits. Ne poussez pas une survivante à partager son expérience personnelle au-delà de ce qu'elle aurait dévoilé naturellement car cela pourrait causer de plus grands problèmes psychologiques. Reconnaissez que la survivante a subi un événement traumatique au niveau physique et émotionnel. Expliquez qu'il est commun d'éprouver de fortes émotions négatives ou une certaine léthargie après un viol.

Dans la plupart des cultures, il existe une tendance à blâmer la survivante de viol. Si la survivante exprime ce sentiment de culpabilité ou de honte, expliquez-lui délicatement que le coupable du viol est toujours l'auteur, et ce n'est jamais la faute de la survivante. Assurez à la survivante qu'elle ne méritait pas d'être violée, que l'agression n'était pas de sa faute et que cela n'a pas été provoqué par son comportement ou par sa manière de s'habiller. Ne portez pas de jugement moral sur la survivante.

Des recommandations plus détaillées sur la prise en charge des troubles de la santé mentale des survivantes sont fournies dans la partie 5 « Soins de santé mentale complémentaires et soutien psychosocial ».

Étape 8. Assurer un suivi médical

Des consultations de suivi devraient être prévues deux semaines, un mois, trois mois et six mois après la première consultation. Dans certaines situations de crise humanitaire, un suivi à long terme peut ne pas être réalisable, notamment en cas de déplacements. Les prestataires de soins de santé devraient prévoir au moins une consultation de suivi dans les trois premiers mois et s'assurer que les soins et médicaments essentiels sont fournis lors de la première consultation. Une liste de contrôle pour chacune des consultations de suivi est incluse dans le Tableau 3.4.

Tableau 3.4. Liste de contrôle des consultations de suivi d'une survivante de viol

Consultation de suivi à deux semaines	
Blessures	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifiez que toutes les blessures guérissent correctement.
IST	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifiez que la survivante a terminé le traitement médical contre les infections sexuellement transmissibles (IST). • Vérifiez l'observance de la prophylaxie post-exposition (PPE), si elle la prend. • Discutez des résultats d'analyse
Grossesse	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiquez un test de grossesse si la femme est susceptible d'être enceinte. Si elle l'est, expliquez-lui les options disponibles et parlez-en avec elle. Si l'avortement est légalement autorisé, et qu'elle choisisse cette option, orientez-la vers un service d'avortement médicalisé.
Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Continuez le soutien de première ligne et évaluez l'état émotionnel et mental de la survivante (voir l'étape 7).
Planification	<ul style="list-style-type: none"> • Rappelez-lui de revenir pour une vaccination de rappel contre l'hépatite B un mois et six mois plus tard et pour un test de dépistage du VIH trois mois et six mois plus tard, ou sinon, orientez-la vers son/sa prestataire de soins de santé habituel.le pour le suivi. • Demandez-lui de revenir pour un suivi si des symptômes physiques et émotionnels de stress apparaissent ou s'aggravent, ou s'il n'y a aucune amélioration 1 mois après les faits. • Prenez le prochain rendez-vous de suivi 1 mois après la première consultation.
Consultation de suivi à un mois	
IST	<ul style="list-style-type: none"> • Administrez la seconde dose de vaccin contre l'hépatite B, si nécessaire. Rappelez-lui la dose du 6ème mois. • Pratiquez un test de dépistage de la syphilis, de la blennorragie, de l'infection à <i>Chlamydia</i> et de la trichomonase (s'ils sont disponibles), même si un traitement préventif et un test de dépistage ont été prescrits peu après l'exposition. • Demandez à la survivante si elle présente des symptômes d'IST et examinez-la afin de constater la présence éventuelle de lésions génitales et/ou anales ou d'autres signes d'IST.¹⁷
Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Continuez le soutien de première ligne et évaluez l'état émotionnel et mental de la victime (voir l'étape 7). En cas de dépression, de troubles de stress post-traumatique (TSPT), d'autodestruction, de comportement suicidaire ou de plaintes somatiques sans explication médicale, veuillez-vous reporter à l'annexe 10.
Planification	<ul style="list-style-type: none"> • Prenez le prochain rendez-vous de suivi 3 mois après la première consultation.
Consultation de suivi à trois mois	
IST	<ul style="list-style-type: none"> • Proposez un test de dépistage du VIH et des conseils. Assurez-vous que des conseils sur la prévention, le traitement et les soins liés au VIH sont fournis avant et après le test. • Si le test de laboratoire est disponible, refaites un test de dépistage de la syphilis. • Si aucun traitement préventif des IST n'a été donné, examinez la patiente pour déterminer si elle présente une IST et donnez-lui un traitement le cas échéant.
Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Continuez le soutien de première ligne et évaluez l'état émotionnel et mental de la victime (voir l'étape 7). En cas de dépression, de TSPT, d'autodestruction, de comportement suicidaire ou de plaintes somatiques sans explication médicale, veuillez-vous reporter à l'annexe 10.
Planification	<ul style="list-style-type: none"> • Prenez le prochain rendez-vous de suivi 6 mois après l'agression sexuelle. Si nécessaire, rappelez-lui la dose du 6ème mois du vaccin contre l'hépatite B
Consultation de suivi à six mois	
IST	<ul style="list-style-type: none"> • Proposez un test de dépistage du VIH et des conseils si cela n'a pas déjà été fait. Assurez-vous que des conseils sur la prévention, le traitement et les soins liés au VIH sont fournis avant et après le test. • Administrez la troisième dose de vaccin contre l'hépatite B, si nécessaire. • Si aucun traitement préventif des IST n'a été donné, examinez-la pour déterminer si elle présente une IST et lui prescrire un traitement le cas échéant.
Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Continuez le soutien de première ligne et évaluez l'état émotionnel et mental de la victime (voir l'étape 7). En cas de dépression, de TSPT, d'autodestruction, de comportement suicidaire ou de plaintes somatiques sans explication médicale, veuillez-vous reporter à l'annexe 10.

¹⁷ Lorsque des ulcérations génitales évocatrices de la syphilis sont présentes à l'examen physique et que le test de dépistage de la syphilis se révèle négatif, il peut être nécessaire de répéter le test de dépistage pour exclure la syphilis car la réponse immunitaire peut être retardée. Un test tréponémique ou non tréponémique négatif trois mois après l'exposition sexuelle exclut le diagnostic de syphilis. Un traitement préventif par benzathine benzylpénicilline ou doxycycline (uniquement en l'absence de grossesse) devrait être fourni en présence de lésions suspectes. De la même façon, le test de dépistage de l'infection à *Chlamydia* et de la blennorragie peut être négatif s'il est effectué moins d'une semaine après l'exposition. Répétez le test de dépistage si nécessaire.

Partie 4. Identification et prise en charge des survivantes de violence exercée par un partenaire intime

Étape 1. Déterminer si une femme subit une violence exercée par un partenaire intime

IMPORTANT ! L'OMS ne recommande pas de dépistage universel systématique de la violence conjugale ou exercée par un partenaire intime dont pourraient être victimes les femmes qui consultent pour des soins de santé. L'OMS encourage les prestataires de soins de santé à avoir pleinement conscience de ce problème et à soulever cette question avec les femmes qui ont des blessures ou des problèmes de santé dont ils pensent être liés à des actes de violence.

Comment savoir s'il s'agit de violence exercée par un partenaire intime ?

Les femmes survivantes de violence exercée par un partenaire intime (VPI) recherchent souvent des soins de santé généralement pour des troubles émotionnels ou physiques connexes, y compris des blessures ou des symptômes de stress. Leurs problèmes de santé peuvent être provoqués par la violence ou aggravés par cette dernière. Elles peuvent être confrontées à des abus continus à la maison ou elles peuvent encore être affectées par des abus survenus dans le passé. Souvent, une femme ne vous parlera pas de violence parce qu'elle a honte, peur d'être jugée ou peur de son partenaire.

Vous pouvez soupçonner qu'une femme a subi de la VPI si elle présente les éléments suivants :

- ▶ Blessures répétées ou pour lesquelles elle ne fournit pas une explication satisfaisante ;
- ▶ Infections sexuellement transmissibles à répétition (IST) ;

- ▶ Grossesses non désirées, fausses couches et avortement à risque à répétition ;
- ▶ Douleurs ou maladies chroniques inexplicables (douleur pelvienne ou problèmes sexuels, troubles gastro-intestinaux, infection urinaire ou rénale, maux de tête) ;
- ▶ Consultations de santé répétées sans diagnostic clair ;
- ▶ Problèmes de santé émotionnelle permanents, comme le stress, l'anxiété ou la dépression ;
- ▶ Comportements nocifs, tels que l'abus d'alcool ou de substances psychoactives ;
- ▶ Pensées, plans ou actes autodestructeurs ou (tentative de) suicide.

Que faire si vous soupçonnez de la violence ?

Si vous soupçonnez qu'une femme prise en charge dans votre établissement de soins de santé pourrait avoir subi de la VPI (ou qu'elle pourrait toujours y être assujettie), il existe des méthodes sûres et encourageantes permettant d'engager la conversation avec elle. L'Aide-mémoire 6 fournit des exemples de phrases et questions types que vous pouvez utiliser pour engager un échange sur la VPI avec la patiente.

Avant de parler avec une femme au sujet de la VPI, prenez en considération les éléments suivants.

- ▶ Ne soulevez jamais le problème de VPI à moins que la femme ne soit seule. Même si elle est avec une autre femme, celle-ci pourrait être la mère ou la sœur d'un agresseur.
- ▶ Si vous la questionnez au sujet de la violence, faites-le avec empathie, sans porter de jugement.
- ▶ Utilisez un langage adapté à la culture et à la communauté dans lesquelles vous travaillez. Il se peut que certaines femmes n'aiment pas les mots « violence » et « maltraitance » ou « abus ». Dans certaines cultures ou communautés, d'autres mots servent à décrire ce problème. Il est important d'employer les mots que les femmes utilisent elles-mêmes.

Poser des questions sur la VPI

Voici quelques remarques que vous pouvez faire pour amener le sujet de la violence avant de poser des questions directes :

- ▶ Vivez-vous des problèmes chez vous ? Est-ce quelque chose ne va pas à la maison ?
- ▶ Beaucoup de femmes rencontrent des problèmes avec leur mari ou leur partenaire, ou quelqu'un d'autre avec qui elles vivent. Vous sentez-vous en sécurité chez vous ?

- ▶ J'ai vu des femmes avec des problèmes comme les vôtres qui traversent des difficultés à la maison.

Voici quelques questions simples et directes que vous pouvez poser au départ pour montrer à une femme que vous êtes prêt.e à écouter ses problèmes :

- ▶ Avez-vous peur de votre mari (ou de votre partenaire) ?
- ▶ Votre mari (ou votre partenaire) ou quelqu'un d'autre à la maison a-t-il déjà menacé de vous blesser ou de vous faire du mal physiquement d'une façon ou d'une autre ? Si oui, quand cela s'est-il produit ?
- ▶ Est-ce que votre mari (ou votre partenaire) ou quelqu'un d'autre à la maison vous maltraite ou vous insulte ?
- ▶ Votre mari (ou votre partenaire) essaie-t-il de vous contrôler, par exemple en ne vous permettant pas d'avoir de l'argent ou en ne vous laissant pas sortir de la maison ?
- ▶ Votre mari (ou votre partenaire) vous a-t-il forcé à avoir des rapports sexuels ou un contact sexuel que vous ne vouliez pas avoir ?
- ▶ Votre mari (ou votre partenaire) a-t-il menacé de vous tuer ?

En fonction de ses réponses, continuez à poser des questions et écoutez son histoire. Si elle répond « oui » à l'une de ces questions, continuez à lui offrir un soutien empathique tout en évaluant ses besoins.

Que faire si vous soupçonnez de la violence, mais que la patiente n'en parle pas ?

- ▶ Ne la pressez pas, donnez-lui le temps de décider ce qu'elle veut vous dire. Indiquez-lui que si cela devait lui arriver, ou arriver à quelqu'un d'autre, elle est libre de revenir en parler.
- ▶ Parlez-lui des services existants au cas où elle décide d'y avoir recours. Utilisez le système de référencement en place pour la diriger vers d'autres services, en accord à ses souhaits.
- ▶ Offrez-lui des informations sur les effets de la violence sur la santé des femmes et de leurs enfants.
- ▶ Offrez-lui une consultation de suivi.

Étape 2. Vraiment écouter, s'Informer sur les besoins et les préoccupations, et Valider

En suivant l'approche VIVRE décrite dans la partie 2, écoutez vraiment la survivante, informez-vous sur ses besoins et ses préoccupations, et validez ses sentiments et expériences. C'est la première étape pour fournir des soins centrés sur la survivante.

Étape 3. Fournir des soins physiques

Une femme qui subit de la VPI peut présenter des blessures physiques ou d'autres problèmes de santé nécessitant un traitement médical. Elle pourrait venir consulter pour un problème particulier, en dévoilant ou pas qu'il est lié à de la violence. Il est important de fournir le meilleur niveau de soins de santé possible, conformément aux protocoles pertinents, tout en apportant un soutien de première ligne et en veillant à respecter les principes directeurs énoncés dans le présent document. Les prestataires de soins de santé ne devraient pas discriminer les survivantes, les juger ou les blâmer à cause de la violence qui leur sont faites, ni leur refuser les soins dont elles ont besoin. Si une survivante ne présente aucun problème de santé physique ou mental, continuez de lui apporter un soutien de première ligne (voir la partie 2) et orientez-la vers des services complémentaires si besoin.

Étape 4. Renforcer sa sécurité et son entourage, et la référer pour plus d'assistance au besoin

Les survivantes de VPI sont souvent exposées au risque que la violence continue si elles rentrent chez elles, et nombre d'entre elles n'ont pas d'autre choix que de rester à la maison et de poursuivre leur relation. En cas de VPI, les femmes sont exposées à un risque continu, même si elles n'expriment pas d'inquiétude pour leur sécurité. Aidez la survivante à évaluer le risque immédiat de violence (voir l'Aide-mémoire 6), à identifier et prendre des mesures pour assurer sa sécurité et à avoir accès à une assistance supplémentaire.

Les femmes qui continuent à vivre dans une relation violente auront besoin d'un plan de sécurité plus approfondi et d'une assistance spécialisée. L'Aide-mémoire 7 présente des éléments d'un plan de sécurité ainsi que des questions à poser pour l'aider à établir un plan.

La planification de la sécurité et la prise en charge des cas sont des compétences spécialisées que possèdent généralement des travailleurs sociaux, des psychologues, des personnels d'ONG formés et d'autres personnes travaillant pour des programmes de lutte contre les violences faites aux femmes. Si ces programmes existent au niveau local, référez les survivantes de VPI vers eux pour qu'elles puissent bénéficier d'un appui complet et à plus long terme.

Une fois que les questions de sécurité sont résolues, assurez-vous que la survivante est référée vers les autres services souhaités, tels que les services de prise en charge des cas de VBG, la police, les services d'aide juridique ou les groupes de soutien,

IMPORTANT ! Si la femme ne peut pas rentrer chez elle sans danger, référez-la vers les services appropriés pour lui fournir un abri ou un logement sûr, ou travaillez avec elle pour trouver un lieu sûr où elle puisse aller (par exemple le domicile d'une amie ou l'église). Ces situations devraient être anticipées et discutées lors du processus d'élaboration de réseaux et des systèmes de référencement (voir la Partie 1 « Préparation »), et les ressources appropriées sont identifiées.

selon les systèmes de référencement établis et en fonction de ses besoins et souhaits (voir la partie 1 « Préparation »). Les survivantes peuvent rencontrer de nombreux problèmes, tels que la stigmatisation, l'isolement et le rejet de la famille, qui nécessitent l'attention de multiples prestataires de services. Reportez-vous aux recommandations énoncées dans la section « Soutien » de la partie 2 : « soutien de première ligne », pour aider plus efficacement les survivantes à accéder à des services complémentaires ?

Étape 5. Évaluer la santé mentale et apporter un soutien psychosocial

La VPI s'accompagne souvent de niveaux élevés d'abus émotionnels et peut avoir un impact grave sur la santé mentale de la survivante. Évaluez l'état mental de la femme, apportez-lui un soutien psychosocial de base et, si nécessaire, orientez-la vers d'autres services spécialisés dans la prise en charge de problèmes psychologiques, tels que les troubles mentaux courants, l'abus de substances et

les comportements à risque. Même si les symptômes psychologiques peuvent ne pas se produire, ou s'ils peuvent disparaître avec le temps, toutes les survivantes doivent se voir proposer une orientation vers des services d'aide psychosociale pour VBG, s'ils existent.

Des recommandations plus détaillées sur la prise en charge des troubles de la santé mentale des survivantes sont fournies dans la partie 5 : « Soins de santé mentale complémentaires et soutien psychosocial ».

Étape 6. Documenter sa visite

La documentation de la visite constitue un aspect important de la prestation et la continuité de soins de qualité car il vous permet de vous souvenir de ce qui a été évoqué et traité et/ou d'informer un.e autre prestataire à des fins de visites ultérieures. Une description des blessures peut également s'avérer importante si la survivante décide de porter plainte à la police. Pour documenter correctement les blessures, veuillez respecter les étapes suivantes.

- ▶ Dites à la survivante ce que vous souhaiteriez noter et pourquoi. Demandez-lui si elle est d'accord. Respectez ses désirs. S'il y a quelque chose qu'elle ne veut pas voir écrit, ne le consignez pas.
- ▶ Notez dans le dossier médical tout problème de santé, symptôme ou signe, comme vous le feriez pour n'importe quel.e autre patient.e, incluant une description de ses blessures. Il peut être utile de noter la cause réelle ou présumée de ses blessures ou autres problèmes de santé, y compris qui l'a blessée.
- ▶ Ne notez rien à un endroit où une personne qui n'est pas censée être au courant pourrait le lire, par exemple sur une radiographie ou une pancarte de lit.
- ▶ Soyez conscient.e des situations où la confidentialité peut être brisée. Faites attention à ce que vous écrivez, sur quel document vous écrivez, dans quel lieu vous vous trouvez lorsque vous rédigez vos observations et de l'endroit où vous laissez les dossiers. Pour améliorer le respect de la confidentialité, certaines structures de santé utilisent un code ou un signe spécial pour indiquer les cas de maltraitance réelle ou présumée.

Aide-mémoire 6.

Questions pour évaluer le risque immédiat de violence

Les femmes qui répondent « oui » à au moins trois des questions suivantes sont susceptibles d'être exposées à un risque de violence immédiate particulièrement élevé.

- La violence physique s'est-elle produite plus souvent ou s'est-elle aggravée au cours des six derniers mois ?
- Votre partenaire a-t-il déjà utilisé une arme ou vous a-t-il déjà menacée avec une arme ?
- A-t-il déjà essayé de vous étrangler ?
- Croyez-vous qu'il pourrait vous tuer ?
- Vous a-t-il déjà battue quand vous étiez enceinte ?
- Est-il violemment et constamment jaloux de vous ?

► N'oubliez pas que la femme vous a fait confiance lorsqu'elle a partagé avec vous des informations privées et sensibles. Vos actes pourraient

rapidement la mettre davantage en danger. Tenez-la informée et respectez ses souhaits.

Aide-mémoire 7.

Plan de sécurité	
Lieu sûr où aller	Si vous deviez quitter votre maison à la hâte, où pourriez-vous aller ?
Plan pour les enfants	Partiriez-vous seule ou emmèneriez-vous vos enfants ?
Transport	Comment allez-vous vous rendre à ce lieu/endroit sûr ?
Objets à emporter	Aurez-vous besoin d'emporter des documents, des clés, de l'argent, des vêtements ou d'autres objets quand vous partirez ? Qu'est-ce qui est essentiel ? Pouvez-vous rassembler ces objets dans un lieu/endroit sûr ou les laisser à quelqu'un, au cas où ?
Finances	S'il vous faut partir, avez-vous accès à de l'argent ? Où cet argent est-il rangé ? Pouvez-vous le prendre en cas d'urgence ?
Soutien dans le voisinage	Y a-t-il un.e voisin.e à qui vous puissiez parler de la violence et qui pourrait appeler la police ou vous apporter de l'aide s'il/si elle entend des bruits de dispute chez vous ?

Partie 5. Soins de santé mentale complémentaires et soutien psychosocial

La violence sexuelle et la violence exercée par un partenaire intime (VPI) figurent parmi les facteurs de stress les plus graves auxquels une personne peut être confrontée au cours de sa vie. Elles peuvent avoir des conséquences importantes sur la santé mentale.

Les réactions de détresse psychologique sont courantes après des actes de violence et peuvent inclure la peur, la tristesse, la colère, des étourdissements ou une léthargie, l'autoaccusation, des sentiments de culpabilité et de honte, des cauchemars, des troubles du sommeil ainsi qu'un repli sur soi, isolement et retrait social. Bien qu'accablantes, ces réactions sont souvent temporaires et sont des réactions normales face à des événements traumatiques. Ces problèmes s'estomperont avec le temps, si la situation de violence cesse. La plupart des survivantes s'en remettent, surtout si elles se sentent en sécurité et si elles bénéficient d'un soutien émotionnel et de la compréhension de personnes en qui elles ont confiance.

En cas de VPI, l'impact sur la santé mentale peut être plus insidieux car la VPI peut se répéter sur une longue période, parfois aller crescendo et être associée à de hauts niveaux d'abus émotionnels.

Certaines femmes peuvent développer des problèmes de santé mentale plus graves tels que la dépression, des idées suicidaires, l'automutilation, des troubles de stress post-traumatique (TSPT) ou des plaintes somatiques sans explication médicale, des troubles du sommeil ou encore de l'anxiété.

Les personnels de santé en médecine générale devraient respecter les étapes suivantes.

- ▶ Offrir un soutien de première ligne (voir la partie 2) et un soutien psychosocial de base (voir la section 5.1) à toutes les survivantes de VPI et de violence sexuelle. Cette aide pourrait s'avérer suffisante pour les personnes présentant des signes transitoires ou temporaire de stress psychologique. Dans une situation d'urgence où un.e prestataire de soins de santé risque de ne voir une survivante qu'une seule fois, ce type de soutien peut constituer l'aide la plus importante que vous puissiez apporter.
- ▶ Cherchez à déterminer si la survivante présente des problèmes de santé mentale, si ses symptômes sont suffisamment graves pour affecter son fonctionnement quotidien et s'ils ne régressent pas avec le temps (voir la section 5.2).

Précautions

1. Ne prescrivez pas systématiquement des benzodiazépines en cas d'insomnie.
2. Ne prescrivez pas de benzodiazépines ni d'antidépresseurs en cas de détresse aiguë.

Si possible, mettez-la en lien avec un travailleur social, un.e conseiller/ère ou un.e psychologue formé.e et/ou disposant de plus de temps pour lui fournir des soins appropriés.

- ▶ Prévoyez des rendez-vous réguliers pour assurer un suivi et lui apporter une aide supplémentaire au cours du mois suivant et jusqu'à trois mois après l'agression, si possible.

5.1 Apporter un soutien psychosocial de base

Fournir des informations sur les réactions de stress normales après une expérience de violence

Cela peut soulager les survivantes et les aider à mieux faire face à la situation. Les prestataires de soins de santé devraient expliquer aux survivantes les points suivants :

- ▶ La plupart des femmes qui ont survécu à la violence présentent des symptômes de détresse émotionnelle.
- ▶ Ces réactions sont normales et communes chez les personnes qui ont vécu une situation stressante et effrayante.
- ▶ Dans la plupart des cas, ces réactions à un acte de violence s'atténueront avec le temps et elle se sentira mieux surtout si elle a bénéficié d'un appui pratique et émotionnel de la part d'autres personnes.

Traiter les facteurs de stress psychosociaux actuels

Identifiez et discutez des problèmes qui créent du stress et ont un impact sur la vie de la survivante.

Demandez :

- ▶ Quel est votre plus grand souci ces jours-ci ? Quels sont vos plus graves problèmes en ce moment ?
- ▶ Comment ces soucis ou problèmes vous affectent-ils ?

Aidez-la à gérer les facteurs de stress :

- ▶ Passez en revue et renforcez les soutiens sociaux de la survivante et ses méthodes d'adaptation.
- ▶ Enseignez-lui des techniques de gestion du stress, telles que des exercices de relaxation.
- ▶ Essayez d'identifier avec elle des solutions et stratégies d'adaptation potentielles. De façon générale, ne donnez pas de conseils directs. Encouragez la femme à trouver ses propres solutions.
- ▶ Discutez des référencements possibles vers des organismes compétents ou des ressources communautaires.

Passer en revue et renforcer les méthodes d'adaptation positives

Dans les situations de crise humanitaire, les activités routinières et quotidiennes sont souvent

Encadré 5.1. Technique de respiration lente

Commencez par expliquer l'objectif. Voici un exemple : « Je vais vous apprendre comment respirer pour vous aider à détendre votre corps et votre esprit. Il vous faudra un peu d'entraînement avant de tirer pleinement bénéfice de cette technique de respiration. Cette technique repose sur la respiration car lorsque nous sommes stressé.e.s, notre respiration devient plus rapide et superficielle, et nous nous sentons plus tendu.e.s. Vous pouvez utiliser ces exercices dès que vous vous sentez stressé.e ou anxieux/-ieuse ou que vous n'arrivez pas à dormir. »

Donnez-lui les consignes suivantes, montrez-lui les différentes étapes ou mettez-les en pratique ensemble :

- Asseyez-vous les pieds à plat sur le sol. Posez les mains sur les cuisses. Vous pouvez fermer les yeux ou les garder ouverts.
- Détendez votre corps. Secouez les bras et les jambes puis relâchez-les. Roulez les épaules vers l'arrière et bougez la tête d'un côté à l'autre.
- Posez à présent une main sur votre ventre et l'autre sur le haut de votre thorax. Concentrez-vous sur votre respiration.
- Expirez lentement par la bouche tout l'air de vos poumons et sentez votre ventre s'aplatir. Inspirez maintenant lentement et profondément par le nez et sentez votre ventre se gonfler comme un ballon. → Faites-lui une démonstration de cette technique de respiration : essayez d'exagérer les mouvements lorsque vous rentrez et sortez votre ventre.
- Continuez à respirer profondément et lentement. Vous pouvez compter 1-2-3 à chaque inspiration et 1-2-3 à chaque expiration. → Montrez-lui l'exemple en comptant lentement à l'inspiration et à l'expiration.
- Continuez à respirer de la sorte pendant deux minutes. À mesure que vous respirez, sentez la tension quitter votre corps.

interrompues en raison de déplacements, de la fragmentation des réseaux sociaux, de ressources limitées et de bouleversements. En plus, la survivante de violence peut avoir plus de difficultés à mener à bien ses activités quotidiennes. Discutez avec elle de sa vie, de ses activités, et demandez-lui comment elle s'adapte.

Posez les questions suivantes :

- ▶ Comment (la violence) vous a-t-elle affectée ?
- ▶ Comment arrivez-vous à vivre avec ou supporter ces problèmes jour après jour ?

Passez en revue les stratégies potentielles d'adaptation qui sont faisables pour elle, en la soutenant et sans porter de jugement.

Encouragez-la à :

- ▶ Tirer parti de ses forces et de ses capacités (par exemple : demandez-lui ce qui va bien en ce moment et comment elle a surmonté des situations difficiles par le passé) ;
- ▶ Continuer ses activités normales, en particulier celles qu'elle trouvait intéressantes ou agréables ;
- ▶ Participer à des activités relaxantes pour réduire l'anxiété et la tension (par exemple : marcher, chanter, prier, jouer avec des enfants) ;
- ▶ Passer du temps avec des ami.e.s et les membres de la famille qui la soutiennent et éviter de s'isoler ;
- ▶ Essayer de pratiquer une activité physique régulière ;
- ▶ Essayer de respecter des heures de sommeil régulières et éviter de trop dormir ; et
- ▶ Éviter de recourir à l'automédication ou à la consommation d'alcool ou de substances illicites pour essayer de se sentir mieux.

Exercices de relaxation et de réduction du stress

Des techniques de réduction du stress peuvent être utilisées pour gérer le stress et l'anxiété. Veillez à lui montrer ces techniques et à vous y exercer ensemble pendant le rendez-vous. Encouragez-la à les mettre en pratique chez elle lorsqu'elle se sent stressée. Une technique de respiration lente est présentée dans l'Encadré 5.1.

5.2 Évaluer les troubles de la santé mentale

Quand la plupart des survivantes de violence sexuelle ou VPI récupère grâce à un soutien de base, certaines peuvent connaître des symptômes et des problèmes affectant leur fonctionnement quotidien. Dans ce cas, vous devrez évaluer leur état mental et les orienter vers un spécialiste de la santé mentale.

Principes généraux

- ▶ **Soyez prudent.e.s si vous impliquez des membres de la famille ou des personnes qui s'occupent de la survivante dans l'évaluation de la santé mentale et les soins.** Des membres de la famille ou des personnes soignantes sont souvent impliqués dans les soins et l'appui apportés aux personnes présentant des problèmes de santé mentale et peuvent constituer une source de soutien importante. Toutefois, certains soignants et membres de la famille peuvent ne pas être d'un grand soutien, peuvent ne pas garder les informations confidentielles, ou même qu'ils soient les auteurs de la VPI ou de la violence sexuelle. Il peut être utile d'impliquer des membres de la famille quand ils sont bienveillants et non blessants si la survivante donne son consentement.
- ▶ **Impliquer la femme autant que possible.** Même si le fonctionnement de la femme est affecté et si elle peut compter sur la présence de membres de la famille bienveillants, veillez toujours à l'impliquer autant que possible dans la discussion.
- ▶ **Expliquer les limites de la confidentialité.** Faites savoir à la femme que vous respecterez la confidentialité, sauf si vous percevez un risque pour elle (par exemple, de suicide ou d'autodestruction) ou pour les autres, ou si des exigences légales le requièrent.
- ▶ **S'assurer que les informations fournies sont claires.** Répétez les informations, laissez à la survivante le temps de poser des questions et envisagez de donner des informations écrites sur des problèmes de santé mentale spécifiques.

Encadré 5.2. Suicide et autodestruction

Certains agents de santé ont peur qu'en interrogeant la personne à propos du suicide, ils n'entraînent celle-ci à commettre un tel acte. Ce n'est pas le cas. Au contraire, parler du suicide diminue souvent l'anxiété de la personne face à ses pensées suicidaires, et les aide à se sentir compris et peut les encourager à rechercher de l'aide.

Vous pouvez commencer par des questions générales telles que :

- « Qu'espérez-vous de l'avenir ? »

Si la survivante exprime un sentiment de désespoir, demandez-lui si elle a, ou si elle a déjà eu, des pensées suicidaires ou le projet de se suicider ou de se faire du mal. Si tel est le cas, il y a un risque immédiat d'autodestruction ou de suicide ; référez-la immédiatement vers un spécialiste de la santé mentale. Elle ne doit pas rester seule tant que vous ne vous êtes pas assuré.e qu'elle reçoit les soins appropriés.

Plus de précisions sur l'évaluation et la prise en charge des troubles de la santé mentale mentionnés dans le présent document et d'autres problèmes de santé mentale prioritaires, tels que l'usage nocif de l'alcool et de substances psychoactives dans les situations de crise humanitaire, sont disponibles dans le guide disponible en anglais uniquement **mhGAP humanitarian intervention guide** (mhGAP-HIG; available at: http://www.who.int/mental_health/publications/mhgap_hig/en/).

Évaluation de la santé mentale

Prêtez attention à son état de santé mentale, et notamment aux éléments suivants :

- ▶ Son apparence générale (prend-elle soin de son apparence ?) ;
- ▶ Son comportement (agitation, par exemple) ;
- ▶ Ses expressions faciales, son humeur (pleure-t-elle, est-elle anxieuse, son visage est-il sans expression ?) ;
- ▶ Son langage corporel (posture, contact visuel, par exemple), et
- ▶ Sa façon de parler (parle-t-elle rapidement ou lentement, reste-t-elle silencieuse ?) et ses pensées (souvenirs récurrents, par exemple).

Pendant l'anamnèse, posez des questions générales sur ses émotions et son ressenti, par exemple :

- ▶ Comment vous sentez-vous ?
- ▶ Avez-vous des difficultés à vous adapter à votre vie quotidienne ?
- ▶ Dans quelle mesure vos difficultés affectent-elles votre vie, notamment vos relations avec votre famille et vos ami.e.s, votre travail ou vos autres activités ?

Les considérations relatives à des problèmes de santé mentale préexistants sont résumées dans l'Encadré 5.3

Conduisez une évaluation de la santé mentale plus poussée si nécessaire

Si, lors de votre évaluation, vous identifiez des troubles de l'humeur, de la pensée ou du comportement et si la survivante n'est pas capable de retrouver un fonctionnement normal au quotidien (si elle a par exemple des difficultés à sortir de son lit, à prendre soin de ses enfants, à aller au travail ou à s'occuper de sa maison), il est possible qu'elle ait des problèmes de santé mentale plus graves. Pour vous aider à comprendre quand référer une survivante vers un spécialiste, reportez-vous à l'annexe 10 qui inclut de brèves recommandations sur l'évaluation des troubles dépressifs, des troubles de stress post-traumatique (TSPT), de l'autodestruction et du suicide ainsi que des plaintes somatiques inexplicables.

Encadré 5.3. Considérer les conditions de santé mentale pré-existantes

Les problèmes de santé mentale préexistants devraient être pris en considération lors de l'évaluation de l'état de santé et de la planification des soins pour les survivantes de violence sexuelle et de violence exercée par un partenaire intime (VPI).

Remarques importantes :

- Toute communauté va avoir des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale préexistants. Ces derniers peuvent être exacerbés ou réapparaître si ces personnes vivent de la VPI ou de la violence sexuelle.
- Les femmes ayant des problèmes de santé mentale et d'abus de substances peuvent être exposées à un risque accru de VPI et de violence sexuelle. Il peut donc s'observer un poids disproportionné entre les antécédents de santé mentale et l'abus de substances parmi les survivantes.
- Si une femme avait déjà eu des problèmes de santé mentale (tels que des troubles dépressifs ou des problèmes d'abus de substances) avant d'être survivante de violence, elle sera bien plus vulnérable à en souffrir de nouveaux.
- De même, des antécédents d'exposition à la violence (tels que des abus sexuels lors de l'enfance, la VPI, un traumatisme lié à la guerre, etc.) devraient être pris en considération dans le processus d'évaluation de la santé mentale et de planification du traitement.

Partie 6. Prise en charge des enfants victimes de violence

Dans la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant,¹⁸ un enfant est défini comme une personne âgée de moins de 18 ans. Le rôle fondamental d'un prestataire de soins de santé est le même pour un.e enfant survivant d'abus sexuel que pour un.e adulte : il s'agit de fournir un soutien de première ligne et des soins complémentaires. Toutefois, les besoins et les capacités des enfants et la manière pour y répondre diffèrent. Pour consulter des recommandations complètes sur la prise en charge des enfants survivants, reportez-vous aux recommandations cliniques de l'OMS publiées en anglais *Responding to children and adolescents who have been sexually abused*.¹⁹ Plusieurs points importants sur cette question sont également présentés dans l'Encadré 6.1 et des principes directeurs sont exposés dans l'Encadré 6.2.

6.1 Apporter un soutien de première ligne aux enfants victimes de violence

Il est fort probable que les enfants qui ont été abusés sexuellement vous soient signalé.e.s par une personne qui s'occupe d'eux/elles ou par un autre

Encadré 6.1. Points importants à savoir avant la prise en charge d'enfants victimes de violence

- S'il est obligatoire de rapporter/signaler les cas d'abus sur les enfants, il convient de se procurer un exemplaire du protocole national de gestion de ces cas sur mineurs (et du formulaire de signalement) ainsi que des informations sur les procédures de police et judiciaires en vigueur. Évaluez chaque cas séparément : dans certains cas, le signalement de la suspicion d'un abus sexuel sur un enfant peut nuire à l'enfant en l'absence de mesures de protection.
- Prenez connaissance des lois spécifiques locales qui déterminent qui peut donner le consentement aux soins médicaux pour les mineur.e.s et qui peut être appelé à témoigner devant les tribunaux en qualité d'expert.
- Les prestataires de soins doivent connaître les aspects liés au développement, à la croissance et à l'anatomie normale des enfants. Il est recommandé que le personnel médical reçoive une formation spéciale pour l'examen des enfants ayant été abusés.

adulte ; les enfants abusés demandent rarement de l'aide par eux-mêmes. Les enfants peuvent ne pas comprendre ce qui leur arrive et peuvent ressentir de la peur, de la gêne ou de la honte à l'égard de l'abus, ce qui peut affecter leur volonté et leur capacité à parler à des prestataires de santé. Votre réaction initiale aura un impact sur leur sentiment de sécurité et leur envie de parler, mais aussi aura un impact sur leur bien-être psychologique. Une réponse positive, encourageante aidera l'enfant abusé.e à se sentir mieux, tandis qu'une réaction négative (comme le fait de refuser de croire l'enfant ou de s'énerver à son encontre) pourrait lui causer encore plus de mal. Les prestataires de soins de santé devraient apporter un soutien de première ligne qui tienne compte des besoins différents des garçons et des filles (de la dimension de genre) et soit centré sur l'enfant ou l'adolescent.e. Cela inclut les mesures présentées dans l'Encadré 6.3.

Encadré 6.2. Principes directeurs à respecter lors de la prise en charge des enfants et des adolescentes

1. Veiller à l'intérêt supérieur de l'enfant ou de l'adolescente en favorisant et protégeant sa sécurité, sa vie privée et sa confidentialité et en apportant des soins avec sensibilité.
2. Tenir compte de l'évolution des capacités des enfants et des adolescentes en leur donnant des informations appropriées à leur âge, en veillant à obtenir leur consentement éclairé comme il convient, en respectant leur autonomie et leurs souhaits, et en leur proposant des choix sur leur prise en charge médicale, le cas échéant.
3. Respecter le principe de non-discrimination dans la prestation des soins, indépendamment du sexe, de la race, de l'origine ethnique, de la religion, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, du handicap ou du statut socio-économique.
4. Garantir la participation des enfants et des adolescentes dans la prise de décisions ayant des implications dans leur vie : demander leur avis et en tenir compte, les laisser prendre part à la planification et au déroulement des soins.

Source (en anglais uniquement) : *Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines (2017) – based on the United Nations Convention on the Rights of the Child and other human rights standards*

18 Convention relative aux droits de l'enfant. New York : Nations Unies ; 1989 (<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>, consultée le 18 mars 2019).

19 *Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines*. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/clinical-response-csa/en/>, www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/clinical-response-csa/en/, consultées le 18 mars 2019).

6.2 Créer un environnement sûr

Portez une attention particulière au choix des personnes qui sont présentes pendant l'entretien et l'examen d'un.e enfant victime de violence.

Encadré 6.3. L'approche VIVRE (Vraiment écouter, s'Informier sur les besoins et les préoccupations, Valider, Renforcer la sécurité et l'Entourage) adaptée aux enfants

- Écoutez activement l'enfant avec empathie, et croyez-le quand il parle (reportez-vous à la partie 2 du présent document sur le soutien de première ligne).
- Montrez-vous attentionné.e, réconfortant.e et encourageant.e.
- Rassurez l'enfant (validez ses propos), qu'il /elle n'est pas responsable de ce qui lui est arrivé et que vous le/la croyez.
- Donnez à des adultes non agresseurs des informations sur les soins à apporter à l'enfant ou à l'adolescent.e.
- Apportez des informations adaptées à l'âge de façon appropriée et dans un environnement favorable.
- Ne le/la blessez pas : faites bien attention à ne pas traumatiser l'enfant davantage. Ne vous énervez pas contre l'enfant, ne le/la forcez pas à répondre à une question à laquelle il/elle n'est pas prêt.e à répondre, à parler de l'agression sexuelle tant qu'il/elle n'est pas prêt.e, ou à répéter l'histoire de l'agression plusieurs fois à des personnes différentes.
- Employez des mots que l'enfant peut comprendre.
- Faites en sorte qu'il/elle se sente en sécurité.
- Expliquez à l'enfant pourquoi vous parlez avec lui/elle.
- Choisissez les bonnes personnes pour vous aider. En principe, seules des femmes, prestataires de services et interprètes, devraient être amenées à parler d'une agression sexuelle à une fille. Les garçons survivants de violence devraient avoir le choix (si possible) de parler à un prestataire homme ou femme car il est possible que certains garçons se sentent plus à l'aise en présence d'une femme. La meilleure pratique consiste à demander à l'enfant s'il/si elle préférerait parler avec un homme ou une femme qualifiée.
- Prêtez attention à la communication non verbale. Un.e enfant peut exprimer son sentiment de détresse en pleurant, en tremblant, en se cachant le visage ou en changeant de posture corporelle. Soyez attentif/-ve à ce que dévoile aussi votre propre langage corporel, afin de gagner la confiance de l'enfant.
- Respectez les opinions, les croyances et les pensées de l'enfant.²⁰

Les prestataires de soins de santé devraient veiller à minimiser de possibles traumatismes ou détresses supplémentaires. **N'oubliez pas que lorsqu'un membre de la famille accompagne l'enfant, il peut s'agir de l'auteur de l'abus.** Les enfants devraient être interrogé.e.s seul.e.s (c-à-d. séparément des personnes qui s'en occupent), mais il convient de lui proposer la présence d'un autre adulte ou d'une personne de confiance (telle qu'un agent de santé formé) pour lui apporter un soutien. Demandez toujours à l'enfant de choisir avec qui il veut être et respectez son souhait.

- ▶ Présentez-vous à l'enfant.
- ▶ Asseyez-vous à hauteur du regard de l'enfant et maintenez le contact visuel.
- ▶ Rassurez l'enfant et expliquez-lui qu'il ou elle n'a rien fait de mal.
- ▶ Posez quelques questions sur des sujets neutres, comme l'école, les ami.e.s, les personnes avec lesquelles l'enfant vit, ses activités préférées.
- ▶ Ayez des jouets à disposition, si possible, en particulier pour les plus jeunes enfants.

6.3 Obtenir le consentement éclairé

Les principaux éléments à prendre en considération pour l'obtention du consentement éclairé d'un.e enfant sont les suivants.

- ▶ Un.e enfant ne devrait jamais être examiné.e contre sa volonté, quel que soit son âge, à moins que l'examen ne soit nécessaire pour des raisons médicales.
- ▶ Les parents ou tuteurs légaux sont normalement responsables de donner le consentement éclairé au nom de l'enfant pour les soins cliniques pertinents, jusqu'à ce que l'enfant ou l'adolescent.e soit légalement autorisé.e à le faire. Cependant, dans les situations où il en va du meilleur intérêt de l'enfant ou de l'adolescent.e, le consentement éclairé peut être demandé directement à l'enfant ou adolescent.

6.4 Procéder à l'anamnèse

- ▶ Pour les jeunes enfants, assurez-vous de mettre à disposition des poupées, des crayons et d'autres jouets pour les tenir occupé.e.s pendant la conversation.
- ▶ Commencez 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 ? »

20 Caring for child survivors of sexual abuse: guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings. New York (NY): International Rescue Committee (IRC); 2012 (https://www.unicef.org/pacificislands/IRC_CCSGuide_FullGuide_lowres.pdf, consulté le 18 mars 2019).

- ▶ Rassurez l'enfant en lui disant que vous êtes là pour l'aider.
- ▶ Évitez de poser des questions orientées ou suggestives.
- ▶ Dites à l'enfant qu'il/elle peut sans problème répondre « je ne sais pas » à une question.
- ▶ Faites preuve de patience ; adaptez-vous au rythme de l'enfant et n'interrompez pas le fil de ses pensées. Observez l'enfant : s'il/si elle semble agacé.e ou angoissé.e, et accordez-lui des moments de pause.
- ▶ Posez des questions ouvertes pour obtenir des informations sur l'agression. Ne posez des questions dont la réponse est oui ou non que pour clarifier certains détails.
- ▶ Pour les filles, selon l'âge, posez des questions sur ses menstruations et ses antécédents obstétricaux (sa vie sexuelle n'est pas pertinente)
- ▶ Les enfants sont souvent victimes d'abus répétés. Pour vous faire une idée plus précise de ce qui s'est passé, essayez d'obtenir les informations suivantes :
 - La situation à la maison et si l'enfant a un lieu/endroit sûr où aller ;
 - Comment le viol/l'abus a été découvert ;
 - Le nom de l'agresseur et s'il représente encore ou non une menace ;
 - Si cela s'était déjà produit avant, le nombre d'agressions subies et la date de la dernière d'entre elles ;
 - Si l'enfant a eu des symptômes physiques (par exemple, saignements, dysurie, pertes, difficultés à marcher, etc.) ; et
 - La présence ou non de frères et sœurs exposé.e.s à un risque.

6.5 Préparer l'enfant à l'examen physique

Avec une préparation adéquate, la plupart des enfants seront en mesure de se détendre et de participer à l'examen. Si l'enfant ne peut se détendre, cela peut être parce qu'il ou elle souffre de douleur. Dans ce cas, administrez-lui du paracétamol ou d'autres analgésiques de base puis attendez que les médicaments agissent avant de poursuivre.

- ▶ Comme dans le cas d'examen d'adultes, le soutien d'une tierce personne ou d'un agent de santé qualifié en qui la survivante a confiance devrait être présent pendant l'examen de la survivante par le prestataire de soins de santé.
- ▶ Encouragez l'enfant à poser des questions sur des sujets qui la ou le concerne ou ne comprend pas et cela à tout moment.
- ▶ Expliquez ce qui va se passer pendant l'examen en utilisant des termes que l'enfant peut comprendre.
- ▶ N'immobilisez jamais un.e enfant terrorisé.e ou qui résiste, à terminer un examen.

L'immobilisation et le recours à la force font souvent partie de l'abus sexuel et, si ceux qui essaient de l'aider en font usage, cela ne fera qu'exacerber la peur et l'anxiété de l'enfant et pourrait aggraver l'impact psychologique de l'abus.

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

6.6 Examiner l'enfant

Réalisez l'examen dans le même ordre que celui des adultes (voir la Partie 3, étape 4). Il est également possible d'utiliser le formulaire en annexe 4 et les pictogrammes pour adultes en annexe 5 peut aussi être utilisée.

Les considérations spécifiques aux enfants sont les suivantes.

- ▶ Notez le poids, la taille et le stade pubertaire de l'enfant. Demandez aux filles si elles ont eu leurs premières règles. Dans l'affirmative elles peuvent avoir des risques de grossesse.
- ▶ Les enfants en bas âge peuvent être examiné.e.s sur les genoux de leur mère. Des enfants plus âgés, devraient pouvoir choisir d'être assis sur une chaise ou sur les genoux de leur mère ou couché.e.s sur un lit. Déshabillez-les le moins possible.
- ▶ **Examen génital chez la fille :**
 - Notez l'emplacement d'éventuelles lacérations récentes ou cicatrisées au niveau de la vulve, de l'orifice vaginal et du vagin en tenant les lèvres entre l'index et le pouce au niveau du bord postérieur et en les tirant délicatement vers l'extérieur et le bas. Ne réalisez pas de toucher vaginal (à savoir, insertion des doigts dans l'orifice vaginal pour en évaluer les dimensions).

Le test de virginité est une pratique nocive qui n'est pas recommandée.

- Vérifiez la présence éventuelle de pertes vaginales. Chez les filles prépubères, des prélèvements vaginaux peuvent être réalisés à l'aide d'un écouvillon coton sec stérile.
- N'utilisez pas de spéculum pour examiner les filles prépubères ; c'est extrêmement douloureux et peut provoquer de graves lésions.
- Le spéculum doit être utilisé uniquement si l'on soupçonne une lésion vaginale pénétrante et un saignement interne. Dans ce cas, l'examen au spéculum d'une enfant prépubère est généralement effectué sous anesthésie

générale. Selon le lieu, l'enfant peut avoir besoin d'être référé à un service médical de niveau supérieur.

▶ **Examen génital chez le garçon :**

- Vérifiez la présence éventuelle de lésions au niveau du frein du prépuce ainsi que des pertes anales ou urétrales ; procédez à des prélèvements si cela est indiqué.

▶ **Examen anal chez la fille et chez le garçon :**

- Examinez l'anus en positionnant l'enfant en décubitus dorsal ou en position latérale ; évitez la position genu-pectorale car celle-ci est souvent utilisée par les agresseurs.
- Notez sur le pictogramme (en annexe 5) l'emplacement des éventuelles fissures ou lacérations anales.
- La dilatation réflexe de l'anus (ouverture de l'anus sous l'effet de la traction latérale exercée sur les fesses) peut être symptomatique d'une pénétration anale mais aussi d'un état de constipation.
- Ne réalisez pas de toucher rectal pour évaluer la tonicité du sphincter.

Que faire si l'enfant est très agité ?

Dans de rares cas, un enfant ne peut pas être examiné.e car il/elle est très agité.e. Uniquement lorsque l'enfant ne peut pas être calmé.e et qu'un traitement physique est vital, l'examen peut être effectué sous sédatifs en utilisant l'un des médicaments suivants :

- ▶ Diazépam, par voie orale, 0,15 mg/kg de poids corporel ; maximum 10 mg ; ou
- ▶ Chlorhydrate de prométhazine, sirop, par voie orale :
 - chez l'enfant de 2 à 5 ans : 15–20 mg ;
 - chez l'enfant de 5 à 10 ans : 20–25 mg.

Ces médicaments ne calment pas la douleur. Si vous estimez que l'enfant souffre, **commencez par lui donner un simple analgésique**, comme du paracétamol (chez l'enfant de 1 à 5 ans : 120–250 mg ; chez l'enfant de 6 à 12 ans : 250–500 mg). Attendez que ce médicament agisse.

Les calmants administrés par voie orale font pleinement effet après 1 à 2 heures. En attendant, laissez l'enfant se reposer dans un endroit calme.

6.7 Donner un traitement

Une contraception d'urgence (CU) peut être proposée aux filles qui sont déjà réglées ainsi qu'à celles qui se trouvent aux premiers stades de la puberté (stade 1 ou 2 de la classification de Tanner) sans aucune restriction dès lors qu'elles le signalent

dans les 120 heures (5 jours) suivant le viol (voir partie 3, l'étape 5).

Concernant les IST, le VIH, l'hépatite B et le tétanos, les enfants présentent les mêmes besoins en terme de prévention et de traitement que les adultes mais peuvent avoir besoin de dosages différents. Des protocoles spécifiques pour les enfants devraient être respectés pour toutes les vaccinations et les traitements médicamenteux. Ils sont présentés en annexe 8 (voir la partie 3, étape 5).

Un traitement préventif (prophylactique) de la blennorragie, de l'infection à *Chlamydia* et de la syphilis est suggéré pour les enfants et les adolescentes chez qui l'agression sexuelle a impliqué un contact oral, génital ou anal avec un pénis, ou un contact bucco-génital, en particulier dans les régions où les analyses de laboratoire ne sont pas réalisables. Chez les enfants et adolescent.e.s ayant été sexuellement abusés et qui présentent des symptômes cliniques, une prise en charge syndromique du cas est suggérée pour les pertes vaginales/urétrales (blennorragie, *Chlamydia*, trichomonas) et pour les ulcérations génitales (herpès génital, syphilis et chancre mou), en particulier dans les régions où les analyses de laboratoire ne sont pas réalisables.

Dans la mesure du possible, dépistez la blennorragie et l'infection à *Chlamydia* en utilisant les test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) et la syphilis et le VIH en réalisant un double test rapide de dépistage du VIH et de la syphilis. La présence d'un diagnostic en laboratoire d'une IST chez un.e enfant suffit à diagnostiquer un abus sexuel.

Pour la prophylaxie post-exposition (PPE) visant à prévenir la transmission du VIH, une trithérapie antirétrovirale (c-à-d. trois médicaments) est préférée, mais une bithérapie s'avère également efficace. Les posologies recommandées pour la PPE chez l'enfant sont précisées en annexe 9.

6.8 Assurer un suivi médical

Le suivi médical chez l'enfant est le même que chez l'adulte. Si une infection vaginale persiste, envisagez la présence éventuelle d'un corps étranger ou la possibilité que les abus sexuels de l'enfants continuent.

Annexes

1. Ressources clés
2. Modèle de formulaire de consentement
3. Collecte de preuves médico-légales
4. Formulaire-type d'anamnèse et d'examen physique
5. Pictogrammes
6. Modèles de certificats médicaux
7. Protocoles pour la contraception d'urgence
8. Protocoles pour la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles
9. Protocoles de prophylaxie post-exposition de l'infection par le VIH
10. Évaluation et prise en charge des troubles de la santé mentale
11. Informations nécessaires à l'élaboration d'un protocole local

Annexe 1. Ressources clés

Comité permanent interorganisations (IASC) (2015). *Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire*. Réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement. (<https://gbvguidelines.org/fr/>).

Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). Normes minimales pour la prévention et la réponse à la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence. New York (NY) : 2015 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/16-092_Minimum_Standards_Report_FRENCH_proof_FINAL_.pdf).

Gender-Based Violence Area of Responsibility (2019). Handbook for coordinating gender-based violence interventions in emergencies (https://gbvaor.net/sites/default/files/2019-07/Handbook%20for%20Coordinating%20GBV%20in%20Emergencies_fin.pdf)

Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (IAWG) (2018). Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings (<https://resourcecentre.savethechildren.net/library/imported-file-87-sc-toolkit-children-and-adolescents-sexual-and-reproductive-health-rights-0>).

International Consortium for Emergency Contraception (ICEC) (2018). Pilules contraceptives d'urgence : Directives médicales et de prestations de services. Washington (DC) (<https://www.cecinfo.org/wp-content/uploads/2018/12/Pilules-Contraceptives-dUrgence-Directives-2018-Fr-1-WITH-DISCLAIMER.pdf>).

International Rescue Committee (IRC), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). *La prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles en situations de crise humanitaire*, première édition. New York: IRC, 2012 (https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/irc_ccs_guide_french_0.pdf)

Jhpiego, United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Violence basée sur le genre : outil d'évaluation de l'assurance qualité*. Baltimore (MD) : Jhpiego, 2018 (<http://resources.jhpiego.org/resources/GBV-QA-tool>).

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

Nations Unies. *Convention relative aux droits de l'enfant*. New York (NY) : 1989 (<https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx>).

O'Connor M, Comité directeur du Système de gestion des informations sur la violence basée sur le genre (GBVIMS). *Directives relatives à la gestion inter-agence des cas de violence basée sur le genre : fournir des soins et des services de gestion des cas aux survivantes de violence basée sur le genre dans les zones de crise humanitaire*, première édition. GBVIMS, 2017 (https://resourcecentre.savethechildren.net/node/15160/pdf/gbv_guidelines_french-version-low-res.pdf)

Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, deuxième édition Genève : OMS, 2012 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78413/9789242548433_fre.pdf?sequence=1).

Organisation mondiale de la Santé et Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP) : Prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire*. Genève : OMS, 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/180972>)

Organisation mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR). *Gestion clinique des victimes de viol : programme d'auto-apprentissage interactif*. Genève, 2009 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/9789241598576/fr/>) En cours de mise à jour afin de refléter les dernières recommandations. La version actualisée sera disponible au début de l'année 2021.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées (mhGAP-IG Version 2.0)*. Genève : OMS, 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274363/9789242549799_fre.pdf?ua=1).

Organisation mondiale de la Santé (OMS). *La prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Lignes directrices unifiées*. Genève : OMS, 2014 (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/fr/>).

Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Manuel pour le renforcement des compétences : le conseil pour la prise en charge de la santé maternelle et néonatale*. Genève : OMS, 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44392/9789242547627_fre.pdf?sequence=1).

Organisation mondiale de la Santé (OMS), Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). *Renforcement de la réponse médico-légale en cas de violence sexuelle*. Genève : OMS, 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207473/WHO_RHR_15.24_fre.pdf?sequence=1).

Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Principes d'éthique et de sécurité recommandés par l'OMS pour la recherche, la documentation et le suivi de la violence sexuelle dans les situations d'urgence*. Genève : OMS, 2007 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44132/9789242595680_fre.pdf?sequence=1).

Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle : manuel clinique*. Genève : OMS, 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204236/WHO_RHR_14.26_fre.pdf?sequence=1).

World Health Organization (WHO) (2016). *Clinical guidelines for responding to children and adolescents who have been sexually abused*. Geneva (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/clinical-response-csa/en/>).

World Health Organization (WHO) (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/en/).

World Health Organization (WHO) (2016). *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition*. Geneva (<https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>).

World Health Organization (WHO) Department of Reproductive Health and Research, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP) Knowledge for Health Project (2018). *Family planning: a global handbook for providers (2018 update)*. Geneva and Baltimore (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en/>).

World Health Organization (WHO) (2016). *Guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis*. Geneva (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/chlamydia-treatment-guidelines/en/>).

World Health Organization (WHO) (2016). *Guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae*. Geneva (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/gonorrhoea-treatment-guidelines/en/>).

World Health Organization (WHO) (2016). *Guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis)*. Geneva (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-treatment-guidelines/en/>).

World Health Organization (WHO) (2014). *Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children*. Geneva (https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_dec2014/en/).

World Health Organization (WHO) (2013). *Psychological first aid: facilitator's manual for orienting field workers*. Geneva (https://www.who.int/mental_health/emergencies/facilitator_manual_2014/en/).

World Health Organization (WHO) (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Geneva (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>), *Résumé d'orientation disponible en français : Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques* (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88186/WHO_RHR_13.10_fre.pdf?sequence=1).

Annexe 2. Modèle de formulaire de consentement

Remarques sur la façon de remplir le formulaire de consentement

Le consentement à un examen est un aspect essentiel à la pratique médico-légale. Il est souvent appelé « consentement éclairé » car la survivante (ou l'un de ses parents ou son tuteur) reçoit des informations sur les aspects importants qui l'aideront à décider ce qui est le mieux pour elle au moment en question. Il est important de s'assurer que la survivante comprenne que son consentement ou son refus de consentement de quelque examen que ce soit, n'aura aucune conséquence sur son accès au traitement et aux soins. Le/la prestataire de soins de santé doit transmettre l'information dans un langage facilement compréhensible par la survivante ou ses parents/tuteur afin de s'assurer qu'ils comprennent :

- ▶ ce qu'impliquera le processus d'anamnèse ;
- ▶ le type de questions qui seront posées et pourquoi elles le seront ;
- ▶ ce qu'impliquera l'examen physique ;
- ▶ ce qu'impliquera l'examen génito-anal ;
- ▶ que l'examen physique, y compris l'examen génito-anal sera réalisé en privé et dans le respect de la personne ;
- ▶ que lors de l'examen physique, la survivante sera allongée sur une table d'examen ;
- ▶ que le/la prestataire de soins de santé aura

- besoin de le/la toucher lors des examens physique et des examens génito-anal ;
- ▶ que l'examen génito-anal implique que la patiente soit allongée dans une position permettant, avec l'éclairage approprié, de voir correctement ses parties génitales ;
- ▶ que les prélèvements (si nécessaires) impliquent de toucher le corps à l'aide d'écouvillons et de prélever des substances corporelles telles que des cheveux, des poils pubiens, des sécrétions génitales, du sang, de l'urine et de la salive ;
- ▶ que les vêtements peuvent être gardés comme preuve ; les résultats des analyses médico-légales peuvent ne pas être tous transmis à la patiente et pourquoi ;
- ▶ qu'elle peut refuser tout examen auquel elle ne désire pas se soumettre ; et
- ▶ qu'il lui sera demandé de signer un formulaire indiquant qu'elle/il a reçu toutes les informations nécessaires et quelles sont les interventions qu'elle/il a accepté de suivre.

Informez la survivante que si, et seulement si, elle décide d'intenter un procès, et seulement avec son consentement, les informations données au/à la prestataire de soins de santé pendant l'examen seront transmises à qui de droit en vue d'être utilisées lors de la poursuite de la procédure pénale.

Modèle de formulaire de consentement

Nom de la structure sanitaire :

Note à l'attention de l'agent de santé :

Après avoir fourni au/à la patient/e tous les aspects importants comme indiqué ci-dessus, lui lire la totalité du formulaire (ou avec ses parents/son tuteur), en lui expliquant qu'il/elle peut choisir de refuser n'importe lequel (ou aucun) des éléments de la liste. Obtenir la signature du/de la patient/e ou une empreinte digitale de son pouce et la signature d'un témoin.

Je, soussigné(e),(inscrire le nom de la patiente)

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

	Oui	Non
Pratiquer un examen physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratiquer un examen génital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collecter des preuves, tels que des échantillons de liquide corporel, des vêtements, des cheveux, des prélèvements sous les ongles ou des rognures d'ongles, des échantillons de sang et des photographies.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fournir les preuves et les informations médicales concernant mon affaire à la police et/ou aux tribunaux ; ces informations se limiteront aux résultats des examens ci-dessus et à tout suivi médical approprié.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Signature :

Date :

Témoin :

Annexe 3. Collecte de preuves médico-légales

La capacité des laboratoires à analyser les preuves médico-légales varie considérablement et, dans les situations de crise humanitaire, elle est extrêmement limitée. La présente annexe décrit les différents types de preuves médico-légales pouvant être collectés et passés en revue et les procédures à suivre. Les prestataires de soins de santé devraient se familiariser avec les ressources et les protocoles nationaux et locaux. Selon les pays et les lieux, les directives et les lois sur le viol diffèrent sur la reconnaissance de ce qui est accepté comme preuve. Ne pas collecter de preuves ne pouvant être utilisées.

Considérations importantes

- ▶ Les prestataires de soins de santé devraient se familiariser avec les ressources et les protocoles nationaux et locaux. Selon les pays et les lieux, les directives et les lois sur le viol diffèrent sur la reconnaissance de ce qui est accepté comme preuve.
- ▶ La survivante devrait être informée du fait que certaines blessures peuvent devenir plus visibles après quelques jours et que, si cela se produit, elle devrait revenir se faire examiner et que cela soit inscrit dans son dossier.
- ▶ Seules des personnes ayant une formation et une expérience spécialisées dans le travail avec les enfants (par exemple : communication adaptée aux enfants, techniques d'examen et de collecte des preuves spécialisées) devraient fournir des services médico-légaux aux enfants.
- ▶ Les évaluations médico-légales (recueil des antécédents, examen, collecte d'échantillons et rapport médico-légal) ne devraient être réalisées chez l'enfant que si des services de santé pédiatriques et d'autres services spécifiques aux enfants sont disponibles pour des référencement.
- ▶ Tous les praticiens des services médico-légaux travaillant avec des enfants devraient se familiariser avec les lois et politiques pertinentes en place dans la zone où ils/elles exercent, notamment concernant le consentement, le signalement obligatoire, les définitions des violences sexuelles faites aux enfants, et qui peut prélever et fournir des preuves médico-légales devant les tribunaux.

Avant de commencer

- ▶ Une explication détaillée devrait être fournie à la survivante. Cela devrait inclure la raison et l'étendue de l'examen proposé et de tout acte médical pouvant être réalisé, le prélèvement d'échantillons et les photographies.

- ▶ Des explications spécifiques, fournies avec sensibilité, sont nécessaires avant tout examen génital ou anal.
- ▶ Il convient d'obtenir le consentement de la survivante ou de ses parents/son tuteur avant de procéder à l'examen. Le consentement devrait être spécifique à chaque acte (en particulier l'examen génital), à la communication des résultats et des échantillons et à toute photographie. La survivante peut accepter certains aspects et en refuser d'autres, et elle est libre de retirer son consentement. Le consentement devrait être comporter une signature ou une empreinte.
- ▶ Les photographies sont un ajout utile à toute documentation des blessures. Les questions du consentement, de l'accès (respect de la vie privée et confidentialité) et de la sensibilité de la personne (en particulier si des photographies génitales sont prises) doivent être abordées et faire l'objet d'un accord avec la survivante.
- ▶ Le consentement de la survivante devrait être obtenu pour le prélèvement et la transmission d'échantillons (aux enquêteurs). L'impact (physique et psychologique) sur la survivante du prélèvement des échantillons devrait être dûment pris en considération.

Examen corporel

- ▶ Examiner les vêtements de la survivante dans un endroit bien éclairé avant qu'elle ne se déshabille. Prélever tout corps étranger présent sur les vêtements, la peau ou les cheveux (de la terre, des feuilles, de l'herbe, des cheveux n'appartenant pas à la survivante). Placer une feuille de papier en-dessous des pieds de la personne et lui demander de se déshabiller afin de recueillir toute particule y tombant. Ne pas lui demander de se dévêtir entièrement. Examiner tout d'abord la moitié supérieure du corps puis la moitié inférieure ou donner une blouse à la survivante pour qu'elle se couvre. Prendre les vêtements déchirés ou tâchés uniquement si vous pouvez lui donner des vêtements de rechange. Les vêtements devront sécher à l'air libre avant d'être stockés.
- ▶ Décrire le plus précisément possible les blessures (voir la partie 3, étape 4).
- ▶ Pour les tests ADN, prélever des échantillons partout où de la salive (à l'endroit où l'agresseur a léché, embrassé ou mordu la survivante) ou du sperme pourrait se trouver sur la peau, à l'aide d'un écouvillon muni d'un bout en coton stérile légèrement humecté avec une solution stérile si la peau est sèche.

- ▶ Les poils pubiens de la survivante peuvent être peignés afin d'y récupérer des poils ne lui appartenant pas.
- ▶ Si l'éjaculation s'est produite dans la bouche, prélever des échantillons et écouvillons dans la cavité buccale pour une recherche directe de sperme ou pour réaliser des tests ADN et de phosphatase acide. Placer un écouvillon sec dans les interstices des dents ainsi qu'entre les dents et les gencives de la mâchoire inférieure, le sperme tendant à s'y déposer.
- ▶ Prélever du sang et/ou de l'urine pour effectuer les tests toxicologiques requis (par exemple si la survivante a été droguée).

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

Examiner et prélever des échantillons pour l'analyse ADN, sur la peau située autour de l'anus, du périnée et de la vulve/pénis à l'aide d'écouvillons individuels munis d'un bout en coton humecté d'une solution stérile. Chez l'enfant, examiner systématiquement à la fois l'anus et la vulve/le pénis.

Examen du vagin et du rectum

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

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

Préservation de la chaîne des preuves

Il est important de toujours préserver la chaîne des preuves afin de s'assurer que celles-ci soient recevables devant un tribunal. Cela implique un prélèvement, un étiquetage, une conservation et un transport corrects des preuves.

Le dossier doit inclure une signature de toutes les personnes ayant eu en leur possession les preuves, de la personne qui les a collectées à celle qui les présente au tribunal, afin de garder une trace exacte du lieu où elles se trouvent depuis le moment du prélèvement.

Prendre des précautions contre le risque de contamination : restreindre l'accès aux lieux d'examen, veiller à ce que les locaux soient nettoyés entre deux cas et changer de gants souvent.

S'il est impossible de transmettre directement les échantillons au laboratoire, des précautions doivent être mises en place.

- ▶ Tous les vêtements, les écouvillons, les gazes et autres objets à analyser doivent être séchés à température ambiante et emballés dans des sacs en papier kraft (et non en plastique). Des échantillons peuvent être soumis à des tests ADN plusieurs années après l'agression à condition que le matériel ait été correctement séché.
- ▶ Les échantillons de sang et d'urine peuvent être conservés cinq jours au réfrigérateur. Pour les conserver plus longtemps, stocker les échantillons dans un congélateur.

Suivre les instructions du laboratoire local.

- ▶ Tous les échantillons doivent être clairement étiquetés avec un code d'identification confidentiel (et non le nom ou les initiales de la survivante), la date, l'heure et le type d'échantillon (ce que c'est et l'endroit où il a été prélevé) et doivent être placés dans un récipient.
- ▶ Sceller le sac ou le récipient avec une bande de papier adhésive sur la fermeture. Inscrire le code d'identification, la date et apposer vos initiales sur la bande. Dans le protocole adapté, inscrire clairement les instructions du laboratoire pour le prélèvement, la conservation et le transport des échantillons.
- ▶ Les preuves doivent être délivrées aux autorités uniquement si la survivante décide d'intenter un procès.

La survivante peut donner son accord pour le prélèvement de preuves mais ne pas vouloir les transmettre aux autorités au moment de l'examen. Dans ce cas, la conseiller sur les lois et les procédures relatives à la conservation des preuves

et si il existe un délai est prévu pour la conservation des preuves au terme duquel elles seront détruites. Si pendant cette période elle change d'avis, elle peut indiquer aux autorités l'endroit où récupérer les preuves.

Compte rendu des résultats médicaux devant le tribunal

Si la survivante souhaite engager des poursuites judiciaires et que l'affaire est portée devant les tribunaux, le/la prestataire de soins de santé qui l'a examinée après l'agression peut être priée de faire un rapport de ses résultats devant le tribunal. Seulement un faible pourcentage de cas aboutit sur un procès. De nombreux agents de santé peuvent redouter l'idée de se présenter devant un tribunal ou penser qu'ils n'auront pas assez de temps pour le faire. Cependant, fournir ces preuves en justice s'inscrit dans le prolongement du rôle du travailleur sanitaire de prise en charge de la survivante.

Dans la plupart des endroits, le/la prestataire de soins de santé doit donner des preuves en tant que témoin des faits (c'est à dire qu'il/elle fait état des résultats tel qu'il/elle les a enregistrés), et non en tant que témoin agissant en qualité d'expert. Il lui est recommandé de rencontrer le procureur avant de se présenter devant le tribunal afin de préparer

son témoignage et d'obtenir les informations concernant les points significatifs de l'affaire. Lorsqu'il/elle présente des preuves en qualité de témoin des faits, le/la prestataire de soins de santé devrait se conduire professionnellement et avec confiance dans la salle d'audience. À cette fin, il convient de :

- ▶ Porter une tenue appropriée ;
- ▶ Parler clairement et distinctement et, si cela est culturellement approprié, regarder les personnes à qui il/elle s'adresse dans les yeux ;
- ▶ Utiliser une terminologie médicale précise ;
- ▶ Répondre aux questions aussi précisément et professionnellement que possible ;
- ▶ Si vous ne connaissez pas la réponse à une question, le dire. Ne pas inventer de réponses et ne pas témoigner sur des sujets qui ne relèvent pas de votre champ d'expertise.
- ▶ Demander de clarifier les questions que vous ne comprenez pas. Ne pas essayer de deviner le sens des questions.

Les remarques notées lors du premier entretien et du premier examen sont le pilier des résultats à signaler. Il est difficile de se souvenir des choses qui ne sont pas écrites. Cela souligne la nécessité d'enregistrer toutes les déclarations, les procédures et les actions de manière suffisamment détaillée, précise, complète et lisible. C'est la meilleure façon de se préparer à se présenter devant un tribunal.

Annexe 4. Anamnèse et fiche d'examen physique

CONFIDENTIEL

CODE:

Anamnèse et fiche d'examen physique - Violence sexuelle

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Prénom :		Nom :	
Adresse :			
Sexe :	Date de naissance (jj/mm/aa) :		Âge :
Date/heure de l'examen :		/	En présence de :

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

2. DESCRIPTION DE L'AGRESSION

Date de l'incident :	Heure de l'incident :			
Description de l'incident (par la survivante)				
Violence physique	Oui	Non	Décrire le type et la partie du corps concernée	
Type (coups, morsures, cheveux tirés, etc.)				
Utilisation de moyens de contention				
Utilisation d'arme(s)				
Alcool/substances psychoactives impliqués				
Pénétration	Oui	Non	Ne sait pas	Décrire (orale, vaginale, anale, type d'objet utilisé)
Pénis				
Doigt				
Autre (décrire)				
	Oui	Non	Ne sait pas	Localisation (orale, vaginale, anale, autre)
Éjaculation				
Utilisation de préservatif				

Si la victime est un.e enfant, demander également : si cela s'était déjà produit? quand était la première fois ? depuis combien de temps cela dure ? qui est l'auteur ? cette personne est-elle toujours une menace ? Demander également si la survivante a des saignements du vagin ou du rectum, ressent des douleurs en marchant, souffre de dysurie, de douleurs lors de la défécation, a des pertes ou présente tout autre signe ou symptôme.

3. ANAMNÈSE

Après l'incident, la survivante a-t-elle ?	Oui	Non		Oui	Non
Vomi ?			Rincé la bouche ?		
Uriné ?			Changé de vêtements ?		
Déféqué ?			Lavée ou baignée ?		
Brossé les dents ?			Utilisé un tampon ou une serviette hygiénique ?		
Mode de contraception utilisé					
Pilule			Préservatif		
Contraceptif injectable			Stérilisation		
Dispositif intra-utérin			Autre		
Antécédents obstétricaux/menstruations					
Date des dernières menstruations (jj/mm/aa)			Avait ses règles lors de l'incident		
	Oui	Non			
Signes de grossesse			Enceinte depuis	... semaines	
Antécédents obstétricaux					

Historique des rapports sexuels consentis (uniquement si des échantillons ont été prélevés pour effectuer des tests ADN)				
Dernier rapport sexuel consenti au cours de la semaine précédant l'agression	Date (jj/mm/aa) :	Nom de la personne :		
Autres problèmes de santé existants :				
Antécédents de mutilations génitales, type				
Allergies				
Traitement suivi actuellement				
Vaccinations	Vaccinée	Non vaccinée	Ne sait pas	Observations
Tétanos				
Hépatite B				
Statut sérologique VIH/sida	Connu		Inconnu	

4. EXAMEN MÉDICAL

Apparence (tenue vestimentaire, cheveux, handicap mental ou physique évident)			
État mental (calme, en pleurs, anxieuse, coopérative, déprimée, détachée, autre)			
Poids :	Taille :	Stade pubertaire : Prépubère <input type="checkbox"/> Pubère <input type="checkbox"/> Adulte <input type="checkbox"/>	
Pouls :	Tension artérielle :	Fréquence respiratoire :	Température :
Observations physiques Décrire systématiquement et dessiner sur les pictogrammes (joints en annexe 5) l'emplacement exact de toutes les blessures, les ecchymoses, les pétéchies, les marques, etc. En noter le type, la taille, la couleur, la forme ainsi que les autres particularités. Décrire mais ne pas interpréter les résultats.			
Tête et visage		Bouche et nez	
Yeux et oreilles		Cou	
Poitrine		Dos	
Abdomen		Fesses	
Membres supérieurs		Membres inférieurs	

5. EXAMEN GÉNITAL ET ANAL

Vulve/scrotum	Orifice vaginal	Anus
Vagin/pénis	Col de l'utérus	Examen bimanuel/rectovaginal
Position du patient/de la patiente (décubitus dorsal, procubitus, genu-pectorale, latérale, sur les genoux de sa mère)		
Pour l'examen génital :		Pour l'examen anal :

6. PRÉLÈVEMENTS EFFECTUÉS

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

7. PREUVES MÉDICO-LÉGALES COLLECTÉES

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

8. TRAITEMENTS PRESCRITS

Traitement	Oui	Non	Type et observations
Traitement des blessures			
Contraception d'urgence			
Prévention/traitement des infections sexuellement transmissibles			
Prophylaxie post-exposition de l'infection par le VIH			
Prophylaxie antitétanique			
Vaccin contre l'hépatite B			
Autre			

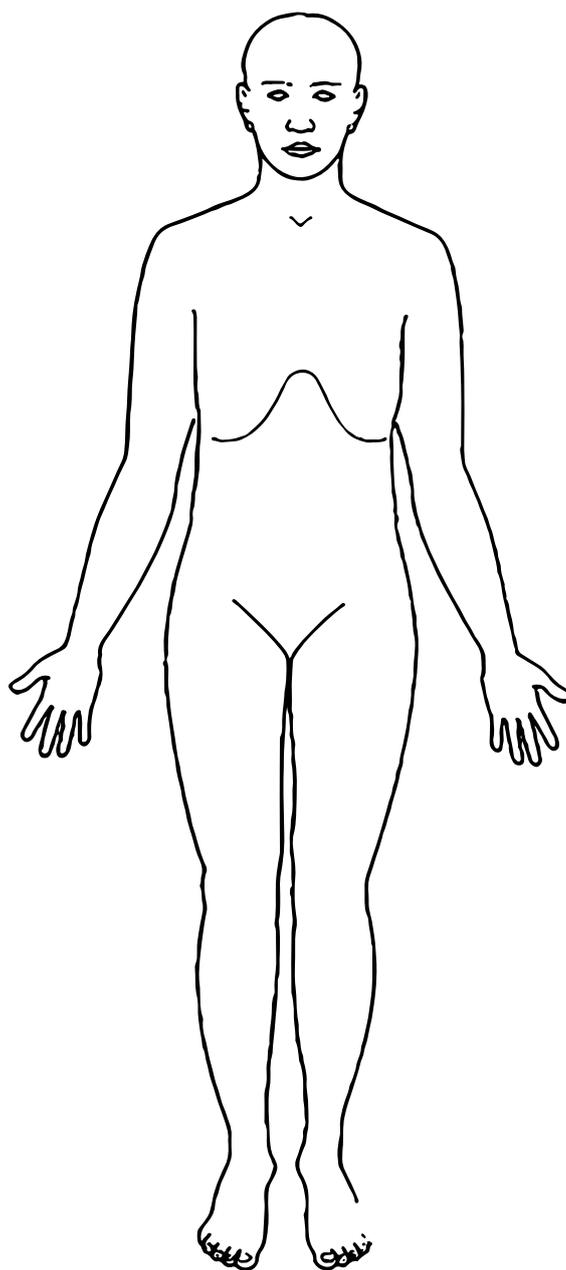
9. SOUTIEN, RÉFÉRENCIEMENT(S) VERS D'AUTRES SERVICES, ET SUIVI

État psychologique général

	Oui	Non
La survivante envisage de porter plainte à la police OU l'a déjà fait		
La survivante dispose d'un lieu/endroit sûr où aller		
La survivante a quelqu'un pour l'accompagner		
Conseil et/ou aide psychologique fournis :		
Référencement(s) vers d'autres services :		
Services psychosociaux/de prise en charge des cas <input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> Services d'aide juridique <input type="checkbox"/>		
Services de santé mentale <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
Suivi nécessaire :		
Date de la prochaine consultation :		
Nom de l'agent de santé ayant effectué l'examen/l'entretien :		
Titre :	Signature :	Date :

Annexe 5. Pictogrammes

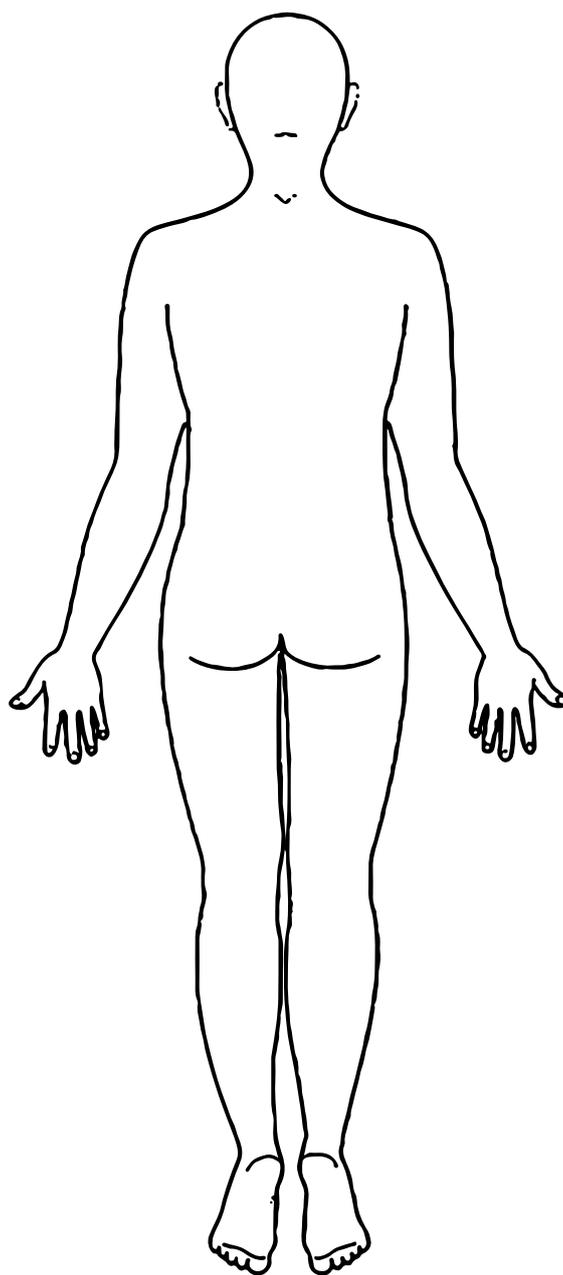
Droite

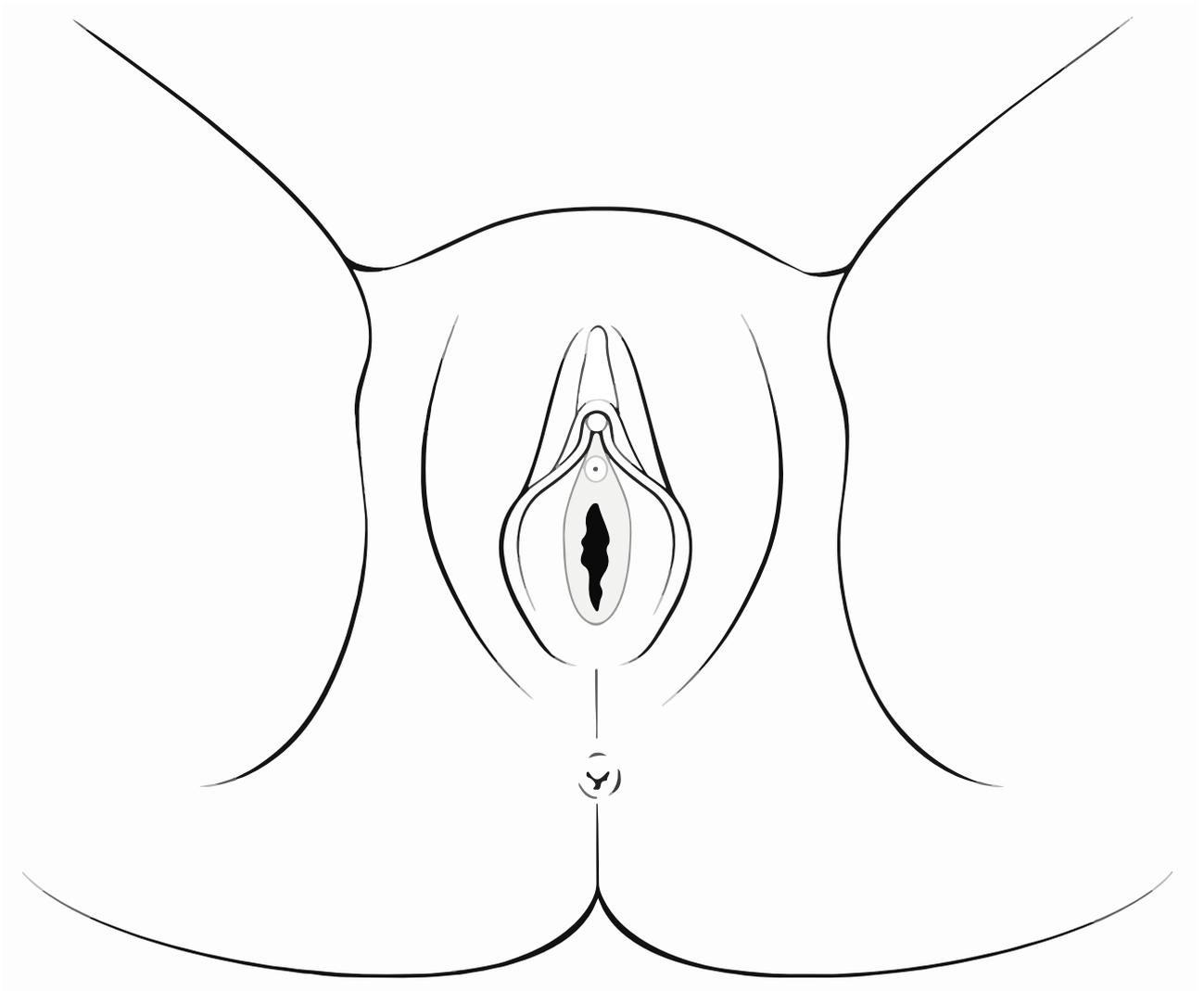


Gauche

Gauche

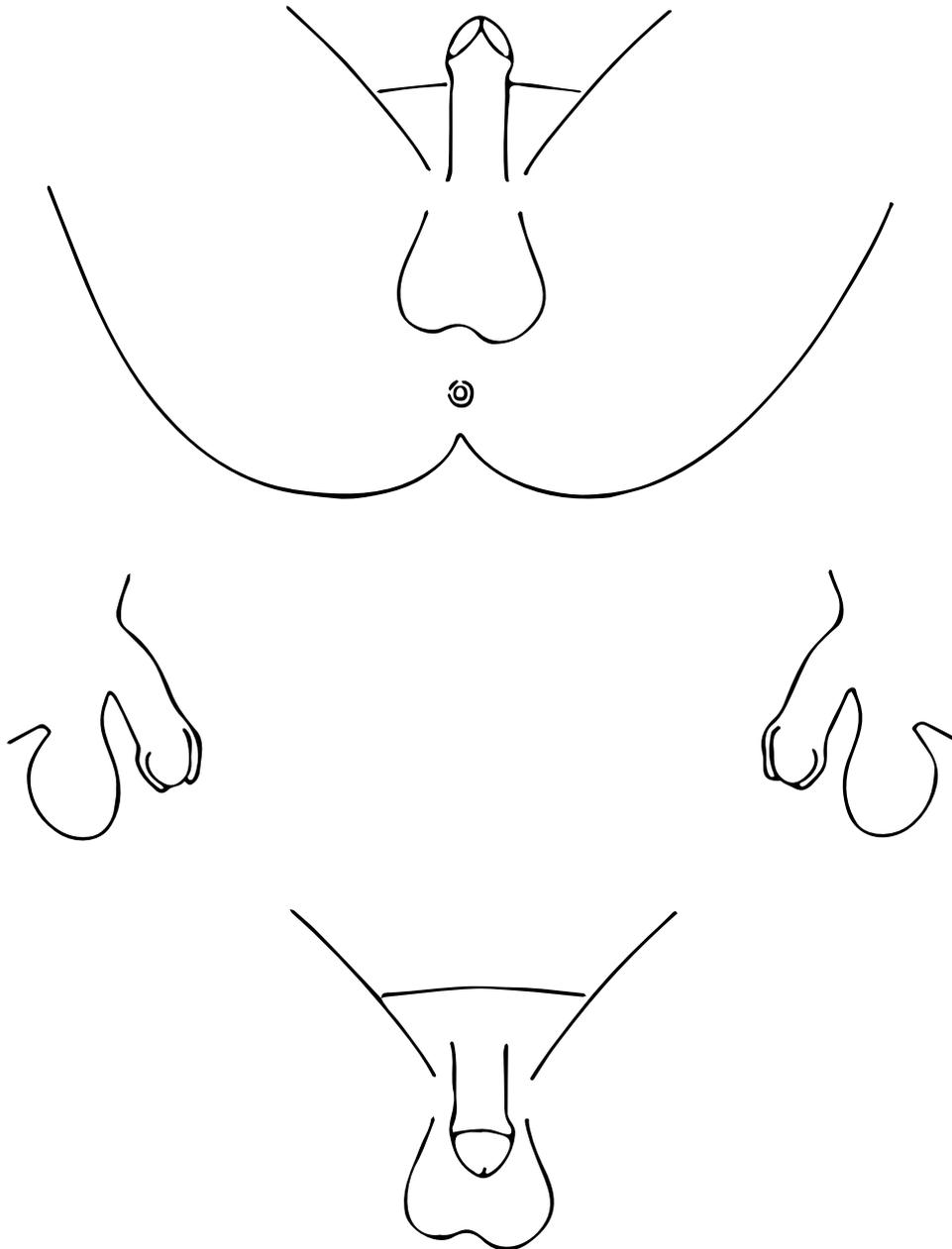
Droite





Droite

Gauche



Annexe 6. Modèles de certificats médicaux

CERTIFICAT MÉDICAL pour un.e adulte

Je soussigné(e) : (nom, prénom)

Titre (indiquer la fonction) :

Ce jour et à l'heure indiquée (date/mois/année ; hh:mm)

certifie avoir examiné à sa demande

Mme/M. : (nom, prénom)

Né(e) le : (jour/mois/année)

Demeurant à l'adresse suivante : (adresse complète de la femme ou de l'homme)

Elle/Il a déclaré avoir été victime d'une agression sexuelle

Le (jour/mois/année)

À (hh:mm)

À (lieu)

Par une personne connue : (nom)

une personne inconnue.

Mme/M..... présente les signes suivants :

Examen général (comportement : accablée, excitée, calme, craintive, muette, en pleurs, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Examen génital (ecchymoses, écorchures, déchirures, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....

Examen anal (ecchymoses, écorchures, déchirures, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....

Autres examens réalisés et échantillons prélevés

.....
.....
.....
.....
.....

Évaluation du risque de grossesse

.....
.....
.....
.....
.....

L'absence de lésions ne permet pas d'exclure une agression sexuelle.

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

Signature du clinicien/de la clinicienne

.....

Le certificat médical devrait être complété en double exemplaire. Une copie doit être remise à la patiente/au patient ou à la personne qui en a la charge et la seconde doit être conservée au centre de soins, en sécurité sous clé dans un placard.

CERTIFICAT MÉDICAL pour un.e enfant**Je, soussigné(e)** : (nom, prénom)**Titre** (indiquer la fonction) :**Ce jour et à l'heure indiquée** (date/mois/année ; hh:mm)**Certifie avoir examiné à la demande de** : Mme/M. (nom du père, de la mère, du tuteur ou de la personne qui s'occupe de l'enfant)
.....**L'enfant** : (nom, prénom)**Né(e) le** : (jour/mois/année)**Demeurant à l'adresse suivante** : (adresse complète des parents ou lieu de résidence de l'enfant)
.....
.....**Lors de l'entretien, l'enfant m'a dit** (répéter le plus exactement possible les propres mots de l'enfant)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....**Lors de l'entretien, Mme/M.** (nom de la personne accompagnant l'enfant)
.......... **a déclaré** (répéter le plus exactement possible les propres mots de la personne accompagnant l'enfant) :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'enfant présente les signes suivants :

Examen général (comportement : accablée, excitée, calme, craintive, muette, en pleurs, etc.)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Examen génital (ecchymoses, écorchures, déchirures, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Examen anal (ecchymoses, écorchures, déchirures, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Autres examens réalisés et échantillons prélevés, et résultats :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'absence de lésions ne permet pas de conclure qu'une agression sexuelle n'a pas eu lieu.

**Certificat fait ce jour et délivré à
(nom du père, de la mère, du tuteur ou de la personne qui s'occupe de l'enfant) au titre de preuve.**

Signature du clinicien/de la clinicienne

.....

Le certificat médical devrait être complété en double exemplaire. Une copie doit être remise à la patiente/au patient ou à la personne qui en a la charge et la seconde doit être conservée au centre de soins, en sécurité sous clé dans un placard.

Annexe 7. Protocoles pour la contraception d'urgence

Schémas de contraception d'urgence

	Pilule contraceptive d'urgence (PCU)			Dispositif intra-utérin (DIU) pour la contraception d'urgence
Type de contraception d'urgence	Lévonorgestrel (LNG) seul	Schéma combiné	Ulipristal acétate (UPA)	DIU au cuivre
Posologie	Dose unique : 1,5 mg de LNG (ou 2 x 0,75 mg de LNG en comprimés)	100 µg d'éthinylestradiol + 0,5 mg de LNG. Renouveler la prise 12 heures plus tard	30 mg d'UPA	
Moment d'administration/ efficacité	<ul style="list-style-type: none"> • Dès que possible, dans les 120 heures suivant l'agression • Plus la durée écoulée entre l'agression et la prise de la PCU est long, moins la PCU sera efficace • Les PCU combinées sont moins efficaces et ont plus d'effets secondaires que les PCU LNG ou UPA 			<ul style="list-style-type: none"> • Jusqu'à 120 heures (5 jours)

Source (en anglais uniquement): Contraceptive delivery tool for humanitarian settings. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276553/WHO-RHR-18.27-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).

Donner la (ou les) pilule(s) contraceptive(s) d'urgence²¹

1. Donner la (ou les) pilule(s) contraceptive(s) d'urgence.

- ▶ La femme peut prendre la (ou les) pilule(s) immédiatement.
- ▶ Si elle suit un schéma posologique en deux doses, lui dire de prendre la dose suivante dans 12 heures.

2. Décrire les effets secondaires les plus fréquents :

- ▶ Nausées, douleurs abdominales, et autres effets secondaires possibles ;
- ▶ Légers saignements ou changement de la date des règles.
- ▶ Les effets secondaires ne sont pas le signe d'une maladie et ne durent pas longtemps. La plupart des femmes n'ont aucun effet secondaire.

3. Expliquer quoi faire en cas d'effets secondaires.

- ▶ Nausées :
 - L'utilisation systématique de médicaments antinauséux n'est pas recommandée. Les femmes qui ont déjà eu des nausées lors d'une précédente utilisation de la PCU ou après avoir pris la première dose d'un schéma posologique en deux doses peuvent prendre un médicament antinauséux tel que 25 à 50 mg de chlorhydrate de méclozine (Agyrax, Antivert, Bonine, Postafène, par exemple), entre 30 minutes et 1 heure avant de prendre la PCU.
- ▶ Vomissements :
 - Si la femme vomit dans les 2 heures qui suivent la prise d'une PCU combinée ou à base de progestatif seul, elle devrait en prendre une autre dose. Si elle vomit dans les 3 heures suivant la prise d'une PCU à base d'acétate d'ulipristal, elle devrait en prendre une autre dose. (Elle peut utiliser un médicament antinauséux avant de prendre cette nouvelle dose, comme indiqué ci-dessus.) Si les vomissements

21 World Health Organization Department of Reproductive Health and Research, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs Knowledge for Health Project. Family planning: a global handbook for providers: 2018 edition. Geneva and Baltimore: World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf>).

continuent, elle peut prendre une nouvelle dose de PCU combinée ou à base de progestatif seul en plaçant la pilule directement au fond de son vagin. Si les vomissements surviennent plus de 2 heures après avoir pris une PCU combinée ou à base de progestatif seul, ou plus de 3 heures après avoir pris une PCU-UPA, elle n'a pas besoin de prendre de pilule supplémentaire.

4. Donner des PCU supplémentaires et parler à la femme d'une méthode de contraception en cours.

- ▶ Si possible et si elle peut d'en avoir à nouveau besoin à l'avenir, lui donner des PCU supplémentaires à emporter chez elle.
- ▶ Discuter de la possibilité de commencer une méthode de contraception en continue, si cela l'intéresse.

5. Suivi.

- ▶ Encourager la à revenir pour effectuer un test de grossesse si elle a plus de 7 jours de retard dans ses règles.

Utiliser un dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre en tant que contraception d'urgence

- ▶ Si la survivante se présente dans les cinq jours après le viol (et s'il n'y a pas eu d'autres rapports sexuels non protégés pendant ce cycle menstruel), la pose d'un DIU au cuivre constitue une méthode efficace de contraception d'urgence. Il réduit de plus de 99 % le risque de grossesse.
- ▶ Les femmes devraient être conseillées sur cette méthode afin de prendre une décision éclairée.
- ▶ Une personne qualifiée doit conseiller la patiente et poser le DIU. Si un DIU est déjà posé, s'assurer de donner le traitement complet contre les IST (voir l'annexe 8).
- ▶ Le DIU peut être retiré lors des règles suivantes ou bien laissé en place à titre de contraception future.

Filles et adolescentes :

- ▶ Le protocole de contraception d'urgence en annexe peut être appliqué aux filles qui sont déjà réglées (après leurs premières menstruations) ainsi qu'à celles qui se trouvent aux premiers stades de la puberté (qui ont atteint le stade 2 ou 3 de Tanner) sans aucune restriction.

Annexe 8. Protocoles pour la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles

Basés sur les traitements recommandés par l'OMS²² pour les infections sexuellement transmissibles (IST) chez l'adulte (peuvent également être utilisés en prophylaxie).

Remarque : il s'agit là d'exemples de traitements contre les IST. Il peut exister d'autres traitements. Toujours suivre les protocoles de traitement **locaux** pour les IST.

For adults

IST	Traitement	
Blennorragie ²³ Bithérapie préférée, y compris chez la femme enceinte	Ceftriaxone	250 mg par voie intramusculaire (IM), dose unique
	PLUS	
	Azithromycine	1 g par voie orale, dose unique
	OU	
	Céfixime	400 mg par voie orale, dose unique
	PLUS	
En cas de monothérapie (traitement basé sur les données locales relatives à la résistance)	Azithromycine	1 g par voie orale, dose unique
	Ceftriaxone	250 mg par voie intramusculaire (IM), dose unique
	OU	
	Céfixime	400 mg par voie orale, dose unique
Infection à Chlamydia	OU	
	Azithromycine	1 g par voie orale, dose unique
	OU	
	Doxycycline (contre-indiquée pendant la grossesse)	100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours. Recommandée en cas de viol anal
	OU	
	Tétracycline (contre-indiquée pendant la grossesse)	500 mg 4 fois par jour pendant 7 jours
	OU	
	Érythromycine	500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours
	OU	
	Ofloxacin (contre-indiquée pendant la grossesse)	200–400 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours

22 WHO (2016). Guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis ; WHO (2016). Guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae ; WHO (2016). Guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis). Geneva.

23 WHO recommends that local resistance data should determine the choice of therapy (both for dual and single therapy).

IST	Traitement	
Infection à <i>Chlamydia</i> chez la femme enceinte	Azithromycine	1 g par voie orale, dose unique
	OU	
	Amoxicilline	500 mg par voie orale 3 fois par jour pendant 7 jours
	OU	
	Érythromycine	500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours
Syphilis à un stade précoce (également chez la femme enceinte)	Benzathine benzylpénicilline	2,4 millions d'UI par voie intramusculaire, une seule fois
Syphilis à un stade précoce, chez le/la patient.e allergique à la pénicilline	Doxycycline (contre-indiquée pendant la grossesse)	100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 14 jours
Syphilis à un stade précoce, chez la femme enceinte allergique à la pénicilline	Érythromycine ²⁴	500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 14 jours
	OU	
	Ceftriaxone	1 g par voie intramusculaire 1 fois par jour pendant 10-14 jours
Syphilis à un stade avancé (également chez la femme enceinte)	Benzathine benzylpénicilline	2,4 millions UI par voie intramusculaire, 3 doses à une semaine d'intervalle chacune
Syphilis à un stade avancé, chez le/la patient.e allergique à la pénicilline	Doxycycline (contre-indiquée pendant la grossesse)	100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 28 jours
Syphilis à un stade avancé, chez la femme enceinte allergique à la pénicilline	Érythromycine ²³	500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 28 jours

Donner un traitement court et facile à suivre pour chacune des infections dont la prévalence est élevée au niveau local.

Exemple de traitement présomptif de la blennorragie, de la syphilis et de l'infection à *Chlamydia* :

- ▶ Ceftriaxone 250 mg par voie intramusculaire, en dose unique (pour la blennorragie) plus azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique (pour l'infection à *Chlamydia* et la syphilis en incubation)

OU

- ▶ Céfixime 400 mg, en dose unique (pour la blennorragie) plus azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique (pour l'infection à *Chlamydia* et la syphilis en incubation).

Remarques :

La doxycycline 100 mg par voie orale, deux fois par jour pendant 14 jours peut remplacer l'azithromycine pour le traitement préventif de l'infection à *Chlamydia* et de la syphilis en incubation, à moins que la survivante ne soit enceinte ou qu'elle ne soit pas en mesure d'observer un traitement de 14 jours. La doxycycline ne doit pas être utilisée chez la femme enceinte en raison de ses effets indésirables.

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

²⁴ Bien que l'érythromycine soit un traitement efficace chez la femme enceinte, la molécule ne traverse pas entièrement la barrière placentaire, et le médicament n'agit pas sur le fœtus. Il est par conséquent nécessaire d'administrer un traitement au nouveau-né peu après sa naissance.

Chez l'enfant (en fonction du poids)

STI	Treatment	
Blennorragie	Ceftriaxone	<45 kg : 25–50 mg/kg par voie intramusculaire (IM) ou intraveineuse (IV), en dose unique >45 kg : 250 mg par voie IM, en une seule prise
Infection à <i>Chlamydia</i>	Érythromycine	<45 kg : 50 mg/kg par voie orale, à répartir en 4 doses par jour pendant 14 jours
	Azithromycine	>45 kg : 1 g par voie orale, en une seule prise
	OU	
	Doxycycline	>45 kg et >8 ans : 100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours
Syphilis à un stade précoce	Benzathine pénicilline	50 000 UI/kg par voie IM jusqu'à la dose pour adulte de 2,4 millions UI/kg par voie IM, en une seule prise
Syphilis à un stade avancé	Benzathine pénicilline	50 000 UI/kg par voie IM jusqu'à la dose pour adulte de 2,4 millions UI/kg par voie IM, en trois doses administrées à une semaine d'intervalle chacune

Annexe 9. Protocoles de prophylaxie post-exposition de l'infection par le VIH

Les exemples suivants de protocoles de prophylaxie post-exposition (PPE) sont utilisés pour prévenir l'infection par le VIH à la suite d'un viol. Ces exemples ne décrivent pas tous les soins nécessaires. Si votre programme ne permet pas de fournir la PPE, référer la survivante le plus rapidement possible (sous 72 heures) vers un centre où ce service peut être fourni.

- ▶ La PPE du VIH devrait être proposée et mise en route dès que possible chez toute personne ayant été exposée à un risque potentiel de transmission du VIH, de préférence dans les 72 heures.
- ▶ Un schéma de PPE du HIV incluant deux médicaments antirétroviraux est efficace, mais la trithérapie est préférée.
- ▶ La grossesse ne constitue pas une contre-indication à la PPE. Une trithérapie est recommandée chez la femme enceinte. Si le dolutégravir semble sans danger pendant la grossesse, l'exposition au dolutégravir pendant la période périconceptionnelle suscite l'inquiétude

car elle pourrait être associée à des anomalies du tube neural.

- ▶ Il convient de contrebalancer cette préoccupation avec la meilleure efficacité et tolérance des médicaments dans leur ensemble. L'éfavirenz est une solution alternative sans danger et efficace chez la femme enceinte, bien que les effets secondaires associés risquent d'en affecter le taux d'adhérence.

Le choix de PEP du HIV devrait prendre en compte les médicaments antirétroviraux des programmes nationaux de prévention et de lutte contre le VIH. Ci-dessous, est présenté le schéma de PPE du VIH recommandé par l'OMS chez l'adulte et chez l'adolescente. Le dolutégravir est recommandé comme troisième médicament dans le cadre de la PPE. Lorsqu'ils sont disponibles, l'atazanavir plus ritonavir, le darunavir plus ritonavir, le lopinavir plus ritonavir et le raltégravir peuvent être envisagés comme autres options pour le troisième médicament.

PPE chez l'adulte et chez l'enfant(e) âgé(e) de 10 ans ou plus (plus de 30 kg)			
Schéma de trithérapie recommandé	Dose/comprimé	Posologie	Durée
Lamivudine ²⁵ + ténofovir	300 mg/300 mg	1 comprimé une fois par jour	28 jours.
Plus			
Dolutégravir ²⁶	50 mg	1 comprimé une fois par jour	28 jours.

25 Ou emtricitabine

26 Le dolutégravir est recommandé comme troisième médicament dans le cadre de la PPE. Lorsqu'ils sont disponibles, l'atazanavir plus ritonavir, le darunavir plus ritonavir, le lopinavir plus ritonavir et le raltégravir peuvent être envisagés comme autres options pour le troisième médicament.

Les schémas recommandés par l'OMS chez l'enfant en fonction du poids corporel sont décrits ci-dessous.

PPE chez l'enfant de moins de 10 ans (moins de 30 kg)															
	Zidovudine et lamivudine ²⁷				ET	Lopinavir et ritonavir						OU	Dolutégravir ²⁸		
Poids	Comprimé de 60 mg de zidovudine et 30 mg de lamivudine		Comprimé de 300 mg de zidovudine et 150 mg de lamivudine			Comprimé de 100 mg de lopinavir et 25 mg de ritonavir			Solution buvable contenant 80 mg/ml de lopinavir et 20 mg/ml de ritonavir			Gélules ou granules (40 mg de lopinavir et 10 mg de ritonavir) ²⁹		50 mg comprimé	
kg	matin	soir	matin	soir		matin	soir		matin	soir	ou	matin	soir	Une fois/jour	
3.0–5.9	1	1			et	NR*	NR*	ou	1 ml	1 ml	ou	2	2		
6.0–9.9	1.5	1.5			et	NR*	NR*	ou	1.5 ml	1.5 ml	ou	3	3		
10.0–13.9	2	2			et	2	1	ou	2 ml	2 ml	ou	4	4		
14.0–19.9	2.5	2.5			et	2	2	ou			ou	5	5		
20.0–24.9	3	3			et	2	2	ou			ou			ou	1
25.0–29.9			1	1	et	3	3	ou			ou			ou	1

* Non recommandé
Durée de la PPE chez l'enfant : 28 jours.

27 L'abacavir plus lamivudine ou le ténofovir plus lamivudine sont des alternatives.

28 Le dolutégravir est recommandé comme troisième médicament dans le cadre de la PPE du VIH. Lorsqu'ils sont disponibles, l'atazanavir plus ritonavir, le darunavir plus ritonavir, le lopinavir plus ritonavir et le raltégravir peuvent être envisagés comme des alternatives pour le troisième médicament de la PEP. Le dolutégravir 50 mg peut être utilisé une fois par jour à partir de 20 kg de poids corporel.

29 La solution lopinavir plus ritonavir peut également être utilisée, mais il est nécessaire de respecter la chaîne du froid pendant le transport et la conservation. La forme galénique de lopinavir plus ritonavir en comprimé thermostable doit être avalée en entier et ne doit pas être coupée, mâchée, dissoute ou écrasée. Les comprimés pour adultes de 200 mg ou 50 mg pourraient être utilisés chez les patient.e.s pesant entre 14,0 kg et 24,9 kg (1 comprimé chaque matin et 1 comprimé chaque soir) et chez les patient.e.s pesant entre 25,0 kg et 34,9 kg (2 comprimés chaque matin et 1 comprimé chaque soir). La forme galénique de lopinavir plus ritonavir en gélule ne devrait pas être utilisée chez les nourrissons de moins de 3 mois. De plus amples précisions concernant l'administration des gélules de lopinavir plus ritonavir sont fournies dans la fiche d'information suivante, uniquement disponible en anglais : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/193543/Factsheet/ATT_WHO_UNICEF_lopinavir_eng.pdf?jsessionid=595FDA2AD608943801FE1D8CAA98E8B5?sequence=1 Malgré l'expérience limitée concernant l'utilisation des granules de lopinavir plus ritonavir, cette forme galénique est approuvée pour une utilisation à partir de l'âge de 2 semaines..

Annexe 10. Évaluation et prise en charge des troubles de santé mentale

Si une survivante présente l'un des problèmes énumérés dans cette annexe, lui apporter un soutien psychosocial de base, tel que décrit dans la partie 5 du guide et l'orienter vers un spécialiste pour des soins complémentaires. De plus amples informations sur l'évaluation et la prise en charge des troubles de la santé mentale sont disponibles dans le document mhGAP-HIG.³⁰

Trouble dépressif modéré à sévère

Un trouble dépressif modéré à sévère est probable si les manifestations A, B et C sont présentes pendant au moins deux semaines	
A.	La femme a présenté au moins un des principaux symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Humeur dépressive persistante (chez l'enfant et l'adolescent.e : irritabilité ou humeur dépressive) ; • Baisse d'intérêt marquée ou baisse du plaisir pour les activités, y compris celles qui étaient auparavant agréables.
B.	La femme a présenté de façon marquée plusieurs des symptômes additionnels suivants, ou dans une moindre mesure un grand nombre de ces symptômes : <ul style="list-style-type: none"> • Troubles du sommeil ou hypersomnie ; • Changement important au niveau de l'appétit ou du poids (augmentation ou diminution) ; • Sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive ; • Fatigue ou perte d'énergie ; • Aptitude réduite à se concentrer et à maintenir son attention sur des tâches ; • Indécision ; • Agitation observable ou nervosité physique ; • Parle ou bouge plus lentement que la normale ; • Sentiment de désespoir face à l'avenir ; • Pensées ou actes suicidaires.
C.	La femme connaît des difficultés considérables dans son fonctionnement au quotidien dans l'un des aspects suivants de sa vie de tous les jours : <ul style="list-style-type: none"> • Au niveau personnel, familial, social, dans ses études/à l'école, dans son travail, à la maison/dans la gestion du foyer, ou autre (poser des questions sur chacun de ces aspects et chacune de ces activités).
Si un trouble dépressif modéré à sévère est probable :	
✓	Écarter ou prendre en charge tout problème physique dont les symptômes peuvent ressembler à ceux d'un trouble dépressif, tels que l'anémie, la malnutrition, l'hypothyroïdie, l'AVC et les effets secondaires des médicaments (sautes d'humeur liées à la prise de stéroïdes par exemple).
✓	Écarter ou prendre en charge tout autre trouble de la santé mentale (tels que la consommation d'alcool ou de substances psychoactives).
✓	Écarter tout antécédent d'épisode(s) maniaque(s) ayant pu inclure les symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Humeur euphorique (joie intense) ou irritable ; • Réduction des besoins de sommeil ; • Pensées qui se bousculent, augmentation de l'activité, discours rapide ; • Comportements impulsifs ou imprudents (par exemple, prise de décisions sans planification, dépenses excessives) ; • Estime de soi démesurée. <p>Si elle a présenté ces symptômes et qu'ils ont interféré avec son fonctionnement quotidien pendant au moins une semaine, ou si elle a des antécédents d'hospitalisation ou de confinement à cause de ces symptômes, consulter un spécialiste.</p>
✓	Écarter les réactions normales à la violence ou à une perte majeure (deuil, déplacement, par exemple). La réaction est plus probablement normale si : <ul style="list-style-type: none"> • On note une nette amélioration au fil du temps sans intervention clinique ; • Il n'y a pas d'antécédents de trouble dépressif modéré à sévère ni d'épisode maniaque ; • Les symptômes ne perturbent pas de façon importante son fonctionnement au quotidien.

Remarque : la décision de donner un traitement pour un trouble dépressif modéré à sévère ne devrait être prise que si la survivante présente des symptômes persistants pendant au moins 2 semaines et qu'elle n'est pas en mesure de mener ses activités normalement.

30 mhGAP (GIH-mhGAP) : Prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire. Genève : OMS ; 2015 (http://www.who.int/mental_health/publications/mhgap_hig/fr/, consulté le 28 août 2019).

Troubles de stress post-traumatique (TSPT)

Des TSPT sont probables si les symptômes A, B, C et D sont présents environ un mois après l'acte de violence	
A	Symptômes de réminiscences : souvenirs récurrents et involontaires de l'agression, comme si elle se produisait là et au moment présent (par exemple, par le biais de cauchemars, de flashbacks ou de souvenirs intrusifs accompagnés d'une peur intense ou d'un sentiment d'horreur).
B	Symptômes d'évitement : évitement délibéré des pensées, des souvenirs, des activités ou des situations qui rappellent à la femme la violence (par exemple, éviter de parler de sujets qui sont des rappels de la violence ou éviter de retourner sur les lieux où la violence a eu lieu).
C	Sentiment exacerbé de menace imminente : des inquiétudes et une vigilance excessive face au danger ou des réactions fortes aux bruits forts et aux mouvements inattendus (avoir tendance à sursauter, être sur le qui-vive, par exemple).
D	La femme a des difficultés considérables dans son fonctionnement au quotidien au niveau personnel, familial, social, dans ses études/à l'école, dans son travail, à la maison/dans la gestion de son foyer et dans d'autres aspects importants de sa vie quotidienne (poser des questions sur chacun de ces aspects et chacune de ces activités).
Si les TSPT sont probables :	
√	Écarter ou prendre en charge tout problème physique susceptible d'expliquer les symptômes de TSPT (par exemples les symptômes physiques associés à la détresse, telle que des palpitations cardiaques, des céphalées, des troubles gastriques, l'insomnie).
√	Écarter ou prendre en charge tout autre problème mental, neurologique ou d'abus de substances (tels qu'un trouble dépressif modéré à sévère, des pensées suicidaires ou des problèmes de consommation d'alcool ou de substances psychoactives).
√	Écarter toute réaction normale à la violence : la réaction est plus probablement normale si on note une nette amélioration au fil du temps sans intervention clinique, les symptômes ne perturbent pas de façon importante le fonctionnement quotidien.

Remarque : immédiatement après une expérience potentiellement traumatique telles que la violence sexuelle, la plupart des femmes présentent une détresse psychologique. Chez de nombreuses femmes, ces réactions sont passagères et ne requièrent pas de prise en charge clinique. Cependant, lorsqu'un ensemble spécifique et caractéristique de symptômes (réminiscences, évitement et sentiment exacerbé de menace imminente) persiste pendant plus d'un mois après l'événement, elle peut avoir développé des TPST.

Suicide et autodestruction

Poser des questions sur le suicide : observations.	
<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à poser des questions sensibles à la culture locale et sans porter de jugement. • Si la femme exprime des idées suicidaires, garder une attitude calme et encourageante et ne pas faire de fausses promesses. 	

La femme est considérée comme présentant un risque imminent de suicide ou d'autodestruction si les symptômes A et B sont présents	
A	Pensées actuelles , plans ou tentative(s) récente(s) de suicide.
B	Antécédents de pensées ou de plans d'autodestruction dans les mois passés ou actes d'autodestruction au cours de l'année écoulée et signes actuels d'agitation, de violence, de détresse extrêmes ou absence de communication .

Plaintes somatiques sans explication médicale

plaintes somatiques sans explication médicale sont probables si tous les critères suivants sont réunis	
A	Les causes physiques sont exclues sur la base d'un examen physique général suivi par des analyses médicales appropriées.
B	D'autres problèmes mentaux, neurologiques et d'abus de substances sont exclus.
C	La femme recherche de l'aide pour soulager ses symptômes ou rencontre des difficultés considérables dans son fonctionnement quotidien en raison de ces symptômes.

Annexe 11. Informations nécessaires à l'élaboration d'un protocole local

Certaines informations sont nécessaires avant de pouvoir élaborer un protocole local. Ce tableau montre les informations requises pour développer un protocole et offre des suggestions indiquant les sources potentielles et où les trouver.

Informations requises	Sources potentielles
Lois et procédures juridiques liées à la médecine	
Législation sur l'avortement	Ministère de la Santé
Réglementations relatives à la contraception d'urgence	Ministère de la Santé
Lois et procédures en matière de familles d'accueil et d'adoption	Ministère chargé des droits des femmes et/ou des enfants (tels que le ministère chargé des droits des femmes ou de l'égalité du genre, des affaires sociales, de la protection de l'enfance, du développement communautaire, etc.)
Exigences et obligations de dénonciation des crimes, pour les victimes adultes ou enfants	Ministère de la Justice
Formulaires de police et autres	Ministère de l'Intérieur
Preuves médico-légales	
Quel.le praticien.ne peut présenter des preuves médicales devant un tribunal (par exemple, médecin, infirmier/-ière, médecin légiste, infirmier/-ière légiste, autre) ?	Ministère de la Justice
Formation des personnels de médecine générale à l'examen médico-légal (chez l'adulte et l'enfant survivants)	Ministère de la Santé
Preuves admises/utilisées dans un tribunal pour les cas de viols d'adultes et d'enfants qui peuvent être prélevées par le personnel médical	Ministère de la Justice
Tests médico-légaux possibles dans le pays (par exemple, ADN, phosphatase acide)	Laboratoire médico-légal dans la capitale
Modalités de collecte, stockage et envoi des échantillons de preuve	Laboratoire médico-légal dans la capitale ; laboratoire au niveau régional
« Kits de viol » ou protocoles existants pour la collecte des preuves	Hôpital de référence au niveau régional ou dans la capitale
Protocoles médicaux	
Protocole national en matière d'infections sexuellement transmissibles	Ministère de la Santé
Disponibilité des vaccins et calendrier vaccinal	Ministère de la Santé
Adresse des services de dépistage et de traitement du VIH	Programme national de lutte contre le sida, Ministère de la Santé
Stratégie de test VIH de confirmation et services de laboratoire de santé	Programme national de lutte contre le sida, Ministère de la Santé, Directeur/-trice de l'agence régionale de santé
Possibilités et protocoles de prophylaxie post-exposition de l'infection par le VIH et référencement vers les services compétents en la matière	Programme national de lutte contre le sida, Ministère de la Santé
Possibilités de référencement vers des structures spécialisées (psychiatrie, chirurgie, pédiatrie, gynécologie/obstétrique, par exemple)	Hôpital de référence au niveau régional

Pour de plus amples informations, veuillez contacter le :

Département Santé reproductive et recherche
Organisation mondiale de la Santé,
20 Avenue Appia
1211 Geneva 27, Switzerland

Courriel: rhrpublications@who.int
Site Web : <https://www.who.int/reproductivehealth>

